



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea triennale in

**Nuove tecnologie in sanità, verso il
superamento delle disuguaglianze?**

**New technologies in healthcare,
towards overcoming inequalities?**

Relatore:

Prof. Elena Spina

Rapporto Finale di:

Doria Mattia

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE.....	2
<i>CAPITOLO 1: IL SSN COME STRUMENTO PER RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE</i>	
1.1. LA SANITA' PRIMA DEGLI ANNI 80.....	4
1.2. IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE.....	6
1.3. IL RIORDINO DEL SSN.....	10
1.4. DAGLI ANNI 2000 AI GIORNI D'OGGI.....	14
<i>CAPITOLO 2: LA REGIONALIZZAZIONE DELLA SANITA'</i>	
2.1. LA RIFORMA TITOLO V DELLA COSTITUZIONE: LA "DEVOLUTION"	17
2.2. I SERVIZI SANITARI REGIONALI.....	21
2.3. IL GRANDE DIVARIO TRA NORD E SUD.....	23
<i>CAPITOLO 3: LE TECNOLOGIE DIGITALI COME RISOLVONO IL PROBLEMA?</i>	
3.1. L'OSPEDALCENTRISMO.....	26
3.2. LA TECNOLOGIA: UN AIUTO PER IL SSN.....	27
3.3. LA TELEMEDICINA.....	32
<i>CONCLUSIONE</i>	35
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	37
<i>SITOGRAFIA</i>	39

INTRODUZIONE

La salute definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) come “uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale”, rappresenta uno dei componenti fondamentali della nostra vita, la quale deve essere tutelata dal Sistema Sanitario Nazionale tramite l'offerta di servizi sanitari.

Nel presente lavoro vengono ripercorse le principali tappe del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) guardando, in modo particolare, alle disuguaglianze di accesso sperimentate dai cittadini fin dalla sua istituzione.

È stato scelto questo tema per analizzare il livello di accesso ai servizi sanitari, soprattutto in un Paese in cui opera un sistema di copertura fondato su universalità e uguaglianza ed in cui dovrebbe essere garantita l'equità di accesso.

L'elaborato è suddiviso in tre capitoli: nel primo capitolo, in particolare, viene effettuata una panoramica del Ssn e vengono seguite le tappe più importanti della sua evoluzione, partendo da prima della sua istituzione (avvenuta nel 1978) quando prevaleva un sistema basato su enti di tipo mutualistico fino ad arrivare alla Riforma Bindi e alla Riforma del 2001 che prevede l'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza, cioè l'insieme di prestazioni e servizi che il Ssn deve fornire a tutti i cittadini.

Viene affrontata la tematica delle disuguaglianze di accesso ai servizi che nel corso del lavoro permetterà di capire se le riforme sono state un valido strumento per

migliorare l'efficacia ed efficienza del Ssn, riducendo allo stesso tempo le iniquità che si sono andate creando.

Successivamente, nel secondo capitolo, viene discusso il tema della regionalizzazione della sanità, concentrandosi sulla Riforma del Titolo V della Costituzione avvenuta con la Legge Costituzionale n.3 del 18 Ottobre 2001, la quale assegna a Regioni e Province autonome l'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, costituendo un sistema formato da una moltitudine di centri di potere e ampliando il ruolo e le competenze delle autonomie locali.

Qui viene evidenziato come il processo di devoluzione abbia in realtà mantenuto le disuguaglianze, come dimostrano le varie classificazioni che sono state fatte sui 21 Sistemi Sanitari Regionali.

Nell'ultimo capitolo tenendo conto dell'avvento della pandemia da Covid-19 si va ad illustrare il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e soffermandosi sulla Missione 6 relativa alla Salute si focalizza l'attenzione sulle innovazioni tecnologiche e quindi sull'e-Health, l'utilizzo delle tecnologie in ambito sanitario per migliorare la salute e l'assistenza dei cittadini.

Tra varie tecnologie che fanno parte dell'e-Health l'attenzione si sofferma sulla telemedicina cercando di capire sulla base della letteratura se è un valido strumento per favorire l'equità di accesso alle cure.

CAPITOLO 1

IL SSN COME STRUMENTO PER RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE

1.1. LA SANITA' PRIMA DEGLI ANNI 80

L'Italia dal punto di vista della sanità, è da sempre un Paese caratterizzato da disuguaglianze.

Prima del 1978 il sistema si basa su enti di tipo mutualistico e la sanità è caratterizzata da significative iniquità nella copertura assistenziale e nelle prestazioni, una forte frammentazione di vari enti mutualistici e da notevoli inefficienze.

Il Sistema Sanitario si basa quindi su una forma di protezione assicurativo-previdenziale in cui il diritto alla tutela della salute è principalmente collegato alla condizione lavorativa e quindi non è considerato un diritto di cittadinanza nel senso pieno del termine, determinando casi di mancata copertura, con la conseguenza che i soggetti più vulnerabili e maggiormente esposti a malattie e a rischi sociali hanno minori possibilità di accedere a cure ed assistenza [Fordellone 2016].

Le cosiddette "Casse Mutue", gli enti assicurativi che in quel periodo garantiscono l'accesso alle cure, traggono origine dalle società operaie dell'800 [Ciocchi, Beltrami, Gallini 2018].

In una fase storica caratterizzata da una generale assenza di protezioni sociali, chi aveva la possibilità pagava per avere un'assistenza adeguata, mentre per i meno

abbienti non restava altro che affidarsi alle Opere Pie e alla beneficenza della classe borghese [Fordellone 2016]. I lavoratori iniziano così ad associarsi e a mettere in comune delle risorse per assicurarsi dai rischi dell'esistenza (disoccupazione, malattia, infortunio, vecchiaia, ecc.) generando un esteso e capillare tessuto di società mutualistiche: un vero e proprio welfare dal basso [Pinto 2018].

Nella prima metà del '900, le Società di Mutuo Soccorso pur perdendo la loro centralità all'interno dei movimenti operai, cedendo il passo alle emergenti organizzazioni di massa sindacali e politiche, riescono comunque ad andare avanti ma è poi l'avvento dell'epoca fascista a dare un deciso colpo al mutualismo operaio, riportando le associazioni sotto controllo diretto dello Stato e del regime [Fordellone 2016].

L'idea era non solo quella di irreggimentare le mutue esistenti, ma di farle confluire all'interno di alcuni macro-enti. Cercando nel 1943 di unificare l'esteso insieme di casse, istituti ed enti di assicurazione sanitaria nella Mutualità Fascista – Istituto per l'Assistenza di Malattia ai Lavoratori, gli enti mutualistici diventano così la spina dorsale di un nascente welfare burocratico e corporativo-assicurativo che, anziché promuovere l'estensione dei diritti sociali, cristallizza le disuguaglianze fornendo a ciascuno una protezione commisurata ai contributi versati e alla posizione ricoperta nel mercato del lavoro [Pinto 2018].

La sanità così impostata prevede dunque, non solo una copertura parziale della popolazione (lavoratori e familiari a carico), ma anche forti sperequazioni e

differenze nette tra i beneficiari in quanto le quote contributive versate alle assicurazioni variavano in base al tipo di lavoro svolto e diversi erano i livelli di assistenza cui si aveva accesso [Alleva, De Castro, Giuliano, Ricciardi, Salinetti 2018].

1.2. IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Con l'avvento della crisi finanziaria legata al sistema mutualistico nasce l'esigenza di riorganizzare il sistema, con l'obiettivo di renderlo sia più efficace che più efficiente. Infatti sulla base di questo, il 23 Dicembre del 1978 viene approvata la legge 833/1978 con la quale viene istituito in Italia il Sistema Sanitario Nazionale che rappresenta la più recente istituzione statale a tutela della salute e permette di attuare il precetto stabilito dall'articolo 32 della Costituzione: “ La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

La legge n. 833 del 1978 è conosciuta come la prima riforma sanitaria, perché segna il passaggio da un sistema mutualistico, di tipo categoriale, ad un servizio universalistico ed' è proprio l'articolo 1 della stessa legge a definire il Ssn come “il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la

popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociale e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”.

I principi fondamentali su cui si basa il Ssn sono i seguenti [Ministero della Salute 2019]:

- Universalità: ovvero l'estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione. Il Ssn applica questo principio attraverso la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione con una organizzazione capillare sul territorio nazionale i cui servizi sono erogati dalle Unità Sanitarie Locali ;
- Uguaglianza: I cittadini devono accedere alle prestazioni del Ssn senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche. Ai cittadini, che non appartengono a categorie esenti, è richiesto il pagamento di un ticket che varia per ogni singola prestazione prevista dai LEA;
- Equità: il principio fondamentale con il fine di superare le disuguaglianze di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie, secondo il quale a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute.

Questi tre pilastri sono a loro volta affiancati da principi organizzativi: la centralità della persona, la collaborazione tra i livelli di governo del Ssn, la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute, l'integrazione sociosanitaria.

Questa legge comporta la suddivisione delle competenze legislative tra Stato Regioni e Comuni e prevede un ammodernamento del sistema sotto il profilo tecnico, politico ed economico, ovvero: la gestione della sanità è affidata a Regioni ed Enti Locali; l'istituzione delle Usl; la suddivisione del territorio di ogni Usl in distretti sanitari per potenziare l'assistenza sanitaria; la possibilità per le strutture private convenzionate di erogare servizi sanitari gratuiti; è attribuito allo Stato il compito di finanziare e gestire i servizi sanitari.

Uno degli obiettivi principali del Ssn è il superamento degli squilibri socio-economici territoriali, realizzato mediante l'applicazione del principio dell'eguaglianza delle risorse (guardando soprattutto a quelle fisiche), cercando di arrivare a una dotazione tendenzialmente uguale dei presidi sanitari in tutte le Usl che operano a livello micro-territoriale come strumenti operativi dei comuni singoli o associati [Spina, Vicarelli 2020].

Inoltre si persegue mediante la programmazione nazionale regionale e la pianificazione locale l'obiettivo di razionalizzare la spesa sanitaria e al contempo quello di garantire maggiore uniformità delle prestazioni nelle diverse aree del Paese e maggiore equità tra i cittadini indipendentemente dalle differenze di censo, cultura ed area territoriale [Agazio, Salerno, Taruscio 2018].

Per quanto riguarda l'aspetto economico è introdotto un fondo sanitario nazionale che le Regioni devono ripartirsi, il cui importo è determinato annualmente desumendolo dalla Legge di approvazione del bilancio dello Stato.

Il Ssn si ispira al modello Beveridge, un sistema statalista e centralista, pensato come un soggetto unitario distribuito in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, governato da organi dello Stato cui è attribuito il compito di controllare tramite una rete di enti pubblici l'uniformità nella gestione ed organizzazione in tutto il Paese.

Questo però non può esistere in Italia, dove la Costituzione prevede ampi elementi di autonomia delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano in materia di organizzazione sanitaria. L'assegnazione di importanti funzioni di programmazione e governo alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano da parte della stessa legge 833/78 non fa che innescare, già a partire dal 1980, un processo di differenziazione che andrà ad approfondirsi sempre di più, e che autorizza ad affermare, già nella prima fase attuativa del Ssn, che in realtà esistono in Italia ben 21 sistemi sanitari diversi [Motore Sanità 2017].

La mancanza di strumenti di governo per i dirigenti e gli operatori per poter servire al meglio la collettività nel rapporto complesso e difficile tra Enti Locali e Usl, e quindi la scarsa efficienza organizzativa, la mancanza di responsabilizzazione e il modello organizzativo inadeguato, rappresentano le criticità della legge 833/1978. Si pone dunque la necessità di un riordino del sistema per poter eliminare tali problemi e per ridurre l'eccessiva spesa sanitaria che provoca grossi buchi finanziari per lo Stato [Fp Cgil 2019].

1.3. IL RIORDINO DEL SSN

Un primo tentativo di riordino viene effettuato con la legge 30 Dicembre del 1991 n.412, i cui più rilevanti aspetti innovativi riguardano: l'affidamento al Governo della determinazione dei livelli di assistenza sanitaria per assicurare condizioni di uniformità su tutto il territorio; la responsabilizzazione delle Regioni per la ristrutturazione della rete ospedaliera; il regime di incompatibilità per il personale del SSN [Studio Legale Chiarini 2022].

I principi fondamentali di "globalità" ed "universalità" del diritto alla tutela della salute sanciti con la legge 833/78, non sono messi in discussione con le norme di razionalizzazione introdotte con i decreti legislativi 502/92 e 51/93, che tuttavia modificano profondamente la natura giuridica delle USL, la loro "territorializzazione", le loro competenze in riferimento alla materia socioassistenziale, l'impianto organizzativo e le modalità di finanziamento [Fp Cgil 2019].

La letteratura [Fp Cgil 2019] illustra quali sono le principali modifiche introdotte con questi decreti che avviano la seconda riforma sanitaria:

1. L'attribuzione allo Stato di compiti di pianificazione in materia sanitaria, da attuarsi mediante l'approvazione del Piano Sanitario Nazionale triennale;
2. L'individuazione da parte dello stato dei "livelli uniformi di assistenza" che devono essere obbligatoriamente garantiti dal SSN ai cittadini;

3. La forte regionalizzazione della sanità, che prevede l'attribuzione alle Regioni di funzioni rilevanti nel campo della programmazione sanitaria, nel finanziamento e nel controllo delle attività gestite dalle Aziende;
4. Le Usl non sono più strumenti operativi dei Comuni singoli o associati ma diventano aziende regionali con propria personalità giuridica ed autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale;
5. Un nuovo sistema di finanziamento dell'assistenza sanitaria basato sulla remunerazione delle prestazioni effettuate, a tariffe predeterminate dalle Regioni;
6. L'attribuzione delle funzioni a carico dell'Azienda Sanitaria, mentre quelle socio-assistenziali sono di competenza degli Enti Locali.

Uno dei punti principali del Decreto 502/92 è l'aziendalizzazione delle Usl e l'istituzione di aziende ospedaliere autonome, per rendere più efficiente la gestione delle risorse; ciò è reso possibile grazie all'autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale attribuita alle Aziende Sanitarie che sono affidate alla direzione manageriale di un direttore generale, nominato dalla Giunta Regionale, il quale successivamente alla sottoscrizione di un contratto quinquennale si impegna nel perseguimento degli obiettivi indicati dal Piano Sanitario Regionale [Fp Cgil 2019]. Le Asl si articolano in distretti sanitari, hanno dimensioni infraregionali e sono dotate di autonomia organizzativa, gestionale, tecnica, amministrativa patrimoniale e contabile.

Successivamente, nel 1999, le modifiche al decreto legislativo n.52/1992 che rappresentano il tentativo di correggere alcune criticità dei precedenti provvedimenti, introducono la terza riforma sanitaria, realizzata tramite il decreto legislativo del 19 Giugno 1999 n.229 “Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 Novembre 1998 n.419”. Con l’approvazione del decreto legislativo conosciuto anche come Legge Bindi avviene un altro grande passo che introduce numerose innovazioni ma allo stesso tempo fa un passo indietro rispetto al decreto legislativo del 1992 mediante la riaffermazione dei principi e dell’impostazione della Legge 833/1978.

La regionalizzazione e la distrettualizzazione sono le due innovazioni strutturali fondamentali della rivisitazione del D.lgs. 502/92, i cui principali risultati sono:

- La prevalenza di un ruolo forte della programmazione, nell’ambito della quale avviene la libera scelta del cittadino e il maggior coinvolgimento delle autonomie locali nella programmazione sanitaria regionale e aziendale;
- La conferma dei principi fondamentali della legge 833 del 1978 e del processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie;
- La definizione delle risorse in funzione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza da erogare gratuitamente;
- Il potenziamento del distretto;

- Introduzione del collegio sindacale, organo di controllo con funzioni di amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico e di vigilanza sull'osservanza della legge.

La riforma valorizza il ruolo delle Regioni, le quali organizzano ed erogano il Servizio Sanitario e allo stesso tempo rafforza anche il ruolo dei Comuni nella fase di programmazione e di controllo prevedendo forme di concertazione per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale, del Piano Sanitario Locale, dei Piani attuativi locali (PAL) e del Programma delle attività territoriali (PAT).

Con la regionalizzazione si ridisegnano le competenze tra i due livelli di governo statale e regionale in senso maggiormente decentrato; vengono ridotte le competenze dello Stato e, allo stesso tempo, ampliate quelle delle Regioni conferendo loro, in base all'articolo 117 della Costituzione, la competenza legislativa concorrente con lo stato in materia sanitaria, il finanziamento del sistema anche con proprie imposte regionali e aliquote fiscali, la programmazione delle attività delle aziende sanitarie e il loro finanziamento e controllo [Cardano, Giarelli, Vicarelli 2019].

Tra le funzioni più rilevanti delle Regioni vi sono:

- Elaborazione del Piano Sanitario Regionale sulla base dei contenuti del PSN;
- Partecipazione alla programmazione sanitaria nazionale tramite lo sviluppo delle proposte per il Piano Sanitario Nazionale;

- Predisposizione dei principi e criteri per la stesura dell'Atto Aziendale e dei criteri per la suddivisione delle Asl in distretti.

Con la distrettualizzazione si riprende un elemento citato nella Legge 833/1978: il distretto, punto fondamentale per l'assistenza primaria territoriale tra servizi sociali e sanitari [Cardano, Giarelli, Vicarelli 2019].

In questa fase il Ssn viene definito come il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) mentre i livelli essenziali ed uniformi di assistenza sono definiti dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) nel rispetto dei principi della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso dell'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza; le Regioni rafforzano la propria autonomia e concorrono alla definizione del PSN e alla determinazione del fabbisogno complessivo del sistema.

1.4. DAGLI ANNI 2000 AI GIORNI D'OGGI

Dagli anni 2000 ad oggi, queste innovazioni trovano solo una parziale applicazione a causa di [Giarelli 2019]:

- il persistere di sprechi e inefficienze a diversi livelli;
- un progressivo definanziamento pubblico del Ssn a opera dei vari governi che si sono succeduti, producendo una privatizzazione dei servizi sanitari e il contemporaneo riemergere di forme mutualistiche e assicurative più alternative che complementari al Ssn pubblico;

- un decentramento regionale sempre più disuguale tra Regioni economicamente e strutturalmente forti e Regioni deboli, oltre che differenziato nelle modalità di attuazione delle politiche sanitarie, che ha prodotto, da un lato, una centralizzazione governativa per le Regioni in deficit e, dall'altro, una crescente richiesta di un'autonomia differenziata da parte delle Regioni forti, desiderose di gestire in proprio i servizi sanitari [Mori, Neri 2017].

Successivamente, nel Novembre 2001 vengono introdotti i LEA (livelli essenziali di assistenza) ad oggi definiti con DPCM, che sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale deve fornire a tutti i cittadini con le risorse pubbliche, sia gratuitamente che dietro il pagamento di una quota di partecipazione. In questa fase essi rappresentano il tentativo istituzionale di garantire, su tutto il territorio nazionale livelli essenziali di assistenza a fronte del processo di regionalizzazione portato a compimento con la legge di riforma costituzionale.

Questa riforma invece di ridurre le disuguaglianze tramite l'introduzione dei LEA, le amplifica sia a livello regionale che locale, smentendo i principi fondamentali di su cui si basa il Servizio Sanitario Nazionale e cioè "l'universalità ed equità di accesso a tutte le persone "garantiti dal diritto costituzionale e la "globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini " confermata dalla legge 833/78.

In Italia, sia l'istituzione del Ssn ispirato ai principi di universalità, equità e uguaglianza sia le successive riforme, non hanno contribuito ad evitare il riprodursi di forme di disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni sanitarie portando ad un'amplificazione delle stesse che già esistevano prima del 1978.

CAPITOLO 2

LA REGIONALIZZAZIONE DELLA SANITA'

2.1. LA RIFORMA TITOLO V DELLA COSTITUZIONE : LA "DEVOLUTION"

Le competenze regionali acquisite negli anni '90 dello scorso secolo si consolidano con la Legge Costituzionale n.3/2001 che introduce la riforma del Titolo V della Costituzione, la quale, oltre a ridefinire all'articolo 117 le competenze di Stato e Regioni, ridisegna anche le competenze in materia sanitaria.

Il nuovo articolo 117 della Costituzione determina l'ampliamento delle materie di competenza esclusiva dello Stato, la soppressione della competenza concorrente tra Stato e Regioni, l'individuazione di materie di competenza legislativa regionale e viene introdotta la "clausola di supremazia", che permette alla legge dello Stato, soltanto su proposta del Governo, di intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva quando lo richiede la tutela dell'interesse nazionale. Oltre all'articolo 117 ha particolare rilevanza anche il 118, il quale conferisce alle Regioni a statuto ordinario le funzioni amministrative.

Con la riforma del Titolo V si completa l'ampliamento dell'autonomia regionale (devolution) assegnando a Regioni e Province autonome l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari. Se l'obiettivo era quello di arrivare ad un federalismo solidale, la conseguenza è, tuttavia, una deriva regionalista, costituita da 21

differenti sistemi sanitari in cui l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie è profondamente diversificato e caratterizzato da molteplici iniquità.

Il 23 Febbraio 2002 l'entrata in vigore del Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri, pubblicato nel S.O. n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, permette di dividere i LEA precedentemente regolati dalla Legge 405/2001 in tre aree [Ministero della Salute 2019]:

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività e ai singoli;
2. Assistenza distrettuale ovvero l'insieme di attività, servizi sociosanitari e sanitari diffusi sul territorio, tra cui la medicina di base, assistenza farmaceutica, diagnostica ambulatoriale, medicina specialistica, strutture residenziali e semiresidenziali (residenze per anziani), assistenza domiciliare agli anziani e ai malati gravi, servizi territoriali consultoriali;
3. Assistenza ospedaliera, fa riferimento all'assistenza sanitaria offerta in pronto soccorso, durante un ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione.

Se, infatti, in una prima fase dell'universalismo (dal 1978 ai primi anni '90) si cerca di garantire una certa uguaglianza nelle risorse, dotando il paese di strutture e presidi tendenzialmente simili, lo scenario cambia con la managerializzazione della

sanità e con la prima regionalizzazione, quando tende a emergere la necessità di guardare non solo all'uguaglianza delle risorse ma anche a quella nell'accesso ai servizi [Spina 2022].

I principi fondamentali di "globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini" prevista dalla Legge 833/78 e di "universalità ed equità di accesso a tutte le persone" garantiti dal diritto costituzionale non contribuiscono a ridurre le disuguaglianze già esistenti ma vengono smentiti sempre di più tramite l'esistenza di condizioni che tendono a differenziare notevolmente i territori regionali [Fp Cgil 2019].

Inoltre, sia la centralità della persona, la collaborazione tra i vari livelli di governo, la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute e la valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari, previsti dai principi organizzativi del Ssn oltre a presentare innumerevoli criticità trovano anche un'applicazione sia parziale che contraddittoria. Ed infatti, le inaccettabili disuguaglianze regionali e locali documentano che l'universalità e l'equità di accesso ai servizi sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini, la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale e la reciprocità di assistenza tra le Regioni, rappresentano ad oggi un lontano miraggio [Cartabellotta 2015].

Sono proprio i LEA a diventare lo strumento utilizzato per ridurre tali iniquità presenti sia nella domanda che nell'offerta dei servizi ma l'utilizzo degli stessi nel tempo rende conto a carenze non risolte, soprattutto in alcune Regioni meridionali

(Calabria e Campania) nello specifico con conseguente rischio di marginalizzazione dei sistemi regionali più deboli. Né le disomogenee modalità di accesso ai servizi e alle prestazioni sembrano ancora al centro dell'agenda dei governi territoriali, soprattutto nel Mezzogiorno [Spina 2022].

La riforma del 2001 non rappresenta per le Regioni una straordinaria opportunità di autonomia organizzativa dei servizi sanitari ma si limita ad una delega al controllo della spesa e non costituisce un incentivo a riorganizzare i SSR con il duplice obiettivo di migliorare la qualità dei servizi (spendere meglio) e ridurre i costi (spendere meno). Ciò avviene sia a causa dell'eccessiva enfasi sul controllo della spesa sanitaria prevista posta in essere dallo Stato, che per la limitata capacità delle Regioni nell'organizzazione dei servizi sanitari [Cartabellotta 2015].

In molte Regioni si assiste alla coesistenza di livelli inadeguati di erogazione dei LEA, che contribuiscono alla mobilità sanitaria passiva e quindi ad un malfunzionamento dei Sistemi Sanitari Regionali; e per far fronte a ciò lo Stato utilizza i Piani di Rientro che nel tempo non fanno altro che dimostrarsi inadeguati e non in grado di intervenire sui fattori che condizionano sia la cattiva politica che la cattiva sanità [Cartabellotta 2015].

Oggi da un punto di vista sanitario l'Italia si caratterizza come il Paese più eterogeneo d'Europa, con sacche di inefficacia, inefficienza, ingiustizia che in un federalismo disegnato male e gestito peggio sono destinate ad aumentare, di pari passo con le diseguaglianze [Cartabellotta 2015].

A partire dal 2008, a fronte delle richieste di autonomia differenziata di alcune Regioni del Centro-Nord, sembra proporsi un atteggiamento di svalutazione dei territori meno performanti, secondo l'idea che non sappiano (e non meritino quindi di essere aiutati a) raggiungere maggiori livelli di equità territoriale. Tale andamento sembra definibile nei termini di una forma di «universalismo ridotto o sufficiente» [Giarelli e Vicarelli 2021].

Il processo di regionalizzazione non fa altro che contrapporsi ai principi di uniformità ed equità previsti dall'universalismo introdotto con la Legge 833 e permettono alle Regioni di applicare forme diverse di competizione o collaborazione amministrata [Neri 2009], creando sempre più situazioni di iniquità e differenze territoriali.

2.2. I SERVIZI SANITARI REGIONALI

La letteratura [Neri 2006] individua tre macro-modelli rappresentativi dei 21 Servizi Sanitari Regionali che compongono il Ssn:

- Modello di quasi mercato, tipico della Regione Lombardia, il quale si fonda sulla separazione dell'ente finanziatore/regolatore dall'ente erogatore delle prestazioni, sul principio della concorrenza tra erogatori e sulla libera scelta dei cittadini;
- Modello integrato, sviluppato prevalentemente in Emilia-Romagna, in Toscana ed in Veneto, che si fonda sulla cooperazione ed integrazione tra le

organizzazioni sanitarie indipendentemente dalla loro natura pubblica, privata o di terzo settore, e che si realizza a partire dalla programmazione pubblica degli interventi fino alla loro messa in pratica;

- Modello di tipo burocratico o residuale, che riguarda la quasi totalità delle Regioni del Sud e si caratterizza per un ruolo del decisore regionale fortemente dipendente dalle indicazioni del livello centrale.

Un'altra classificazione dei Sistemi Sanitari Regionali può essere introdotta riprendendo il modello di analisi proposto Sang-Yi et al.(2008) che si basa su due criteri di classificazione: erogazione dei servizi ospedalieri ed erogazione dei servizi territoriali.

Dal punto di vista dell'erogazione dei servizi sanitari Bertin e Cipolla [2013] illustrano tre gruppi:

- Sistema misto caratterizzato dalla prevalenza del pubblico nelle attività ambulatoriali ed una maggior penetrazione del privato per quanto riguarda l'attività ospedaliera, come presente nelle Regioni: Piemonte, Trentino-Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana;
- Sistema misto con una presenza limitata del privato nella gestione ospedaliera ed una più mista per le attività ambulatoriali. In questo segmento si trovano le Regioni Veneto e Valle d'Aosta;
- Sistema misto con una forte presenza del settore privato per quanto riguarda l'offerta ospedaliera e una mista per quanto riguarda le attività

ambulatoriali. In questo gruppo sono comprese le Regioni Lazio, Abruzzo e Calabria.

Queste due classificazioni non fanno altro che evidenziare le forme assunte e le caratteristiche delle relative Regioni che vanno a comporre il modello di Ssn, allontanandolo sempre di più da quello costituito nel 1978 fondato sui principi di uguaglianza, equità ed universalità.

2.3. IL GRANDE DIVARIO TRA NORD E SUD

L'Italia appare sempre più divisa sul versante sanitario dove la buona gestione da parte delle Regioni del Nord si contrappone all'aumento delle criticità delle Regioni del Sud (ed anche del Centro) [Osservatorio nazionale 2008].

Uno dei problemi più rilevanti del Ssn riguarda l'accesso ai servizi sanitari, e a partire dalla crisi economica del 2008 aumenta sempre di più la quota di persone che non può usufruire di cure a causa di motivi economici (7% della popolazione nel 2018) e per problemi di liste di attesa (3.3% della popolazione) [Giarelli, Vicarelli 2021].

Il problema di accesso ai servizi sanitari non è soltanto causato da disuguaglianze sociali ma anche da disuguaglianze di carattere territoriale ma, secondo l'ISTAT [2015], il Mezzogiorno ha la quota più alta in Italia di popolazione che rinuncia alle cure mediche per carenza dell'offerta o anche per introduzione dei ticket e di quote di compartecipazione alla spesa a carico dei cittadini.

Facendo riferimento al periodo in cui si implementano le riforme si nota che nel 1999 la percentuale di pazienti soddisfatti per le cure ospedaliere è del 46,6% al Nord, contro il 29% al Sud. Nel 2009, il livello di soddisfazione cresce al Nord di quasi il 2% (48,5%) mentre al Sud cala del 5,6% (23,3%) [Donati 2020].

Questa insoddisfazione da parte delle persone non fa altro che tradursi in migrazione sanitaria, il fenomeno che vede i cittadini cercare prestazioni sanitarie in una Regione diversa da quella in cui risiede.

Toth [2014] ha creato un indicatore che riguarda la mobilità inter-regionale ed anche in questo caso i dati non fanno altro che segnare sempre di più il divario tra Nord e Sud. In generale, nel 2018 i migranti della salute che si spostano da Sud e Isole verso Nord sono 345 mila, mentre quelli che dal Meridione vanno al centro sono 315 mila di cui il 52% per motivi legati alla qualità delle cure, il 31% per le liste d'attesa e il restante 17% per altri motivi di natura logistica [Albergo, Marasca 2019].

Nel decennio tra 1999 e 2009 il numero di persone che si spostano da Sud a Nord aumenta, facendo registrare un indice di mobilità che va da 4.67 ed arriva a 4.91; mentre quello inverso da Nord a Sud rimane pressoché invariato scendendo da 0.22 a 0.21 [Donati 2020].

Questo confronto permette di capire come le riforme non hanno funzionato e non hanno allo stesso tempo contribuito alla riduzione delle disuguaglianze che prima

dell'istituzione del Ssn erano già presenti, e non fa altro che rispecchiare le classificazioni dei modelli sanitari precedentemente viste.

Questo grande divario tra Nord e Sud è dovuto anche al fallimento della riforma del Titolo V, la quale compromette l'universalismo del SSN, con l'esistenza di ulteriori innumerevoli diseguaglianze e iniquità tra i 21 differenti sistemi sanitari : dagli adempimenti dei LEA alle performance ospedaliere documentate dal Programma Nazionale Esiti, dalla dimensione delle aziende sanitarie alla capacità di integrazione pubblico-privato, dalla governance della libera professione e delle liste di attesa alla giungla dei ticket, dalle eccellenze ospedaliere del Nord alla desertificazione dei servizi territoriali nel Sud, dalla mobilità sanitaria alle diseguaglianze sugli stili di vita, dai requisiti minimi di accreditamento delle strutture sanitarie allo sviluppo delle reti per patologia, dall'accesso alle prestazioni sanitarie agli esiti di salute. In questo contesto, è assolutamente prevedibile che le ulteriori autonomie concesse dal regionalismo differenziato, da un lato, indeboliranno le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, dall'altro, accentueranno iniquità e diseguaglianze disgregando definitivamente l'universalismo del SSN [Cartabellotta 2018].

CAPITOLO 3

LE TECNOLOGIE DIGITALI COME RISOLVONO IL PROBLEMA?

3.1. L'OSPEDALCENTRISMO

L'emergenza pandemica ha messo in evidenza numerose debolezze e falle di un Ssn che non fanno altro che ampliare i divari regionali e penalizzare la sanità territoriale. Le falle non riguardano esclusivamente aspetti organizzativi ma richiamano attenzione sul fallimento di interventi incentrati sul "paziente" inteso come prevalentemente "corpo malato", e non come "persona portatrice di bisogni" ; sui ritardi e le resistenze verso una compiuta integrazione tra medicina ospedaliera e territoriale; sull'affanno della risposta dell'assistenza primaria ai bisogni dei pazienti, e ciò non per volontà degli attori, ma per la insufficiente implementazione di indirizzi di politica sanitaria presenti nel nostro sistema fin dalla legge 833/78 [Vicarelli e Giarelli 2021]. Si tratta più in generale del fallimento di una sanità che non mette al centro del sistema il paziente ma si basa sulla centralità dell'ospedale come asse portante del Sistema Sanitario, una distorsione che prende il nome di "ospedalcentrismo"[Spina 2022].

Anche durante la pandemia il modello ospedalocentrico ha mostrato i suoi limiti, in favore di modelli basati su una maggiore integrazione territorio-ospedale [Webmaster 2021] ed è proprio la Corte dei Conti [2020] ad affermare che "la mancanza di un efficace sistema di assistenza sul territorio ha lasciato la

popolazione senza protezioni adeguate”. Appare quindi evidente l’urgenza di migliorare l’accesso alle cure per i pazienti sul territorio passando da una visione ospedalocentrica ad un approccio domiciliare e territoriale dell’assistenza [Webmaster 2021].

3.2. LA TECNOLOGIA: UN AIUTO PER IL SSN

L’innovazione digitale può essere lo strumento adatto per aiutare il Ssn nella risoluzione di questi problemi?

Con il termine e-Health (o salute digitale), l’Organizzazione mondiale della sanità (OMS) fa riferimento all’uso di tecnologie informatiche e di telecomunicazione (ICT) a vantaggio della salute umana, la quale può segnare un punto di svolta nel Ssn, permettendo agli enti ospedalieri di fornire servizi sempre più conformi a quelle che sono le necessità dei cittadini, migliorando allo stesso tempo il costo e la qualità dei servizi offerti e ponendo un limite allo spreco di risorse.

L’importanza delle innovazioni tecnologiche in sanità non è una novità ma con l’esperienza della pandemia da Covid-19, si è sentita una maggiore esigenza di operare tramite l’utilizzo di competenze digitali, nuovi processi per l’offerta di cure e prestazioni e su migliori rapporti tra analisi dei dati, cure, ricerca e programmazione.

È proprio la letteratura [Giarelli e Vicarelli 2021] ad affermare che l’innovazione digitale può contribuire a trasformare il Ssn post-pandemico che, oggi più che mai,

sta affrontando numerose pressioni legate ad una crescita esponenziale dei costi sanitari, che supererà di gran lunga i tassi di crescita del PIL.

Il modello attuale di offerta dei servizi sanitari e la nota accelerazione della digitalizzazione causata dagli effetti pandemici dirompenti in tutti i settori della società, hanno fatto crescere una forte domanda di servizi innovativi e personalizzati tra i cittadini. L'innovazione non riguarda però soltanto gli investimenti tecnologici o le ordinanze normative. Il cambiamento passa necessariamente anche attraverso una serie di fattori che si inseriscono tra i soggetti coinvolti, le culture e le resistenze al cambiamento, le pratiche manageriali, gli aspetti amministrativi e i pagamenti ai professionisti della salute; il tutto senza escludere, ma anzi convivendo, con le forme "tradizionali" di accesso ai servizi sanitarie e assistenziali in presenza [Giarelli e Vicarelli 2021].

Per rilanciare l'economia del Paese dopo la pandemia di Covid-19 e permettere lo sviluppo verde e digitale, il 23 Luglio 2021 viene approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr).

Questo documento descrive quali progetti l'Italia intende realizzare grazie ai fondi comunitari, delinea inoltre come tali risorse saranno gestite e presenta anche un calendario di riforme collegate finalizzate in parte all'attuazione del piano e in parte alla modernizzazione del Paese [Openpolis 2021]. Essendo realizzato secondo le linee guida prevista dalla Commissione Europea, il Pnrr è in coerenza con i sei

pilastrini del NGEU (NextGenerationEU), si articola in 16 componenti e nelle seguenti 6 Missioni:

- Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo;
- Rivoluzione verde e transizione ecologica;
- Infrastrutture per una mobilità sostenibile;
- Istruzione e ricerca;
- Inclusione e coesione;
- Salute.

Facendo attenzione alla sesta Missione, che riguarda la Salute, il Pnrr stanziava 15,63 miliardi da spendere nel quinquennio 2021-2026 con l'obiettivo di potenziare la capacità di prevenzione e cura del Sistema Sanitario Nazionale a beneficio di tutti i cittadini, garantendo un accesso equo e capillare alle cure e promuovere l'utilizzo di tecnologie innovative della medicina [Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021].

La sesta Missione si articola in due componenti [Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021]:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo

sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;

- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi.

Secondo Topol [2019] esistono altri tre motivi che inducono all'investimento nella digitalizzazione della salute:

- Le tecnologie digitali, che permettono, attraverso operazioni di tipo automatico e interventi a distanza, di ridurre la spesa;
- La spinta digitale, data dalla rapida e costante crescita della connettività wireless e dalla conseguente capacità di circolazione istantanea di informazioni di tipo medico;
- La possibilità di focalizzare il percorso di cura garantendo una personalizzazione dell'assistenza grazie alla costante raccolta di dati personali.

Sono molti gli strumenti tecnologici utilizzati negli aspetti relativi a salute e benessere; particolare rilevanza assumono le applicazioni per gli smartphone le quali, collegate a strumenti indossabili e a sensori, possono permettere di

controllare il ritmo cardiaco o anche la quantità di calorie bruciate dopo un attività motoria.

I servizi di sanità digitale possono contribuire certamente all'innovazione dei modelli organizzativi dell'assistenza, all'evoluzione delle politiche professionali, alla riforma e al rafforzamento dell'assistenza sociosanitaria territoriale, ad aumentare la qualità della vita dei pazienti e dei caregiver, ma anche a garantire maggiore sostenibilità dei redditi delle famiglie e delle casse del Ssn. In altre parole, sono l'ingrediente indispensabile per l'ammodernamento del Ssn [Aceti 2021]. Anche il rapporto con i professionisti sanitari può cambiare in virtù di nuove strumentazioni che consentono di erogare servizi a distanza (telemedicina) o raccogliere informazioni di tipo sanitario (attraverso la cartella elettronica) [Ardigò e Moruzzi 2001].

Negli ultimi anni gli strumenti di sanità digitale si sono diffusi sempre di più, si pensi al mobile health (m-health) ovvero l'utilizzo dei dispositivi mobili, app e sensori indossabili; la telemedicina, cartella clinica elettronica, le prescrizioni online; la robotica medica e protesica avanzata; terapie digitali (Digital Therapeutics o DTx) la diagnostica avanzata assistita da algoritmi di intelligenza artificiale e di Big Data e molto altro [Foschiano 2020].

3.3. LA TELEMEDICINA

Tra queste importanti aree tecnologiche, quella che rappresenta il futuro della sanità digitale e su cui vale la pena soffermarsi è la telemedicina, definita nell'Intesa Stato-Regioni "Telemedicina-Linee di indirizzo nazionali" del 20 febbraio 2014, come "una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località". Questa forma sanitaria viene operata per i seguenti scopi sanitari:

- Prevenzione secondaria;
- Diagnosi;
- Cura;
- Riabilitazione;
- Monitoraggio.

Facendo riferimento all'erogazione della telemedicina, questo avviene secondo modalità divise in tre macro-categorie: la telemedicina specialistica, la tele-salute ed, infine, la teleassistenza.

Le "Indicazioni nazionali per l'erogazione delle prestazioni in Telemedicina" (2020), ma anche gli altri provvedimenti sul tema, non introducono chiaramente un "livello di accessibilità al servizio di telemedicina e di esigibilità dello stesso da parte dei cittadini" che le Regioni devono garantire, sempre, in tutte le loro strutture

nazionali, nella stessa intensità su tutto il territorio. Lo stesso vale per altri servizi di e-Health [Aceti 2021].

Inoltre, visto il mancato inserimento della telemedicina nel Dpcm del 2017 sui Nuovi Lea, il rischio è che un servizio di sanità digitale come questo o come diversi altri, che nascono per garantire equità di accesso alle cure (oltre che altri obiettivi), in assenza di correttivi, incrementino le disuguaglianze in sanità [Aceti 2021].

Infatti, le Regioni che già oggi sono in grado di erogare adeguatamente telemedicina potrebbero/dovrebbero rafforzarsi e correre sempre più veloci, attraverso il combinato disposto delle “Indicazioni nazionali “del 2020 e delle risorse del Pnrr, che verranno però erogate a fronte di “progetti di telemedicina proposti dalle Regioni sulla base delle priorità e delle linee guida definite dal Ministero della Salute”. Ci sarebbe invece bisogno di introdurre una “livella digitale” per garantire ai cittadini equità di accesso alla sanità digitale nelle Regioni [Aceti 2021].

Ciò che manca, e ciò su cui bisognerebbe lavorare, è la definizione di un vero e proprio “Livello Essenziale di Assistenza Digitale (Lead)”, da garantire in tutte le Regioni, attraverso lo stanziamento e la finalizzazione di specifiche risorse del Fondo Sanitario. Questi passaggi sono indispensabili per l’inserimento di specifici indicatori di misurazione della capacità delle Regioni di garantire i Livelli essenziali di assistenza digitale all’interno del Nuovo Sistema di Garanzia dei Lea [Aceti 2021].

Un' importante affermazione a riguardo di questa area tecnologica è quella elaborata da Migliardi [2022] secondo il quale la telemedicina, tramite l'utilizzo delle tecnologie digitali, può favorire l'equità di accesso alle cure, per le fasce di popolazione fragile o in zone geograficamente disagiate, fornendo un efficace strumento per potenziare l'assistenza di prossimità in territori.

Secondo l'Associazione Assistenza Sanitaria Integrativa Dirigenza Energia e Multiservizi [2022] i servizi di telemedicina rappresentano un formidabile mezzo per contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia; garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti; migliorare i livelli di efficienza tramite la promozione di protocolli di assistenza da remoto. Il vantaggio della telemedicina è quello di fornire assistenza sanitaria anche in aree periferiche con tempestività e continuità assistenziale in sicurezza, riducendo affollamenti presso le strutture.

CONCLUSIONE

Il presente lavoro ha come obiettivo l'analisi delle disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari tra i vari sistemi sanitari regionali e l'uso della tecnologia come possibile strumento di riduzione delle iniquità.

Si è quindi ricostruita la storia del Ssn, a partire dalla sua istituzione nel 1978 fino ad arrivare alla riforma del Titolo V della Costituzione; tale ricostruzione ha evidenziato come le riforme non siano state in grado di superare le iniquità preesistenti segnando il loro fallimento.

Focalizzando l'attenzione sulle disuguaglianze di accesso ai servizi si nota il grande divario tra Nord e Sud, con il primo che si trova in migliori condizioni e con maggior livello di soddisfazione delle cure ospedaliere da parte dei cittadini ed il secondo caratterizzato da criticità andando ad incrementare sempre più il fenomeno della mobilità.

Nell'ultimo capitolo si è parlato della tecnologia e con maggiore attenzione della telemedicina, come possibile strumento di aiuto per la risoluzione di tali problematiche che, con l'avvento della pandemia, si sono amplificate sempre più.

Nel corso della storia del Ssn le riforme non hanno contribuito alla riduzione delle disuguaglianze ed inoltre l'accesso alla tecnologia nel nostro Paese essendo legata a differenze sia a livello di reddito che di povertà educativa fa sì che non tutti sappiano utilizzarle e possano permetterselo.

In conclusione, queste considerazioni portano ad avere una visione pessimistica

facendo sorgere l'idea che le disuguaglianze non saranno mai del tutto rimosse neppure con l'utilizzo della tecnologia.

BIBLIOGRAFIA

Agazio E., Salerno P., Taruscio D., *Servizi socio-sanitari: dalla Legge 833/1978 alla devolution*, Rapporti ISTISAN 04/18, Roma, 2004.

Alleva E., De Castro P., Giuliano F., Ricciardi W., Salinetti S., *1978-2018: quaranta anni di scienza e sanità pubblica. La voce dell'Istituto Superiore di Sanità*, Roma, 2018.

Ardigò A., Moruzzi M., *Sanità e Internet*, FrancoAngeli, Milano, 2001.

Beltrami L., Ciocchi C., Gallini L., *La legge 833/78: la salute come diritto umano*, in "Tempo di Nursing", n.73, Ordine delle professioni infermieristiche di Brescia, Brescia, 2018.

Bertin G., Cipolla C., *Verso differenti sistemi sanitari regionali*, Edizioni Ca' Foscari, Venezia, 2013.

Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G., *Sociologia della salute e della medicina*, il Mulino, Bologna, 2020.

Corte dei Conti, *"Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica"*, 2020.

Giarelli G., *Il SSN italiano tra paradossi latenti e sostenibilità problematica*, in "Il Servizio Sanitario Nazionale italiano in prospettiva europea. Un'analisi comparata", FrancoAngeli, Milano, 2019.

Giarelli G., Vicarelli G., *Libro Bianco. Il servizio sanitario nazionale e la pandemia da Covid 19. Problemi e proposte*, FrancoAngeli, Milano, 2021.

Istat, *Rapporto 2015*, Istituto Centrale di Statistica, Roma, 2015.

Mori A., Neri S., *Crisi economica, politiche di austerità e relazioni intergovernative nel SSN. Dalla regionalizzazione al federalismo differenziato?*, in “Autonomie locali e servizi sociali”, n.2, il Mulino, 2017.

Neri S., *La Regolazione dei Sistemi Sanitari in Italia e Gran Bretagna: Concorrenza, Cooperazione, Programmazione*, FrancoAngeli, Milano, 2006 .

Neri S., *Convergenza e divergenza nell’evoluzione recente dei servizi sanitari nazionali. Un confronto tra Regno Unito e Italia*, in “Stato e mercato”, 87, n.3, il Mulino, 2009.

Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto osservasalute 2008. Le "due Italie" della Sanità: il Nord va avanti, il Sud arranca*, 2008.

Spina e., Vicarelli G., *Disuguaglianze e Servizio Sanitario Nazionale: una contraddizione irrisolvibile?*, in “Politiche sociali”, a.VII, n.1, gennaio-aprile, il Mulino, 2020.

Spina E., *Welfare e maternity care. Istituzioni, professioni e territori*, il Mulino, Bologna, 2022.

Topol E.J., *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*, Basic, New York, 2019.

Toth F., *La sanità in Italia*, il Mulino, Bologna, 2014.

SITOGRAFIA

Aceti T., *Equità ed e-Health, subito i Lea Digitali (Lead), risorse e indicatori nel nuovo sistema di garanzia*, 2021,

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2021-10-25/equita-e-e-health-subito-lea-digitali-lead-risorse-finalizzate-e-indicatori-specifici-nuovo-sistema-nazionale-garanzia-lea-095331.php?uuid=AE2XVHs#:~:text=I%20servizi%20di%20sanit%C3%A0%20digitale.dei%20caregiver%2C%20ma%20anche%20a.>

Albergo F., Marasca E., *Salute: al nord è un diritto, al sud una speranza*, 2019,

<https://www.tuttowelfare.info/sanita-welfare/salute-al-nord-e-un-diritto-al-sud-una-speranza#:~:text=Nel%20campo%20della%20salute%20il,per%20i%20ceti%20meno%20abbienti.>

Associazione Assistenza Sanitaria Integrativa Dirigenza Energia e Multiservizi, *La telemedicina quale fattore abilitante del corporate wellness*, 2020,

<https://www.mefop.it/blog/blog-mefop/telemedicina-fattore-abilitante-corporate-wellness.>

Cartabellotta N., *Così il «regionalismo differenziato» mette a rischio l'universalismo del Ssn*, 2018,

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-09-28/riforme-regionalismo-differenziato-mina-l-universalismo-servizio-sanitario-143908.php?uuid=AEmVezAG.>

Cartabellotta N., *Diritto alla salute e riforma del titolo V*, 2015,

[https://www.saluteinternazionale.info/2015/05/diritto-alla-salute-e-riforma-del-titolo-v/.](https://www.saluteinternazionale.info/2015/05/diritto-alla-salute-e-riforma-del-titolo-v/)

Donati N., *Il decentramento della sanità italiana: Covid-19, Nord e Sud e contenimento della spesa sanitaria*, 2020, <https://fondazionefeltrinelli.it/il-decentramento-della-sanita-italiana-covid-19-nord-e-sud-e-contenimento-della-spesa-sanitaria>.

Fordellone F., *Evoluzione e storia della sanità e del servizio sanitario nazionale*, 2016, <http://www.compartosanita.it/evoluzione-storia-della-sanita-italiana/>.

Foschiano M., “*A Cosa Serve l'e-Health?*”, 2020, <https://www.blogsalutedigitale.it/a-cosa-serve-l-ehealth/>.

Fp Cgil , *Il Sistema Sanitario Nazionale dalle sue origini ad oggi*, 2019, <https://www.abcdediritti.it/website/wp-content/uploads/2019/06/IL-SISTEMA-SANITARIO-ITALIANO-DALLE-SUE-ORIGINI-AD-OGGI.pdf>.

Migliardi A., *La telemedicina in piemonte: lo Stato attuale e le prospettive future*, 2022,

https://www.epi.piemonte.it/pages/single_page.php?id=168#:~:text=La%20telemedicina%2C%20tramite%20l'utilizzo,%2C%20ad%20esempio%2C%20di%20montagna.

Ministero della salute, *Cosa sono i LEA*, 2019,

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

Ministero della salute, *i principi del Servizio sanitario nazionale (SSN)*, 2019,

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto>.

Motore Sanità, *Partenariato Pubblico Privato un nuovo sistema*, 2017,

<https://www.motoresanita.it/wordpress/wp-content/uploads/2017/09/Vittorio-Morello.pdf>.

Openpolis, *Cos'è il Pnrr, piano nazionale ripresa e resilienza*, 2021,

<https://www.openpolis.it/parole/cose-il-pnrr-piano-nazionale-ripresa-e-resilienza>.

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 2021,

<https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>.

Pinto S., *SANITA' PUBBLICA – Storia, Informazioni e riflessioni sul sistema sanitario nazionale*, n.36, 2018,

<https://180gradi.org/diamo-i-numeri/180gradi/numero-36-sanita-pubblica-storia-informazioni-e-riflessioni-sul-sistema-sanitario-nazionale>.

Studio Legale Chiarini, *La Sanità in Italia*, 2022, <https://www.chiarini.com/la-sanita-in-italia>.

Terlizzi A., *Dove mi curo meglio? Disparità regionali della sanità italiana*, 2015,

<https://www.perunaltracitta.org/homepage/2015/04/22/dove-mi-curo-meglio-le-disparita-della-sanita-regionale>.

Webmaster, *il sistema “ospedalocentrico” è un’eredità del passato, occorre cambiare*, 2021, <http://www.conoscereilrischioclinico.it/ospedalocentrico/>.