

## WORKING PAPER

INAPP WP n. 49

# **Sanità di base e di emergenza**

## **Risorse, opinioni degli italiani e livelli essenziali**

---

*Francesca Bergamante*

*Tiziana Canal*

*Marco Marucci*

# Sanità di base e di emergenza

## Risorse, opinioni degli italiani e livelli essenziali

**Francesca Bergamante**

*Istituto nazionale per l'analisi delle politiche pubbliche (INAPP), Roma*  
[f.bergamante@inapp.org](mailto:f.bergamante@inapp.org)

**Tiziana Canal**

*Istituto nazionale per l'analisi delle politiche pubbliche (INAPP), Roma*  
[t.canal@inapp.org](mailto:t.canal@inapp.org)

**Marco Marucci**

*Istituto nazionale per l'analisi delle politiche pubbliche (INAPP), Roma*  
[m.marucci@inapp.org](mailto:m.marucci@inapp.org)

GIUGNO 2020

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. Finanziamento, spesa e offerta di servizi: l'alleanza mancata. – 3. Sanità di base e di emergenza: le differenti opinioni degli italiani. – 4. Universalità, federalismo e nuove disuguaglianze. – 5. Riflessioni conclusive. – Allegato. – Bibliografia

**INAPP – Istituto nazionale per l'analisi delle politiche pubbliche**

---

Corso d'Italia 33  
00198 Roma, Italia

Tel. +39 06854471  
Email: [urp@inapp.org](mailto:urp@inapp.org)

[www.inapp.org](http://www.inapp.org)

---

## ABSTRACT

---

# Sanità di base e di emergenza

## Risorse, opinioni degli italiani

### e livelli essenziali

L'emergenza sanitaria legata al Covid-19 ha riaperto in modo prorompente il dibattito sul nostro Servizio sanitario nazionale, sottolineandone capacità e resilienza, ma anche debolezze strutturali complessive e di alcune realtà in modo specifico. Le diverse scelte compiute nel corso degli anni dalle Regioni in termini di prevenzione, assistenza ospedaliera e distrettuale hanno contribuito a determinare dei veri e propri sistemi locali della sanità. Il contributo analizza la percezione della popolazione nei confronti del sistema sanitario a livello regionale, considerando la valutazione della sanità di base e di quella di emergenza utilizzando i dati dell'indagine Inapp PLUS 2018. I risultati delle analisi sono confrontati con la spesa regionale, con i dati sui posti letto disponibili, con gli indicatori sull'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) e con indicatori relativi all'offerta ospedaliera. Emerge uno scenario caratterizzato da ampi divari territoriali che hanno radici lontane e che l'attuale stato d'emergenza ha fatto riemergere, mostrando le differenti capacità dei modelli regionali e portando all'attenzione dell'opinione pubblica i temi dell'efficienza, della mancanza d'infrastrutture territoriali e di personale qualificato disponibile. Al riguardo, il decreto Rilancio, proseguendo il percorso intrapreso a garanzia della gestione emergenziale dell'epidemia dal decreto Cura Italia, sembra prevedere investimenti e misure organiche per sanare lontani deficit strutturali.

**PAROLE CHIAVE:** Covid-19, sanità regionale, LEA, opinioni degli italiani

**JEL CODES:** I180, I380

## 1. Introduzione

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) italiano si caratterizza, rispetto ai sistemi degli altri Paesi industrializzati, per due aspetti: a) i tre principi fondamentali su cui si basa, *universalità*, *uguaglianza* ed *equità* (Ministero della Salute 2019a); b) l'organizzazione e in particolare la *governance* multilivello (Stato, Regioni, Aziende e Comuni) e l'*integrazione* fra l'assistenza sanitaria e quella sociale. Queste caratteristiche hanno segnato nel tempo lo sviluppo di un sistema teso, da un lato, a garantire l'estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione, l'accesso alle cure in assenza di discriminazione e in relazione a uguali bisogni di salute; dall'altro, a governare l'asimmetria tra la responsabilità della spesa regionale e dell'erogazione del finanziamento. Il sistema nasce, infatti, oltre quaranta anni fa con una visione solidaristica e universale<sup>1</sup> dell'offerta delle prestazioni e con un finanziamento basato sulla fiscalità generale. Nei primi anni '90 i diversi interventi normativi<sup>2</sup> che interessano il sistema sanitario nella direzione di un rafforzamento del potere delle Regioni, iniziano a compromettere l'omogeneità delle prestazioni sul territorio. Nonostante vengano stabiliti a livello nazionale 'livelli uniformi di assistenza', le Regioni acquisiscono, infatti, potere economico e politico; si introduce l'idea dell'aziendalizzazione e le Unità sanitarie locali (USL) da strutture operative diventano Aziende sanitarie locali (ASL), vere e proprie aziende pubbliche dotate di autonomia imprenditoriale e gestite secondo i criteri di efficienza economica e produttività. Nel 1999 la cosiddetta Riforma Bindi con un approccio più 'dirigista' interviene su alcuni aspetti – accreditamento delle strutture private, livelli di assistenza essenziali, esclusività nell'esercizio della professione ecc. – ricevendo in alcuni casi critiche di eccessivo centralismo, statalismo definito da alcuni "imperialismo" (Cassese 1999). Tuttavia, nel giro di pochi mesi la legge del 13 maggio 1999, n. 133, intervenendo in tema di federalismo fiscale, determina una forte spinta verso una maggiore responsabilità delle Regioni sui flussi finanziari legati alle scelte compiute in campo sanitario. Ma è soprattutto nel 2001, con la riforma del titolo V della Costituzione, che si ridisegnano le competenze fra Stato e Regioni in senso più federalistico e si entra in quella fase, che è stata definita "secondo regionalismo" (Colasante e Iacoviello 2017). Lo Stato è responsabile della profilassi internazionale e determina i Livelli essenziali di assistenza da garantire sul territorio nazionale; le Regioni debbono invece assicurare i servizi di assistenza sanitaria e ospedaliera sul territorio in piena autonomia e con responsabilità finanziarie e organizzative. Infine, nello stesso anno la legge del 3 agosto 2001, n. 317, modifica la denominazione del Ministero vigente da Ministero della Sanità a Ministero della Salute, segnando un cambiamento che mira ad attribuire al decisore pubblico non solo il ruolo di tutela e assistenza in caso di malattia, ma anche di garante del benessere fisico, mentale e sociale. Il nuovo ministero, infatti, amplia le sue funzioni: tutela della salute umana, sanità veterinaria, tutela della salute nei luoghi di lavoro, igiene e sicurezza degli alimenti, coordinamento del SSN. Per garantire tutto ciò universalmente,

<sup>1</sup> Prima il sistema sanitario era basato su forme di protezione assicurativo-previdenziale in cui il diritto alla tutela della salute era collegato alla condizione lavorativa, prevedeva quindi prestazioni differenziate per settore economico e per categoria professionale, condizionate al pagamento di corrispettivi economici (Taroni 2011).

<sup>2</sup> 1992, durante il Governo Amato, venne varato il decreto-legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il famoso decreto De Lorenzo, provvedimento, poi leggermente modificato dal decreto-legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 varato dal Governo Ciampi.

gratuitamente (o con partecipazione alla spesa attraverso il ticket) contenendo la spesa sanitaria, sono istituiti e definiti i Livelli essenziali di assistenza (LEA)<sup>3</sup>: le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire sul tutto il territorio a tutti i cittadini e che le singole Regioni devono garantire sotto il profilo qualitativo e quantitativo.

Complessivamente, dal 2001 il nostro SSN diviene sempre più l'arena in cui si sperimentano nuove relazioni fra Stato, Regioni e Autonomie locali e inizia quella stagione che è stata definita del "intergovernmental method" (Colasante e Iacovello 2017), ossia di quelle relazioni intergovernative regolate dagli Accordi e dalle Intese<sup>4</sup>, ma soprattutto dai Patti per la Salute<sup>5</sup>.

Il risultato è un continuo, sottile e arduo equilibrio fra l'universalismo equitativo del SSN e la promozione e la sperimentazione delle differenze nelle pratiche di governo decentrato.

L'emergenza sanitaria legata al Covid-19 ha riaperto in modo prorompente il dibattito sul federalismo sanitario, sull'efficienza e l'efficacia, ma ha anche mostrato alcune debolezze del sistema nel suo complesso e di alcune realtà in modo specifico, imponendo sin da subito interventi in tal senso. Al riguardo, nel recente decreto Rilancio (decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34) sono previste misure specifiche dedicate al settore sanitario.

Alcuni interventi sono diretti a potenziare l'assistenza territoriale e riguardano: (a) investimenti in assistenza domiciliare<sup>6</sup> per le persone fragili al fine di far crescere la platea di assistiti dal 4% al 6,7% (ovvero lo 0,7% in più della media OCSE); (b) i Piani di potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale da parte delle Regioni; (c) l'assunzione di 9.600 infermieri di famiglia o di comunità, in numero non superiore a 8 unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti<sup>7</sup>; (d) investimenti per le Unità speciali di continuità assistenziale che possono anche conferire incarichi di lavoro autonomo a professionisti del profilo di assistente sociale, ai fini della valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e dell'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari territoriali.

Altre misure si riferiscono più specificatamente gli ospedali e la terapia intensiva: le Regioni devono, tramite un piano di riorganizzazione, incrementare l'attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale sul territorio nazionale la

<sup>3</sup> I LEA sono stati poi aggiornati con il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza".

<sup>4</sup> Cfr. con l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 recepito dal decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 e dalla legge Finanziaria per l'anno 2002 (legge 28 dicembre 2001, n. 448); e con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sottoscritta in attuazione della legge Finanziaria per l'anno 2005 (legge 30 dicembre 2004, n. 311).

<sup>5</sup> Il Patto per la Salute è l'accordo finanziario e programmatico, che viene rinnovato ogni tre anni, fra il Governo e le Regioni con l'obiettivo di: migliorare la qualità dei servizi; promuovere l'appropriatezza delle prestazioni; garantire l'unitarietà del sistema. Cfr. con il Patto per la Salute del 5 ottobre 2006, relativo al triennio 2007-2009 recepito nella legge Finanziaria per l'anno 2007 (legge 27 dicembre 2006, n. 296); il Patto per la Salute del 3 dicembre 2009 per il triennio 2010-2012 recepito nella legge di Stabilità per l'anno 2010 (legge 27 dicembre 2006, n. 191); Patto per la Salute del 10 luglio 2014 per il triennio 2014-2016 recepito nella legge di Stabilità per l'anno 2015 (legge 23 dicembre 2014, n. 190).

<sup>6</sup> "Le aziende sanitarie, tramite i distretti – recita il decreto – provvedono ad implementare le attività di assistenza domiciliare integrata o equivalenti, per i pazienti in isolamento anche ospitati presso le strutture individuate (alberghi requisiti o simili, *ndr*), garantendo adeguato supporto sanitario per il monitoraggio e l'assistenza dei pazienti", decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, art. 1, c. 3.

<sup>7</sup> L'art. 1, c. 5 specifica inoltre che "Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato".

dotazione di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva<sup>8</sup>. Si arriverà così ad avere 11.109 posti in terapia intensiva, il 115% in più di quelli a disposizione prima dell'emergenza Covid-19. Saranno poi disponibili, durante l'emergenza e per massimo quattro mesi dall'attivazione, altri 300 posti letto di terapia intensiva suddivisi in quattro strutture 'mobili' da utilizzare secondo occorrenza.

Infine sono disposte altre misure di carattere trasversale, tra cui il potenziamento del Fascicolo sanitario elettronico (mai veramente decollato); una proroga e altre disposizioni per i contratti degli specializzandi di penultimo e ultimo anno ingaggiati contro il Covid-19; nuove assunzioni al Ministero della Salute (e misure straordinarie per i concorsi, anche per l'Istituto superiore di sanità - ISS); un rifinanziamento del Fondo emergenze nazionali (1,5 miliardi in più); disposizioni in materia di attività statistiche legate al Covid-19 e per il potenziamento della sanità militare; più risorse al Fondo per le non autosufficienze (90 milioni aggiunti per il 2020) e per il Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive di sostegno familiare (20 milioni in più). Queste disposizioni sono anche in parte frutto di una 'nuova' visione in cui si rinvigorisce l'importanza dell'universalità del sistema sanitario italiano e il ruolo e le funzioni delle persone che a diverso titolo vi lavorano; una visione questa che sembra superare l'aura negativa che circondava il sistema nel suo complesso fino a poco tempo fa, rimettendo i concetti di sanità diffusa e di valorizzazione professionale al centro dell'agenda politica. Allo stesso tempo, tuttavia, in seguito alla differente diffusione territoriale del virus, ma soprattutto in relazione alle diverse modalità mostrate dalle Regioni nell'affrontare l'emergenza Covid-19, vecchi e nuovi interrogativi sono tornati al centro del dibattito pubblico, scientifico e politico: quanto e come spendiamo in sanità; dove e perché è stato ridotto il finanziamento; i diversi approcci nell'affrontare l'emergenza sanitaria (ad es. Lombardia vs. Veneto) sono il risultato di scelte ponderate o l'esito dell'organizzazione dei sistemi sanitari regionali (ad es. gestione ospedaliera vs. gestione territoriale)?; è necessario tornare a politiche sanitarie meno decentrate?

Il presente contributo si inserisce in questo quadro e offre una fotografia dei giudizi espressi dagli italiani nei confronti dei sistemi regionali alla luce dell'impegno finanziario e della qualità dell'assistenza.

## 2. Finanziamento, spesa e offerta di servizi: l'alleanza mancata

Il Servizio sanitario pubblico italiano ha raggiunto ottimi risultati sul piano internazionale, sia negli indicatori OCSE di qualità ed efficacia delle prestazioni sanitarie, sia in quelli che ne misurano esclusivamente l'efficienza<sup>9</sup> (calcolata incrociando aspettativa media di vita alla nascita e spesa pro capite). La spesa risulta piuttosto contenuta rispetto agli altri Paesi europei, ma le sue progressive

<sup>8</sup> Obiettivo: 0,14 posti per mille abitanti in ogni Regione. Da programmare, poi, la riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, pronti a essere convertiti in terapia intensiva in caso di necessità.

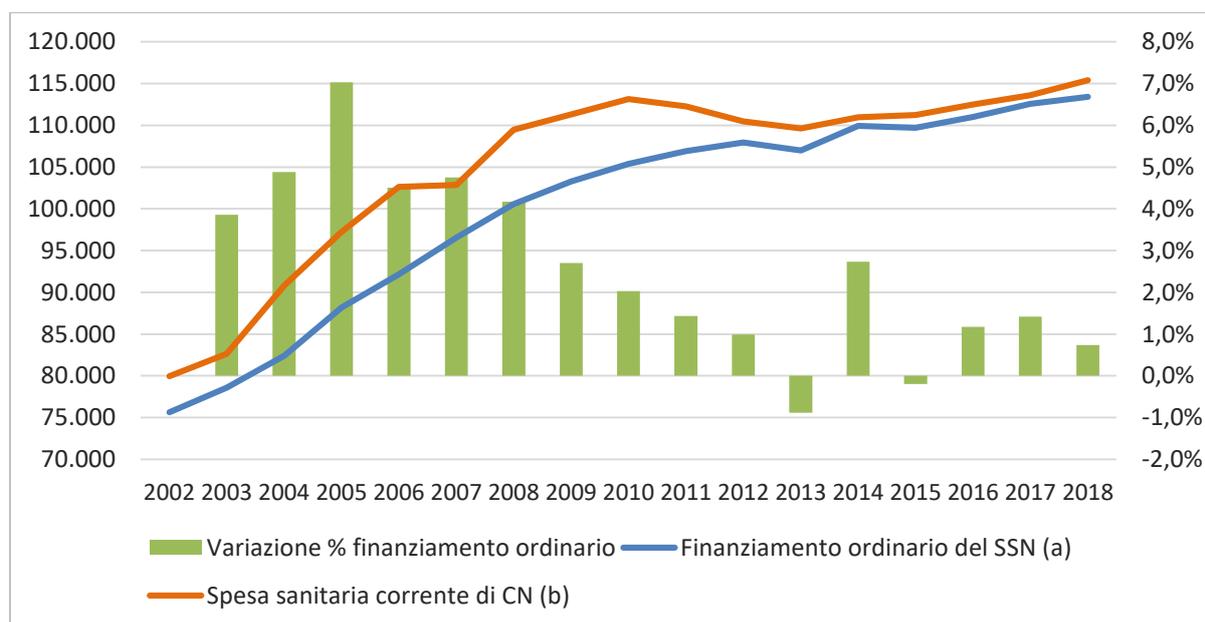
<sup>9</sup> Secondo il *Bloomberg Global Health Index*, che valuta la salute della popolazione in 169 Paesi membri dell'Organizzazione mondiale della Sanità, sulla base di diversi fattori come la speranza di vita, l'accesso alle cure, i fattori comportamentali della popolazione e quelli ambientali, l'Italia era prima nel 2017 e risulta seconda nel 2019, scalzata dal primo posto dalla Spagna. I rapporti della Commissione UE e OCSE prendono in considerazione tre settori: l'efficacia, l'accessibilità e la resilienza (ossia la capacità di un sistema sanitario di adeguarsi efficacemente a contesti mutevoli o a *shock* e crisi improvvise), per approfondimenti consultare *State of Health in the EU* (OECD 2019).

contrazioni a partire dal 2011, che hanno manifestato il loro effetto soprattutto in termini di minore investimento nei confronti del personale, hanno iniziato a porre a rischio la garanzia dei livelli di qualità. La riduzione della spesa non sembra aver generato, come auspicato, effetti positivi in termini di efficienza e organizzazione, ma ha anzi comportato una ridotta capacità di accesso ai servizi che ha determinato un maggior ricorso all’offerta privata (Gabriele 2019).

Nel 2018 la spesa sanitaria pubblica in Italia è stata pari al 6,5% del PIL, inferiore di circa 3 punti percentuali a quella in Germania (9,5%) e Francia (9,3%) e molto simile ai livelli della Spagna. Anche l’indicatore della spesa pro capite evidenzia un sottodimensionamento relativo dell’Italia rispetto ad altri Paesi europei: -39% rispetto a quella francese e -50% rispetto a quella tedesca, con un divario in continua crescita dal 2000 in poi (Fondazione GIMBE 2019; Corte dei Conti 2017; Gabriele 2019).

Nei primi anni del 2000 la spesa sanitaria corrente<sup>10</sup> presentava un livello medio annuo più elevato rispetto al finanziamento ordinario (figura 1), ma grazie agli interventi di risanamento negli anni successivi si è arrivati a raggiungere bassi differenziali nel periodo 2012-2018. La variazione annuale del finanziamento pubblico – percentuali indicate nell’asse di destra – ha subito nello stesso periodo un forte rallentamento: a fronte della crisi finanziaria del 2008 i livelli di spesa hanno retto, almeno fino al 2010, ma dal 2011 il finanziamento è sceso fino al 2013 e poi ha ricominciato a salire, ma a un ritmo molto più lento.

**Figura 1.** Finanziamento ordinario del SSN e spesa sanitaria corrente di CN, anni 2002-2018 (valori assoluti in milioni di euro – asse sx e variazione annuale di spesa % – asse dx)



Fonte: elaborazione degli Autori su dati MEF, 2019

<sup>10</sup> Si sottolinea che il dato della spesa sanitaria corrente della Contabilità nazionale (CN) contiene anche una quota relativa alla spesa effettuata dagli altri enti della PA diversi dagli Enti statali locali (ESL) che trova copertura nei rispettivi bilanci.

Il rallentamento del finanziamento del SSN si è tradotto principalmente in un drastico calo di assunzioni e nella rispettiva diminuzione del numero dei dipendenti degli Enti sanitari locali (Asl, aziende ospedaliere e policlinici), che rappresenta la componente principale della spesa pubblica in sanità. Una riduzione di risorse umane importante, avvenuta tra il 2009 e il 2017, che ha riportato il numero complessivo di dipendenti del SSN in servizio nel 2017 (658.700 unità) a un livello inferiore a quello del 1997 (675.800 unità) (NEBO 2018). Al cosiddetto ‘imbuto formativo’ che blocca l’ingresso dei medici neolaureati nel percorso di lavoro, si somma un altro problema, quello relativo all’età dei medici: i medici ospedalieri sono i più vecchi al mondo<sup>11</sup>, con un’età media di 55 anni (la percentuale più elevata dell’UE) per effetto di dieci anni di blocco del turnover<sup>12</sup> nelle Regioni con maggiori difficoltà finanziarie e delle politiche di contenimento delle assunzioni nelle altre. Tuttavia, le riduzioni degli ultimi anni hanno riguardato soprattutto il personale infermieristico: in Italia il numero di medici rimane tutto sommato elevato mentre quello del personale infermieristico è notevolmente inferiore alla media dell’UE (5,8 infermieri per 1.000 abitanti contro gli 8,5 dell’UE). Gli infermieri impiegati, inoltre, hanno spesso contratti esternalizzati e precari (Granaglia 2020).

Un effetto del minore supporto pubblico è stato l’aumento della spesa diretta delle famiglie (*out of pocket*). Nel 2017 le risorse pubbliche hanno coperto il 74% della spesa complessiva (152,8 miliardi), mentre la spesa diretta delle famiglie era il 26% (circa 39 miliardi, di cui 35,9 direttamente pagati dalle famiglie e 3,7 attraverso assicurazioni private). Nel 2012, invece, la spesa pubblica copriva il 76% della spesa complessiva (110 miliardi) e le famiglie la residua quota del 24%. La spesa sanitaria diretta delle famiglie presenta inoltre una notevole variabilità territoriale, essendo direttamente proporzionale al reddito disponibile, che è più alto al Centro-Nord rispetto al Sud.

Altra distorsione che si cela dietro la contrazione del finanziamento pubblico riguarda i divari regionali. Negli anni, la governance centrale, come detto, si è sempre più irrigidita e orientata per lo più verso il rientro del disavanzo e solo in seconda istanza ha interessato la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni (Gabriele 2019). In tal senso i divari territoriali sia a livello qualitativo che in termini di infrastrutture non sono stati mai risolti, così come non lo sono stati gli evidenti limiti che caratterizzano alcune realtà italiane in termini di capacità di programmazione, di gestione e di organizzazione, nonché di risposta e opposizione alla criminalità organizzata (ibidem).

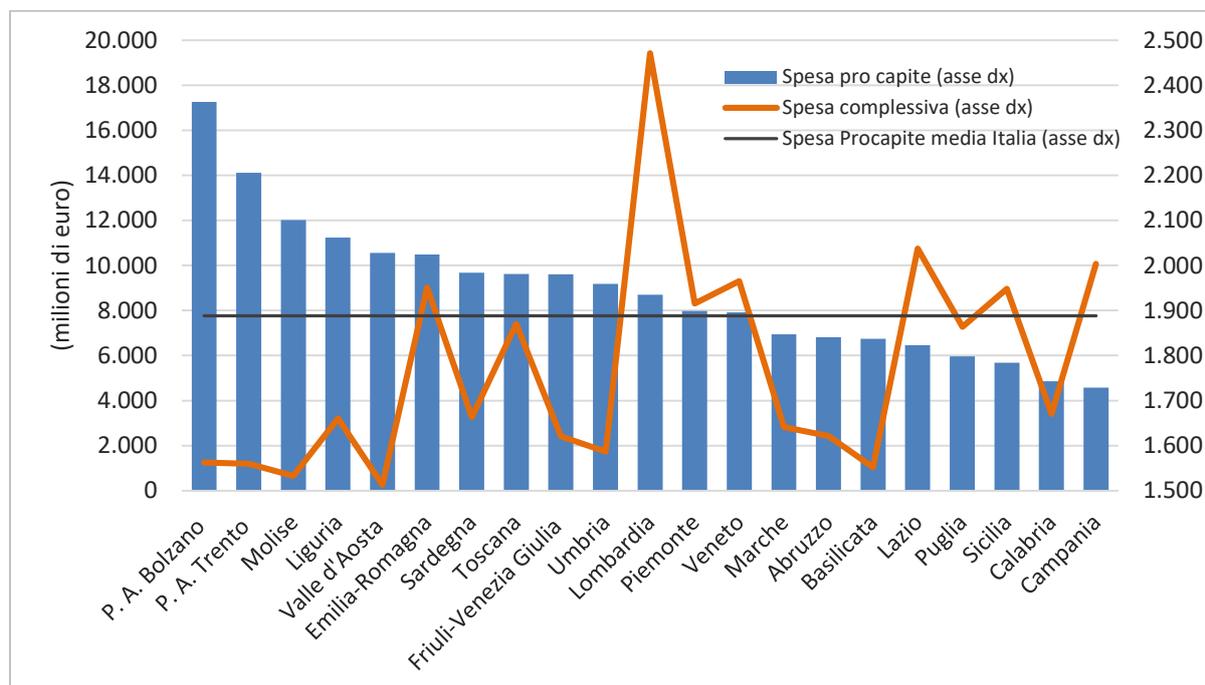
Partendo dai livelli di spesa pro capite a copertura dei livelli essenziali (che era pari a 1.888 euro a livello nazionale nel 2017) e osservando come questa sia distribuita nelle Regioni (figura 2) emerge come tutte le Regioni meridionali, ad eccezione del Molise (2.101 euro pro capite), spendano meno della media nazionale.

Gli ampi divari regionali, come ricordato, hanno radici lontane e il Covid-19 ha fatto emergere le differenti capacità delle Regioni portando all’attenzione dell’opinione pubblica i temi dell’efficienza, ma anche delle capacità in termini d’infrastrutture territoriali e di personale qualificato disponibile. A pesare sui sistemi regionali, infatti, è stato il mancato inserimento negli anni del personale infermieristico e il sottodimensionamento nell’offerta di posti letto, drasticamente diminuita a partire dal 2004, fino al 2015 (ultimo dato disponibile).

<sup>11</sup> Eurostat <<https://bit.ly/3h6QbNr>>.

<sup>12</sup> Il blocco del turnover è regolato dalla legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dal decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 (convertito nella legge 30 luglio 2010, n. 122).

**Figura 2.** Spesa sanitaria regionale complessiva (milioni di euro, asse sx), spesa pro-capite per regioni e media italiana (euro, asse dx), anno 2017

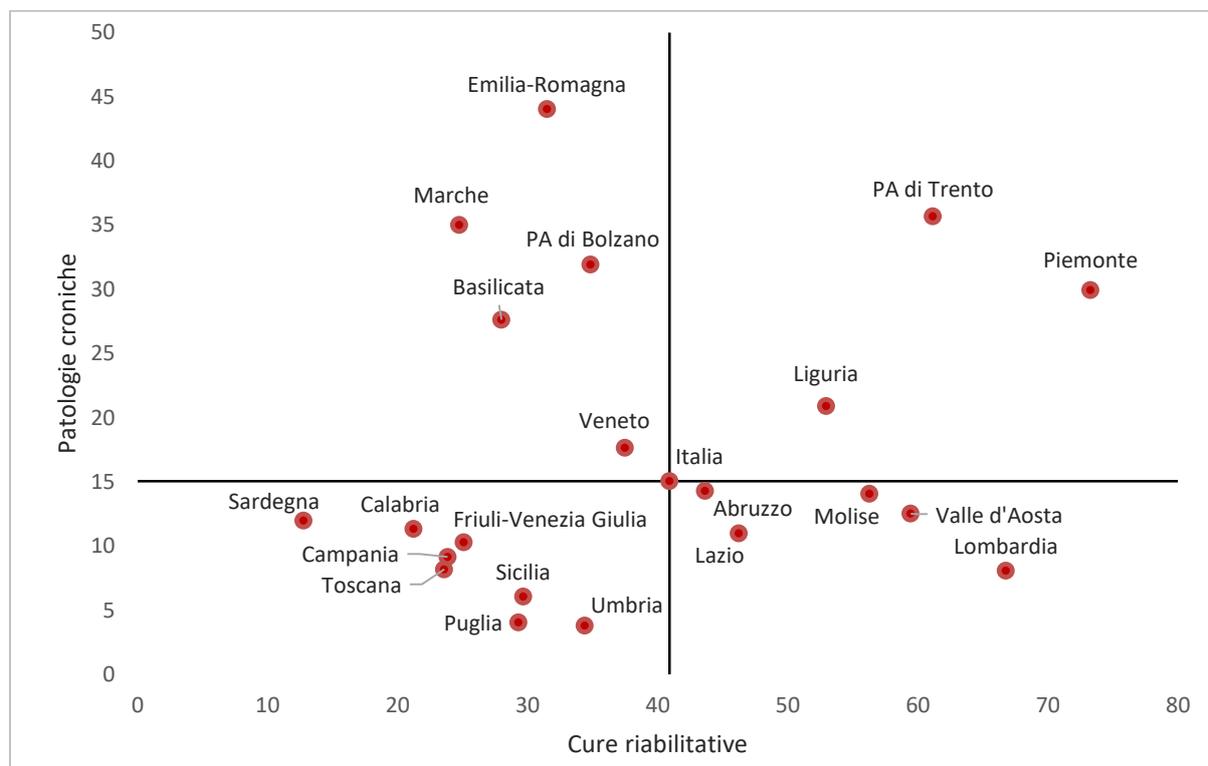


Fonte: elaborazione degli Autori su dati MEF, 2019

Si arriva, nel complesso a una riduzione netta del 20% di posti letto ordinari (NEBO 2018), con particolare concentrazione nel Centro Italia (-30%) e nel Meridione (-24%). Se si analizza la disponibilità di posti letto, sia per cure riabilitative che per patologie croniche (figura 3), è possibile osservare nel quadrante in basso a sinistra – che corrisponde a scarsità di posti letto per ambo i settori – una concentrazione di Regioni dell'Italia meridionale e insulare, con l'aggiunta di Toscana, Friuli-Venezia Giulia e Umbria. Di particolare rilievo, in quanto protagonista della recente epidemia, è la posizione della Lombardia che si trova a un buon livello per quanto riguarda i posti per cure riabilitative, ma mostra standard decisamente bassi riguardo al recepimento di ricoveri per patologie croniche (quadrante in basso a destra).

Come si avrà modo di approfondire attraverso i dati Inapp PLUS, i giudizi sul sistema sanitario rispecchiano questa variabilità regionale, come anche la soddisfazione verso l'assistenza medica e infermieristica espressa dalle persone che hanno recentemente avuto un ricovero presso strutture sanitarie (Istat 2017a). Una delle conseguenze di questi differenziali si traduce nella forte mobilità sanitaria interregionale da Sud verso le Regioni del Centro o del Nord Italia (France 1997), mobilità che mostra una crescita significativa fin dagli anni '90 nelle c.d. 'migrazioni sanitarie' (Fondazione GIMBE 2019). La sfida più importante, quindi, è ancora quella di contrastare il crescente divario tra Nord e Sud nella fornitura e nella qualità dei servizi sanitari (Toth 2014), divario evidenziato anche nei paragrafi successivi e che desta particolare preoccupazione in caso di diffusione dell'emergenza sanitaria nelle regioni del Sud. Ad oggi questi territori sono stati, fortunatamente, meno colpiti dal Covid-19, ma è facile ipotizzare uno scenario allarmante qualora i livelli di contagio fossero stati più alti, rispetto a quanto accaduto in regioni come la Lombardia, l'Emilia-Romagna o il Veneto, messe duramente alla prova dalla recente diffusione del virus.

**Figura 3.** Numero posti letto ospedalieri (per 100.000 abitanti) per la cura di patologie croniche e per le cure riabilitative per Regione, anno 2015 (v.a.)



Fonte: elaborazione degli Autori su dati Eurostat, Statistiche regionali NUTS 2, 2015

### 3. Sanità di base e di emergenza: le differenti opinioni degli italiani

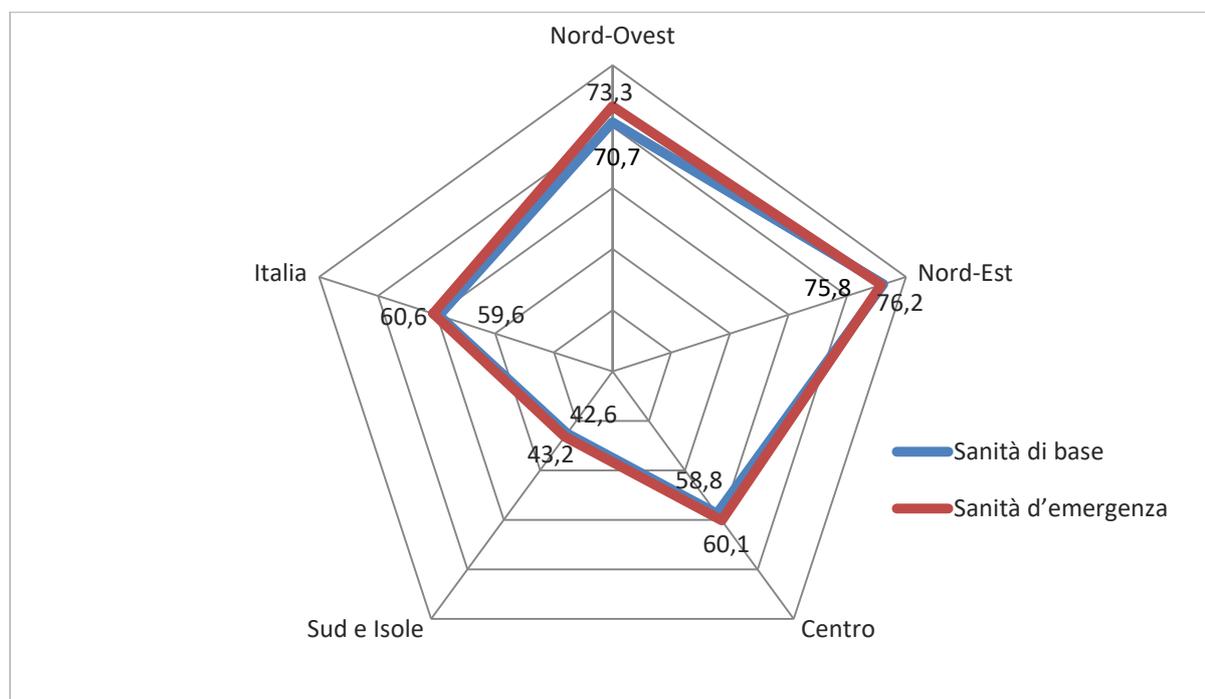
Le ampie distanze tra le regioni si sostanziano non solo in una disparità nell'erogazione di prestazioni adeguate (Gabriele 2019), ma soprattutto hanno forti ripercussioni sulla disuguaglianza in tema di salute. Sappiamo come in Italia le disuguaglianze socioeconomiche incidano sui differenti stati di salute e come le persone più svantaggiate siano penalizzate rispetto all'accesso alla prevenzione, ma anche nei confronti degli "esiti di salute" (Petrelli e Di Napoli 2019). È stato anche sottolineato come la posizione socioeconomica produca diversi effetti in termini di salute rispetto al genere, all'età, al contesto cittadino e alla tipologia di malattia; i divari geografici però, al netto delle caratteristiche strutturali della popolazione generano differenziali sostanziali, non solo nei tassi di mortalità, ma anche nel tipo di malattie (Petrelli e Frova 2019). Alle analisi di natura oggettiva sembra interessante affiancare elementi di natura percettiva che possono far luce, almeno in parte, sulla visione che i cittadini hanno della sanità. A tal proposito, facendo ricorso al database 2018 dell'indagine campionaria Inapp PLUS (Participation, Labour, Unemployment, Survey)<sup>13</sup> è possibile osservare quali siano i giudizi sulla qualità dei servizi sanitari. In particolare, si fa riferimento alle variabili che rilevano il giudizio della popolazione tra i 18 e i 74 anni relativamente alla sanità di base comprendente ASL,

<sup>13</sup> L'indagine Inapp PLUS (cfr. <https://inapp.org/it/dati/plus>) è una rilevazione condotta su un campione di 40.000 individui dai 18 ai 74 anni (di cui almeno il 50% panel), nata nel 2005 e giunta nel 2018 alla sua ottava edizione.

ospedali, medico di famiglia e ambulatori e quella di emergenza, cioè riferita al 118, al pronto soccorso e alla guardia medica.

Una prima considerazione riguarda il fatto che i giudizi positivi sulla sanità di base e su quella di emergenza a livello medio italiano sono sostanzialmente allineati (con una minima preferenza per quella di emergenza): circa sei persone su dieci, infatti, esprimono una valutazione molto positiva o positiva su entrambi i servizi. Anche disaggregando il dato rispetto all'appartenenza geografica non vi sono grandi differenze tra servizi di base e di emergenza, se non nel Nord-Ovest in cui il secondo registra valori di poco più positivi (figura 4). Ciò sembra in linea con altre letture in cui si sostiene come il sistema di emergenza, seppur con differenze nazionali, sembra rappresentare un riferimento sia dal punto di vista della fiducia che da quello della soddisfazione (Ministero della Salute 2014). Tuttavia, scendendo dal Nord-Est al Sud e Isole si assiste a un continuo calo nella percentuale dei giudizi positivi, che non raggiungono nel Meridione nemmeno la metà della popolazione, sia nel caso dell'assistenza di base (42,6%) che riguardo a quella d'emergenza (43,2%).

**Figura 4.** Incidenza dei giudizi positivi (alti e medio-alti) su sanità di base e di emergenza per area geografica e Italia, anno 2018 (%)



Fonte: elaborazione degli Autori su dati Inapp PLUS, 2018

D'altro canto, è ipotizzabile che tale distanza sia anche attribuibile ai noti casi di malasanità, intesi come errori diagnostici o terapeutici che in misura maggiore sono denunciati dai cittadini di questi territori (Ministero della Salute 2011), in cui tra l'altro le ripetute difficoltà d'accesso ai servizi mostrano elevate quote di persone che dichiarano di aver rinunciato alle visite mediche per ragioni economiche (Gabriele 2019; Istat 2017a).

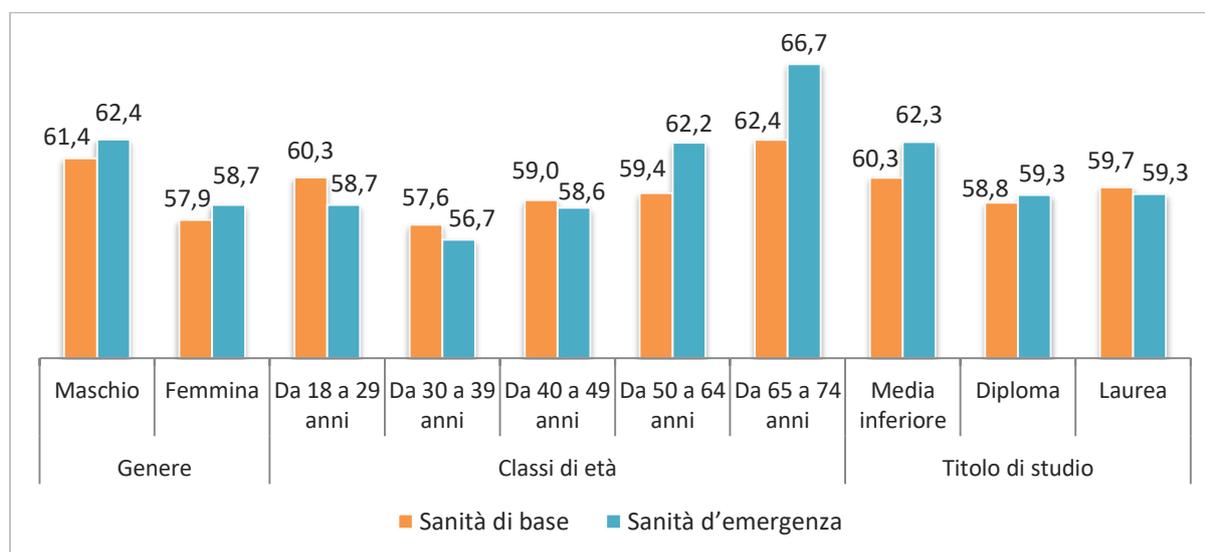
Le classiche variabili sociodemografiche (figura 5) sembrano avere un ruolo abbastanza marcato nel differenziare i giudizi, sia in generale, sia nel confronto tra sanità di emergenza e sanità di base. Le donne esprimono giudizi meno positivi degli uomini, ma per entrambi i generi si osserva un maggior

favore nei confronti della sanità di emergenza, seppur con valori differenti: 58,7% la valutazione positiva da parte delle donne contro il 62,4% riferito agli uomini. Su questo punto vale la pena sottolineare che alcune analisi (Istat 2017b) evidenziano come le donne più degli uomini lamentino di aver effettuato prestazioni sanitarie in ritardo o di avervi rinunciato per problemi legati alle liste di attesa.

Guardando invece alle differenze per classi di età, si nota una prevalenza della valutazione positiva per i servizi di base fino ai 49 anni; dai 50 in poi vi è una inversione nei giudizi e i servizi di emergenza assumono valori più elevati rispetto a quelli primari. Nella popolazione dai 65 ai 74 anni, per la sanità di emergenza si registra il migliore apprezzamento (66,7%) che supera di circa 6 punti percentuali il valore medio nazionale. D'altro canto, il ricorso alle cure da parte della popolazione più giovane è decisamente inferiore rispetto alle fasce d'età più mature (Istat 2017a).

Come detto la condizione socioeconomica e anche i livelli di istruzione sono considerati un fattore chiave nella determinazione di vari indicatori di salute e, in particolare, ad esempio, al variare del titolo di studio varia la speranza di vita o anche la possibilità di contrarre determinate malattie, ma anche l'accesso alle misure di prevenzione e ai percorsi di cura più appropriati (Petrelli e Di Napoli 2019). Rispetto alle valutazioni espresse nei confronti del sistema sanitario italiano (figura 5), le differenze tra i livelli di istruzione non sono particolarmente sensibili. L'unico elemento di rilievo è costituito dal giudizio sui servizi di emergenza da parte di coloro che hanno al massimo la licenza media che mostra valori positivi al di sopra della media nazionale.

**Figura 5.** Incidenza dei giudizi positivi (alti e medio-alti) su sanità di base e di emergenza per genere, classi di età e titolo di studio, anno 2018 (%)



Fonte: elaborazione degli Autori su dati Inapp PLUS, 2018

Considerando la struttura e il sistema di governance sanitario italiano, è opportuno raffrontare i giudizi della popolazione disaggregando il dato rispetto alla regione di residenza. In tutte le Regioni del Nord-Est si registrano le valutazioni più positive per quanto riguarda i servizi sanitari di base (figura 6) e, tra queste, in particolare spicca il Trentino Alto-Adige, in cui quasi il 30% delle persone giudica 'alto' il livello dei servizi offerti, contro circa il 12% riferito alla media italiana; sommando i giudizi 'alto' e

‘medio-alto’, in questa regione oltre 8 persone su 10 sembrano essere soddisfatte della sanità di base. Sembra opportuno sottolineare come nella Provincia Autonoma di Bolzano la spesa sanitaria pubblica pro-capite, nel 2017 (CREA *et al.* 2018), registrava il valore più alto (e simile a quello di Sardegna e Umbria). In linea con i risultati conseguiti in termini di efficienza ed efficacia, in l’Emilia-Romagna, prima regione in Italia nell’erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (vedi paragrafo successivo), oltre due terzi della popolazione esprime giudizi positivi nei confronti della sanità di base.

Alle regioni del Nord-Est segue la Lombardia in cui quasi il 75% della popolazione esprime un giudizio positivo, valore ancora molto al di sopra della media nazionale, seppur in corrispondenza di una spesa pubblica pro-capite tra le più basse insieme a quella che si registra per Campania e Veneto (CREA *et al.* 2018) e di un aumento negli ultimi anni della spesa privata per i servizi ospedalieri (comune anche in Valle d’Aosta) (*ibidem*). Umbria e Toscana sono le uniche regioni del Centro che presentano giudizi positivi al di sopra della media nazionale. Vale la pena sottolineare che l’Umbria, come accennato, presenta una spesa sanitaria pubblica pro-capite tra le più alte e che la Toscana, che mostra la minor incidenza della spesa convenzionata (*ibidem*), vanta una lunga tradizione sanitaria pubblica a cui si associano, come si osserverà nel paragrafo successivo, livelli di copertura dei servizi ospedalieri e distrettuali ottimi.

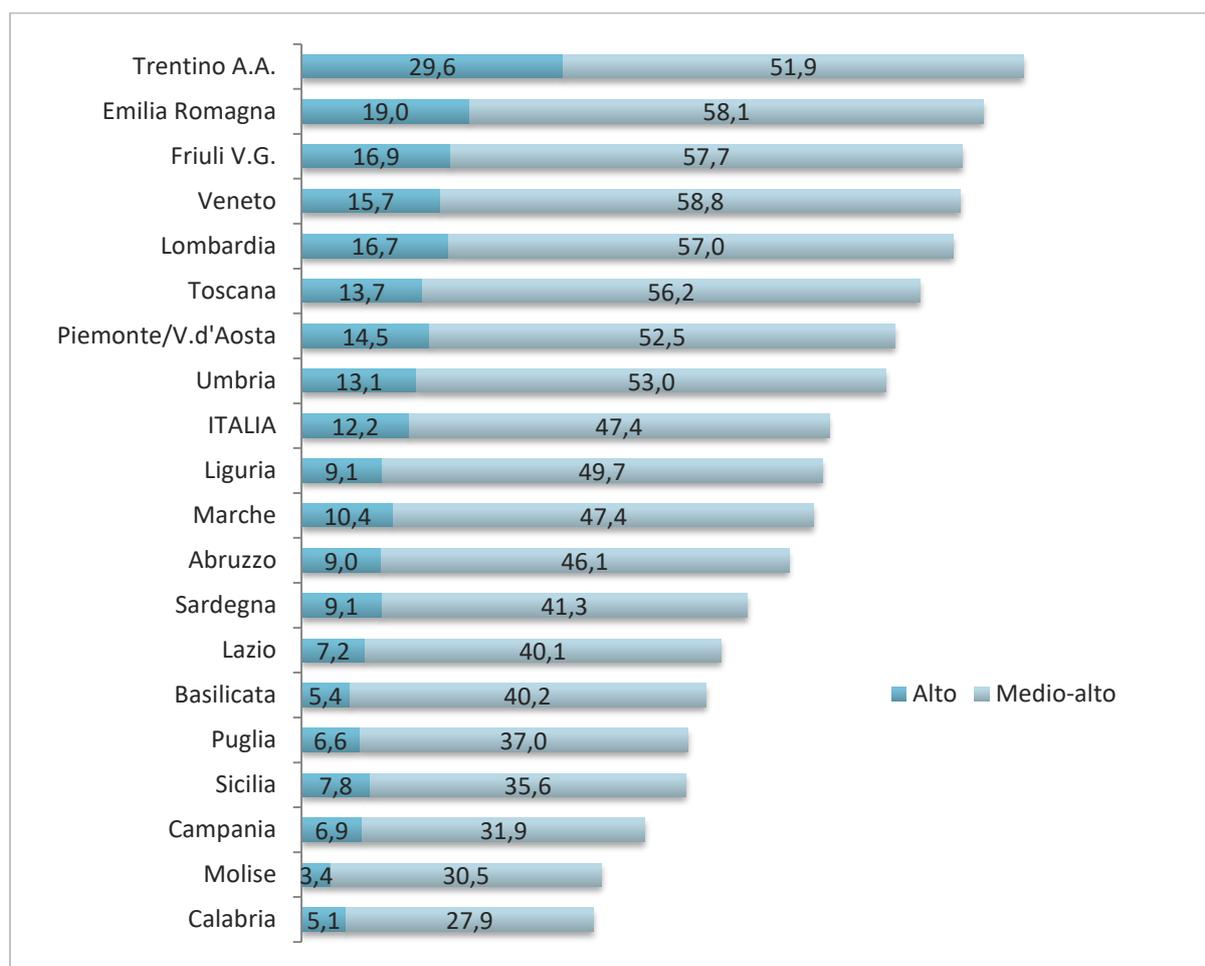
Come atteso, una valutazione meno positiva viene espressa dalle persone appartenenti alle regioni del Mezzogiorno e, in particolare in Calabria e Molise in cui solo 3 persone su 10 giudicano favorevolmente i servizi sanitari di base. Nel primo caso si tratta di una regione il cui sistema sanitario è stato di recente sottoposto a commissariamento<sup>14</sup>; il Molise, invece, è insieme alla Campania, la regione con i peggiori livelli di assistenza ospedaliera (Ministero della Salute 2019b) e forse anche per questo la spesa privata media pro-capite delle famiglie è andata aumentando negli ultimi anni. In generale nelle regioni del Sud, in realtà, sembra essere più contenuta la spesa privata per i servizi ospedalieri, soprattutto in Campania e Calabria; al contempo si osserva ugualmente un maggior peso della spesa convenzionata (CREA *et al.* 2018), anche a testimonianza non tanto di una scelta, ma più che altro di una necessità legata alla mancanza di servizi. Altro segnale delle difficoltà che caratterizzano le regioni del Sud e delle Isole (ma anche nel Centro) è una maggiore rinuncia (o ritardo) alle prestazioni, dovuta a problemi con le liste d’attesa più lunghe rispetto alle regioni del Nord; a questo si somma anche il tema delle infrastrutture e dei trasporti la cui mancanza o inadeguatezza, più al Sud che al Nord, incide negativamente sulla possibilità di effettuare prestazioni sanitarie (Istat 2017b). Tutto ciò fa sì che molte delle prestazioni sanitarie si spostino dal Sud al Nord, creando quel contraddittorio fenomeno per cui le regioni meridionali, oltre ad avere meno risorse da investire nei propri SSR (Servizio sanitario regionale), contribuiscono, a finanziare (ma anche ad affollare) i servizi sanitari delle regioni settentrionali (Gabriele 2019).

Merita attenzione anche il giudizio espresso dai cittadini italiani riguardo alla sanità d’emergenza, soprattutto in considerazione del fatto che negli ultimi anni a causa dell’insufficienza dei servizi

<sup>14</sup> Cfr. decreto Calabria, decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, prevede una verifica straordinaria sull’attività dei direttori generali delle aziende da parte del Commissario *ad acta*; inoltre interviene sulle procedure per gli appalti, sullo sviluppo dei progetti di edilizia sanitaria e sull’ammodernamento tecnologico; infine regola alcuni aspetti relativi alla prevenzione della corruzione nelle imprese che esercitano attività sanitaria per conto del SSR, con il coinvolgimento del Corpo della Guardia di finanza, e con un’attenzione ai fenomeni di infiltrazione e di condizionamento di tipo mafioso (Gabriele 2019).

territoriali e in seguito alla riduzione della disponibilità di posti letto negli ospedali si è creato, soprattutto in alcune aree del Paese, un problema di eccessivo afflusso e quindi di difficile gestione dei servizi di emergenza. Qui accade, infatti, che i pazienti vengano trattenuti a volte anche per più giorni, in situazioni di disagio e di rischio, dovuto ad esempio alla commistione, nei luoghi di attesa, di pazienti con patologie differenti (traumatizzati e infettivi). Ma se nel 2017 in Italia solo il 2,8% di coloro che hanno avuto accesso al pronto soccorso ha sostato lì per più di 24 ore, tale valore a livello regionale oscilla in realtà fra lo 0 e il 18% (Gabriele 2019).

**Figura 6.** Giudizi alti e medio-alti sulla qualità dei servizi della sanità di base, anno 2018 (%)



Fonte: elaborazione degli Autori su dati Inapp PLUS, 2018

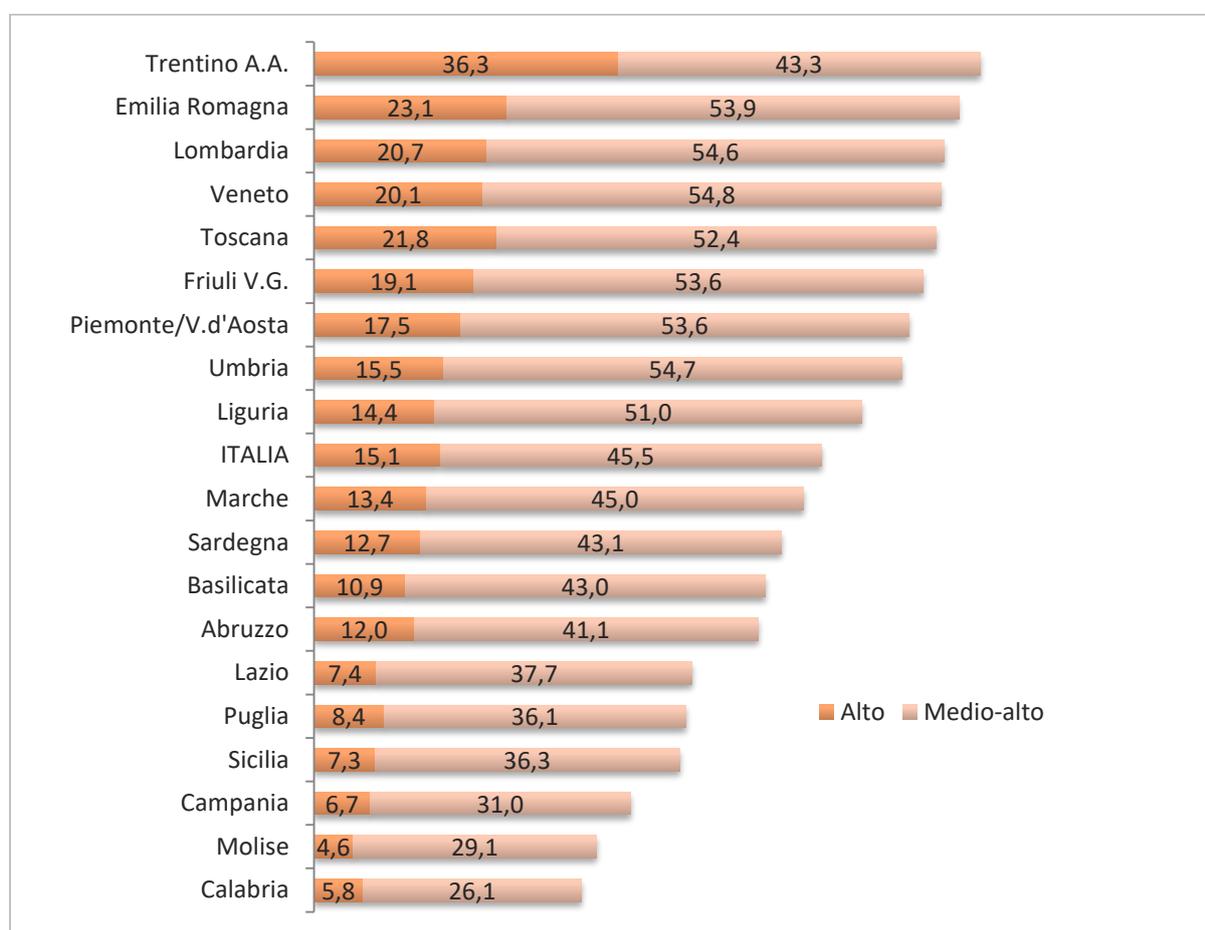
Osservando, nel complesso, il gradimento dei servizi di emergenza (figura 7) non si delineano grandi spostamenti dal punto di vista delle graduatorie tra le regioni: così come accadeva per i servizi di base Calabria, Molise, Campania e Sicilia mostrano sempre un giudizio molto basso e, al contrario, Trentino Alto-Adige, Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto sono ai primi posti rispetto alle quote di valutazioni positive (rispettivamente 79,5%, 77,0%, 75,2% e 74,9%). Tuttavia, in queste tre regioni a differenza di quanto accade in media a livello italiano, si delinea tra le persone una maggior preferenza della sanità di base: ad esempio in Trentino Alto-Adige il giudizio positivo sulla sanità di emergenza è inferiore a

quello di base di 2,2 punti percentuali, nonostante oltre il 36% dei residenti abbia indicato 'alto' come livello di giudizio.

Una migliore considerazione dei servizi di base, rispetto a quelli di natura emergenziale, si osserva anche in molte delle regioni del Sud e, in particolare in Abruzzo, ma anche in Calabria, Molise e Campania; tra le regioni del Centro, l'unica in cui si preferisce la sanità di base è il Lazio; d'altro canto questa è anche la regione in cui la percentuale di pazienti che sosta più di 24 ore in pronto soccorso è fra le più alte d'Italia (Gabriele 2019).

In alcuni territori, invece, sembra alquanto netta la migliore valutazione della sanità di emergenza: questo è ad esempio il caso della Basilicata in cui quella di base presenta una quota di giudizi favorevoli inferiore di 8,2 punti percentuali rispetto ai servizi di emergenza e della Liguria con una differenza di 6,6 punti percentuali, ma anche della Sardegna in cui il 118 e il pronto soccorso ottengono giudizi favorevoli superiori ai servizi di base con una differenza di 5,5 punti percentuali.

**Figura 7.** Giudizi alti e medio-alti sulla qualità dei servizi della sanità d'emergenza, anno 2018 (%)



Fonte: elaborazione degli Autori su dati Inapp PLUS, 2018

Purtroppo, il nostro SSN non si è ancora dotato di indicatori specifici per monitorare, e quindi anche intervenire in modo più mirato, sulla sanità d'emergenza; l'unico indicatore (Ministero della Salute 2019b) ad oggi disponibile riguarda, infatti, il parametro di misurazione dell'intervallo tra la segnalazione e l'arrivo dei mezzi di soccorso, che non dovrebbe superare i 18 minuti, ma che in alcune

regioni, nel 2017, superava i 24 minuti (Gabriele 2019). Un nuovo sistema di monitoraggio e valutazione, di cui si darà conto nel prossimo paragrafo, è stato invece implementato per descrivere e verificare l'attività sanitaria erogata in tutte le regioni dai soggetti pubblici e privati accreditati.

#### 4. Universalità, federalismo e nuove disuguaglianze

Le differenze evidenziate nelle pagine precedenti relative al finanziamento, alla spesa e ai giudizi sul SSN vanno collocate nel lungo percorso di sviluppo della sanità pubblica italiana che ancora oggi, è importante sottolineare, si distingue in Europa e nel mondo per il suo carattere universalistico. Un percorso che è iniziato oltre quaranta anni fa ed ha attraversato numerose tappe, riforme e processi di riordino. Ultima tappa la recente adozione di un nuovo strumento (il Nuovo sistema di garanzia - NSG)<sup>15</sup> per misurare, secondo le dimensioni dell'*equità*, dell'*efficacia* e dell'*appropriatezza*, che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni che rientrano nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). La nuova e maggiore responsabilizzazione finanziaria delle Regioni, regolata dai Patti per la Salute, inserisce il 'meccanismo premiale', ossia la quota di finanziamento del SSN attribuita condizionatamente agli adempimenti da parte delle Regioni in base ai LEA; prevede la copertura dei disavanzi regionali attraverso l'aumento automatico delle aliquote di alcune imposte (IRAP e Irpef); introduce il meccanismo dei Piani di rientro<sup>16</sup>; inserisce il meccanismo del commissariamento come misura estrema per le Regioni in stato emergenziale.

Ad oggi, tuttavia, il SSN, a causa degli ampi divari territoriali, rischia di non garantire un'*universale ed equa* erogazione dei servizi (Aimone Gigio *et al.* 2018) e di non contrastare il diffondersi delle disuguaglianze sociali di salute (Petrelli e Di Napoli 2019; Petrelli e Frova 2019). Per rilevare tali divari ed eventualmente intervenire per ridurre le differenze è stato recentemente adottato il NSG - Nuovo sistema di garanzia che descrive, valuta, monitora e verifica l'attività sanitaria erogata in tutte le regioni dai soggetti pubblici e privati accreditati.

Il NSG, attraverso un definito set di indicatori ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, raccolti in una griglia (cd. griglia LEA), consente di conoscere e svelare le differenze e le difformità nel livello di erogazione dei livelli di assistenza. Gli indicatori sono ottantotto e riguardano: la prevenzione collettiva e la sanità pubblica; l'assistenza distrettuale; l'assistenza ospedaliera; il contesto per la stima del bisogno sanitario; l'equità sociale; il monitoraggio e la valutazione dei Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA). Per ciascun indicatore è definita una funzione di valorizzazione che calcola un punteggio su una scala da 0 a 100 e individua in 60 il valore soglia dell'indicatore (soglia di sufficienza). Affinché una Regione risulti adempiente, il punteggio di ciascuna area di assistenza definita CORE (prevenzione, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera) dovrà collocarsi nell'intervallo 60-100. Diversamente dalla

<sup>15</sup> Cfr. decreto ministeriale del 12 marzo 2019, Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019, che prevede l'avvio del nuovo sistema a partire dal 1° gennaio 2020 <<https://bit.ly/3f6ofaF>>.

<sup>16</sup> I Piani di rientro sono veri e propri programmi di ristrutturazione industriale che debbono essere predisposti dalle Regioni in caso di squilibrio finanziario superiore al 5%. Nel corso degli anni tali Piani hanno mostrato efficacia nel riportare in equilibrio i conti del SSR (Gabriele 2019).

vecchia griglia LEA la nuova metodologia non sintetizza in un unico punteggio la valutazione dei tre livelli, ma misura in maniera indipendente la garanzia di ciascuno di essi; il punteggio inferiore a 60, anche in una sola area, porta infatti a un esito negativo nella valutazione a cui, l'erogazione dei fondi alle Regioni e piani di rientro regionali, sono subordinati.

In attesa che il nuovo sistema diventi operativo il Ministero della Salute ha istituito, nell'ambito del Comitato LEA, un tavolo tecnico che ha sperimentato la metodologia su un sottoinsieme di ventidue indicatori<sup>17</sup>, definiti CORE, per le tre aree di assistenza: *prevenzione*, *assistenza distrettuale* e *assistenza ospedaliera*.

Nell'area *prevenzione* gli indicatori riguardano tutti quegli aspetti che consentono di tutelare la salute individuale e collettiva attraverso misure:

- preventive: copertura vaccinale e dei test di screening di primo livello;
- di controllo: copertura delle attività riferite al controllo delle anagrafi animali e al controllo della contaminazione degli alimenti;
- di monitoraggio: attraverso un indicatore composito sugli stili di vita che misura i cambiamenti nei fattori di rischio comportamentali o nello stile di vita associati all'insorgere di malattie croniche.

Nell'area *assistenza distrettuale* gli indicatori riguardano invece quegli aspetti, non propriamente ordinari, ma legati:

- all'emergenza: tasso di ospedalizzazione per complicanze o per alcune malattie croniche, intervallo fra l'allarme e l'arrivo dei mezzi di soccorso;
- a specifiche forme di assistenza: tasso di pazienti trattati in ADI, ricoveri ripetuti in psichiatria, anziani in trattamento socio residenziale;
- al trattamento farmacologico: consumo di farmaci sentinella come gli antibiotici.

Infine, nell'area *assistenza ospedaliera* sono presenti indicatori che riguardano:

- livelli di copertura su aspetti ordinari: tasso di ospedalizzazione standardizzato, interventi per tumore, colecistectomie, laparoscopiche, percentuale di parti cesarei primari, percentuale di pazienti ultra 65enni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro due giornate in regime ordinario;
- livelli di efficienza: rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG<sup>18</sup> ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.

La sperimentazione consente di distinguere innanzitutto le regioni 'virtuose', ossia quelle in grado di garantire i LEA per tutte e tre le aree di assistenza, rispetto a quelle ancora in difficoltà. Inoltre, individua per le singole realtà regionali le aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata

<sup>17</sup> Per il dettaglio degli indicatori si veda l'allegato. La struttura del sistema di indicatori comprende una matrice che associa a ciascun LEA le seguenti dimensioni: a) efficienza e appropriatezza organizzativa, b) efficacia e appropriatezza clinica, c) sicurezza. I criteri di penalità/premialità sono individuati attraverso lo studio della variabilità temporale (2012-2016) e territoriale degli indicatori.

<sup>18</sup> Il DRG o *Diagnosis Related Group*, classifica i ricoveri ospedalieri in gruppi ed è utilizzato per calcolare le tariffe e per quantificare la spesa per ogni episodio di ricovero classificato.

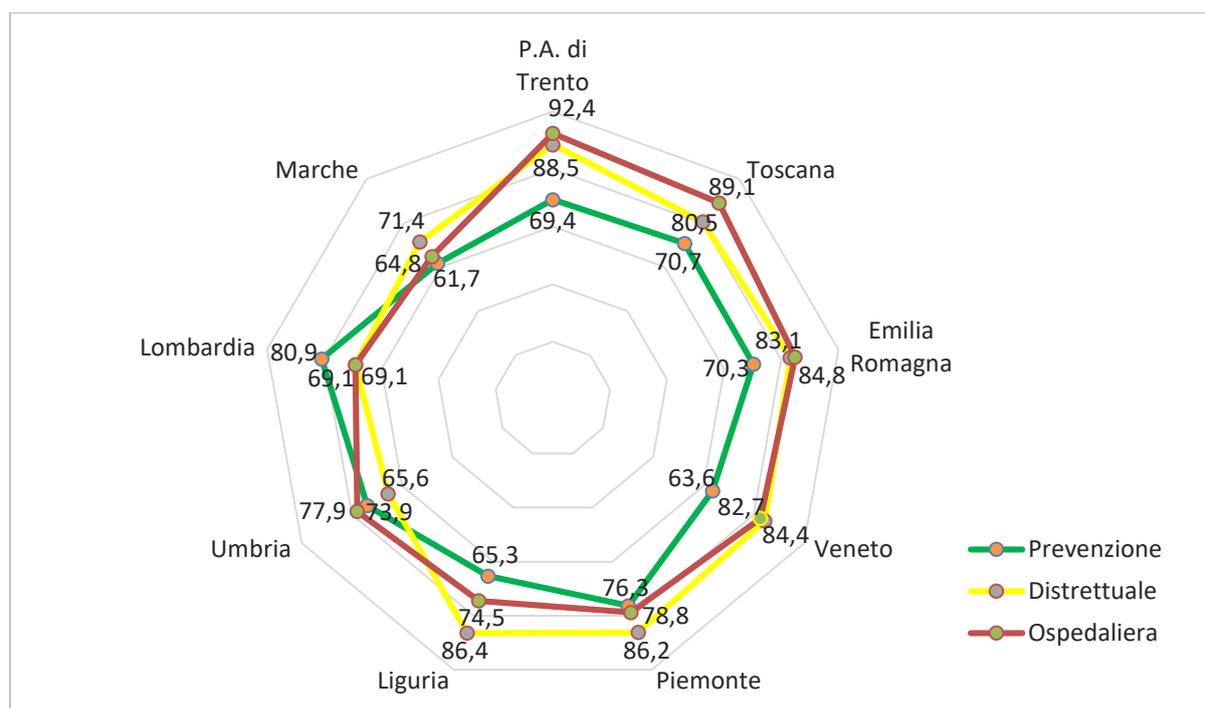
erogazione dei LEA, ma ne evidenzia anche i peculiari sviluppi, mostrando ad esempio l'area in cui regioni che non garantiscono i LEA (non raggiungendo il livello minimo previsto in tutte e tre le aree), ottengono, tuttavia, punteggi più che sufficienti.

Nove, fra regioni e province autonome, garantiscono i LEA per tutte e tre le aree: Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, P.A. di Trento, Piemonte, Toscana, Umbria, Veneto (figura 8).

Il primo aspetto che colpisce confrontando i territori 'virtuosi' è che tutte le regioni, tranne Lombardia e Umbria hanno valori minori sugli aspetti legati alla prevenzione. Al contrario la Lombardia, riguardo all'assistenza ospedaliera mostra valori inferiori a tutte le altre regioni ad eccezione dell'Umbria. D'altro canto, la Lombardia è il territorio italiano che più ha sperimentato, in campo sanitario negli ultimi anni, un continuo investimento nel settore privato ed uno spostamento della frontiera fra *market* e *non market* (Gabriele 2019).

Altri territori sembrano, invece, aver investito in modo piuttosto omogeneo sull'assistenza distrettuale e su quella ospedaliera (P.A. Trento, Emilia-Romagna, Veneto, Piemonte, Umbria, Lombardia), i due indicatori mostrano infatti pochi punti di differenza fra loro; Toscana, Emilia-Romagna e Veneto mostrano inoltre in entrambi gli aspetti valori virtuosi al di sopra dell'80: sono le Regioni che più hanno investito in questi anni anche nelle forme d'assistenza sanitaria territoriale.

**Figura 8.** Regioni che garantiscono i LEA per area Core



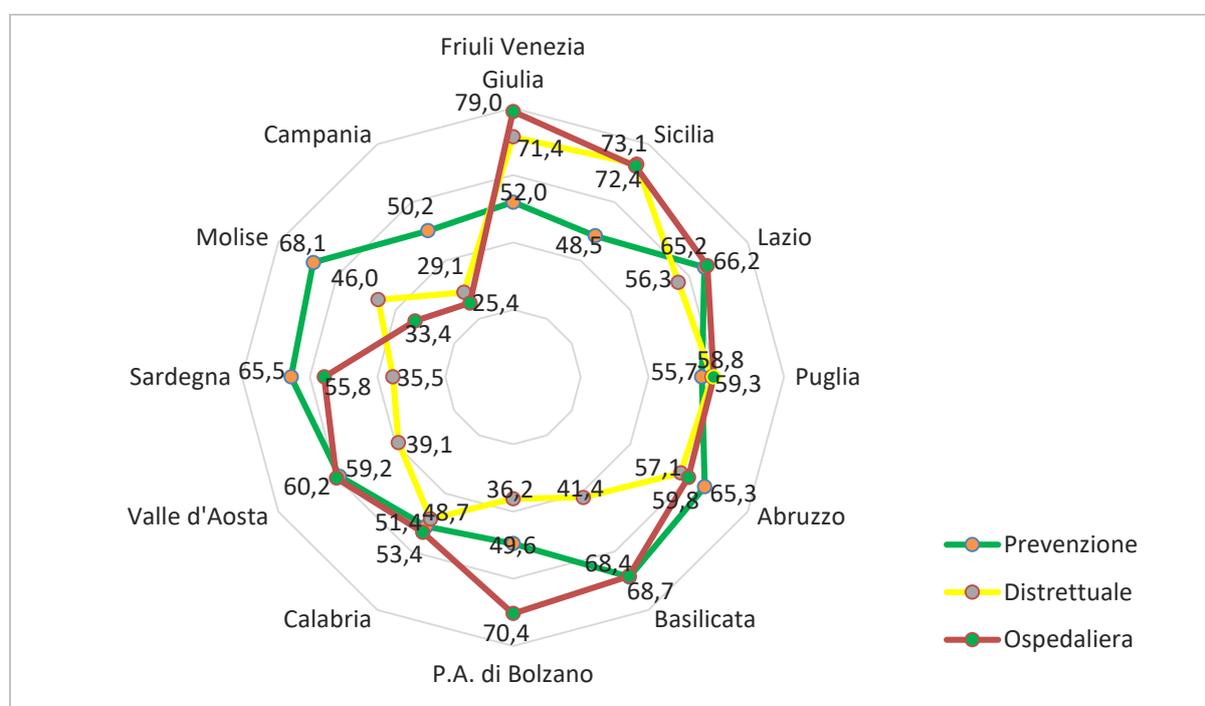
Fonte: elaborazione degli Autori su dati Ministero della Salute, 2016

Se si osservano, invece, le Regioni che non garantiscono i LEA (figura 9), il primo aspetto che colpisce è la grande variabilità fra i tre indicatori, che evidenzia, non solo una mancata convergenza verso quelli che dovrebbero essere degli standard minimi di assistenza, ma inasprisce anche quelle diseguaglianze territoriali che ricordano ancora una volta la netta superiorità nelle prestazioni di alcune Regioni del Nord e del Centro e la persistente immobilità di quelle del Sud (Pavolini 2012). Detto ciò, a livello

generale, l'aspetto su cui tutte queste Regioni mostrano le migliori performance (a parte i casi limite di Campania e Molise) riguarda l'assistenza ospedaliera, con diverse realtà che superano la sufficienza (Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, P.A. di Bolzano, Basilicata, Lazio e Valle d'Aosta) o vi convergono (nell'ordine Puglia, Abruzzo, Sardegna, Calabria). Alcuni territori poi, come il Friuli, la Sicilia e il Lazio mostrano buoni livelli anche nell'assistenza distrettuale a indicare un percorso di crescita verso il rafforzamento dei servizi territoriali (Gabriele 2019); altre evidenziano invece bassi livelli (Campania, Sardegna, P.A. di Bolzano, Valle d'Aosta, Basilicata), segnale preoccupante in caso di gestione dell'emergenza.

Nel complesso è possibile comunque osservare alcuni territori in fase di convergenza (Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Puglia, Abruzzo); altri lontani soprattutto a causa di un indicatore con livello troppo bassi (Sicilia, Basilicata, P.A. di Bolzano, Valle d'Aosta, Sardegna, Molise) e situazioni particolarmente critiche (Campania).

**Figura 9.** Regioni che non garantiscono i LEA per area CORE



Fonte: elaborazione degli Autori su dati Ministero della Salute, 2016

In generale, la distanza dai LEA rilevata in molte Regioni e particolarmente marcata in alcuni aspetti, rischia di mettere in discussione l'universalità del sistema sanitario vigente e pone anche l'allarme sui rischi di peggioramento della qualità dei servizi come effetto collaterale per le regioni in Piano di rientro, mosse principalmente al ripristino degli equilibri finanziari (Gabriele 2019). D'altro canto, la difficoltà nel garantire omogenei livelli di assistenza sanitaria sul territorio nazionale, o meglio la complessità nel conseguire un 'federalismo sanitario' che combini la domanda di politiche locali con i principi fondamentali del SSN di copertura universale, uniformità di accesso e solidarietà nel finanziamento fra territori a diversa capacità fiscale, non può non confrontarsi con le storiche differenze fra le regioni italiane: demografiche, economiche, di capacità di governance, di sviluppo

civico e sociale e non ultime anche epidemiologiche. Non tutti i risultati mostrati dalle diverse regioni sono quindi ascrivibili a scelte strategiche operate consapevolmente, ma risentono, invece, in diversa misura delle scelte operate anche in condizioni di incertezza, riguardo ad esempio alla stabilità dei trasferimenti nazionali, a fenomeni di corruzione, o vere proprie tendenze determinate dalle scelte effettuate dai soggetti appartenenti alle classi di reddito più alte o, al converso, dalle mancate scelte della popolazione più povera (Gabriele 2019).

## 5. Riflessioni conclusive

Le politiche sanitarie sono state un'arena in cui si è sperimentato parte del federalismo italiano che, a causa delle storiche divisioni Nord-Sud e della disomogenea stabilità politica e capacità amministrativa, hanno prodotto sistemi sanitari locali profondamente diversi fra loro. D'altro canto, l'ambiziosa proposta di uno schema di governo multilivello, il cui intento è essere *nazionale* nella universalità della copertura e nella uniforme accessibilità ai servizi, ma al contempo *regionale* nella organizzazione e *comunale* nella gestione, rivela una intrinseca polarità (Banting 2006) che rimane ad oggi uno dei problemi irrisolti del nostro SSN.

Se l'emergenza sanitaria ha riportato all'attenzione la necessità di far fronte alle urgenze e agli imprevisti potendo contare su infrastrutture e risorse umane, le diverse scelte compiute nel corso degli anni dalle Regioni in termini di prevenzione, assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale hanno contribuito a determinare dei veri e propri sistemi locali della sanità. Tali sistemi, da un lato ricordano le note distanze fra Nord e Sud, ma dall'altro negli ultimi mesi hanno evidenziato le loro debolezze anche in quei territori che in passato sono sempre stati considerati virtuosi. In parte, ciò è da attribuire anche al fatto che, al noto processo di de-ospedalizzazione, che ha comportato una diminuzione del finanziamento dell'assistenza ospedaliera in favore dell'assistenza territoriale, non è conseguito un adeguato percorso di sviluppo dei sistemi territoriali e distrettuali della sanità, in particolare in alcune regioni.

E così durante l'emergenza provocata dalla diffusione del Covid-19 è stato ipotizzato, ad esempio, che la scelta lombarda di affrontare l'emergenza sanitaria con una 'gestione ospedaliera' dell'epidemia (Monacelli e Polo 2020) somministrando tamponi solo nei casi sintomatici che richiedevano il servizio di pronto soccorso, possa essere stata dettata non solo da una strategia politica, ma anche da un sistema sanitario impreparato ad affrontare la somministrazione dei tamponi al di fuori delle strutture ospedaliere. All'opposto, la strategia sinora vincente in termini di contenimento del virus adottata dal Veneto scegliendo di testare anche gli individui asintomatici al di fuori degli ospedali, è stata possibile soprattutto in virtù della diffusione dei presidi sanitari territoriali necessari per gestire la somministrazione di un elevato numero di tamponi (ibidem).

Rimane, dunque, una divergenza territoriale in Italia che da un lato si riferisce a carenze strutturali, registrate dai livelli di spesa sanitaria regionale e dal numero di posti letto disponibili, dall'altra è legata a differenti approcci nella gestione del sistema sanitario, che meglio vengono intercettati dall'analisi degli indicatori LEA declinati in macroaree come la prevenzione, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera. Tali divergenze trovano conferma nella soddisfazione sul servizio offerto secondo i dati disponibili dall'indagine Inapp PLUS, sia per quanto riguarda la sanità di base che l'emergenza.

Gli effetti di questi squilibri sono molteplici, tra cui l'aumento della spesa privata media pro-capite delle famiglie, in costante crescita negli ultimi anni e i mancati investimenti sul personale sanitario (e sulla loro stabilizzazione). Al contempo si osserva anche un maggior peso della spesa convenzionata (CREA *et al.* 2018), laddove risulti legata alla mancanza di servizi, più che a una libera scelta dei pazienti. Ad essi vanno sommati altri problemi endemici come la rinuncia alle prestazioni, dovuta a liste d'attesa più lunghe al Sud rispetto alle regioni del Nord o a impossibilità di accesso per indisponibilità economiche, sempre crescenti. L'emergenza legata al Covid-19 e le misure adottate per contrastare l'epidemia hanno sicuramente sostenuto un sistema sanitario che aveva bisogno di un momento di protagonismo per rendere più evidenti luci e ombre degli andamenti e delle caratteristiche dei sistemi regionali. Se la governance ha mostrato ancora una volta difficoltà nel tradursi in tempestività degli interventi, l'immissione di nuove e cospicue risorse da parte del governo centrale ha dimostrato la necessità di un coordinamento forte, sia per rinnovare un sistema sanitario che nel futuro avrà sempre più bisogno di saper gestire fasi emergenziali, sia per regolare squilibri regionali che non favoriscono il normale funzionamento dei servizi garantiti attraverso i LEA.

## Allegato

**Elenco dei ventidue indicatori, definiti CORE, su cui è stato sperimentato il NSG - Nuovo Sistema di Garanzia, per le tre aree di assistenza: prevenzione, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera**

### **PREVENZIONE**

- P01C Copertura vaccinale nei bambini a ventiquattro mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
- P02C Copertura vaccinale nei bambini a ventiquattro mesi per la prima dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
- P10Z Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino
- P12Z Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale
- P14C Indicatore composito sugli stili di vita
- P15C Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella; proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina; proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.

### **ASSISTENZA DISTRETTUALE**

- D03C Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta ( $\geq 18$  anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco
- D04C Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica ( $< 18$  anni) per asma e gastroenterite
- D09Z Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso
- D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B
- D14C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici
- D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)
- D27C Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche
- D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
- D33Z Numero di anziani con età  $\geq 75$  anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti.

**ASSITENZA OSPEDALIERA**

- H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti
- H02Z Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui
- H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario
- H05Z Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a tre giorni
- H13C Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro due giornate in regime ordinario
- H17C Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno
- H18C Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.

## Bibliografia

- Aimone Gigio L., Alampi D., Camussi S., Ciaccio G., Guatini P., Lozzi M., Mancini A.L., Panicara E., Paolicelli M. (2018), *La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle regioni in piano di rientro*, Questioni di economia e finanza n.427, Roma, Banca d'Italia
- Banting K. (2006), Social citizenship and federalism. Is a federal welfare state a contradiction in terms?, in Greer S.L. (ed.) *Territory, democracy and justice. Regionalism and federalism in Western democracies*, London, Palgrave Macmillan, pp.44-66
- Cassese S. (1999), Stato e mercato: la sanità, in Amato G., Cassese S., Turchetti G., Varaldo R. (a cura di) *Il governo della sanità*, Milano, Franco Angeli, pp.17-24
- Colasante P., Iacoviello A. (2017), Prassi e potenziali sviluppi dell'intergovernmental management nell'ordinamento italiano. Riflessi sul principio di leale collaborazione, *Rivista AIC*, n.3, pp.1-34
- Corte dei Conti (2017), *Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei Servizi Sanitari Regionali*, deliberazione n. 13/SEAUT/2019/FRG, Roma, Corte dei Conti <<https://bit.ly/2MxOpHi>>
- CREA, Spandonaro F., d'Angela D., Giordani C., Polistena B. (a cura di) (2018), *14° Rapporto Sanità. Misunderstandings*, Roma, CREA Sanità <<https://urly.it/35y62>>
- Fondazione GIMBE (2019), *4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, Bologna, Fondazione GIMBE <<https://bit.ly/3740oWs>>
- France G. (1997), Cross-border flows of Italian patients within the European Union. An international trade approach, *European Journal of Public Health*, 7, suppl.3, pp.18-25
- Gabriele S. (a cura di) (2019), *Lo stato della sanità in Italia*, Focus Tematico n.6, 2 dicembre, Ufficio parlamentare di bilancio <<https://bit.ly/3dBWpmv>>
- Granaglia E. (2020), La sanità fragile: il mancato investimento nel sistema sanitario nazionale, *Forum Disuguaglianze Diversità*, 29 marzo <<https://bit.ly/376XZdp>>
- Istat (2017a), *Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione europea*, Statistiche Report, 26 settembre <<https://urly.it/35y20>>
- Istat (2017b) *Indagine europea sulla salute (Ehis). Periodo di riferimento: anno 2015. Aspetti metodologici dell'indagine*, Roma, Istat <<https://bit.ly/3eZFLNE>>
- Ministero della Salute (2019a), *I principi del Servizio sanitario nazionale (SSN)*, Roma, Ministero della Salute <<https://bit.ly/2MzGY20>>
- Ministero della Salute (2019b), *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e risultati dell'anno 2017*, Roma, Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio VI <<https://bit.ly/2Y234jb>>
- Ministero della Salute (2014), *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2012-2013*, Roma, Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica <<https://bit.ly/2Y05kra>>
- Ministero della Salute (2011), *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010*, Roma, Ministero della Salute - Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario <<https://bit.ly/2AliFwc>>
- Monacelli T., Polo M. (2020), Covid, cosa abbiamo imparato, cosa vorremmo sapere, *lavoce.info*, 3 aprile <<https://bit.ly/2Y5iZgC>>

- NEBO (2018), *Rapporto Sanità 2018. 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale*, Roma, Nebo Ricerche PA <<https://bit.ly/3dBuXVN>>
- OECD (2019), *State of Health in the EU. Italia. Profilo della Sanità 2019*, Paris, OECD Publishing <<https://bit.ly/3dzCi8j>>
- Pavolini E. (2012), Il funzionamento e la performance dei sistemi sanitari regionali italiani, in Pavolini E. (a cura di), *Il cambiamento possibile. La sanità in Sicilia tra Nord e Sud*, Roma, Donzelli Editore, pp.3-11
- Petrelli A., Di Napoli A. (a cura di) (2019), Salute degli immigrati e disuguaglianze socioeconomiche nella popolazione residente in Italia valutate attraverso la rete degli Studi Longitudinali Metropolitan, *Epidemiologia & Prevenzione*, n.5-6 <<https://bit.ly/308ed4L>>
- Petrelli A., Frova L. (a cura di) (2019), Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione, *Epidemiologia & Prevenzione*, n.1 <<https://bit.ly/3gXnpyH>>
- Taroni F. (2011), *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Roma, Il Pensiero Scientifico
- Toth F. (2014), How health care regionalization in Italy is widening the north-south gap, *Health economics policy and law*, 9, n.3, pp.231-249