

## LE POLITICHE REGIONALI VERSO LE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE

Luca Giachi<sup>1</sup>, Daniele Babusci<sup>2</sup>

### SOMMARIO

Scopo dell'articolo è approfondire le cause che determinano le differenze territoriali nelle condizioni di salute prendendo come caso studio le regioni d'Italia. La scelta della dimensione regionale è giustificata dalla possibilità di confrontare l'operato delle istituzioni regionali e dei servizi sanitari regionali. Bisogna comunque tenere presente che riducendo il campo di osservazione emergono notevoli differenze territoriali, ad esempio tra città e provincia o tra le diverse aree delle città.

Il fenomeno delle disuguaglianze in salute è stato affrontato con un approccio sistemico che individua nella domanda sanitaria, nel contesto socio economico, nelle scelte delle Istituzioni regionali e nell'efficienza del Sistema Sanitario Regionale, gli elementi che, interagendo tra loro, concorrono a determinare le differenze territoriali. L'articolo approfondisce gli strumenti messi in campo dalle Regioni per migliorare l'offerta sanitaria a fronte dei mutamenti della domanda e si interroga su come le differenze socio-economiche ed ambientali incidano sulla performance dei sistemi sanitari e sulla salute della popolazione, utilizzando le tecniche della statistica sociale.

---

<sup>1</sup> Ricercatore ISSIRFA-CNR, Via dei Taurini 19, 00185 Roma, [giachi.luca@cnr.it](mailto:giachi.luca@cnr.it)

<sup>2</sup> Ricercatore indipendente [dan.babusci@gmail.com](mailto:dan.babusci@gmail.com) (corresponding author)

## 1. Introduzione<sup>3</sup>

Da diversi anni cresce in Italia il numero di chi è costretto a rinunciare o a ridurre la spesa sanitaria per ragioni economiche. Il sistema non riesce a garantire l'accessibilità alle cure a tutti, andando a penalizzare quelle fasce della popolazione già in difficoltà ed esponendole al rischio di impoverimento, emarginazione, fragilità (Osservasalute, 2018). Negli anni della crisi, a fronte di una riduzione del finanziamento pubblico al sistema sanitario e del contenimento della spesa delle regioni, è mutata la domanda di servizi socio-sanitari. Il processo di invecchiamento, l'aumento della popolazione straniera residente, la diffusione di stili di vita non salubri, malattie legate alla cronicità e alla salute mentale sono solo alcuni dei fattori che mettono a dura prova l'offerta sanitaria pubblica. Per comprendere le differenze regionali bisogna allora considerare le condizioni e i mutamenti socio-economici perché concorrono a determinare una diversa distribuzione degli stati di salute.

Il presente articolo si interroga sul mutamento della domanda sanitaria e sulle risposte date dalle singole regioni.

Nel secondo paragrafo sono descritte le differenze nei Sistemi Sanitari Regionali (d'ora in poi SSR) partendo dai punteggi attribuiti per l'adempimento dei LEA. La griglia LEA racchiude diversi indicatori che permettono di avere una panoramica generale sull'efficacia e l'efficienza dei diversi SSR.

Il terzo paragrafo analizza il graduale calo di attrattiva della sanità pubblica che comporta spesso la scelta di servizi privati per evitare lunghe liste di attesa o di posticipare il ricorso ai servizi sanitari per questioni economiche.

Il quarto paragrafo esplora il mutamento della domanda sanitaria considerando i determinanti sociali della salute e la risposta delle regioni contenuta nei Piani sanitari. Utilizzando le tecniche della statistica sociale, come l'analisi multivariata, si è condotta un'indagine volta a far affiorare le principali differenze che gravano SSR e sulle condizioni di salute.

Nel quinto paragrafo sono approfonditi gli strumenti messi in campo dalle regioni per affrontare il tema dell'inclusione sociale quale elemento di compromissione della equità in salute. Sono stati utilizzati i dati dei Piani operativi regionali del Fondo Sociale Europeo (2007-2013) – Asse Inclusione sociale.

## 2. La disuguaglianza sanitaria nelle regioni italiane

Nell'ultimo decennio il tema delle disuguaglianze in salute, ovvero dell'equità del sistema sanitario, è entrato nell'agenda politica di molte nazioni europee, riconoscendo l'influenza della stratificazione sociale sull'accesso alle cure e sull'osservanza di stili di vita salubri. Nel panorama comunitario l'Italia è tra i paesi con le migliori condizioni di salute della popolazione perché, nonostante esistano forti differenze sociali, queste sono attenuate dalla presenza del Servizio sanitario nazionale (SSN), delle reti di protezione familiare e da una dieta alimentare (la dieta mediterranea) ritenuta particolarmente salubre. Inoltre una recente analisi dell'Associazione Italiana Ospedaliera Privata (Aiop) ha dimostrato che il sistema italiano è quello che nel G7 presenta la maggiore efficienza associando la più bassa spesa pro-capite alla più elevata aspettativa di vita in salute. Secondo questa prospettiva, che ha preso in considerazione sia le modalità di finanziamento del sistema che quelle di erogazione dei servizi, il nostro SSN sarebbe tra i primi a livello mondiale. Status che viene riportato poco meno di un anno fa da un indice, pubblicato dal quotato giornale scientifico Lancet, che riassume l'accesso e la qualità dei servizi sanitari in 195 paesi del mondo. Già sulla stessa rivista, nel 2015, si riconosceva che l'Italia aveva raggiunto la più bassa mortalità materna nel mondo (Sanità24- Sole 24 ore, 02-03-2018).

Nonostante il positivo confronto con l'Europa e con il resto del mondo, nel paese restano disuguaglianze tra le diverse regioni. Differenze territoriali e sociali che incidono sulle condizioni di salute della popolazione, a svantaggio dei soggetti più poveri di capitale umano, di status sociale, di risorse materiali, di aiuti e di legami e che quindi richiedono interventi programmatici incisivi. Così si esprime lo studio denominato "*l'Italia per l'equità nella salute*" pubblicato nel 2017 dal Ministero della Salute con l'intento di fornire un quadro sulle disuguaglianze socio-economiche e con l'obiettivo di costruire una strategia condivisa per la riduzione delle barriere che ostacolano l'accesso alle cure e di promuovere equità nella prevenzione e nel governo clinico in Italia (Mirasola *et al.*, 2017).

---

<sup>3</sup> Il quarto paragrafo è svolto unicamente da Daniele Babusci, il quinto paragrafo unicamente da Luca Giachi.

La diversificazione tra le diverse regioni si evidenzia nell'analisi dei punteggi attribuiti ai LEA, ovvero i Livelli Essenziali dell'Assistenza, rappresentata nella Tabella 1. I dati, al momento provvisori, sono rilevati dal Ministero della Salute e contenuti nel Rapporto di Coordinamento di Finanza Pubblica 2018 della Corte dei Conti.

*Tabella 1: punteggio Regioni "Griglia LEA<sup>4</sup>" 2016 (dati provvisori)*

<i>Regione</i>	<i>Valutazione LEA 2016</i>	<i>Valutazione LEA 2015</i>	<i>Differenza 2015/2016</i>
Veneto	209	202	+7
Toscana	208	212	-4
Piemonte	207	205	+2
Emilia Romagna	205	205	0
Umbria	199	189	+10
Lombardia	198	196	+2
Liguria	196	194	+2
Marche	192	190	+2
Abruzzo	189	182	+7
Lazio	179	176	+3
Basilicata	173	170	+3
Puglia	169	155	+14
Molise	164	156	+8
Sicilia	163	153	+10
Calabria	144	147	-3
Campania	124	106	+18

*Fonte:* Cittadinanzattiva su dati Corte dei Conti, rapporto di Coordinamento di Finanza Pubblica 2018. Il Ministero della Salute riporta che non sono disponibili i dati per le seguenti regioni: Friuli Venezia Giulia, P.A: Trento e Bolzano, Valle d'Aosta.

Dalla tabella risulta che Calabria e Campania sono inadempienti nell'erogazione dei LEA, per quanto la Campania recuperi diciotto punti rispetto al 2015 (centosessanta è il punteggio necessario per considerare una Regione "adempiente" nell'erogazione dei LEA).

Sempre rispetto al 2015, Puglia, Molise e Sicilia ritornano sopra la soglia di sufficienza nell'erogazione dei servizi rispettivamente con i punteggi di 169, 164 e 163.

Si rileva inoltre l'enorme forbice che si evidenzia partendo dalla regione con il livello più alto, il Veneto con un punteggio di 219 e l'ultima tra quelle con un punteggio sufficiente, ovvero la Sicilia con 163. Tra la prima regione e la Sicilia vi è una differenza di 46 punti. In questo arco di punti si collocano le altre Regioni a esclusione della Calabria e Campania, al disotto della sufficienza.

Inoltre in alcune regioni, a LEA e servizi critici, corrispondono livelli di tassazione Irpef più alti, ad esempio la Campania ha aumentato l'Irpef tra il 2013 e il 2015. Non solo la Campania: nel 2015 si oscilla tra i 620 € di addizionale Irpef media per contribuente del Lazio ai 460 € di Campania e Molise, ai 360 € della Toscana, ai 300 € del Veneto, sino ai 270 € della Basilicata. Rilevante l'aumento dal 2013 al 2015 nel Lazio (470 € / 620 €), Piemonte (410 € / 510 €), Liguria (360 € / 400 €). Piuttosto differente anche la quota di ticket medio pro capite sostenuta dai cittadini: nel 2016 si passa dai 32,9 € della Sardegna ai 96,4 € della Valle d'Aosta, passando per i 60,8 € del Veneto, secondo i dati della Corte dei Conti.

<sup>4</sup> La "Griglia LEA" prevede un set di indicatori, ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera erogati dalle Regioni, e consente sia di individuare per le singole realtà regionali quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia di evidenziare i punti di forza della stessa erogazione. La certificazione degli adempimenti avviene mediante la documentazione richiesta appositamente alle regioni, attraverso un Questionario, ed un'analisi della stessa integrata con informazioni già presenti presso il Ministero. Alla certificazione partecipano attivamente i componenti del Comitato LEA che stabiliscono la metodologia da seguire ed i criteri di adempienza o inadempienza delle Regioni. Il lavoro istruttorio viene condotto dagli uffici del Ministero competenti nelle materie degli adempimenti, esaminato e convalidato dai componenti del Comitato LEA e la certificazione finale avviene con un confronto diretto con i rappresentanti regionali.

Considerando infine le Regioni con quote procapite di finanziamento del SSR inferiori, con punteggi LEA più critici, con livelli Irpef più elevati e con una spesa privata procapite più bassa, si rileva un tasso di rinuncia alle cure più alto: infatti la spesa privata della Campania e della Sardegna ammonta rispettivamente a circa 304 € e 354 € annui, contro i 798 € della Valle d'Aosta e i 781 € della Lombardia. Come se non bastasse, secondo l'ISTAT la quota di persone che ha rinunciato a una visita specialistica negli ultimi 12 mesi è cresciuta tra il 2008 e il 2015 dal 4% al 6,5% della popolazione. Il fenomeno appare più accentuato nel Mezzogiorno che passa dal 6,6% nel 2008 al 10,1%<sup>5</sup>.

A queste forbici vanno poi aggiunti altri elementi, quali le liste di attesa. I cittadini di Abruzzo, Basilicata, Liguria, Marche, Puglia hanno segnalato nell'anno 2015 al Tribunale dei diritti del malato, la difficoltà di accesso alle prestazioni a causa delle liste d'attesa, mentre nel monitoraggio del Ministero della Salute del 2014, Calabria, Campania, Lazio e Molise risultano inadempienti nel fornire l'indicatore relativo alle liste di attesa. Riguardo al "disagio economico" a causa di spese sanitarie non rimborsate dal SSN, le famiglie della Sardegna e della Sicilia risultano essere quelle più in difficoltà. All'estremo opposto troviamo quelle di Emilia Romagna e Trentino-Alto Adige dove solo rispettivamente il 2,6% e il 2,1% delle famiglie residenti è in tali condizioni di disagio economico.

A questi dati si aggiungono differenze nelle attese dei mezzi di soccorso, dove il tempo ritenuto accettabile per un soccorso efficace degli operatori sanitari è fissato al massimo in 18 minuti. Il monitoraggio LEA del 2015 rileva che punte minime si registrano in Liguria (13 minuti), Lombardia (14 minuti), Lazio (15 minuti), Toscana, Emilia-Romagna, Sicilia, Friuli-Venezia Giulia, Marche e Piemonte. Alcune regioni, invece, fanno registrare intervalli di attesa fuori dal "range" di normalità: è il caso in particolare della Sardegna (23 minuti), della Calabria e Molise (22 minuti) ma soprattutto della Basilicata (27 minuti). È interessante notare che alcune regioni peggiorano i loro risultati ed in particolare la PA di Bolzano che dai 10 minuti del 2014 passa ai 19 minuti del 2015.

Per quanto riguarda i farmaci attraverso il Monitoraggio civico delle strutture oncologiche italiane, realizzato dal Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva nel 2016, nel 42% delle strutture occorrono in media 15 giorni per l'inserimento di "farmaci oncologici innovativi" nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO). Ci sono poi strutture sanitarie che impiegano dai 2 ai 3 mesi (7%) e fino a 120 giorni, cioè 4 mesi (9%), dopo l'approvazione nazionale. Inoltre, solamente il 52% delle strutture prevede procedure per il sostegno dei costi dei farmaci non passati dal SSN.

Sul fronte dei "farmaci equivalenti", si registra un uso più diffuso nella Provincia Autonoma di Trento con il 41,1%, mentre la Basilicata è quella che ne utilizza di meno con il 18,3%. Emilia-Romagna (34,3%), Friuli-Venezia Giulia (33,2%), Liguria (30%), Lombardia (36,8%), Toscana (32,7%) e Valle d'Aosta (32,2%) presentano dati sovrapponibili.

In termini di spesa per questo tipo di farmaci invece, rispetto al resto di Italia, acquista più farmaci equivalenti chi abita in Emilia Romagna (25,5%), Lombardia (24%), PA di Trento (28,5%), mentre la spesa più bassa si registra in Calabria (12%), Basilicata (12,3%) Campania e Sicilia (13,4%), Puglia (14,8%) e Molise (14,7%). La media italiana di spesa per i farmaci equivalenti è del 18,8% rispetto al totale della spesa farmaceutica privata.

### **3. Dalla sanità a pagamento alla sanità negata**

Come evidenziato anche dalla Corte dei Conti il settore sanitario è stato sottoposto a una intensa attività di monitoraggio e responsabilizzazione rispetto alla spesa. "La crisi e le manovre di rientro dal debito non hanno bloccato l'attività regolatoria dei SSR, che anzi si è forse intensificata. Tuttavia, gli interventi di riorganizzazione sono stati mirati anche a ridurre i costi, e molte misure sono state rivolte a rafforzare la capacità di governo della spesa, soprattutto nelle Regioni con squilibri di bilancio" (Gabriele, 2013).

Si può quindi sostenere che le regioni siano state attente a dare una risposta soprattutto dal lato economico – finanziario a causa dei rigidi paletti economici entro cui le regioni hanno dovuto e devono muoversi. Ciò potrebbe avere fortemente influenzato l'organizzazione del servizio sanitario. Le regioni hanno mantenuto

---

<sup>5</sup> <http://www.panoramasanita.it/2017/10/19/troppe-le-disuguaglianze-nellaccesso-ai-servizi-sanitari-che-incidono-sulla-salute-dei-cittadini/>

come obiettivo prioritario il controllo della spesa, tenuto sotto stretta sorveglianza, e perseguito il raggiungimento e mantenimento dell'offerta dei LEA fino dove gli era possibile in base ai mezzi e le risorse a disposizione. Ne ha risentito la qualità e l'efficacia dell'assistenza sanitaria che sta progressivamente diventando inadeguata sul piano delle strutture, dei dispositivi e dei farmaci. Il quadro che emerge dall'analisi del Censis- Rbm assicurazione Salute del 2016 rivela che la causa principale del ricorso alla sanità privata è dovuto alle liste di attesa. "La lunghezza delle liste d'attesa nel pubblico raziona l'accesso ai servizi sanitari pubblici e genera un flusso intenso verso il privato e, in misura minore, verso l'intramoenia. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie diventa un gesto quotidiano, ordinario, così come si amplia la fascia di cittadini che non avendo la disponibilità economica adeguata di fatto rinuncia o rinvia le prestazioni. Sanità a pagamento e sanità negata sono due facce della stessa crisi sanitaria del nostro paese" (Censis- Rbm assicurazione Salute 2016).

Nel 2017 la spesa sanitaria privata delle famiglie è stata pari a 37,3 miliardi di euro (tabella 2). Tra il 2013- 2017 è aumentata in termini reali del +9,6%, mentre la spesa totale per consumi solo del 5,3%; nel 2016-2017 gli incrementi reali sono stati rispettivamente del +2,9% e del +1,5%.

*Tabella 2- spesa sanitaria privata e spesa totale per consumi, 2001- 2017 (v.a. in milioni di euro correnti, var. % reale)*

Anni	Spesa sanitaria privata	Spesa totale per i consumi
	v. a. mln Euro	Correnti
2017	37.325	1.058.983
	Var. % reale	
2013- 2017	+9,6	+5,3
2016- 2017	+2,9	+1,5
2001- 2017	+2,5	+2,3
2001- 2008	+3,6	+3,9
2009- 2017	+3,6	+0,3

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat.

*Tabella 3: le quote di spesa sanitaria pubblica e privata sulla spesa sanitaria totale, 2010- 2017 (dati di Contabilità Nazionale Istat, ed. Aprile 2018) (val % e differenze)*

Anni	Spesa sanitaria pubblica	Spesa sanitaria privata	Totale spesa sanitaria
2010	78,5%	21,5%	100,0
2017	75,2%	24,8%	100,0
Diff. % 2010-2017	-3,3	3,3	-

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat.

"La prima verità elementare è che la spesa sanitaria privata in capo alle famiglie italiane sta aumentando a un ritmo più intenso della loro spesa totale per consumi" (Censis- Rbm assicurazione Salute 2018, pag. 5).

La sanità a pagamento risulta aumentata soprattutto nel periodo in cui influiscono un mix di aggiustamenti strutturali del welfare e del Servizio Sanitario e la crisi economica del 2009- 2017: in questo periodo infatti la spesa sanitaria privata è aumentata del +3,6% e la spesa totale dei consumi solo del +0,3%.

Si rileva inoltre la differenza tra la spesa sanitaria pubblica e quella privata. Come si evidenzia nella Tabella 3, a un aumento della spesa sanitaria privata corrisponde quella di una diminuzione della spesa pubblica. "La seconda verità, elementare e ineludibile, raccontata dai numeri è: la spesa sanitaria in capo alle famiglie sta crescendo, anche perché la spesa pubblica ha rallentato il passo in relazione alla dinamica dei fabbisogni sanitari di un paese che invecchia e affronta la cronicità" (Censis- Rbm assicurazione Salute 2018, pag. 7).

Tuttavia se è vero che nel corso di questi ultimi anni c'è stato a livello nazionale un aumento della spesa privata, a fronte di una diminuzione di quella pubblica, nel confronto tra le regioni quelle con la più alta

spesa privata sono anche quelle con la più alta spesa pubblica e con un più alto reddito familiare. L'incremento della spesa privata quindi sembra più indicare una maggior disponibilità a spendere delle famiglie che possono permetterselo e possono scegliere tra una più ampia offerta sanitaria (Osserva Salute 2017). Di contro, come già osservato nel paragrafo precedente, le regioni in cui la spesa sanitaria privata è più bassa, più elevata è la quota di famiglie che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie (allo stesso tempo queste regioni sono quelle che presentano un minor investimento pubblico e un più alto livello di Irpef).

E' questo il fenomeno della sanità negata, ovvero il numero di italiani che ha dovuto rinunciare o rinviare le prestazioni sanitarie in un anno: "erano 9 milioni nel 2012 sono diventati oltre 12,2 milioni nel 2016, oltre il 20% della popolazione, gli italiani che hanno dovuto rinunciare a pagare di tasca propria le prestazioni. Tra loro 2,4 milioni sono anziani e 2,2 milioni sono millennials [...] I dati che emergono mostrano in modo inequivocabile l'esistenza di una sanità a due velocità, Nord da una parte e Centro - Sud e Isole dall'altra. Quasi il 30% dei cittadini che non hanno potuto accedere alle cure vive nel Mezzogiorno e il 39% di loro nel Centro. Il 40% dei cittadini che hanno dovuto rinunciare alle cure vive in Campania, nel Lazio o in Sicilia. Completamente diversa la situazione nel Nord del Paese dove si va dal 18% del Nord- Ovest al 15% del Nord est con un 10% di rinuncia alle cure in Lombardia e Veneto" (Censis- Rbm assicurazione Salute 2017, pag. 59- 60) .

"Tale fenomeno non accenna a prosciugarsi e anzi tende a dilatarsi, di fronte a una nuova geografia della sanità fatta anche di alte barriere e nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie. Ampia è ormai l'area sociale che semplicemente non riesce a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno" (Censis- Rbm assicurazione Salute 2016, pag. 4).

### *3.1. Sanità integrativa o sostitutiva?*

La sanità integrativa nasce attraverso l'istituzione dei Fondi Sanitari Integrativi con il decreto legislativo n. 299 del 1999. Le prerogative dei Fondi Integrativi, spesso costituiti o integrati a partire da vertenze contrattuali, è che non possono erogare prestazioni elencate nei LEA. E' con il D.M. della Salute del 27 ottobre 2009 (c.d. Decreto Sacconi) all'articolo 2 co. 2 lettera d) che vengono individuati nel dettaglio i contenuti delle prestazioni socio sanitarie che sono rimessi alla competenza dei Fondi Sanitari.

Tali fondi operano senza selezione del rischio (a differenza delle compagnie assicurative) ed erogano prestazioni sociosanitarie in misura complessivamente non inferiore al 20% delle risorse destinate a far fronte alla copertura sanitaria degli assistiti. Nel rispetto di tale soglia, chi partecipa ai Fondi Sanitari Integrativi gode di un trattamento fiscale agevolato, perché le somme versate agli stessi a titolo di contributi non concorrono a formare reddito imponibile.

Gli effetti dei fondi integrativi sanitari sono quindi una riduzione del gettito fiscale, ovvero della principale fonte di finanziamento del welfare universale, e un uso delle risorse rivolto a una platea ridotta di soggetti usufruttori.

Tuttavia i Fondi Integrativi hanno un problema di posizionamento sia rispetto alla spesa sanitaria pubblica che a quella privata. I tagli alla sanità pubblica si ripercuotono anche sui i Fondi, soprattutto quelli di origine contrattuale, che non possono coprire i rischi derivanti da una critica copertura dei LEA, né compensare la riduzione delle prestazioni.

I Fondi Sanitari "non coprono automaticamente le carenze del SSN, difatti nelle regioni dove il SSN è più debole, ovvero quelle del Sud, i Fondi Sanitari Integrativi erogano poche prestazioni rispetto al resto del paese. Gran parte delle prestazioni dei Fondi Sanitari si concentra nelle regioni del Centro Nord, dove è più forte la presenza del Servizio sanitario Nazionale e dove si concentra il maggior numero di imprese, di lavoratori e dove il reddito è più alto" (Cecconi 2017, pag. 3).

Rispetto alla spesa sanitaria privata il Rapporto Censis- Rbm assicurazione salute 2016 e il Rapporto Oasi 2016 sottolineano che "i Fondi pur se in espansione coprono solo il 13% della spesa sanitaria privata: 4 miliardi su 31 di spesa sanitaria privata complessiva, ciò significa che almeno 27 miliardi vengono spesi dai cittadini out of pocket, ovvero direttamente nel mercato senza alcuna mediazione. I Fondi avrebbero dunque molto da conquistare senza intaccare il SSN, ma dovrebbero almeno parzialmente riconvertire la mission

verso prestazioni effettivamente integrative che oggi sono in parte considerevolmente pagate out of pocket” (Cecconi 2017, pag. 4). Il paradosso è che in questo processo i Fondi Integrativi vengono usati principalmente per pagare prestazioni sostitutive dei LEA anziché le prestazioni che finiscono nella categoria “out of pocket”, ovvero pagate di tasca propria dal cittadino.

#### **4. Determinanti sociali e Piani socio-sanitari**

In epidemiologia lo stato di salute è influenzato principalmente da indicatori che definiscono lo status di una persona: reddito, istruzione, occupazione, genere, l’etnia e la razza. Quest’ultime due considerate come categorie sociali (Rinaldi, Marceca, 2017).

La questione della disuguaglianza in salute è quindi compresa nella questione della disuguaglianza sociale e ne costituisce una dimensione rilevante.

La salute delle persone oltre che da fattori biologici e genetici è influenzata dai cosiddetti determinanti della salute, come le condizioni socio-economiche, gli stili di vita e i comportamenti. Tali determinanti agiscono sulle scelte di vita che condizionano lo stato di salute. Tuttavia, secondo la nostra tesi, la questione della disuguaglianza in salute non può essere affrontata in maniera monodimensionale perché i determinanti in salute interagiscono reciprocamente tra loro. Si pensi ad esempio alla relazione tra istruzione/salute (Grossman, Kaestner 1997), oppure alla relazione tra istruzione/salute/organizzazione sanitaria. A questa relazione si potrebbero aggiungere altri indicatori dimensionali passando da un’analisi monocausale a un’analisi pluricausale.

L’approccio multidimensionale è confermato anche dalla letteratura scientifica (Dahlgren, Whitehead 1991; Marmot, Wilkinson 2006) e dal rapporto della Commissione sui determinanti sociali della salute dell’OMS (CSDH, 2008). La posizione sociale dell’individuo (genere, reddito, istruzione, razza, ecc.), il contesto socio-economico, la governance e le scelte in materia di politica socio-sanitaria influenzano, in modo più o meno significativo, i comportamenti collettivi e le scelte individuali, configurando così un diverso stato di benessere.

Il sistema socio-sanitario nella dimensione macro (regione), meso (comunità) e micro (individuo/famiglia) genera quindi differenti livelli di esposizione a rischi e a una maggiore vulnerabilità rispetto ad essi. Rischi e vulnerabilità di esposizione possono essere ridotti dai servizi sanitari che hanno, tra l’altro, il ruolo rilevante di adottare politiche sanitarie atte a garantire il diritto alla salute (art. 32 Costituzione Italiana) a tutti i cittadini, a prescindere dallo status<sup>6</sup>. Per esercitare tale ruolo i SSR hanno a disposizione diversi strumenti, tra i quali, garantire l’accessibilità alle cure e promuovere la divulgazione scientifica per contrastare, o quantomeno ridurre, le conseguenze derivanti da comportamenti e stili di vita ritenuti poco salutari. Oltre all’attività di prevenzione hanno il compito di mitigare gli effetti della malattia attraverso la cura.

La ricerca presentata segue quella condotta nel precedente articolo (Babusci, Giachi, 2018), e adotta un approccio multidimensionale con l’intento di evidenziare le peculiarità ambientali e di contesto delle regioni e dei loro Piani Sanitari Regionali (d’ora in poi PSR), che potrebbero spiegare le differenze nelle condizioni di salute.

Gli indicatori scelti rientrano nelle dimensioni definite dalla letteratura dei determinanti sociali sulla salute. Nello schema concentrico proposto da Dahlgren e Whitehead partendo dal centro, le dimensioni considerate sono: le caratteristiche biologiche e comportamentali, le reti sociali e comunitarie, le condizioni di vita e di lavoro, e infine il contesto socio-economico, culturale e ambientale (Dahlgren, Whitehead, 1991). Le variabili considerate nello studio sono 102 e riguardano dati demografici, sulla composizione e le spese delle famiglie, sull’istruzione e la formazione, sull’occupazione e la conciliazione con i tempi di vita, sugli stili di vita e le condizioni di salute, sull’organizzazione e l’assetto finanziario del SSN, sul sistema socio assistenziale e sulla situazione ambientale. I dati hanno tutti un’origine secondaria, la maggior parte proviene dai rapporti dell’Istat.

---

<sup>6</sup> Il SSN può contribuire all’applicazione dell’art. 3 della Costituzione italiana, che recita: “E’ compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana”.

Per esplorare e descrivere le relazioni tra le variabili considerate si è eseguita un'analisi multivariata dei dati. Nella prima fase è stata svolta un'Analisi dei Componenti Principali (ACP) che ha permesso di ridurre il numero delle variabili senza perdita eccessiva di informazione. Nella seconda fase, con l'analisi dei gruppi (*cluster analysis*), abbiamo osservato le variabili che determinano l'omogeneità fra i casi (regioni) collocati all'interno dei gruppi e l'eterogeneità tra i casi collocati in gruppi differenti.

Il confronto con la letteratura scientifica e lo studio dei Piani sanitari regionali ha permesso di evidenziare le differenze regionali, approfondendo alcuni casi studio particolari.

Dall'ACP sono emerse cinquanta variabili significative, presenti nei primi tre fattori che spiegano il 60% della varianza.

Procedendo per aggregazione semantica, si è arrivato ad ipotizzare la presenza di tre macro-concetti che determinano lo stato di iniquità: il *contesto regionale*, la *fragilità individuale e familiare*, e il *Sistema Sanitario Nazionale*. La siffatta divisione mostra una diversa distribuzione quantitativa delle variabili (Tabella 4). In quello che abbiamo definito *contesto regionale* sono presenti ventitré variabili che riguardano aspetti relativi alla popolazione, al ricambio generazionale, all'ambiente, alla qualità del lavoro, al tempo libero, alla protezione sociale, al volontariato e alle caratteristiche del territorio.

L'insieme *fragilità individuale e familiare* ha al suo interno 21 variabili divise tra stili di vita, condizioni di salute (cronicità, disabilità e speranza di vita) e rete familiare, mentre l'insieme *Sistema sanitario nazionale* è composto da 6 variabili riguardanti l'organizzazione, la capacità finanziaria e la tipologia di servizi offerti. Questa distribuzione non è insolita, infatti studi internazionali hanno effettuato una stima quantitativa dell'impatto di alcuni fattori sulla longevità delle comunità, quale indicatore indiretto della salute. I fattori che definiscono la longevità sono quelli socio-economici e gli stili di vita, che contribuiscono per il 40-50%, mentre lo stato e le condizioni dell'ambiente rilevano per il 20-30%, l'eredità genetica per un altro 20-30% e infine i servizi sanitari per il 10-15% (Marmot, Wilkinson, 2006).

Tabella 4: distribuzione delle variabili utilizzate per l'analisi multivariata

<i>Macro concetto</i>	<i>Dimensioni</i>	<i>Variabili</i>
Contesto regionale	Popolazione	Popolazione anziana
		Popolazione straniera
	Ricambio generazionale	Tasso di fecondità italiane e straniere
		Età della madre la parto, italiane e straniere
		Giudizi negativi delle famiglie sul traffico, difficoltà di parcheggio rumore e inquinamento dell'aria.
	Ambiente	
	Qualità del lavoro	Occupati sovra istruiti
		Occupati a termine
		Percezione di insicurezza dell'attività
		Lavoratrici con figli
	Tempo libero	Soddisfazione per il lavoro
		Partecipazione culturale
	Protezione sociale	Spese socio assistenziali e per asili nido
	Volontariato	Cure e assistenze fornite
	Territorio	Superficie collinare
		Densità della



		popolazione
		Numero di comuni
Fragilità individuale e familiare	Stili di vita	Sedentarietà, alimentazione, eccesso di peso e consumo di alcol
	Condizioni di salute	Cronicità Disabilità
		Speranza di vita in buona salute alla nascita e senza limitazioni nelle attività dopo i 65 anni
	Rete familiare	Composizione delle famiglie Spesa sanitaria pro capite
Sistema sanitario nazionale		Divorzi
	Servizio offerto	Quote di famiglie che hanno limitato la spesa sanitaria
		Mortalità infantile
	Aspetto finanziario	Disavanzo sanitario pubblico pro capite
	Organizzazione	Giorni di attesa per ricoveri Posti letto

Fonte: elaborazione dell'autore su dati provenienti da diversi rapporti, prevalentemente da quelli dell'Istat.

#### 4.1. Le differenze regionali e i Piani socio-sanitari

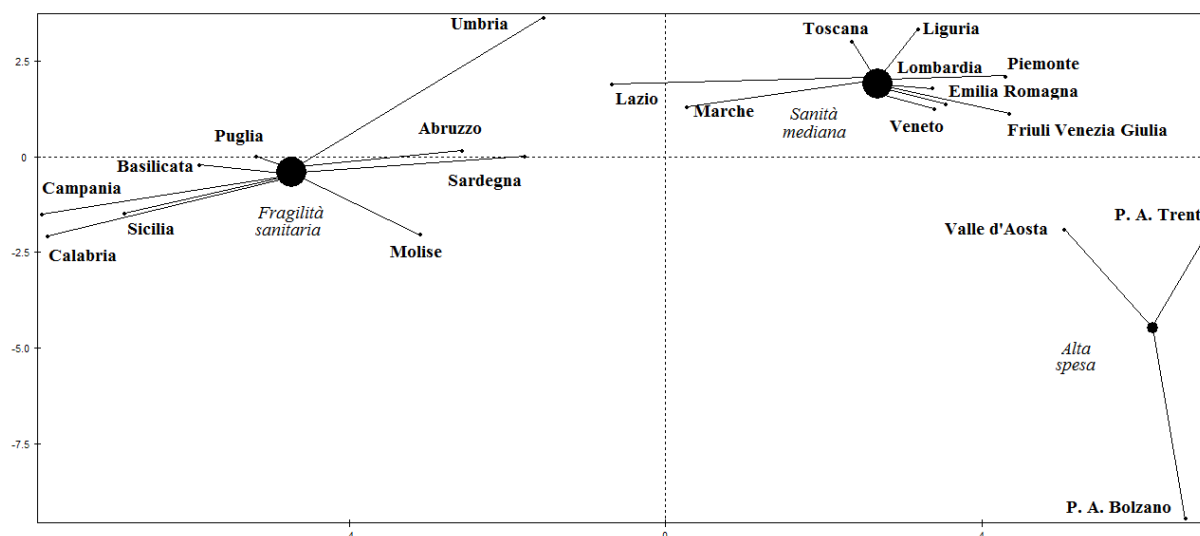
Per l'osservazione delle differenze regionali si è proceduto alla cluster analysis delle cinquanta variabili significative emerse nella fase precedente. Tra i diversi raggruppamenti regionali, eseguiti con il programma SPAD, la divisione in tre gruppi ha offerto maggiori elementi di analisi riguardo alle differenze regionali in tema di salute. A una prima lettura la divisione delle regioni ricalca la classica dicotomia Centro Nord/Centro Sud, con un terzo gruppo che comprende le regioni dell'estremo Nord (Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige). Tuttavia osservando la distribuzione delle regioni sugli assi, si veda Grafico 1, è possibile notare come le tre macroregioni presentino al loro interno dei sotto gruppi, ovvero regioni più o meno vicine tra loro. È inoltre importante sottolineare come la dimensione regionale nasconda ulteriori differenze interne, che emergono più si riduce la scala territoriale di analisi<sup>7</sup>. Va comunque considerato che l'analisi dei gruppi evidenzia alcune caratteristiche interessanti che giustificano la scelta dei casi di studio. Seguendo la distribuzione delle regioni sul grafico è stato possibile approfondire lo studio delle disuguaglianze territoriali.

Dall'analisi degli indicatori che definiscono gruppi e sottogruppi si evincono gli elementi che li caratterizzano (analisi intergruppo) e, di conseguenza, emergono gli elementi che li differenziano (analisi infragruppo). Nello specifico sono stati individuati i seguenti gruppi:

- Alta spesa;
- Sanità mediana;
- Fragilità sanitaria.

<sup>7</sup> Si rimanda a due studi sulle differenze interne alle aree metropolitane. Per il caso napoletano, lo studio di Mazzarella G., De Campora E., Santoro M., Pizzuti R., 2018, *Profilo di salute dei bambini di Napoli: disuguaglianze? una città nella città?*, mentre il caso della di Torino si veda, Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M., 2017, *40 anni di salute a Torino*.

*Grafico 1: Rappresentazione sugli assi della divisione in gruppi delle regioni*



#### *Gruppo “alta spesa”.*

Le regioni facenti parte del gruppo sono la Valle d'Aosta e il Trentino Alto Adige (di cui sono considerati i dati riferiti alla P.A. di Bolzano e P.A. di Trento). Il gruppo è caratterizzato da una forte omogeneità interna rispetto alle altre regioni, infatti tutti gli indicatori considerati, tranne due, presentano valori più alti della media nazionale, anche se con differenze interne tale da spiegare la distanza nel Grafico 1. Inoltre la P.A. di Bolzano ha scelto di attivare sia il Piano sanitario e che quello sociale, mentre le altre due hanno unicamente il Piano socio-sanitario.

In generale gli abitanti delle tre regioni hanno una buona condizione di vita. La speranza di vita in buona salute alla nascita è più alta di quasi 6 anni dalla media nazionale (58,8 anni). Ad alzare la media del gruppo sono le due Province Autonome con 69,3 anni per Bolzano e 65,5 anni per Trento. Altri due indicatori che qualificano il gruppo sono il basso livello di cronicità (13,6% contro 19,3%), e la minor quota di persone affetta da almeno un disturbo depressivo (3,4%) rispetto alla media nazionale del 5%. La Valle d'Aosta assume un comportamento più vicino alle media nazionali sia per quel che riguarda la speranza di vita (59,9 anni) che la salute mentale (5,3%).

Un fattore determinante è sicuramente la ricchezza dei territori, dimostrato dagli alti tassi di occupazione e di reddito medio delle famiglie<sup>8</sup>, con ricadute positive in termini di investimento nei servizi socio-sanitari e di maggior possibilità economica per le famiglie di accedere alle cure.

Il disavanzo sanitario pubblico pro capite è molto più alto della media nazionale, ed è frutto di una esplicita volontà di destinare al SSR un ammontare di risorse superiore a quello considerato sufficiente dal CIPE (Comitato interministeriale per la programmazione economica) per coprire il fabbisogno sanitario regionale standard. Il comportamento di spesa contribuisce ad alzare la media nazionale, anche se in questi ultimi dieci anni sono stati avviati processi di ridimensionamento della spesa e la P.A. di Trento è arrivata quasi al pareggio con un disavanzo di 3 euro pro capite nel 2016 contro i 300 euro del 2006. Stesso comportamento se pur più contenuto per la P.A. di Bolzano e la Valle d'Aosta che passano in dieci anni rispettivamente da 590 euro a 437 euro e 585 euro a 170 euro (Osserva salute, 2017).

L'elevata mole di investimenti è riscontrabile anche nel settore socio assistenziale con una spesa pro capite in interventi e servizi pari a 265,2 euro contro i 133,7 euro della media nazionale. La situazione descritta conferma tra l'altro l'ipotesi che l'alta spesa sanitaria privata, che caratterizza il gruppo (75,9 euro contro 55,2 euro), sia dovuta alla pluralità dell'offerta sanitaria e a una maggior possibilità individuale di scegliere il servizio più corrispondente alle proprie necessità (Fondazione Banco Farmaceutico, 2016). Un'ipotesi, in linea con quella già prospettata nel paragrafo 3, che contrasta la vulgata giornalistica la quale vorrebbe l'incremento della spesa privata dipendente dalle scarse risorse impiegate nei sistemi sanitari pubblici. La

<sup>8</sup> Entrambe gli indicatori non sono presenti tra le variabili significative considerate nell'ACP. Il tasso di occupazione media nazionale è del 62,4% mentre la Valle d'Aosta conta il 71,3%, la P.A. di Bolzano il 78,2% e la P.A. di Trento il 71,4%. Il reddito medio a livello nazionale è di 19,7 migliaia di euro, in Valle d'Aosta è di 22 migliaia di euro, nella P.A. di Bolzano e nella P.A. di Trento rispettivamente di 22,9 e 21 migliaia di euro.

condizione di benessere delle famiglie è riscontrabile anche nella più bassa quota di nuclei che hanno tentato di ridurre le spese sanitarie per ragioni economiche. La media del gruppo è al di sotto della media nazionale contando il 10,6% contro il 23,4%. Una situazione favorevole che contribuisce sia alla fuoriuscita dal nucleo familiare dei giovani (il tasso è superiore alla media di dieci punti percentuale) sia al tasso di fecondità delle donne italiane e straniere. Per le italiane la media è di 1,5 di figli per donna in confronto allo 1,3 di figli per donna della media nazionale, mentre per le straniere la media è di 2,2 figli rispetto al 1,9 della media del paese. A causa del protrarsi della crisi economica, dal 2010 la lenta ripresa dei livelli di fecondità si è arrestata, ciò nonostante i livelli di fecondità delle tre regioni contribuiscono ad elevare la media nazionale. Le ragioni possono essere ricondotte, oltre che alla situazione economica delle famiglie, alla qualità dell'offerta dei servizi sanitari regionali.

Proseguendo la disamina del gruppo poniamo l'attenzione sull'elevato consumo di alcol, che ha un'influenza sul rischio di problemi alcol-correlati, in cui le donne, gli anziani e i giovani sono i soggetti più vulnerabili, con evidenti ricadute sul servizio sanitario e socio assistenziale. Il fenomeno del consumo di alcol è un problema molto presente nelle tre regioni. La P.A. di Bolzano presenta il valore più alto in Italia con il 29% seguita dalle Valle d'Aosta con il 27,3%, mentre la P.A. di Trento è al quarto posto con il 22,2% preceduta dal Friuli Venezia Giulia. La media nazionale è al 18,4%. Nei rispettivi Piani sanitari e socio-sanitari viene dato risalto al problema considerandolo un obiettivo necessario per un'adeguata opera di prevenzione.

La posizione della P.A. di Bolzano sul Grafico 1 giustifica un focus specifico. La regione si distanzia dalle altre due per tutte le variabili che compongono il gruppo, assumendo una fisionomia particolare: la speranza di vita in un buona salute supera di dieci anni la media nazionale mentre la quota di famiglie che hanno cercato di ridurre la spesa sanitaria registra quasi quattordici punti sotto la media del paese. Ad accompagnare questi due indicatori che sembrano mostrare una buona condizione del SSR, si riscontra il più alto consumo di alcol, un comportamento che indicherebbe il rischio di un indebolimento del tessuto sociale. Approfondendo l'esplorazione dei dati raccolti emerge un frame composto da valori positivi ma anche da valori che descrivono condizioni di complessità socio-sanitaria regionale. A fronte infatti di condizioni di salute molto positive ci sono diversi aspetti nelle condizioni di vita e di lavoro che aumentano il rischio di esposizione a fattori nocivi e a situazioni di fragilità sociale. Oltre all'alcol anche il lavoro, come si dirà in seguito, può essere generatore di rischio. Tutti gli elementi di fragilità e di rischio, se non affrontati in modo adeguato, anche in un quadro regionale più che positivo, potrebbero portare nel prossimo futuro ad attivare *politiche di cura* con un aumento della spesa sanitaria, socio-assistenziale e dell'ampio disavanzo pubblico pro capite.

Nel Piano sanitario provinciale 2016-2020 (Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige, 2016) viene spiegato che l'elevata spesa sanitaria incide sul Pil con una percentuale minore che nelle altre regioni, a dimostrare quanto il sistema economico sia il traino degli investimenti in salute. Del resto il tasso di occupazione è il più alto del Paese, raggiungendo il 78,2% distanziando la seconda (Emilia Romagna) di quasi 5 punti percentuali, mentre il tasso di insicurezza dell'occupazione è il più basso e quello di soddisfazione per il lavoro il più alto.

Nonostante questi tre valori positivi, la regione occupa nella graduatoria nazionale: il primo posto per occupati dai 15 ai 64 anni che svolgono più di 60 ore settimanali di lavoro retribuito e/o familiare; il quarto posto per tassi di infortuni che provocano mortalità o inabilità; il terzo posto per la percentuale di lavori a termine. Questi fattori incidono negativamente sulla salute dei lavoratori, aumentando l'esposizione al rischio di malattie psico-sociali o professionali, con una possibile ricaduta negli atteggiamenti sociali come il consumo di alcol. Esiste un riscontro nelle politiche regionali, delle quali uno degli assi principali è quello della prevenzione rispetto gli incidenti sul lavoro, la nutrizione e la sicurezza alimentare, e la promozione di stili di vita salubri, come la lotta al consumo di alcol e di tabacco. Il secondo asse riguarda la cronicità e i disagi socio-sanitari che ne derivano, un problema che si lega al processo d'invecchiamento della popolazione.

#### *Gruppo "sanità mediana"*

In gruppo è composto dalle regioni Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, Veneto, Piemonte, Marche, Friuli Venezia Giulia, Liguria e Lazio. Considerando i valori delle variabili, il gruppo sembra assumere una posizione mediana tra gli altri due gruppi. Dal grafico è possibile notare come le Marche e il Lazio abbiano due posizione distanti dal resto del gruppo. Tra le variabili che distinguono il gruppo le uniche per cui tutti i casi presentano un valore maggiore della media nazionale sono la percentuale di popolazione straniera residente, l'età della madre al parto e i giorni di attesa media per ricoveri.

La popolazione straniera è attratta in queste regioni dalle migliori prospettive di lavoro e di vita e i SSR devono confrontarsi con una domanda sanitaria che presenta caratteristiche diverse in termini di condizioni di salute e di accesso ai servizi sanitari rispetto alla popolazione autoctona. A livello epidemiologico va fatto un distinguo tra stranieri stabilizzati e nuovi immigrati. Dall'analisi dell'Associazione Italiana di Epidemiologia emerge come l'esposizione a problemi di salute degli immigrati aumenti in maniera direttamente proporzionale alla durata della loro permanenza in Italia, perché tendono "ad adottare stili di vita assimilabili a quelli degli strati socialmente ed economicamente più poveri della collettività del Paese ospitante, caratterizzati da un maggior livello di deprivazione materiale e psicologica" (Petrelli *et al.*, 2017, p.7). Lo studio mette a confronto le condizioni di salute degli stranieri residenti tra il 2005 e il 2013, evidenziando come in questi anni si sia ridotta la forbice tra stranieri e autoctoni. Negli anni della crisi è peggiorata la situazione per i lavoratori immigrati esposti a maggiori discriminazioni sul mercato del lavoro per l'accentuata competitività. Lo stato di disagio vissuto, in occupazioni precarie e informali, può determinare problemi di salute mentale, come ansia, depressione o isolamento sociale. Una situazione che, seppur comune tra chi maggiormente sta subendo gli effetti della recessione, è proporzionalmente maggiore tra gli stranieri, soprattutto le donne. Secondo gli autori dello studio, una delle cause può essere rintracciata nel livello d'integrazione sociale e di accessibilità ai servizi sanitari. Gli stranieri residenti ricorrono meno degli autoctoni alle visite mediche generiche e specialistiche, intese come forma di prevenzione primaria, accentuando così lo stato di vulnerabilità (Petrelli *et al.*, 2017). La garanzia di un accesso equo alle cure può avvenire tramite adeguati livelli di mediazione culturale, elemento necessario al processo d'integrazione. Infatti, il pluralismo terapeutico istituzionalizzato, che offre all'individuo la possibilità di selezionare l'offerta più efficace, può attivare forme di esclusione e disuguaglianza all'accesso, soprattutto se sono presenti differenze linguistiche e culturali (Tognetti Bordogna, 2008).

L'età media della madre di cittadinanza italiana, nel gruppo (32,6 anni) è superiore rispetto alla media nazionale (32,3 anni), conferma la tendenza alla posticipazione delle nascite, ed è dovuto sia alla diversa garanzia del posto di lavoro che alla valutazione della incerta sicurezza economica del paese. La posticipazione della gravidanza espone le donne al rischio di complicazioni legate al parto, oltre a contribuire al processo di invecchiamento che nel lungo periodo potrebbe gravare su quelle regioni che oggi presentano un'elevata percentuale di popolazione anziana, con una conseguente diversificazione della domanda di servizi socio-sanitari. Seppure la percentuale di popolazione anziana non compare tra le variabili che caratterizzano il gruppo, quattro regioni dello stesso gruppo presentano i valori più alti della media nazionale (7,6%): Liguria (9,5 %), Friuli Venezia Giulia (8,6%), Toscana (8,4%) e Piemonte (8,3%).

Il processo di invecchiamento, se non accompagnato da adeguati servizi di supporto al cambiamento delle condizioni psico-fisico, espone la persona al rischio di esclusione sociale e a condizioni di salute non accettabili, e può comportare un peso non sostenibile per la famiglia soprattutto se già in una condizione di fragilità. Secondo i ricercatori dell'Osservatorio sulla salute nelle regioni italiane, il Paese presenta dei livelli bassi di sostegno all'invecchiamento dovuto soprattutto alla bassa quota di investimenti nell'assistenza sanitaria a lungo termine e il ridotto numero di infermieri rispetto ai medici (Osserva salute, 2017). Seppur il confronto con l'Europa è negativo, le regioni del gruppo presentano la più alta speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività, pari a 10,8 anni con uno scarto di un anno rispetto alla media nazionale. Un indicatore che necessariamente è sintomo di altre cause che permettono una condizione di vita migliore alla popolazione anziana. Solo il Lazio ha un valore di poco più basso della media nazionale.

Se alcuni degli elementi finora descritti inficiano le condizioni di salute delle persone e la domanda di servizi sanitari, un ulteriore fattore per qualificare l'efficacia del SSN è il numero di giorni di attesa per ricovero. L'elevata lunghezza della lista di attesa è certamente un aspetto negativo perché riduce l'accessibilità alle cure e costringe spesso i malati a cercare una soluzione fuori dalla propria regione. Il fenomeno della mobilità sanitaria contribuisce ad aumentare le liste di attesa nelle regioni di arrivo (Censis-Rbm assicurazione Salute, 2018), per cui, se è vero che la lista di attesa è un elemento invalidante per l'accessibilità alle cure, allo stesso modo è vero che, nelle regioni in cui il saldo della mobilità è positivo, c'è una buona attrazione del sistema sanitario. Le regioni di arrivo sono la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna e il Friuli Venezia Giulia, la P.A. di Bolzano, l'Umbria e il Molise. La Liguria con il Lazio sono le due regioni del gruppo con una mobilità sanitaria in passivo. Un problema ben considerato nel Piano socio-sanitario ligure (Regione Liguria, 2017) che pone il governo della mobilità passiva e il contenimento delle liste di attesa tra gli obiettivi principali, da raggiungere anche rafforzando l'integrazione pubblico/privato. Il miglioramento dei servizi a livello organizzativo e della programmazione dei bisogni di salute, a fronte dei processi di invecchiamento e denatalità, è ritenuto necessario per rispondere adeguatamente ai mutamenti della domanda sanitaria ligure. Il Piano si concentra allora sull'ampliamento di un sistema globale della

presa in carico e della continuità del percorso del paziente, investendo nell'integrazione socio-sanitaria per meglio gestire la cronicità e la fragilità.

Anche nel Lazio, il Programma operativo sanitario 2016-2018 (Regione Lazio, 2016) prevede tra i suoi obiettivi il governo delle liste di attesa tramite l'introduzione di classi di priorità per migliorare il servizio. In generale il programma segue una linea di indirizzo economico espansiva, dopo un decennio di contenimento della spesa che ha portato sia alla diminuzione del disavanzo pubblico che a un aumento del punteggio nella griglia LEA. Le manovre di razionalizzazione della spesa sanitaria restano uno degli obiettivi del Programma, e per aumentare la qualità e l'accessibilità del servizio è prevista l'abolizione del ticket regionale aggiuntivo, il potenziamento dei sistemi di prevenzione, lo sblocco del turnover con l'avvio di assunzioni e stabilizzazioni, lo sviluppo dell'integrazione dei servizi socio-sanitari e della rete ospedaliera dell'emergenza.

### *Gruppo "fragilità sanitaria"*

Le regioni facenti parte il gruppo sono la Basilicata, la Puglia, l'Abruzzo, il Molise, la Calabria, la Sicilia, la Campania, la Sardegna e l'Umbria. La disposizione nel Grafico 1 mostra la presenza di un gruppo a se stante che comprende la regione Sardegna, Umbria, Molise ed Abruzzo, molto vicine al Lazio e le Marche. Come vedremo, queste quattro regioni si caratterizzano più per i diversi elementi che li distinguono dal gruppo generale che per similitudine tra di loro. In generale il gruppo *fragilità sanitaria* è caratterizzato da condizioni di salute precarie e da famiglie "allargate" nelle quali può aumentare il rischio di impoverimento per cronicità o morbidità di uno dei suoi componenti.

Nello specifico, al di sotto della media nazionale troviamo i due indicatori che qualificano la condizione di vita. La speranza di vita alla nascita in buona salute è pari a 56 anni, quasi tre anni sotto la media, mentre la speranza di vita senza limitazioni nelle attività supera di poco gli 8 anni. Stessa situazione per tutti gli altri indicatori di cronicità e salute mentale, nonché per gli stili di vita (alimentazione, sedentarietà ed eccesso di peso) che sono inadeguati tranne per il consumo di alcol. Le precarie condizioni di salute si innestano su una condizione economica altrettanto precaria. La spesa sanitaria privata è la più bassa della nazione e una famiglia su tre ha cercato di limitare la spesa per visite mediche e accertamenti di controllo per ragioni economiche. L'esposizione al rischio di impoverimento per le famiglie in condizione di fragilità è un indicatore che qualifica negativamente i SSR, infatti garantendo l'accessibilità alle cure a tutti, in particolar modo alle fasce svantaggiate, potrebbero ridurre tale rischio. Certamente i sistemi sanitari risentono di un processo di contenimento della spesa che spesso ha significato un taglio alle strutture e al personale e non una razionalizzazione della spesa volta ad una maggiore efficienza e produttività. Del resto sono proprio queste le regioni che alimentano il fenomeno della mobilità sanitaria e quindi, considerate le spese da sostenere per lo spostamento, aumenta il rischio di impoverimento delle famiglie che scelgono di curarsi fuori dalla propria regione. In ultima analisi la situazione economica è lo spartiacque dell'accessibilità alle cure e del benessere sanitario. Se il sistema non supporta finanziariamente e con politiche sanitarie adeguate i nuclei, l'elevata composizione familiare e la situazione di basso reddito (elementi che caratterizzano il gruppo) finiscono per essere un ostacolo alla possibilità di cura. Non sembra poter ovviare, in questi casi, il welfare informale, ovvero di mutuo soccorso tra i componenti, che caratterizza le famiglie italiane.

Tra le regioni che compongono il gruppo ci sono però delle evidenti differenze. Infatti la Sardegna, il Molise, l'Umbria e l'Abruzzo si discostano dal nucleo centrale del gruppo per situazioni di morbidità più contenute. La Sardegna e il Molise hanno valori più bassi della media nazionale per quel che riguarda la cronicità, mentre l'Abruzzo e il Molise per quel che riguarda i disturbi depressivi. Il Molise e l'Umbria sono le uniche due regioni del gruppo a essere un polo attrattivo per la mobilità sanitaria e ad avere un saldo positivo nella compensazione tra crediti e debiti (le Regioni sono tenute a pagare i servizi usufruiti dai cittadini fuori regione). Tra i motivi dell'attrazione del SSR del Molise, che riguarda in special modo i cittadini del Lazio, sicuramente importante è il numero di posti letto per 1000 abitanti superiore alla media nazionale (3,79% contro 3,47%). L'Umbria di contro si caratterizza per un'accessibilità alle cure migliore delle regioni del gruppo, con una più bassa quota di famiglie che hanno dovuto ridurre la spesa sanitaria per questioni economiche, dovuta tra l'altro a una composizione familiare più contenuta, con una minore quota di famiglie da quattro componenti e un più diffuso numero di famiglie da due componenti o coppie senza figli. La composizione delle famiglie, i giorni di attesa media per ricoveri e la percentuale di popolazione straniera avvicina l'Umbria al gruppo *sanità mediana*.

La Sardegna si distingue dalle altre regioni del gruppo per avere una posizione migliore per quel che concerne gli indicatori degli stili di vita, che la pone in una posizione di vantaggio anche rispetto alla media

nazionale. Minore è la quota di persone che soffre di eccesso di peso (42%) e che svolge poca attività motoria (33,9%), mentre è maggiore la quota di chi ha un'alimentazione corretta (23,3%). La media del gruppo per l'eccesso di peso è del 49% contro il 45% della media nazionale, la sedentarietà sta al 48,7% contro il 37,6% e, infine, la quota di persone che hanno una dieta ricca di frutta e verdura sono il 15,5% contro il 19%. L'unico valore negativo è il consumo di alcol che nel gruppo è più basso della media nazionale (15,3% contro 18,4%) mentre in Sardegna arriva al 20,7%. Al di là del confronto regionale, la promozione di stili di vita salubri è uno degli assi portanti del Piano sanitario regionale (Regione Autonoma della Sardegna). Infatti è denunciata una costante crescita di comportamenti scorretti, come il consumo di alcol, tabacco, sostanze d'abuso, psicofarmaci, alimentazione scorretta e la sedentarietà. Comportamenti maggiormente diffusi tra chi è in situazioni di fragilità ed esclusione sociale. Un secondo asse riguarda l'emarginazione dovuta a condizioni socio-economiche svantaggiate che comportano un aumento di disturbi mentali e dipendenze patologiche. Dal piano sembra emergere un'attenzione particolare per gli aspetti socio-sanitari, dimostrato anche dalla quota importante investimenti nel settore. La spesa pro capite per servizi e interventi socio-assistenziali è tra le più alte in Italia, pari a 230 euro, al di sotto solo del gruppo alta spesa, mentre le regioni del suo gruppo si muovono in un range di 20/90 euro.

## 5. Le politiche regionali e gli interventi del Fondo Sociale Europeo

Sono stati analizzati gli interventi finanziati dal Fondo Sociale Europeo e/o da fondi nazionali di cofinanziamento (Fondo Sviluppo e Coesione – PAC) o dal FESR nell'ambito dei progetti integrati tra i vari fondi per il periodo della precedente programmazione europea (2007 – 2013 con slittamento delle realizzazioni al 2015).

In tutto, al 30 luglio 2018, la banca dati OpenCoesione<sup>9</sup>, per il periodo 2007 – 2013, riportava per l'Asse inclusione sociale 23.465 record di progetti per un importo di finanziamento complessivo pari a € 1.617.404.794.

Al fine di cogliere gli elementi utili a capire il contributo che questi progetti hanno potuto dare, tra il 2007 e il 2013 – 15, alla riduzione delle difficoltà di accesso ai servizi sanitari e sociali, i dati sono stati letti e in parte ricodificati, cercando, in coerenza con le modalità delle diverse variabili, di individuare destinatari degli interventi (non beneficiari dei finanziamenti) e la diversa tipologia degli interventi<sup>10</sup>.

In particolare si deve sottolineare come alcune tipologie di intervento (dote, borsa lavoro, contributo al re/inserimento lavorativo o formativo) possono essere state erogate o direttamente ai soggetti destinatari o attraverso l'intermediazione di un ente terzo.

Si sono quindi provate ad individuare quattro diverse categorie, come evidenziato dalla tabella 5:

- 1) i progetti realizzati attraverso l'intermediazione di un soggetto terzo o della stessa PA (qui denominati 'progetti con enti attuatori');
- 2) i progetti coordinati tra FSE e FESR, o finanziati da altri fondi, destinati a strutture fisiche per la socialità o la sanità (qui denominati 'progetti per infrastrutture');
- 3) i progetti con finanziamenti erogati direttamente ai singoli destinatari (qui denominati 'progetti con singoli beneficiari');
- 4) i progetti approvati e non avviati (qui denominati 'progetti non avviati').

*Tabella 5: Ricodificazione progetti in quattro tipologie con finanziamento complessivo e numero progetti*

	<i>Finanziamento complessivo (€)</i>	<i>Numero progetti</i>
Progetti con enti attuatori	628.881.098	9760
Progetti per infrastrutture	884.806.985	934
Progetti con singoli beneficiari	27.277.377	12338
Progetti non avviati	76.439.334	433
Totale	1.617.404.794	23465

Fonte: elaborazione Issirfa su dati OpenCoesione per periodo 2007- 2013.

### 5.1 Progetti con enti attuatori

Come emerge dalla tabella 6, questo tipo di progetti si concentra per oltre il 50% in tre regioni: Puglia (2.095 progetti), Piemonte (1.714), Liguria (1.581).

<sup>9</sup> [https://opencoessione.gov.it/it/opendata/#!oc\\_section](https://opencoessione.gov.it/it/opendata/#!oc_section)

<sup>10</sup> Le elaborazioni dei dati sono quindi di totale responsabilità ISSIRFA CNR

Il dato dei soggetti destinatari degli interventi (si veda la tabella 7), desunto dal confronto delle modalità delle diverse variabili, ove possibile, indica che per il 51,7% i progetti hanno come destinatari persone appartenenti a categorie con disagi conclamati. Solo in una piccola percentuale è stato possibile individuare il disagio specifico (anziani, carcerati, migranti). Un ulteriore 26,5% è individuabile come progetti che mirano a ridurre il rischio di entrare nell'area del disagio, ed in particolare in questo caso ben il 25,6% dei progetti si rivolge a giovani al di sotto dei 18 anni (ovvero ancora in ambito di obbligo scolastico). Un ulteriore 7,8% è invece dedicato al rafforzamento delle realtà beneficiarie, ovvero i soggetti attuatori e, specificatamente, delle cooperative sociali di categoria B e delle associazioni e fondazioni che offrono assistenza sociale. Sempre come azione di rafforzamento deve essere inteso il 7,8% di progetto che si rivolge a persone occupate e a formatori od operatori del settore sociale.

*Tabella 6: Progetti con enti attuatori suddiviso per Regioni con frequenza progetti, importo e percentuali<sup>11</sup>*

	<i>Frequenza progetti</i>	<i>%</i>	<i>Importo</i>	<i>%</i>
Abruzzo	111	1,1	26.047.212,8	4,1
Basilicata	250	2,6	64.235.834,0	10,2
P.A. Bolzano	60	,6	9.017.144,1	1,4
Calabria	191	2,0	18.719.149,1	3,0
Campania	493	5,1	101.385.744,1	16,1
Emilia Romagna	3	,0	200.314,6	0,0
Friuli Venezia Giulia	786	8,1	19.524.184,4	3,1
Lazio	537	5,5	26.202.225,8	4,2
Liguria	1581	16,2	75.756.056,6	12,0
Lombardia	5	,1	20.093.323,0	3,2
Marche	261	2,7	4.854.274,6	0,8
Molise	79	,8	6.894.024,4	1,1
Piemonte	1714	17,6	105.733.295,8	16,8
Puglia	2095	21,5	75.674.280,5	12,0
Sardegna	13	,1	5.519.676,7	0,9
Toscana	1	,0	2.000,0	0,0
Trentino Alto Adige	81	,8	3.279.823,9	0,5
P.A. Trento	584	6,0	16.835.725,0	2,7
Umbria	869	8,9	44.217.332,4	7,0
Valle d'Aosta	30	,3	3.731.177,5	0,6
Veneto	16	,2	958.298,5	0,2
<b>Totale</b>	<b>9760</b>	<b>100,0</b>	<b>628.881.097,8</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione Issirfa su dati OpenCoesione per periodo 2007- 2013.

*Tabella 7: destinatari progetti con Enti attuatori con frequenza e percentuale*

	<i>frequenza</i>	<i>%</i>
anziani	9	,1
carcerati	47	,5
disabili	103	1,1
donne	48	,5
migranti	130	1,3
NEET	20	,2
pazienti psichiatrici	12	,1
persone svantaggiate	4.672	47,9
disoccupati	6	,1
ROM	1	,0
<b>persone con disagi</b>	<b>5.048</b>	<b>51,7</b>
famiglie	13	,1
giovani under 18	2.503	25,6
giovani	32	,3
minori	17	,2

<sup>11</sup> In tutte le tabelle del paragrafo 5 vengono riportate solo le Regioni che presentano progetti all'interno della determinata categoria.

giovani in alta formazione	19	,2
<b>persone a rischio disagio</b>	<b>2.584</b>	<b>26,5</b>
imprese	1	,0
imprese sociali	623	6,4
pmi	175	1,8
società assistenza	6	,1
società di assistenza	141	1,4
attuatori	57	,6
clero	1	,0
<b>rafforzamento enti</b>	<b>1.004</b>	<b>10,3</b>
formatori	77	,8
occupati	685	7,0
<b>formazione permanente</b>	<b>762</b>	<b>7,8</b>
PA	276	2,8
Tutti	86	,9
<b>società</b>	<b>362</b>	<b>3,7</b>
<b>Totale</b>	<b>9.760</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione Issirfa su dati OpenCoesione per periodo 2007- 2013.

## 5.2 Progetti per infrastrutture

La tabella 8 presenta i progetti dedicati ad infrastrutture per l'inclusione sociale sono 934 per un importo complessivo di € 884.806.984,7.

*Tabella 8: Progetti per infrastrutture suddiviso per Regioni con frequenza progetti, importo e percentuali*

	Frequenza progetti	%	Importo	%
Basilicata	205	21,9	152.444.658,1	17,2
Calabria	172	18,4	41.352.717,3	4,7
Campania	13	1,4	2.445.441,2	0,3
Emilia Romagna	22	2,4	2.902.212,4	0,3
Liguria	25	2,7	45.299.871,8	5,1
Molise	6	,6	4.500.487,8	0,5
Piemonte	18	1,9	17.566.152,9	2,0
Puglia	443	47,4	607.387.516,4	68,6
Sardegna	30	3,2	10.907.926,8	1,2
Totale	934	100,0	884.806.984,7	100,0

Fonte: elaborazione Issirfa su dati OpenCoesione per periodo 2007- 2013.

Ben il 47% di questi progetti è localizzato in Puglia, per una concentrazione di spesa ancora superiore e pari al 68,6%. Alla Puglia si aggiungono la Basilicata con il 21,9% dei progetti e il 17,2% della spesa complessiva e la Calabria (18,4% di progetti e solo il 4,7% di spesa). La quasi totalità di questi progetti, rientranti comunque nell'asse inclusione sociale, sono progetti cofinanziati attraverso il FESR.

Le infrastrutture hanno finalità diverse, seppure tutte inerenti a favorire l'inclusione sociale o lavorativa delle persone con svantaggi fisici o sociali, o a prevenire il rischio di esclusione nelle fasce più deboli (si veda tabella 9).

*Tabella 9: tipologia strutture con frequenza e percentuale per progetti per infrastrutture*

Tipologia strutture	Frequenza	%
Altre strutture ricreative	18	1,
Altre strutture sociali	73	7,
Edifici sociali, culturali e assistenziali	134	14,
Impianti sportivi	16	1,
<b>Strutture sociali e ricreative</b>	<b>241</b>	<b>25,</b>
Impianti ed infrastrutture hardware e software per centri di servizio informatici	2	0,
Altre opere ed impianti per tecnologie informatiche	1	0,
<b>Strutture tecnologiche</b>	<b>3</b>	<b>0,</b>
Residenze per comunità	7	0,
Altri edifici abitativi	13	1,



Fabbricati residenziali urbani	17	1,
<b>Strutture residenziali</b>	<b>37</b>	<b>4,</b>
Altri edifici scolastici	7	0,
Scuole materne	3	0,
Asili nido	50	5,
<b>Infrastrutture per servizi a minori e famiglie</b>	<b>60</b>	<b>6,</b>
Strutture ospedaliere	26	2,
Altre strutture per l'igiene la profilassi e la tutela della salute	1	0,
Altre strutture sanitarie	27	2,
Altri presidi sanitari territoriali	82	8,
Residenze sanitarie assistenziali	24	2,
<b>Strutture sanitarie</b>	<b>160</b>	<b>17,</b>
Strutture/infrastrutture per sedi della pubblica amministrazione	3	0,
Altre strutture/infrastrutture direzionali e amministrative	1	0,
Altre strutture/infrastrutture per la pubblica sicurezza	1	0,
Arredo urbano	4	0,
Altri beni culturali	1	0,
Altri edifici per il culto	2	0,
Restauro e riqualificazione di beni culturali	2	0,
Strade regionali, provinciali e comunali	1	0,
Strutture fieristiche e congressuali	1	0,
Altri servizi per la collettività	8	0,
<b>Strutture pubbliche e beni culturali</b>	<b>24</b>	<b>2,</b>
Altre infrastrutture	<b>409</b>	<b>43,</b>
<b>Totale</b>	<b>934</b>	<b>10</b>

Fonte: elaborazione Issirfa su dati OpenCoesione per periodo 2007- 2013.

A livello regionale le tipologie si caratterizzano:

- In Puglia per essere strutture “socio – sanitarie”(226), dedicate ai minori (58), agli anziani (56) o a favorire la socializzazione (centri sociali e culturali, 51);
- In Basilicata si tratta di strutture sanitarie (85), di socializzazione (61) e per anziani (24);
- In Calabria sono prevalenti le strutture per anziani (57), per minori (56) e specificamente dedicate ai giovani (32).

### 5.3 Progetti con singoli beneficiari

I progetti che sono destinati a singole persone sono in totale 12.339 (tabella 10).

*Tabella 10: Progetti con singoli beneficiari suddiviso per Regioni con frequenza progetti, importo e percentuali*

	<i>Frequenza progetti</i>	<i>%</i>	<i>Importo</i>	<i>%</i>
Abruzzo	1031	8,4	5.455.407,5	20,0
Basilicata	475	3,8	854.258,0	3,1
Calabria	17	,1	95.561,0	0,4
Campania	485	3,9	1.218.393,5	4,5
Emilia Romagna	13	,1	87.179,7	0,3
Friuli Venezia Giulia	145	1,2	646.532,9	2,4
Lazio	17	,1	120.207,4	0,4
Liguria	30	,2	220.011,0	0,8
Lombardia	8973	72,7	12.971.721,7	47,6
Marche	998	8,1	2.984.725,4	10,9
Molise	75	,6	1.337.098,3	4,9
Piemonte	31	,3	376.563,0	1,4
Puglia	3	,0	5.040,0	0,0
Toscana	2	,0	2.600,0	0,0
Trentino Alto Adige	1	,0	14.202,0	0,1
P.A. Trento	40	,3	883.521,9	3,2
Umbria	1	,0	2.472,0	0,0
Veneto	1	,0	1.882,0	0,0

Totale	12338	100,0	27.277.377,3	100,0
--------	-------	-------	--------------	-------

Fonte: elaborazione Issirfa su dati OpenCoesione per periodo 2007- 2013.

Di essi ben il 72,7% sono stati finanziati dalla regione Lombardia, seguita dalla regione Abruzzo (8,4%) e dalla Regione Marche (8,1%) per un totale complessivo pari all'89,2% dei progetti. Non hanno utilizzato questo tipo di interventi la Provincia di Bolzano, le regioni Sardegna, Sicilia e Valle d'Aosta.

Per il 54,2% sono stati indirizzati genericamente a persone in condizione di svantaggio, a cui segue una percentuale importante (30,7%) di progetti destinati a persone con misure cautelative. Si possono desumere inoltre un 4,2% di progetti specificamente destinati a donne e un 4,4% ai giovani (tabella 11).

*Tabella 11: destinatari progetti con singoli beneficiari con frequenza e percentuale*

	<i>frequenza</i>	<i>%</i>
carcerati	3782	30,7
consulente	51	,4
donne	513	4,2
famiglie	216	1,8
formatori	1	,0
giovani	543	4,4
giovani disabili	145	1,2
giovani in alta formazione	253	2,1
giovani under 18	28	,2
migranti	5	,0
minori con reati	109	,9
occupati	2	,0
PA	4	,0
persone svantaggiate	6686	54,2
Totale	9.760	100,0

Fonte: elaborazione Issirfa su dati OpenCoesione per periodo 2007- 2013.

Obiettivo generale, specifico, tema prioritario sono, nel caso di questi progetti, univocamente determinati: “Promuovere una società inclusiva e garantire condizioni di sicurezza al fine di migliorare, in modo permanente, le condizioni di contesto che più direttamente favoriscono lo sviluppo” (obiettivo generale); “Migliorare la qualità e l'equità della partecipazione sociale e lavorativa, attraverso maggiore integrazione e accessibilità dei servizi di protezione sociale, di cura e conciliazione e dei sistemi di formazione, apprendimento e lavoro, con particolare attenzione alle pari opportunità e alle azioni di antidiscriminazione” (obiettivo specifico); “Vie verso l'integrazione e il rientro nel mondo del lavoro per le persone svantaggiate” (tema prioritario). E' invece diversamente connotato l'obiettivo prioritario, anche se per il 94,1% dei casi si traduce nella priorità di “Sviluppare percorsi d'integrazione e migliorare il (re)inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati per combattere ogni forma di discriminazione nel mercato del lavoro” (tabella 12).

*Tabella 12: obiettivo prioritario per progetti con singoli beneficiari con frequenza e percentuale*

Obiettivo prioritario	<i>frequenza</i>	<i>%</i>
Contrastare ogni forma di discriminazione verso la popolazione immigrata per favorirne le condizioni di occupabilità e occupazione	3	,0
Favorire l'inserimento e l'integrazione dei soggetti in situazione di particolare svantaggio sociale.	78	,6
Sostenere l'integrazione socio-lavorativa della popolazione in condizione di svantaggio (in particolare di persone con diverse abilità ).	646	5,2
Sviluppare percorsi d'integrazione e migliorare il (re)inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati per combattere ogni forma di discriminazione nel mercato del lavoro.	11611	94,1
Totale	12338	100,0

Fonte: elaborazione Issirfa su dati OpenCoesione per periodo 2007- 2013.

Si differenziano invece le linee di intervento: il 73,1% si colloca nella linea di inserimento lavorativo, il 23,6% nella linea di attività formative finalizzate al successivo inserimento lavorativo. Queste sole 2 linee di intervento coprono il 96,7% degli interventi (tabella 13).

*Tabella 13: descrizione linea per progetti con singoli beneficiari con frequenza e percentuale*

<i>Descrizione linea</i>	<i>frequenza</i>	<i>%</i>
Contributi	62	,5
formazione	2909	23,6
formazione permanente	1	,0
Incarico	49	,4
inserimento lavorativo	9017	73,1
integrazione scolastica	26	,2
orientamento	179	1,5
ricerca	2	,0
tirocinio	93	,8
Totale	12338	100,0

Fonte: elaborazione Issirfa su dati OpenCoesione per periodo 2007- 2013.

Come evidenziato dalla tabella 14, la natura degli interventi è prevalentemente quella di concessione di contributi alle singole persone (86,0%) o di acquisto di servizi reali (12,3%), sia direttamente da parte della Regione (come nel caso di quanto offerto dalle Cooperative Sociali di categoria B) che da parte dei singoli (attraverso la concessione di “dote”, di contributo per l’acquisto di percorsi formativi, di borse lavoro o di reddito di dignità con conseguente percorso di reinserimento lavorativo o scolastico).

*Tabella 14: descrizione natura degli interventi per progetti con singoli beneficiari con frequenza e percentuale*

<i>Natura intervento</i>	<i>frequenza</i>	<i>%</i>
acquisto o realizzazione di servizi	1513	12,3
acquisto servizi reali (inclusa formazione)	2	,0
altro	6	,0
assistenza	1	,0
concessione contributi	10606	86,0
concessione di incentivi ad unità produttive	210	1,7
Totale	12338	100,0

Fonte: elaborazione Issirfa su dati OpenCoesione per periodo 2007- 2013.

#### **5.4 Progetti non avviati**

I progetti non avviati riguardano per oltre il 59% le due regioni Liguria e Lazio e si giunge quasi all’80% considerando i progetti non avviati dalla regione Abruzzo (tabella 15).

*Tabella 15: Progetti non avviati suddiviso per Regioni con frequenza progetti e percentuale*

	<i>Frequenza progetti</i>	<i>%</i>
Abruzzo	88	19,9
Basilicata	28	6,5
Calabria	4	,9
Campania	2	,5
Emilia Romagna	7	1,6
Lazio	118	27,3
Liguria	138	31,9
Marche	3	,7
Puglia	19	4,4
Sardegna	27	6,2
Umbria	1	,2
Totale	433	100,0

Fonte: elaborazione Issirfa su dati OpenCoesione per periodo 2007- 2013.

Per l’82,7% i soggetti beneficiari (ovvero a cui è affidata la gestione del finanziamento) sono enti, pubblici o privati (profit e non profit).

*Tabella 16: beneficiari del finanziamento per progetti mai avviati, frequenza e percentuale*

<i>Beneficiari del finanziamento</i>	<i>frequenza</i>	<i>%</i>
Enti	358	82,7
Non determinato	1	,2
Singoli	74	17,1
Totale	433	100,0

Fonte: elaborazione Issirfa su dati OpenCoesione per periodo 2007- 2013.

*Tabella 17:destinatari dei progetti mai avviati, frequenza e percentuale*

<i>destinatari</i>	<i>frequenza</i>	<i>%</i>
anziani	19	4,4
disabili	24	5,5
donne	13	3,0
giovani	49	11,3
giovani con disagio	3	,7
giovani disabili	2	,5
infanzia	11	2,5
migranti	9	2,1
NEET	11	2,5
occupati	50	11,5
PA	18	4,2
pazienti psichiatrici	6	1,4
persone svantaggiate	190	43,9
precari	3	,7
ROM	2	5,3
tutti	23	5,3
Totale	433	100,0

Fonte: elaborazione Issirfa su dati OpenCoesione per periodo 2007- 2013.

Più difficile un quadro esaustivo di coloro che sarebbero dovuti essere destinatari degli interventi (si veda tabella 17): nel 43,9% dei casi l'unica indicazione desumibile dalla base di dati è che si tratti di "persone svantaggiate" senza altra indicazione. Nell'11,5% si sarebbe dovuto trattare di aggiornamento e riqualificazione di persone già occupate, per un ulteriore 11,3% di giovani. Il restante 35% si distribuisce per un 10% circa su interventi destinati a anziani e disabili, ed infine sulle altre categorie di soggetti con svantaggio sociale e rischio esclusione. Una parte degli interventi sarebbe stata dedicata alla Pubblica Amministrazione (accompagnamento della programmazione), una parte invece ad interventi senza selezione dei potenziali destinatari (strutture sanitarie e socio – sanitarie in particolare).

Obiettivo generale di questi progetti era, nel 95,6% dei casi, l'inclusione sociale. Nel restante 4,6% si sarebbe trattato di veri e propri servizi di cura dedicati in particolare agli anziani (2,8%).

I progetti avrebbero previsto nel 78,8% dei casi attività diversificate dedicate all'interazione e all'ingresso (o rientro) nel mercato del lavoro sia come occupato/a che attraverso iniziative di autoimprenditorialità. Tuttavia il 21,2% dei casi vede progetti "complementari" o "strutturali" di rafforzamento o accompagnamento delle politiche di inclusione e accesso ai servizi sanitari: 12,2% di interventi su strutture con funzione sociale o socio – sanitaria, 9% di interventi su strutture sanitarie.

L'integrazione nel mondo del lavoro sarebbe stata perseguita o attraverso interventi formativi (34,4%) o interventi di vera e propria inclusione lavorativa (40,2%). Gli interventi specificatamente sanitari avrebbero riguardato per il 12% interventi infrastrutturali, per il 6,5% veri e propri servizi sanitari (anziani, disabili, infanzia e psichiatrici).

Le azioni specifiche individuabili attraverso il database disponibile indicano la prevalenza di servizi di formazione e inserimento all'occupazione, sia nella forma di corsi di formazione che di tirocini o voucher.

Agli interventi infrastrutturali di tipo sanitario si affiancano anche alcuni interventi sulle abitazioni (domotica) ed infine una serie di contributi sarebbero stati stanziati per attività di autoimprenditorialità o occupabilità.

## 6. Conclusioni

Il contesto socioeconomico, la governance, le scelte in materia politico- sanitaria e la posizione sociale dell'individuo influenzano i comportamenti collettivi e le scelte individuali, configurando un diverso livello di benessere. La condizione economica individuale è un fattore discriminante per lo stato di salute, in assenza di adeguate politiche sociosanitarie che garantiscano l'accesso ai servizi sanitari.

Le questioni sociali non possono essere scisse da quelle sanitarie, particolarmente in questo delicato momento di crisi economica. Difatti la fragilità individuale e/o familiare è frutto del sistema sociosanitario delle Regioni, da cui le disuguaglianze in salute andrebbero affrontate, oltre che con un supporto alle fasce deboli, anche con interventi strutturali.

A tale riguardo la tabella 18 prende in considerazione le quattro dimensioni con cui è stato analizzato l'asse Inclusione Sociale del Fondo Sociale Europeo (discusso nel paragrafo 5) e le frequenze rispettive per ogni regione. È possibile da una visione complessiva provare a interpretare in che modo le Regioni si sono mosse per intervenire a livello organizzativo strutturale per affrontare disuguaglianze.

*Tabella 18: frequenza delle Regioni in base alle quattro dimensioni dell'asse Inclusione Sociale*

	<i>Progetti con enti attuatori</i>	<i>Progetti per infrastrutture</i>	<i>Progetti con singoli beneficiari</i>	<i>Progetti non avviati</i>	<i>Progetti totali*</i>
Abruzzo	111	-	1031	86	1142
Basilicata	250	205	475	28	930
P.A. Bolzano	60	-	-	-	60
Calabria	191	172	17	4	380
Campania	493	13	485	2	991
Emilia Romagna	3	22	13	7	38
Friuli Venezia Giulia	786	-	145	-	931
Lazio	537		17	118	554
Liguria	1581	25	30	138	1636
Lombardia	5	-	8973	-	8978
Marche	261	-	998	3	1259
Molise	79	6	75	-	160
Piemonte	1714	18	31	-	1763
Puglia	2095	443	3	19	2541
Sardegna	13	30	-	27	43
Sicilia	-	-	-	-	-
Toscana	1	-	2	-	3
Trentino Alto Adige	81	-	1	-	82
P.A. Trento	584	-	40	-	624
Umbria	869	-	1	1	870
Valle d'Aosta	30	-	-	-	30
Veneto	16	-	1	-	7
Totale	9760	934	12388	433	23082

*\*la sommatoria ha preso in considerazione solamente le prime tre colonne: progetti con enti attuatori, progetti infrastrutture, progetti con singoli beneficiari. Non sono stati conteggiati i progetti non avviati.*

*Fonte:* elaborazione Issirfa su dati OpenCoesione per periodo 2007- 2013.

A tale riguardo una possibile interpretazione parte dall'evidenza che talune Regioni hanno concentrato i loro progetti principalmente, se non quasi esclusivamente, su uno specifico indirizzo, volendo quindi sottolineare una linea strategica definita partendo dal proprio contesto sociosanitario. Tale interpretazione sembra essere confermata dai casi della Lombardia che presenta 8973 progetti (su un totale di 8978) per singoli beneficiari. Allo stesso modo risalta il valore della Puglia per quanto riguarda la categoria dei progetti attraverso enti attuatori (2095). Si sottolinea inoltre anche il valore di 443 all'interno dei progetti per infrastrutture (mentre risultano solamente 3 i progetti per singoli soggetti). Emergono inoltre i valori del Piemonte con 1714 (su un totale di 1763) progetti per attività effettuate da enti attuatori.

L'Abruzzo si evidenzia per quanto riguarda i progetti con singoli beneficiari (1031 progetti).

Da un'analisi comparata della tabella 8 e del grafico 1 si nota che le regioni Puglia, Campania, Basilicata e Calabria sembrano essere fortemente collegate tra loro. Il grafico 1 sottolineava per queste regioni le

condizioni di salute più precarie del paese. La tabella 8 soffermandosi sulla percentuale di progetti legati alle infrastrutture afferma che le suddette Regioni sono quelle che più hanno investito in questo settore.

E' evidente che i progetti dell'Asse Inclusione Sociale contribuiscono alla riduzione della difficoltà di accesso alle cure in due modi distinti, già evidenti nei paragrafi precedenti:

- in modo diretto, ovvero attraverso interventi sanitari e/o di rafforzamento/ integrazione delle strutture sanitarie (in particolare la Basilicata) e sociosanitarie (in particolare la Puglia);
- sempre in modo diretto, con interventi dedicati alle categorie con disagi conclamati o a forte rischio di essi (anziani, minori, carcerati e disabili);
- in modo indiretto, attraverso interventi d'integrazione sociale e lavorativa
- in modo indiretto, attraverso interventi di ri/socializzazione e integrazione di comunità.

Allo stesso modo si evidenzia che la categoria progetti con enti attuatori si muove su un indirizzo prevalentemente legato all'inserimento lavorativo attraverso processi di formazione.

Va sottolineata la totale mancanza di progetti, in qualsiasi categoria, da parte della Sicilia.

Interessante notare le Regioni della Valle d'Aosta e la P.A. di Bolzano (ovvero due realtà a statuto speciale) che presentano sia livelli di salute molto alti che investimenti in termini sanitari e sociali molto elevati come evidenziato nel paragrafo 4. Allo stesso tempo non presentano particolare attenzione verso i Fondi Sociali Europei difatti la Valle d'Aosta e la P.A. di Bolzano presentano solamente 30 e 60 progetti, esclusivamente nella categoria dei progetti attuati da enti terzi. Sembrano quindi avere una politica di investimenti sociosanitari che parte principalmente, se non esclusivamente, dalla loro attività economica regionale.

Dall'analisi complessiva effettuata risulta esserci un legame profondo tra condizione sociale e condizione di salute e sembra ormai impossibile parlare dell'una senza menzionare l'altra. Elemento che si nota dalla composizione dei piani sociosanitari regionali effettuati ormai dalla maggioranza delle Regioni, ovvero non più due piani distinti (piano sociale e piano sanitario) bensì due piani che vanno di pari passo insieme. Allo stesso tempo le Regioni che mantengono ancora scisso i due piani, comunque nel piano sanitario sono presenti voci di caratura sociale (si veda tabella 19).

*Tabella 19: piano sociale, piano sociosanitario, piano sanitario per le Regioni*

	<i>Piano sociale</i>	<i>Piano sociosanitario</i>	<i>Piano sanitario</i>
Abruzzo	2016- 2018		2016- 2018
Basilicata		2018- 2020	
P.A. Bolzano	2007- 2009		2016- 2020
Calabria			2004-2006
Campania	2016-2018		
Emilia Romagna		2017- 2019	
Friuli Venezia Giulia		2014	
Lazio	2017- 2019		2016- 2018
Liguria		2017- 2019	
Lombardia		2010- 2014	
Marche		2012- 2014	
Molise	2015- 2018		2013-2015
Piemonte		2012-2015	
Puglia	2017- 2020		
Sardegna		2005	
Sicilia		2017	
Toscana		2012- 2015	
P.A. Trento		2015- 2020	
Umbria	2017		2018- 2020 (in via di definizione)
Valle d'Aosta		2011- 2013	
Veneto		2012- 2016	

*Fonte:* elaborazione Issirfa su piani sociali, piani socio sanitari e piani sanitari regionali.

## 7 Abstract

The purpose of the article is to investigate the causes of territorial differences in health conditions, taking the Italian regions as a case study. The choice of the regional dimension is justified by the possibility of comparing the work of the institutions and regional health services. However it should be kept in mind that reducing the field of observation there are significant territorial differences, for example between city and province or between different areas of the city.

The phenomenon of inequalities in health has been analyzed with a systemic approach that identifies in the health demand, in the socio-economic context, in the choices of the regional Institutions and in the efficiency of the Regional Health Services, the elements that interacting with each other, contribute to determine the territorial differences.

The contribution deepens the tools put in place by the Regions to improve the health supply in response to changes in demand. It also questions how socio-economic and environmental differences affect the performance of health systems and the health of the population, using social statistics techniques.

## 8 Riconoscimenti

Si ringrazia per la fondamentale collaborazione la dott.ssa Chiara Cavallaro e la dott.ssa Antonella Ciocia.

## 9 Bibliografia

Banco Farmaceutico (2016) *Donare per curare. Povertà sanitaria e Donazione farmaci, Rapporto 2016*. Milano: Fondazione Banco Farmaceutico  
[http://www.bancofarmaceutico.org/default.asp?id=367&id\\_n=2065](http://www.bancofarmaceutico.org/default.asp?id=367&id_n=2065).

Babusci D., Giachi L. (2018) Le politiche regionali verso le disuguaglianze di salute. In: Mara Tognetti (a cura di), *Benessere e Salute nel III Millennio*. Welfare & Ergonomia, 1. Milano: Franco Angeli

Cecconi S. (2017). *Sui fondi sanitari (di origine contrattuale)*. [http://www.cgil.it/admin\\_nv47t8g34/wp-content/uploads/2017/07/SUI-FONDI-SANITARI-05\\_07\\_2017.pdf](http://www.cgil.it/admin_nv47t8g34/wp-content/uploads/2017/07/SUI-FONDI-SANITARI-05_07_2017.pdf)

Censis- Rbm assicurazione salute (2018). *La sanità del rancore, il rancore per la sanità scene da un paese diseguale*.  
[http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO\\_SANITA/Online/\\_Oggetti\\_Correlati/Documenti/2018/06/07/CENSIS\\_RBMSintesi.pdf?uuid=AEm4gx0E](http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/_Oggetti_Correlati/Documenti/2018/06/07/CENSIS_RBMSintesi.pdf?uuid=AEm4gx0E).

Censis- Rbm assicurazione salute (2017). *Il futuro del sistema sanitario in Italia tra universalismo, nuovi bisogni di cura e sostenibilità* <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2421529.pdf>

Censis- Rbm assicurazione salute (2016). *Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo* [https://www.pltv.it/wp-content/uploads/2016/06/Nota%20sui%20Principali%20risultati\\_DEF.pdf](https://www.pltv.it/wp-content/uploads/2016/06/Nota%20sui%20Principali%20risultati_DEF.pdf).

Cittadinanza attiva (2018). *LEA 2016: Campania e Calabria inadempienti, Veneto prima per offerta*. <https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/salute/11641-lea-2016-campania-e-calabria-inadempienti-veneto-prima-per-offerta-serve-livello-centrale-piu-forte-per-controllo-e-intervento-nel-comitato-nazionale-lea-anche-i-cittadini.html>.

Cittadinanza attiva (2017). *Rapporto 2016 dell'Osservatorio civico sul federalismo in sanità*. <https://www.cittadinanzattiva.it/>.

Corte dei Conti (2018). *Rapporto 2018 sul coordinamento della finanza pubblica*. <https://finanze.regione.emilia-romagna.it/documenti-di-finanza/corte-conti-12-07-2018-1>.

Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M. (2017) *40 anni di salute a Torino, Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*. Milano: Inferenze

CSDH (2008) *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization

Dahlgren G, Whitehead M. (1991) *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute of Futures Studies

Gabriele S. (2013). *Il servizio sanitario in Italia: sull'orlo del precipizio?*  
file:///C:/Windows/system32/config/systemprofile/Downloads/STEFANIA%20GABRIELE\_IL%20SERVIZIO%20SANITARIO%20IN%20ITALIA\_FEBB%202013.pdf.

Grossman M., Kaestner R.,(1997) 'Effects of Education on Health'. In: *The Social Benefits of Education*. Michigan: Behrman and Stacey eds., University of Michigan Press.

Marmot M., Wilkinson R. (a cura di) (2006) *I determinanti della salute. I fatti concreti*. Trento: Edizioni Provincia autonoma di Trento Assessorato alle politiche per la salute.

Mazzarella G., De Campora E., Santoro M., Pizzuti R. (2018) *Profilo di salute dei bambini di Napoli: disuguaglianze" una città nella città?*. Roma: Epicentro. <http://www.epicentro.iss.it/ben/2010/gennaio/1.asp>.

Mirasola C., Ricciardi G., Bevere F., Melazzini M. (2017) *L'Italia per l'equità nella salute*. Roma: Ministero della Salute. <http://www.inmp.it/index.php/ita/Pubblicazioni/Libri/L-Italia-per-l-equita-nella-salute-Scarica-il-documento-tecnico>

Osserva salute (2017). *Stato di salute e qualità nell'assistenza nelle regioni italiane*. Roma: Univesità Cattolica del Sacro Cuore. <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2017>

Osserva salute (2018) *Le disuguaglianze di salute in Italia*. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Roma: Università cattolica del Sacro Cuore. [https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2018/02/Osservatorio-sulla-salute\\_Le-disuguaglianze-di-salute\\_15\\_02\\_2018.pdf](https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2018/02/Osservatorio-sulla-salute_Le-disuguaglianze-di-salute_15_02_2018.pdf).

Petrelli A., Di Napoli A., Perez M., Gargiulo L. (2017), *Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo Istat*. Epidemiologia e prevenzione, n. 3/4. Milano: Inferenze

Provincia Autonoma di Bolzano – alto Adige (2016) *Piano sanitario provinciale dell'Alto Adige 2016-2020. Salute 2020. Sicurezza. Assistenza. Qualità*.

Regione Autonoma della Sardegna (2017) *Piano sanitario triennale 2018-2020*

Regione Lazio (2016) *Programma operativo regionale 2016-2018*

Regione Liguria (2017) *Piano sociosanitario regionale 2017-2019*



Rinaldi A., Marceca M. (2017) I determinanti sociali della salute: che cosa sono e come influenzano la nostra salute?. In: Riflessioni sistemiche, *Per una cura della Salutogenesi*. n. 16. Roma: Associazione Italiana di Epistemologia e Metodologie sistemiche. 104-119

Tognetti Bordogna M. (2008) *Disuguaglianze in salute e immigrazioni*. Milano: FrancoAngeli