

# UNITÀ

# CAPITOLO

## 2

## 1



## La sanità in Italia

Il **Servizio sanitario nazionale (SSN)**, nell'ordinamento giuridico italiano, identifica il complesso delle funzioni, delle attività e dei servizi assistenziali gestiti ed erogati dallo Stato. Non esiste da sempre, è stato istituito nel 1978 (legge 23 dicembre 1978, n. 833). A esso hanno diritto di accedere tutti i cittadini, per lo più in modo gratuito, indipendentemente dalle condizioni economiche e dal ceto sociale.

Il sistema sanitario nazionale italiano è fondato, fin dalla sua nascita, su tre principi fondamentali: l'**universalità** (estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione), l'**uguaglianza** (accesso alle cure senza nessuna discriminazione) e l'**equità** (parità di accesso in relazione a uguali bisogni di salute).

Oltre all'assistenza di base, consistente nel diritto ad avere un medico o un pediatra, il SSN del nostro Paese garantisce:

- **continuità delle cure**, in quanto assicura la presenza di un medico sostitutivo o il servizio di continuità assistenziale (ex Guardia medica);
- l'**accesso ai farmaci** prescritti dal proprio medico tramite il pagamento di un contributo o gratuitamente;
- la possibilità di **usufruire di visite specialistiche, analisi di laboratorio, esami diagnostici** e il **diritto all'informazione**, secondo cui il paziente deve essere sempre informato in modo adeguato prima di essere sottoposto a esami e interventi.

Alla base del nostro modello assistenziale c'è, pertanto, un'idea importante, che noi spesso diamo per scontata, ma che non lo è affatto: **la salute come diritto umano e non come privilegio per pochi**, coerentemente con l'**art. 32 Costituzione** che afferma: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge".

Per **diritto alla salute** s'intende non solo il diritto a usufruire di prestazioni che prevencono o curano le malattie in senso stretto, ma anche il diritto a prestazioni che assicurano il benessere psico-fisico e sociale di un individuo, per

esempio vivere in un ambiente sano e, non ultimo, di avere libertà di cura, cioè la possibilità di decidere se essere curato o meno.

Con la **riforma del Titolo V della Costituzione**, avvenuta con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, la tutela della salute è stata affidata alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni, delineando un sistema caratterizzato da un pluralismo di centri di potere e ampliando il ruolo e le competenze delle autonomie locali.

L'**art. 117 della Costituzione** stabilisce, infatti, che lo **Stato** mantiene la **competenza legislativa esclusiva in una serie di materie specificamente elencate**, mentre il comma 3 dello stesso articolo decreta che **le Regioni possono legiferare nelle materie di competenza concorrente**, nel rispetto dei principi fondamentali definiti dallo Stato.

**Pertanto, il SSN opera su tre diversi livelli:**

- **governo centrale:** la legislazione statale si occupa di determinare i **Livelli essenziali delle prestazioni (LEA)**, cioè stabilisce le prestazioni e i servizi concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;
- **20 governi regionali:** le Regioni assicurano l'adempimento dei LEA nell'area di competenza e hanno la possibilità di legiferare in materia di diritto alla salute nel rispetto dei principi fondamentali posti dalla legislazione statale. In breve, esse gestiscono in piena autonomia la sanità nell'ambito territoriale di loro competenza, avvalendosi delle aziende sanitarie locali (Asl) e delle aziende ospedaliere;
- **aziende sanitarie locali e ospedali indipendenti:** hanno il compito di erogare i servizi assistenziali su tutto il territorio italiano.

La **riforma costituzionale del 2001 presenta tuttavia delle criticità**. Lo Stato, infatti, decide quali trattamenti rientrano nei LEA e garantisce alle Regioni il loro finanziamento, ripartendo le risorse tra le Regioni stesse. Ciò significa che, a livello operativo, il ruolo decisivo è detenuto dalle Regioni. Infatti, il modo in cui esse gestiscono la quota di Fondo sanitario nazionale (FSN) che viene loro destinata determina la possibilità per gli utenti di fruire di un servizio più o meno soddisfacente riguardo le prestazioni comprese nei LEA, visto che esse programmano e si occupano dell'erogazione concreta dei servizi ai cittadini.



L'offerta di prestazioni ulteriori a quelle dei LEA, a carico del sistema pubblico, dipende dalle diverse normative regionali, cosicché i servizi disponibili, almeno in parte, sono diversificati. Le Regioni hanno quindi un ampio spazio di autonomia, che produce differenze tra Servizi sanitari regionali tali da mettere in dubbio la realizzazione dell'uniformità voluta dall'art. 117 della Costituzione.

Per quanto riguarda la **qualità del SSN**, l'arrivo del **coronavirus** nel 2020, che ha colpito in modo pesante l'Italia, ha messo al centro del dibattito pubblico e politico la qualità degli ospedali del nostro Paese.

Il rapporto ***State of Health in the EU: Italia, Profilo della sanità 2019***, pubblicato nel dicembre 2019 dall'Ocse, dalla Commissione Ue e dall'Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sanitarie, contiene alcuni dati in merito. Gli indicatori generali di salute e di efficacia del SSN restano complessivamente piuttosto buoni, anche se emergono alcune difficoltà, come sottolinea l'**Ufficio parlamentare di bilancio (Upb)**, in un approfondimento del 2 dicembre 2019.

Nel loro rapporto, la Commissione Ue e l'Ocse prendono in considerazione tre elementi: l'**efficacia**, l'**accessibilità** e la **resilienza** (ossia la capacità di un sistema sanitario di adeguarsi efficacemente a contesti mutevoli o a shock e crisi improvvise).

Per quanto riguarda l'**efficacia** del nostro SSN, secondo i dati Ue e Ocse (relativi al 2016) l'Italia registra tra i tassi più bassi di mortalità prevenibile e trattabile di tutta l'Ue.

Un altro dato positivo viene dai tassi di ricovero ospedalieri effettuati nel nostro Paese per le malattie croniche (per esempio diabete e asma), tra i più bassi dell'Ue, e dal tasso di sopravvivenza ai tumori, più alto (seppur di poco) rispetto al resto degli altri Paesi europei.

Gli ospedali italiani garantiscono cure di qualità: per esempio, la mortalità a 30 giorni in seguito a infarto miocardico acuto è tra le più basse nell'Ue ed è ulteriormente migliorata negli ultimi dieci anni.



marchmeena29/iStock

Per quanto riguarda l'**accessibilità** alle cure, secondo i dati Ocse e Ue, nel 2017 circa il 2% della popolazione residente in Italia (in linea con la media europea) ha segnalato “un bisogno sanitario non soddisfatto”. Tra le motivazioni, oltre ai problemi di costi, ci sono anche quelli legati ai tempi lunghi delle liste d'attesa. Il dato del 2% è una media che sintetizza il grado di insoddisfazione per situazioni di accesso alle cure molto diverse tra loro per ragioni economiche, distanza geografica o tempi di attesa (che, almeno per la chirurgia elettiva, sono tra i più bassi in Europa). L'insoddisfazione proviene, da un lato, da parte di coloro che hanno redditi molto bassi, dall'altro, da parte di coloro che vivono nelle regioni meridionali (con la conseguenza che c'è una tendenza a spostarsi dal Sud al Nord per farsi curare).

Ocse e Ue rilevano anche altri due problemi, riguardo l'accessibilità del nostro sistema sanitario. Dopo la crisi economica degli anni passati, è aumentata di 2,5 punti percentuali la quota dei pagamenti in spesa sanitaria direttamente a carico dei pazienti, passata dal 21% del 2009 al 23,5% del 2017. Nel resto d'Europa, la media è del 16%.

In secondo luogo, “destano preoccupazioni” gli ostacoli presenti in Italia per la formazione e l'assunzione di nuovi medici, così come il potenziale di espansione del ruolo degli infermieri.

Scrivono Ocse e Ue: “La composizione anagrafica dei medici attualmente in esercizio desta preoccupazioni circa la capacità del sistema sanitario di rispondere alle esigenze sanitarie della popolazione in futuro”. Nel 2017 più della metà dei medici italiani in attività aveva un'età pari o superiore a 55 anni, la percentuale più elevata dell'Ue.

Per quanto riguarda la **resilienza**, il nostro Paese spende meno degli altri in sanità pubblica, una dinamica che negli ultimi anni ha risentito molto degli effetti della crisi economica. Questo, secondo Ocse e Ue, fa sorgere legittime preoccupazioni per quanto riguarda la capacità di far fronte a crisi improvvise, non solo futura ma anche attuale.

Per esempio, tra il 2000 e il 2017 in Italia è sceso del 30% il numero di posti letto pro capite in ospedale, passando da 3,9 ogni 1000 abitanti a 3,2, contro una media Ue vicina a 5 (in calo anch'essa dal 5,7 del 2000).

L'Upb, nel suo approfondimento di dicembre 2019, scrive: “La riduzione è avvenuta principalmente nelle Regioni sottoposte per prime a piano di rientro (e soprattutto nelle strutture pubbliche)”, facendo riferimento a quelle Regioni che negli anni hanno dovuto sanare disavanzi economici nella gestione della sanità locale.

Sottolinea ancora l'Upb: “Secondo alcuni osservatori, la riduzione dei posti letto, da un lato, potrebbe accrescere l'efficienza spingendo a un migliore utilizzo delle risorse e a una maggiore appropriatezza nella scelta del percorso di cura (regime ordinario, day hospital, ambulatori territoriali), ma, dall'altro lato, rischia di ridurre la quantità e la qualità dei servizi”.

In generale, comunque, è necessario evidenziare che secondo i dati Eurostat relativi al 2017, l'Italia ha la seconda speranza di vita più alta nell'Ue, con 83,1 anni, dietro solo agli 83,4 anni della Spagna (rispetto a una media comunitaria di 80,9 anni).

Sempre in tema di speranza di vita, le disuguaglianze, connesse per esempio alle condizioni socio-economiche, in Italia sono inferiori alla maggior parte degli altri Stati Ue, sebbene siano comunque notevoli.

Le sfide di maggior rilievo che oggi, e ancora di più negli anni a venire, la sanità è chiamata ad affrontare in tutti i principali Paesi a economia avanzata con un robusto sistema di Welfare, sono gli andamenti demografici, l'innovazione tecnologica, le aspettative dei cittadini.

Per quanto riguarda l'**investimento in ICT** nel settore sanitario (pubblico) italiano, secondo gli osservatori più accreditati, esso si attesta sull'1,2% della spesa sanitaria pubblica (più o meno stabile negli anni), contro livelli nel *range* 2-3% degli altri Paesi dell'Unione europea.

Le motivazioni sono essenzialmente due.

**In primo luogo** la spesa sanitaria pubblica italiana è circa il 35% in meno di quella dei Paesi dell'Europa.

**In secondo luogo**, negli ultimi anni, il capitolo della **spesa per beni e servizi non sanitari** si è ridotto del 34% (nelle Regioni del Nord circa il doppio rispetto a quelle del Sud), da una parte evidenziando il significativo impatto della cosiddetta *spending review*, e quindi del perseguimento di una maggiore efficienza negli approvvigionamenti in sanità; dall'altra evidenziando come le aziende del settore si siano fortemente "concentrate" nell'investimento sui **processi core di tipo sanitario** (assistenza e cura dei pazienti), probabilmente "penalizzando" tutto il resto.

Questo sembra suggerire che la ICT non sia entrata, almeno culturalmente, nel novero delle tecnologie considerate intrinsecamente parte del **core** dell'attività sanitaria e, tanto meno, nell'alveo della cosiddetta innovazione, che in sanità si identifica con l'innovazione terapeutica.

In altri termini, potremmo interpretare il ritardo italiano dicendo che non sembra sufficientemente diffusa la convinzione che l'ICT (in tutte le sue svariate declinazioni) risponda al soddisfacimento di bisogni insoddisfatti e che porti benefici di salute davvero significativi.



Quindi, non è probabilmente un caso che gran parte delle iniziative per la sanità digitale si riferiscano solo a iniziative e azioni di razionalizzazione di stampo tipicamente organizzativo, volte alla archiviazione ed elaborazione dei dati relativi alla assistenza sanitaria (per esempio il Fascicolo sanitario elettronico), nonché ai relativi costi (per esempio la Tessera sanitaria), piuttosto che alla gestione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali, che prevedono la partecipazione di diversi specialisti e professionisti, oltre al paziente stesso, per fare un'accurata diagnosi e individuare la terapia più adeguata.

In breve, l'impatto benefico della ICT sull'efficienza amministrativa è certamente acquisito, mentre gli effetti, seppure indiretti, sulla salute non sono posti con risolutezza al centro delle motivazioni che sostengono l'esigenza di investimento.

Nel sistema italiano queste sfide assumono un rilievo ancor più significativo, in quanto il capitolo "sanità" rappresenta, subito dopo le pensioni, la voce più spinosa della spesa pubblica.

Il nodo essenziale da sciogliere riguarda anzitutto la sostenibilità del sistema italiano di Welfare e con essa la possibilità di combinare gli obiettivi di razionalizzazione della spesa con quelli imprescindibili di accesso a prestazione di qualità dei servizi erogati, perché legati alla natura universalistica della sanità nel modello europeo di Stato sociale.

Riformare la sanità italiana significa intervenire sul complesso delle misure che incidono sulla capacità di assimilare e mettere a sistema le innovazioni scientifiche e tecnologiche e i progressi diagnostico-terapeutici. Tali progressi stanno aprendo la strada a un nuovo modello di struttura ospedaliera, che delega a strutture generaliste diffuse capillarmente sul territorio le pratiche diagnostiche e concentra in altre altamente specializzate le pratiche terapeutiche.

## Fonti

- [cortegiustiziapopolare.it](http://cortegiustiziapopolare.it)
- [lavoce.info](http://lavoce.info)
- [eticaeconomia.it](http://eticaeconomia.it)
- [agi.it](http://agi.it)
- [agendadigitale.eu](http://agendadigitale.eu)