SVIMEZ
1946 - 2026
Associazione per lo sviluppo dell'industria nel Mezzogiorno

# Memoria della SVIMEZ

## nell'ambito dell'Indagine conoscitiva sull'attuazione dei livelli essenziali di assistenza e sull'erogazione delle prestazioni sanitarie nelle regioni

**XII Commissione Affari Sociali della Camera dei deputati**

**Roma, 9 giugno 2026**

## 1. La salute come diritto di cittadinanza e fattore di coesione territoriale

La SVIMEZ ha accolto con particolare interesse l'avvio dell'indagine conoscitiva sull'attuazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) e sull'erogazione delle prestazioni sanitarie nelle regioni, ritenendola un'importante occasione per approfondire una delle principali dimensioni delle disuguaglianze territoriali che caratterizzano il Paese.

Fin dalla sua costituzione, la SVIMEZ analizza le condizioni economiche e sociali del Mezzogiorno e i fattori che influenzano le opportunità di sviluppo e di benessere dei cittadini. In questa prospettiva, la tutela della salute non rappresenta un tema settoriale, ma una componente essenziale dei diritti di cittadinanza e della coesione territoriale.

L'accesso uniforme ai servizi sanitari costituisce infatti uno dei presupposti fondamentali per garantire pari opportunità alle persone indipendentemente dal luogo di residenza. Incidendo sugli esiti della salute, le differenze nella qualità e nella disponibilità delle prestazioni sanitarie condizionano la qualità della vita, influenzano le scelte di mobilità delle famiglie, impattano sull'attrattività e, più in generale, sulle prospettive di sviluppo economico e sociale dei territori.

La SVIMEZ intende contribuire ai lavori della Commissione mettendo a disposizione i propri studi prodotti più di recente sui temi coerenti con gli obiettivi dell'indagine conoscitiva, in particolare per quanto riguarda: l'analisi delle differenze regionali nell'erogazione dei LEA; la valutazione dei criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale, l'impatto della mobilità sanitaria sui cittadini e sui bilanci regionali, il rapporto tra regionalismo sanitario e garanzia uniforme dei diritti.

A tal fine, alla presente memoria sono allegati alcuni studi, rapporti e contributi di approfondimento recentemente realizzati dall'Associazione su tali temi.

Nei paragrafi che seguono se ne richiamano i principali contenuti, che costituiscono anche la base informativa delle slide utilizzate nella presentazione svolta nel corso dell'audizione odierna.

## 2. Il diritto alla salute nei Rapporti SVIMEZ sull'economia e la società del Mezzogiorno

Negli ultimi anni la SVIMEZ ha dedicato crescente attenzione alle disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sanitari, considerandole una delle manifestazioni più rilevanti dell'ampliamento dei divari di cittadinanza tra le diverse aree del Paese.

Negli ultimi anni, in particolare, l'attenzione si è concentrata sul rapporto tra qualità dei servizi pubblici e dinamiche demografiche. Le analisi condotte hanno evidenziato come l'accessibilità ai servizi sanitari rappresenti uno dei fattori che influenzano le scelte di permanenza o di trasferimento delle persone, soprattutto nei territori caratterizzati da spopolamento, invecchiamento della popolazione e progressiva riduzione dell'offerta di servizi essenziali.

In questa prospettiva, la disponibilità di servizi sanitari adeguati non è soltanto una questione di tutela della salute, ma anche una condizione necessaria per garantire il diritto a restare nei territori più fragili del Paese.

Particolare attenzione è stata dedicata alle aree interne, ai piccoli comuni dove le difficoltà di accesso ai servizi sanitari si intrecciano con i processi di declino demografico e con la riduzione dell'offerta di servizi pubblici.

Il tema della salute è stato progressivamente integrato nelle analisi sviluppate dalla SVIMEZ nell'ambito del Rapporto sull'economia e la società del Mezzogiorno.

Il Rapporto SVIMEZ 2023 ha dedicato un approfondimento al tema degli effetti dell'evoluzione demografica sull'allocazione tra regioni delle risorse del Servizio sanitario nazionale. Lo studio ha analizzato le implicazioni territoriali

dell'attuale sistema di riparto del Fondo sanitario nazionale, fondato prevalentemente sulla popolazione residente e sulla sua composizione per età.

Le analisi hanno evidenziato come l'esclusiva considerazione dei fattori demografici tenda a sottostimare i maggiori bisogni sanitari associati alle condizioni di svantaggio socioeconomico e come le future dinamiche demografiche possano determinare una progressiva redistribuzione delle risorse dal Mezzogiorno verso il Centro-Nord. In particolare, a criteri di riparto invariati, si determinerebbe entro il 2080 una redistribuzione di risorse dal Mezzogiorno al Nord dell'ordine di 7 punti percentuali (che equivalgono a circa 9 miliardi di euro), se si ipotizza di applicare al fabbisogno sanitario nazionale 2023 la popolazione prevista per il 2079), a seguito della caduta della popolazione, che inciderà soprattutto nel Mezzogiorno, controbilanciata solo in parte dal progressivo invecchiamento, più pronunciato al Sud.

Lo studio ha richiamato l'attenzione sulla necessità di integrare stabilmente nei criteri di riparto indicatori in grado di cogliere i differenziali territoriali nei bisogni di salute e nelle condizioni socioeconomiche delle popolazioni regionali.

Il Rapporto SVIMEZ 2024 ha dedicato uno specifico capitolo al Diritto alla salute nell'ambito di una più ampia riflessione sui diritti di cittadinanza. Le analisi del Capitolo hanno confermato il permanere di significative differenze regionali nella capacità di garantire i LEA, con particolare riferimento all'area della prevenzione, e hanno evidenziato come le criticità dei sistemi sanitari regionali del Mezzogiorno siano riconducibili a una combinazione di fattori: livelli di finanziamento inferiori, carenze di personale, debolezza dell'assistenza territoriale, minore diffusione dei programmi di prevenzione e maggiore ricorso alla mobilità sanitaria verso le regioni del Centro-Nord. Le analisi hanno inoltre richiamato l'attenzione sulle conseguenze sociali della crescita della spesa sanitaria privata e sul rischio che il progressivo arretramento del finanziamento pubblico possa compromettere il principio universalistico del Servizio sanitario nazionale.

### 3. Un Paese, due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute

Gli studi della SVIMEZ su questi temi hanno trovato una sistematizzazione nello studio Un Paese, due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute.

Particolare attenzione è dedicata alle criticità del sistema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, caratterizzato da un persistente sottofinanziamento pubblico nel confronto europeo e da una crescente incidenza della spesa sanitaria privata a carico delle famiglie, con conseguenze rilevanti in termini di accessibilità alle cure e di ampliamento delle disuguaglianze territoriali. Va ricordato che, contrariamente a quanto previsto dalla normativa in materia di costi e fabbisogni standard nel settore sanitario, il finanziamento del SSN non è determinato come somma del costo dei LEA, ma viene definito a monte nell'ambito della programmazione di bilancio pubblico.

Lo studio ricostruisce il quadro delle disuguaglianze territoriali che caratterizzano il sistema sanitario italiano, evidenziando come il Mezzogiorno presenti condizioni di salute mediamente peggiori, livelli di spesa sanitaria inferiori, maggiori difficoltà di accesso ai servizi di prevenzione e cura e più elevati tassi di mobilità sanitaria.

Le analisi mostrano come i divari sanitari si riflettano negli esiti di salute, nella speranza di vita, nella mortalità evitabile, nella prevenzione oncologica e nella capacità dei sistemi sanitari regionali di garantire livelli adeguati di assistenza.

Lo studio evidenzia inoltre il ruolo delle condizioni socioeconomiche quali determinanti della salute, sottolineando come povertà, disoccupazione, livelli di istruzione e condizioni di deprivazione incidano direttamente sui fabbisogni sanitari e contribuiscano ad amplificare le disuguaglianze territoriali.

## 4. La tutela della salute nelle richieste di autonomia differenziata

La SVIMEZ ha inoltre sviluppato un filone di ricerca specificamente dedicato ai rapporti tra tutela della salute, regionalismo e federalismo fiscale.

Nel corso degli anni, l'Associazione ha partecipato al dibattito istituzionale attraverso studi, rapporti e audizioni parlamentari dedicati all'attuazione del federalismo fiscale e, più recentemente, al tema dell'autonomia differenziata.

Le analisi svolte hanno evidenziato come il sistema sanitario rappresenti uno degli ambiti nei quali emergono con maggiore chiarezza le tensioni tra autonomia territoriale e garanzia uniforme dei diritti. La SVIMEZ ha costantemente sostenuto la necessità di rafforzare i meccanismi di perequazione e di garanzia nazionale dei diritti sociali, in coerenza con i principi costituzionali di uguaglianza sostanziale e solidarietà territoriale.

Più di recente, particolare attenzione è stata dedicata al rapporto tra LEP e LEA. In più occasioni la SVIMEZ ha evidenziato come la definizione formale di livelli essenziali non garantisca automaticamente l'uniforme godimento dei diritti sul territorio nazionale, soprattutto in presenza di persistenti differenze regionali nella capacità amministrativa, organizzativa e finanziaria dei sistemi sanitari. In questo quadro, l'Associazione ha espresso preoccupazioni rispetto alla recente equiparazione tra LEA e LEP introdotta nell'ambito del percorso di attuazione dell'autonomia differenziata e recepita nella legge di bilancio per il 2026 (articolo 1, comma 697, l. n. 199 del 2025), sottolineando come i persistenti divari territoriali nell'erogazione dei LEA rappresentino essi stessi un elemento che impone particolare cautela nell'utilizzo dei LEA quali parametro sostitutivo dei LEP.

Tali temi sono stati approfonditi nella recente audizione resa dalla SVIMEZ alla I Commissione Affari costituzionali della Camera dei deputati nell'ambito dell'esame degli schemi di intesa per l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia in materia di tutela della salute alle Regioni Liguria, Piemonte, Lombardia e Veneto, della quale si riporta di seguito un estratto[1].

Le richieste nella materia della tutela della salute si concentrano sulla gestione delle risorse finanziarie. Le Regioni richiedono in particolare di:

a) individuare tariffe di rimborso e di remunerazione differenti rispetto a quelle nazionali, da porre a carico del proprio bilancio;
b) gestire autonomamente le risorse trasferite dallo Stato per gli investimenti sul patrimonio edilizio e tecnologico delle aziende del sistema sanitario regionale;
c) istituire e gestire fondi sanitari integrativi;
d) destinare ad aziende ed enti del servizio sanitario regionale risorse finalizzate all'assunzione di personale sanitario o all'incremento delle prestazioni aggiuntive;
e) allocare su altri ambiti della spesa sanitaria le risorse nazionali vincolate rispetto alle quali eventualmente risultassero economie di efficientamento in relazione a singole finalità.

Le intese intervengono dunque su leve finanziarie e organizzative decisive per il funzionamento dei sistemi sanitari regionali, che non possono essere valutate esclusivamente dal punto di vista delle Regioni richiedenti. Disponibilità di personale, investimenti e prestazioni aggiuntive rappresentano strumenti che determinano la capacità dei sistemi sanitari regionali di garantire quantità e qualità dei servizi e tempi di accesso adeguati ai servizi di prevenzione e cura, in un quadro nazionale caratterizzato dai noti forti squilibri territoriali.

[1] Audizione della SVIMEZ nell'ambito dell'esame degli schemi di intese preliminari tra il Governo della Repubblica italiana e le Regioni Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto, per l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia nelle materie Protezione civile, Professioni, Previdenza complementare e integrativa e Tutela della salute - coordinamento della finanza pubblica. I Commissione Affari Costituzionali della Camera dei deputati, Roma, 5 giugno 2026.

Gli schemi di intesa delle Regioni Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto risultano identici, sia nelle funzioni richieste sia, sostanzialmente, nelle motivazioni addotte a sostegno delle richieste.

Eppure, il confronto tra i Sistemi Sanitari delle quattro Regioni evidenzia esiti diversi, sia in termini di adempimento dei LEA (Tab. 1) sia, soprattutto, con riferimento alla mobilità sanitaria (Tab. 2).

Tab.1 I risultati del monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia* - 2023

| Regioni | Area Prevenzione | Area Distrettuale | Area Ospedaliera |
|---|---|---|---|
| **Piemonte** | **93** | **90** | **87** |
| Valle d'Aosta | 77 | **35** | **53** |
| **Lombardia** | **95** | **76** | **86** |
| P.A. di Bolzano | 98 | 82 | 62 |
| P.A. di Trento | 98 | 83 | 97 |
| **Veneto** | **98** | **96** | **94** |
| Friuli Venezia Giulia | 81 | 81 | 73 |
| **Liguria** | **54** | **85** | **80** |
| Emilia Romagna | 97 | 89 | 92 |
| Toscana | 95 | 95 | 96 |
| Umbria | 93 | 80 | 84 |
| Marche | 74 | 83 | 91 |
| Lazio | 63 | 68 | 85 |
| Abruzzo | **54** | **45** | 83 |
| Molise | 98 | 73 | 62 |
| Campania | 62 | 72 | 72 |
| Puglia | 74 | 69 | 85 |
| Basilicata | 68 | **52** | 69 |
| Calabria | 68 | **40** | 69 |
| Sicilia | **48** | **44** | 80 |
| Sardegna | 65 | 67 | 60 |

Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati Ministero della salute –aggiornamento al 26 marzo 2025

* Gli indicatori individuati all'interno del NSG sono 88 (DM 12 marzo 2019), 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).

In base al più recente monitoraggio dei LEA relativo al 2023, la Liguria retrocede a regione inadempiente per il mancato raggiungimento della soglia minima nell'area prevenzione, mentre Lombardia, Piemonte e Veneto risultano adempienti ai LEA ma con valori significativamente diversi soprattutto nell'area distrettuale e ospedaliera.

La Liguria presenta un saldo netto finanziario della mobilità sanitaria stabilmente negativo (-73 milioni nel 2024), a fronte di saldi attivi molto contenuti per il Piemonte (+10 mln) e molto consistenti per Veneto e Lombardia (rispettivamente + 112mln e +385 mln).

Tab.2 Saldo economico regionale della mobilità sanitaria complessiva, 2022-2024

| Regione | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|
| Abruzzo | -51.262.718 € | -53.103.848 € | -51.061.687 € |
| Basilicata | -48.111.353 € | -52.151.060 € | -52.669.617 € |
| Calabria | -178.614.085 € | -191.867.993 € | -193.971.801 € |
| Campania | -204.270.279 € | -211.340.651 € | -210.539.222 € |
| Emilia-Romagna | 336.998.294 € | 387.162.785 € | 419.283.767 € |
| Friuli-Venezia Giulia | -13.499.512 € | -14.128.784 € | -18.597.162 € |
| Lazio | -12.974.791 € | -14.156.606 € | -22.923.172 € |
| **Liguria** | **-69.139.568 €** | **-73.485.636 €** | **-73.314.514 €** |
| **Lombardia** | **361.814.315 €** | **383.285.163 €** | **385.658.900 €** |
| Marche | -27.779.099 € | -25.680.240 € | -28.935.964 € |
| Molise | 6.869.017 € | 3.189.918 € | 10.166.183 € |
| P.A. Bolzano | -2.449.172 € | -3.101.467 € | -4.692.625 € |
| P.A. Trento | 5.355.440 € | 5.650.889 € | 6.651.275 € |
| **Piemonte** | **25.738.540 €** | **23.017.479 €** | **10.865.133 €** |
| Puglia | -116.319.132 € | -126.911.154 € | -131.847.089 € |
| Sardegna | -50.239.503 € | -56.899.908 € | -56.313.605 € |
| Sicilia | -131.368.663 € | -139.743.198 € | -138.232.822 € |
| Toscana | 31.537.423 € | 26.980.007 € | 23.523.979 € |
| Umbria | -11.023.523 € | -24.168.391 € | -26.021.622 € |
| Valle D'aosta | -8.672.472 € | -9.237.447 € | -9.972.942 € |
| **Veneto** | **107.921.311 €** | **115.470.588 €** | **111.882.184 €** |

Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati Agenas

Più che un regionalismo differenziato fondato sulle peculiarità dei singoli territori, in attuazione dell'art. 116, terzo comma della Costituzione, sembra delinearsi una forma di regionalismo rafforzato (un "sovraregionalismo" del Nord) sostanzialmente omogeneo, che attribuisce alle quattro Regioni richiedenti il medesimo ampliamento degli spazi di autonomia.

Dalla natura aggiuntiva delle funzioni deriva anche la previsione che siano le Regioni richiedenti a provvedere al loro finanziamento.

D'altra parte, la clausola di invarianza finanziaria prevede che il processo di attuazione dell'autonomia differenziata e il conseguente esercizio delle nuove competenze deve avvenire senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente.

Tale previsione appare in contraddizione con la richiesta di alcune funzioni, soprattutto in ambito sanitario, che presuppongono la disponibilità di risorse aggiuntive. È difficile immaginare, ad esempio, che una Regione possa rafforzare le politiche di reclutamento e incentivazione del personale sanitario senza sostenere maggiori costi. Affermare che tali interventi debbano essere realizzati esclusivamente nei limiti delle risorse già disponibili svuoterebbe di contenuto le stesse competenze richieste. Su questo piano, la documentazione tecnica allegata agli schemi di intesa non fornisce sufficienti chiarimenti.

Se tali funzioni devono essere finanziate nei limiti dei bilanci regionali e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il loro esercizio concreto potrebbe finire per dipendere dalla diversa capacità fiscale delle Regioni.

In assenza di un effettivo meccanismo di perequazione delle capacità fiscali regionali, le Regioni con basi imponibili più ampie e maggiore gettito potenziale potranno più facilmente utilizzare risorse proprie per rafforzare l'offerta

sanitaria, migliorare le condizioni di attrazione del personale, ridurre le liste d'attesa e ampliare gli investimenti. Le Regioni con minore capacità fiscale, al contrario, rischieranno di non disporre delle stesse condizioni finanziarie per attivare analoghe politiche.

Il rischio è di rafforzare i sistemi regionali già più solidi e aumentare le difficoltà di quelli più fragili. In un Servizio sanitario nazionale già attraversato da forti divari nell'offerta di servizi, nella dotazione di personale, nei tempi di accesso alle prestazioni e nei flussi di mobilità sanitaria, ulteriori margini di autonomia finanziati con risorse proprie possono produrre un effetto cumulativo sulle disuguaglianze esistenti.

Particolarmente critico è il tema del personale sanitario. Se alcune Regioni potranno utilizzare maggiori risorse per rendere più attrattive le condizioni di lavoro, finanziare prestazioni aggiuntive o rafforzare gli organici, si rischia di accentuare la competizione tra sistemi sanitari regionali per una risorsa già scarsa. Le Regioni più forti potrebbero attrarre ulteriore personale qualificato, mentre quelle più deboli potrebbero trovarsi in maggiore difficoltà nel garantire i servizi essenziali, con effetti diretti sui tempi di attesa e sulla qualità dell'assistenza.

Analogo rischio riguarda la mobilità sanitaria. Regioni già caratterizzate da maggiore capacità attrattiva potrebbero consolidare ulteriormente il proprio ruolo di poli di destinazione dei pazienti, beneficiando anche dei flussi finanziari derivanti dalla compensazione interregionale.

Per queste ragioni, la SVIMEZ ritiene che ogni ulteriore attribuzione di funzioni in materia sanitaria debba essere valutata non solo rispetto alla Regione richiedente, ma anche in relazione agli effetti sistemici sugli altri territori. Senza un quadro perequativo effettivo e senza una valutazione preventiva degli impatti sui divari sanitari regionali, l'autonomia differenziata nella materia della tutela della salute rischia di ampliare le distanze tra cittadini residenti in Regioni diverse, compromettendo la funzione universalistica e nazionale del Servizio sanitario.