

Analisi di FONDAZIONE THE BRIDGE

L'AUTONOMIA DIFFERENZIATA  
TRA OPPORTUNITÀ E SFIDE  
PER IL CONTRASTO  
ALLE DISUGUAGLIANZE  
IN SANITÀ

Aggiornamento Aprile 2024

# SOMMARIO

PREMESSA.....	2
LA PROPOSTA DI AUTONOMIA DIFFERENZIATA – COSA CAMBIA.....	2
L’ANALISI DI FONDAZIONE THE BRIDGE .....	4
APPENDICE.....	7
Il contesto di riferimento.....	7
Ciò viene evidenziato in maniera chiara attraverso gli indicatori BES, ovvero gli indicatori di misurazione del benessere.....	8
Il monitoraggio dei LEA.....	12
La logica dell’indagine.....	13
<b>1) PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA .....</b>	<b>15</b>
I vaccini obbligatori (0-16 anni) .....	18
Screening di primo livello .....	22
<b>2) L’ASSISTENZA TERRITORIALE.....</b>	<b>28</b>
L’assistenza domiciliare .....	31
<b>3) ACUZIE - ASSISTENZA OSPEDALIERA .....</b>	<b>32</b>
MOBILITÀ SANITARIA INTERREGIONALE 2021 .....	39
ALLEGATI.....	41
ALLEGATO 1: Gli indicatori.....	41
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	43

# PREMESSA

I diversi strumenti di monitoraggio e analisi dell'accesso alle prestazioni e ai servizi del SSN (Dati Monitoraggio LEA e Nuovo Sistema di Garanzia – NSG -, dati ISTAT, mobilità sanitaria, liste d'attesa, qualità della vita) evidenziano **l'elevato livello di disuguaglianza** nell'erogazione delle prestazioni e servizi sanitari nel nostro Paese, disuguaglianza che da 10 anni a questa parte non accenna a diminuire, evidenziando come l'attuale sistema non sia funzionale a garantire equità di accesso alle cure e di esito di salute in tutto il paese e a tutti i cittadini.

Il documento intende mettere in luce le specificità del contesto, caratterizzato da una situazione di forte disuguaglianza territoriale in sanità, nel quale si andrà a innestare la proposta di una maggiore autonomia differenziata, andando ad approfondire due aspetti chiave:

- l'individuazione e l'esplicitazione degli **obiettivi della nuova riforma** attraverso l'evidenziazione delle differenze (in termini di autonomia in tema di sanità) che si possono rilevare rispetto alla situazione attuale;
- l'analisi delle **differenze attuali tra le regioni** nella capacità di rispondere alle diverse necessità dei cittadini **nelle diverse fasi del ciclo di salute**.

## LA PROPOSTA DI AUTONOMIA DIFFERENZIATA – COSA CAMBIA

Prima di analizzare i cambiamenti previsti con la c.d. "riforma Calderoli", è opportuno specificare che alla data di stesura del presente documento, e in riferimento all'iter legislativo, il Ddl "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario" è stato presentato in Senato come Atto Senato 615.<sup>i</sup> È il Ministro Calderoli stesso a prevedere che – in quanto legge ordinaria – questo passaggio possa durare circa un anno, periodo durante il quale la Cabina di regia istituita per l'individuazione dei LEP dovrebbe varare questi ultimi.<sup>ii</sup> Se questo percorso fosse effettivamente seguito, gli esami delle istanze di autonomia differenziata potrebbero iniziare a essere proposte dalle Regioni nella prima parte del 2024.<sup>iii</sup> L'adozione del Ddl non è quindi imminente, ma prevedendo una sua prossima adozione, si ritiene opportuno esaminare il testo proposto e analizzare i cambiamenti che potrebbe comportare.

- **Attuazione art. 116 co. 3 Cost.** Sebbene l'art. 1 Ddl parli di "principi generali", il Ddl si prospetta in realtà come una legge di carattere essenzialmente procedurale. Infatti, fissa la procedura per l'implementazione dell'art. 116 co. 3 della Costituzione, in base al quale: "Ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, concernenti le materie di cui al terzo comma dell'articolo 117 e le materie indicate dal secondo comma del medesimo articolo alle lettere l), limitatamente all'organizzazione della giustizia di pace, n) e s), possono essere attribuite ad altre Regioni, con legge dello Stato, su iniziativa della Regione interessata, sentiti gli enti locali, nel rispetto dei principi di cui all'articolo 119".<sup>iv</sup>

- **Tassello nel percorso verso l'autonomia differenziata previsto dalla Riforma del Titolo V Cost.** L'art. 116, cui il Ddl vuole dare attuazione, è stato riformato dalla Riforma del Titolo V, avvenuta con la L. Cost. 3/2001. Di per sé, la possibilità prevista dall'art. 116 co. 3 era quindi stabilita già da più di 20 anni; in altre parole, il Ddl prevederebbe solo la procedura da seguire per dare attuazione a delle richieste di autonomia differenziata già costituzionalmente previste.
- **Definizione dei LEP.** In base all'art. 1 del Ddl, “[l]’attribuzione di funzioni relative alle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione [...] è consentita subordinatamente alla determinazione [...] dei relativi livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione”.<sup>v</sup> A questo proposito, se i LEP in materia di sanità sono già stati definiti,<sup>vi</sup> non si può dire lo stesso per altri diritti civili e sociali. Quindi, il processo verso l'autonomia differenziata richiede, e comporta, l'adozione di tali ulteriori LEP ancora mancanti. Dubbi rimangono, tuttavia, in merito alla scelta del Dpcm – anziché di una legge ordinaria – come strumento per la loro individuazione.
- **Compimento del procedimento verso l'autonomia differenziata.** Tale processo è stato iniziato da Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna nel 2017, sulla base dell'art. 116 co. 3 Cost. A seguito di tali iniziative, nel febbraio 2018 sono stati conclusi con il Governo degli accordi preliminari, che individuavano i principi generali, la metodologia e un primo elenco di materie oggetto di autonomia differenziata.<sup>vii</sup> Anche per questi accordi erano stabilite caratteristiche ora rinvenibili negli accordi per l'autonomia differenziata previsti dal Ddl, come la durata decennale, nonché la possibilità di modifica degli accordi stessi durante il periodo di validità, nel caso si verificassero situazioni di fatto o di diritto atte a giustificare la revisione.<sup>viii</sup> Tale processo, che come è stato osservato “non aveva nulla di discriminatorio né presentava intenti secessionisti”,<sup>ix</sup> è stato poi seguito da simili iniziative di altre Regioni (Piemonte, Liguria, Toscana, Umbria, Marche e Campania).<sup>x</sup> Tuttavia, sia nei Governi Conte II che Draghi è prevalsa la corrente a favore della previa adozione di una legge-quadro che definisse le modalità di attuazione dell'art. 116 co. 3 Cost., affinché tali accordi per l'autonomia differenziata potessero essere conclusi.<sup>xi</sup> Considerando ciò, l'approvazione del Ddl porterebbe a compimento il procedimento verso l'autonomia differenziata iniziato ormai 6 anni fa.

# L'ANALISI DI FONDAZIONE THE BRIDGE

Per rispondere agli interrogativi riguardanti l'impatto della futura riforma dalla prospettiva, bisogna tenere conto di come talvolta le riforme poggino su solidi principi di base ma risentano di una non ottimale attuazione. Questo presupposto è fondamentale per consentire un approccio ad ampio raggio del tema in oggetto.

L'attribuzione di ulteriori competenze alle Regioni a statuto ordinario comporta il "trasferimento delle funzioni, con le relative risorse umane, strumentali e finanziarie, concernenti materie o ambiti di materie riferibili ai LEP" (art. 4), da effettuarsi a seguito della determinazione dei LEP e dei relativi costi e fabbisogni standard (art. 4). A tale scopo, l'intesa tra Stato e Regioni per il conferimento di attribuzioni individuerà "le modalità di finanziamento delle funzioni attribuite attraverso compartecipazioni al gettito di uno o più tributi erariali maturato nel territorio regionale" (art. 5). È vero che l'art. 9 del Ddl in oggetto prevede "Misure perequative e di promozione dello sviluppo economico, della coesione e della solidarietà sociale", che mirano a rimuovere gli squilibri economici e sociali perseguendo le finalità dell'art. 119 Cost. anche nelle Regioni che non concludono intese ai fini dell'autonomia differenziata (p.e., unificazione delle diverse fonti aggiuntive o straordinarie di finanziamento statale di conto capitale per la promozione dello sviluppo economico, l'unificazione delle risorse di parte corrente, l'effettuazione di interventi speciali di conto capitale). Ciò è coerente con il compito dello Stato di perseguire la promozione dell'esercizio effettivo dei diritti sociali e civili da esso garantiti.

Il sistema sanitario italiano è già ora caratterizzato da profonde diseguaglianze in termini di accesso alle prestazioni sanitarie, diseguaglianze non semplicemente riassumibili nel solo gradiente nord sud, ma riferibili ad una serie di altri fattori legati alle dimensioni del contesto regionale di riferimento e ad altri fattori legati a specificità territoriali che hanno portato ad un maggiore o minore sviluppo dei servizi nei territori.

Obiettivo dell'analisi di seguito presentata è quello di rilevare attraverso alcuni indicatori chiave le caratteristiche e le dimensioni dell'attuale livello di disuguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie nel paese dalla prospettiva del ciclo di salute del cittadino, per mettere a fuoco la situazione nella quale il percorso di autonomia differenziata si va ad inserire, e con la quale deve necessariamente entrare in relazione, avendo come costante punto di riferimento l'Articolo 32 della Costituzione "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività..." e i principi fondamentali su cui si basa il SSN dalla sua istituzione, previsti dalla legge n.833 del 1978: l'universalità, l'uguaglianza e l'equità.

La relazione illustrativa<sup>xii</sup> al testo ufficialmente trasmesso in Conferenza Unificata recita infatti: "... con l'autonomia differenziata **non si vuole dividere il Paese, né favorire Regioni che già viaggiano a velocità diversa** rispetto alle aree più deboli dell'Italia. **L'auspicio è che tutti aumentino la velocità**: sia le aree del Paese che con l'autonomia possono accelerare sia quelle che finalmente possono crescere".

Dall'indagine sullo stato attuale delle differenze regionali in termini di accesso alla sanità, anche sulla scorta di quanto previsto dalla modifica del Titolo V della Costituzione, che ha modificato l'assetto delle relazioni tra Governo centrale e territoriale, emergono alcune riflessioni.

Un aspetto che emerge con chiarezza è legato alla constatazione che le Regioni del nord del paese a **statuto ordinario** sembrano essere quelle che nel contesto attuale hanno saputo meglio rispondere alle esigenze dei cittadini, garantendo meglio di altre i livelli essenziali delle prestazioni. Alcune di esse hanno **saputo comunque esercitare ampie forme di autonomia in ambito sanitario** (Toscana, Veneto ed Emilia-Romagna

in particolare, ma anche la Lombardia), mentre **Regioni e Province Autonome a statuto speciale** in alcuni casi non sembrano aver esercitato o valorizzato l'autonomia che avrebbero potuto attuare e si collocano più in basso se non in fondo nelle diverse classifiche. Va tuttavia ricordato che esse in molti casi non hanno fornito i dati richiesti dal livello centrale, compromettendo una adeguata valutazione della loro capacità di garantire ai propri cittadini le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti. Calabria, Sardegna e Province autonome di Bolzano e Trento non avendo inviato alcuni flussi informativi obbligatori risultano pertanto penalizzate nella graduatoria.

**Non vi sono dati in grado di predire con certezza se e quanto un'accelerazione nella direzione della autonomia delle regioni possa portare ad una crescita delle già inaccettabili disuguaglianze tra i cittadini italiani nell'accesso al diritto essenziale della salute statuito dalla Costituzione;** dunque, occorre valutare e promuovere una serie di condizioni affinché ciò non avvenga.

L'obiettivo della riforma, in una visione ottimistica è quello di giungere ad un esito virtuoso, derivante dal trattenere la gran parte del gettito fiscale sul territorio, che si può tradurre in una maggiore efficienza nella fornitura di servizi per i propri cittadini, grazie a un più stretto rapporto tra chi spende e i beneficiari, riducendo gli sprechi.

Una visione pragmatica pone al centro del dibattito una presa di coscienza di come fino ad oggi operazioni e riforme di questo tipo siano state implementate nel nostro paese. Il disegno di legge dell'autonomia differenziata avrà implicazioni e conseguenze su larghissima scala dato che le politiche e competenze coinvolte sono molto numerose (23 materie delegabili). Per poter procedere occorre dunque avere un quadro molto chiaro delle possibili conseguenze per ciascuna di esse, rispetto alle quali ad oggi non si hanno elementi concreti. Nelle future fasi di messa a punto del testo della riforma vi sono dunque degli elementi di cui tener conto per il raggiungimento dell'obiettivo previsto attraverso la realizzazione di specifici approfondimenti:

- valutazione delle possibili conseguenze sociali, economiche e finanziarie, rispetto alle quali a oggi non si ha una stima concreta;
- proiezione della possibile crescita della complessità amministrativa che potrebbe derivare dall'aver differenti funzioni e risorse presenti sul territorio;
- analisi dell'impatto della sottrazione del gettito fiscale dalla redistribuzione nazionale sulle disuguaglianze di accesso alle prestazioni tra regioni più performanti e regioni meno performanti, indipendentemente da esse dove siano collocate;
- individuazione di strumenti innovativi ed efficaci che permettano di sostenere il costo della riforma per garantire i LEP in tutte le regioni senza che ciò impatti sul gettito fiscale.

Il tema della **tempistica** è il secondo nodo chiave. Fin dalla legge 833/78 si è iniziato ad introdurre il decentramento in sanità, perseguito con la legge su federalismo fiscale del 2009 (legge 42/09). Per la definizione ed approvazione dei Lea sanitari ci sono voluti 20 anni dalla loro prima enunciazione nella L.412/91 e approvati con Dpcm 29.11.2001, dopo un percorso complesso e tortuoso. Seppure aggiornati nel 2017 ancora oggi non sono erogati in modo uniforme in tutte le regioni del paese. Iter altrettanto complesso ha avuto la definizione dei costi e dei fabbisogni standard, formalizzato nel 2011 (Dlgs 68), ma ancora oggi basato su un valore medio per abitante. Per quello che riguarda la riforma nel suo complesso sembra davvero arduo pensare di riuscire a definire in soli tre anni i LEP di 23 diverse materie.

Per quel che riguarda la sola sanità sembra essenziale tener presenti alcune considerazioni:

- ➡ AGENAS, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, ha oggi assunto in pieno il proprio ruolo di coordinamento per lo sviluppo e il miglioramento del sistema di governance regionale,

presupposto che favorisce ulteriormente il miglioramento delle prestazioni sanitarie e dell'organizzazione dei servizi.

- Dato che **a oggi la minore o maggiore autonomia non sembra abbiano garantito migliore qualità dell'assistenza ai cittadini**, occorre riflettere su quanto le differenze e le disuguaglianze attuali possano essere ricondotte all'assetto più o meno marcatamente orientato nella direzione della autonomia e quanto invece possano essere legate alla volontà e capacità di esercitare una funzione di governo a livello regionale.
- Un tema da considerare in vista di una futura accentuazione della autonomia regionale in materia di sanità è l'adeguatezza dell'attuale sistema di monitoraggio nazionale degli attuali LEA/futuri LEP in considerazione del fatto che il sistema di monitoraggio nazionale (attraverso gli indicatori LEA CORE – ex-griglia LEA) non obbliga alcune delle regioni e PA a statuto speciale alla verifica degli adempimenti, a cui si aggiunge il fatto che anche regioni a statuto ordinario come la Lombardia, prevedono di realizzare un'autonoma valutazione degli esiti del monitoraggio con strumenti regionali.
- Quanto, dunque, la mancanza di un sistema di monitoraggio vincolante per tutte le Regioni e le province, con sanzioni importanti per le regioni inadempimenti, rappresenta un limite alla possibilità di attuazione degli standard nazionali atti a garantire la riduzione del gap strutturale del paese?

# APPENDICE

*Quanto sopraesposto è derivato anche da un'indagine condotta rispetto alla capacità delle Regioni di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini e qui riportata; per realizzarla si sono attinti dati solo da fonti istituzionali:*

- Istat
- Annuario Statistico Nazionale
- Ministero della Salute
- Monitoraggio LEA
- Corte dei Conti
- Monitoraggio BES.

## IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Diverse sono le fonti che descrivono l'Italia come un paese fortemente frammentato dal punto di vista socio-economico e sanitario.

L'Istat, nella Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021 evidenzia come "Sistemi sanitari caratterizzati da un modello assistenziale di base forte e ben strutturato presentino migliori esiti di salute per la popolazione di riferimento, in quanto rappresentati da un aumento dell'efficienza del sistema, della qualità dell'assistenza e della soddisfazione degli assistiti."



Ciò viene evidenziato in maniera chiara attraverso gli indicatori BES, ovvero gli indicatori di misurazione del benessere.

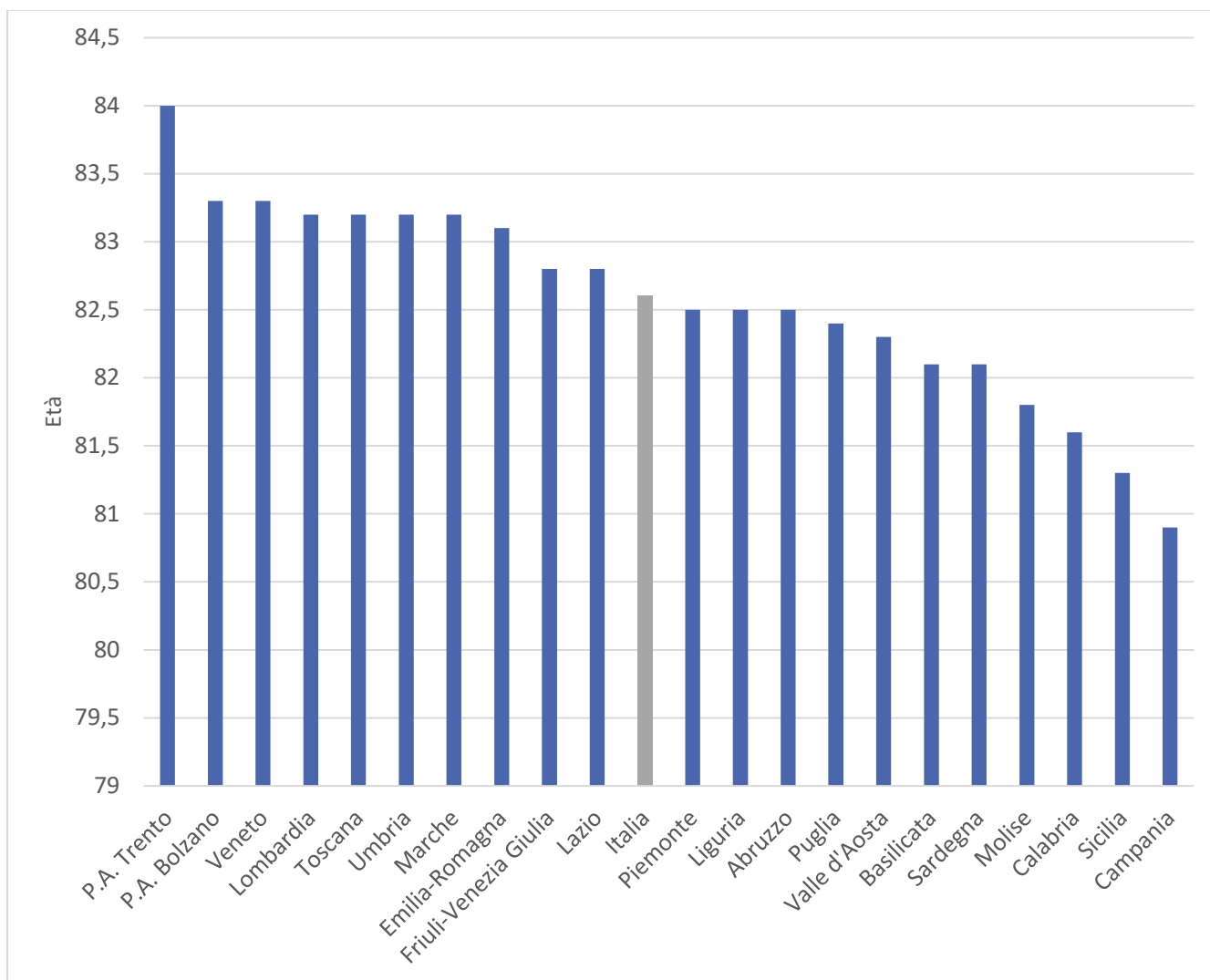


FIGURA 1. SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA PER REGIONE (2022). NOSTRA RIELABORAZIONE DI INDICATORE BES 01SAL001, ISTAT.

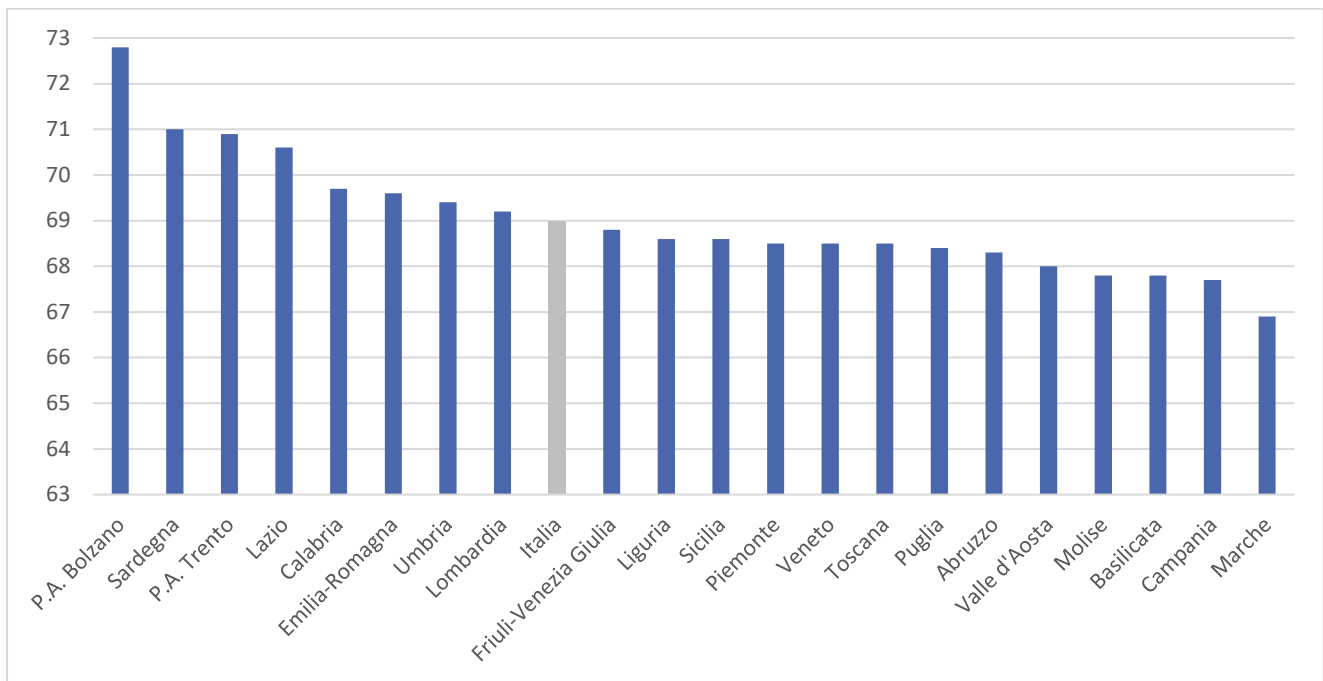
La figura evidenzia con chiarezza l'attuale **disparità in termini di esiti di salute nel nostro paese: metà delle** Regioni hanno una speranza di vita inferiore alla media nazionale e ai tre ultimi posti regioni del Mezzogiorno (Campania, Sicilia, Calabria); lo stesso dato è confermato dalla *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021*<sup>xiii</sup> da cui si evince che Campania, Sicilia, Calabria, Lazio e Piemonte hanno tassi più elevati di mortalità prevenibile e trattabile.

Relativamente al contesto un dato utile è quello relativo alla **condizione di salute percepita**. Si tratta di un indicatore basato su un giudizio soggettivo<sup>xiv</sup> ma strettamente associato al ricorso ai servizi sanitari<sup>xv</sup> e un buon predittore per ospedalizzazione, perdita di autosufficienza e mortalità<sup>xvi</sup>. L'Indagine ISTAT *Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana*<sup>xvii</sup> - dal 1993 rileva ogni anno le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui e delle famiglie. Tra i temi toccati dall'indagine vi è anche il tema

salute, stili di vita e accesso ai servizi. È possibile osservare anche in questo ambito una certa differenza tra le regioni italiane: a parte la Campania, tutte le regioni sopra la media nazionale in termini di auto percezione di buona salute sono collocate al nord mentre le ultime 4 della classifica sono tutte collocate al sud e isole.

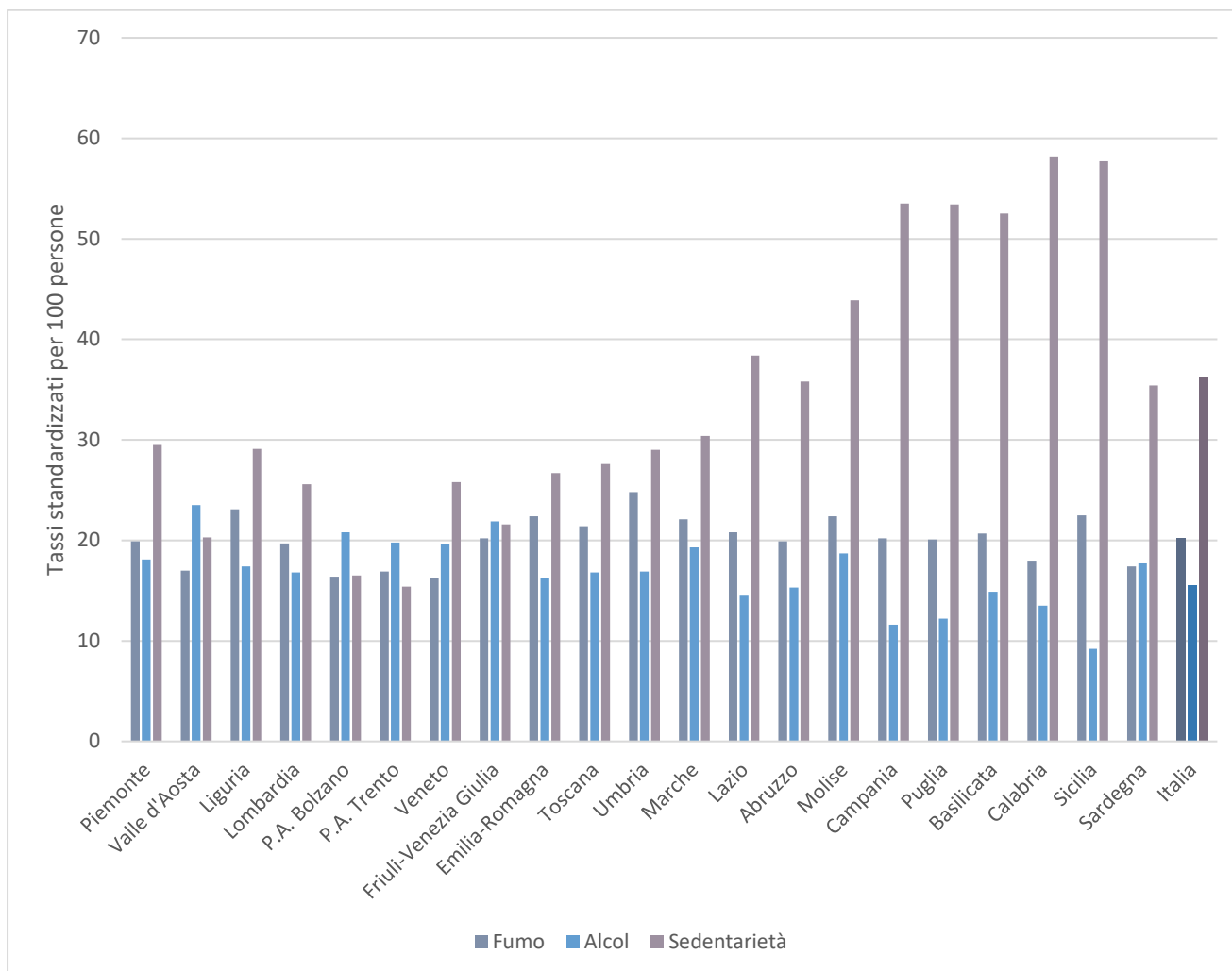
<b>Condizioni di salute e presenza di malattie croniche per 100 persone con le stesse caratteristiche Anno 2021</b>			
	Persone in buona salute	Persone con almeno una malattia cronica	Persone con almeno due malattie croniche
P.A. Bolzano	81,6	33,8	15,0
P. A. Trento	77,6	34,4	15,3
Valle d'Aosta	74,3	38,0	17,9
Campania	73,3	38,2	21,0
Lazio	72,4	40,0	21,1
Toscana	72,3	41,6	21,2
Lombardia	71,9	40,3	19,7
<b>Italia</b>	<b>71,1</b>	<b>39,9</b>	<b>20,9</b>
Liguria	71,0	42,9	22,0
Emilia-Romagna	70,9	39,5	20,0
Sicilia	70,7	37,7	21,1
Veneto	70,6	39,2	19,2
Abruzzo	70,5	39,7	21,9
Piemonte	70,3	40,1	19,8
Friuli-Venezia Giulia	70,3	41,5	21,4
Puglia	70,3	41,2	23,4
Umbria	70,2	44,5	24,8
Marche	69,3	38,6	21,2
Molise	67,3	41,6	21,3
Sardegna	66,5	42,9	24,5
Basilicata	65,8	38,0	22,5
Calabria	64,0	41,2	24,8

**TABELLA 1. CONDIZIONI DI SALUTE E PRESENZA DI MALATTIE CRONICHE PER 100 PERSONE CON LE STESSA CARATTERISTICHE ANNO 2021. FONTE: INDAGINE MULTISCOPO ISTAT (2022)**



**FIGURA 2. INDICE DI SALUTE MENTALE (2022). NOSTRA RIELABORAZIONE DI INDICATORE BES 01SAL003, [ISTAT](#).**

Una situazione in parte differente è quella descritta dall'indice di salute mentale che descrive una situazione ancor più frammentata ma non declinabile in una direttiva nord-sud.



**FIGURA 3. TASSI STANDARDIZZATI DI FUMO, ALCOL, SEDENTARIETÀ (2022). NOSTRA RIELABORAZIONE DI INDICATORI BES 01SAL010, 01SAL011, 01SAL012. [ISTAT](#).**

Lo stesso può dirsi per quanto riguarda le indicazioni rispetto fattori di rischio alla salute legate alle abitudini elemento che da una parte indica la necessità di modificare e potenziare politiche e strumenti legati alla prevenzione, dall'altra essi risultano essere determinati nella lettura di tassi relativi alla salute, alla speranza di vita in salute o alla qualità della vita.

## IL MONITORAGGIO DEI LEA

Il Ministero della Salute definisce i LEA (Livelli essenziali di assistenza) come le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse); vengono definiti a livello ministeriale e sono stati aggiornati per l'ultima volta nel 2017 (DPCM 12 gennaio 2017).

Il DPCM individua tre grandi livelli:

- prevenzione collettiva e sanità pubblica, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli;
- assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi sul territorio;
- assistenza ospedaliera.

Le Regioni potranno garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA utilizzando risorse proprie.

Per verificare la corretta erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza è stato istituito, nel 2005 con decreto ministeriale, il Comitato permanente presso il Ministero stesso.

### **Cos'è la valutazione LEA**

“Ogni anno il Ministero della Salute valuta l'adempimento delle Regioni nell'erogazione dei LEA, attraverso la Griglia LEA.

[...]

Per ciascun indicatore appartenente al sottoinsieme CORE è stata elaborata una specifica funzione di valorizzazione che, dato il valore dell'indicatore, calcoli un punteggio su una scala da 0 a 100, con il punteggio 60 corrispondente al valore soglia (ovvero di sufficienza) dell'indicatore.

[...]

In ogni caso, il fine principale dell'utilizzo delle funzioni di valorizzazione è quello di rendere confrontabili i punteggi di tutti gli indicatori, essendo essi tutti compresi nello stesso intervallo 0-100 e con punteggio 60 corrispondente alla soglia di sufficienza.

I criteri di penalità/premialità sono stati individuati attraverso lo studio della variabilità temporale e territoriale degli indicatori:

- variabilità temporale [...]
- variabilità territoriale [...]

Affinché la Regione sia adempiente, il punteggio di ciascuna area di assistenza dovrà collocarsi nell'intervallo di 60-100. Un punteggio inferiore a 60, anche in una sola area, darà un esito negativo nella valutazione.”<sup>xviii</sup>

Il Ministero della Salute pubblica annualmente un report di valutazione dell'adempimento rispetto al “*Mantenimento nell'erogazione dei LEA*” da parte delle Regioni italiane. Il report include anche le Regioni e Province autonome, sebbene in molti casi esse non forniscano i dati richiesti. Fino al 2019 lo strumento utilizzato per il monitoraggio dell'adempimento “Mantenimento dell'erogazione dei LEA” previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, richiesto alle Regioni per accedere al maggior finanziamento del SSN era la cosiddetta “Griglia LEA”. Il 1° gennaio 2020 è entrato in vigore il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, previsto dal DM 12 marzo 2019. “Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente di verificare - secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza - che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei [Livelli essenziali di assistenza \(LEA\)](#)”.

Gli indicatori individuati dal DM 12 marzo 2019 (allegato I) sono **88, distribuiti per macro-aree:**

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica
- 33 per l'assistenza distrettuale
- 24 per l'assistenza ospedaliera 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario
- 1 indicatore di equità sociale
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali - PDTA (BPCO, scompenso cardiaco, diabete, tumore mammella nella donna, tumore colon e tumore retto).

All'interno del NSG è stato individuato un sottoinsieme di 22 indicatori, cosiddetto "**CORE**", in sostituzione della "Griglia LEA" (in vigore fino al 2019), da utilizzare **per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni**. Tali indicatori sono suddivisi in tre macro-aree

- prevenzione collettiva a sanità pubblica
- assistenza distrettuale
- assistenza ospedaliera.

Le valutazioni del sottoinsieme costituiscono parte integrante **del Sistema di verifica degli adempimenti LEA** cui sono tenute le Regioni per accedere alla quota integrativa di risorse prevista dall'art. 2, comma 68, della legge n. 191 del 23 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del decreto-legge n.95/2012 (convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012).

Nel presente Report si è considerata l'ultima pubblicazione: *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia (DM 12 marzo 2019) Metodologia e risultati dell'anno 2021, pubblicati a fine febbraio 2024.*

## LA LOGICA DELL'INDAGINE

L'indagine assume la posizione del **punto di vista del cittadino e del contesto nel quale egli risiede**. È stato dunque realizzato un approfondimento volto a rilevare l'attuale situazione di accesso ai servizi sanitari e socio sanitari nelle regioni italiane assumendo quale prospettiva quella della capacità delle Regioni italiane nel contesto attuale di garantire i **livelli essenziali delle prestazioni (LEA)** previsti dal DPCM 12 gennaio 2017, ovvero le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse)<sup>xix</sup>.

L'indagine è stata immaginata non solo indagando la presa in carico dei pazienti, ma anche la capacità di garantire un generale buono stato di salute per tutti i cittadini; l'indagine è stata quindi immaginata raggruppandola nelle seguenti tre macro-aree:

- Buono stato di salute
- Insorgenza di patologie
- Acuzie.

### BUONO STATO DI SALUTE

- Vaccinazioni
- Screening
- Medici e pediatri

### INSORGENZA DI PATOLOGIE

- Cronicità
- Domiciliarità

### ACUZIE

- Pronto soccorso
- Ospedalizzazione

## 1) PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA

I LIVELLI MINIMI DI ASSISTENZA RELATIVI ALLA PREVENZIONE

In prima battuta, un giudizio di sintesi delle singole Regioni rispetto al tema, si può evincere dagli indicatori NSG del Monitoraggio LEA, la cui prima parte è dedicata alla sfera Prevenzione collettiva e sanità pubblica.

N° Indicatore	Descrizione Indicatore
<b>P01C</b>	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
<b>P02C</b>	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
<b>P10Z</b>	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino
<b>P12Z</b>	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale
<b>P14C</b>	Indicatore composito sugli stili di vita
<b>P15Ca</b>	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina
<b>P15Cb</b>	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella
<b>P15Cc</b>	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto

**Fonte dati:**

Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia, Metodologia e risultati dell'anno 2021 (Dicembre 2023)



Regione	Punteggio globale Area Prevenzione	
Prov. Auton. Trento	92.55	
Umbria	91.97	
Toscana	91.37	
Emilia Romagna	90.73	
Lombardia	86.84	
Piemonte	86.05	
Friuli Venezia Giulia	85.32	
Veneto	84.63	
Molise	82.99	
Marche	82.62	
Lazio	80.78	
Basilicata	79.63	
Campania	78.37	
Abruzzo	77.74	
Liguria	73.05	
Puglia	67.85	
Sardegna	61.63	
Calabria	52.96	
Prov. Auton. Bolzano	51.97	
Sicilia	45.53	
Valle d'Aosta	45.31	

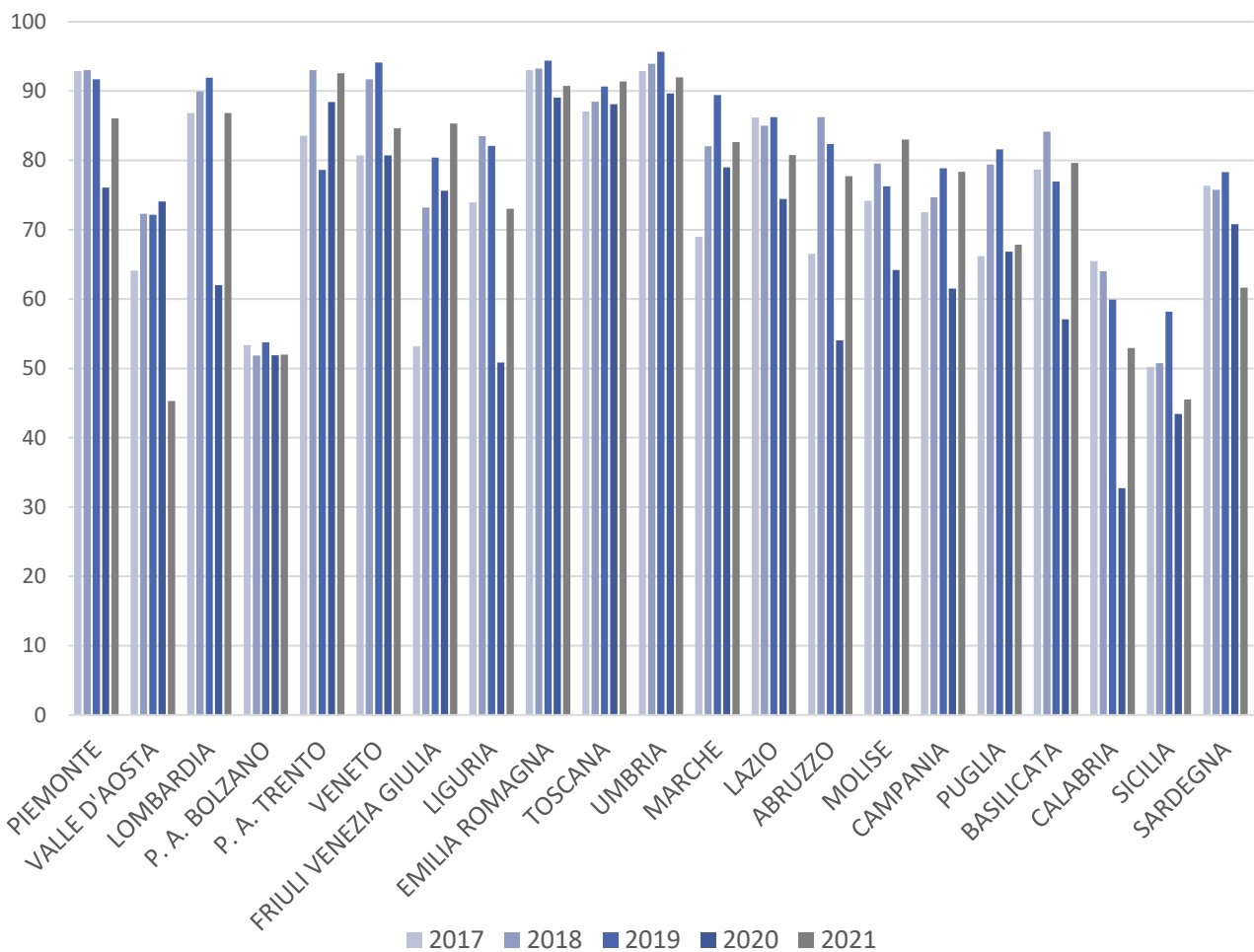
  

Legenda	
<span style="color: green;">■</span>	Massimo punteggio
<span style="color: lightgreen;">■</span>	Valutazione positiva
<span style="color: red;">■</span>	Valutazione insufficiente

TABELLA 2. VALUTAZIONE GLOBALE LEA AREA PREVENZIONE. NOSTRA ESTRAPOLAZIONE DA RISULTATI NSG – SOTTOINSIEME CORE, AREA PREVENZIONE, ANNO 2021

#### NOTE.

- Ricordando che il punteggio assegnato va da 0 a 100, risulta subito evidente che complessivamente nessuna regione ha ottenuto il massimo del punteggio; nel 2021 le migliori performance nell'erogazione dei servizi previsti dai LEA in termini di prevenzione sono state la provincia autonoma di Trento, Umbria, Toscana ed Emilia-Romagna.
- Solo quattro Regioni vengono giudicate insufficienti (Valle d'Aosta, Sicilia, Prov. Autonoma di Bolzano, Calabria), migliorando rispetto agli anni precedenti.
- Esiste molta disomogeneità a livello di risultati, ma ciò non sembra dalla maggiore o minore autonomia, mentre le migliori appartengono prevalentemente al Nord e al Centro Italia, anche se le quattro considerate insufficienti non sono rappresentate da una precisa geolocalizzazione).
- Come si evince dal seguente grafico:
- Indubbiamente in diverse realtà la flessione del 2020 è correlabile alla concomitanza della pandemia Covid-19, come ad esempio nel caso di Calabria, Liguria e Lombardia;
- Il trend riferibile al 2021, migliorativo o peggiorativo, non è correlabile ad aree di territorialità, ma dalle scelte delle singole regioni.



**FIGURA 4. VALUTAZIONE GLOBALE LEA AREA PREVENZIONE | CONFRONTO 2017-2021. NOSTRA ELABORAZIONE DA RISULTATI NSG – SOTTOINSIEME CORE, AREA PREVENZIONE, ANNO 2021**

## I VACCINI OBBLIGATORI (0-16 ANNI)

A fronte di un progressivo calo delle vaccinazioni che aveva determinato una copertura vaccinale media nel nostro Paese inferiore al 95% (valore soglia raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità per garantire la cosiddetta "immunità di gregge"), nel 2017 (Decreto legge 07 giugno 2017 , n. 73, Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale) il numero di vaccinazioni obbligatorie per i minori di età compresa tra zero e sedici anni e per i minori stranieri non accompagnati è passato da quattro a dieci.

Gli obiettivi prioritari sono contenuti nel Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019<sup>xx</sup>.

Vaccinazioni obbligatorie	Offerta attiva e gratuita, ma senza obbligo
<ol style="list-style-type: none"><li>1. anti-poliomielitica</li><li>2. anti-difterica</li><li>3. anti-tetanica</li><li>4. anti-epatite B</li><li>5. anti-pertosse</li><li>6. anti-<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b</li><li>7. anti-morbillo</li><li>8. anti-rosolia</li><li>9. anti-parotite</li><li>10. anti-varicella<sup>xxi</sup></li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. anti-meningococcica B</li><li>2. anti-meningococcica C</li><li>3. anti-pneumococcica</li><li>4. anti-rotavirus.</li></ol>

Rispetto alle performance regionale riguardo la somministrazione dei vaccini obbligatori è utile fare riferimento al monitoraggio LEA.

**Fonte dati:**

Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia, Metodologia e risultati dell'anno 2020 (Dicembre 2022)

COPERTURA VACCINALE NEI BAMBINI A 24 MESI PER CICLO BASE (POLIO, DIFTERITE, TETANO, EPATITE B, PERTOSSE, HIB)

Regione	Punteggio Totale 2021	Punteggio Totale 2020	Confronto anno precedente
Lombardia	100.00	95.26	↑
Veneto	100.00	83.34	↑
Friuli Venezia Giulia	100.00	83.44	↑
Emilia Romagna	100.00	100.00	=
Toscana	100.00	100.00	=
Umbria	100.00	100.00	=
Lazio	100.00	100.00	=
Molise	100.00	100.00	=
Campania	100.00	100.00	=
P.A. Trento	97.91	100.00	↓
Marche	88.53	84.64	↑
Basilicata	86.03	69.53	↑
Piemonte	84.68	87.47	↓
Calabria	83.35	50.70	↑
Liguria	78.14	77.12	↑
Abruzzo	73.80	74.26	↓
Puglia	66.37	82.91	↓
Sardegna	55.81	100.00	↓
Valle d'Aosta	19.77	100.00	↓
P.A. Bolzano	Non trasmessi	Non trasmessi	n.d.
Sicilia	Non trasmessi	Non trasmessi	n.d.

Legenda	
	Massimo punteggio
	Valutazione positiva
	Valutazione insufficiente

TABELLA 3. COPERTURA VACCINALE NEI BAMBINI A 24 MESI PER CICLO BASE 2021 E CONFRONTO CON ANNO PRECEDENTE. NOSTRA RIELABORAZIONE DA RISULTATI NSG – SOTTOINSIEME CORE, AREA PREVENZIONE, ANNO 2020 E 2021

**NOTE.**

- Nel 2021, solo due regioni (Sardegna e Valle d'Aosta) vengono giudicate insufficienti.
- Quasi la metà ha ottenuto un punteggio pieno
- Esiste molta disomogeneità a livello di risultati, ma ciò non sembra dipendere né dalla collocazione geografica, né dalla maggiore o minore autonomia.
- Rispetto all'anno precedente si riscontra un generale miglioramento.

## COPERTURA VACCINALE PER ANTINFLUENZALE

La vaccinazione antinfluenzale è raccomandata e gratuita per tutte le persone dai 65 anni in su, indipendentemente dalla presenza di particolari situazioni di rischio, con l'obiettivo di estendere la raccomandazione della vaccinazione a tutti le persone al di sopra dei 50 anni.

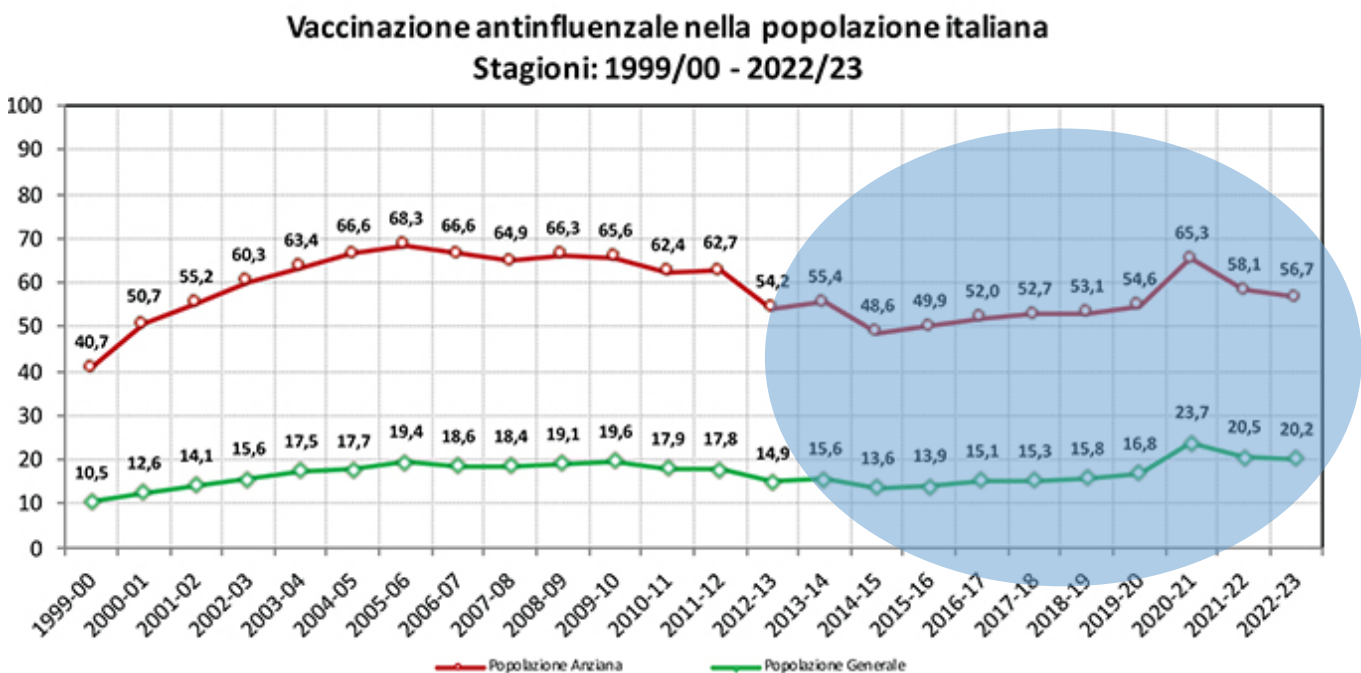


FIGURA 5. COPERTURA VACCINALE IN ITALIA. FONTE: [MINISTERO DELLA SALUTE](#)

In generale, a livello nazionale si può notare, nell'ultimo decennio, un range compreso tra il 50% e il 65% della popolazione anziana con un picco nel 2020-2021, stagione caratterizzata dalla presenza della pandemia e dalla forte attenzione mediatica connessa fatta anche per la vaccinazione antinfluenzale.

Regione	2022-2023	2021-2022	Confronto anno precedente
Umbria	68.7	68.8	↓
Basilicata	66.3	68.5	↓
Abruzzo	62.5	64.2	↓
Emilia Romagna	62.3	65.1	↓
Calabria	62.1	62.9	↓
Lazio	60.2	61.2	↓
Toscana	58.9	58.4	↑
Sicilia	58.9	63.7	↓
Friuli	58.3	60.3	↓
<b>Italia</b>	<b>56.7</b>	<b>58.1</b>	<b>↓</b>
Puglia	56.7	58.2	↓
Lombardia	55.3	56.0	↓
Marche	55.1	62.8	↓
P.A. Trento	54.8	46.5	↑
Veneto	54.7	51.8	↑
Piemonte	54.3	55.4	↓
Campania	53.9	58.1	↓
Liguria	53.7	55.8	↓
Molise	52.8	50.7	↑
Valle d'Aosta	45.9	49.3	↓
P.A. Bolzano	38.7	36.1	↑
Sardegna	37.3	41.2	↓

**TABELLA 4. COPERTURA VACCINALE ANTINFLUENZALE PER 100 ABITANTI, COORTE 65+, STAGIONE 2022-2023 E CONFRONTO STAGIONE PRECEDENTE. NOSTRA ELABORAZIONE DA DATI MINISTERO DELLA SALUTE**

#### NOTE

- Tutte le Regioni sono molto lontane dal raggiungimento di un obiettivo pari a 95% e dal valore normale (75%) e ciò, visto il trend storico, non dipende dalla pandemia che, anzi, nella stagione in esame ha sicuramente avuto un effetto amplificante rispetto all'adesione al vaccino.
- Considerando la media (56,7) si constata che le regioni sono divise quasi esattamente a metà.
- Esistono forti discrepanze regionali, con le Regioni autonome che fanno registrare le performances peggiori, così come sembra essere indicato per le regioni del Nord.

## SCREENING DI PRIMO LIVELLO

Per garantire equità nell'accesso a una diagnosi precoce, nei LEA sono previsti tre programmi di screening per la prevenzione dei tumori di cui due tipicamente femminili, seno e collo dell'utero, e il terzo per il tumore del colon-retto.

Lo screening per la diagnosi precoce del tumore mammario si rivolge, per legge, alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni con un controllo da ripetersi ogni 2 anni. Ciò rappresenta l'obiettivo che dovrebbero avere tutte le Regioni; alcune superano l'obiettivo minimo invitando allo screening una fascia di età più ampia (come ad esempio), altre non raggiungono nemmeno il livello minimo.

I test per lo screening del tumore del collo dell'utero sono il Pap-test e il test per Papilloma virus (HPV-DNA test). Il test impiegato finora è il Pap-test, offerto ogni 3 anni alle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni (oggetto di monitoraggio LEA).

Il test di screening per il cancro del colon-retto, utilizzato nella quasi totalità dei programmi è il test del sangue occulto nelle feci, eseguito ogni 2 anni nelle persone tra i 50 e i 69 anni.

**Fonte dati:**

Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia, Metodologia e risultati dell'anno 2021  
(Dicembre 2023)

Gli indicatori misurano lo screening organizzato, ovvero la procedura di invito corretto della popolazione bersaglio e presentazione allo screening.

Regione	P15C Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon-retto			
	Valore Indicatore cervice (%)	Valore Indicatore mammella (%)	Valore Indicatore colon-retto (%)	Punteggio finale
Piemonte	97.91	95.84	98.63	97.46
Valle d'Aosta	97.00	23.66	100.00	73.55
Lombardia	-	93.56	81.14	87.35
P.A. Bolzano	100.00	100.00	69.33	89.78
P.A. Trento	100.00	100.00	100.00	100.00
Veneto	100.00	100.00	100.00	100.00
Friuli Venezia Giulia	100.00	92.15	100.00	97.38
Liguria	85.92	80.39	75.15	80.49
Emilia Romagna	100.00	100.00	100.00	100.00
Toscana	100.00	100.00	93.20	97.73
Umbria	100.00	100.00	88.01	96.00
Marche	71.19	73.62	63.69	69.50
Lazio	67.37	60.42	42.92	56.90
Abruzzo	66.25	57.29	53.33	58.96
Molise	65.38	49.93	60.82	58.71
Campania	37.81	26.24	-	32.02
Puglia	61.87	38.43	-	50.15
Basilicata	66.64	87.33	73.72	75.90
Calabria	-	-	-	n.d.
Sicilia	60.96	38.29	22.25	40.50
Sardegna	40.26	22.73	-	62.99
				Legenda
				Massimo punteggio
				Valutazione positiva
				Valutazione insufficiente
				Valutazione su 2 indicatori

TABELLA 5. RISULTATI RIFERIBILI ALLE PRESTAZIONI DI SCREENING NEL 2021. FONTE: RISULTATI NSG – SOTTOINSIEME CORE, AREA PREVENZIONE, ANNO 2021

#### NOTE

Tenendo conto che 4 Regioni non hanno fornito puntualmente tutti i dati, la situazione per il 2021 è la seguente:

- Ben tre regioni hanno raggiunto nel 2021 il massimo del punteggio (100), ovvero P.A. Trento, Veneto e Emilia-Romagna.



- Mentre 6 Regioni vengono giudicate insufficienti (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia e Sicilia).
- Lo screening organizzato era già basso negli anni passati, probabilmente con una flessione dovuta al Covid-19.
- Esiste molta disomogeneità a livello di risultati, ma ciò non sembra dipendere dalla maggiore o minore autonomia.
- Emergono molte differenze tra Nord e Centro rispetto al Sud e Isole.

LA MEDICINA GENERALE: MEDICI E PEDIATRI

Il contratto dei medici di medicina generale prevede che ciascun medico di medicina generale (MMG) possa assistere un massimo di 1.500 “pazienti adulti” (dai 14 anni in su), con eccezioni a seconda del territorio di riferimento, quindi esiste già discrezionalità locale.

Limitandosi alla lettura dei dati ISTAT relativi al 2022, si evince che i medici erano complessivamente 39.366; in media, a livello nazionale, ogni MMG avrebbe in carico 1.324 adulti residenti; il numero è in forte crescita (1.059 nel 2017). Pur esistendo forti differenze a livello regionale - con un range che va dai 1.090 assistiti dell’Umbria ai 1.589 della Lombardia - mediamente non sembrerebbe esistere alcuna criticità rispetto a numero dei medici.

	MMG	popolazione 14+	numero medio di assistiti
Molise	241	262'654	1'090
Sicilia	3'798	4'231'451	1'114
Umbria	678	764'574	1'128
Basilicata	424	484'017	1'142
Puglia	3'019	3'470'149	1'149
Toscana	2'790	3'262'894	1'169
Abruzzo	966	1'133'654	1'174
Lazio	4'145	5'036'774	1'215
Calabria	1'320	1'632'394	1'237
Marche	1'004	1'321'350	1'316
Liguria	1'029	1'358'928	1'321
<b>Italia</b>	<b>39'366</b>	<b>52'115'026</b>	<b>1'324</b>
Piemonte	2'788	3'787'681	1'359
Campania	3'542	4'896'648	1'382
Sardegna	1'023	1'431'788	1'400
Emilia-Romagna	2'778	3'910'796	1'408
P.A. Trento	330	472'191	1'431
Valle d'Aosta	76	109'301	1'438
Friuli-Venezia Giulia	738	1'067'567	1'447
Veneto	2'889	4'284'012	1'483
P.A. Bolzano	288	455'655	1'582
Lombardia	5'500	8'740'548	1'589

TABELLA 6 DISTRIBUZIONE REGIONALE MMG (2022). NOSTRA RIELABORAZIONE DA DATI I.STAT.

	numero medio di assistiti 2022	numero medio di assistiti 2021
Molise	1'090	1'082
Sicilia	1'114	1'091
Umbria	1'128	1'069
Basilicata	1'142	1'119
Puglia	1'149	1'104
Toscana	1'169	1'237
Abruzzo	1'174	1'097
Lazio	1'215	1'187
Calabria	1'237	1'500

Marche	1'316	1'275
Liguria	1'321	1'295
<b>Italia</b>	<b>1'324</b>	<b>1'296</b>
Piemonte	1'359	1'317
Campania	1'382	1'344
Sardegna	1'400	1'279
Emilia-Romagna	1'408	1'374
P.A. Trento	1'431	1'431
Valle d'Aosta	1'438	1'387
Friuli-Venezia Giulia	1'447	1'395
Veneto	1'483	1'434
P.A. Bolzano	1'582	1'568
Lombardia	1'589	1'516

TABELLA 7 NUMERO DI ASSISTITI PER MMG, CONFRONTO 2021-2022. NOSTRA RIELABORAZIONE DA DATI I.STAT.

Per quanto riguarda i Pediatri di Libera Scelta (PLS), il contratto prevede che ciascuno possa assistere un massimo di 800 bambini (con età inferiore a 14 anni) e con deroga del 10%, quindi di 80 pazienti, a favore dei nuovi nati entro i 3 mesi di vita, degli extracomunitari con regolare permesso e dei fratelli di coloro che sono già seguiti dallo stesso medico e con eccezioni a seconda del territorio di riferimento. Esistono comunque realtà territoriali in cui, per carenza di medici pediatri o per libera scelta dei genitori, è consentito che i bambini siano assistiti da medici di medicina generale.

	PLS	popolazione 0-13 anni	numero medio di assistiti
Toscana	464	400'297	863
Puglia	515	452'792	879
Umbria	107	94'238	881
Emilia-Romagna	579	514'570	889
Lazio	763	678'108	889
Molise	32	29'496	922
Liguria	158	150'299	951
Sicilia	629	601'878	957
Calabria	232	223'060	961
P.A. Trento	71	68'767	969
<b>Italia</b>	<b>6'962</b>	<b>6'915'107</b>	<b>993</b>
Campania	724	727'772	1'005
Basilicata	56	57'151	1'021
Sardegna	152	155'625	1'024
Abruzzo	136	142'296	1'046
Marche	158	165'800	1'049
Veneto	527	563'733	1'070
Lombardia	1'108	1'202'456	1'085
Friuli-Venezia Giulia	112	127'080	1'135
Valle d'Aosta	12	14'059	1'172
P.A. Bolzano	61	76'961	1'262
Piemonte	366	468'669	1'281

TABELLA 8. DISTRIBUZIONE REGIONALE PLS (2022). NOSTRA RIELABORAZIONE DA DATI I.STAT.

	<b>numero medio di assistiti 2022</b>	<b>numero medio di assistiti 2021</b>
Toscana	863	991
Puglia	879	933
Umbria	881	998
Emilia-Romagna	889	951
Lazio	889	1'010
Molise	922	907
Liguria	951	1'066
Sicilia	957	1'007
Calabria	961	1'320
P.A. Trento	969	1'243
<b>Italia</b>	<b>993</b>	<b>1'100</b>
Campania	1'005	1'105
Basilicata	1'021	1'135
Sardegna	1'024	1'039
Abruzzo	1'046	1'064
Marche	1'049	1'107
Veneto	1'070	1'159
Lombardia	1'085	1'184
Friuli-Venezia Giulia	1'135	1'212
Valle d'Aosta	1'172	1'125
P.A. Bolzano	1'262	1'164
Piemonte	1'281	1'381

TABELLA 9 NUMERO DI ASSISTITI PER PLS, CONFRONTO 2021-2022. NOSTRA RIELABORAZIONE DA DATI I.STAT.

Analizzando i dati ISTAT relativi al 2022, si evince che i pediatri di libera scelta erano complessivamente 6'962; in media, a livello nazionale, ogni PLS avrebbe in carico 993 assistiti, superando il limite fissato per legge a 800 (che può arrivare ad 880 dal 2021), sottolineando quindi una generale carenza di pediatri in convenzione con il SSN.

Anche in questo caso, la variabilità territoriale è molto alta. Soltanto due Regioni (Toscana e Puglia) non superano il limite di assistiti, mentre le Regioni che si discostano di più da questo limite sono Piemonte (1'281 assistiti) e Valle d'Aosta (1'172 assistiti). Anche in questo caso, la provincia autonoma di Bolzano, fissando un massimale di 1.200 assistiti<sup>xxii</sup>, non può essere giudicata negativamente in quanto si discosta di poco dal massimale (1'262 assistiti).

## 2) L'ASSISTENZA TERRITORIALE

“L’assistenza territoriale è considerata a livello internazionale un elemento centrale per il raggiungimento degli obiettivi della strategia “health for all” definiti dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) già alla fine del secolo scorso”<sup>xxiii</sup>.

L’assistenza territoriale risponde ai bisogni dei cittadini, in particolare di quelli affetti da cronicità e disabilità, attraverso la presa in carico presso un sistema di servizi vicino al cittadino e in grado di fornire cure primarie. I principali servizi territoriali sono l’assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale e nelle cure palliative.

La seconda parte degli indicatori NSG del Monitoraggio LEA è dedicata alla sfera della assistenza territoriale/distrettuale. Il giudizio di sintesi delle singole Regioni rispetto al tema si può evincere dalla tabella seguente, che è basata sui seguenti indicatori Core:

N° Indicatore	Descrizione Indicatore
D03C*.	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta ( $\geq 18$ anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco
D04C*.	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica ( $< 18$ anni) per asma e gastroenterite.
D09Z.	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso.
D10Z.	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.
D14C.	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici.
D22Z.	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3).
D27C.	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.
D30Z.	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore.
D33Z.	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).

\*Indicatori D03C e D04C inseriti nel CORE ad anni alterni: nell’anno 2020 è stato inserito nel CORE l’indicatore D03C.

**Fonte:**

Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia, Metodologia e risultati dell’anno 2021 (Dicembre 2023)

Regione	Punteggio globale AREA DISTRETTUALE
Emilia Romagna	95.96
Veneto	95.60
Toscana	95.02
Lombardia	93.09
Marche	89.38
Liguria	85.92
Piemonte	84.47
Friuli Venezia Giulia	79.42
P.A. Trento	79.33
Lazio	77.61
Umbria	73.64
Abruzzo	68.46
P.A. Bolzano	68.05
Molise	65.40
Basilicata	64.22
Sicilia	62.19
Puglia	61.66
Campania	57.52
Sardegna	49.34
Valle d'Aosta	49.31
Calabria	48.51

Legenda	
<span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:blue; border:1px solid black;"></span>	Massimo punteggio
<span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:lightgreen; border:1px solid black;"></span>	Valutazione positiva
<span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:red; border:1px solid black;"></span>	Valutazione insufficiente

TABELLA 10. VALUTAZIONE GLOBALE LEA AREA DISTRETTUALE. NOSTRA ESTRAPOLAZIONE DA RISULTATI NSG – SOTTOINSIEME CORE, AREA DISTRETTUALE, ANNO 2021

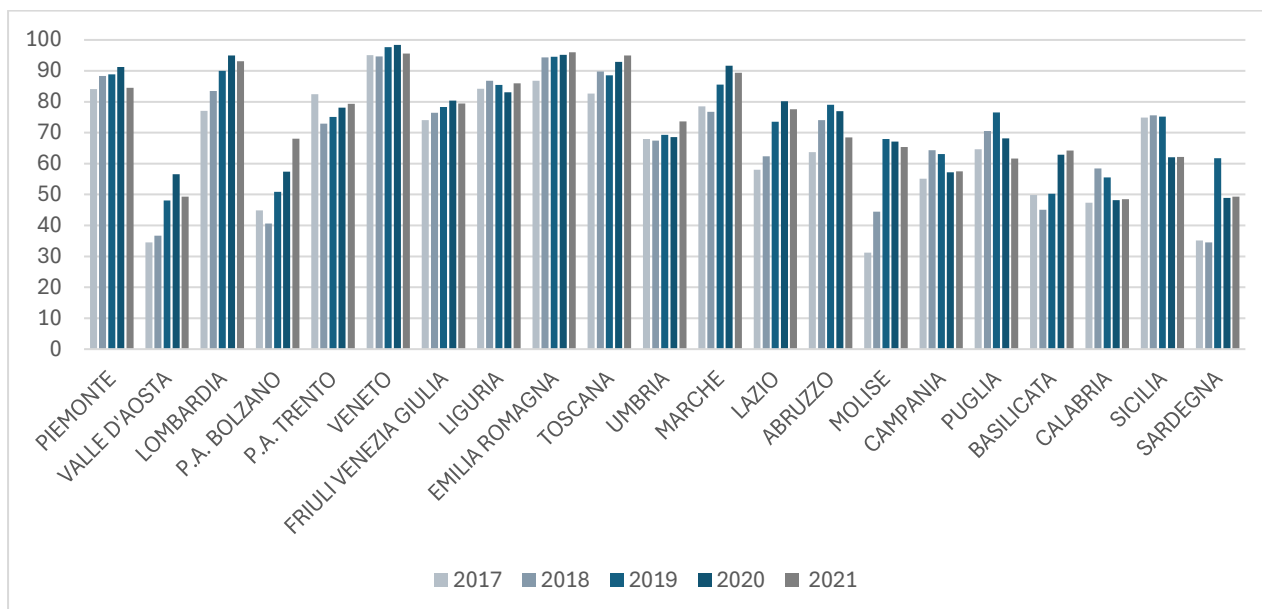


FIGURA 6 VALUTAZIONE GLOBALE LEA AREA DISTRETTUALE | CONFRONTO 2017-2021. NOSTRA ELABORAZIONE DA RISULTATI NSG – SOTTOINSIEME CORE, AREA DISTRETTUALE, ANNO 2021

**NOTE.**

- Ricordando che il punteggio assegnato va da 0 a 100, risulta subito evidente che anche in questo caso complessivamente nessuna regione ha ottenuto il massimo del punteggio; le regioni più performanti, per il 2021, nell'erogazione dei servizi previsti dai LEA in termini di assistenza distrettuale sono state Emilia-Romagna, Veneto, Toscana e Lombardia, tutte regioni a statuto ordinario.
- Quattro Regioni/PA, due delle quali a statuto speciale, vengono giudicate insufficienti: Campania, Sardegna, Valle d'Aosta, Calabria.
- Anche in questo caso la forte disomogeneità a livello di risultati, non sembra favorire le regioni a maggiore autonomia, mentre risulta evidente il gradiente nord sud, con l'eccezione della Valle d'Aosta, in qualche modo probabilmente penalizzata dalle ridotte dimensioni.

Come è possibile osservare nella tabella seguente relativa al *LEA CORE D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA1,2,3)* il numero di pazienti residenti in Regione assistiti in cure domiciliari (con diversa intensità assistenziale) sono tre le Regioni che hanno ottenuto il massimo punteggio relativamente al tasso di pazienti trattati in ADI (rispetto a tutti e tre i livelli di intensità assistenziale considerati): Veneto, Toscana e Marche. Seguono poi, a breve distanza, la P.A. di Trento, Emilia-Romagna, Basilicata e Abruzzo. Nella parte inferiore invece si osserva una lacuna importante del sistema, ovvero il fatto che il sistema monitoraggio atto ad assicurare a tutti i cittadini italiani che l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità, **non venga di fatto utilizzato in modo compiuto da alcune regioni e PA a statuto speciale.**

In questo caso il gradiente geografico sembra essere mitigato dalla presenza di 5 regioni del centro sud nelle prime 10 posizioni. Sono invece mancanti i dati di Calabria e Sardegna.

Regione	CIA 1	CIA 2	CIA 3	Totale
Veneto	100.00	100.00	100.00	100.00
Toscana	100.00	100.00	100.00	100.00
Marche	100.00	100.00	100.00	100.00
P.A. Trento	100.00	91.63	100.00	97.07
Emilia Romagna	97.00	92.31	100.00	96.86
Basilicata	74.62	100.00	100.00	96.19
Abruzzo	70.37	100.00	100.00	95.56
Molise	32.23	100.00	100.00	89.83
Sicilia	30.44	100.00	100.00	89.57
Lombardia	22.34	100.00	100.00	88.35
Lazio	37.91	100.00	81.41	81.39
Friuli Venezia Giulia	100.00	91.58	63.51	78.81
Campania	20.70	93.69	85.00	78.40
Puglia	26.13	67.88	85.56	70.46
Liguria	100.00	100.00	35.78	67.89
Piemonte	74.21	22.20	84.60	61.20
Umbria	94.72	55.04	47.18	57.06
Valle d'Aosta	7.13	0.00	0.00	1.07
P.A. Bolzano	1.47	0.00	0.00	0.22
Calabria	0.00	0.00	0.00	n.c
Sardegna	0.00	0.00	0.00	n.c

Legenda	
	Massimo punteggio
	Valutazione positiva
	Valutazione insufficiente

TABELLA 11. TASSO DI PAZIENTI TRATTATI IN ADI. NOSTRA RIELABORAZIONE DA RISULTATI NSG – LEA CORE D22Z, AREA DISTRETTUALE, ANNO 2021



### 3) ACUZIE - ASSISTENZA OSPEDALIERA

Per quanto riguarda il giudizio di sintesi delle singole Regioni rispetto al tema, che si può evincere dagli indicatori NSG del Monitoraggio LEA, si può rilevare quello che emerge nella terza parte, dedicata alla sfera della assistenza ospedaliera.

Regione	Punteggio globale Area ospedaliera
P.A. Trento	96.52
Emilia Romagna	94.50
Toscana	88.07
Marche	85.90
Lombardia	85.33
Veneto	84.65
Umbria	82.31
Piemonte	81.36
P.A. Bolzano	80.75
Puglia	79.83
Friuli Venezia Giulia	78.22
Lazio	77.12
Sicilia	75.29
Liguria	73.60
Abruzzo	69.25
Basilicata	63.69
Campania	62.68
Sardegna	58.71
Calabria	58.52
Valle d'Aosta	52.59
Molise	48.55




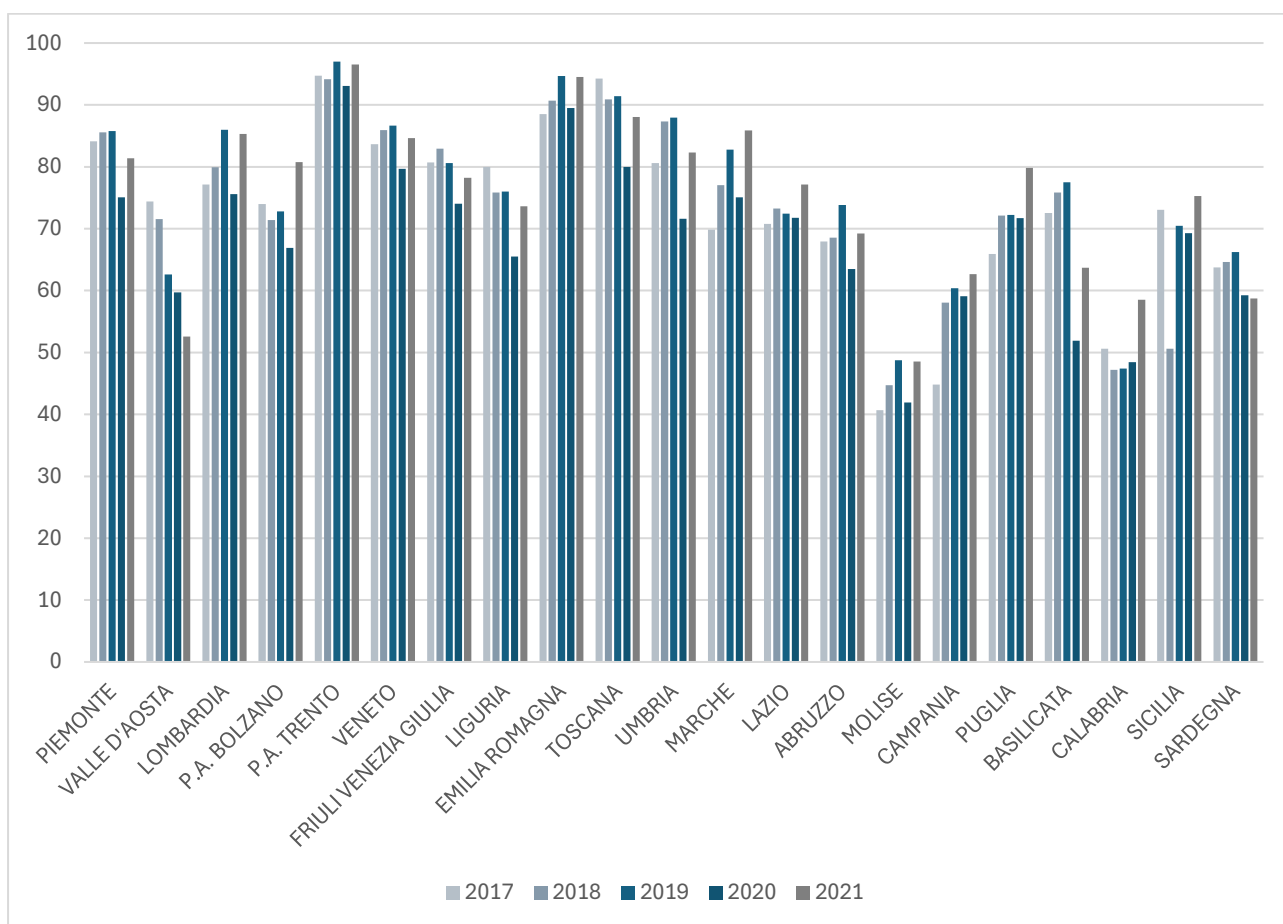
Legenda	
	Massimo punteggio
	Valutazione positiva
	Valutazione insufficiente

TABELLA 12. VALUTAZIONE GLOBALE LEA AREA OSPEDALIERA. NOSTRA ESTRAPOLAZIONE DA RISULTATI NSG – SOTTOINSIEME CORE, AREA OSPEDALIERA, ANNO 2021

#### NOTE.

- Anche in questo caso complessivamente nessuna regione ha ottenuto il massimo del punteggio; nel 2021, ma un generale trend di miglioramento rispetto all'anno precedente.
- Si riconferma la provincia di Trento come territorio più performante, seguita da Emilia-Romagna (le uniche due regioni che hanno superato il valore di 90).
- Quattro Regioni/PA, due delle quali a statuto speciale, (Valle d'Aosta, Sardegna, Calabria e Molise) vengono giudicate insufficienti,
- Anche in questo caso la forte disomogeneità a livello di risultati, non sembra favorire le regioni a maggiore autonomia, mentre anche in questo caso risulta evidente il gradiente nord sud, con l'eccezione della Valle d'Aosta.



**FIGURA 7 VALUTAZIONE GLOBALE LEA AREA OSPEDALIERA | CONFRONTO 2017-2021. NOSTRA ELABORAZIONE DA RISULTATI NSG – SOTTOINSIEME CORE, AREA OSPEDALIERA, ANNO 2021**

La seguente tavola tratta dall'Indagine Multiscopo ISTAT evidenzia forti differenze anche in termini di soddisfazione rispetto ai servizi sanitari ricevuti dai cittadini italiani nel corso del 2022 con le sole Regioni del Nord con elevati livelli di soddisfazione da parte di più della metà degli intervistati. I livelli più bassi riguardano tutti regioni del Meridione (Puglia, Calabria, Campania) e il Lazio.

Si noti che in generale il livello di piena soddisfazione è basso, con una media nazionale che si è attestata intorno al 41% tanto per quanto riguarda l'assistenza medica, tanto per quella infermieristica.

Livello di soddisfazione per l'assistenza medica	
	molto soddisfatto
Valle d'Aosta	61.4
Lombardia	58.2
Liguria	57.8
P.A. Trento	56.1
Emilia-Romagna	52.8
Piemonte	50.7
Friuli-Venezia Giulia	49.7
Veneto	47.5
P.A. Bolzano	46.1
Umbria	42.8
Sicilia	42.8
Italia	41.7
Marche	37.2
Abruzzo	36.2
Molise	33.7
Sardegna	33.0
Basilicata	32.8
Toscana	32.6
Puglia	27.1
Calabria	25.4
Lazio	21.5
Campania	16.2

Legenda:

Oltre il 50% dei cittadini molto soddisfatti	
Meno del 30% dei cittadini molto soddisfatti	

Livello di soddisfazione per l'assistenza infermieristica	
	molto soddisfatto
P.A. Trento	60.2
Valle d'Aosta	59.0
Friuli-Venezia Giulia	57.7
Lombardia	55.9
Veneto	52.6
Liguria	50.7
Piemonte	50.6
Umbria	49.5
Emilia-Romagna	48.1
Abruzzo	43.8
Sicilia	41.4
Italia	41.0
Marche	37.0
P.A. Bolzano	35.4
Sardegna	33.0
Toscana	31.1
Molise	29.9
Puglia	29.4
Calabria	27.5
Basilicata	25.9
Campania	16.8
Lazio	15.9

**TABELLA 13. LIVELLO DI SODDISFAZIONE PER VARI ASPETTI DEL RICOVERO - PER 100 PERSONE CON ALMENO UN RICOVERO NEI TRE MESI PRECEDENTI L'INTERVISTA - ANNO 2022. NOSTRA RIELABORAZIONE DA: INDAGINE MULTISCOPO ISTAT, 2022**

A titolo di esempio, di seguito si analizzano tre indicatori consolidati del sistema ospedaliero che indicano il grado di tempestività e di appropriatezza delle cure:

- proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volumi di attività superiore a 135 interventi annui;
- percentuale di pazienti (+65 anni) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.

PROPORZIONE DI INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA ESEGUITI IN REPARTI CON VOLUMI DI ATTIVITA' SUPERIORE A 135 INTERVENTI ANNUI

Regione	Punteggio globale
P.A. Trento	100.00
Emilia Romagna	100.00
Umbria	100.00
Marche	100.00
Abruzzo	100.00
Toscana	94.66
Liguria	81.51
Lazio	79.43
Lombardia	75.71
Puglia	73.11
Veneto	64.15
Piemonte	62.65
Calabria	61.89
Sicilia	61.76
Friuli Venezia Giulia	55.25
Sardegna	50.20
Campania	48.05
P.A. Bolzano	46.89
Basilicata	31.96
Valle d'Aosta	n.c.
Molise	n.c.

Legenda

	Massimo punteggio
	Valutazione positiva
	Valutazione insufficiente

TABELLA 14. VALUTAZIONE INTERVENTI TUMORE MALIGNO MAMMELLA (H02Z). NOSTRA ESTRAPOLAZIONE DA RISULTATI NSG – SOTTOINSIEME CORE, AREA OSPEDALIERA, ANNO 2021

Regione	Punteggio Totale 2021	Punteggio Totale 2020	Confronto anno precedente
P.A. Trento	100.00	100.00	=
Emilia Romagna	100.00	100.00	=
Umbria	100.00	72.58	↑
Marche	100.00	72.58	↑
Abruzzo	100.00	68.59	↑
Toscana	94.66	80.87	↑
Liguria	81.51	68.74	↑
Lazio	79.43	64.32	↑
Lombardia	75.71	58.68	↑
Puglia	73.11	59.96	↑

Legenda

	Massimo punteggio
	Valutazione positiva
	Valutazione insufficiente

Veneto	64.15	59.68	↑
Piemonte	62.65	57.03	↑
Calabria	61.89	5.94	↑
Sicilia	61.76	47.44	↑
Friuli Venezia Giulia	55.25	54.26	↑
Sardegna	50.20	53.44	↓
Campania	48.05	31.79	↑
P.A. Bolzano	46.89	18.87	↑
Basilicata	31.96	26.07	↑
Valle d'Aosta	-	-	n.c.
Molise	-	-	n.c.

**TABELLA 15 VALUTAZIONE INTERVENTI TUMORE MALIGNO MAMMELLA (H02Z) 2021 E CONFRONTO CON ANNO PRECEDENTE. NOSTRA RIELABORAZIONE DA RISULTATI NSG – SOTTOINSIEME CORE, AREA OSPEDALIERA, ANNO 2020 E 2021**

**NOTE.**

Anche in questo caso si osserva una forte disomogeneità nei risultati, seppur mostrando un miglioramento da parte di tutte le regioni.

- Il numero di Regioni con un punteggio insufficiente si è dimezzato, rimanendo come fanalino di coda le stesse dell'anno precedente: Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Campania, Basilicata e, quindi, senza un'indicazione Nord-Sud.
- Lo stesso può dirsi per le Regioni che hanno ottenuto le performance migliori: Emilia-Romagna, Provincia autonoma di Trento, Marche, Umbria, Abruzzo.

PERCENTUALE DI PAZIENTI (+65 ANNI) CON DIAGNOSI DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE OPERATI ENTRO 2 GIORNI IN REGIME ORDINARIO

Regione	Punteggio globale
P.A. Trento	95.06
Puglia	86.52
Marche	84.41
Emilia Romagna	83.40
P.A. Bolzano	82.27
Sicilia	78.86
Toscana	75.70
Piemonte	74.74
Lazio	74.69
Veneto	74.52
Friuli Venezia Giulia	71.23
Lombardia	70.28
Valle d'Aosta	62.84
Campania	50.75
Umbria	47.72
Calabria	34.89
Abruzzo	29.71
Liguria	28.66
Sardegna	23.35
Basilicata	21.23
Molise	14.74

Legenda







	Massimo punteggio
	Valutazione positiva
	Valutazione insufficiente

TABELLA 16. VALUTAZIONE PAZIENTI OPERATI CON FRATTURA COLLO FEMORE ENTRO DUE GIORNI (H13C). NOSTRA ESTRAPOLAZIONE DA RISULTATI NSG – SOTTOINSIEME CORE, AREA OSPEDALIERA, ANNO 2021

Regione	Punteggio Totale 2021	Punteggio Totale 2020	Confronto anno precedente
P.A. Trento	95.06	95.06	=
Puglia	86.52	86.52	=
Marche	84.41	84.41	=
Emilia Romagna	83.40	84.40	↓
P.A. Bolzano	82.27	82.27	=
Sicilia	78.86	78.86	↓
Toscana	75.70	78.70	↓
Piemonte	74.74	74.74	=
Lazio	74.69	75.69	↓

Legenda

	Massimo punteggio
	Valutazione positiva
	Valutazione insufficiente

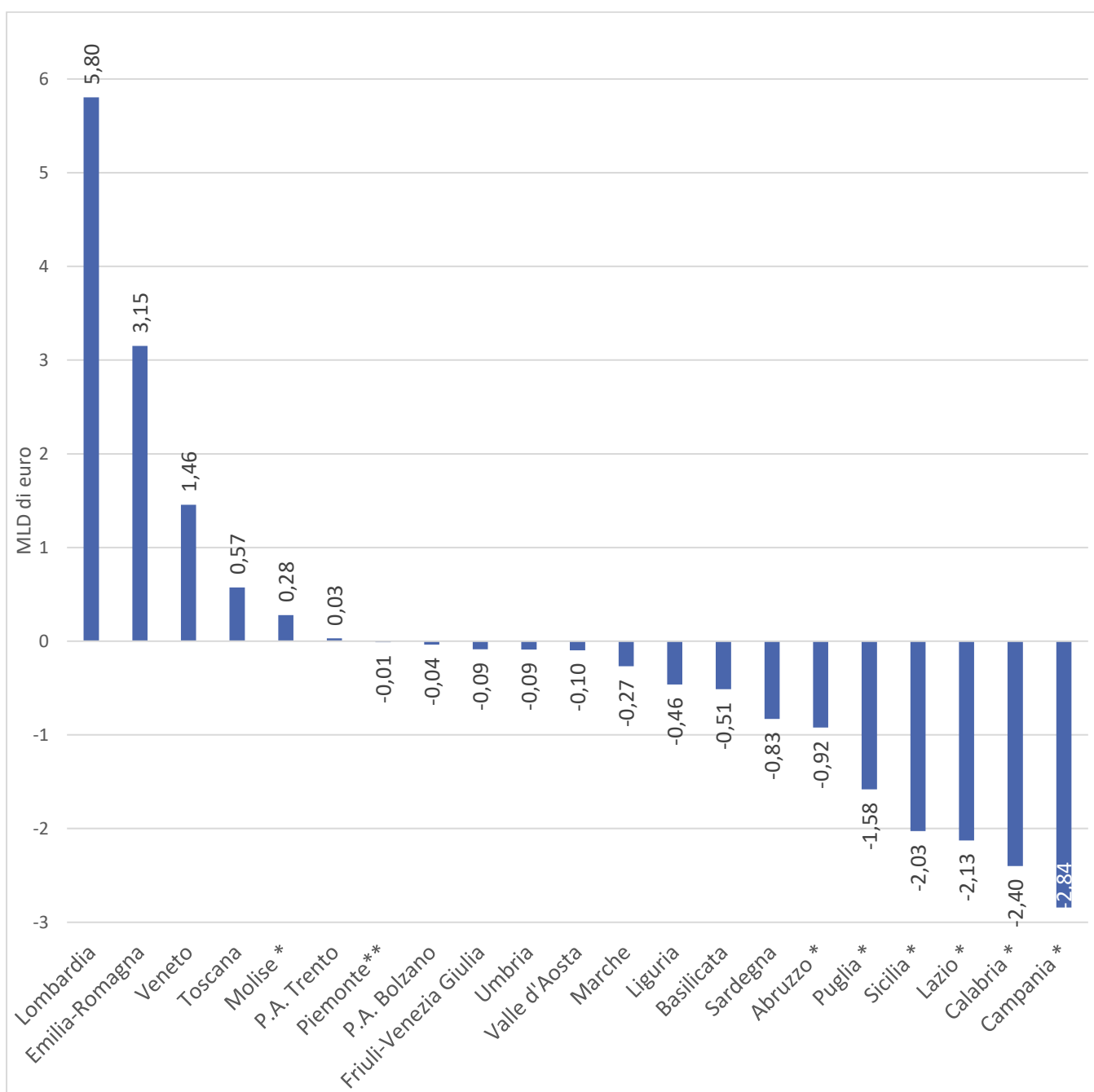
Veneto	74.52	77.52	↓
Friuli Venezia Giulia	71.23	72.23	↓
Lombardia	70.28	73.28	↓
Valle d'Aosta	62.84	44.46	↑
Campania	50.75	49.65	↑
Umbria	47.72	46.75	↑
Calabria	34.89	31.48	↑
Abruzzo	29.71	37.60	↓
Liguria	28.66	38.33	↓
Sardegna	23.35	37.30	↓
Basilicata	21.23	26.44	↓
Molise	14.74	19.66	↓

**TABELLA 17 VALUTAZIONE PAZIENTI OPERATI CON FRATTURA COLLO FEMORE ENTRO DUE GIORNI (H13C) 2021 E CONFRONTO CON ANNO PRECEDENTE. NOSTRA RIELABORAZIONE DA RISULTATI NSG – SOTTOINSIEME CORE, AREA OSPEDALIERA, ANNO 2020 E 2021**

**NOTE.**

- Si rileva anche in questo indicatore una forte disomogeneità a livello di risultati con punteggi che oscillano dal 14,74 (Molise) al 95,06 (P.A.Trento), così come si evidenzia non omogeneità nei trend.
- Nessuna Regione ha ottenuto il punteggio massimo.
- La parte bassa della classifica è caratterizzata dalla presenza di Regioni del Mezzogiorno oltre a Liguria e Umbria.

## MOBILITÀ SANITARIA INTERREGIONALE 2021



\* Regioni in piano di rientro.

\*\* Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

**FIGURA 8 MOBILITÀ SANITARIA INTERREGIONALE (2021). NOSTRA RIELABORAZIONE DATI CORTE DEI CONTI, REFERTO AL PARLAMENTO SULLA GESTIONE FINANZIARIA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI**

Un utile indicatore risulta essere quello relativo alla mobilità sanitaria, guardandolo però in maniera prospettica e attraverso una lettura maggiormente incentrata su regioni e territori che offrono o meno servizi non solo sanitari, ma anche di mobilità interna; è infatti fatto noto che, in certi casi, sia più veloce il trasferimento tra regioni che rispetto a città della stessa regione (spesso capoluoghi). Da questo punto di



vista sarebbe utile un approfondimento in termini di piccolo/grande centro urbano e sui servizi di trasporto e la condizione della rete stradale nelle regioni stesse.

È comunque indubbio che esistano disuguaglianze regionali, tanto nell'accessibilità, quanto nella qualità dei servizi. Rispetto a quest'ultima, esistono almeno due punti di vista da considerare: da una parte la mancanza di un'adeguata offerta locale con alcune regioni (in proporzione poche rispetto al panorama nazionale) che possiedono strutture sanitarie specializzate nella cura di determinate aree mediche, grazie alle risorse investite. D'altra parte esiste un problema di qualità percepita dalla cittadinanza che non sempre è in grado di cogliere eccellenze in territori storicamente meno innovativi; sarebbe necessario un processo di "re-branding" nei territori periferici e nel Meridione, luoghi in cui talvolta esiste una qualità, non riconosciuta per via di una cronicizzata perdita di fiducia nell'istituzione sanitaria locale.

Un altro fattore legato al fattore migratorio è legato ai tempi d'attesa, un problema nazionale e comunque non declinabile dalla direttrice nord-sud.

Sulla questione, la recente analisi pubblicata da Agenas<sup>xxiv</sup> mette in luce come la questione della mobilità rappresenti un fenomeno fisiologico legato alla ricerca delle migliori cure disponibili da parte dei cittadini e che riguarda in particolar modo prestazioni di alta complessità (e spesso rivolte verso il privato accreditato), evidenziando l'esistenza di una correlazione tra regioni di attrazione e qualità rilevata.

A parere di chi scrive, si tratta, quindi, di un fenomeno da potenziare rivendo tanto gli investimenti in un'ottica hub & spoke e di rete a livello nazionale, quanto i conseguenti accordi interregionali; in questa ipotesi fondamentale sarà il ruolo della telemedicina.

# ALLEGATI

## ALLEGATO 1: GLI INDICATORI

Tra gli indicatori del NSG è stato individuato un sottoinsieme di 22 indicatori, cosiddetto “CORE”, in sostituzione della “[Griglia LEA](#)” (in vigore fino al 2019), da utilizzare **per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni**. Tali indicatori sono suddivisi in tre macro-aree

### PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA

**P01C.** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib).

**p02C.** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR).

**P10Z.** Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino.

**P12Z.** Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.

**P14C.** Indicatore composito sugli stili di vita.

**P15C.** Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto

### ASSISTENZA DISTRETTUALE

**D03C\*.** Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta ( $\geq 18$  anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco.

**D04C\*.** Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica ( $< 18$  anni) per asma e gastroenterite.

**D09Z.** Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso.

**D10Z.** Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.

**D14C.** Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici.

**D22Z.** Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3).

**D27C.** Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.

**D30Z.** Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore.

**D33Z.** Numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).

\*Indicatori D03C e D04C inseriti nel CORE ad anni alterni: nell'anno 2020 è stato inserito nel CORE l'indicatore D03C.

### ASSISTENZA OSPEDALIERA

**H01Z.** Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.

**H02Z.** Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.

**H04Z.** Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.

**H05Z.** Proporzioni di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.

**H013C.** Percentuale di pazienti (età  $\geq 65$ anni) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.

**H17C/H18C\*.** Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con  $< 1.000$  parti (H17C) o in maternità di II livello o comunque con  $\geq 1.000$  parti (H18C).

\*Indicatori H17C e H18C valutati in maniera congiunta

# RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

---

<sup>i</sup> L'iter legislativo è consultabile al link [https://www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/testi/56845\\_testi.htm](https://www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/testi/56845_testi.htm)

<sup>ii</sup> ANSA, 02/03/23 19:53, citato da Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie, via libera Ddl autonomia, Ministro Calderoli: "È giorno storico, riformare paese guardando a sviluppo e responsabilità", <https://www.affariregionali.it/il-ministro/comunicati/2023/febbraio/via-libera-ddl-autonomia-ministro-calderoli-%C3%A8-giorno-storico-riformare-paese-guardando-a-sviluppo-e-responsabilit%C3%A0/>, ultimo accesso: 01/03/23.

<sup>iii</sup> ANSA, 02/03/23 20:13, citato da Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie, Via libera Ddl Autonomia, Ministro Calderoli: "È giorno storico, riformare Paese guardando a sviluppo e responsabilità", <https://www.affariregionali.it/il-ministro/comunicati/2023/febbraio/via-libera-ddl-autonomia-ministro-calderoli-%C3%A8-giorno-storico-riformare-paese-guardando-a-sviluppo-e-responsabilit%C3%A0/>, ultimo accesso: 01/03/23.

<sup>iv</sup> Costituzione della Repubblica Italiana, art. 116 co. 3.

<sup>v</sup> Ddl "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario", art. 1.

<sup>vi</sup> Violini L., SCENARIO AUTONOMIA/Ora serve anche una riforma dello Stato, <https://www.ilsussidiario.net/news/scenario-autonomia-ora-serve-anche-una-riforma-dello-stato/2484759/>, ultimo accesso: 15/03/2023

<sup>vii</sup> Sul tema v., ex multis, Camera dei Deputati, Le Regioni e l'autonomia differenziata, 31/10/2022, [https://temi.camera.it/leg19/temi/19\\_tl18\\_regioni\\_e\\_finanza\\_regionale](https://temi.camera.it/leg19/temi/19_tl18_regioni_e_finanza_regionale), consultato il 08/03/2023.

<sup>viii</sup> Ibid.

<sup>ix</sup> Violini L., *op.cit.*

<sup>x</sup> Camera dei Deputati, Le Regioni e l'autonomia differenziata, 31/10/2022, [https://temi.camera.it/leg19/temi/19\\_tl18\\_regioni\\_e\\_finanza\\_regionale](https://temi.camera.it/leg19/temi/19_tl18_regioni_e_finanza_regionale), consultato il 08/03/2023.

<sup>xi</sup> Ibid.

<sup>xii</sup> <https://www.ars.sicilia.it/sites/default/files/downloads/2023-03/Documento%20-%202023%20Dossier%20autonomia%20differenziata.pdf>

<sup>xiii</sup> Ministero della Salute, *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021*<sup>xiii</sup>, Anno 2022, interamente scaricabile dal sito istituzionale [https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=3270](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3270)

<sup>xiv</sup> Può includere aspetti difficilmente rilevabili oggettivamente, quali ad esempio l'integrazione sociale, le risorse fisiologiche e psicologiche, o la reazione della persona all'eventuale presenza di una malattia.

<sup>xv</sup> Come indicato dall'Istituto Superiore della Sanità

<sup>xvi</sup> Istat, *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021*

<sup>xvii</sup> ISTAT, *Indagine Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana, 2022*, <https://www.istat.it/it/archivio/217037>, consultato 9/03/2023

<sup>xviii</sup> Fonte: Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia DM 12 marzo 2019 Metodologia e risultati dell'anno 2020 Dicembre 2022 Pagg 13 - 14

---

xix

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=1300&area=Lea&menu=leaEssn>

<sup>xx</sup> Si ricorda che il successivo Piano (Piano nazionale prevenzione vaccinale 2023-2025) è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni ad agosto 2023, tuttavia i dati presenti nel monitoraggio LEA sono antecedenti a questa introduzione e si riferiscono al PNPV precedente.

<sup>xxi</sup> L'obbligatorietà per le ultime quattro (anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella) è soggetta a revisione ogni tre anni in base ai dati epidemiologici e delle coperture vaccinali raggiunte.

<sup>xxii</sup> Contratto collettivo 13 novembre 2020

<sup>xxiii</sup> Istat, Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021

<sup>xxivxxiv</sup> <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2324-agenas-presenta-i-dati-2022-della-mobilit%C3%A0-sanitaria-interregionale>