



IL SISTEMA SANITARIO DI FRONTE ALL'EMERGENZA: RISORSE, OPINIONI E LIVELLI ESSENZIALI

Lo studio Inapp analizza la percezione degli italiani nei confronti della sanità prima dell'emergenza Covid-19, ed esamina, quindi, aspetti quali la spesa regionale, i posti letto disponibili e alcuni degli indicatori dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA). Osserva infine le misure sanitarie previste nel decreto Rilancio, che riportano al centro del dibattito pubblico l'attenzione ad un sistema in difficoltà in diverse aree del Paese, che potrà trarre benefici dai cospicui investimenti previsti, qualora lo Stato mostri rinnovate capacità nel guidare e governare i processi e i rapporti nel settore sanitario.

*INAPP**

La sanità italiana tra finanziamento, spesa e offerta di servizi

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) italiano si caratterizza, rispetto ai sistemi degli altri Paesi industrializzati, per due aspetti: i tre principi fondamentali su cui si basa, *universalità, uguaglianza ed equità*; l'organizzazione, in particolare la *governance* multilivello (Stato, Regioni, Aziende e Comuni) e l'*integrazione* fra l'assistenza sanitaria e quella sociale. Questi aspetti hanno consentito al sistema sanitario di raggiungere apprezzabili risultati nel confronto internazionale, guardando agli indicatori OCSE di qualità ed efficacia delle prestazioni sanitarie, ma anche a quelli di efficienza (come il *Bloomberg Global Health Index*). Rispetto agli altri Paesi europei la spesa risulta piuttosto contenuta, ma le sue progressive contrazioni a partire dal 2011 hanno iniziato a porre a rischio la garanzia dei livelli di qualità e non sembrano aver generato, come auspicato, effetti positivi in termini di

* A cura di Francesca Bergamante, Tiziana Canal, Marco Marucci; i temi di questa nota sono approfonditi nel Working Paper Inapp n. 49, *Sanità di base e di emergenza. Risorse, opinioni degli italiani e livelli essenziali* <<https://bit.ly/3d2JIA6>>.

efficienza e organizzazione, ma hanno anzi comportato una ridotta capacità di accesso ai servizi con un conseguente maggior ricorso all'offerta privata.

Sul fronte delle risorse umane il rallentamento del finanziamento del SSN si è tradotto principalmente in un drastico calo di assunzioni, ma in considerazione del blocco del turnover è anche esplosa la precarizzazione dei rapporti di lavoro: dal Censimento permanente delle istituzioni pubbliche, emerge come tra il 2011 e il 2017 la quota di lavoratori negli Enti sanitari locali con contratti di collaborazione o altre forme atipiche è cresciuta del 78% e il lavoro temporaneo del 23,7%. Inoltre, in generale, la riduzione di risorse umane ha riportato il numero complessivo di dipendenti del SSN in servizio nel 2017 (658.700 unità) ad un livello inferiore a quello del 1997 (675.800 unità). Le riduzioni degli ultimi anni hanno riguardato soprattutto i medici (-6% tra il 2010 e il 2017), ma anche il personale infermieristico che già risulta notevolmente inferiore alla media dell'UE (5,8 infermieri per 1.000 abitanti contro gli 8,5 dell'UE) e che in media a livello italiano è diminuito del 4% nello stesso periodo.

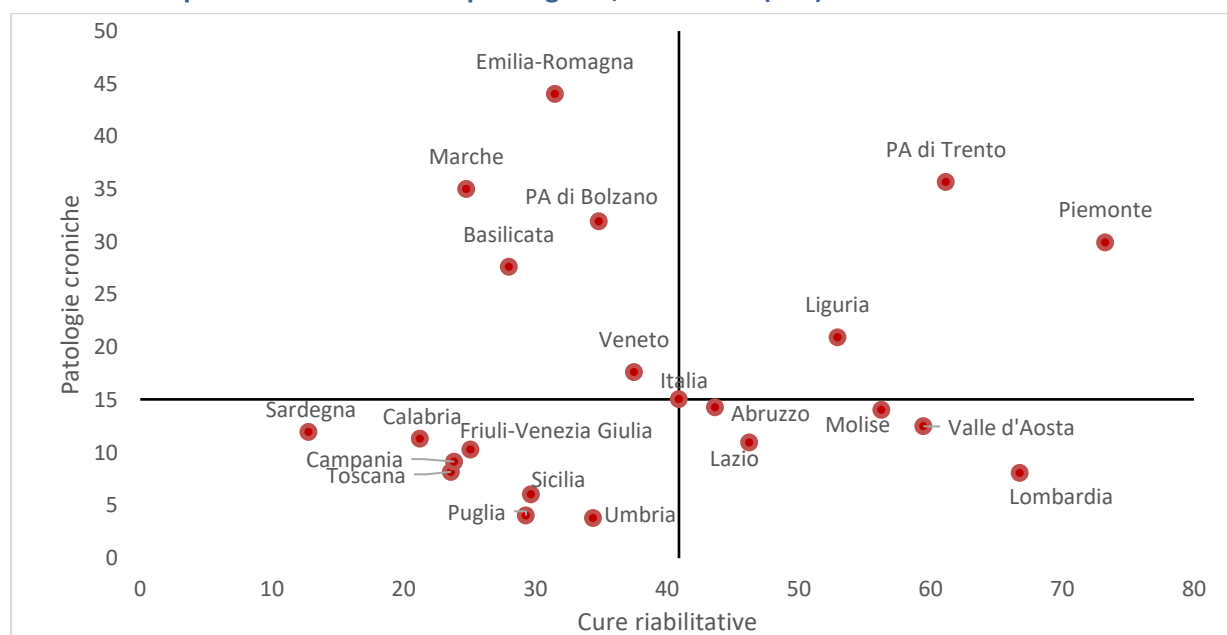
Accanto al minore impegno pubblico è aumentata, invece, la spesa diretta delle famiglie (c.d. *out of pocket*). Nel 2017 le risorse pubbliche hanno coperto il 74% della spesa complessiva (152,8 miliardi), mentre la spesa diretta delle famiglie il restante 26% (circa 39 miliardi, di cui 35,9 direttamente pagati dalle famiglie e 3,7 attraverso assicurazioni private). Nel 2012, cinque anni prima, la spesa pubblica copriva il 76% della spesa complessiva (110 miliardi) e le famiglie la residua quota del 24%.

I diversi interventi normativi che si sono succeduti negli anni e le relazioni tra Stato, Regioni e Autonomie locali hanno, inoltre, generato un sottile e arduo equilibrio fra l'universalismo equitativo del SSN e la promozione di diverse pratiche di amministrazione decentrata. Equilibrio che assume tinte differenti in ciascuna regione rispetto alla produzione di beni e servizi sanitari. A livello regionale, ad esempio, secondo i dati dell'Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale, nel 2017 il costo medio per ricetta passava dal valore minimo della Toscana (12,73 euro) a quello massimo della Lombardia (20,13euro). Quest'ultima regione, inoltre, (insieme al Lazio), rappresenta un modello di 'sanità accreditata' con solo il 57% di produzione di servizi sanitari pubblici; al contrario Toscana e Umbria primeggiano nell'offerta sanitaria pubblica.

I veri e propri 'sistemi locali della sanità' che nel tempo si sono generati da un lato riflettono le note distanze fra Nord e Sud, ma dall'altro, soprattutto negli ultimi mesi, hanno evidenziato debolezze anche in quei territori che in passato sono sempre stati considerati virtuosi. L'epidemia di Covid-19 ha fatto emergere le differenti capacità dei modelli regionali in termini d'infrastrutture territoriali e di personale qualificato disponibile. In ciò hanno giocato soprattutto 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). Si arriva, nel complesso, a una riduzione netta del 20% di posti letto ordinari, 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 (fig. 1), è possibile osservare nel quadrante in basso a sinistra, che corrisponde a scarsità di posti letto per entrambe 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).

Figura 1. 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

Servizi di base e di emergenza: i giudizi degli italiani e la variabilità regionale

Le divergenze territoriali in Italia si possono anche osservare guardando le differenze tra regioni in termini di spesa privata delle famiglie, spesa pubblica e spesa convenzionata. In particolare, i dati Istat relativi al 2016 mostrano che la spesa delle famiglie (*out of pocket*), in proporzione alla spesa totale, risulta di quasi 10 punti percentuali maggiore nel Nord-Est (28%) rispetto alle regioni del Mezzogiorno (19%). Considerando invece la spesa sanitaria pubblica, la situazione si inverte, evidenziando livelli minimi nel Nord-Est (19% del totale) e massimi nel Mezzogiorno (33%). L'incidenza della spesa convenzionata sul totale della spesa sanitaria pubblica rappresenta, inoltre, una quota importante in tutte le regioni (35,4% nel 2016) evidenziando, tuttavia, diverse strutture di governance: sebbene tale modello di erogazione di servizi sanitari continui ad avere un peso forte nelle regioni meridionali (37,3%), soprattutto in Molise, Campania e Sicilia, nel Nord Italia spicca il caso della Lombardia con il 42,4% di spesa pubblica diretta alle strutture convenzionate.

Anche in termini di personale sanitario, misurato come presenza di medici e infermieri, le regioni presentano peculiari differenze: in Molise, Lombardia e Lazio nel 2017 si registrano

meno di 14 medici ogni 10.000 abitanti (rispetto ai 25 della Sardegna). Le regioni con minor numero di infermieri ogni 10.000 abitanti sono invece quelle del Sud Italia (Calabria, Puglia, Sicilia, Campania) a cui si aggiungono la Lombardia (34) e il Lazio (31).

Dall'indagine campionaria Inapp-Plus (*Participation, Labour, Unemployment, Survey*) del 2018, si ricavano i giudizi espressi dalla popolazione tra i 18 e i 74 anni sulla qualità dei servizi sanitari relativamente alla sanità di base (ASL, ospedali, medici di famiglia e ambulatori) e a quella di emergenza (118, pronto soccorso e guardia medica).

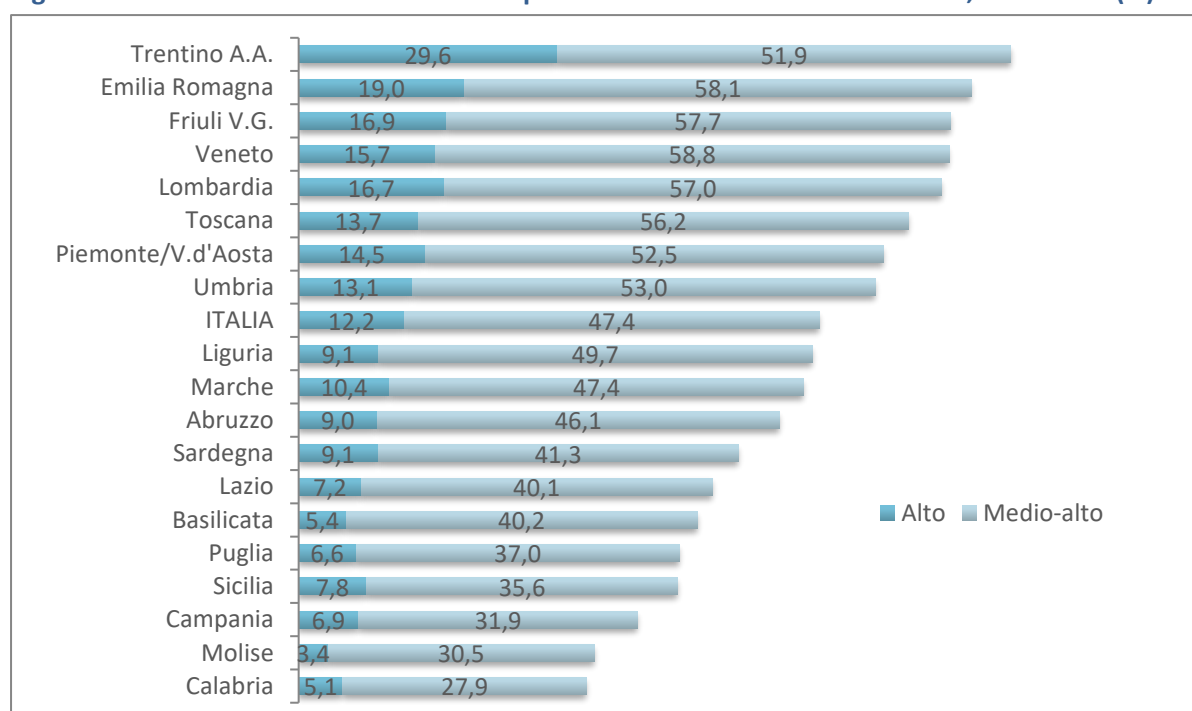
In tutte le regioni del Nord-Est si registrano le valutazioni più positive per quanto riguarda i servizi sanitari di base (fig. 2) e, tra queste, in particolare spicca il Trentino Alto-Adige, in cui quasi il 30% delle persone giudica 'alto' il livello dei servizi offerti, contro circa il 12% riferito 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.

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 (1.797,9 euro), insieme a quella che si registra per Campania (1.799,4 euro) e Veneto (1.761,5 euro), e di un aumento negli ultimi anni della spesa privata per i servizi ospedalieri (comune anche in Valle d'Aosta). 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, vanta una lunga tradizione sanitaria pubblica a cui si associano, come si osserverà nel paragrafo successivo, ottimi livelli di copertura dei servizi ospedalieri e distrettuali.

Una valutazione meno positiva viene espressa dalle persone appartenenti alle regioni del Mezzogiorno e, in particolare in Calabria e Molise in cui solo tre persone su dieci 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; il Molise, invece, è insieme alla Campania, la regione con i peggiori livelli di assistenza ospedaliera (secondo il monitoraggio dei LEA del Ministero della Salute effettuato nel 2017) 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 sembra essere più contenuta la spesa privata per i servizi ospedalieri, soprattutto in Campania e Calabria e al contempo si osserva ugualmente un maggior peso della spesa convenzionata, anche a testimonianza non tanto di una scelta, ma più che altro di una necessità legata alla mancanza di servizi pubblici. Non stupisce, allora, se nelle regioni del Sud si registra anche una maggior rinuncia alle cure per mancanza di risorse economiche: tale fenomeno riguarda il 5,6% delle famiglie del Mezzogiorno, ma anche il 5,1% di quelle del Centro, contro il 3% del Nord-Ovest e il 2,8% del Nord-Est. Tra le regioni, si segnala la Calabria in cui oltre 9,1% delle famiglie rinuncia ai consumi sanitari, seguita da Umbria (8,9%) e Sardegna (8,5%); al contrario Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta sono i territori in cui le rinunce hanno la minore incidenza (rispettivamente 1,3% e 2%).

La rinuncia alle cure (o un loro ritardo) tuttavia è anche legata a problemi con le liste d’attesa o con i mezzi di trasporto, aspetti questi che riguardano soprattutto il Centro e il Sud (Indagine europea sulla salute – Ehis, ISTAT, 2015). Quasi il 20% dei cittadini del Centro dichiara infatti di aver rinunciato per i tempi di attesa troppo lunghi, seguito dai residenti del Sud e Isole con il 16,7% (nel Nord-Ovest la quota è di circa 13%). La mancanza o l’inadeguatezza di trasporti come causa della rinuncia a effettuare prestazioni sanitarie è inoltre indicata dal 7,3% dei cittadini del Centro e dal 6,6% di quelli del Sud (nel Nord il dato è poco al di sopra del 2,5%). Tutto ciò fa sì che molte delle prestazioni sanitarie si spostino dal Sud al Nord, creando quel contraddittorio fenomeno (le c.d. migrazioni sanitarie) per cui le regioni meridionali, oltre ad avere meno risorse da investire nei propri Sistemi sanitari regionali (SSR), contribuiscono, a finanziare (ma anche ad affollare) i servizi sanitari delle regioni settentrionali.

Figura 2. Giudizi alti e medio-alti sulla qualità dei servizi della sanità di base, anno 2018 (%)



Fonte: elaborazione degli Autori su dati Inapp-Plus, 2018

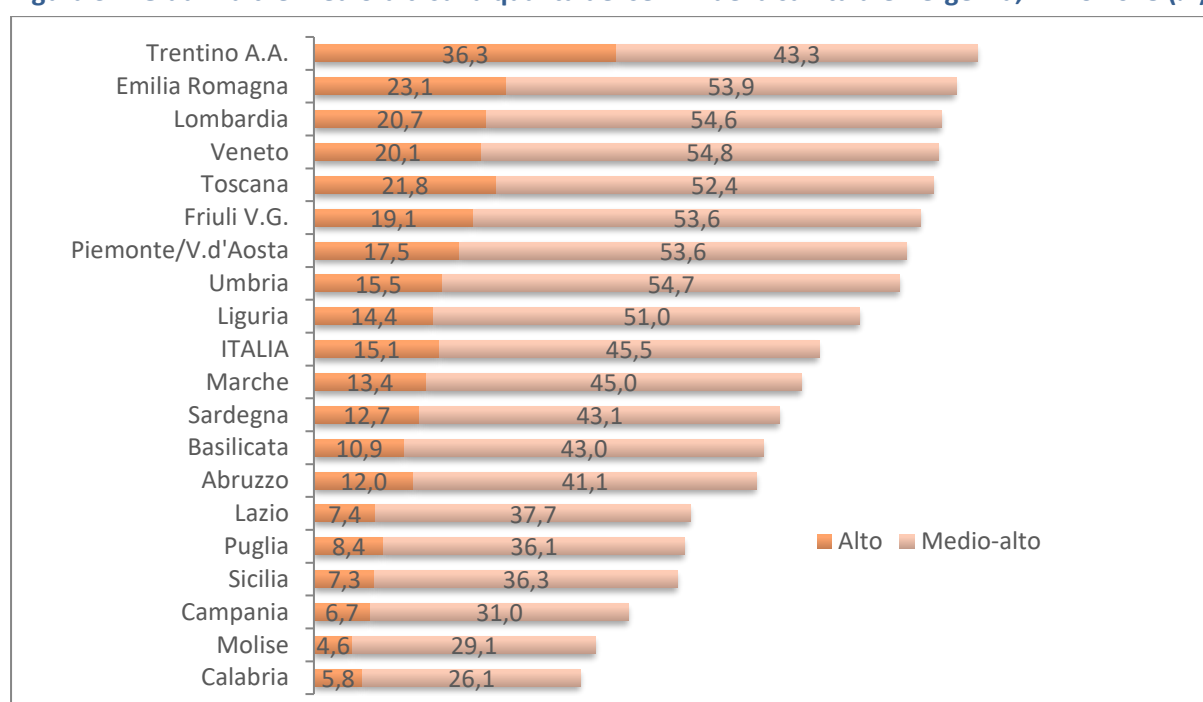
Merita attenzione anche il giudizio espresso dai cittadini italiani riguardo alla sanità d’emergenza, soprattutto in considerazione del fatto che negli ultimi anni, a causa dell’insufficienza dei servizi territoriali e in seguito alla riduzione della disponibilità di posti letto negli ospedali, si è 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).

Il gradimento dei servizi di emergenza (fig. 3) non mostra grandi spostamenti rispetto al gradimento dei servizi di base dal punto di vista delle graduatorie tra le regioni.

Una migliore considerazione dei servizi di base, rispetto a quelli di natura emergenziale, si osserva 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.

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 3. Giudizi alti e medio-alti sulla qualità dei servizi della sanità d'emergenza, Anno 2018 (%)



Fonte: elaborazione degli Autori su dati Inapp-Plus, 2018

Prevenzione e assistenza nelle regioni italiane: alcune evidenze dagli indicatori del Nuovo sistema di garanzia

Le differenze evidenziate relativamente al finanziamento, alla spesa e ai giudizi sul SSN vanno collocate nel lungo percorso di sviluppo della sanità pubblica italiana la cui ultima tappa riguarda la recente adozione del Nuovo sistema di garanzia (NSG), finalizzato a misurare, secondo le dimensioni dell'*equità*, dell'*efficacia* e della *appropriatezza*, l'erogazione a tutti i cittadini delle cure e delle prestazioni che rientrano nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Il NSG considera i servizi sanitari erogati in tutte le regioni dai soggetti pubblici e privati accreditati, anche al fine di rilevare (ed eventualmente ridurre) i divari territoriali. In attesa che il nuovo sistema diventi operativo, il Ministero della Salute ha

sperimentato la metodologia su un insieme di ventidue indicatori, definiti CORE, per le tre aree di assistenza: *prevenzione*, *assistenza distrettuale* e *assistenza ospedaliera*. La sperimentazione consente di distinguere le regioni 'virtuose', ossia quelle in grado di garantire i LEA per tutte e tre le aree di assistenza da quelle ancora in difficoltà.

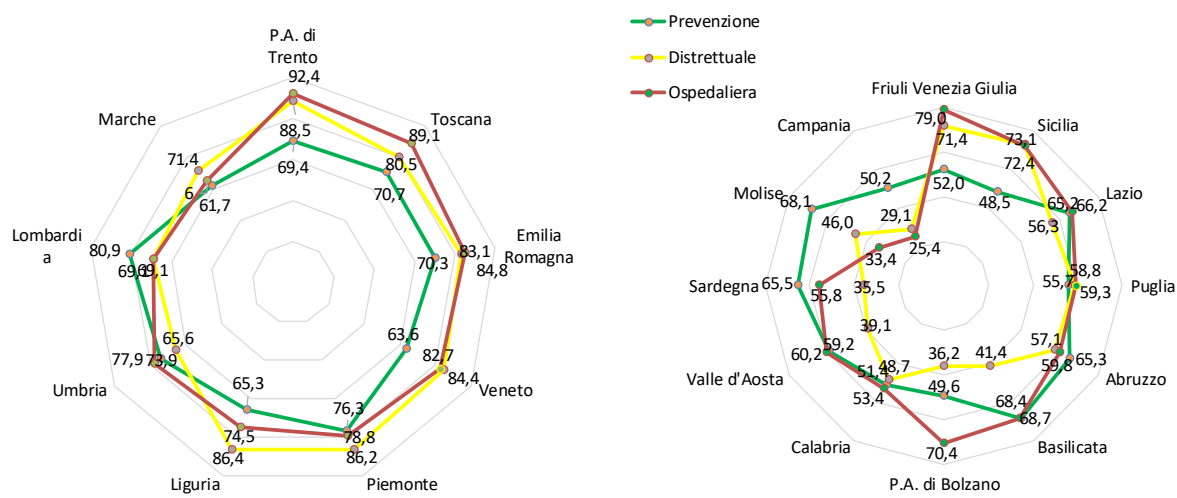
Nove, fra regioni e provincie autonome, garantiscono i LEA per tutte e tre le aree: Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, P.A. di Trento, Piemonte, Toscana, Umbria, Veneto (fig. 4 grafico a sinistra). Il primo aspetto che colpisce confrontando i territori 'virtuosi' è che tutte le regioni, tranne Lombardia e Umbria mostrano valori minori sul tema della 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 e uno spostamento della frontiera fra non market e market.

Altri territori sembrano, invece, aver investito in modo piuttosto omogeneo sull'assistenza distrettuale e su quella ospedaliera, come ad esempio la Provincia autonoma di Trento (88,5% e 92,4%), la Toscana (80,5% e 89,1%), l'Emilia-Romagna (83,1% e 84,8%) o il Veneto (82,7% e 84,4%). Le ultime tre regioni, inoltre, sono quelle che più hanno investito in questi anni anche nelle forme d'assistenza sanitaria territoriale.

Se si osservano, invece, le regioni che non garantiscono i LEA (fig. 4 grafico a destra), 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 delle regioni del Sud. 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-Venezia Giulia, la Sicilia e il Lazio mostrano buoni livelli anche nell'assistenza distrettuale, a indicare un percorso di crescita verso il rafforzamento dei servizi territoriali; altre evidenziano invece bassi livelli (Campania, Sardegna, P.A. di Bolzano, Valle d'Aosta, Basilicata), segnale ancor più preoccupante nel 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 basso (Sicilia, Basilicata, P.A. di Bolzano, Valle d'Aosta, Sardegna, Molise) e situazioni particolarmente critiche (Campania).

Figura 4. Regioni che garantiscono i LEA (a sx) e regioni che non garantiscono i LEA (a dx) per area CORE (%)



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

Il sistema sanitario italiano dall'emergenza agli interventi: nuove risposte a lontane questioni

L'emergenza sanitaria legata al Covid-19 ha riaperto in modo prorompente il dibattito sul nostro SSN, sottolineando capacità e resilienza, ma anche debolezze strutturali complessive di alcune realtà in modo specifico, peraltro già messe in evidenza nel recente passato dai giudizi dei cittadini nei confronti dei servizi di base e di emergenza. Rapidamente e congiuntamente il decreto Cura Italia (D.L del 17 marzo 2020, n. 18 convertito in L. del 24 aprile 2020, n.27) e più compiutamente il recente decreto Rilancio (D.L. del 19 maggio 2020, n. 34) hanno previsto misure specifiche dedicate al settore sanitario. Mentre il decreto Cura Italia, nato come prima risposta emergenziale, disponeva misure urgenti per il sistema sanitario, il decreto Rilancio interviene in una logica più ampia.

Nel complesso il decreto Rilancio porta il fabbisogno sanitario standard, per il 2020, sino a 119.556 milioni, con un'incidenza sul PIL del 7,2% (il 3,6% in più rispetto al 2019) a favore di una molteplicità di misure che possono essere raggruppate in tre macro-tipologie di intervento (tav. 1): emergenziale, strutturale e sperimentale. In particolare, in quest'ultima tipologia si possono rintracciare gli interventi o gli strumenti innovativi (ad es. le Centrali Operative regionali o la telemedicina) proposti in risposta alla fase di emergenza la cui utilità non si esaurisce con la post-pandemia e al contrario possono costituire un punto di partenza per favorire il cambiamento in un'ottica di più ampio respiro (si pensi alle procedure semplificate di approvvigionamento).

Come evidenziato, molte misure sono state attivate per fronteggiare in modo tempestivo la fase emergenziale. Tali misure hanno fatto ampiamente ricorso all'utilizzo di strutture private, anche non convenzionate, per ospitare il flusso incontenibile di nuovi contagiati. Per

affrontare la cd. ‘fase di convivenza con il virus’, il decreto Rilancio ha previsto però un rafforzamento strutturale della rete ospedaliera del SSN, mediante l'adozione di specifici piani regionali di riorganizzazione.

Tra gli interventi strutturali, per le carenze descritte nei precedenti paragrafi, risultano di particolare rilevanza il potenziamento dell’assistenza ospedaliera e dell’assistenza territoriale, cui sono associati importanti investimenti in risorse umane (con lo stanziamento di 480 milioni di euro per il reclutamento di personale infermieristico e 734 milioni di euro per il rafforzamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)). Segnali, questi, di una risposta organica all’annosa scarsità di risorse e di un possibile futuro riequilibrio tra l’offerta ospedaliera e i servizi territoriali nei diversi sistemi locali della sanità italiana.

Tavola. Classificazione degli interventi dei decreti Cura Italia e Rilancio

Emergenziali	Strutturali	Sperimentali
Incremento ore di specialistica; Istituzione aree sanitarie temporanee; Unità medico specialistica, Unità tecnico infermieristica ed Unità sociosanitaria presso il Dipartimento della protezione civile; Credito d'imposta per la sanificazione degli ambienti di lavoro, acquisto di mascherine chirurgiche e DPI; Disposizioni a supporto dell'acquisto da parte delle Regioni di beni necessari a fronteggiare l'emergenza Covid-19; Sorveglianza sanitaria e quarantena precauzionale; Dispositivi per la diagnostica del Covid-19 (tamponi); Monitoraggio del rischio sanitario connesso al passaggio dalla fase 1 alla fase 2.	Immissione di liquidità per il finanziamento del SSN (3.375 milioni anticipati, in deroga alla normativa vigente sul finanziamento ordinario e il Piano sanitario nazionale); Rafforzamento dell’assistenza ospedaliera (posti letto e strutture mobili); Potenziamento dell’assistenza territoriale (ADI, infermiere di comunità, infermieri) e del Pronto soccorso; Potenziamento della rete ospedaliera (terapie intensive fisse e mobili).	Attivazione delle Centrali operative regionali, dotate di apposito personale e di apparecchiature per il tele-monitoraggio e la tele-medicina, con funzioni di raccordo fra i servizi territoriali e il sistema di emergenza-urgenza; Introduzione di procedure semplificate per l’approvvigionamento; Piani regionali di riorganizzazione delle reti ospedaliere, recepiti nei Programmi operativi regionali per la gestione dell'emergenza Covid-19; Potenziamento delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA).

I recenti provvedimenti normativi, oltre a costituire una reazione all’emergenza, rivelano una prospettiva più ampia diretta a colmare (almeno in parte) alcune carenze che il SSN ha accumulato nel tempo, come ad esempio quella relativa al personale o ai presidi sanitari territoriali.

Tuttavia, le evidenze sopra analizzate, come pure i giudizi dei cittadini, ci mostrano un quadro molto complesso di problemi da risolvere, come il superamento dei divari territoriali; la riduzione del fenomeno della rinuncia alle cure per motivi economici o del forzato ricorso alle cure private a causa degli impraticabili tempi di attesa del servizio pubblico; il problema di quelle che vengono definite come le ‘migrazioni sanitarie’, che di fatto contribuiscono al finanziamento dei servizi sanitari del Nord da parte delle regioni del Sud; il rapporto tra modello ospedaliero e modello distrettuale; il rapporto tra strutture pubbliche e strutture private.

Il Servizio sanitario pubblico deve riportare al centro dell'attenzione l'universalismo e l'equo accesso alle cure su tutto il territorio, soprattutto per quanto riguarda i servizi essenziali. Questo compito richiede la capacità dello Stato di guidare e governare i processi e i rapporti lungo un percorso strategico che va disegnato con profonda attenzione e con profonda competenza.

Se l'emergenza sanitaria ha evidenziato molte debolezze della sanità italiana, ne ha tuttavia mostrato anche i punti di forza e le grandi potenzialità di sviluppo. Soprattutto ha fatto riemergere con forza l'importanza di un sistema universale in grado di sostenere efficacemente e diffusamente il benessere delle persone e nello stesso tempo capace di fronteggiare adeguatamente situazioni di emergenza, ed è a partire da questo che dovrà riprendere il via una nuova strategia sanitaria.

Alcuni diritti riservati (2020) (INAPP)

Quest'opera è rilasciata sotto i termini della licenza Creative Commons.

Attribuzione - Non Commerciale - Condividi allo stesso modo 4.0 - Italia License.

ISSN 2533-3003



I *Policy Brief* dell'INAPP offrono spunti di riflessione tratti dai temi di ricerca e di analisi realizzati dall'Istituto, a supporto delle politiche pubbliche.

La collana INAPP *Policy Brief* è a cura di Claudio Bensi.

Per info: stampa@inapp.org - www.inapp.org

