Un Paese, due cure

I divari Nord-Sud nel diritto alla Salute

XII Commissione Affari Sociali della Camera dei deputati

Indagine conoscitiva sull'attuazione dei LEA e sull'erogazione delle prestazioni sanitarie nelle regioni

SVIMEZ



SVIMEZ

LA SALUTE COME DIRITTO DI CITTADINANZA E FATTORE DI SVILUPPO E COESIONE TERRITORIALE

- **Un diritto costituzionale fondamentale**

→ Accesso uniforme ai servizi sanitari: condizione essenziale per garantire pari opportunità ai cittadini indipendentemente da reddito e luogo di residenza

- **I divari sanitari sono una delle principali forme dei divari di cittadinanza Nord/Sud**

→ Differenze nell'erogazione dei LEA, nella qualità dei servizi e nei tempi di accesso alle cure incidono sugli esiti di salute, sulla qualità della vita e sulle opportunità

- **Il «diritto alla salute» influenza sviluppo e coesione**

→ Incidendo sugli esiti della salute, le differenze nella qualità e nella disponibilità delle prestazioni sanitarie condizionano le scelte di mobilità delle famiglie, impattano sull'attrattività e, più in generale, sulle prospettive di sviluppo economico e sociale dei territori.

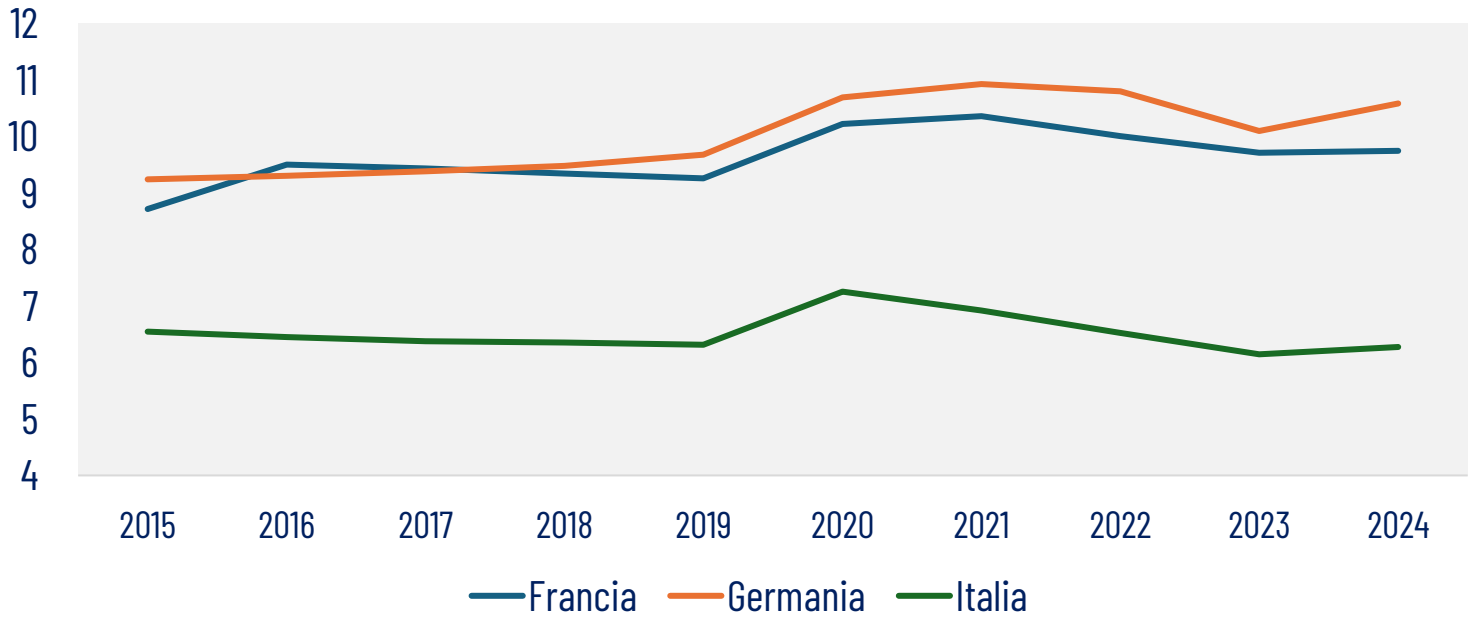
IL SOTTOFINANZIAMENTO DEL SANITÀ PUBBLICA

LA SPESA SANITARIA PUBBLICA IN % DEL PIL, UN CONFRONTO TRA LE MAGGIORI ECONOMIE EUROPEE

- La **quota sul PIL della spesa sanitaria pubblica italiana** è in media del **6,5%**, sensibilmente inferiore a Francia (9,6%) e Germania (10%)

- Nel 2024 la **quota sul PIL della spesa sanitaria pubblica italiana** è del **6,3%: contro il 9,7% di Francia e il 10,6% della Germania**

Spesa sanitaria pubblica corrente in percentuale del PIL



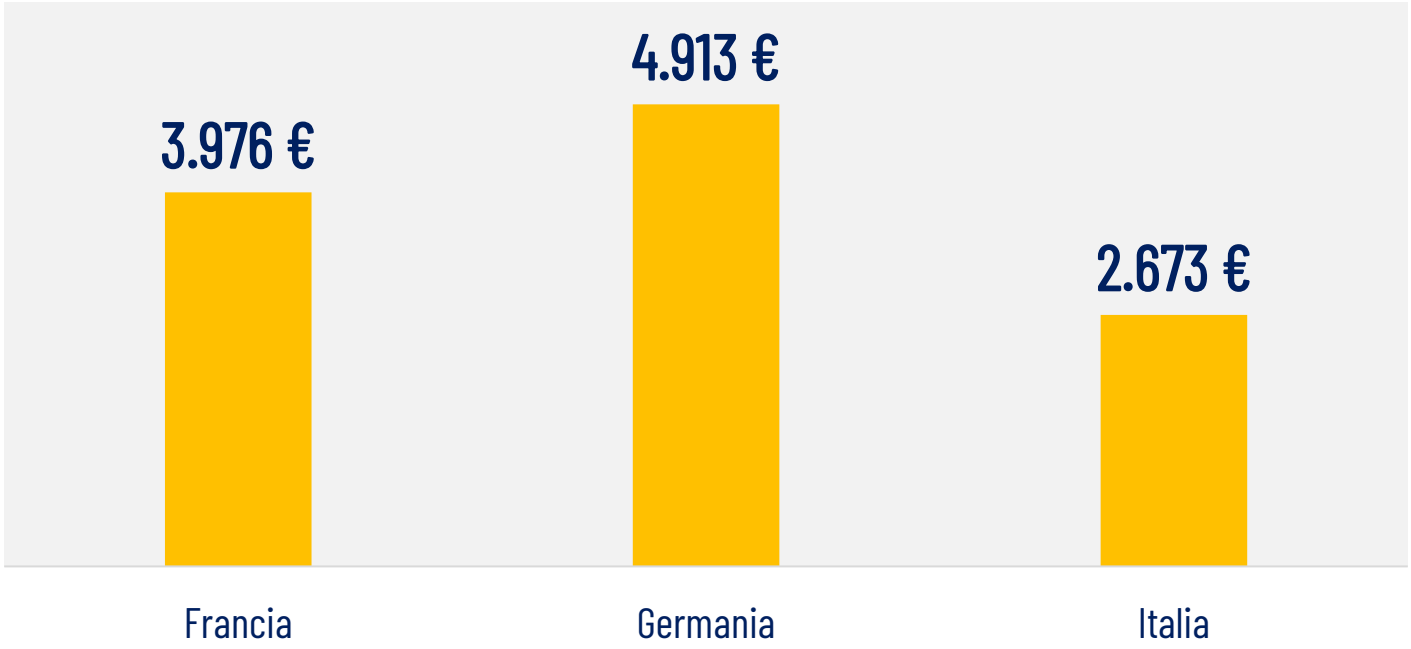
Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati OECD Health data, 2025

IL PROCESSO DI RIDIMENSIOMAMENTO DELLA SPESA SANITARIA PUBBLICA

LA SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO CAPITE: UN CONFRONTO TRA LE MAGGIORI ECONOMIE EUROPEE

- Nel 2024, la spesa sanitaria pubblica reale pro capite italiana è il 33% di quella francese, il 46% di quella tedesca

Spesa sanitaria pubblica reale pro capite nel 2024, PPP (base 2020)



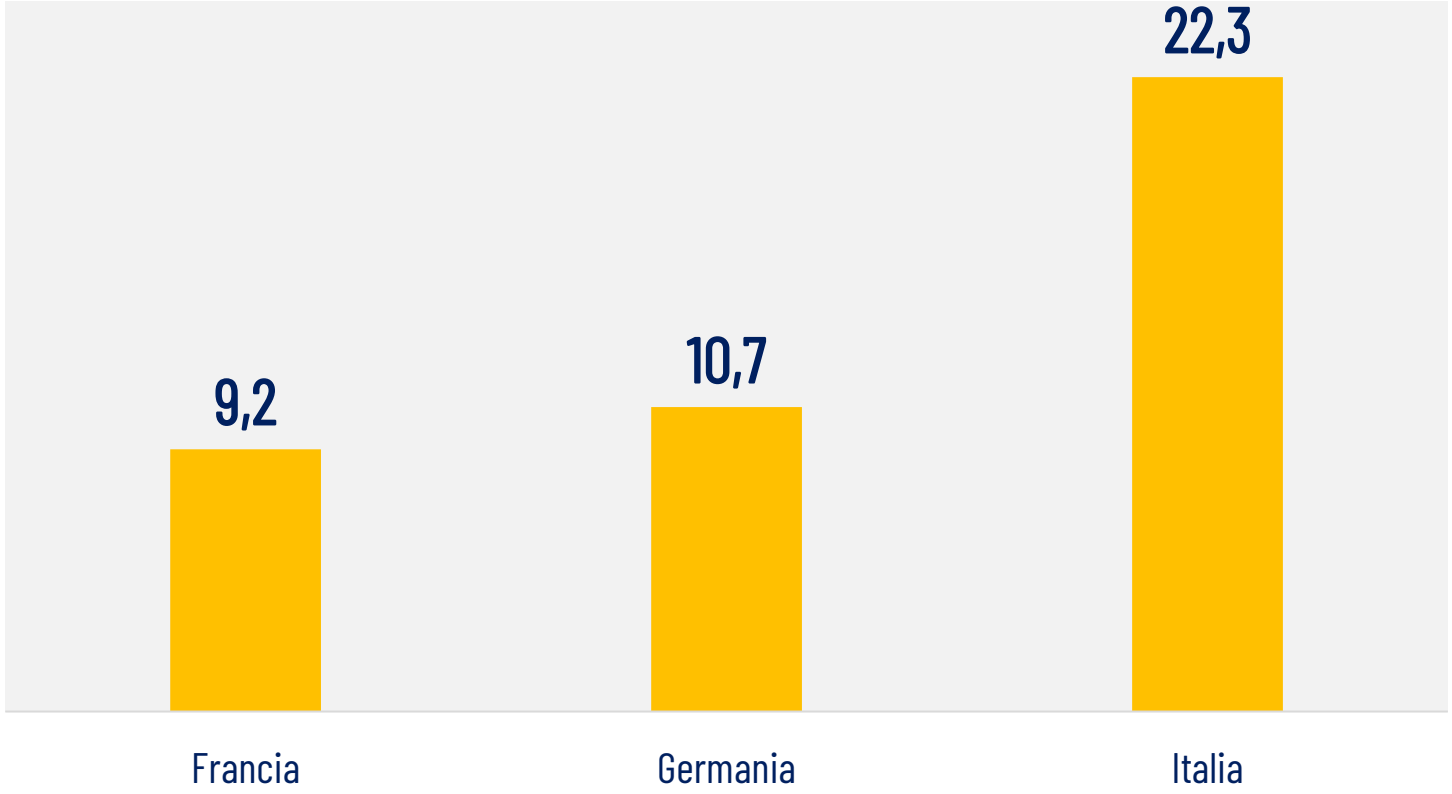
Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati OECD Health data, 2025

LA SPESA SANITARIA PRIVATA IN ITALIA È STRUTTURALMENTE MAGGIORE

UN CONFRONTO TRA LE MAGGIORI ECONOMIE EUROPEE

- In Italia, **poco meno di un euro** su quattro della spesa sanitaria complessiva è **un costo sostenuto dai cittadini**
- In Germania l'incidenza della spesa sanitaria privata è pari al 10,7%, in Francia al 9,2%
- In Italia la spesa delle famiglie è prevalentemente indirizzata a **prestazioni di cura e riabilitazione**, non all'assistenza di lunga durata

Quota % di spesa sanitaria privata* su spesa sanitaria totale, 2025



Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati OECD Health data, 2025

* Spesa per assicurazioni private e spesa *out-of-pocket* (ticket e pagamenti diretti)

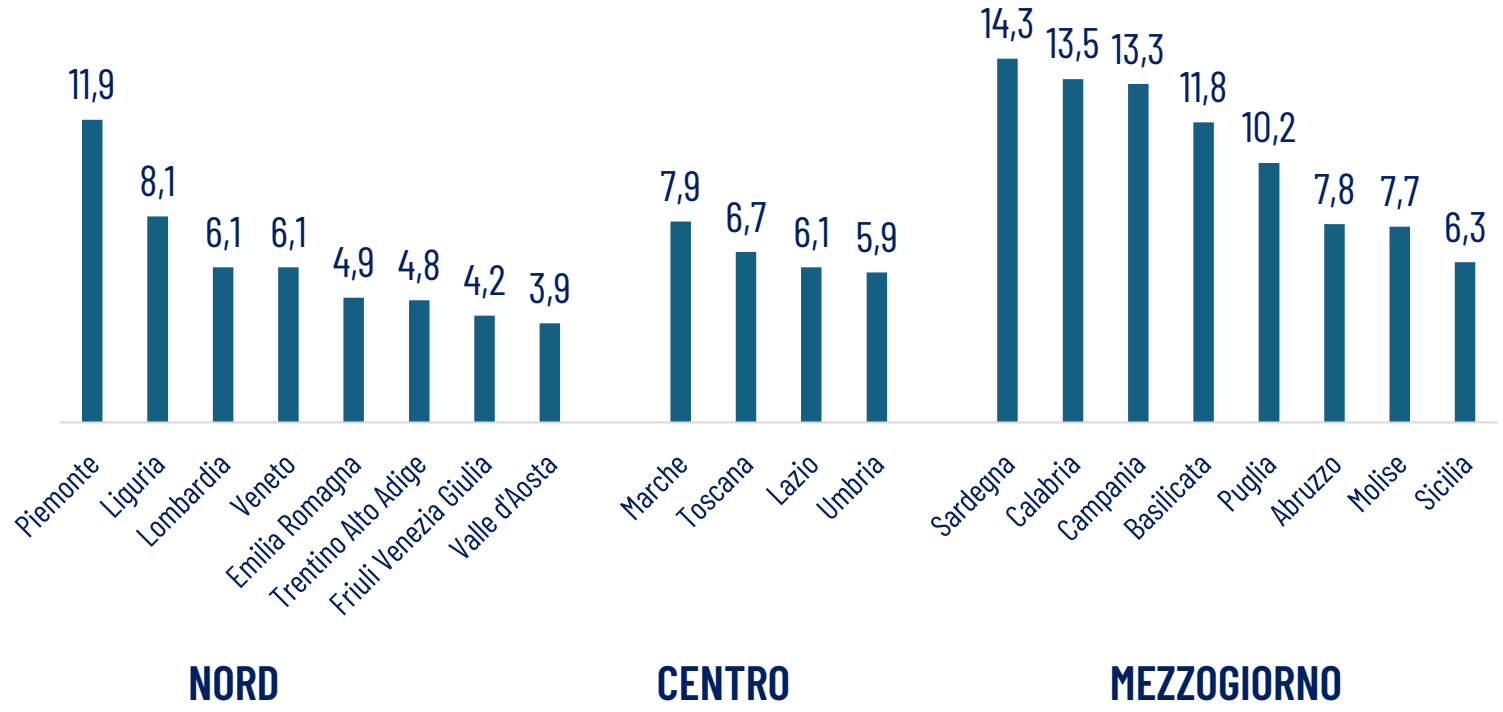
IN ITALIA 1,6 MLN DI FAMIGLIE IN POVERTÀ SANITARIA: 700mila al Sud

- In Italia, le famiglie in povertà sanitaria (impoverimento dovuto alle spese sanitarie e "rinunce" per motivi economici a tali tipologie di spese) **sono il 6,1%: 8,2% al Sud, 5 al Centro , 5,9% al Nord-Ovest e 4% al Nord-Est**

- I più colpiti:
  - Residenti al Sud
  - Famiglie meno abbienti
  - Over 75
  - Stranieri

- Maggiori cause di impoverimento:
  - Acquisto di farmaci (*over* 75)
  - Spese odontoiatriche (famiglie con figli)

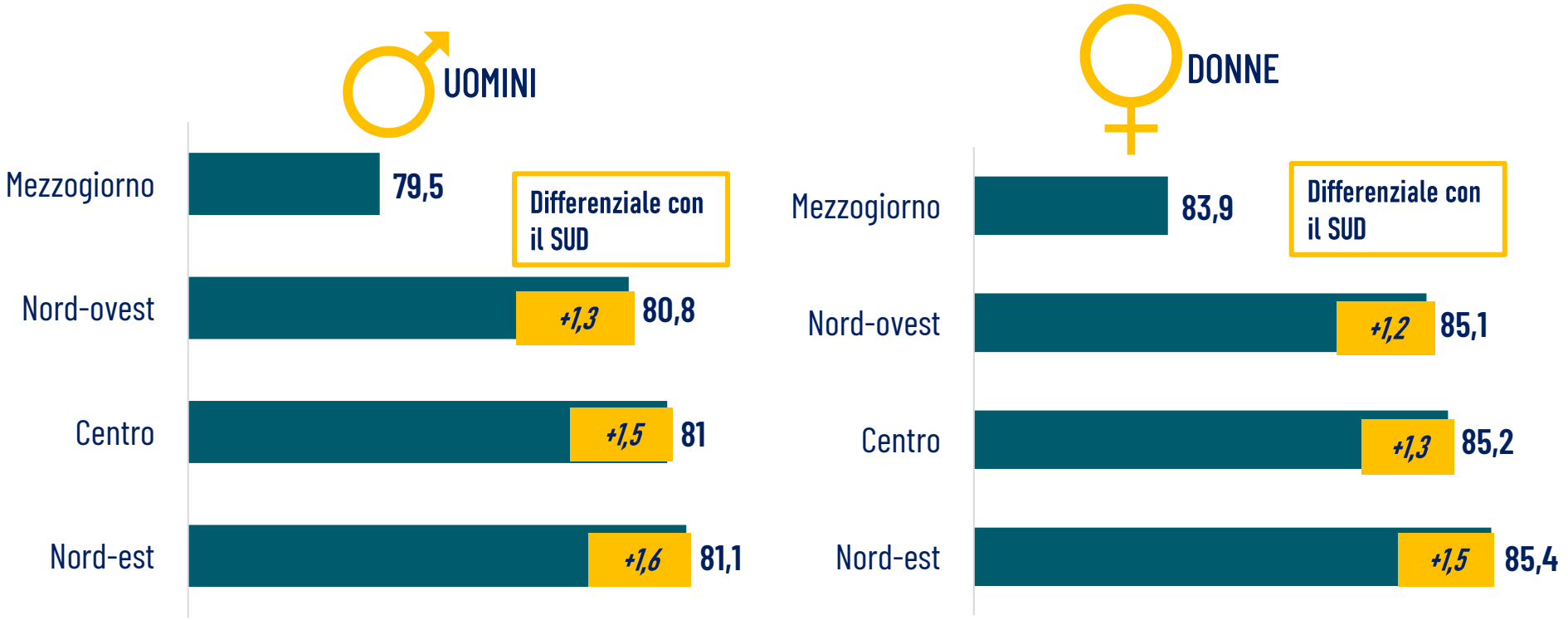
Quota di famiglie soggette a disagio economico per cause sanitarie. Anno 2021



Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati CREA, 2024

AL SUD SI VIVE MEDIAMENTE UN 1 ANNO E MEZZO IN MENO

Speranza di vita alla nascita

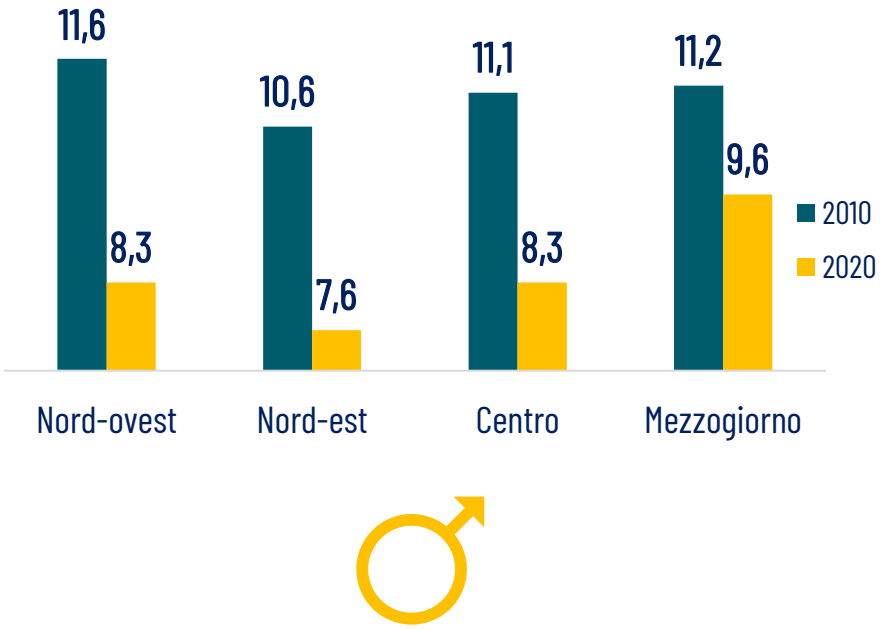


Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati ISTAT, dati al 2022

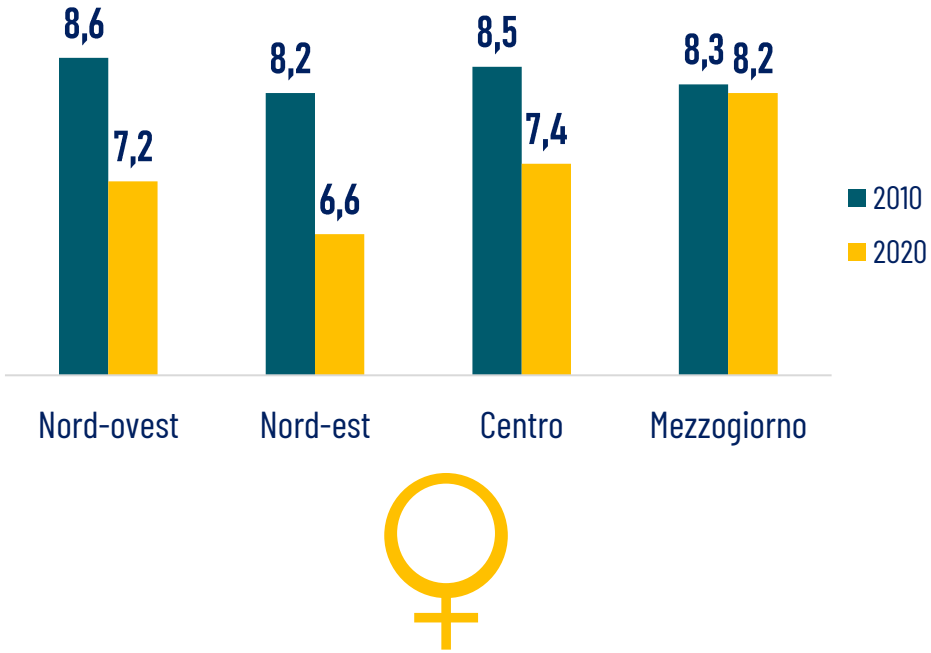
AL SUD LA PIU' ELEVATA MORTALITÀ ONCOLOGICA

Tasso di mortalità per tumori (20-64 anni), per 10.000 abitanti

UOMINI



DONNE



Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati ISTAT

LE DIFFERENZE REGIONALI NELLE PRESTAZIONI SANITARIE

IL CASO DELLA PREVENZIONE ONCOLOGICA: LA FRATTURA NORD/SUD

Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia - 2023

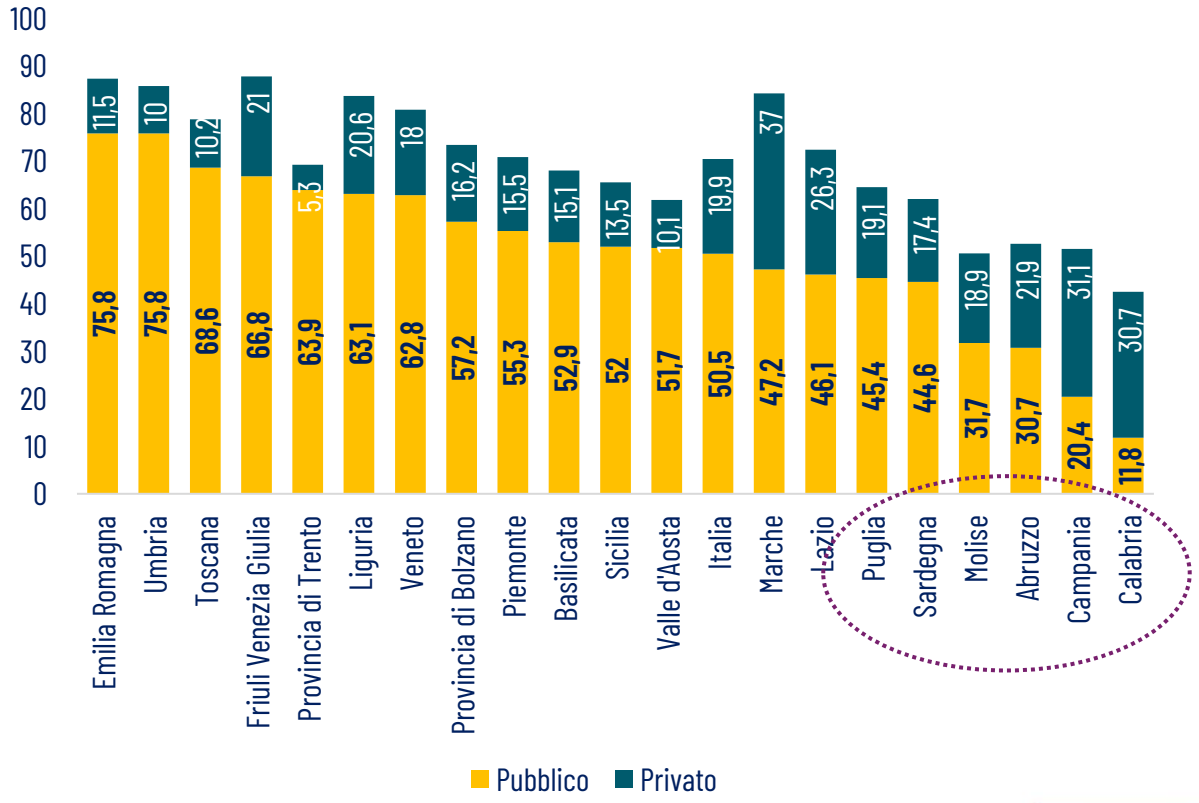


REGIONI INADEMPIENTI NEL GARANTIRE L'EROGAZIONE DEI **LEA**

(in almeno uno dei tre ambiti di assistenza - **prevenzione, distrettuale e ospedaliera** - non raggiungono il punteggio minimo (60 su una scala tra 0 e 100).

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

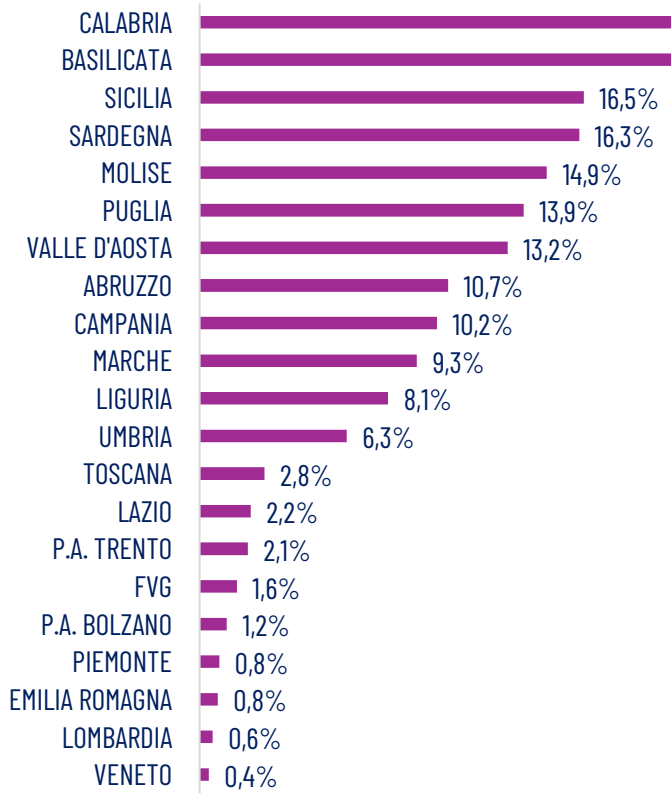
Copertura screening mammografico per il biennio 2021-2022, % su popolazione target (50-69 anni)



Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati Istituto Superiore di sanità, 2023

LA MOBILITÀ ONCOLOGICA DA SUD A NORD: MIGRAZIONI A SENSO UNICO

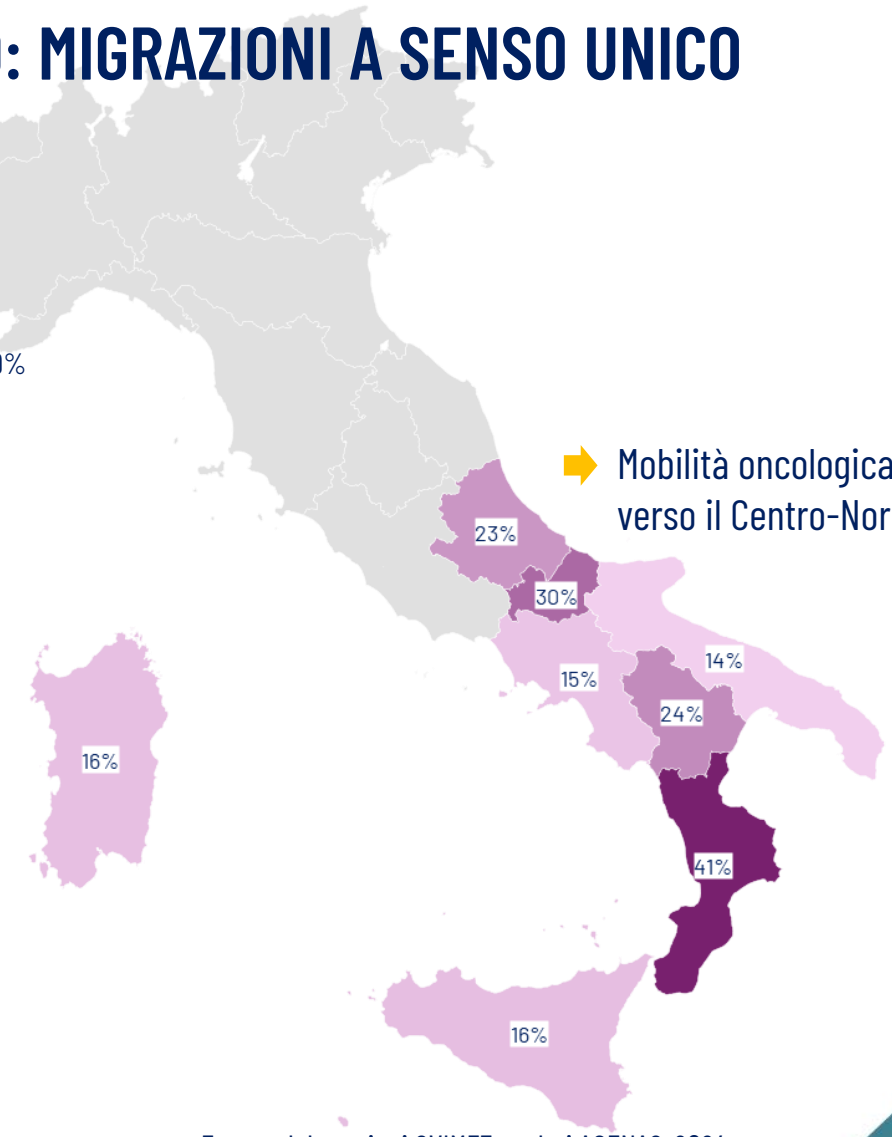
Mobilità oncologica a lungo raggio (verso regioni non confinanti)



- **Nel 2022, dei 66.885 malati oncologici residenti al Sud, 12.401 «scelgono» di curarsi in una regione del Centro-Nord, circa il 20%**

- **I pazienti che fanno il percorso inverso sono appena 800, lo 0,1% dei pazienti oncologici residenti al Centro-Nord.**

Mobilità oncologica da Sud verso il Centro-Nord



Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati AGENAS, 2024

IL SISTEMA SANITARIO

VINCOLI DI FINANZA PUBBLICA, CRITICITÀ DI ALLOCAZIONE E PROPOSTE

STANZIAMENTO

Risorse stabilite ***ex ante*** nel quadro della programmazione pubblica annuale (circa 132 mld nel 2023)

Lo stanziamento non corrisponde alla somma del costo dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)

È NECESSARIO **INCREMENTARE GLI STANZIAMENTI DI SPESA IN SANITÀ A LIVELLO NAZIONALE** PER AVVICINARE L'ITALIA AGLI STANDARD EUROPEI

ALLOCAZIONE

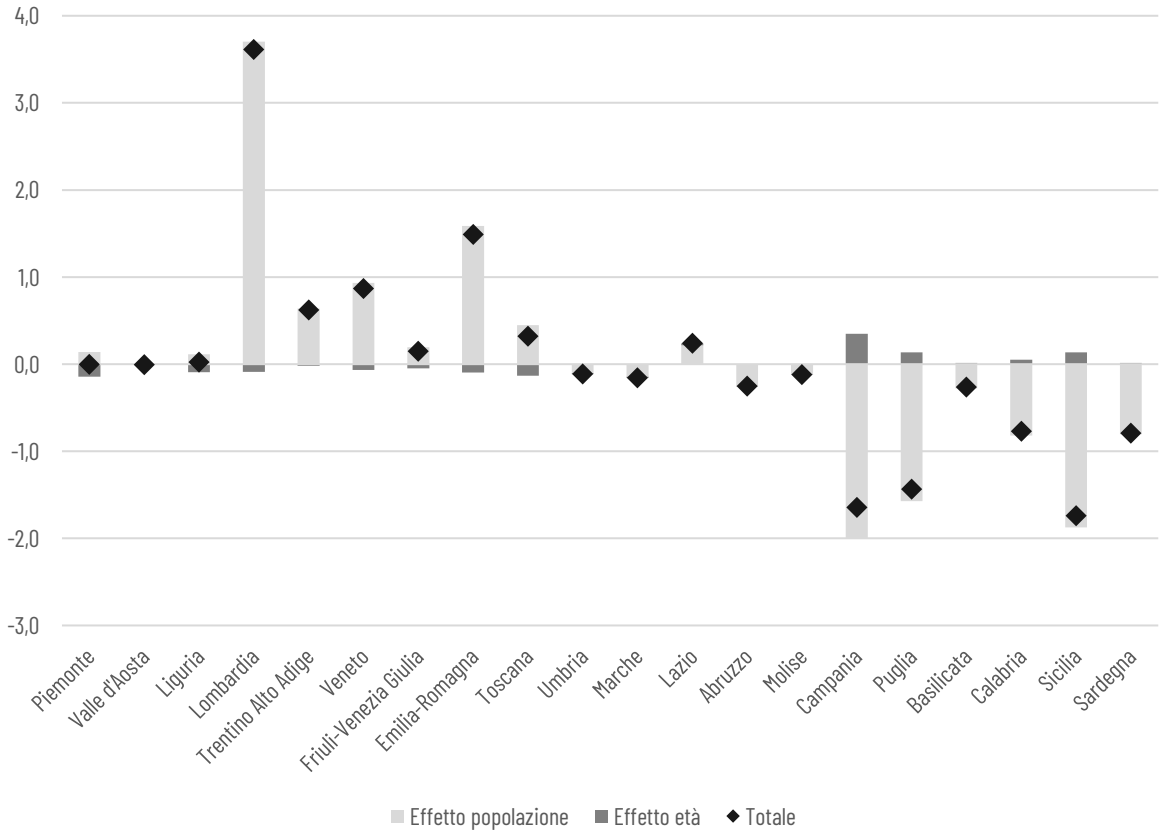
Risorse allocate alle regioni per il 98,5% in base al **criterio demografico** : quota capitaria secca (60%) e quota capitaria pesata per età (40%)

Considerati solo marginalmente (1,5%) i criteri di **deprivazione socio-economica**, sottostimando il bisogno di cura e prevenzione del Mezzogiorno

È NECESSARIO **AGGIORNARE IL METODO DI RIPARTO CON INDICATORI SOCIO-ECONOMICI** LEGATI AGLI EFFETTIVI BISOGNI DI CURA

GLI EFFETTI DELLE DINAMICHE DEMOGRAFICHE SUL RIPARTO REGIONALE DELLE RISORSE DEL SSN

Variazione del riparto regionale delle risorse sanitarie in coerenza con le proiezioni demografiche (punti percentuali, riparto 2080 rispetto a riparto 2023)



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)

→ Per effetto della caduta della popolazione, che inciderà soprattutto nel Mezzogiorno, controbilanciata solo in parte dal progressivo invecchiamento, più pronunciato al Sud

Correggere il metodo di riparto regionale del finanziamento della sanità sulla base degli indicatori di deprivazione rafforzerebbe le finalità di equità del SSN

Introduzione dei **nuovi criteri** a partire dal riparto regionale delle risorse del SSN stanziate per il 2023 applicati a una quota marginale del finanziamento indistinto (l'1,5%):

- il tasso di mortalità degli under 75 e un indicatore socio-economico composito che include, con medesimo peso, tre dimensioni (l'incidenza della povertà relativa individuale, la bassa scolarizzazione e il tasso di disoccupazione).

- redistribuzione di risorse da Nord a Sud con una perdita massima in Lombardia (-0,06%, pari a 71 milioni di euro) e un incremento massimo in Campania (+0,07%, pari a 87 milioni di euro).

L'AUTONOMIA DIFFERENZIATA NELLA MATERIA DELLA TUTELA DELLA SALUTE

LE RICHIESTE (IDENTICHE) DI LIGURIA, VENETO, PIEMONTE E LOMBARDIA

Le richieste nella materia della tutela della salute si concentrano sulla gestione delle risorse finanziarie.

Le Regioni richiedono in particolare diverse funzioni aggiuntive:

a) Individuazione di **tariffe** di rimborso e di remunerazione differenti rispetto a quelle nazionali;

b) gestione autonoma delle risorse trasferite dallo Stato per gli **investimenti** sul patrimonio edilizio e tecnologico delle aziende del sistema sanitario regionale;

c) istituzione e gestione di **fondi sanitari integrativi** che finanziano prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto a quelle garantite dal Servizio sanitario nazionale

d) destinazione ad aziende ed enti del servizio sanitario regionale di risorse finalizzate all'assunzione di **personale sanitario**;

e) allocazione su **altri ambiti della spesa sanitaria le risorse nazionali vincolate** rispetto alle quali eventualmente risultassero economie di efficientamento in relazione a singole finalità.

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.

PIÙ AUTONOMIA, PIÙ DIVARI?

L'INASPRIMENTO DELLA COMPETIZIONE TRA SISTEMI SANITARI REGIONALI A VANTAGGIO DEI PIÙ FORTI

Tutela della salute = ambito dove maggiormente risaltano i problemi dell'autonomia differenziata senza piena attuazione del federalismo fiscale regionale **SIMMETRICO E COOPERATIVO**

Le intese prevedono che le funzioni aggiuntive siano esercitate nei limiti delle risorse regionali disponibili e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica (clausola di invarianza finanziaria)

→In assenza di un federalismo fiscale regionale pienamente attuato e di adeguati meccanismi perequativi, la possibilità di esercitare concretamente le nuove competenze è un'opportunità solo per le regioni con maggiore capacità fiscale, che possono finanziare più facilmente politiche sanitarie aggiuntive, rafforzando ulteriormente la qualità e l'attrattività dei propri servizi.

→ Nei SSR già oggi più attrattivi: più pazienti da altri SSR e maggiori risorse da mobilità sanitaria attiva (con possibile paradosso di aumento delle tempi di attesa per i pazienti residenti)

→ Nei SSR «di fuga»: perdita di risorse, difficoltà nel reclutamento del personale e ulteriore indebolimento dell'offerta sanitaria.

La maggiore autonomia rischia di amplificare i divari territoriali nel diritto alla salute



Grazie per l'attenzione

www.svimez.it