

Disuguaglianze territoriali nel sistema sanitario italiano

Nicola Giannelli

RPS

La struttura regionale del Sistema sanitario nazionale nato nel 1978 e l'aziendalizzazione nel 1993 hanno posto la necessità di un sistema di governo che sia capace di ridurre i divari istituzionali facendo leva sulle responsabilità politiche e gestionali attribuite dal Ministero a quegli ambiti decisionali. La leva è stata la creazione nel 2001 di un esteso sistema di valutazione dei risultati che ci permette oggi di affermare che il divario territoriale era consistente e che il sistema di sanzioni e incentivi ha ridotto le differenze di prestazioni gestionali ma in misura non sufficiente rispetto alle aspettative. La mobilità sanitaria da Sud a Nord sembra spiegata, più che da un chiaro deficit negli esiti clinici di singole

specialità, da una minore coerenza delle prestazioni nella filiera della presa in carico che può aver danneggiato la reputazione di molti presidi, in prevalenza nel Mezzogiorno. Identifichiamo altri due fattori di differenziazione territoriale. Uno è la diversa densità abitativa, a causa della quale le aree interne o distanti dagli insediamenti principali soffrono di un deficit di offerta di tutti quei servizi per i quali l'ampiezza del bacino di utenza è una condizione essenziale di produttività. Infine, per ogni istituzione l'eredità della sua storia organizzativa è un fattore rilevante della capacità attuale di reagire positivamente alle difficoltà e agli incentivi che provengono dalle fonti di sostentamento e di legittimazione.

1. Introduzione

Il servizio sanitario nazionale italiano è nato nel 1978 su esempio del National Health Care britannico ma con una Costituzione che attribuiva già rilevanti competenze organizzative alla legislazione di consigli regionali eletti per la prima volta nel 1975. Dagli anni '90 è il settore di welfare italiano che più ha applicato il paradigma del New Public Management anch'esso proveniente dal Regno Unito: aziendalizzazione, concorrenza tra produttori, valutazione delle performance. I Livelli essenziali di assistenza furono introdotti con la riforma del titolo V della Costituzione del 2001 e definiti con decreto del novembre dello stesso

RPS

DISUGUAGLIANZE TERRITORIALI NEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

anno. Lo scopo dichiarato era di perseguire l'uniformità delle prestazioni sanitarie in un processo di ulteriore attribuzione di compiti alle regioni. A tal fine l'intesa Stato-regioni del 23 marzo del 2005 costituì un comitato Lea incaricato di valutare la verifica degli adempimenti, anche con il fine di attribuire una quota premiale del 3% rispetto al fondo ordinario (Camera dei deputati, 2019).

In ambito sanitario l'offerta dei servizi vede una notevole differenziazione territoriale, che non si spiega solo con la diversificazione delle politiche regionali attuate. Altri due importanti fattori sono rilevanti: la composizione dei bacini di utenza e la storia istituzionale delle organizzazioni sanitarie locali con l'eredità che ne deriva.

Il tema delle richieste di maggiore autonomia da parte di alcune regioni, in base all'art. 116 della Costituzione, è di nuovo fortemente presente nell'agenda politica. Questo articolo consente l'assegnazione di nuove competenze alle regioni tramite un accordo tra Stato e regioni interessate e, a differenza della Costituzione spagnola che prevede una delega statale e forme di forte controllo da parte dello Stato (artt. 150 e 155), la nostra Costituzione lascia intendere che anche la valutazione sull'esercizio di queste debba essere condivisa. In ambito sanitario la prima bozza di accordo preliminare, da precisare e ratificare, tra Stato e Regione Lombardia (ad esempio) prevede maggiore autonomia nella formazione e assunzione del personale sanitario, nelle funzioni attinenti al sistema tariffario, di rimborso, compartecipazione e dei sistemi sanitari integrativi nonché di governance delle aziende sanitarie¹. Questo ampliamento dell'autonomia regionale può aprire uno spazio ulteriore alla divaricazione tra sistemi regionali. E questa divaricazione, se non governata efficacemente dal centro con incentivi, disincentivi e commissariamenti, rischia di indebolire l'offerta delle regioni che hanno un tessuto socio-economico meno ricco. In quale misura questa debolezza sia responsabilità delle classi dirigenti regionali è questione complessa da affrontare caso per caso, perché, come vedremo, progressi sono stati fatti. È comunque conveniente per il paese nel suo insieme non lasciare indietro alcuni sistemi sanitari regionali rispetto ad altri. Il fatto che la differenza delle prestazioni regionali sia rimasta molto elevata, in base alla lettura degli indicatori approntati per ridurla, dopo oltre vent'anni di intese Stato-regioni e di politiche nazionali finalizzate alla sua riduzione, non incoraggia ad essere ottimisti sulle altre materie oggetto di

¹ Presidenza del Consiglio dei ministri, Accordo preliminare in merito all'intesa prevista dall'art. 116 Cost. 28 febbraio 2018, Allegato salute, p. 13.

richiesta di autonomia, per le quali si immagina la costruzione di indicatori e standard dei livelli essenziali da garantire ai cittadini, proprio sul modello di quelli sanitari. Certo, è giusto riconoscere che in questi due decenni il servizio sanitario è avanzato in molti campi e che questo è avvenuto relativamente di più nelle regioni che appaiono meno performanti. Il sistema di valutazione e definizione degli obiettivi ha avuto una sua efficacia, e perciò il modello non è affatto da rigettare. La sua efficacia dipende dalla capacità del disegno degli incentivi di favorire i comportamenti virtuosi senza scoraggiare chi, partendo da posizioni di svantaggio, ha meno forze per gareggiare. Coloro che sono preoccupati dalla regionalizzazione differenziata identificano inoltre un rischio nel progressivo squilibrio delle risorse disponibili (Viesti, 2019) che soprattutto a causa della richiesta di maggiore autonomia fiscale potrebbe permettere alle regioni più ricche di impiantare un modello di servizio sanitario sempre meno ancorato alle risorse pubbliche alimentate dalla fiscalità generale, che è il cardine del principio universalista. Questo infatti prevede che la ripartizione del rischio sia fatta in base al reddito disponibile, come nella tassazione, e non all'appartenenza a gruppi di rischio, come nel modello assicurativo. Maggiori livelli di reddito e di ricchezza del tessuto produttivo permettono di alimentare deroghe verso l'alto al welfare di base, che consentirebbero a categorie di contribuenti più benestanti di beneficiare a loro spese di un welfare più esteso. Già il cosiddetto welfare integrativo dei contratti, laddove diventa sostitutivo anziché integrativo di quello pubblico, va nella direzione di legittimare una concezione che sostituisce il principio degli uguali diritti con la posizione di ciascuno sul mercato. Questo significa invertire quel processo di demercificazione dei servizi di welfare che è la base ideale del principio universalista (Esping-Andersen, 1999). La ri-mercificazione dei servizi inoltre rischierebbe di inficiare il processo redistributivo tra strati sociali e tra territori aventi diverso tenore di vita. Il modello universalista infatti non redistribuisce costi e benefici solo tra le generazioni ma anche tra cittadini di diversa condizione sociale o territoriale. Questo articolo cerca di approfondire il tema della differenziazione delle performance dei presidi sanitari per cercare di capire quali possono esserne i fattori da un punto di vista territoriale.

2. Salute e differenze territoriali

Se prendiamo come indicatori di salute la speranza di vita a 65 anni e il numero di anni in salute sul totale degli anni di vita, i fattori esplicativi

principali, che in genere nella letteratura vengono considerati connessi a tali indicatori, sono gli stili di vita (alimentazione, consumo di alcol, fumo, movimento, sovrappeso) e la condizione sociale (istruzione, benessere economico). Questi fattori spiegano le diverse attese di vita dei gruppi statistici nella società ma sembrano avere pochissima influenza sulla distribuzione regionale visto che l'attesa di vita varia in misura molto limitata.

Analizzando le informazioni contenute nel rapporto Istat «La salute degli italiani», altri indicatori sembrano invece indicare la presenza di un divario. La quota di persone che dichiara di essere in cattiva salute, in particolare tra le donne che sono più longeve, nel Mezzogiorno è quasi doppia rispetto al Nord. In media gli anziani del Sud hanno un numero di anni di vita in cattiva salute superiore rispetto al Nord, 21,5 contro 19 (Istat, 2015). Poiché sono prevalentemente gli anziani a soffrire questa condizione, ed essi sono i principali beneficiari del Sistema sanitario, il senso comune tende ad imputare questa differenza alla carenza dei servizi di cura, ma questa semplificazione è inappropriata. I fattori intervenienti, come la capacità di spesa, la scolarizzazione, l'attenzione ai fattori di rischio, la salubrità dell'ambiente di vita o di lavoro, determinano la gran parte della varianza. Questo significa che lo Stato e le regioni dovrebbero mettere in campo tutti gli strumenti necessari all'educazione e alla prevenzione, e al tempo stesso sono chiamati a fornire ai cittadini servizi di cura che siano appropriati clinicamente. L'attenzione del pubblico si focalizza sull'output dei servizi perché laddove essi sono insufficienti od organizzati male il disservizio genera malcontento. Non altrettanta attenzione è però dedicata alle attività utili a mantenere la qualità della vita e alla prevenzione socio-sanitaria.

3. La differenziazione regionale dei servizi sanitari

3.1 mobilità dei pazienti

La distribuzione delle risorse dallo Stato alle regioni avviene prevalentemente su base capitaria corretta per il tasso di invecchiamento della popolazione. Questo criterio ha una sua logica perché le persone con patologie croniche e gli ultra 65enni assorbono circa i 2/3 delle risorse. Poiché le regioni meridionali, ed in particolare Campania e Sicilia, hanno un tasso di invecchiamento meno drammatico di quelle del Nord, ed in particolare di Liguria, Toscana e Piemonte, per questo ricevono

meno risorse pro capite. Se però invece che agli standard di età si guardasse alla popolazione con malattie croniche, che esprime la maggiore domanda di assistenza, si vedrebbe che il Sud ha percentuali analoghe e addirittura qualche valore più alto del Nord.

Le possibili spiegazioni vanno dagli stili di vita alla carenza di risorse per la cura (la spesa *out of pocket* al Sud è la metà rispetto al Nord), a possibili, ma non facilmente dimostrabili, deficit di assistenza.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria vi è una opinione diffusa in base alla quale quella meridionale sarebbe generalmente peggiore di quella del Centro-Nord. Ciò si basa principalmente sulle esperienze personali delle migliaia di persone che salgono lo Stivale per avere cure in altre regioni rispetto a quelle di residenza. Questi numeri sono confermati anche dai dati ufficiali sulla mobilità sanitaria che è facilmente tracciabile con il sistema dei rimborsi ospedalieri a Diagnosis Related Groups (Drg) nato nel 1993².

Tabella 1 - Percentuali di persone per condizioni di salute e presenza di patologie croniche, per area geografica (2016)

Territorio	in buona salute	con almeno una malattia cronica	con almeno due malattie croniche	cronici in buona salute
Nord	71,5	40,3	20,2	46,9
Centro	68,7	39,3	20,6	41,2
Sud e Isole	69,0	37,5	21,3	36,6
Italia	70,1	39,1	20,7	42,3

Fonte: Istat, 2017.

Vi sono molte modalità di rappresentare questa mobilità perché essa riguarda condizioni personali diverse (ad esempio persone che sono domiciliate e lavorano o studiano in una regione e risiedono in un'altra), tipi di prestazioni molto diverse, sia per complessità che per erogazione (ospedaliera, ambulatoriale, primaria) e sia in entrata che in uscita. Perciò le rappresentazioni sono diverse e ciascuna focalizza di più un aspetto o un altro di questa mobilità. Se si guardano queste voci in valori assoluti, la regione più popolosa, la Lombardia, risulta campione in entrambe. Guardiamo perciò ad un dato pro capite e che sottragga la mobilità passiva a quella attiva. Questo è un indicatore parziale perché una regione può essere attiva in un settore e passiva in un altro, oppure attiva in una direzione e passiva in un'altra, come succede alle Marche.

² D.l. 502/92-517/93g.

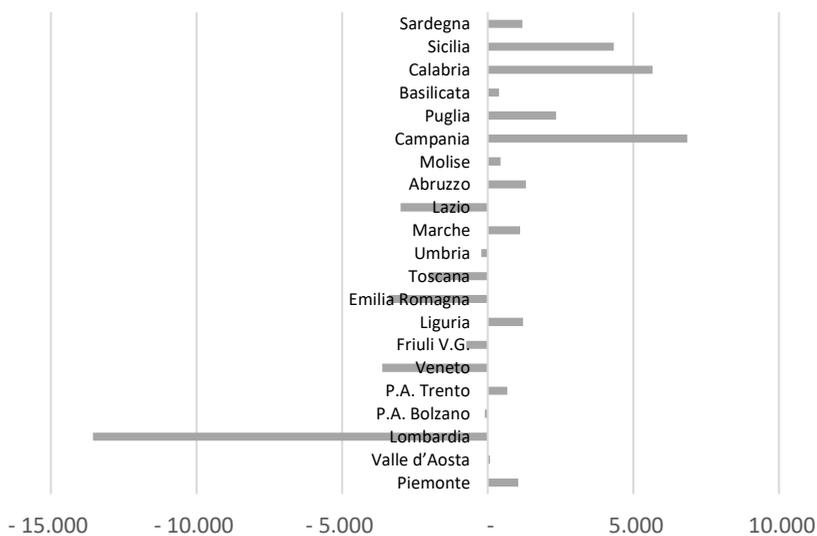
RPS

DISUGUAGLIANZE TERRITORIALI NEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

Serve però a mostrare una condizione di squilibrio del mercato sanitario nella sua dimensione regionale. Ricordiamoci però che il servizio sanitario è nazionale e i confini regionali sono solo amministrativi. Ciascuna posizione regionale andrebbe poi analizzata per specifici ambiti territoriali.

Anche se riuscissimo a depurare i dati da tutti i fattori della scelta dei pazienti non inerenti al loro giudizio sui servizi sanitari, la mobilità sanitaria non potrebbe comunque però essere considerata un indicatore solo della qualità dei servizi, perché essa è certamente influenzata dalla tipologia dell'offerta rispetto alla domanda e dalla percezione dei cittadini basata su conoscenze parziali.

Figura 1 - Saldo mobilità interregionale ospedaliera per tumori, ricovero ordinario, numeri assoluti



Nota: Le colonne dal lato destro mostrano un numero di pazienti in uscita dalla regione superiore di quello in entrata, sul lato sinistro l'opposto.

Fonte: Ministero della Salute, «Rapporto annuale sull'attività del recupero ospedaliero 2018. Dati 2017».

Qualsiasi ricerca sul comportamento degli utenti sul mercato sanitario parte dalla constatazione di una evidente asimmetria cognitiva. Benché i pazienti sappiano che l'appropriatezza della cura è il valore centrale della loro scelta, normalmente non hanno le conoscenze per poterla

valutare e le loro preferenze si formano in base alla sensazione (o alla reputazione) di affidabilità del singolo medico o del presidio di cura (Bornstein, 2000). Esistono molte ricerche che dimostrano come, data la difficoltà dei pazienti ad avere un'opinione tecnica sull'offerta clinica, la loro attenzione si sposti su aspetti meno centrali come le condizioni di accoglienza, la pulizia, la gentilezza del personale e così via. Questi aspetti possono essere rilevanti in aree a forte concentrazione del bacino di utenza, ma nelle quali, a causa dei numeri e di una presa in carico carente, l'accoglienza non è tra le migliori, come ad esempio avviene in alcuni presidi di regioni popolate del Sud. Poiché la presa in carico di un paziente stabilisce una relazione di affidamento, le condizioni di questo affidamento non sono affatto secondarie. È quindi il sistema della presa in carico nel suo complesso quello che conta di più. «I pazienti delegano le decisioni (sui percorsi di cura) ad altri agenti, di solito professionisti sanitari. [...] A seconda di come è configurato il sistema sanitario la scelta del paziente può riguardare il medico, un centro clinico oppure un percorso di cura integrato. Queste differenti opzioni organizzative definiscono il campo della competizione tra servizi di cura» (Expert Panel, 2015, p. 29).

Normalmente un paziente preferisce un percorso di cura locale ad uno lontano dal suo luogo di residenza. Se nelle vicinanze non ha un'offerta sanitaria adatta alla sua terapia, allora la sua disponibilità ad allontanarsi si amplia notevolmente. Ma quando non è questa la spiegazione, qual è la prima ragione per preferire la mobilità alla cura locale? «Tra coloro ai quali viene offerta una scelta, una delle principali ragioni per scegliere ospedali non locali è stata una cattiva esperienza con ospedali locali. Questo suggerisce che la principale minaccia alla capacità di attrarre pazienti di un ospedale, sia fornire cure inadeguate in uno specifico ambito a singoli pazienti che difficilmente torneranno, saranno più propensi a scegliere servizi non locali e probabilmente raccomanderanno a familiari ed amici di fare altrettanto» (Picker Institute Europe e al., 2010, p. XV).

Accanto quindi all'ipotesi che alcuni presidi non offrano condizioni di accoglienza rassicuranti, una seconda possibile spiegazione è dunque che in alcune regioni vi siano presidi sanitari che ospitano servizi di grandi qualità in alcune specialità ma sono carenti in altri aspetti o altre specialità del percorso di cura. Queste carenze incrinano il rapporto di fiducia e producono effetti sulla reputazione del medico o del presidio rispetto a presidi sanitari che offrono una qualità complessiva più omogenea e quindi appaiono complessivamente più affidabili. Per control-

lare la validità di queste ipotesi sarebbero necessarie ricerche dettagliate che mettano a confronto gli esiti di diversi presidi all'interno della stessa regione con quelli di altre regioni destinatarie o fonti della mobilità, rilevando le opinioni dei pazienti con interviste e *focus groups*.

RPS

3.2 Adempimento dei Lea e verifica degli esiti

Se la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (n. 833 del 1978) aveva imboccato la scelta della regionalizzazione come previsto dalla Costituzione, furono poi le riforme del 1993/93 ad introdurre forti elementi di aziendalizzazione che allo stesso tempo aprivano la strada ad una maggiore regionalizzazione dell'impianto organizzativo, allontanandolo dal rapporto con gli enti locali.

Tabella 2 - Adempimenti Livelli essenziali di assistenza, 2010-2017

Regione	Adempimento %	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
Emilia Romagna	92,2%	208	205	210	204	204	205	205	218	1.659
Toscana	89,6%	185	168	193	214	217	212	208	216	1.613
Piemonte	86,9%	174	170	186	201	200	205	207	221	1.564
Veneto	86,7%	178	182	193	190	189	202	209	218	1.561
Lombardia	85,3%	171	195	184	187	193	196	198	212	1.536
Umbria	83,9%	191	184	171	179	190	189	199	208	1.511
Marche	81,9%	180	164	165	191	192	190	192	201	1.475
Liguria	80,3%	137	166	176	187	194	194	196	195	1.445
Friuli Venezia Giulia*	79,0%	171	172	167	168	163	185	203	193	1.422
Prov. Aut. di Trento*	77,8%	145	153	163	186	184	185	200	185	1.401
Basilicata	75,3%	164	167	169	146	177	170	173	189	1.355
Abruzzo	72,8%	133	145	145	152	163	182	189	202	1.311
Lazio	72,0%	122	152	167	152	168	176	179	180	1.296
Sicilia	67,9%	108	147	157	165	170	153	163	160	1.223
Molise	66,7%	126	142	146	140	159	156	164	167	1.200
Puglia	63,1%	74	123	140	134	162	155	169	179	1.136
Valle d'Aosta*	62,0%	162	153	135	129	120	132	137	149	1.117
Calabria	58,9%	99	128	133	136	137	147	144	136	1.060
Sardegna*	56,1%	88	130	115	166	124	118	130	140	1.011
Prov. Aut. di Bolzano*	55,4%	120	131	126	113	113	121	153	120	997
Campania	53,9%	95	101	117	136	139	106	124	153	971
Totale punteggio ottenuto		3.031	3.278	3.358	3.476	3.558	3.579	3.742	3.842	27.864
Massimo punteggio raggiungibile		4.725	37.800							
Inadempimento %		35,9%	30,6%	28,9%	26,4%	24,7%	24,3%	20,8%	18,7%	26,3%

* Regioni e province autonome non sottoposte alla verifica degli adempimenti.

Fonte: Fondazione Gimbe, 29 novembre 2019.

Stato e regioni hanno concordato un sistema di indicatori comune e alla valutazione è stato agganciato un sistema di premialità solo parzialmente collegato con la ripartizione delle risorse. Questo è ragionevole

perché i sistemi di valutazione possono produrre effetti perversi come l'accentuazione delle disparità o comportamenti opportunistici. È utile ricordare il fatto che molti di questi indicatori sembrano essere stati concepiti più per l'efficientamento della spesa che per il miglioramento della qualità del servizio. Bisogna però ammettere che questo paradigma di governance ha prodotto miglioramenti e convergenze testimoniate negli ultimi 15 anni di verifiche degli adempimenti, sia sul versante delle performance di spesa che su quello della qualità delle prestazioni. E però l'ultimo disponibile ad oggi ancora mostra evidenti disparità regionali nei punteggi.

Nella tabella 2 si vede la progressione di miglioramento dei punteggi Lea delle regioni. Tutte sono migliorate, maggiormente quelle che partivano più indietro, soprattutto Puglia, Sardegna e Abruzzo. Una convergenza secondo questi indicatori dunque c'è stata. Essi si raggruppano in tre grandi famiglie: prevenzione, cura ospedaliera e cura territoriale. I punteggi mostrano una varianza maggiore nell'indice del comparto ospedaliero: dal 25 della Campania all'89 della Toscana. Trento, Bolzano e Valle d'Aosta non sono comparabili perché hanno una spesa pro-capite del 15-20% superiore alle altre regioni. La Sicilia non performa male, tra le regioni del Sud, ma è scarsa nella prevenzione.

Alla verifica sull'adempimento dei Lea da qualche anno si è aggiunto un sistema di rilevazione più raffinato perché coglie con precisione alcuni indicatori di prestazione oggettivi e ne rileva sia il valore medio regionale che la varianza interna tra i diversi *providers* territoriali di ciascuna regione, il Programma nazionale esiti. La lettura di questi indicatori disponibili restituisce un panorama assai più complesso e disomogeneo di quello dei Lea nel quale le differenze Nord-Sud sono meno evidenti, la varianza infraregionale assai più ampia di quella media tra aree del paese e la coerenza delle performance soggetta a forti discontinuità, ed è anche per questo che la sola spiegazione regionale non ci soddisfa. Le differenze di prestazioni tra sistemi regionali dunque esistono, ma non sono il solo modo di vedere le differenze territoriali. Ecco dunque che emergono le altre dimensioni della differenziazione territoriale.

4. Bacini di utenza, competizione ed economie di scala

La più evidente di queste disomogeneità riguarda la redistribuzione dei bacini di utenza. La popolazione è concentrata in alcune fasce, lungo le coste, i fiumi o le vie di comunicazione, e assai più dispersa in altre aree.

RPS

Nicola Giannelli

Le prestazioni sanitarie sono diversificate e numerose e ciascuna, per poter essere prodotta in base ad un criterio non solo di economicità ma anche di ragionevolezza, ha necessità di un bacino di utenza minimo. Chi terrebbe in piedi un servizio per due utenti? E questo è tanto più vero quanto più con il passare degli anni la medicina si è specializzata nelle strumentazioni e nelle competenze. Rispetto a 40 anni fa, quando cresceva la rete dei presidi sanitari, la divisione del lavoro sanitario è aumentata, mentre procedeva lo spopolamento delle aree interne. Ne deriva che laddove la popolazione è scarsa e diffusa su ampie superfici sono pochi i servizi attivi e anche quelli che ci sono potrebbero essere poco dotati dello staff di cura necessario a fornire una qualità analoga a quelli delle località dove si svolgono più prestazioni. Il primo paradosso è che ogni cittadino avrebbe diritto alla stessa qualità di assistenza, a prescindere dalla grandezza del suo centro abitato, mentre la struttura organizzativa va nella direzione opposta da decenni.

In un'inchiesta del *Sole 24 Ore* si legge che «emerge una netta differenza non tanto tra Nord e Sud ma tra città e aree interne, cioè quelle più distanti dai servizi essenziali. [...] Gli abitanti delle aree interne, al netto di qualche centro di eccellenza, sembrano avere meno accesso alle cure» (Casadei e Finizio, 2019, p. 2). Un territorio ad alta densità abitativa consente la presenza di una pluralità di presidi con prestazioni della stessa natura, pubblici, privati, convenzionati, tra i quali il paziente può scegliere. «L'evidenza empirica sembra mostrare come tutti questi interventi volti ad introdurre nel settore gli effetti "disciplinanti" della concorrenza sembrano aver avuto un impatto positivo sull'efficienza tecnica ospedaliera» (Canta et al., 2006, p. 163). Riguardo alla dimensionalità dei presidi come fattore di efficienza una rassegna delle ricerche esistenti dimostra che non vi sono risultati univoci. Ad esempio «Fabbri (2003) nel suo lavoro sugli ospedali pubblici dell'Emilia-Romagna rileva anche la presenza di economie di scala (la scala efficiente si ha in corrispondenza di 200 posti letto circa) e una maggiore efficienza tecnica delle AO rispetto ai presidi gestiti dalle Asl; questi ultimi risultano però in genere meglio dimensionati rispetto alle prime, che sperimentano rendimenti decrescenti di scala» (ivi, p. 165). Gli autori giungono infine ad una considerazione conclusiva: «Le stime delle economie di scala risultano particolarmente elevate per le strutture ospedaliere di più piccola dimensione e tendono a ridursi progressivamente passando a volumi di produzione maggiori, pur rimanendo comunque di entità significativa. Inoltre, mantenendo costante il volume delle prestazioni erogate, l'ampiezza delle economie di scala tende a ridursi al crescere

della complessità del *case mix*, suggerendo una probabile maggiore saturazione dei fattori produttivi nelle strutture che trattano casi mediamente più complessi» (ivi, p. 188).

Un ospedale non è un contenitore standard: quali servizi offre questo presidio? Quali specialità? Quali chirurgie e a quale livello? E così via. Perciò non ha senso domandarsi quale dimensione sia più efficiente per un ospedale, mentre può avere senso per un servizio. Sappiamo però che molte funzioni sono connesse tra loro e un presidio che non fosse in grado di offrire l'intero «pacchetto» sarebbe poco sicuro per i pazienti e poco efficiente. Per avere un pronto soccorso dotato delle équipe necessarie, 24 ore su 24, dall'anestesia alle principali diagnostiche per immagini, alla neonatologia, alla *stroke unit* e così via, quanti macchinari e quanti specialisti servono? Quanti reparti ad esso collegati? Per giustificare questo investimento in capitale fisso e spese correnti quante prestazioni si devono erogare?

Bisogna sempre tenere a mente l'estrema complessità del sistema sanitario come sistema produttivo, che emerge anche nel rapporto tra efficienza e tecnologia. «Ad una prima analisi, il fatto che i costi operativi e la variabile temporale siano positivamente correlati potrebbe stupire: solitamente il progresso tecnico implica un aumento di produttività a cui fa seguito un abbassamento dei costi. Nel caso particolare dei servizi ospedalieri, tuttavia, nuove tecnologie, più costose e a più alta intensità di lavoro (spesso di elevata specializzazione), possono ragionevolmente essere introdotte per fornire ai pazienti trattamenti di cura maggiormente efficaci, non avendo quindi come ovvia conseguenza la riduzione dei costi ma molto più probabilmente l'incremento della qualità dei servizi erogati. Le peculiarità del settore in esame permettono dunque di spiegare questa "anomalia" riscontrata a livello empirico» (ivi, p. 181). Viste le difficoltà di ottenere guadagni di produttività con il progresso tecnologico, maggiori aspettative sono state ingenerate dalla possibilità di un uso migliore delle risorse organizzative. «Ciò è favorito – almeno in teoria – anche dalla possibilità di utilizzare il personale in modo più "razionale", sfruttando compiutamente i margini di flessibilità organizzativa e funzionale concessi alla dirigenza ospedaliera dalle riforme approvate un po' in tutta Europa – anche se con modalità e contenuto variabile – ispirate ai principi del *New Public Management*, che hanno trovato espressione in Italia nel processo di "aziendalizzazione" della sanità avviato con la riforma *bis* del Ssn» (Neri e Turati, 2009, p. 6).

Essendo la varietà dei prodotti del sistema molto elevata (i Drg, tipi di prestazioni che compongono il catalogo delle prestazioni, sono 538) e

RPS

Nicola Giannelli

RPS

DISUGUAGLIANZE TERRITORIALI NEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

poiché molti pazienti hanno più di una patologia, la combinazione ideale dei fattori produttivi e la curva dei costi varia a seconda del tipo di cura. Generalmente nella diagnostica o nella chirurgia vi sono economie di scala, prima della saturazione delle strumentazioni che costituiscono un limite tecnico, che nella medicina sono assai meno evidenti. In quest'ultima infatti le economie di scala si generano prevalentemente riducendo il tempo dedicato a ciascuna singola prestazione, ma questo oltre una certa soglia va a detrimento della qualità della presa in carico del paziente. Comunque ogni percorso terapeutico è una combinazione di prestazioni di tipo diverso.

Vi è poi una peculiarità relativa all'impiego di capitale. Come già detto, nel settore sanitario gli investimenti in capitale quasi mai sono sostitutivi della forza lavoro, anzi ne richiedono una maggiore qualificazione (Clerico, 2011). Perciò non è affatto detto che grandi investimenti nel capitale materiale o in quello umano portino a significativi aumenti di efficienza, vale a dire di produttività tecnica. Ad esempio negli Stati Uniti dal 1995 al 2005 la produttività generale è cresciuta di un tasso medio dell'1,5% all'anno, ma «da variazione annua della produttività nel sistema sanitario (come anche nell'educazione e nell'assistenza sociale) è stata negativa (-0,5%) secondo i dati ufficiali. Come abbiamo fatto notare, si tratta sicuramente di una sottostima. Ma ciò nonostante il fatto che dato sia negativo colpisce» (Cutler, 2010, p. 5).

Questa sottostima deriva anche dal fatto che i progressi della medicina sono a volte spettacolari tecnicamente (si pensi ai trapianti) ma difficilmente quantificabili in termini di benefici collettivi perché spesso portano a incrementi minimi dell'aspettativa media di vita rispetto all'incremento dei costi. E questo è un ulteriore fattore di diseconomia.

Ecco perché si arriva a scrivere che in ambito sanitario, oltre una certa soglia, le economie di scala sembrano più presupposte che dimostrate. Ma spesso si presuppone anche l'opposto. «L'idea di fondo – largamente diffusa, spesso implicita e, comunque, poco argomentata e non dimostrata – che sembra essere stata alla base di molti interventi è che aziende più grandi possano assicurare un miglior controllo delle dinamiche finanziarie (limiti di spesa) e che anche la diminuzione di complessità del sistema possa contribuire a raggiungere il medesimo risultato» (Del Vecchio, 2014, p. 10).

Un classico esempio potrebbe essere la dimensione ottimale degli ospedali. Tutti capiscono che un ospedale piccolo con pochi pazienti ha un costo per paziente maggiore di uno grande. Eppure in media gli ospedali privati convenzionati sono più piccoli di quelli pubblici. La spiegazione è che vi sono servizi per i quali avere un grande bacino di utenza

consente di avere équipe mediche più ricche di qualificazioni, turni sempre coperti, percorsi di cura più sicuri. Una buona clinica privata invece cerca di focalizzare il suo business sulle cure che le consentono di avere maggiore redditività, visto che sono rimborsate a Drg³, e possibilmente di programmare tutti gli interventi in modo da ottimizzare l'uso delle risorse. Laddove la prestazione verte sull'utilizzo di un macchinario di alto costo e/o manutenzione, l'intensità di uso di questo può ingenerare economie di scala. Anche la necessità di costituire una équipe medica con numerosi operatori è economicamente più sostenibile se essa viene impegnata per più ore o più interventi. Lo stesso vale per i macchinari e il personale specifico della sala operatoria.

Ma ci sono anche servizi per quali le economie di scala non valgono perché sono *labour intensive*, o perché la crescita di complessità gestionale dovuta ad un maggiore impiego di risorse, o il posizionamento su frontiere del mercato meno prevedibili, può comportare costi maggiori degli incassi. Ecco perché il privato tende a focalizzare la sua offerta sulle specialità e sul livello della filiera nei quali la concentrazione delle risorse produce la miglior remunerazione. Il pubblico invece è gravato dall'obbligo della generalità della prestazione e perciò dovrebbe stare attento al rischio di privarsi di queste aree a maggior remunerazione che possono essere utilizzate per sostenere l'insieme della struttura dei costi. Tipico è il caso degli interventi chirurgici programmati, la cui struttura di costi è più sostenibile di quella degli interventi di urgenza. Appaltare al privato i primi e tenersi nel pubblico i secondi è economicamente non conveniente, se il committente pubblico non chiede al privato un onere aggiuntivo.

Al mero calcolo economico si aggiunge il tema dell'appropriatezza che è il principio guida di tutto il sistema sanitario. Essa ha soprattutto due facce: l'appropriatezza clinica e quella organizzativa. La prima è definita così: «Una cura può considerarsi appropriata quando sia associata a un beneficio netto o, più precisamente, quando è in grado di massimizzare il beneficio e minimizzare il rischio al quale un paziente va incontro quando accede a determinate prestazioni o servizi» (Ministero della Salute, 2012, p. 16).

Come si vede, questo concetto, apparentemente soggettivo, diventa oggettivo dal momento in cui vi sono esperienze consolidate, che prendono la forma di linee guida la cui messa in opera dovrebbe consentire

³ Un'azienda è in grado di valutare per quali Drg la somma dei costi fissi e dei costi variabili è inferiore al rimborso previsto per ciascun caso aggiuntivo. L'esempio classico nelle pubblicazioni è quello dei parti cesarei anziché naturali.

un calcolo (approssimato) del vantaggio clinico per il paziente. Questa proceduralizzazione è il giubbotto di salvataggio del medico che, assumendosi la responsabilità di una decisione, ha la possibilità di dire che ha deciso secondo scienza più che secondo coscienza. L'appropriatezza organizzativa invece può essere definita come «l'erogazione di un intervento/prestazione in un contesto organizzativo idoneo e congruente, per quantità di risorse impiegate, con le caratteristiche di complessità dell'intervento erogate e con quelle cliniche del paziente» (Berti e al., 2004, p. 53). Tradotto in parole povere significa che la prestazione deve essere offerta nel contesto organizzativo adeguato al livello di complessità dell'intervento, evitando sia lo spreco che il deficit di risorse cliniche rispetto ai migliori standard d'intervento riconosciuti. Questo principio costituisce la premessa per una gerarchia delle forme organizzative dell'offerta di cura sul territorio, che gli autori anglosassoni chiamano «regionalismo gerarchico» (Neri e Turati, 2009, p. 4) che è stata di fatto assunta anche nella legislazione italiana con le diverse tipologie di ospedali.

Non stupisce quindi che queste due declinazioni di appropriatezza, coniugate con la necessità di non sprecare risorse umane e strutturali, abbiano infine condotto il Ministero della Salute ad individuare una serie di volumi ritenuti migliori, a quel dato momento delle conoscenze, per ogni tipo di intervento al fine di approssimare quella doppia declinazione di appropriatezza.

Il decreto 70 del 2015 infatti stabilisce bacini di utenza diversi, con un minimo e un massimo, per ciascuna specialità, con e senza posti letto. Generalmente parlando diagnostica e chirurgia che, soprattutto se si vogliono rispettare standard di qualità che richiedono sempre più capitale materiale e umano, sono più sensibili alle economie di scala della medicina o delle terapie riabilitative. Perciò il decreto impone alle regioni di «articolare la rete ospedaliera prevedendo reti per patologia in base a quanto indicato [...] tenendo conto di eventuali specificità del territorio regionale, documentate sulla base di criteri epidemiologici e di accessibilità attraverso compensazioni tra discipline [...] in materia di rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e della gestione del rischio clinico, provvedendo, altresì, ad assicurare modalità di integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cure al fine di assicurare la maggior flessibilità organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero e dando specifica rilevanza per le necessità provenienti

dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza [...] e adottare il modello denominato hub and spoke, previsto espressamente per le reti per le quali risulta più appropriato, ovvero altre forme di coordinamento e di integrazione professionale su base non gerarchica» (Ministero della Salute, 2015, art. 5, c. 5).

Il decreto dà valore fondativo alle sperimentazioni organizzative che certificano che il perseguimento della qualità dell'assistenza sanitaria dipende dal modello organizzativo. Esso richiede di superare il principio secondo il quale le vecchie strutture ospedaliere replicavano nella misura la dimensione del bacino di utenza. Laddove queste non sono ritenute capaci di garantire l'appropriatezza delle prestazioni devono essere collegate in rete. Ne consegue quindi che tale appropriatezza dipende dalla capacità delle regioni di applicare a far funzionare il modello organizzativo dipartimentale, le reti ospedaliere e l'organizzazione per intensità di cura.

Per ragioni sia economiche (costo medio del posto letto) che di appropriatezza clinica il decreto stabilisce come prima fascia minima di bacino di utenza per un presidio ospedaliero di base, una popolazione tra 80 mila e 150 mila abitanti⁴, tra 150 e 300 mila abitanti per l'ospedale di primo livello e 600 mila abitanti per l'ospedale «completo» di secondo livello. L'abitudine delle persone a considerare il pronto soccorso come la prima opzione per ogni primo intervento si scontra dunque con l'evidenza organizzativa in base alla quale il pronto soccorso dovrebbe essere riservato solo ai casi di maggiore gravità, per evitare che sia intasato da prestazioni ambulatoriali, e deve poter interagire con reparti interni di alto livello per poter garantire un percorso diagnostico terapeutico appropriato. Una sanità primaria efficace, organizzata su turni, potrebbe garantire la presa in carico dei primi interventi di minore gravità e grazie alla medicina a distanza potrebbe usufruire della diagnostica dei centri maggiori. Ma questa rete richiede una articolazione territoriale che non sembra affatto garantita dai 46 mila medici generici e 7.700 pediatri convenzionati con il sistema sanitario, obbligati ad un minimo di 10 o 15 ore alla settimana di ricevimento su turni decisi da loro (Toth, 2014). Proprio nelle aree meno abitate dalle quali sono distanti i maggiori presidi sanitari il risultato è dunque una sensazione di abbandono che spiega le forti reazioni di protesta che queste popolazioni manifestano ogni volta che un presidio minore viene chiuso, per ottemperare

⁴ In realtà l'ospedale di base ha così poche funzioni che c'è da chiedersi quale sicurezza clinica possa garantire.

alle ragioni organizzative sintetizzate nel decreto sopracitato. Le proposte alternative finora sperimentate in molti casi non hanno offerto le rassicurazioni richieste e una loro rassegna merita una specifica ricerca. I principi ispiratori del decreto 70 sono razionali ma devono fare i conti con alcuni deficit organizzativi nella presa in carico dei cittadini delle aree meno popolate. Questi deficit sono oggi acuiti dalla carenza di personale medico che è più rilevante nelle destinazioni lontane dalle aree urbane. La razionalità dell'attuazione dipende dunque dal grado di accuratezza, di qualità e di pertinenza al territorio e alle risorse disponibili, estremamente differenziate da un contesto gestionale-istituzionale all'altro. E qui tornano ad essere rilevanti le differenze tra le diverse scelte politiche regionali. E noi arriviamo invece alla terza differenziazione territoriale.

5. La terza differenza: l'eredità istituzionale

«Nel momento in cui l'organizzazione inizia a operare prende forma quello che gli studiosi chiamano il modello originario che consiste nell'interazione tendenzialmente coerente di struttura, cultura, potere e relazioni di scambio» (Zan, 1998, p. 78). Le organizzazioni sono sistemi di ruoli e, per quanto all'interno dei ruoli le singole persone facciano spesso la differenza, esse tendono a mantenere una stabilità interna a dispetto dei propositi di cambiarle. «I progressisti sono pronti a cambiare tutto, ma raramente a mettere in discussione i loro privilegi, benefici, il loro status e il loro potere, se non a condizione di avere l'assoluta garanzia che questi, col cambiamento, aumenteranno» (ivi, p. 217). Solo eventi traumatici, di origine esterna, come un mutamento delle risorse o delle regole esterne, o interni, come la scomparsa di persone chiave per l'equilibrio di potere, può portare a modifiche dell'equilibrio intorno al quale verte la stabilità dell'organizzazione. «Le riforme hanno bisogno di una copertura organizzativa oltre che finanziaria, ma hanno anche bisogno di una adeguata copertura motivazionale, culturale. [...] Le organizzazioni pubbliche o private resistono al cambiamento e solo quando la crisi reale o percepita assume uno stato di eccezionale gravità si cerca di correre ai ripari» (Raniolo, 2008, p. 263).

Un presidio sanitario è una organizzazione con ruoli di potere, culture di relazione interpersonale, consolidate pratiche di allocazione delle risorse e di progressione di carriera. Esso sopravvive in una interazione con altre istituzioni dalle quali trae le risorse per la sopravvivenza e le

fonti di legittimità per le sue norme organizzative. Un presidio cresciuto in modo organizzativamente inappropriato difficilmente verrà corretto senza una forte spinta positiva sul suo equilibrio interno. In una organizzazione squilibrata, carenze di risorse possono addirittura peggiorare le risposte organizzative con la tendenza dei più forti a consolidare le loro posizioni a spese dei meno forti. Perciò le politiche di incentivazione premiale funzionano positivamente su organizzazioni che hanno le risorse organizzative per adattarsi in senso positivo, sulle altre rischiano solo di accentuare le mancanze. Poiché le scelte strategiche sono di competenza regionale, anche da questa finestra può tornare la responsabilità regionale nel correggere i modelli organizzativi in direzione proattiva.

È evidente a tutti come la storia di una istituzione, delle persone che hanno rivestito i ruoli, di come queste sono state capaci di trasmettere le pratiche ai loro successori, di come è cambiato il rapporto con l'ambiente circostante e con le principali fonti di reperimento delle risorse e di legittimazione dell'ordine interno, sia condizionante per lo stato attuale di quella istituzione. La valutazione ovviamente può essere fatta caso per caso, con studi approfonditi e comparati.

Nei paesi anglosassoni nel caso una istituzione funzioni male la si può chiudere, proprio per evitare la trasmissione dell'eredità negativa. In Gran Bretagna sono centinaia le scuole pubbliche chiuse per cattive prestazioni negli ultimi trent'anni, sia con governi laburisti che conservatori. Abbiamo già visto come la mobilità sanitaria da alcune regioni ad altre possa essere motivata anche dalla mancanza di uniformità nell'offerta dei servizi che può danneggiare la reputazione complessiva del presidio dal quale ci si allontana. Leggendo i grafici dei numerosi indicatori Lea o del Programma nazionale esiti si ha, in effetti, l'impressione che proprio l'ampiezza della divaricazione nella qualità tra tipi di prestazione sia il tallone d'Achille della sanità nelle regioni che subiscono i più alti tassi di mobilità passiva. Perché infatti, scorrendo gli indicatori del Piano nazionale esiti, vi sono molti casi specifici nei quali le strutture sanitarie del Sud non performano peggio di quelle del Nord.

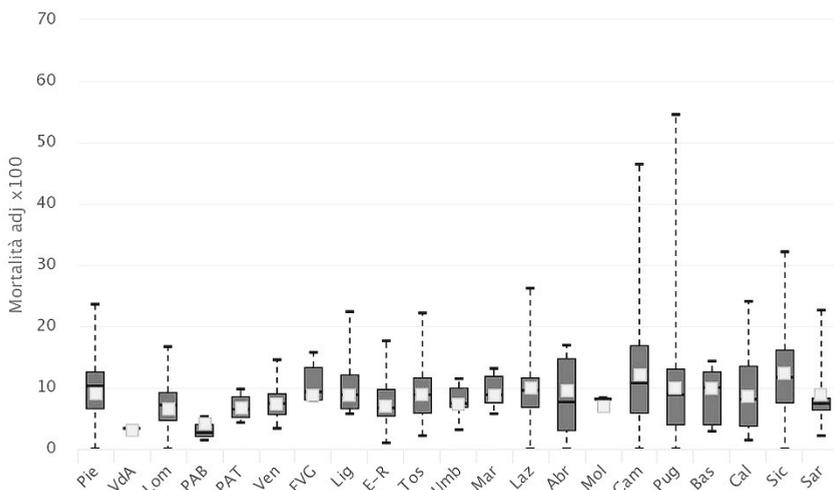
Nella figura 2 vi è una modesta differenziazione Nord-Sud. Appare invece evidente l'ampiezza interna alle singole regioni. La mortalità a 30 giorni è un buon indicatore perché è abbastanza centrata rispetto alla dimensione della qualità del servizio dal punto di vista dell'utenza. Se i Lea sono in prevalenza focalizzati sulla organizzazione dei servizi, i dati degli esiti portano informazioni vicine al vissuto dei pazienti e in un'ottica di New Public Management dovrebbero essere pubblicati per dare

RPS

Nicola Giannelli

informazioni ai pazienti e mettere in (virtuosa?) concorrenza tra loro le strutture sanitarie e le regioni. Però se si mettesse online la prestazione di ogni singola struttura si correrebbe il rischio di indurre interpretazioni scorrette, sbilanciate, alimentando reazioni emotive su un tema molto delicato. Perché infatti proprio la lettura di questi dati mostra, in alcuni campi, grande varianza anche nelle regioni considerate più virtuose. Da un lato ciò potrebbe essere utile a giustificare le chiusure dei presidi insicuri da parte della dirigenza regionale, dall'altro aprirebbe infuocati dibattiti pubblici nei quali spesso prevale la ricerca del capro espiatorio. Esaminando su internet uno per uno gli esiti complessivi e la loro varianza l'unica considerazione che emerge con nettezza è la necessità di non generalizzare ma di indagare i vari tipi di prestazione e le condizioni di erogazione regione per regione, azienda per azienda.

Figura 2 - Broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) riacutizzata: mortalità a 30 giorni (2016)



Nota: il quadratino segna la media regionale, il rettangolo la variabilità infraregionale in almeno la metà delle strutture, il tratteggiato i casi estremi.

Fonte: Programma nazionale esiti, Ministero della Salute, 2019.

La differenziazione degli esiti interna alle regioni non ha dunque spiegazioni semplici, ma sicuramente produce una diffidenza nell'opinione dell'utenza che tende a rivolgersi dove spera di avere risposte rassicuranti. In percentuale gli ospedali del Sud hanno meno accessi al pronto

soccorso pro-capite di quelli del Nord ma maggiore uso della guardia medica. Questo potrebbe essere dovuto ad un timore sulle condizioni caotiche di accesso che inducono a preferire un servizio meno sofisticato ma portato a domicilio. Alcune regioni in effetti hanno investito in modo particolare sul pronto soccorso, avendo capito che sono l'interfaccia più visibile per guadagnare la fiducia dell'utenza. Nel suo insieme un sistema sanitario appare affidabile quando riesce a garantire la qualità, anche se non l'«eccellenza», su tutta la filiera della presa in carico. Chi scrive, dunque, concorda con Toth quando afferma che «le regioni che destinano maggiori risorse all'assistenza territoriale e collettiva hanno risultati tendenzialmente migliori rispetto a quelle che investono di più in regime ospedaliero» (Toth, 2014, p. 88). Questo capita perché, a parità di risorse, affrontare i problemi di salute prima che si giunga all'ospedalizzazione migliora la salute del paziente e riduce l'uso delle risorse correnti. E questo non riguarda solo la sanità primaria ma tutte le forme di prevenzione e assistenza sociale, a partire dalla deprivazione sociale, al livello di scolarizzazione e di informazione riguardo agli stili di vita. Da decenni negli Stati Uniti escono pubblicazioni che si interrogano sul costo enorme del sistema sanitario americano. Una delle tante spiegazioni è inerente al rapporto tra assistenza sociosanitaria e ospedalizzazione. Due esperte di gestione clinica si chiedono perché gli Stati Uniti d'America spendano così tanto in sanità senza produrre risultati complessivi di eccellenza. La loro risposta è chiara: sono tutte le condizioni precedenti all'ospedalizzazione che contano. «Spostare il paradigma potrebbe essere difficile. Riconoscere le sue dimensioni sociali, ambientali e comportamentali, abbracciare la necessità di una responsabilità personale ma anche condivisa per indirizzare questi elementi verso la salute cozza con l'individualismo americano e minaccia una larga e profittevole industria medica» (Bradley e al., 2013, p. 197).

La sanità primaria è particolarmente importante nella cura degli anziani ed è proprio su questo aspetto che si osserva la maggiore differenza Nord-Sud visto che l'invecchiamento demografico è ormai quasi alla pari con il Nord. Non solo, come abbiamo visto, al Sud il numero di anni in cattiva salute prima della morte è superiore di 1,5, ma vi è una carenza di servizi accanto ad una minore disponibilità di risorse delle famiglie che in Italia sono gli attori principali della Long Term Care. «I tassi di copertura dei bisogni di Ltc, bassi al Nord, tendono a zero nelle regioni centro-meridionali, in genere più povere di posti letto, sia per acuti, sia per riabilitazione, sia per strutture intermedie, sia per strutture protette. Ad aggravare questa iniquità geografica vi è il differenziale di

spesa privata delle famiglie per prestazioni sanitarie. La regione con la spesa più elevata (Lombardia, con 752 euro per abitante) registra valori più che doppi rispetto a quella con minore spesa (Campania, con 303 euro)» (Cerga, 2017, p. 13).

RPS

6. Conclusioni

Benché in base ai dati la varianza delle performance interne alle singole regioni sia superiore a quella tra regioni⁵, in Italia si discute molto dei divari regionali nell'offerta del sistema sanitario, e questi sono ribaditi ogni anno dalla relazione sull'adempimento dei Lea. A leggere gli indicatori dei Lea però si direbbe che gli adempimenti riguardino più l'uso razionale delle risorse organizzative che l'efficacia sostanziale dal punto di vista del paziente. Ovviamente vi sono molti casi in cui queste due dimensioni si abbracciano. Però, visto che l'Italia è l'unico dei grandi paesi sviluppati che nell'ultimo decennio ha avuto un tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica in valori assoluti prossimo allo zero, mentre la domanda di servizi cresceva per effetto demografico, si direbbe che il successo principale dei Lea sia stato l'efficientamento della spesa. La mobilità interregionale dei pazienti è spesso richiamata come indicatore di questa differenziazione, anche perché essa è confermata dall'esperienza di vita di persone che si sono mosse, soprattutto da Sud a Nord, in cerca di prestazioni migliori. I dati sulla mobilità sono molto complessi, ma indubbiamente uno dei fattori rilevanti è quello della reputazione. Considerando la lettura del Programma nazionale esiti, che fornisce dati oggettivi, si direbbe che la sanità meridionale dia risultati analoghi a quella del Nord in molte specialità. È però da indagare la possibilità che da un lato le condizioni dell'accoglienza e dall'altro la carenza qualitativa di alcuni specifici servizi rispetto all'offerta complessiva abbiano potuto alimentare quel deficit di reputazione che può spiegare la mobilità.

Poiché la sanità per poter offrire servizi di qualità deve organizzarsi per bacini di utenza, i divari territoriali sono spesso dovuti, in tutte le regioni, alla concentrazione o dispersione dell'utenza. Il decreto 70 del 2015 del Ministero della Salute stabilisce infatti soglie di bacini di utenza

⁵ La Scuola Sant'Anna di Pisa pubblica ogni anno un report rappresentazione degli indicatori tramite bersagli che evidenzia molto bene la varianza tra i diversi servizi e tra i diversi presidi sanitari di dieci regioni e due province (Sant'Anna, 2018).

per organizzare l'offerta. Le nuove tecnologie e forme organizzative innovative possono aiutare a migliorare la presa in carico in aree a bassa densità, ma devono superare la diffidenza dei cittadini laddove questi si sentano trascurati nelle modalità tradizionali dell'offerta. La sensazione di abbandono è aggravata dall'abbandono da parte dei giovani delle aree meno popolate mentre la maggior quota di anziani presente vede un allungamento della vita in condizioni di morbosità favorito dall'avanzamento delle tecniche terapeutiche. La continuità della presa in carico deve ancora consolidare un nuovo modello capace di unire presidio umano e nuove tecnologie.

Il terzo elemento di differenziazione riguarda la storia organizzativa di ciascun singolo presidio che spesso vede alcuni di essi reagire al cambiamento in modo proattivo e innovativo, in altri casi in modo difensivo e conservativo. In queste strategie evolutive le politiche regionali hanno un peso rilevante insieme ai fattori locali, ma solo un'analisi dei singoli casi può dare risposte utili alla comprensione di che cosa ha condizionato la storia di uno specifico servizio. Dall'esame degli esiti appare una disparità interna più evidente in alcuni settori e in alcune regioni, soprattutto del Sud. Il Ministero dovrebbe promuovere uno studio transregionale di casi positivi e negativi come modelli di apprendimento.

Riferimenti bibliografici

- Berti E., Casolari L. e al., 2004, *Il monitoraggio delle performance cliniche*, in Grilli R. e Taroni F., *Il governo clinico*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Bornstein B.H., 2000, *Choosing a Doctor: an Exploratory Study of Factors Influencing Patients' Choice of a Primary Care Doctor*, Lincoln, Nebraska.
- Bradley E.H. e Taylor L.A., 2013, *The American Health Care Paradox: Why Spending More is Getting us Less*, New York, Public Affairs.
- Camera dei deputati, Servizio Studi, *I nuovi Livelli essenziali di assistenza*, Roma, 17 giugno 2019.
- Casadei M. e Finizio M., *Check up Italia: lo star bene premia sardi e lombardi*, «Il Sole 24 Ore», 20-05-2019.
- Canta C., Piacenza M. e Turati G., *Riforme del servizio sanitario nazionale e dinamica dell'efficienza ospedaliera in Piemonte*, «Politica economica», n. 2, 2006.
- Cerga Sda Bocconi Rapporto Oasi 2017.
- Clerico G., *(In)efficienza della spesa sanitaria pubblica*, «Tendenze nuove», il Mulino, n. 4, 2011.

- Cutler D.H., 2010, *Where Are the Health Care Entrepreneurs? The Failure of Organizational Innovation in Health Care*, Harvard Working Paper 16030.
- Del Vecchio M., *Assetti istituzionali, confini aziendali e problemi di gestione nel Servizio Sanitario Nazionale*, in «Politiche sociali», n. 3, 2014, p. 89.
- Esping-Andersen G., 1999, *Social Foundation of Postindustrial Economies*, Oxford, trad. it.: *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*, 2000, il Mulino, Bologna.
- Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health. Competition among Health Care Providers*. European Union, Bruxelles, paper adopted on 7th 2015.
- Fabrizi D., *L'efficienza tecnica e di scala degli ospedali pubblici in Italia*, in *L'efficienza dei servizi pubblici*, Banca d'Italia, Roma, luglio 2003.
- Gimbe, 2018, *Rapporto Osservatorio*, n. 3.
- Istat, 2015, *Le dimensioni della salute in Italia*, Roma.
- Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, 2012, *Manuale di formazione per il governo clinico*, Roma.
- Ministero della Salute, Decreto ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, art. 5, c. 5.
- Neri S. e Turati G., 2009, *Processi di riorganizzazione della rete ospedaliera: ragioni teoriche, evidenze empiriche e fattori di successo*, in Bosi P., Dirindin N. e Turati G., *Decentramento fiscale, riorganizzazione interna e integrazione socio-sanitaria*, Vita e Pensiero, Milano.
- Pica F. e Villani S., *Questioni concernenti la nozione di costo standard: la mobilità dei pazienti e le mode sanitarie*, «Rivista Economica del Mezzogiorno», n. 3, 2010.
- Picker Institute Europe, Office of Health Economics, 2010, *Rand Europe: Patient Choice. How Patient Choose and How Providers Respond*, The King's Found, Londra.
- Raniolo F., 2008, *Le facce del cambiamento amministrativo*, in D'Amico, *L'analisi della pubblica amministrazione. Vol. IV*, FrancoAngeli, Roma.
- Saitto C., *Salute, Soldi, Cambiamento. Prove di gestione in un'Azienda del Servizio sanitario nazionale: il problema del rapporto tra ospedale e territorio*, «Tendenze Nuove», n. 4, 2012.
- Sant'Anna, Scuola Universitaria Superiore Pisa, 2018, *Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali. Rapporto 2017*, Pisa.
- Toth F., 2014, *La sanità in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Viesti G., 2019, *La secessione dei ricchi. Autonomie regionali e unità nazionale*, Laterza, Bari.
- Zan S., 1998, *Il fenomeno organizzativo*, Carocci, Roma.