

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2010**L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo l'approccio economico-aziendale. Ha, inoltre, creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2010:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano (dati di struttura, di attività, di spesa e disavanzo).
- a livello regionale, indaga le determinanti dei risultati economico-finanziari; analizza i documenti di programmazione (Piani Sanitari Regionali e Piani di Rientro) e le caratteristiche dei sistemi di governo degli erogatori privati accreditati; presenta lo stato dell'arte sulle reti cliniche oncologiche; propone alcune considerazioni sull'equità interregionale.
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sugli assetti istituzionali, attraverso l'analisi dei possibili sistemi di *governance* delle aziende ospedaliero-universitarie e del ruolo attribuibile al Direttore Sociosanitario nelle ASL; dedica ampio spazio al tema delle relazioni con gli utenti, in termini di utilizzo delle risorse web istituzionali per lo sviluppo del *patient empowerment*, di gestione delle relazioni con la stampa, di ruolo e utilizzo della Carta dei Servizi; riapre il fronte degli strumenti per la valutazione dei medici del SSN; presenta un'indagine sulle modalità con cui le aziende ricercano l'integrazione ospedale-territorio; offre nuovi approfondimenti sui sistemi di contabilità analitica e sulle esperienze di *project finance*.

Elena Cantù si è laureata in *Economia Aziendale* presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in *Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche* presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è *lecturer* presso l'Università Bocconi. È coordinatrice di OASI.

Publicato con il contributo di

 **Boehringer
Ingelheim**



www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2010

a cura di
Elena Cantù

Rapporto OASI 2010

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Prefazione di Elio Borgonovi e Francesco Longo

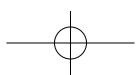
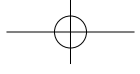
Elena Cantù

SDA Bocconi



CERGAS
CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

 **Egea**



7 **Equità territoriale: definizioni, evidenze empiriche e politiche appropriate**

di Giovanni Fattore e Aleksandra Torbica¹

7.1 **Introduzione**

Il tema dell'equità dei sistemi sanitari non riceve una dovuta attenzione da parte delle istituzioni sociali e delle discipline economiche (Mooney, 2009). In questo capitolo ci proponiamo di sottolineare questa mancanza nel contesto italiano, suggerendo che, in linea con i principi ispiratori della L. 833/1978 e delle seguenti riforme, è necessario un sforzo vigoroso per mettere a punto strumenti adeguati di *policy* al fine di mantenere la vocazione universale, solidaristica ed egitaria del Servizio sanitario nazionale (Ssn), anche e soprattutto in una fase storica caratterizzata da politiche di contenimento della spesa e di decentramento istituzionale e fiscale.

La criticità della situazione finanziaria pubblica dell'Unione Europea e dell'Italia ha portato a politiche restrittive sulla spesa pubblica in tutti i paesi europei, costringendo i sistemi sanitari a doversi confrontare con limiti sempre più stringenti sulle risorse disponibili, a fronte di pressioni espansive sul lato della domanda e dell'offerta. In questo quadro, la politica nazionale del nostro Paese appare sempre più orientata a rafforzare i dispositivi di controllo della spesa sanitaria pubblica, come chiaramente illustra il Patto per la Salute 2010-2012 (Ministero della Salute 2010). Lo Stato italiano appare sempre più preoccupato di mantenere il controllo della finanza pubblica e di garantire che l'autonomia regionale non produca disavanzi che, nei fatti, dovrebbe poi accollarsi. L'attuale fase appare pertanto dominata dal rigore finanziario e dal richiamo a interventi strutturali sul piano del recupero dell'efficienza e dell'appropriatezza.

In questo quadro di crisi finanziaria e di evidenti fragilità istituzionali di diverse regioni riteniamo importante che il tema dell'equità sia posto in primo

¹ Benché il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca comune i §§ 7.1, 7.3 e 7.4 sono attribuiti a Aleksandra Torbica e i §§ 7.2, 7.5 e 7.6 a Giovanni Fattore. Gli autori ringraziano Flavia Sassone per l'assistenza nella raccolta ed analisi delle pubblicazioni.

piano; ciò non per negare la necessità di politiche di rigore e di responsabilità, ma perché non riconoscere la centralità del diritto nazionale all'assistenza sanitaria potrebbe portare a un indebolimento progressivo di una delle istituzioni nazionali più importanti, con conseguenze dannose non solo per le realtà più deboli.

L'obiettivo del capitolo è presentare il tema dell'equità territoriale nel contesto del Ssn, illustrando alcune definizioni e proponendone una che, a nostro avviso, è la più coerente con i principi della nostra legislazione e con il dispositivo dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). I successivi due paragrafi presentano una sintesi di possibili definizioni di equità territoriale e il ragionamento per il quale sosteniamo l'importanza di centrare l'attenzione sulla dimensione legata agli esiti attribuibili ai servizi sanitari. Nel § 7.4 presentiamo i risultati di una revisione della letteratura sugli studi condotti sull'Italia per mostrare, con evidenze empiriche, che il tema dell'equità è effettivamente importante dal momento che le regioni italiane godono di livelli assistenziali e di esiti in termini di salute sostanzialmente diversi.

Nel § 7.5 suggeriamo una serie di interventi di politica sanitaria tesi a rafforzare le capacità del Ssn di garantire l'equità a livello nazionale; i vari interventi proposti riguardano principalmente logiche e strumenti di governo in un assetto del Ssn caratterizzato da complesse relazioni interistituzionali, per rifocalizzare l'attenzione sull'utilizzo delle risorse piuttosto che sulla loro distribuzione territoriale. Infine, nell'ultimo paragrafo, proponiamo alcune brevi riflessioni per il mondo della ricerca e per l'uso delle evidenze nella formulazione delle politiche pubbliche.

7.2 Equità in sanità

Diversi contributi italiani e stranieri hanno approfondito le basi filosofiche del concetto di equità in ambito sanitario e hanno proposto molteplici approcci per costruire adeguati sistemi di misura (Culyer e Wagstaff, 1993; Oliver e Mossialos, 2004; Costa, 2009). In generale, sono state identificate due forme di equità in sanità: equità verticale (trattamento diverso per bisogni diversi) ed equità orizzontale (trattamento eguale per bisogni eguali). La letteratura si è principalmente focalizzata sull'equità orizzontale, della quale l'equità territoriale rappresenta una delle componenti (Macinko e Starfield, 2002)². Per attribuire un significato all'equità territoriale nella situazione italiana di seguito proponiamo una sintesi

² Equità orizzontale può essere valutata rispetto alle variabili socioeconomiche, demografiche o territoriali, con i risultati diversi. Per esempio, una situazione in cui poveri del Sud sono svantaggiati nello stesso modo come poveri del Nord rappresenterebbe una situazione di equità sul piano territoriale ed evidente iniquità se la componente valutata è la variabile socioeconomica (Granglia, 2008).

di diverse definizioni proposte dalla letteratura e ampiamente discusse (Mooney, 1986; Le Grand, 1991; Culyer e Wagstaff, 1993; Granaglia, 2008). Ogni definizione viene presentata nelle sue linee essenziali; per una trattazione più completa si rimanda al recente lavoro di Granaglia (Granaglia, 2008). Le principali potenzialità e criticità di ogni definizione sono presentate nella Tabella 7.1.

Una prima definizione di equità territoriale riguarda la distribuzione delle *risorse finanziarie*: sarebbe equo un sistema che distribuisce le risorse finanziarie in base ai bisogni della popolazione. Operativamente, si seguirebbe una logica capitaria, con una «pesatura» della popolazione in grado di rifletterne il livello di bisogno. In pratica, questa concezione di equità richiama l'utilizzo di indicatori demografici ed epidemiologici per ponderare le assegnazioni procapite. Più critico è invece l'utilizzo di variabili socio-economiche; se effettivamente indicano un maggiore bisogno assistenziale (ad esempio perché la deprivazione sociale è legata a una maggiore prevalenza di patologie), essi potrebbero essere utilizzati come ulteriore peso delle assegnazioni procapite; ma è da chiarire che non è la povertà in sé ad essere presa in considerazione, ma le peggiori condizioni sanitarie a cui essa è associata. In questo senso l'utilizzo di indicatori economico-sociali dovrebbe essere mirato e giustificato sul piano epidemiologico.

Una seconda definizione prende in considerazione il concetto di *accesso*; si vogliono garantire pari condizioni di accesso dei cittadini a parità di bisogni. In questo caso il dato centrale è la disponibilità di servizi nei territori e le condizioni reali di accessibilità da parte della popolazione. Il richiamo a indici di posti letto omogenei tra le regioni o l'esistenza di un prontuario unico nazionale per i farmaci si rifanno a questa concezione di equità. A fronte di processi di specializzazione produttiva e di rilevanti economie di scala, garantire pari opportunità di accesso può richiedere la considerazione di bacini sovra-regionali per determinati bisogni. Tuttavia, anche in casi di centri sovra-regionali l'applicazione concreta di questa definizione di equità richiede una certa omogeneità nella distribuzione delle strutture. In altre parole, potrebbe essere equo anche un sistema che non garantisce la presenza dell'insieme dei servizi in ogni regione, ma a patto di un'equilibrata distribuzione tra le regioni di centri di assistenza sovra-regionali.

Spesso la letteratura sottolinea la differenza tra pari condizioni di accesso e pari *utilizzazione dei servizi*. Pertanto, una terza definizione si riferisce all'effettiva fruizione dei servizi: è territorialmente equo un sistema che, nei fatti, garantisce pari tassi di utilizzazione dei servizi a parità di bisogni. Anche a parità di disponibilità, in termini di quantità e qualità, l'utilizzo dell'assistenza potrebbe variare per motivi culturali o per l'esistenza di meccanismi discriminatori. Ad esempio, la mancanza di informazioni adeguate potrebbe indurre le persone a non utilizzare determinati servizi, oppure alcune caratteristiche dei processi assistenziali potrebbero scoraggiare l'utilizzo da parte di specifici gruppi etnici o religiosi.

Un quarto approccio fa riferimento agli *esiti sanitari*. È territorialmente equo un sistema in grado di offrire servizi sanitari con gli stessi esiti (a parità di bisogni). Questo approccio presuppone l'esistenza di livelli omogenei di assistenza tra i territori (definizione precedente) ma impone anche che siano ugualmente efficaci (*effective*) ed appropriati. Sarebbe pertanto equo un sistema in grado di ottenere gli stessi guadagni di salute per effetto dell'assistenza nei diversi territori. Una tale definizione non è semplice da operationalizzare perché richiede di misurare gli effetti sulla salute attribuibili ai servizi sanitari. Per alcuni aspetti le misure di mortalità evitabile potrebbero aiutare, anche se il concetto di evitabilità si riferisce all'insieme delle condizioni sociali e non soltanto ai servizi sanitari disponibili. Il riferimento agli esiti richiede un lavoro specifico di misurazione delle singole condizioni assistenziali. L'equità in termini di esiti è pertanto la sommatoria dell'equità di specifiche aree assistenziali.

Infine, una definizione più radicale di equità richiama l'uguaglianza degli *stati di salute*. In questo caso i servizi sanitari sarebbero chiamati a correggere differenziali che si originano anche all'esterno del sistema sanitario. È bene sottolineare che questa definizione si differenzia dalla precedente perché richiama un ruolo di compensazione delle determinanti di salute non sanitarie. Ad esempio, secondo quest'ultima definizione, una popolazione che dovesse soffrire di uno

Tabella 7.1 **Possibili approcci di definizione dell'equità territoriale in sanità**

Definizione	Potenzialità e condizioni per l'utilizzo	Criticità
Equità nel finanziamento	È semplice da definire operativamente e da monitorare; Rispetta l'autonomia dei territori nell'utilizzo delle risorse	Si riferisce ad un concetto potenziale di equità, perché le risorse sono un mezzo e non l'oggetto per il perseguimento dell'equità
Equità nelle condizioni di accesso	Richiede un sistema specifico di misurazione per essere reso operativo; tende a garantire l'equità in termini di condizioni strutturali	Tende a concentrarsi su aspetti strutturali e non assistenziali; gli indicatori di struttura non garantiscono omogeneità nella qualità assistenziale
Equità di utilizzazione	Come sopra; specifiche misure possono cercare di cogliere eventuali scostamenti tra equità di accesso ed equità di utilizzazione	Come sopra; la disponibilità e l'utilizzo dei servizi non sono sufficienti a garantire omogeneità nelle garanzie di tutela della salute
Equità degli esiti	Richiede sistemi informativi e modelli di analisi centrati sugli esiti e sul controllo dei fattori di rischio; Fa riferimento all'oggetto dei servizi sanitari: il miglioramento dello stato di salute;	Può essere complesso misurare gli effetti attribuibili ai servizi sanitari
Equità dei livelli di salute	È tendenzialmente semplice da misurare per la parte relativa alla mortalità. Riflette le condizioni generali di benessere delle comunità	La misurazione della disabilità e della qualità della vita pone rilevanti difficoltà concettuali e pratiche. Richiede un ruolo compensativo dei servizi sanitari per recuperare l'effetto di determinanti esterne al sistema sanitario

svantaggio di natura genetica, solo in parte recuperabile tramite adeguati servizi sanitari, dovrebbe essere compensata con un potenziamento dei servizi (livelli superiori di utilizzo dei servizi e migliori esiti) per controbilanciare la minore salute determinata da fattori direttamente immodificabili.

Le definizioni presentate sopra implicano una esplicitazione del concetto di bisogno. Una trattazione approfondita si può trovare in un classico «sempre verde» (Bradshaw, 1972). Rispetto al tema dell'equità territoriale, riteniamo utile definire il bisogno come il «bisogno di assistenza efficace». Non negando l'importanza delle cure palliative o, in generale, di assistenza spirituale e psicologica alle persone malate, e non negando neppure l'importanza di imperativi morali di assistenza e supporto che prescindano dall'efficacia sanitaria, si ritiene però più utile ed operativo definire il bisogno come un «fabbisogno» di assistenza a fronte di una perdita effettiva o potenziale di salute. Rispetto alle definizioni precedenti, ciò significa controllare l'oggetto dell'equità territoriale (le risorse, le disponibilità di servizi, il loro utilizzo) non rispetto a generici livelli di salute della popolazione, ma rispetto a differenze nel bisogno assistenziale, ossia a differenze nei bisogni di interventi in grado di incidere sugli stati di salute.

7.3 Il principio di equità territoriale nel Servizio sanitario nazionale

Dopo aver illustrato i possibili approcci alla misurazione dell'equità territoriale proposti nella letteratura, in questo paragrafo cerchiamo di rispondere alla seguente domanda: «*A quale approccio di equità fa riferimento il nostro sistema sanitario pubblico?*».

Con l'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza il Ssn ha cercato di definire i contenuti di un diritto nazionale; i LEA sono appunto un set di servizi a cui il cittadino ha diritto, a prescindere dal territorio di residenza (Torbica e Fattore, 2005). Il nuovo Titolo V della Costituzione richiede l'eguaglianza di trattamento rispetto ai livelli essenziali di assistenza. Le Regioni possono garantire ulteriori servizi e questo potrebbe anche portare a differenze legittime negli esiti sanitari attribuibili alla sanità; ma per i LEA vale il principio dell'uguale trattamento a prescindere dalla regione di residenza. Parallelamente alla definizione del diritto nazionale ai LEA, i D.lgs. 502/1992, 517/1993 e 229/1999 hanno chiarito che le competenze per l'erogazione dei LEA appartengono alle regioni e che lo Stato garantisce loro finanziamenti adeguati per permetterne l'erogazione. La recente introduzione del concetto di costo standard sembra volere qualificare questo modello, chiarendo che il finanziamento dei LEA è definito in riferimento ad un costo atteso unico (medio o *standard*) tra le regioni.

Il modello dei LEA fa riferimento sia al finanziamento che all'offerta dei servizi. In questo senso sembrerebbe che la risposta alla domanda posta all'inizio sia: l'equità nel finanziamento. Il Ssn persegue un'equa distribuzione delle risorse.

se tra i territori. In realtà, invece, il richiamo ad un diritto nazionale del cittadino, stabilito centralmente, sembra prefigurare una garanzia assistenziale e non semplicemente finanziaria. In quanto costituzionalmente difeso, il diritto all'assistenza è definito nazionalmente e riguarda l'effettiva fruizione dell'assistenza, non dei mezzi per ottenerla ipoteticamente. La scelta di un modello di finanziamento per erogare i LEA non è condizione né necessaria né sufficiente per rispondere al principio di equità; è semplicemente il dispositivo finanziario con cui vengono ripartite le risorse tra i territori. È uno dei possibili criteri con cui si regolano i rapporti finanziari tra Stato e Regioni e non l'espressione del principio di equità del Ssn. Ciò che giustifica l'intervento centrale (nazionale) è la volontà di offrire una garanzia reale e non finanziaria. I LEA sono espressi in termini di servizi e non di dotazioni finanziarie. In un assetto istituzionale decentrato e in condizioni di scarsità di risorse finanziarie pubbliche, è razionale utilizzare un criterio esplicito di riparto delle risorse finanziarie basato sui bisogni della popolazione. Ma sarebbe un errore ritenere che la formula di riparto rappresenti l'equità del nostro sistema sanitario. L'oggetto dell'equità in ambito sanitario non sono le risorse ma la salute. Le risorse sono il mezzo per ottenere il risultato finale (Granaglia, 2008); lo spirito di solidarietà che anima l'esistenza di diritti nazionali non ha come oggetto una generica disponibilità di risorse finanziarie da spendere, ma la possibilità di assistenza adeguata.

Le stesse conclusioni si possono raggiungere affrontando il problema dal punto di vista del paziente e del cittadino, i due soggetti fondamentali di un sistema pubblico di tutela della salute. Per il paziente l'equità territoriale riguarda la qualità assistenziale, non le risorse finanziarie a disposizione dell'azienda sanitaria del suo territorio o il numero di posti letto. Il paziente ha come aspettativa l'esito dell'assistenza e, pertanto, è a questo livello che vorrebbe fosse applicato il principio di giustizia sociale. Anche per il cittadino, qui inteso come finanziatore del sistema, dovrebbe prevalere l'interesse per la qualità assistenziale. Cosa giustifica le redistribuzioni di reddito per finanziare l'assistenza a favore delle comunità meno abbienti? La creazione di omogenee disponibilità di spesa tra i territori? L'esistenza di pari indici di presenza dei posti letto sui territori, a prescindere da come sono utilizzati? No, la solidarietà necessaria per affermare un diritto nazionale alla salute richiama un egualitarismo specifico, e cioè un principio di uguaglianza rispetto ad uno specifico set di servizi. I cittadini italiani, istituendo e sviluppando il Ssn, hanno affermato un egualitarismo specifico per la tutela della salute; sono specificamente disponibili a redistribuzioni di reddito per assicurare livelli omogenei di assistenza tra i cittadini delle diverse regioni. Lo stato italiano, in un contesto di decentramento istituzionale, deve garantire una distribuzione (ed implicitamente una redistribuzione) di risorse tra le regioni. Ma tale operazione finanziaria non è l'espressione del principio di equità, è semplicemente uno degli strumenti con cui il diritto nazionale viene promosso.

In sintesi, riteniamo che tra le definizioni proposte in precedenza quella cen-

trata sugli *esiti assistenziali* a parità di bisogni sia la più coerente con l'impostazione del Ssn. Riteniamo anche che sia la più coerente con un'idea intuitiva di equità. Semplificando il criterio del velo d'ignoranza di Rawls, ci si potrebbe chiedere: che tipo di equità vorrebbe una persona che dovesse trovarsi casualmente in una delle regioni italiane? Quale principio di equità vorrebbe affermare? È ragionevole ritenere che non apprezzerrebbe di vivere in una regione che, sebbene con finanziamenti adeguati rispetto a «standard nazionali», non fosse in grado di offrire servizi di qualità elevata; e non apprezzerrebbe neanche di vivere in regioni con assistenza di qualità sapendo che, in altre regioni, tale qualità non è garantita, malgrado l'esistenza di sistemi perequativi sulle risorse finanziarie.

La definizione di equità territoriale che fa riferimento alla qualità dell'assistenza e agli esiti che abbiamo sostenuto nelle pagine precedenti è coerente con definizioni più ampie di equità promosse da società scientifiche e istituzioni internazionali. In particolare, risulta coerente con la seguente definizione proposta dalla *International Society for Equity in Health* (www.iseqh.org):

«Equity in health is the absence of systematic and potentially remediable differences in one or more aspects of health across socially, demographically, or geographically defined populations or population subgroups».

Questa definizione fa riferimento ai livelli di salute e non specificamente ai servizi sanitari; pertanto pone il tema dell'equità a un livello intersettoriale che, sebbene rilevante, allarga il tema della tutela della salute ad interventi distanti dal settore sanitario. Al fine di contribuire al dibattito sull'equità del Ssn riteniamo più utile, almeno in questa fase storica, centrare l'attenzione sul contributo dei servizi sanitari alla salute, compresi quelli di prevenzione, non affrontando direttamente il contributo di interventi in settori come l'educazione, i trasporti, le disuguaglianze sociali.

Rispetto all'oggetto di questo capitolo e all'assetto istituzionale del sistema sanitario italiano si potrebbe quindi proporre la seguente definizione di equità:

«L'equità territoriale consistente nell'assenza di differenze sistematiche ed evitabili tra le regioni in termini di servizi disponibili, qualità assistenziale ed esiti attribuibili ai servizi sanitari stessi».

Questa definizione riprende le definizioni presentate precedentemente e propone un punto di riferimento fondamentale per l'equità nel Ssn. È territorialmente equo un sistema in grado di eliminare differenze sistematiche ed evitabili nell'offerta di servizi, centrando l'attenzione sulla qualità dell'assistenza e, in particolare, sull'impatto sulla salute.

Infine, rispetto ai temi dell'equità territoriale, è importante mettere in evidenza che il presente lavoro si focalizza solo sulla dimensione inter-regionale. La

centralità dell'istituto dei LEA, tuttavia, richiede di non trascurare il tema dell'equità intra-regionale. I LEA configurano un diritto individuale che riguarda tutti i cittadini. Pertanto, la rilevanza dell'equità territoriale non può essere espressa soltanto in termini di indici di tendenza centrale (medie e mediane) ma deve cogliere la distribuzione delle garanzie tra i gruppi sociali all'interno dei territori. Ad esempio, la mobilità interregionale: (i) da un lato, data una situazione di disomogeneità nei servizi disponibili, offre l'opportunità di accesso a servizi distanti dai territori di residenza, contribuendo all'equità nell'accesso di assistenza di qualità, (ii) dall'altro pone un problema di equità tra gruppi sociali perché rende l'accesso dipendente da disponibilità economiche e relazionali che consentono di spostarsi di centinaia di chilometri.

7.4 Le evidenze italiane sull'equità territoriale

Al fine di analizzare le evidenze empiriche disponibili per il Ssn sulle diverse dimensioni di equità territoriale identificate sopra, abbiamo condotto una revisione della letteratura scientifica a livello internazionale e nazionale. Per identificare gli studi rilevanti è stato seguito un approccio in due fasi. In primo luogo abbiamo condotto una ricerca bibliografica sulle seguenti banche dati: Medline, Embase ed EconLit. La ricerca è stata limitata ai contributi pubblicati nel periodo tra il 1995 e il 2010 e le parole chiave utilizzate sono state: *equity/inequity/inequality, regional variations/differences, health, Italy*. Considerando che la letteratura sul tema si è rivelata molto estesa, la revisione è stata effettuata in modo mirato, usando i seguenti criteri di inclusione dei lavori:

- ▶ articoli pubblicati nelle riviste scientifiche internazionali e nazionali (non sono stati considerati i lavori sulla stampa divulgativa, report di ricerche che sono stati pubblicati come *working paper* e le presentazioni a conferenze);
- ▶ articoli con analisi empiriche focalizzate sul territorio nazionale (non sono state incluse *review*, commenti e contributi teorici e non sono stati inclusi gli articoli con confronti internazionali);
- ▶ lavori empirici che hanno analizzato l'equità territoriale, con focus sul livello regionale/locale (non sono stati considerati i lavori che hanno analizzato solo l'impatto delle variabili individuali, come lo status socio-economico o il livello di istruzione).

Nella seconda fase, al fine di recuperare gli studi rilevanti pubblicati in lingua italiana non compresi nei database indicizzati, sono state controllate le referenze citate dagli studi identificati nella prima fase. La prima ricerca bibliografica ha consentito di individuare 67 articoli. Abbiamo poi proceduto attraverso l'analisi dei titoli e degli *abstract* (disponibili per 60 lavori) all'individuazione dei

lavori potenzialmente rilevanti. Sette lavori sono stati esclusi in quanto non erano di natura empirica, mentre 14 riportavano i risultati di lavori di confronto internazionale (tra cui Italia). Un numero consistente dei lavori analizzava l'impatto delle variabili socioeconomiche a livello individuale (età, sesso, livello di istruzione, status sociale, reddito) senza però indagare i fattori di contesto territoriale. Alla fine, 14 articoli hanno soddisfatto pienamente i criteri di inclusione e sono pertanto analizzati nel presente lavoro. Tra i 14 lavori inclusi nella presente revisione, 9 sono pubblicati in lingua inglese su riviste scientifiche internazionali (Corchia, Mastroiacovo, et al., 1995; de Vonderweid, Spagnolo, et al., 1997; Costa, Marinacci et al., 2003; Lauria e Saporito, 2004; Masseria, 2005; Bordignon, 2006; Granaglia, 2006; Corchia e Orzalesi, 2007; Carrieri, 2008; Di Bartolomeo, Valent, et al, 2008; Franzini e Giannoni, 2010; Fusco, Pezzi, et al., 2010; Mangano, 2010; Masseria e Giannoni, 2010) mentre tra i contributi italiani 3 sono articoli pubblicati su riviste nazionali (Lauria e Saporito, 2004; Masseria, 2005; Carrieri, 2008), uno è il capitolo di un libro (Bordignon, 2006) e uno è un rapporto di ricerca (Granaglia, 2006).

Nell'appendice del capitolo, per ogni articolo incluso sono stati riassunti l'obiettivo, il metodo di ricerca utilizzato, la fonte dei dati, la dimensione di equità analizzata e i principali risultati. Inoltre, ad ogni lavoro è stato assegnato un punteggio per graduare il livello di evidenza prodotto dalla ricerca su una scala da 1 a 5 (dove 1 rappresenta un livello di evidenza molto debole e 5 un livello di evidenza molto forte). Il punteggio è determinato sulla base di due criteri principali: la robustezza del metodo di ricerca e l'entità del risultato ottenuto. Per esempio, ai lavori che hanno dimostrato forti differenze tra le regioni ma per mezzo di analisi semplificate o con evidenti limiti metodologici sono stati assegnati punteggi più bassi (molto debole 1 o debole 2).

Dai risultati ottenuti si nota un ritrovato interesse della letteratura internazionale per l'equità territoriale nel contesto italiano. Più specificatamente, dopo una prima fase, all'inizio degli anni '90, in che si è assistito ad un numero rilevante di studi che hanno analizzato l'impatto del decentramento sull'equità, il numero di studi pubblicati a livello internazionale appare ridotto nel periodo 2000-2008. Solo negli ultimi due anni il numero di lavori pubblicati a livello internazionale aumenta in modo significativo. In effetti, 4 dei 9 articoli in lingua inglese inclusi nel presente lavoro sono stati pubblicati nell'anno corrente. Gli studi analizzati hanno approfondito il tema dell'equità territoriale secondo le diverse accezioni riportate in precedenza. L'equità dei risultati in termini di livello di salute complessivo della popolazione è stata analizzata in quattro studi (Costa, Marinacci, et al., 2003; Granaglia, 2006; Carrieri, 2008; Franzini e Giannoni, 2010). Dai risultati si evince una forte differenziazione tra le regioni italiane, spiegata soprattutto dalle condizioni socio-economiche presenti nelle diverse regioni e solo in parte dovuta ai servizi sanitari regionali. Costa e colleghi (2003), in particolare, hanno evidenziato che queste differenze sono principalmente

spiegate dal livello di istruzione della popolazione di riferimento e non dalle variabili di contesto considerate (indice di deprivazione comunale, dimensione demografica, altitudine geografica).

È interessante notare che tutti gli studi che hanno analizzato l'equità dei livelli di salute fanno riferimento al livello di salute percepita, ovvero il *self-assessed health*. L'utilizzo di questo indicatore è molto frequente nella letteratura internazionale in quanto è fortemente correlato con i livelli di salute oggettiva e non sembra variare sistematicamente in base allo status socio-economico a livello individuale (Granaglia, 2006; Carrieri, 2008). L'utilizzo nel contesto italiano è inoltre facilitato da un'ampia disponibilità di dati in quanto la salute percepita è oggetto delle indagini Multiscopo dell'Istat. Tuttavia, alcuni autori hanno evidenziato come l'utilizzo di questo indicatore nel contesto italiano potrebbe avere dei limiti importanti essendo condizionabile dalla presenza di preferenze adattive rispetto al contesto socio-economico. In altre parole, a prescindere dallo status socioeconomico individuale, le persone che risiedono nelle aree disagiate potrebbero essersi abituate allo stato in cui si trovano a tal punto da percepire minori condizioni di malessere e bisogno (Granaglia, 2006; Carrieri, 2008).

Un numero consistente di studi ha esaminato l'equità territoriale in termini di esiti, considerando come indicatori la mortalità dovuta ad una specifica patologia: tumori (Fusco, Pezzi, et al., 2010), trauma (Di Bartolomeo, Valent, et al., 2008) e mortalità infantile (de Vonderweid, Spagnolo, et al., 1997; Lauria e Saporito, 2004; Corchia e Orzalesi, 2007). È particolarmente interessante l'analisi condotta da Fusco e colleghi (2010) in quanto mette in evidenza come alcune scelte sull'offerta dei servizi diagnostici possano incidere in modo significativo sugli esiti clinici di una patologia. Più specificatamente, l'obiettivo dello studio era quello di confrontare e analizzare le differenze osservate nei tassi di sopravvivenza in pazienti con tumore al colon retto in due ospedali (Modena e Napoli). Tenendo in considerazione i limiti dello studio (campione ristretto, *follow-up* abbastanza breve e possibile presenza di fattori di confondimento), questi risultati suggeriscono che le differenze osservate nei tassi di mortalità tra le due aziende sono soprattutto legate al diverso stadio della malattia quando si compie la diagnosi definitiva: nel sud i pazienti completano il processo diagnostico in stadi più avanzati di quelli dei pazienti del nord. Gli autori ipotizzano che questo sia la conseguenza di un'insufficiente diffusione dei programmi di *screening*.

In uno studio multicentrico che ha coinvolto tutte le unità di terapia intensiva neonatale (UTIN) sul territorio nazionale, Corchia e colleghi (2007) hanno analizzato le differenze territoriali considerando come indicatore la mortalità dei neonati con peso basso alla nascita (≤ 1500 g). I principali risultati sono riportati nella Tabella 7.2. Oltre alla mortalità, le differenze significative tra le aree si osservano anche nella percentuale dei neonati «*inborn*», cioè i casi in cui il ricovero nella UTIN e il parto sono avvenuti nella stessa struttura. Gli autori conclu-

Tabella 7.2 **Principali risultati dello studio di Corchia e Orzalesi (2007)**

Variabile	Nord	Centro	Sud	Italia
n. UTIN ¹	50	20	55	125
n. di nascite vivi	224000	97000	211000	532000
n. di VLBWI ²	1/4480	1/4850	1/3836	1/4256
VLBWI/ totale nascite vivi	0,83	0,83	0,96	0,88
“Inborn” VLBWI % ³ *	86,5	83,7	74,6	80,7
Tasso di mortalità infantile %*	0,39	0,40	0,56	0,44
Tasso di mortalità VLBWI*	15,6	19,3	23,4	19,6

¹ UTIN- Unità di Terapia Intensiva Neonatale

² VLBWI – neonati con peso < 1500g alla nascita

³ «inborn» VLBWI- il ricovero in UTIN e parto sono avvenuti nella stessa struttura

* p<0.0001

dono che le differenze osservate sono riconducibili ai diversi modelli organizzativi e differenti livelli di qualità dell’assistenza neonatale nelle tre macro aree del Paese.

Alcuni studi hanno analizzato la dimensione dell’equità territoriale legata all’accesso e all’utilizzo dei servizi sanitari in diversi ambiti: visite presso i MMG, accesso a pronto soccorso, ospedalizzazioni, esami di diagnostica prenatale (Corchia, Mastroiacovo, et al., 1995; Masseria, 2005; Masseria e Giannoni, 2010). In particolare, in una recente pubblicazione, Masseria e colleghi (2010) hanno analizzato l’equità d’accesso ai servizi sanitari in una serie di condizioni: malattie cardiovascolari, tumori, ipertensione e artrite e per la popolazione adulta nel complesso. I modelli stimati per le diverse patologie evidenziano un problema di equità nelle condizioni di accesso alle visite specialistiche per ipertensione, artrite e tumori, mentre non vi sono differenze significative per le malattie cardiovascolari. Per quanto riguarda i ricoveri, invece, l’iniquità si concentra solo sui pazienti oncologici ed in particolare, è maggiore la probabilità di essere ricoverati per tumore per le persone meno abbienti mentre l’accesso continuo alle cure ospedaliere (in termini di numero di ricoveri ripetuti) è significativamente più alto per i più abbienti.

I risultati dell’analisi sulla popolazione generale, hanno mostrato un problema di equità nelle condizioni di accesso alle visite ai MMG, visite specialistiche, pronto soccorso, mentre non vi sono evidenze di iniquità per i ricoveri ospedalieri. In seguito a questi risultati, gli autori hanno analizzato le principali cause dell’iniquità territoriale attraverso l’approccio di *decomposizione* che permette di identificare l’importanza dei diversi fattori di spiegazione della variabilità. Gli autori sostengono che la variabile «Regione di residenza» spiega una parte significativa delle disuguaglianze osservate (controllando per altri possibili fattori a livello in-

dividuale (bisogni, livello di istruzione, status socio-economico). L'analisi, tuttavia, non approfondisce quali delle caratteristiche a livello regionale sono importanti per spiegare la presenza di iniquità territoriale, in quanto le regioni sono inserite nel modello come variabile *dummy* (Masseria e Giannoni, 2010).

Solo due studi inclusi nella presente revisione hanno analizzato l'equità legata al finanziamento e alle risorse disponibili (Bordignon, 2006; Mangano, 2010). Entrambi i lavori hanno adottato un approccio *egalitaristico*, secondo il quale l'equità nel finanziamento viene raggiunta se la distribuzione delle risorse regionali è effettuata sulla base dei bisogni e se rispecchia, cioè, la distribuzione delle malattie. Seguendo questa impostazione, e utilizzando la spesa sanitaria regionale procapite come *proxy* per l'utilizzo dei servizi sanitari al livello individuale, gli autori calcolano un indice dell'iniquità come scostamento tra la spesa regionale effettiva e quella stimata sulla base dei bisogni individuali. In entrambi i casi l'analisi è condotta per macro categorie di servizi, ma con una differenza sostanziale. Mangano si limita ad analizzare le differenze tra le regioni, mentre Bordignon e colleghi propongono misure di disuguaglianza interregionale (*between*), intraregionale (*within*) e globale. Il risultato interessante di quest'ultima analisi è che la componente *within* dell'iniquità è la parte più consistente dell'iniquità globale suggerendo che l'iniquità tra le regioni italiane non sia elevata. Inoltre, un risultato importante che gli autori mettono in evidenza è che la componente interregionale è molto variabile tra i servizi sanitari: è molto bassa per la spesa farmaceutica e per l'assistenza di base, mentre è più elevata per la spesa ospedaliera e quella specialistica. Questo risultato è in linea con lo studio di Mangone che ha messo in evidenza l'iniquità a favore delle regioni più ricche (Nord e Centro) nella spesa per i servizi ospedalieri.

Da questa breve revisione delle evidenze empiriche disponibili si possono trarre alcune conclusioni. Per quanto riguarda il livello di evidenza prodotto dai singoli studi, tre lavori hanno ricevuto punteggio 4 (livello di evidenza forte), sette punteggio 3 (livello di evidenza abbastanza forte). La presenza di rilevanti problemi di equità territoriale è quindi provata da solide e significative evidenze (Appendice). Il livello più basso (punteggio 2- livello di evidenza debole) è stato assegnato ai lavori che hanno, a nostro avviso, presentato forti limiti metodologici. Per questi lavori riteniamo opportuno mantenere una certa cautela nell'interpretazione dei risultati. È questo il caso, per esempio, dello studio di Di Bartolomeo e colleghi (2008). Al fine di analizzare le differenze geografiche nella qualità dei servizi offerti ed eventuali conseguenze sulla mortalità causata da lesioni gravi, gli autori hanno condotto un'analisi retrospettiva su un campione limitato e non rappresentativo dei pazienti con trauma cranico, controllando per una serie limitata di possibili fattori di confondimento. L'entità delle differenze osservate tra le tre aree (nord, centro e sud) è molto rilevante (il rischio di morte è il 60% e 30% più alto al sud e al centro rispetto al nord), ma i risultati ottenuti devono essere considerati con cautela a causa dei limiti metodologici evidenzia-

ti sopra. Un ragionamento simile è stato applicato anche agli altri studi ai quali è stato assegnato punteggio 2.

Indipendentemente dalle misure utilizzate, quasi la totalità degli studi concorda che ci sia una questione di equità nel Ssn italiano e che vi siano differenze significative tra le regioni legate, in parte, ai diversi sistemi di organizzazione e gestione dei servizi sanitari regionali. Questo risultato è particolarmente evidente negli studi che hanno analizzato l'equità territoriale in riferimento agli esiti dell'assistenza. Tutti gli studi di esito sulla salute infantile inclusi nella presente revisione mostrano differenze significative per la mortalità infantile, neonatale e perinatale, indipendentemente dal metodo di analisi o dalla fonte dei dati utilizzati (de Vonderweid, Spagnolo, et al., 1997; Lauria e Saporito, 2004; Corchia e Orzalesi, 2007)

Tuttavia, queste evidenze sono meno forti in alcuni degli studi che hanno esaminato l'equità nello stato di salute soggettiva. I risultati dello studio condotto da Costa e colleghi sui dati Istat 2000 suggeriscono che le differenze osservate nello stato di salute percepita sono soprattutto legate al livello di istruzione dei residenti nelle diverse aree del paese mentre sono solo marginalmente condizionati dalle variabili del contesto regionale. Un altro studio, che utilizza la medesima fonte, ha analizzato l'importanza delle variabili individuali e regionali sullo stato di salute percepita è stata stimata attraverso l'impiego di un modello multilivello (Franzini e Giannoni, 2010). L'ipotesi di ricerca è che le differenze regionali nello stato di salute soggettiva riflettano una variabilità del livello socio-economico regionale. Dai risultati si evince che, nonostante vi sia una differenza significativa nello stato di salute tra le regioni con diverso status socio-economico, le variabili «condizioni di vita precarie» e «percentuale della spesa sanitaria privata» risultano le più importanti nello spiegare le differenze osservate. Le autrici concludono che le politiche regionali mirate a migliorare le condizioni di vita e il maggior accesso alle cure di qualità (riducendo quindi la parte della spesa privata) hanno un ruolo rilevante nella riduzione delle iniquità nei livelli di salute percepita sul territorio nazionale.

7.5 Quali interventi?

Una delle principali scommesse per il nostro sistema sanitario risiede nel perseguimento dell'equità tra i cittadini. A più di 30 anni dalla sua istituzione il Ssn ha saputo ridurre le differenze tra le dotazioni finanziarie delle regioni, ma non ha saputo assicurare livelli omogenei di assistenza e, pertanto, di esiti attribuibili ai servizi sanitari. Le diverse condizioni socio-economiche, ma anche i diversi sistemi di offerta dei servizi tra le regioni, producono differenze sostanziali nei livelli quali-quantitativi di assistenza e pertanto nei benefici prodotti sulla salute dai servizi sanitari. Questo capitolo evidenzia che, se misurati in termini di esiti, i

servizi sanitari offerti dalle diverse regioni non sono omogenei. Il miglioramento dei livelli di equità nella distribuzione delle risorse non si è tradotto in livelli di equità sostanziale: la complessa trasformazione delle risorse finanziarie in fattori produttivi di quantità e qualità adeguati, la loro combinazione in processi di produzione di servizi efficaci e il loro utilizzo in prestazioni tempestive e appropriate variano in modo sistematico e, almeno in parte, evitabile. Alla radice di queste differenze vi sono fattori sociali fondamentali che riguardano il divario socio-economico tra le regioni italiane, principalmente lungo il gradiente nord-sud, che possono essere affrontati solo con adeguati interventi strutturali, a partire dall'istruzione, dalla legalità e dallo sviluppo del capitale sociale. Effettivamente, buona parte della spiegazione dei più bassi livelli di salute delle regioni del sud è da ascrivere ai contesti socio-economici generali e non può pertanto essere attribuita ai sistemi sanitari regionali. Ciò rende ancora più urgente promuovere interventi per la tutela della salute che riducano i fattori sociali di rischio come la povertà, la disoccupazione, i modesti livelli di istruzione e la criminalità. Non è pensabile perseguire gli obiettivi di equità in ambito sanitario insistendo soltanto sui servizi sanitari: occorre un approccio più ampio, che apprezzi l'importanza della salute nella vasta gamma delle politiche pubbliche.

Fatta questa premessa, riteniamo che le considerazioni esposte sopra e le evidenze mostrate debbano essere al centro della progettazione di nuove politiche sanitarie pubbliche, che da un lato riflettano e rispettino i processi di decentramento istituzionale e, dall'altro, siano maggiormente finalizzate alla tenuta di un sistema sanitario con diritti nazionali. Pertanto, in questa parte conclusiva del capitolo proponiamo alcune linee d'intervento nella speranza che siano la base per una discussione più matura e concreta sul «federalismo sanitario» italiano.

Il primo tema su cui vogliamo attrarre l'attenzione sono i LEA. Come sostenuto precedentemente, è questo lo strumento operativo per definire i diritti e per permettere una valutazione della loro esigibilità. Solo con un sistema specifico di definizione delle garanzie coperte è possibile misurare, valutare e promuovere politiche di equità sostanziale. Alla fine degli anni '90 fu svolto un importante lavoro in questo senso, ma poi fu sostanzialmente abbandonato. Al di là delle oggettive difficoltà di sistemi maggiormente espliciti e trasparenti che definiscano le garanzie in un sistema pubblico (Fattore, 1999), è comunque possibile dettagliare maggiormente i servizi coperti, indicare apertamente quelli non essenziali e promuovere un generale lavoro per imporre criteri più solidi di evidenza clinica, sostenibilità economica e appropriatezza dei singoli interventi sanitari. In particolare, gli attuali LEA ospedalieri sono sostanzialmente indefiniti lasciando e legittimando ampia variabilità nei servizi offerti e nelle tecnologie impiegate. Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, invece, i notevoli sforzi per gestire selettivamente il prontuario nazionale e per definire regole d'accesso ad alcune categorie di farmaci hanno creato un sistema di diritti più specifico e monitorabile. Questa esperienza dovrebbe servire da apripista per interventi anche negli altri livelli

assistenziali, tra l'altro in linea con l'esperienza federalista tedesca, dove specifici nomenclatori definiscono in modo dettagliato i servizi coperti dalle assicurazioni sociali (Busse et al., 2005). In sostanza, la questione fondamentale è che senza una specificazione dei LEA viene a mancare il riferimento operativo per garantire il diritto alla salute in un sistema decentrato.

Il secondo tema, collegato al primo, riguarda il monitoraggio dei LEA, che è prescritto dalla normativa ma è nei fatti attuato in modo superficiale. Il monitoraggio dell'effettivo accesso alle prestazioni definite dai LEA dovrebbe essere al centro del sistema informativo sanitario e dovrebbe assurgere a strumento fondamentale di governo delle relazioni istituzionali. Questa funzione di monitoraggio dovrebbe essere notevolmente potenziata in termini di informazioni raccolte e, soprattutto, di strumenti interdisciplinari di valutazione. Riteniamo che la raccolta, analisi, interpretazione e diffusione di informazioni sui livelli qualitativi di offerta dei servizi dovrebbe diventare il «sistema contabile» del Ministero della Salute, in grado di segnalare dove e in che aree non c'è «pareggio dei LEA» e dove, quindi, sono necessari interventi correttivi.

Il tema dell'azione è chiaramente fondamentale perché i sistemi non si governano da soli. È scorretto ritenere che il federalismo svuoti di competenze il livello centrale perché i poteri sono in capo alle regioni. A fronte di un diritto nazionale deve inevitabilmente esistere un sistema nazionale di monitoraggio, di supporto alle regioni affinché siano aiutate laddove registrano carenze, e di supplenza quando le istituzioni regionali o locali si dimostrano incapaci. Su questo tema generale, dell'azione appunto da parte del livello centrale, si possono identificare due livelli di intervento. Il primo riguarda il supporto; l'evidenza di fragilità istituzionali e di mancanza di competenze adeguate dovrebbe essere affrontata innanzitutto con azioni di supporto e di accompagnamento, volte a ridurre i divari tra le regioni in termini di capitale fisico, tecnologico, umano e sociale. Il livello nazionale dovrebbe maggiormente attrezzarsi per promuovere *knowledge transfer* e per costruire i «capitali» nelle regioni deficitarie. In questo senso, nelle regioni deboli, alcune leve potrebbero essere gestite direttamente dal centro, come ad esempio il finanziamento di interventi strutturali, l'*Health Technology Assessment*, la formazione, lo sviluppo di linee-guida, e la progettazione di modelli organizzativi e strumenti di *management*.

Il secondo ambito d'azione riguarda le situazioni in cui si producono evidenze di «fallimento istituzionale». Con questo termine vogliamo indicare situazioni in cui si siano verificate rilevanti carenze che mettono seriamente a repentaglio i diritti dei cittadini. Questi fallimenti, eventualmente, potrebbero essere graduati, in base alla gravità delle inadempienze nell'organizzazione e gestione dei servizi. A gradi diversi di inadempienza potrebbero corrispondere intensità differenti nell'intervento del livello centrale. In altre parole, in situazioni di gravi inadempienze, il Ministero e le sue agenzie dovrebbero assumersi direttamente le responsabilità di governo e di gestione.

Per potere realmente intervenire, come supporto o supplente, il livello centrale dovrebbe però a sua volta sviluppare competenze e capacità che, al momento, sono principalmente presenti solo sul territorio. Sarebbe quindi necessario fare leva sulla disponibilità e sul contributo delle regioni più forti. In questo senso, la vera solidarietà del nostro sistema dovrebbe risiedere nella volontà di condividere risorse ed esperienze in una logica cooperativa. Invece, per ora, sembra essersi affermata una logica competitiva tra le regioni che rende difficile politiche di condivisione e trasferimento di *know-how*.

7.6 Conclusioni

In conclusione di questo capitolo vogliamo proporre alcune raccomandazioni generali, che scaturiscono da questo lavoro, ma anche da una lettura più generale della difficile questione dell'autonomia regionale in un sistema sanitario che vorrebbe offrire garanzie nazionali. È nostra convinzione che il processo di decentramento in atto debba essere accompagnato da interventi più vigorosi per contrastare processi di ulteriore divaricazione tra le regioni italiane nelle capacità di produrre salute per le loro popolazioni.

La prima raccomandazione riguarda il livello centrale del Ssn e riprende le considerazioni presentate nel paragrafo precedente. La decisione di attribuire allo Stato la determinazione dei LEA dovrebbe essere accompagnata da iniziative per sviluppare un adeguato sistema per monitorarne il reale rispetto e per intervenire in modo deciso affinché le regioni inadempienti siano supportate ed, eventualmente, sostituite nelle attività di governo dei servizi sanitari regionali. L'organizzazione e la gestione dei LEA sono funzioni attribuite alle regioni, ma la configurazione di un diritto nazionale richiama una responsabilità ultima anche dello Stato, che non si può limitare a garantire il solo equilibrio finanziario.

La seconda raccomandazione riguarda le regioni più deboli, spesso prigioniere di sistemi, consolidati nel tempo, che dirottano le risorse finanziarie dalla loro destinazione per la tutela della salute, a favore di interventi segnati da obiettivi sociali (riduzione della disoccupazione, stabilizzazione del precariato, difesa delle imprese del territorio), sempre meno accettabili sul piano della solidarietà tra le regioni e sempre più disfunzionali rispetto agli obiettivi di promozione della salute e di sviluppo del territorio. In queste regioni occorre uno sforzo straordinario per portare al centro del sistema la qualità assistenziale e i bisogni sanitari, promuovendo una cultura e un'etica del servizio sanitario e rinunciando a fare delle risorse per la sanità il grande serbatoio per alleviare disagi sociali di varia natura. In questo grande sforzo è particolarmente importante che le regioni prestino innanzitutto attenzione al tema dell'equità «in casa loro», intervenendo sull'accesso e l'utilizzazione di servizi appropriati da parte delle fasce sociali più deboli. Per questo motivo è fondamentale intervenire sulla mobilità passiva, che

oltre a sottrarre risorse alle regioni del sud è anche fonte di gravi disuguaglianze intra-regionali.

La terza raccomandazione, forse la più importante, riguarda le regioni del centro-nord, in particolare quelle che sono (o si ritengono) a livelli di eccellenza nella produzione dei servizi. La focalizzazione sui temi finanziari rischia di distogliere l'attenzione dalla questione sostanziale: come esprimere una solidarietà in termini di contributo reale al miglioramento della qualità dei servizi delle regioni più deboli. Le regioni eccellenti sono tali soprattutto per merito di capacità professionali (cliniche, manageriali ed amministrative) di grande qualità. Se, come è risultato evidente in questi 30 anni di vita del Ssn, interventi sul piano finanziario non sono sufficienti a garantire i LEA nelle diverse regioni, è ora di pensare ad interventi di sostegno sul piano del *knowledge transfer*. Formazione, gemellaggi, esercizi di *benchmarking* e soprattutto programmi di mobilità del personale verso le regioni più deboli potrebbero essere tra gli interventi più efficaci per ridurre le disparità regionali. Ma ciò richiede non solo un supporto nazionale (ad esempio con risorse destinate ad hoc), ma una reale volontà di condividere le risorse migliori e di contribuire a ribaltare quel flusso migratorio che tanto ha contribuito alle eccellenze del nord e, allo stesso tempo, tanto ha depauperato il capitale umano del sud.

Infine vorremmo proporre alcune riflessioni che riguardano il mondo della ricerca, che secondo noi potrebbe offrire un supporto maggiore all'implementazione delle linee di intervento discusse in precedenza. Dai risultati presentati in questo capitolo è evidente che la ricerca empirica sull'equità del Ssn è ancora modesta, con pochi studi e soprattutto con una limitata capacità di analizzare l'equità nell'accesso, utilizzazione e fruizione di servizi efficaci. Crediamo sia importante che le varie definizioni di equità vengano operazionalizzate e che sia messo in luce come possano anche divergere. In particolare, la misurazione dell'equità orizzontale dovrebbe essere sviluppata ulteriormente dal punto di vista metodologico lavorando su temi specifici, ad esempio a livello di patologia. Collegato a questo tema è l'utilizzo dei risultati della ricerca nelle politiche del Ssn. Crediamo che ci sia un enorme potenziale nell'uso di queste evidenze in modo strutturato per informare le decisioni di politica sanitaria a livello nazionale e regionale. Per questo motivo riteniamo che il tema dell'equità sostanziale vada affrontato dai diversi livelli del Ssn in modo più sistematico e convinto di quanto fatto sino ad ora.

Bibliografia

Bordignon M. F. A., Peragine, V (2006). *Una applicazione empirica della misura dell'inequità orizzontale in contesto regionale. Federalismo, equità, sviluppo. I risultati delle politiche pubbliche analizzati e misurati dai conti pubblici territoriali*. F. Barca. Bologna, Il Mulino: pp.1-43.

- Bradshaw J. (1972), *A taxonomy of social need. Problems and progress in medical care*. G. McLachlan. London, Oxford University Press.
- Carrieri, V. (2008). «Disuguaglianze di salute e condizioni socio-economiche in Italia: esiste una questione meridionale?» *Politiche Sanitarie*, 9(1): pp.15-24.
- Corchia C. P., Mastroiacovo R., Lanni V., Grimaldi G., Scarano e Baronciani D. (1995), «Social and geographical inequalities in prenatal care in Italy». *Prenatal Diagnosis*, 15(6): pp.535-540.
- Corchia C. e Orzalesi M. (2007), «Geographic variations in outcome of very low birth weight infants in Italy». *Acta Paediatrica* 96(1): pp.35-38.
- Costa G., Cislighi C e Caranci N. (2009), *Le disuguaglianze sociali di salute. Problemi di definizione e di misura*. Milano, FrancoAngeli.
- Costa G., Marinacci C., Caiazzo A. e Spadea T. (2003), «Individual and contextual determinants of inequalities in health: the Italian case». *International Journal of Health Services*, 33(4): pp.635-667.
- Culyer A. J. e Wagstaff A. (1993), «Equity and equality in health and health care». *Journal of Health Economics*, 12(4): pp.431-457.
- de Vonderweid U., Spagnolo A., Cariani G., Donzelli G., Forleo V., Calipa M. T. e Patriarca V. (1997), «Area variations in birthweight- and cause of death-specific neonatal mortality rates in Italy». *Journal of Perinatology*, 17(1): pp.60-64.
- Di Bartolomeo S., Valent F., Rossi C., Beltrame F., Anghileri A. e Barbone F. (2008), «Geographical differences in mortality of severely injured patients in Italy». *European Journal of Epidemiology*, 23(4): pp.289-294.
- Fattore G. (1999), «Clarifying the scope of Italian NHS coverage. Is it feasible? Is it desirable?», *Health Policy*, 50(1-2): pp.123-142.
- Franzini L. e Giannoni M. (2010), «Determinants of health disparities between Italian regions», *BMC Public Health*, 10(1): p.296.
- Fusco M., Pezzi A., Benatti P., Roncucci L., Chiodini P., Di Maio G., Di Napoli R. e de Leon M. P. (2010), «Clinical features and colorectal cancer survival: an attempt to explain differences between two different Italian regions», *European Journal of Cancer*, 46(1): pp.142-149.
- Granaglia E. (2008), «Equità orizzontale in un contesto di federalismo sanitario: implicazioni dalla prospettiva della giustizia distributiva», *Politiche Sanitarie* 9(1): 5-14.
- Granaglia E. e Compagnoni V. (2006), *Disuguaglianze sanitarie e Mezzogiorno*. Mimeo, DPS, . MPS. Rome, Ministero dell'Economia e della Finanza
- Lauria L. and Saporito M. (2004), «Confronto della mortalità fetoneonatale in Lombardia e Campania», *Epidemiol Prev* 28(4-5): pp.217-224.
- Le Grand J. (1991), *Equity and choice*. London, Harper Collins.
- Macinko J. A. e B. Starfield (2002), «Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001», *International Journal of Equity in Health* 1(1): p.1.

- Mangano A. (2010), «An analysis of the regional differences in health care utilization in Italy», *Health Place*, 16(2): pp.301-308.
- Masseria C. e Giannoni M. (2010), «Equity in access to health care in Italy: a disease-based approach». *European Journal of Public Health*.
- Masseria C. e Paolucci F. (2005), «Equità nell'accesso ai ricoveri ospedalieri in Europa e in Italia», *Quaderni acp* 12(1): pp.3-7.
- Ministero della Salute (2010), Patto per la salute 2010-2012. http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/patto_salute/patto_salute.pdf (accesso 16.06.2010)
- Mooney G. (1986), *Economics, medicine and healthcare*. Brighton, Wheatsheaf.
- Mooney G. (2009), «Is it not time for health economists to rethink equity and access?», *Health Economics, Policy and Law*, 4(Pt 2): pp.209-221.
- Oliver A. e Mossialos E. (2004), «Equity of access to health care: outlining the foundations for action», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(8): pp.655-658.
- Torbica A. e Fattore G. (2005), «The “Essential Levels of Care” in Italy: when being explicit serves the devolution of powers», *European Journal of Health Economics*, Suppl: pp.46-52.

Appendice. Sintesi delle evidenze empiriche sull'equità territoriale in Italia

Autori	Titolo	Anno	Tipologia di pubblicazione	Obiettivi	Metodi	Fonte dei dati	Dimensione di equità analizzata	Indice d'equità stimato	Principali risultati	Livello di evidenza dell'iniquità regionale (da 1 a 5)
Franzini L, Giannoni M	Determinants of health disparities between Italian regions	2010	internazionale	Valutare l'impatto delle diverse variabili a livello regionale sullo stato di salute percepito	Analisi multilivello dello stato di salute percepito (variabile dipendente) in funzione alle variabili socioeconomiche individuali e regionali (condizioni di vita, caratteristiche del Ssr, % di popolazione obesa)	Multiscopo Istat 2000	Equità del livello di salute (stato di salute percepita)	No	I residenti nelle regioni più povere, con tasso di disoccupazione più alto e più alta dispersione del reddito hanno più probabilità di dichiarare uno stato di salute meno buono.	Forte (4)
Masseria C, Giannoni M	Equity in access to health care in Italy: a disease-based approach	2010	internazionale	Analizzare l'equità d'accesso attraverso l'impiego di diversi indicatori di bisogno e stimare il contributo delle disuguaglianze regionali	Definizione del bisogno in 4 patologie; il contributo della componente regionale è stimato attraverso una tecnica di decomposizione degli effetti	Multiscopo Istat 2000; European Community Household Panel corso 2001	Equità di accesso alla specialistica, MMG e pronto soccorso	Indice di disuguaglianza orizzontale	Le differenze regionali spiegano la maggior parte delle disuguaglianze nell'accesso alle visite ai MMG, visite specialistiche e (soprattutto) al pronto soccorso. Nessuna evidenza sulle disuguaglianze per i ricoveri ospedalieri nel modello generale.	Forte (4)

Autori	Titolo	Anno	Tipologia di pubblicazione	Obiettivi	Metodi	Fonte dei dati	Dimensione di equità analizzata	Indice d'equità stimato	Principali risultati	Livello di evidenza dell'inequità regionale (da 1 a 5)
Mangano A	An analysis of the regional differences in healthcare utilization in Italy	2010	internazionale	Analizzare le differenze regionali in termini di spesa pro-capite (proxy per l'offerta dei servizi) in relazione ai bisogni sanitari	La spesa effettiva è confrontata con la spesa basata sui big-pro-capite (proxy per l'offerta dei servizi) in relazione ai bisogni sanitari	Dati di spesa sanitaria regionale 2000 e 2003, dati ISTAT	Equità nel finanziamento	Indice di disuguaglianza orizzontale	Evidenze di disuguaglianza a favore delle regioni del Sud nell'ambito dell'assistenza farmaceutica e specialistica, a favore delle regioni del Nord e Centro soprattutto nella sfera ospedaliera e residenziale.	Abbastanza forte (3)
Fusco M, Pezzi A, Benatti P, Roncucci L, Chiodini P, Di Maio G, Di Napoli R, Ponz de Leon M.	Clinical features and colorectal cancer survival: an attempt to explain differences between two Italian regions	2010	internazionale	Analizzare la cause delle differenze regionali (nord vs sud) osservate in tassi di sopravvivenza dei pazienti con tumore al colon retto	Analisi differenziale di due centri: Modena e Napoli; analisi di incidenza e mortalità (grezza, specifica e standardizzata per classi di età); stima della sopravvivenza 1-5 anni	Registri regionali per i tumori	Equità degli esiti (mortalità per tumore)	No	Differenze nei tassi di mortalità dal tumore al colon retto tra due centri ma controllando per caratteristiche cliniche (livello di avanzamento del cancro) non sono più significative.	Debole (2)
Di Bortolomeo S, Valentini F, Rossi C, Beltrame F, Anghileri A, Barbone F.	Geographical difference in mortality of severely injured patients in Italy	2008	internazionale	Valutare l'ipotesi che le differenze geografiche nella qualità dei servizi sanitari possano avere un impatto sulla mortalità causata da lesioni gravi (trauma)	Confronto retrospettivo della mortalità ospedaliera in 3 aree geografiche, aggiustato per età, Glasgow 2002-2005 partecipanti al progetto Margherita (40% delle UTI nazionali)	Database nazionale dei ricoveri nelle unità di terapia intensiva 2002-2005 partecipanti al progetto Margherita (40% delle UTI nazionali)	Equità degli esiti (rischio di morte da trauma)	No	Differenze significative nel rischio di morte da trauma tra Nord e Sud: il rischio di morte da trauma è più elevato al sud del 60% e del 30% al centro in confronto alle regioni del Nord.	Debole (2)

Autori	Titolo	Anno	Tipologia di pubblicazione	Obiettivi	Metodi	Fonte dei dati	Dimensione di equità analizzata	Indice d'equità stimato	Principali risultati	Livello di evidenza dell'inequità regionale (da 1 a 5)
Corchia C, Orzalesi M	Geographic variations in outcome of very low birth weight infants in Italy	2007	internazionale	Analizzare le differenze territoriali negli esiti di salute dei neonati sotto-peso (meno di 1,5 chilogrammi alla nascita)	Studio osservazionale, multicentrico su 125 UTI neonatali.	Questionario ad hoc	Equità degli esiti (mortalità infantile)	No	Risultano differenze significative tra le tre aree del paese: la mortalità infantile per i neonati sottopeso varia dal 15,6% al Nord, al 19,3% nel Centro e 23,4% al Sud.	Forte (4)
De Vonderweid U, Spagnolo A, Carriani G, Donzelli G, Forleo V, Calipa MT, Patriarca V	Area variations in birthweight and cause of death specific neonatal mortality rates in Italy	1997	internazionale	Analizzare le differenze nella mortalità infantile (tasso, causa) tra le 3 macro-aree geografiche	Modello di regressione multivariata	Dati Istat	Equità degli esiti (mortalità infantile)	No	Il rischio di morte nel primo mese di vita è più alto al Sud in confronto al resto del paese. I neonati nati al Sud hanno maggior probabilità di morte per tutte le principali cause osservate.	Abbastanza forte (3)
Costa G, Marinacci C, Catalazzo A, Spadea T.	Individual and contextual determinants of inequalities in health: the Italian case	2003	internazionale	Analizzare le differenze geografiche nello stato di salute percepita, con particolare focus sulle variabili socio-economiche sia individuali che regionali	Modello di regressione lineare/logistica multilivello. Variabile dipendente: stato di salute percepita, variabili di controllo a livello individuale e di contesto	Multiscopo Istat 2000	Equità dei livelli di salute (stato di salute percepita)	No	Lo studio mostra differenze significative tra Nord e Sud nel livello di salute (percepita), principalmente spiegate dalla composizione della popolazione in riferimento al livello di istruzione, e solo marginalmente influenzate dalle variabili di contesto.	Abbastanza forte (3)

Autori	Titolo	Anno	Tipologia di pubblicazione	Obiettivi	Metodi	Fonte dei dati	Dimensione di equità analizzata	Indice d'equità stimato	Principali risultati	Livello di evidenza dell'inequità regionale (da 1 a 5)
Corchia C, Mastroiacovo P, Lanni R, Grimaldi V, Scarano G, Baronciani D	Social and geographic inequalities in prenatal care in Italy	1995	internazionale	Analizzare le eventuali differenze nell'utilizzo della diagnostica prenatale tra le differenti aree geografiche e per livelli di istruzione delle madri	Nell'ambito di un progetto più ampio, 43 ospedali in 14 regioni hanno partecipato allo studio. Modello di regressione logistica controllando per area geografica, età, livello di istruzione, numero di gravidanze, numero di aborti, luogo di residenza	Questionario ad hoc somministrato dopo il parto	Equità di utilizzazione	No	Le donne residenti nelle regioni di Nord hanno utilizzato di più la diagnostica prenatale (OR 2,19 Nord vs. Sud), mentre non vi sono differenze nell'accesso all'indagine ecografica. Il livello di utilizzo della diagnostica prenatale è associato al livello di istruzione delle donne.	Abbastanza forte (3)
Bordignon M, Fontana A, Peragine V	Una applicazione empirica della misura dell'inequità orizzontale in un contesto regionale	2006	nazionale	Sviluppare un nuovo approccio teorico alla definizione e misura del concetto di equità orizzontale che sia applicabile e utile in un contesto regionale	Analisi della spesa pubblica per funzioni e ai tre livelli istituzionali (nazionale, regionale e locale); analisi della disuguaglianza orizzontale per la sanità pubblica attraverso la stima della spesa pubblica sanitaria individuale	Banca dei Conti Pubblici Territoriali. Multiscopo Istat 2000	Equità nel finanziamento	Spesa sanitaria pro capite per patologia e per funzioni, indicatori infraregionali e interregionali	L'inequità globale è più alta per i servizi ospedalieri e più bassa per la farmaceutica. La componente infraregionale dell'inequità è la parte più consistente dell'inequità globale (dal 96 al 99%).	Abbastanza forte (3)

Autori	Titolo	Anno	Tipologia di pubblicazione	Obiettivi	Metodi	Fonte dei dati	Dimensione di equità analizzata	Indice d'equità stimato	Principali risultati	Livello di evidenza dell'iniquità regionale (da 1 a 5)
Carrieri V	Disuguaglianze di salute e condizioni socioeconomiche in Italia: esiste una questione meridionale?	2008	nazionale	Verificare se gli effetti negativi dello svantaggio socioeconomico sulla salute percepita siano più marcati al Mezzogiorno	Analisi di regressione logistica, con variabile dipendente lo stato di salute percepita	Reddito e condizioni di vitalità	Equità dei livelli di salute (condizioni generali di salute soggettiva)	No	Lo svantaggio socio-economico incide in modo meno marcato nel mercato del mercurio sulla salute percepita degli individui, nonostante la maggiore probabilità di versare in condizioni di salute non buoni rispetto alle resto del paese.	Abbastanza forte (3)
Granaglia E, Compagnoni V	Disuguaglianze sanitarie e mezzogiorno	2007	nazionale	Valutare il quadro delle disuguaglianze inter-regionali in sanità in termini di esiti. Confronto tra Mezzogiorno e resto del paese.	Analisi comparativa tra le regioni di diversi indicatori di salute (vita attesa, tasso di mortalità infantile) e livello di soddisfazione dei bisogni; indicatori di risorse fisiche (offerta)	Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Ministero della Salute	Equità dei livelli di salute (stato di salute e soddisfazione dei bisogni)	Esiti della cura (mortalità, funzionalità, complicanze)	Le disuguaglianze territoriali a sfavore del sud risultano molto forti per quanto riguarda i tassi di mortalità infantile e perinatale e i livelli di soddisfazione dei bisogni, mentre non vi sono evidenze delle disuguaglianze nei risultati (vita attesa)	Debole (2)

Autori	Titolo	Anno	Tipologia di pubblicazione	Obiettivi	Metodi	Fonte dei dati	Dimensione di equità analizzata	Indice d'equità stimato	Principali risultati	Livello di evidenza dell'iniquità regionale (da 1 a 5)
Lauria L, Saporito M	Confronto della mortalità fetoneonatale in Lombardia e Campania	2004	nazionale	Analizzare e paragonare mortalità infantile in due regioni italiane con diversi livelli socio-economici e differenti organizzazioni del sistema sanitario regionale	Analisi comparativa tra le due regioni sulla mortalità infantile, perinatale e neonatale, controllando per una serie di fattori: peso alla nascita, età gestazionale, caratteristiche socio-demografiche della madre e tipo di parto.	Dati regionali	Equità degli esiti	No	L'età gestazionale appare un fattore più rilevante in Campania che in Lombardia. La tipologia del parto e quindi l'organizzazione dei servizi sanitari regionali ha un ruolo importante nella spiegazione delle differenze tra i due contesti.	Debole (2)
Masseria C, Paolucci F	Equità nell'accesso ai ricoveri ospedalieri in Europa e in Italia	2005	nazionale	L'obiettivo generale è analizzare il livello di equità rispetto al reddito nell'accesso ai ricoveri ospedalieri utilizzando un modello panel (dal 1994 al 1998). Una particolare attenzione è rivolta al caso dell'Italia e all'analisi delle differenze regionali.	Per l'analisi del caso italiano i risultati sono stati ottenuti utilizzando anche l'indagine ISTAT Multi-scopo per il 1999-2000. Per le stime del reddito sono stati utilizzati i dati Eurostat per il 2000	Multiscopo Istat 2000	Equità nelle condizioni di accesso ai ricoveri ospedalieri	L'indice di equità orizzontale	I residenti delle regioni settentrionali hanno una maggiore probabilità di essere ospedalizzati dei residenti nelle regioni meridionali, a parità di bisogni; inoltre, i cittadini del Nord usufruiscono di un trattamento sanitario qualitativamente superiore (livello di soddisfazione per le prestazioni ricevute più alto)	Abbastanza forte (3)