

## **II SSN A LIVELLO REGIONALE: IN TEORIA UGUALE E IN PRATICA DIVERSO?**

***Livio Garattini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili***

Per governare la sanità, L'Italia ha introdotto nel 1978 un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) pubblico, che in teoria garantisce una copertura universale finanziata principalmente attraverso la tassazione generale e fornisce servizi prevalentemente gratuiti all'atto dell'erogazione.<sup>1</sup>

A partire dal 1992, il SSN è stato decentralizzato in modo crescente, con molte competenze devolute alle regioni. Grazie all'autonomia locale, alle regioni viene concesso di sviluppare strategie sanitarie sostanzialmente diverse fra loro, senza dover necessariamente richiedere l'autorizzazione a livello nazionale.<sup>2</sup> La salute è di gran lunga la voce di spesa più rilevante in tutti i budget regionali, motivo per cui costituisce un argomento assai importante in tutte le elezioni politiche regionali. Questa situazione ha gradualmente trasformato il nostro SSN nazionale in una sommatoria di servizi sanitari regionali (SSR) assai diversi fra loro.<sup>3</sup>

L'Italia è stato il primo paese europeo drammaticamente colpito dalla pandemia Covid-19 all'inizio del 2020, specialmente al Nord, l'area più ricca e produttiva del paese. In particolare, il numero di decessi è stato drammaticamente elevato in Lombardia, mentre assai più contenuto in Veneto, le prime due regioni (confinanti e con simili caratteristiche socio-economiche) colpite dalla pandemia in termini temporali.<sup>4</sup>

Questa notevole differenza è stata spesso associata a un'assistenza più integrata fra servizi territoriali e ospedalieri in Veneto,<sup>5</sup> in grado di incentivare misure cliniche più efficaci in termini di salute pubblica. Al contrario, un'assistenza molto più

---

ospedalocentrica potrebbe avere penalizzato la Lombardia, dove i servizi di Pronto Soccorso (PS) sono stati i primi focolai della pandemia.

Al fine di verificare concretamente alcune di queste differenze, abbiamo confrontato le caratteristiche principali delle strutture dei due SSR, con un focus specifico sugli ospedali per acuti, la categoria ospedaliera di gran lunga più importante. Abbiamo poi discusso alcune implicazioni politiche ricavate dal confronto e infine elaborato alcune proposte generali per ridisegnare la politica sanitaria nel SSN.

## **Veneto**

Il Veneto è la più grande regione del Nord-Est (18.345 km<sup>2</sup>), con circa 5 milioni di abitanti. Negli ultimi decenni è sempre stata governata da coalizioni politiche di centro-destra, con il partito della Lega Nord di gran lunga prevalente in tutte le sue province.

Una legge regionale approvata nel 2016 (L.R.19/2016) ha introdotto le riforme sanitarie di rilievo più recenti. Il SSR è attualmente suddiviso in 9 Aziende Unità Locali Socio-Sanitarie (AULSS), governate da direttori generali nominati a livello regionale. Le AULSS gestiscono tutti i servizi sanitari erogati all'interno del proprio territorio. Le uniche eccezioni sono costituite dalle tre Aziende Ospedaliere (AO), due delle quali rappresentano i più grandi ospedali per acuti della regione (Padova e Verona) e la terza un ospedale altamente specializzato in oncologia (Istituto Oncologico Veneto di Padova).

Il territorio di ogni AULSS è suddiviso in distretti, unità operative che dovrebbero organizzare (in coordinamento con gli ospedali locali) i servizi di assistenza territoriale erogati tramite strutture pubbliche o private accreditate.<sup>6</sup> Complessivamente, esistono attualmente 26 distretti che riflettono sostanzialmente i territori delle AULSS precedenti, prima che il loro numero complessivo subisse una drastica riduzione in base all'ultima riforma.

A partire dal 2016 la maggior parte delle agenzie centrali è stata inglobata in una singola agenzia, l'Azienda Zero (AZ), che è responsabile in materia di finanziamento, pianificazione, controllo, revisione e assunzione del personale delle AULSS; inoltre, AZ è responsabile delle gare di appalto regionali e delle valutazioni di HTA. Alla luce delle

---

numerose funzioni da gestire, AZ è autorizzata a condurre analisi quantitative per supportare in modo razionale tutte le proprie decisioni.

A partire dal 2016 le strutture ospedaliere per acuti sono state sistematicamente classificate in un network concettuale hub&spoke.<sup>7</sup> Questo passaggio è stato l'ultimo in ordine cronologico di un lungo processo (tuttora in corso) mirato ad azzerare il numero degli ospedali per acuti più piccoli che non rispettano gli standard necessari di sicurezza e qualità.<sup>8</sup>

Attualmente sono presenti:

- (i) 8 ospedali hub, che rappresentano il top per completezza dei dipartimenti clinici (incluse le 3 AO, definite hubs di eccellenza);
- (ii) 20 ospedali spoke (2 dei quali privati accreditati), che includono dipartimenti di livello basico e medio per soddisfare i bisogni di bacini di utenza locale;
- (iii) 8 ospedali node (di cui uno privato accreditato), localizzati in aree remote e dotati esclusivamente di dipartimenti di base.

Tutti questi 36 ospedali sono dotati di un servizio di PS.

## **Lombardia**

La Lombardia (23.863 km<sup>2</sup>) è la regione più popolosa d'Italia, con circa 10 milioni di abitanti (di cui 3,5 residenti nell'area metropolitana milanese). Sebbene storicamente caratterizzata da una situazione politica abbastanza disomogenea a livello provinciale (diversa soprattutto fra l'area milanese e le altre province), anche la Lombardia è stata comunque quasi sempre governata da coalizioni politiche di centro-destra negli ultimi decenni. La Lombardia è la regione italiana che si è maggiormente affidata a una politica di concorrenza teoricamente incentivata fra fornitori di servizi sanitari,<sup>1</sup> soprattutto fra ospedalità pubblica e privata.

Una legge regionale emanata nel 2015 (L.R.23/2015) ha drasticamente riformato il SSR a livello locale, separando sul territorio regionale la pianificazione, l'acquisto e il controllo dei servizi sanitari dalla loro erogazione. Conseguentemente, i primi compiti sono stati affidati a 8 Agenzie di Tutela Salute (ATS), mentre la fornitura dei servizi sanitari pubblici a 27 Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST). In particolare, le ATS gestiscono tutti i contratti, accreditano i fornitori sanitari privati (ad es. le case di cura),

---

e allocano i fondi regionali alle ASST. Dal canto loro, le ASST organizzano l'offerta di tutti i servizi sanitari pubblici erogati sul proprio territorio, suddividendoli in due poli: servizi di comunità e ospedalieri. Le ATS e le ASST sono tutte gestite da direttori generali nominati a livello regionale. Il numero delle ASST supervisionate da ogni ATS varia da una (ATS Pavia) a nove (ATS Milano). I territori dei distretti coincidono con quelli delle 27 ASST, ma le ATS possono decidere di suddividerli in aree distrettuali (ad oggi 92 in totale). Da notare che, sebbene i distretti siano le unità operative mirate a erogare servizi in comunità delle ASST, la loro pianificazione dipende dalle ATS.

Per completare il quadro, va ricordato che sono tuttora presenti varie agenzie centrali, fra le quali vale la pena citare per importanza l'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario (ACSS), l'Azienda Regionale per Innovazione e Acquisti (ARIA) e l'Agenzia Regionale di Emergenza Urgenza (AREU).

Il numero degli ospedali per acuti che opera per conto del SSR è molto elevato, anche se, in assenza di una classificazione formale delle singole strutture a livello regionale, risulta difficile quantificarle esattamente. Utilizzando la presenza di un PS come prerequisito per l'inclusione, abbiamo rilevato 68 ospedali pubblici gestiti dalle ASST e 29 ospedali privati accreditati dalle ATS, per un totale di 97 ospedali per acuti (16 dei quali localizzati nell'area metropolitana milanese).

Infine, vale la pena ricordare che nel 2020 l'AGENZIA NAZIONALE per i Servizi sanitari regionali (AGENAS) ha pubblicato un rapporto assai critico sull'ultima riforma lombarda,<sup>9</sup> sostenendo che la nuova struttura del SSR è stata frammentata in troppe agenzie nonostante l'obiettivo positivo di integrare i servizi ospedalieri con quelli territoriali.

Per facilitare il controllo del SSR lombardo, AGENAS ha fortemente raccomandato di:

- (i) riunire le 8 ATS locali in un'unica agenzia centrale;
- (ii) riconsiderare attentamente le dimensioni territoriali delle ASST;
- (iii) assegnare la gestione dei distretti esclusivamente alle ASST.

---

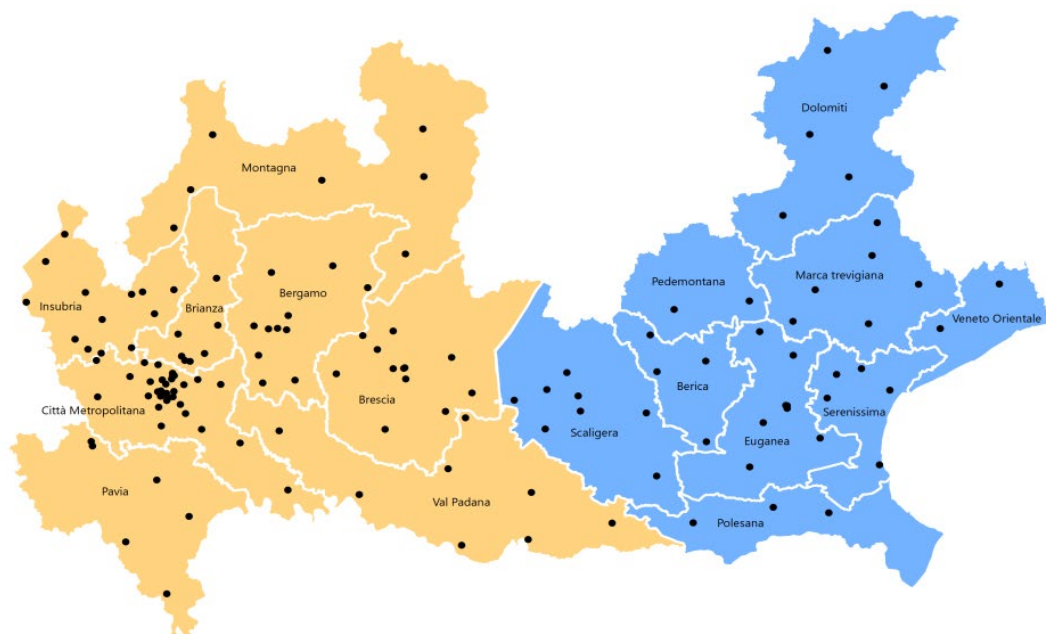
## **Confronto**

Lombardia e Veneto sono due regioni settentrionali confinanti e assai sviluppate, non poi così diverse nemmeno sotto il profilo geografico. Sebbene il territorio della Lombardia sia più ampio di circa  $\frac{1}{4}$ , le proporzioni fra aree montagnose e pianeggianti risultano abbastanza simili. Inoltre, sebbene la popolazione sia inferiore di circa la metà in Veneto, gran parte di questa differenza è dovuta all'area metropolitana di Milano, di gran lunga il principale bacino di popolazione lombardo. Infine, visto l'obiettivo del nostro confronto, va anche sottolineato che i governi politici di queste due regioni sono risultati sostanzialmente analoghi negli ultimi decenni.

Nonostante tutte queste similarità, le strutture organizzative dei due SSR sono diventate sempre più diverse col passare degli anni, in modo del tutto avulso dalle peculiarità dell'area metropolitana milanese in Lombardia. Ad oggi, vi sono 13 importanti autorità locali nella regione Veneto, mentre se ne possono contare almeno 38 in Lombardia, di cui molte con funzioni e territori sovrapposti. Il numero quasi tre volte più elevato di aziende e agenzie rende inevitabilmente molto più complesso il controllo del SSR lombardo.<sup>2</sup>

A livello ospedaliero, la numerosità dei presidi per acuti in Veneto è inferiore di circa  $\frac{1}{3}$  rispetto a quella lombarda in base alla popolazione residente e la loro densità di circa la metà in base alla superficie, con strutture dislocate in modo molto difforme sui due territori anche a prescindere dalla metropoli milanese (Figura 1).

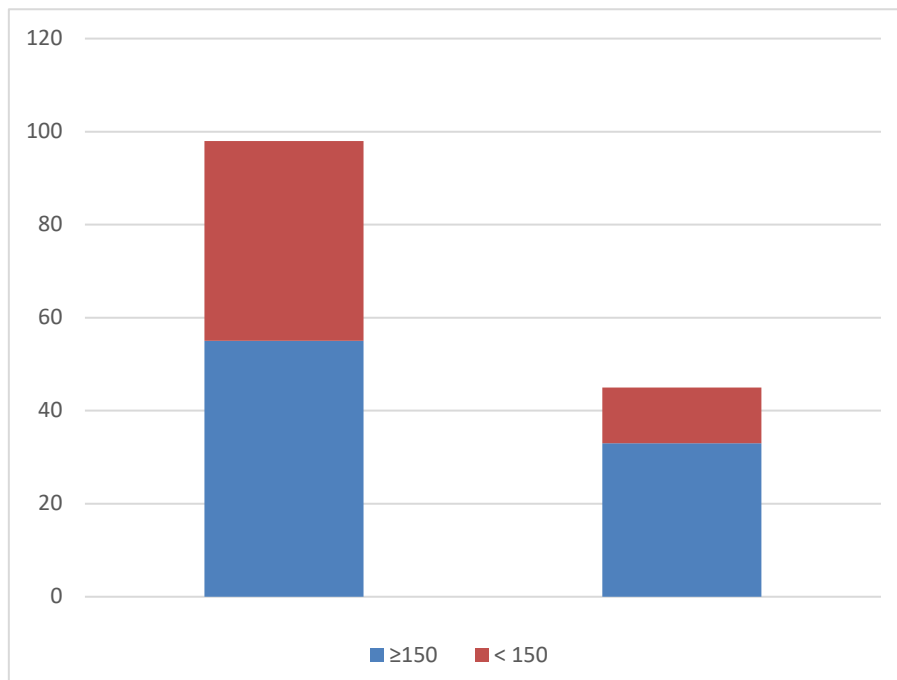
**Figura 1. Ubicazione degli ospedali per acuti in Lombardia e Veneto\***



\* Il numero degli ospedali conteggiati nel grafico (43) non coincide pienamente con quello indicato nel testo (36) per il Veneto, in quanto due AO e 5 ospedali spoke hanno due strutture ciascuna.  
Fonti: Lombardia: [www.dati.salute.gov.it](http://www.dati.salute.gov.it); Veneto: Allegato DGRV n. 22/CR del 13.03.2019

Oltre al numero tradizionalmente molto più elevato di ospedali privati in Lombardia, anche la componente degli ospedali per acuti di piccola dimensione è oramai decisamente superiore (Figura 2), con differenze fra le distribuzioni delle due reti ospedaliere probabilmente aumentate nel corso degli ultimi decenni. Mentre la strategia di pianificazione adottata in Veneto per aumentare l'efficienza della propria rete ospedaliera per acuti ha contribuito a ridurre il numero di piccole strutture inefficienti sul proprio territorio nel lungo periodo, la strategia di 'quasi mercato' mirata a indurre una forte competizione fra ospedali non ha in modo del tutto evidente condotto a risultati analoghi in Lombardia.

**Figura 2. Numero di ospedali per acuti in Veneto e Lombardia per classi dimensionali (posti letto totali)\***



\* Il numero degli ospedali conteggiati nel grafico (43) non coincide pienamente con quello indicato nel testo (36) per il Veneto, in quanto due AO e 5 ospedali spoke hanno due strutture ciascuna.

Fonti: Lombardia: [www.dati.salute.gov.it](http://www.dati.salute.gov.it); Veneto: Allegato DGRV n. 22/CR del 13.03.2019

### **Implicazioni di politica sanitaria**

L'assetto molto eterogeneo dei due SSR analizzati conferma che l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari erogati nell'ambito del SSN italiano, seppure tutt'ora finanziato tramite tassazione nazionale, sono oramai configurati con modalità assai diverse,<sup>1</sup> anche in regioni molto simili sotto il profilo socio-economico e politico. In particolare, la consistenza organizzativa dei tre livelli (centrale, regionale, locale) del SSN è minata alla radice dall'autonomia regionale, che lo rende sempre più esposto alle influenze delle diverse politiche locali.<sup>3</sup> Sebbene con un numero di realtà assai inferiore a livello intermedio, qualcosa di analogo è successo anche nel NHS inglese, con le 4 nazioni (Galles, Inghilterra, Irlanda del Nord e Scozia) al posto delle 20 regioni italiane (in pratica 21 includendo le province autonome di Trento e Bolzano). Ad esempio, il NHS inglese si è affidato negli ultimi decenni alle spinte concorrenziali di mercato

---

teoricamente indotte dalla separazione fra domanda e offerta, mentre quello scozzese ha incentivato la collaborazione fra strutture all'interno del proprio sistema sanitario.<sup>10</sup> In pratica, una volta accettato il concetto logico che il settore pubblico è potenzialmente il 'miglior assicuratore' per garantire la copertura universale della popolazione e quindi per finanziare un sistema sanitario nazionale, la scelta di fornire servizi sanitari è concettualmente meno ovvia.<sup>11</sup> Peraltro, in un tipico contesto di 'fallimento del mercato' come quello della sanità, la competizione tra fornitori non trova alcuna giustificazione nella teoria economica e ha richiesto un forte supporto ideologico fin dal primo tentativo inglese di introdurla ai tempi dei Governi Thatcher negli anni novanta. I prezzi liberamente determinati non possono essere concorrenziali in sanità, per definizione, e fissarli tramite una regolamentazione (ad es. le tariffe per i ricoveri ospedalieri) è un esercizio giocoforza arbitrario, che inevitabilmente distorce nel tempo l'allocazione delle risorse finanziarie. Inoltre, è probabile che i finanziamenti basati sulle attività premiano i trattamenti eccessivi e indeboliscano il coordinamento fra fornitori sanitari, perdendo in ultima analisi molte delle potenziali opportunità per migliorare la qualità e contenere i costi dei sistemi sanitari.

D'altro canto, è doveroso riconoscere che la persistente burocrazia del settore pubblico e l'influenza politica onnipresente a tutti i livelli nei sistemi sanitari hanno alimentato il mito della concorrenza di mercato in sanità come strategia alternativa. Ad esempio, la maggior parte degli sforzi per pianificare una rete razionale di ospedali pubblici in Italia, chiudendo i piccoli ospedali per acuti che sono presenti un po' dappertutto nel nostro paese,<sup>3</sup> è assai spesso fallita in tante regioni principalmente a causa delle continue resistenze politiche e sindacali, conducendo in ultima analisi a riorganizzazioni locali assai discutibili. I commerci vari e i negozi attorno ai piccoli ospedali sono stati probabilmente i 'migliori alleati' contro la loro chiusura, in un Paese in cui circa il 90% dei 7.903 comuni ha meno di 15.000 abitanti. Infine, le nomine dei direttori generali dei vari SSR, quasi sempre basate su affiliazioni politiche piuttosto che su competenze professionali, hanno contribuito a raggiungere dei risultati assai deludenti in termini di efficacia ed efficienza delle strutture sanitarie.



---

## Proposte

Coerentemente con le problematiche sopra esposte, qui di seguito avanziamo tre proposte in una logica di contenimento dell'influenza politica e della burocrazia, teoricamente utili per qualsiasi SSN europeo.

- Innanzitutto, ai governi politici centrali non dovrebbe essere concessa la possibilità di modificare facilmente la struttura istituzionale di base del SSN, né per il finanziamento né per l'erogazione dei servizi sanitari pubblici. Le uniche innovazioni benvenute in sanità dovrebbero essere quelle scientifiche e tecnologiche, mentre quelle economiche dovrebbero essere sempre considerate con molta cautela (per non dire sospetto), esposte come sono all'influenza politica. In particolare, dovrebbero essere introdotte delle 'clausole di salvaguardia' per le caratteristiche fondamentali del SSN, per la cui modifica dovrebbe essere richiesto un supporto politico molto forte a livello centrale (ad es. due terzi della maggioranza nel nostro Parlamento). Per quanto concerne il finanziamento, tutti i cittadini percettori di reddito dovrebbero comunque contribuire alla copertura dei costi del SSN per una questione di solidarietà e equità sociale, a prescindere dal fatto che poi ne facciano concretamente uso o meno, senza poter usufruire di vantaggi fiscali nel caso di scelte assicurative alternative. Quanto all'erogazione dei servizi sanitari, fornitori pubblici e privati possono ovviamente coesistere, ma separatamente, dovendo essere i primi l'insostituibile colonna portante del SSN e i secondi (meglio se enti senza fini di lucro) il loro complemento qualora valutati come oggettivamente necessari a livello locale.<sup>11</sup>
- In secondo luogo, appare abbastanza evidente come sia necessario in prospettiva un riequilibrio dei servizi fra assistenza di base in comunità e assistenza specialistica nei sistemi sanitari.<sup>12</sup> Coerentemente, i criteri di finanziamento dovrebbero essere orientati a sviluppare i primi, che sono stati inevitabilmente penalizzati dai costi inferiori nei casi frequenti di riduzioni di spesa e, più in generale, dal loro scarso impatto sulle economie locali in questo periodo di crisi finanziaria senza fine. Allo stesso tempo, tutti i medici di famiglia dovrebbero diventare lavoratori dipendenti del SSN, analogamente ai loro colleghi ospedalieri, e essere collocati in strutture pubbliche territoriali (in particolare le case di comunità) aperte quanto meno da

---

mattino fino a sera durante i giorni feriali.<sup>13</sup> Queste strutture dovrebbero impiegare al proprio interno tutti i professionisti sanitari, sociali e amministrativi che lavorano nelle cure primarie, anche per sfruttare nel miglior modo possibile i moderni strumenti tecnologici d'informazione come la telemedicina.

- In terzo luogo, un percorso di formazione post-laurea specifica in sanità dovrebbe essere reso obbligatorio per i dirigenti apicali nominati nel SSN, al fine di limitare l'influenza politica nei loro criteri di selezione e migliorare le loro specifiche capacità manageriali in ambito sanitario. In Italia non è mai stata introdotta fino ad oggi una scuola nazionale in sanità, ma nemmeno approvati programmi nazionali alternativi di insegnamento condotti in altre strutture ufficialmente riconosciute e finanziate per la formazione manageriale in sanità. Questa formazione specifica dovrebbe rendere tutti i potenziali dirigenti dei servizi sanitari pienamente consapevoli del fatto che i pazienti devono costituire l'interesse principale degli operatori sanitari, come spesso ricordato nella letteratura clinica,<sup>11</sup> evidenziando di converso che gli incentivi finanziari in sanità vanno considerati strumenti assai discutibili per far sì che gli stessi lavorino di più a vantaggio dei propri pazienti.

**C**oncludendo siamo fermamente convinti che la struttura di un SSN debba rimanere pubblica per definizione, sia per il finanziamento che per l'erogazione dei servizi. Di conseguenza, le future analisi dovrebbero focalizzarsi soprattutto su come migliorare e standardizzare la qualità dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri pubblici, da erogare in una moderna prospettiva di assistenza integrata, con il paziente al centro del sistema nei fatti e non solo a parole.

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Ferre F, de Belvis AG, Valerio L, et al. Italy: health system review. *Health Syst. Transit.* 2014;16(4):1–168.
2. Garattini L, Padula A. Clinical governance in Italy: ‘Made in England’ for import? *Appl. Health Econ. Health Policy.* 2017; 15(5):541–4.
3. Garattini L, Zanetti M, Freemantle N. The Italian NHS: what lessons to draw from COVID-19? *Appl. Health Econ. Health Policy.* 2020;18(4):463–6.
4. Lal A, Erondur NA, Heymann DL, Gitahi G, Yates R. Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *Lancet.* 2021;397(10268):61–7.
5. Pisano GP, Sadun R, Zanini M. Lessons from Italy’s response to coronavirus. <https://hbr.org/2020/03/lessons-from-italys-response-to-coronavirus>. Ultimo accesso 22 Febbraio 2024.
6. Ghiotto MC, Rizzolo Y, Gandolfo E, Zuliani E, Mantoan D. Strengthening primary care: the Veneto Region’s model of the Integrated Medical Group. *Health Policy.* 2018;122(11):1149–54.
7. Rechel B, Džakula A, Duran A, et al. Hospitals in rural or remote areas: an exploratory review of policies in 8 high-income countries. *Health Policy.* 2016;120(7):758–69.
8. Toniolo F, Mantoan D, Maresso A. Veneto Region, Italy. *Health system review. Health Syst. Transit.* 2021;14(1):1–138.
9. AGENAS. La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015). Protocollo n. 2020/0007526 del 16/12/2020. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1525662.pdf> (2020). Ultimo accesso 22 Febbraio 2024.
10. Hawkes N. How different are NHS systems across the UK since devolution? *BMJ.* 2013;346:f3066.
11. Garattini L, Padula A. Competition in health markets: is something rotten? *J. R. Soc. Med.* 2019;112(1):6–10.
12. Jones R, Newbold M, Reilly J, Drinkwater R, Stoate H. The future of primary and secondary care. *Br. J. Gen. Pract.* 2013;63(612):379–82.
13. Garattini L, Badinella Martini M, Zanetti M. More room for telemedicine after COVID-19: lessons for primary care? *Eur. J. Health Econ.* 2021;22(2):183–6.



*"Per approfondire o commentare questo articolo scrivete a [cs@marionegri.it](mailto:cs@marionegri.it) invieremo le vostre considerazioni agli autori per una eventuale risposta e pubblicheremo sul sito gli interventi più interessanti".*