

**Sanità**

# L'Umbria prima, durante e dopo la pandemia

*Questo studio di Luca Ferrucci, ordinario di Economia all'Università di Perugia, è del 2020. Già si vedevano i pesanti danni della pandemia sulla sanità umbra. E si notano anche le criticità emerse già in precedenza. Nella parte finale della lunga analisi emergono le indicazioni per alcuni interventi da mettere in cantiere onde evitare un ulteriore peggioramento della situazione. Ma il peggioramento è andato avanti come di mostrano gli articoli che pubblicati in questa slide.*

**di Luca Ferrucci**

## **Introduzione**

Stanno arrivando i miliardi di euro grazie all'Europa. Non sappiamo esattamente quanto e quando, né come saranno spesi. Ma è ragionevole supporre che arriveranno (come ci dice la Mecucci in questo numero della Rivista Passaggi). Ma li sapremo spendere tutti e bene? In molti si interrogano se una parte di essi – MES permettendo – potranno andare a rafforzare e riqualificare la sanità, in tutte le sue articolazioni da quella ospedaliera a quella territoriale, inclusi i servizi socio-assistenziali e sanitari.

Il presente contributo mira ad analizzare talune evidenze empiriche della sanità regionale, sulla base di:

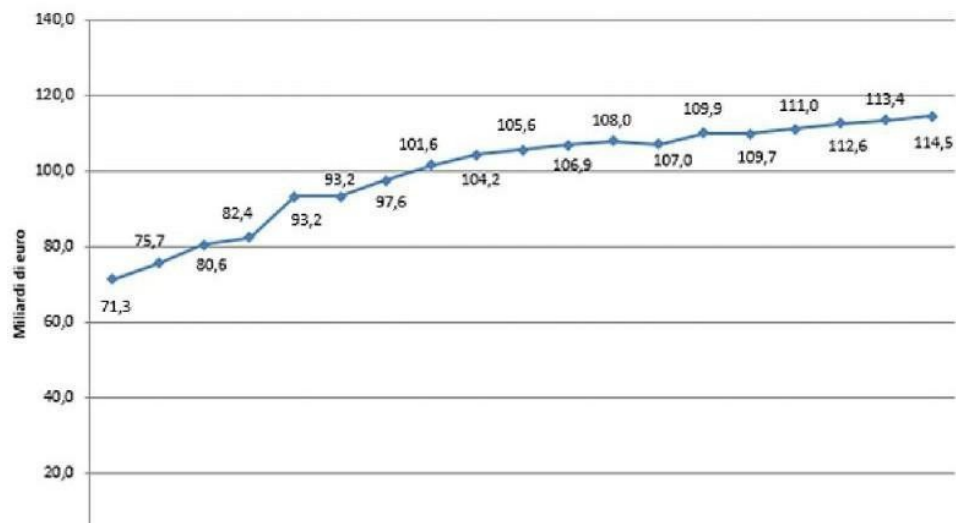
- Indicatori strutturali riferiti al periodo antecedente al Covid;
- Indicatori strutturali durante il Covid;
- Direzioni e prospettive per possibili investimenti addizionali nella sanità regionale nel post Covid.

## **La sanità nazionale prima del Covid: troppi o troppi pochi soldi?**

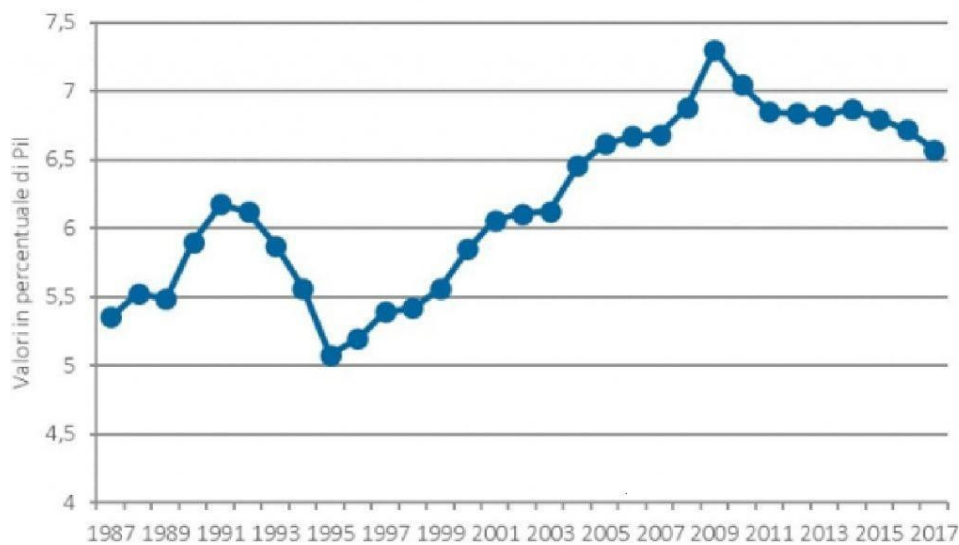
Innanzitutto, è utile soffermarci sulla spesa pubblica nazionale in sanità e se l'Umbria è stata penalizzata, o meno, dalla riduzione delle risorse finanziarie pubbliche nazionali. Come è noto, la sanità non è finanziata solodai Governi nazionali ma vi sono entrate proprie delle aziende del Servizio sanitario nazionale (per esempio, ticket e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti) e dalla fiscalità generale delle Regioni (per esempio, nella componente specifica Irap o nell'addizionale Irpef). Ma certamente i circa 115 miliardi di euro annui erogati dallo Stato sono lacomponente nettamente maggioritaria di questa spesa in sanità.

Tra il 2001 e il 2019, il finanziamento corrente a carico dello Stato presenta una tendenza nominale all'aumento. In questo arco temporale, il tasso medio annuale semplice di variazione è stato del 3,4% circa (cfr. graf. 1). Al netto della dinamica dell'inRazione, la spesa in sanità – a parità dipotere di acquisto reale – nel 2019 avrebbe dovuto essere pari a 94 miliardicirca. Ciò significa che la dotazione finanziaria statale è cresciuta in termini reali e non vi è stata una decurtazione in tale stanziamento di bilancio.

Certamente, la base temporale di partenza condiziona questo risultato interpretativo. Infatti, se guardassimo all'ultimo decennio 2010-2019, si scoprirebbe che la spesa in sanità nell'ultimo anno avrebbe dovuto essere, per conservare lo stesso valore reale del 2010, pari a 117. In altri termini, c'è stata una riduzione di oltre due miliardi di euro. È dunque l'ultimo decennio l'arco temporale responsabile della decurtazione della dotazione finanziaria statale in sanità, e non il periodo precedente. Ma la riduzione di questa dotazione finanziaria risulta ancora più significativa se rapportata al PIL nazionale. Certamente, la crisi economica nazionale – a partire dal 2009 – ha impattato in modo rilevante su questoindicatore. Il graf. 2 riporta questa dinamica. L'ultimo dato rappresentato nella serie storica – a partire dal 1987 – riporta il declino relativo di queste risorse finanziarie, tornando al dato del 2004, passando per il valore modalestorico del 2009 (assai non casualmente alla vigilia del lungo periodo di depressione economica).



Graf. 1. Il finanziamento corrente a carico dello Stato, 2001-2019 – Valori in miliardi di euro.



Graf. 2. La dinamica della spesa sanitaria nazionale in rapporto al PIL (dati in %).

Dove si sono concentrati i tagli delle spese in sanità a livello nazionale?

Fondamentalmente, in quattro aree ossia:

- Il personale del Servizio Sanitario Nazionale;
- I posti letto ospedalieri;

- Il numero di ASL e strutture complesse;
- L'acquisto di farmaci.

Tra il 2009 e il 2017, il Ssn è stato sottoposto, per via del Patto di stabilità, a blocchi nelle assunzioni: Il numero dei dipendenti è passato da 646mila a 603mila circa, con una riduzione di circa 42mila unità.

Sempre nello stesso periodo, negli ospedali pubblici si sono ridotti i posti letto di quasi 40mila (Mapelli V., Spendere nella sanità, ma con saggezza, sito [www.lavoce.info](http://www.lavoce.info) 28 settembre 2020). Ciò ha portato a migliori indicatori di efficienza: il tasso di rotazione del singolo letto è maggiore, una durata della degenza più bassa (7,8 giorni contro i 9,9 della Francia e gli 8,9 della Germania) e un più alto tasso di occupazione dei letti (78% contro 77,6% della Germania e 82,4% della Francia). La contrazione dei posti letto negli ospedali è, peraltro, una tendenza strutturale in atto da anni per effetto di una diversa tecnologia diagnostica e chirurgica (per esempio, molti interventi in day hospital o ambulatoriali), di nuovi farmaci e del potenziamento dei servizi territoriali.

Ancora, il numero di aziende sanitarie si è ridotto di 66 unità (28 aziende sanitarie locali e 38 aziende ospedaliere in meno), passando da 229 a 163. La soppressione delle direzioni aziendali (direttore generale, sanitario e amministrativo) e del relativo staff ha portato a un risparmio stimabile in 15-20 milioni nel decennio, a cui si possono aggiungere altri 18-20 milioni di euro per la cancellazione di 614 strutture complesse.

Inoltre, dal 2001 i farmaci generici possono sostituire quelli a brevetto scaduto a un prezzo inferiore per legge di almeno il 20%. Secondo l'Aifa (Agenzia italiana del farmaco), nel 2019 rappresentavano il 20% dei farmaci della classe A mentre da uno studio di Assogenerici risulta che tra il 2009-2019 il Servizio sanitario nazionale avrebbe risparmiato 5,1 miliardi di euro per la loro sostituzione (con un ribasso effettivo del 30% circa). Nello stesso decennio si è ridotta di 2,9 miliardi la distribuzione tramite farmacie, a favore della distribuzione "diretta e per conto" (+1,4 miliardi, secondo Aifa), che ha fatto risparmiare al Ssn sui margini di vendita circa 1 miliardo nel decennio. La centralizzazione regionale degli acquisti è un altro esempio

di risparmio. Introdotta dalla legge di stabilità 2016, negli ultimi quattro anni, secondo l'osservatorio Masan della Bocconi, ha espletato gare per 119 miliardi di euro, ottenendo un ribasso medio del 24,6%.

### La sanità ombra prima del Covid: Andavamo bene?

Che cosa è accaduto in Umbria e nelle altre regioni? Nel periodo considerato, la spesa complessiva è cresciuta del 47% esattamente in linea con la media nazionale (tab.1). Insomma, l'Umbria non ha avuto né premialità né penalizzazioni nell'allocazione di queste risorse dal 2002 ad oggi, contrariamente alla premialità accordata ad altre regioni come la Lombardia (+56%), il Veneto (+50%), l'Emilia Romagna (+56%), la Toscana (+50%). Tra le regioni, invece, sotto la media nazionale troviamo il Lazio (+46%), la Campania (+29%) e la Sicilia (+53%). Insomma, se l'incidenza della popolazione anziana dovrebbe essere un indicatore rilevante per l'allocazione delle risorse nazionali in sanità, la Liguria (+35%) e l'Umbria – ossia le due regioni con la maggiore percentuale di ultra-settantatreenni – non sono state minimamente premiate.

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Emilia-Romagna	5.851,1	6.343,5	7.116,6	7.192,6	7.457,1	7.728,5	8.074,5	8.345,9	8.467,1	8.488,4	8.391,7	8.192,1	8.188,6	8.097,2	8.241,7	8.354,3	8.441,7
Valle d'Aosta	390,2	397,6	209,0	244,8	245,2	246,9	260,3	263,8	277,8	278,5	278,8	271,2	265,5	261,8	254,5	254,5	259,0
Lombardia	12.710,0	12.794,2	13.395,9	14.772,0	15.311,0	16.366,8	16.733,2	17.200,8	17.896,6	18.173,6	18.154,1	18.199,4	18.188,9	18.845,7	18.936,4	19.437,6	20.864,2
Provincia autonoma di Bolzano	860,7	907,9	917,4	982,4	1.020,5	1.064,8	1.108,0	1.064,6	1.089,0	1.108,8	1.152,0	1.140,9	1.146,4	1.174,8	1.199,1	1.249,7	1.278,4
Provincia autonoma di Trento	751,5	804,2	822,1	856,6	902,4	943,4	984,9	1.023,5	1.096,1	1.131,6	1.157,8	1.150,7	1.126,4	1.144,4	1.194,2	1.202,3	
Veneto	6.272,0	6.329,9	6.965,7	7.560,6	7.871,4	8.504,8	8.971,1	8.611,2	8.384,0	8.384,1	8.713,1	8.698,2	8.777,2	8.838,5	8.980,1	9.244,9	9.400,3
Friuli Venezia Giulia	1.494,5	1.731,7	1.885,3	1.982,7	1.983,4	2.154,6	2.140,3	2.412,8	2.492,2	2.511,6	2.468,9	2.374,0	2.333,7	2.368,0	2.434,2	2.504,4	
Liguria	2.403,8	2.471,0	2.862,0	2.924,6	2.957,7	3.097,1	3.173,9	3.270,8	3.260,4	3.232,3	3.141,4	3.122,4	3.199,0	3.176,6	3.184,7	3.209,8	3.232,5
Emilia Romagna	5.924,4	6.192,7	6.700,7	7.013,1	7.311,8	7.621,1	7.942,7	8.265,1	8.462,9	8.494,3	8.601,3	8.672,6	8.606,5	8.746,1	8.804,3	9.020,0	9.176,0
Toscana	4.988,8	5.130,2	5.471,1	5.926,3	6.198,1	6.401,8	6.658,9	7.115,5	7.082,0	7.131,2	7.120,1	6.948,1	7.113,8	7.197,8	7.277,8	7.444,9	7.512,5
Umbria	1.187,7	1.272,8	1.339,0	1.395,1	1.461,0	1.495,0	1.560,8	1.612,3	1.623,5	1.634,0	1.643,8	1.645,6	1.637,9	1.651,7	1.672,6	1.716,3	1.750,8
Molise	2.026,3	2.083,9	2.275,8	2.343,9	2.440,0	2.523,3	2.617,1	2.704,6	2.791,1	2.794,7	2.746,3	2.713,3	2.786,0	2.786,2	2.791,9	2.826,5	2.853,4
Lazio	7.373,4	7.950,0	9.350,3	9.958,2	10.544,3	10.740,1	10.943,4	11.173,3	11.064,7	10.958,6	10.851,6	10.628,2	10.662,3	10.712,7	10.701,6	10.698,3	10.744,0
Abruzzo	1.819,3	1.968,7	1.948,4	2.242,2	2.208,3	2.325,9	2.311,6	2.393,6	2.311,2	2.301,1	2.248,6	2.316,0	2.374,2	2.347,4	2.411,1	2.461,6	2.474,3
Puglia	447,3	514,6	517,1	532,7	588,3	602,2	649,3	662,7	665,6	681,1	665,5	666,4	666,8	642,5	660,7	650,3	632,3
Campania	7.552,2	7.860,0	8.751,1	8.653,5	9.203,4	9.693,5	10.050,0	10.542,3	9.995,6	9.891,0	9.730,6	9.579,9	9.796,8	9.872,1	10.011,2	10.158,7	10.249,7
Puglia	5.035,2	5.131,1	5.416,3	6.154,2	6.249,0	6.743,0	7.074,6	7.133,2	7.277,2	7.091,2	6.908,3	6.937,0	7.047,7	7.092,6	7.231,0	7.262,7	7.380,3
Basilicata	377,8	387,9	404,4	396,3	411,6	369,9	1.014,2	1.033,5	1.056,4	1.059,9	1.028,3	1.022,1	1.020,0	1.033,6	1.029,4	1.000,2	1.005,5
Calabria	2.547,7	2.581,2	2.362,7	2.852,6	3.009,1	3.122,2	3.361,4	3.481,3	3.471,1	3.371,3	3.360,4	3.312,3	3.389,2	3.358,9	3.427,2	3.416,4	3.450,5
Sicilia	6.404,4	6.640,1	7.491,6	7.811,3	8.023,3	8.321,1	8.271,6	8.389,4	8.506,2	8.499,9	8.514,8	8.530,4	8.644,9	8.698,1	8.842,5	8.923,0	9.241,9
Sardegna	2.256,0	2.271,5	2.418,3	2.690,6	2.630,9	2.764,0	2.903,4	3.048,5	3.125,7	3.179,6	3.225,3	3.181,7	3.230,6	3.273,2	3.271,4	3.285,1	
<b>ITALIA</b>	<b>78.976,9</b>	<b>81.705,3</b>	<b>89.884,3</b>	<b>96.176,3</b>	<b>98.948,4</b>	<b>102.982,9</b>	<b>106.399,2</b>	<b>109.469,9</b>	<b>110.573,9</b>	<b>110.414,2</b>	<b>110.426,6</b>	<b>109.483,3</b>	<b>110.814,5</b>	<b>111.147,2</b>	<b>112.525,5</b>	<b>114.339,5</b>	<b>115.999,8</b>

Tab. 1. La spesa sanitaria corrente per regione – Anni 2002 – 2018 (valori in milioni di euro).

Pertanto, l'Umbria, nel medio-lungo periodo, ha conservato la sua quota relativa di allocazione delle risorse nazionali, nonostante il maggior peso relativo della popolazione anziana. Di fatto, la sua penalizzazione dipende soprattutto dalla contrazione, in termini reali, che a partire dal 2009 si è assistito a livello nazionale nella dotazione finanziaria complessiva.

E quali tagli abbiamo registrato nella nostra regione?

Il personale complessivo del SSN è passato, dal 2009 al 2017, da 10.576 a 10.809 unità (+2,2%, rispetto ad una riduzione, a livello nazionale, nello stesso periodo del 6.6%, Fonte: Annuario Statistico del SSN). Non è quindi il personale complessivo, l'indicatore sul quale si sono abbattuti i tagli della spesa pubblica regionale (perlomeno all'ultimo anno di rilevazione disponibile, ossia il 2017).

I posti letto ospedalieri sono, nel 2017, pari a 3005 nelle strutture pubbliche e 293 in quelle accreditate (nel 2009 erano rispettivamente 2991 e 265). In altri termini, a fronte della contrazione a livello nazionale, passata da 251.023 a 213.669, l'Umbria si mostra in evidente contro-tendenza.

La spesa farmaceutica, come è noto, si divide in due componenti, ossia quella per acquisti diretti (per esempio, per quelli fatti dalle ASL e dalle aziende ospedaliere per la loro assistenza terapeutica) e quella convenzionata (ovvero connessa alla farmaceutica territoriale).

La tab. 2 riporta la spesa per gli acquisti diretti di prodotti farmaceutici. Come si può facilmente notare, questa fonte di spesa è cresciuta strutturalmente nel corso del tempo, passando a livello nazionale dal 3% al 10% circa: evidentemente, le caratteristiche dei bisogni in sanità, in termini terapeutici, porta ad un consumo rilevante di farmaci. In Umbria si registra lo stesso trend, posizionandosi però strutturalmente sopra la media nazionale di circa un punto e mezzo.

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	3,4%	4,0%	4,0%	4,6%	4,9%	5,2%	6,1%	6,4%	7,2%	7,6%	7,3%	7,8%	8,2%	8,4%	9,5%	9,7%	9,7%
Vale d'Aosta	2,8%	3,1%	3,2%	3,7%	3,5%	3,7%	4,4%	5,0%	4,9%	5,4%	5,0%	5,1%	5,6%	7,0%	7,0%	7,1%	7,2%
Lombardia	2,7%	2,9%	3,1%	3,5%	3,7%	3,9%	4,6%	5,0%	5,4%	5,6%	5,8%	6,2%	6,5%	8,0%	7,9%	8,0%	8,1%
Provincia autonoma di Bolzano	2,8%	3,1%	3,1%	3,2%	4,1%	4,2%	4,5%	4,8%	5,0%	5,3%	5,3%	5,6%	6,0%	6,9%	7,1%	7,0%	7,3%
Provincia autonoma di Trento	2,2%	2,4%	2,6%	3,7%	3,8%	4,1%	3,5%	3,7%	3,8%	3,8%	4,0%	4,0%	4,2%	5,1%	5,4%	5,3%	5,9%
Veneto	3,8%	4,2%	4,4%	4,4%	4,5%	4,9%	5,6%	6,0%	6,5%	6,7%	6,9%	7,2%	7,3%	8,3%	8,7%	8,9%	9,0%
Friuli Venezia Giulia	3,4%	3,9%	4,4%	4,5%	5,0%	5,9%	6,6%	6,9%	7,1%	7,5%	7,1%	7,9%	8,2%	9,7%	10,3%	10,7%	10,9%
Liguria	3,3%	3,7%	4,3%	4,9%	5,3%	5,7%	6,6%	6,9%	7,4%	7,4%	7,0%	7,5%	7,8%	9,2%	9,9%	10,2%	10,1%
Emilia Romagna	4,5%	5,1%	5,2%	5,5%	5,5%	5,7%	6,7%	7,0%	7,3%	7,3%	7,0%	7,6%	7,8%	8,6%	9,5%	9,8%	10,0%
Toscana	5,2%	6,0%	6,1%	6,7%	6,5%	7,1%	8,1%	8,0%	8,7%	9,0%	8,8%	8,9%	10,0%	10,2%	11,3%	11,0%	11,6%
Umbria	4,8%	5,2%	5,4%	5,4%	5,7%	6,5%	6,7%	7,2%	7,7%	8,1%	8,2%	8,8%	9,5%	9,7%	11,7%	11,7%	11,7%
Marche	4,5%	5,1%	5,5%	6,3%	7,1%	7,4%	8,1%	8,2%	8,7%	9,1%	9,5%	9,6%	10,0%	11,1%	11,7%	12,0%	11,8%
Lazio	2,0%	2,3%	2,1%	3,4%	3,7%	4,6%	5,2%	5,7%	6,3%	6,8%	7,0%	7,7%	8,0%	8,8%	9,5%	9,9%	10,5%
Abruzzo	3,8%	4,2%	4,8%	4,7%	5,4%	5,3%	6,2%	6,7%	6,9%	7,5%	7,1%	7,7%	8,0%	9,1%	10,0%	10,2%	10,3%
Molise	3,1%	3,0%	3,4%	3,4%	4,1%	4,0%	4,6%	5,0%	5,3%	6,0%	5,5%	5,3%	6,4%	8,1%	8,0%	8,6%	9,3%
Campania	2,9%	3,5%	3,8%	4,5%	5,0%	5,3%	6,0%	6,4%	6,9%	7,3%	7,4%	7,9%	8,7%	10,8%	11,7%	11,2%	11,7%
Puglia	2,9%	3,2%	3,7%	3,7%	5,1%	5,5%	6,2%	6,8%	7,5%	8,0%	8,8%	8,4%	8,8%	10,2%	10,9%	11,7%	12,3%
Basilicata	3,5%	4,2%	4,4%	5,8%	5,9%	6,0%	5,9%	6,7%	7,1%	7,8%	7,8%	8,2%	8,3%	9,6%	10,5%	10,8%	12,2%
Calabria	2,6%	2,9%	3,0%	3,3%	3,6%	3,6%	4,3%	5,3%	6,0%	7,4%	7,3%	8,6%	8,8%	10,8%	11,0%	11,4%	11,7%
Sicilia	2,3%	2,6%	2,6%	3,4%	3,8%	4,3%	5,1%	5,5%	5,7%	6,2%	6,5%	6,8%	7,4%	9,0%	9,4%	9,4%	9,8%
Sardegna	4,4%	4,8%	5,1%	5,0%	5,2%	6,5%	7,7%	7,9%	8,6%	8,6%	7,9%	9,0%	9,5%	10,4%	11,0%	11,2%	10,7%
<b>ITALIA</b>	<b>3,3%</b>	<b>3,7%</b>	<b>3,8%</b>	<b>4,3%</b>	<b>4,7%</b>	<b>5,1%</b>	<b>5,8%</b>	<b>6,3%</b>	<b>6,7%</b>	<b>7,1%</b>	<b>7,1%</b>	<b>7,5%</b>	<b>8,0%</b>	<b>8,1%</b>	<b>9,7%</b>	<b>9,8%</b>	<b>10,1%</b>

Tab. 2. La spesa per gli acquisti diretti di prodotti farmaceutici (in% della spesa sanitaria corrente)

La tab. 3, invece, riporta la spesa farmaceutica territoriale (ovvero convenzionata). In Umbria, la tendenza strutturale è quella di un drastico contenimento di questa componente di spesa, dimezzata nel corso degli anni passando da 14% al 7%. Ciò si riscontra anche a livello nazionale. Tra l'altro, l'allineamento tra il nostro dato regionale e quello italiano è molto simile. Possiamo, perciò, certamente affermare che la rete territoriale delle farmacie sono state sottoposte, a parità di consumi, a una decisa riduzione dei loro margini sui prodotti farmaceutici coperti dalla spesa sanitaria corrente (per esempio, con l'introduzione dei farmaci cosiddetti generici).

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Basilicata	13,0%	11,6%	10,6%	10,5%	10,8%	10,3%	10,0%	9,7%	9,2%	8,3%	7,7%	7,4%	7,3%	7,2%	7,0%	6,5%	6,4%
Valle d'Aosta	11,5%	11,0%	11,3%	10,0%	9,4%	9,2%	8,2%	8,1%	8,0%	7,0%	6,8%	6,9%	7,0%	6,3%	6,0%	5,9%	5,8%
Lombardia	13,8%	11,8%	12,4%	10,8%	10,9%	10,1%	9,4%	9,1%	8,8%	7,9%	7,3%	7,1%	6,7%	6,9%	7,0%	6,5%	6,7%
Provincia autonoma di Bolzano	8,4%	7,8%	7,9%	7,0%	6,2%	5,7%	5,4%	5,7%	5,6%	5,0%	4,0%	3,8%	4,0%	3,9%	3,8%	3,4%	3,2%
Provincia autonoma di Trento	9,8%	9,1%	9,8%	9,0%	8,9%	8,4%	7,8%	7,3%	7,2%	6,7%	6,0%	5,9%	5,8%	5,5%	5,3%	4,9%	5,1%
Veneto	12,5%	11,1%	11,4%	10,3%	10,2%	9,7%	8,9%	8,7%	8,5%	7,7%	6,8%	6,7%	6,3%	6,1%	5,8%	5,4%	5,1%
Friuli Venezia Giulia	13,4%	12,4%	12,3%	11,3%	12,0%	10,8%	9,7%	9,3%	9,4%	8,7%	7,8%	7,7%	7,9%	7,8%	7,0%	6,7%	6,5%
Liguria	14,9%	14,3%	13,3%	12,9%	13,0%	11,2%	10,6%	9,7%	9,2%	8,8%	7,8%	7,6%	7,2%	6,6%	6,1%	5,5%	5,9%
Emilia Romagna	13,3%	12,5%	12,0%	11,1%	10,9%	10,1%	9,2%	8,7%	8,5%	7,6%	6,3%	6,2%	5,9%	5,7%	5,5%	4,9%	5,0%
Toscana	13,6%	12,4%	11,9%	11,2%	11,0%	10,3%	9,5%	8,5%	8,6%	7,7%	7,1%	6,7%	6,4%	6,3%	6,2%	5,7%	5,6%
Umbria	14,0%	12,4%	12,3%	11,9%	11,8%	11,1%	10,4%	9,7%	9,6%	9,0%	8,3%	8,0%	7,6%	7,7%	7,6%	7,0%	7,0%
Marche	15,2%	13,9%	13,4%	12,9%	12,6%	12,1%	11,2%	10,5%	10,2%	9,1%	8,5%	8,8%	8,6%	8,5%	8,7%	7,9%	7,2%
Lazio	16,9%	15,9%	14,8%	14,0%	14,4%	12,2%	11,4%	10,5%	10,8%	10,0%	8,5%	8,5%	8,3%	8,3%	8,0%	7,7%	7,5%
Abruzzo	15,8%	14,1%	14,2%	12,3%	13,2%	11,5%	11,4%	11,1%	11,3%	10,8%	9,6%	9,5%	9,4%	9,8%	9,3%	8,7%	8,3%
Molise	16,0%	13,4%	14,5%	10,3%	11,5%	10,3%	9,8%	9,5%	8,9%	8,5%	7,6%	7,2%	7,2%	7,1%	6,5%	6,2%	6,3%
Campania	16,7%	15,5%	14,4%	12,8%	13,2%	11,5%	11,1%	10,8%	10,7%	9,7%	9,1%	9,0%	8,6%	8,7%	8,3%	7,6%	7,4%
Puglia	17,0%	15,8%	16,2%	14,7%	15,0%	12,4%	12,1%	12,3%	12,0%	10,2%	9,2%	9,6%	9,5%	8,7%	8,6%	7,7%	7,4%
Basilicata	18,1%	16,7%	16,0%	12,2%	13,2%	11,5%	11,3%	11,1%	10,1%	9,0%	8,0%	7,9%	7,7%	7,9%	7,6%	6,8%	6,9%
Sicilia	18,0%	16,7%	16,4%	16,8%	17,4%	15,1%	14,5%	13,2%	12,8%	10,7%	9,9%	9,5%	9,3%	9,1%	8,8%	8,3%	8,0%
Sardegna	18,5%	16,9%	17,0%	15,9%	15,6%	13,7%	13,0%	12,1%	12,0%	11,2%	10,2%	9,5%	8,5%	7,8%	7,6%	6,8%	6,2%
Sardegna	15,3%	15,9%	15,7%	13,7%	14,2%	12,6%	11,6%	11,1%	11,1%	10,5%	10,0%	9,4%	9,1%	8,5%	7,8%	7,3%	7,0%
<b>ITALIA</b>	<b>15,0%</b>	<b>13,7%</b>	<b>13,5%</b>	<b>12,4%</b>	<b>12,5%</b>	<b>11,2%</b>	<b>10,6%</b>	<b>10,1%</b>	<b>9,9%</b>	<b>8,9%</b>	<b>8,1%</b>	<b>7,9%</b>	<b>7,6%</b>	<b>7,4%</b>	<b>7,2%</b>	<b>6,6%</b>	<b>6,5%</b>

Tab. 3. La spesa farmaceutica convenzionata (in % della spesa sanitaria corrente).

E, allora, quali criticità strutturali prima del Covid possiamo rilevare nella sanità umbra rispetto a quella nazionale? Fondamentalmente tre aspetti sui quali riflettere:

a) I posti letto negli ospedali. Nonostante la consistenza assoluta vista in precedenza, il divario umbro rispetto a quello nazionale riguarda il numero dei posti letto complessivi ogni 1000 abitanti: mentre a livello nazionale esso è oggi pari allo 4.2 per 1000, in Umbria resta "inchiodato" a 3.6. In altri termini, sul piano comparato, nella nostra regione "mancano" poco più di

400 posti letto. Se "normalizzassimo" però questo dato rispetto alle caratteristiche demografiche della nostra regione, tale valore dovrebbe essere maggiore.

b) L'assistenza domiciliare. La tab. 4 ci dice che, sul piano dell'assistenza domiciliare integrata, l'Umbria può e deve fare qualcosa di più, vista anche l'elevata incidenza relativa della popolazione anziana. Questa prestazione socio-sanitaria, infatti, sembra sia sotto-dimensionata rispetto al dato medio nazionale: in Italia, i casi trattati nel 2017 sono stati,

infatti, 1677 ogni 100.000 abitanti rispetto al valore umbro di 1545. Se si osserva il dato di regioni limitrofe, come l'Emilia Romagna (3052) e la Toscana (3326), l'Umbria investe poco, sia direttamente con le strutture pubbliche sia a dandosi a privati, su questa componente strategica di servizi socio-sanitari.

Regione	Numero	Casi trattati				
		x 100.000 abitanti	di cui Anziani (%)	Anziani per 1.000 residenti anziani (età > 65)	di cui Pazienti Terminali (%)	Pazienti Terminali per 1.000 residenti
PIEMONTE	56.672	1.295	81,7	41,9	10,1	1,3
VALLE D'AOSTA	331	262	50,2	5,6	34,1	0,9
LOMBARDIA	140.272	1.397	87,7	54,7	6,4	0,9
PROV. AUTON. BOLZANO	1.154	219	61,2	6,9	32,2	0,7
PROV. AUTON. TRENTO	5.838	1.081	68,1	33,9	24,4	2,6
VENETO	176.553	3.597	84,3	134,2	8,3	3,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	20.977	1.726	83,0	55,2	6,0	1,0
LIGURIA	21.463	1.379	73,4	35,6	18,8	2,6
EMILIA ROMAGNA	135.898	3.052	84,9	108,7	7,8	2,4
TOSCANA	124.295	3.326	88,2	116,2	4,6	1,5
UMBRIA	13.669	1.545	80,4	49,2	12,5	1,9
MARCHE	16.657	1.087	81,1	36,0	9,4	1,0
LAZIO	65.223	1.106	89,8	46,4	5,5	0,6
ABRUZZO	22.088	1.679	81,3	58,0	9,0	1,5
MOLISE	10.734	3.479	88,0	126,3	1,1	0,4
CAMPANIA	52.411	899	84,8	41,3	8,4	0,8
PUGLIA	47.888	1.183	71,4	38,9	15,3	1,8
BASILICATA	8.520	1.502	77,2	51,3	14,8	2,2
CALABRIA	13.676	695	76,1	25,1	12,2	0,9
SICILIA	67.792	1.349	78,0	50,5	14,6	2,0
SARDEGNA	12.515	759	72,3	23,7	19,3	1,5
<b>ITALIA</b>	<b>1.014.626</b>	<b>1.677</b>	<b>83,7</b>	<b>62,2</b>	<b>8,8</b>	<b>1,5</b>

PERCENTUALE DI RILEVAZIONE : 100,00% SUL TOTALE DELLE ASL CHE HANNO DICHIARATO DI AVERE IL SERVIZIO ATTIVO

Tab. 4. Assistenza domiciliare integrata – Casi trattati anno 2017.

Le liste di attesa per talune prestazioni sanitarie relativamente superiori alla media nazionale. La 1g. 1 riporta i tempi di attesa stimati per alcune prestazioni nella nostra regione rispetto all'Italia.

In generale, il quadro in Umbria è decisamente insoddisfacente, con situazioni di particolare criticità, in termini di gap relativo, come nelle protesi d'anca, nel bypass coronarico, nel tumore alla prostata, negli interventi per ernia inguinale e nella biopsia del fegato. Insomma, se i tempi di attesa sono parte della qualità della prestazione, inducendo in qualche caso anche fenomeni di migrazione sanitaria verso altre regioni, in Umbria, da questo punto di vista, c'è da intervenire per migliorare l'attuale offerta.

Ciò ovviamente può riguardare sia il potenziamento delle strutture pubbliche (personale e

tecnologie) in questi campi che di quelle private, laddove esistano le condizioni per il loro accreditamento e convenzionamento.

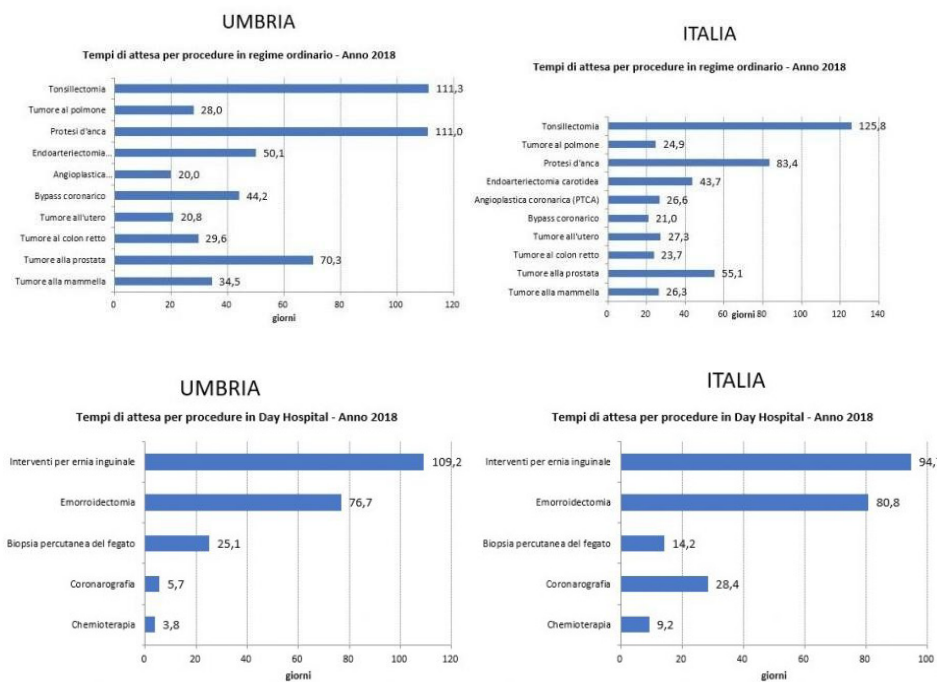


Fig. 1. La lista di attesa per alcune prestazioni sanitarie.

### La sanità umbra nel Covid: gli strumenti di intervento tra sanità pubblica e i posti in terapia intensiva

Le regioni, di fronte alla pandemia, si sono trovate davanti a due sfide: una di tipo strutturale e riguardava la dotazione relativa di sanità pubblica e l'altra, di tipo contingente, in relazione alle capacità di intervento, in modo reattivo, per istituire posti in terapia intensiva. Le differenze inter-regionali su questi due piani di intervento sono particolarmente rilevanti.

Da un lato, le differenze in termini di dipendenti pubblici sono significative: la regione con il minor numero (per 1.000 abitanti, dati 2017) è la Campania con 7,38 mentre il valore più elevato è registrato dalla Valle d'Aosta con 17,69. Su queste differenze giocano almeno tre fattori: la presenza di strutture private che offrono servizi sanitari in convenzione, come nel caso della Campania; la dimensione della regione, come la Valle

d'Aosta (le regioni con meno abitanti hanno un numero tendenzialmente più alto, per garantire soglie *minime* di servizio); l'ordinamento giuridico regionale ordinario o speciale.

La figura 2 confronta il tasso di dotazione dei dipendenti pubblici con il tasso di casi di contagio positivo (a 1ne maggio 2020). Le linee della matrice rappresentano le mediane. Si individuano così quattro quadranti: i) tasso di casi superiore alla mediana e tasso di dipendenti pubblici sotto la mediana. In questo quadrante vi sono Lombardia e, in misura marginale, il Veneto, le prime due Regioni che hanno dovuto affrontare il coronavirus ii) tasso di casi superiore alla mediana e tasso di dipendenti pubblici sopra la mediana, in cui vi sono le altre regioni del centro nord più colpite; iii) tasso di casi inferiore alla mediana e tasso di dipendenti pubblici sopra la mediana. In questo quadrante rientrano l'Umbria, la Sardegna e la Basilicata ed in 1ne

iv) il quadrante in cui sia il tasso di casi che il tasso dei dipendenti pubblici del sistema sanitario sono inferiori alla mediana. Qui si collocano essenzialmente le regioni del sud. Sebbene sia necessario sottolineare che i fattori che hanno portato ad una maggior diffusione del coronavirus sono tanti e non tutti controllabili, se ci concentriamo sulle regioni più colpite del centro nord (sopra o uguale alla mediana) ed escludiamo Trento, Bolzano e la Valle d'Aosta per le loro dimensioni contenute, sembra esservi una correlazione inversa fra dipendenti pubblici e tasso di contagio ( $-0,64$   $p < 0,05$ ) ovvero le regioni con maggior diffusione del virus registrano tassi di dipendenti pubblici minori (Ferrucci L., Vainieri M., Un'analisi delle azioni politiche sanitarie regionali nella lotta al Covid, in L. Ferrucci, Covid-19 tra emergenza sanitaria ed emergenza economica, Morlacchi Editore, Perugia, 2020).

Tale correlazione va verificata ed approfondita. Tuttavia è possibile ipotizzare che i SSR con un più elevato tasso di dipendenti pubblici siano in grado di rispondere più rapidamente nella riorganizzazione dei servizi per affrontare l'epidemia. La sanità privata, anche se convenzionata, ha giocato un ruolo importante: diversi ospedali e cliniche private hanno riconvertito le proprie attività per rispondere all'emergenza. Tuttavia, la presenza di una sanità pubblica regionale, in senso relativo e comparativo, sia territoriale che ospedaliera, può aver consentito una maggiore rapidità di risposta, nonché un'integrazione informativa, funzionale e di servizi tra la manifestazione dei primi focolai di contagio e le azioni

pubbliche sanitarie di risposta, sul piano complessivo (per esempio, una maggior facilità nell'integrazione dei servizi territoriali e di prevenzione con i servizi di cura e trattamento della fase acuta).

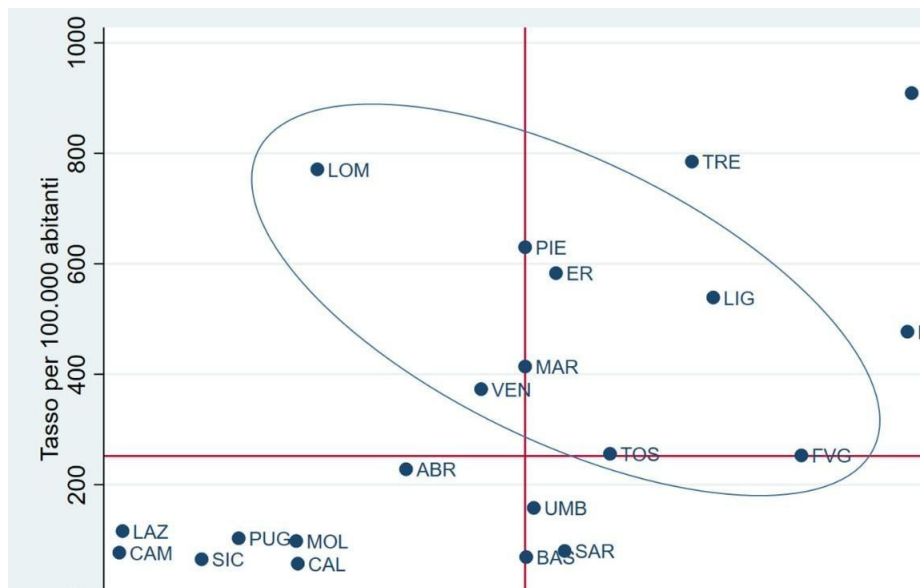


Fig. 2. Dipendenti pubblici per 1.000 abitanti, dati del conto annuale del personale (anno 2017) e tasso di casi positivi per 100.000 abitanti, cumulata al 3 maggio 2020, fonte Protezione Civile.

*Dall'altro lato*, la prima risposta messa in atto dalle Regioni è stato il rafforzamento della capacità di prendere in carico il bisogno acuto attraverso l'aumento della risorsa scarsa: le terapie intensive. In Italia vi erano, all'inizio della pandemia, 8,6 posti in rianimazione ogni 100.000 abitanti. Un rapporto non preoccupante rispetto alla media europea, ma sicuramente inferiore rispetto alle dotazioni presenti in Austria o Germania Boccia S, Ricciardi W, Ioannidis JPA 2020, What Other Countries Can Learn From Italy During the COVID. JAMA Intern Med. Published online April 7, 2020. doi:10.1001/jamainternmed.2020.1447). A livello regionale, il numero di posti letto in terapia intensiva per 100.000 abitanti prima del Covid variava da 5,8 della Campania a 11,6 del Friuli Venezia

Giulia. Con l'avvento del covid e la potenziale richiesta di assistenza in area critica (si parlava di una degenza in terapia intensiva di circa 20 giorni), il numero dei posti letto in terapia intensiva è aumentato in modo significativo, come si può vedere nella tab. 5. Fondamentalmente, tutte le regioni hanno registrato variazioni positive, anche se differenti nell'intensità. L'Umbria partiva da una dotazione relativa inferiore alla media nazionale e, nonostante l'incremento, resta al di sotto di tale soglia. Più specificatamente, siamo sotto la media nazionale, tra le regioni del centro-nord, insieme alla Lombardia, alle Marche e al Trentino Alto Adige. Purtroppo, la nostra regione – magari facendo eccessivo affidamento sul fatto che la prima “ondata” di pandemia non l'aveva colpita e con un buon grado di “azzardo morale” dei nostri policy makers – ha incrementato in valore assoluto tale dotazione, ma non così come sarebbe stato auspicabile alla luce dell'intensità del contagio in questa seconda ondata. Siamo, quindi, di fronte ad una vulnerabilità strutturale della nostra regione, peraltro oggi fortemente “colpita” dalla seconda “ondata” del contagio del Covid.

Regioni	Posti pre-covid	Posti attuali	Posti per 100mila abitanti
Abruzzo	123	148	11.3
Basilicata	49	64	11.5
Calabria	146	152	10.5
Campania	335	505	8.7
Emilia Romagna	449	563	12.6
Friuli V.G.	120	175	14.4
Lazio	571	847	14.4
Liguria	180	209	13.4
Lombardia	861	1036	10.2
Marche	115	143	9.4
Molise	30	30	9.9
Piemonte	327	575	13.2
Bolzano	37	55	10.5
Trento	32	51	9.4
Puglia	304	369	9.2
Sardegna	134	180	11.0
Sicilia	418	538	11.8
Toscana	374	460	12.4
Umbria	70	97	11.0
V. Aosta	10	20	15.9
Veneto	494	825	16.8
Italia	5179	7092	11.8

Tab. 5. I posti in terapia intensiva nelle varie regioni

### **La sanità umbra verso il post-Covid: in che direzioni andare?**

Un giorno il Covid sarà sconfitto. Forse, questo giorno arriverà presto grazie ad un vaccino. Ma che cosa avremo imparato da questa esperienza? Che cosa dovremo correggere, se c'è qualcosa da correggere? E, in che direzione, andare a potenziare taluni servizi socio-assistenziali e sanitari? Lungi da me possedere la “bussola” che deve orientare le decisioni pubbliche. Ma forse alcune indicazioni sono possibili. Provo a formularne solo tre.

a) Sul piano delle *liste di attesa* di talune prestazioni, l'Umbria ne uscirà “peggiorata” rispetto a prima del Covid. Ciò accadrà anche a livello nazionale, ma per la nostra regione, visto come era messa prima, la situazione sarà maggiormente critica. La domanda di molte prestazioni, accumulate in questo anno, si accentuerà e forse nuove patologie ne usciranno rafforzate come intensità (per esempio, depressioni e malattie mentali, anche per effetto della recessione economica e del lock down scolastico). È possibile, già oggi, immaginare un piano di emergenza per fronteggiare tutto ciò? È possibile chiedere ai medici e al personale infermieristico pubblico – magari operante in reparti e prestazioni meno Covid-dipendenti – di svolgere la propria attività presso altre strutture private convenzionate (ad esempio, chirurghi pubblici, oggi non pienamente utilizzati, di fare interventi presso sale operatorie disponibili presso ospedali e case di cura private, rivedendo ovviamente con convenzioni i rapporti contrattuali con queste ultime)? Si possono rapidamente rifunzionalizzare spazi e immobili di proprietà pubblica da destinare ad ambulatori specialistici – dove impiegare il personale sanitario oggi sotto-utilizzato per talune prestazioni – per visite come quelle oncologiche, gastroenterologiche, dermatologiche o per la colonscopia? Sono domande che servono a porre, già oggi, ipotesi di soluzioni magari praticabili in tempi brevi e tali da ridurre la possibile “onda” di domande di prestazioni che si verificherà tra non molti mesi.

b) Sul piano delle *residenze per anziani*, si può cambiare qualcosa? Innumerosi contagi e decessi dentro le strutture residenziali per anziani hanno suscitato notevole allarme. La forte diffusione della pandemia in quei contesti è indubbiamente favorita dal fatto che vi si concentrano persone in età avanzata (M. Arlotti, C. Ranci, Residenze per anziani:

un'emergenza nell'emergenza, [www.lavoce.info](http://www.lavoce.info) 9 aprile 2020). Peraltro, strutture di questo tipo dovrebbero offrire una particolare tutela sanitaria nel limitare il contagio. In base ai dati dell'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, nel 2017, nelle strutture sanitarie residenziali e semi residenziali dell'Umbria vi sono poco meno di 2000 utenti ogni 100.000 anziani (rispetto ad un valore medio nazionale di 2044 e a indicatori decisamente superiori in regioni come l'Emilia Romagna con 2560, le Marche con 2937 o il Veneto con il 3498). Insomma, abbiamo poche strutture e utenti in rapporto al bisogno esistente. Anche se non è detto che questa sia la soluzione migliore per la nostra popolazione anziana, ma in ogni caso, in assenza di alternative, essa è da potenziare.

c) Sul piano della *domiciliarizzazione dei servizi e lo sviluppo della telemedicina* è importante che la nostra regione sviluppi iniziative in varie direzioni, non solo verso la popolazione anziana. Ad aprile il governo aveva stanziato 235 milioni per il potenziamento della telemedicina nell'ambito della medicina generale, ma già a marzo alcune realtà ospedaliere nazionali si erano organizzate per la condivisione di buone pratiche e strumenti necessari a potenziare il suo uso in oncologia attraverso piattaforme di uso comune e a costo zero (S. Coretti, G. Turati, L'altra faccia del Covid-19, [www.lavoce.info](http://www.lavoce.info) 27 luglio 2020). Le pratiche di telemedicina, applicabili alla metà delle visite di controllo in oncologia possono aumentare da 5 a 7 (o a 9 se si è dotati di una doppia postazione) il numero di visite erogabili in un giorno tenendo conto delle misure di sanificazione degli ambienti o necessarie.

Insomma, anche in Umbria c'è da cambiare e c'è spazio per cambiare. Non partiamo da zero ma anzi da talune condizioni strutturali migliori di molte altre realtà regionali. Ma la pandemia Covid rischia di "lasciare sul terreno" buona parte del vantaggio che avevamo acquisito, anche se stava già prima del Covid lentamente erodendosi. Non lasciamo che il tempo passi ma reagiamo ad esso.