ISSN: 2974-802X

iNFORMAZIONI SVIMEZ

1. FEBBRAIO 2024

Un Paese due cure.
I divari Nord-Sud nel diritto alla Salute



Luca Bianchi
Serenella Caravella
Carmelo Petraglia

Al Sud i servizi di prevenzione e cura sono più carenti, minore la spesa pubblica sanitaria, più lunghe le distanze da percorrere per ricevere assistenza, soprattutto per le patologie più gravi. Investire in Sanità dovrebbe tornare tra le priorità nazionali, correggendo il metodo di riparto regionale del Fondo Sanitario Nazionale sulla base degli indicatori di deprivazione. L'autonomia differenziata rischia di ampliare le disuguaglianze nelle condizioni di accesso al diritto alla salute.

SVIMEZ

Introduzione

Questo numero di Informazioni SVIMEZ viene diffuso contestualmente al video "**Un paese, due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla Salute**" e affronta il tema dell'ampliamento dei divari territoriali nell'offerta di prestazioni sanitarie, in un Paese che dopo l'emergenza Covid-19 è tornato a disinvestire nella salute dei cittadini.

Il Mezzogiorno, secondo gli indicatori BES (Benessere Equo e Sostenibile) sulla salute, è l'area del Paese caratterizzata dalle peggiori condizioni di salute. Gli indicatori relativi alla speranza di vita mostrano un differenziale territoriale marcato e crescente negli anni: nel 2022, la speranza di vita alla nascita per i cittadini meridionali era di 81,7 anni, 1,3 anni in meno del Centro e del Nord-Ovest, 1,5 rispetto al Nord-Est. Analoghi differenziali sfavorevoli al Sud si osservano per la mortalità evitabile causata da *deficit* nell'assistenza sanitaria e nell'offerta di servizi di prevenzione.

Le storie immaginarie di due donne, una calabrese e una emiliana, narrate nella *clip*, riflettono la realtà dei divari Nord-Sud nella qualità dei Sistemi Sanitari Regionali (SSR) e della conseguente "scelta" di molti cittadini del Mezzogiorno di ricevere assistenza nelle strutture sanitarie del Centro e del Nord, soprattutto per curare le patologie più gravi.

I divari territoriali sono aumentati in un contesto di generalizzata debolezza del Sistema Sanitario Pubblico italiano che, nel confronto europeo, risulta sottodimensionato per stanziamenti di risorse pubbliche (in media 6,6% del PIL contro il 9,4% di Germania e l'8,9% di Francia), a fronte di un contributo privato comparativamente elevato (24% della spesa sanitaria complessiva, il doppio di Francia e Germania). Da un lato, **il bilancio nazionale della sanità non copre integralmente il costo dei LEA**, quelle prestazioni e servizi che dovrebbero essere offerti in quantità e qualità uniformi in tutto il territorio nazionale. Dall'altro, **la distribuzione regionale delle risorse, basata su dimensione e struttura per età della popolazione, non rispecchia gli effettivi bisogni di cura e assistenza dei diversi territori**, condizionati anche da fattori socio-economici non contemplati nei criteri di riparto.

Dai dati regionalizzati di spesa sanitaria risultano **livelli di spesa per abitante, corrente e per investimenti, mediamente più contenuti nelle regioni meridionali**. A fronte di una media nazionale di 2.140 euro, la spesa corrente più bassa si registra in Calabria (1.748 euro), Campania (1.818 euro), Basilicata (1.941 euro) e Puglia (1.978 euro). Per la parte di spesa in conto capitale, i valori più bassi si ravvisano in Campania (18 euro), Lazio (24 euro) e Calabria (27 euro), mentre il dato nazionale si attesta su una media di 41 euro.

Il monitoraggio LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), che offre un quadro delle differenze nell'efficacia e qualità delle prestazioni fornite dai diversi SSR, **fa emergere i deludenti risultati del Sud**. Nell'ambito della prevenzione oncologica, il ritardo è particolarmente evidente nei tassi di adesione ai programmi di *screening*, che riflettono anche le carenze di offerta dei SSR meridionali. Queste spiegano anche la **"fuga" dal Sud per ricevere assistenza in strutture sanitarie del Centro e del Nord, soprattutto per le patologie più gravi**. Nel 2022, dei 629 mila migranti sanitari (volume di ricoveri), il

44% era residente in una regione del Mezzogiorno. Per le patologie oncologiche, è la Calabria a registrare l'incidenza più elevata di migrazioni: il 43% dei pazienti si rivolge a strutture sanitarie di Regioni non confinanti. Seguono Basilicata (25%) e Sicilia (16,5%).

Al Sud, i servizi di prevenzione e cura sono dunque più carenti, minore la spesa pubblica sanitaria, più lunghe le distanze da percorrere per ricevere assistenza. Investire in sanità dovrebbe tornare tra le priorità nazionali, correggendo il metodo di riparto regionale del Fondo Sanitario Nazionale sulla base degli indicatori di deprivazione. **L'autonomia differenziata in ambito sanitario rischia di ampliare le disuguaglianze interregionali nelle condizioni di accesso al diritto alla salute**.

1. La spesa sanitaria italiana nel confronto europeo

Dopo l'emergenza Covid-19, l'Italia torna a disinvestire in sanità. La spesa pubblica destinata ai servizi sanitari espressa in rapporto al PIL è una buona approssimazione dell'intensità dell'intervento pubblico in sanità, pur presentando il limite di non fornire indicazioni sulla qualità dell'offerta[1].

Tra il 2010 e il 2019, in Italia la quota di PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente è stata in media del 6,6% (Fig.1), in linea con Spagna (6,5%) e Portogallo (6,7%), superiore alla Grecia (5,1%), ma sensibilmente inferiore a Regno Unito (11,4%), Germania (9,4%) e Francia (8,9%).

Negli stessi anni, per effetto delle politiche di consolidamento fiscale implementate dopo la crisi dei debiti sovrani seguita alla recessione del 2009, nelle economie europee con maggiori problemi di finanza pubblica si è ridotta anche la spesa sanitaria pro capite (Fig.2), indicatore correlato anche alla tipologia e qualità dei servizi offerti e alla composizione per età della popolazione. La punta dell'*iceberg* del disinvestimento in sanità si è registrata in Grecia (-26%). L'Italia è l'unica tra le grandi economie europee con un dato negativo: **tra il 2010 e il 2019, le risorse pubbliche in termini reali allocate alla salute di ogni cittadino sono diminuite di oltre il 2%**, in controtendenza rispetto a Spagna (+9%), Portogallo (+15%), Regno Unito (+27%), Francia (+32%) e Germania (+38%).

Le necessità di rafforzamento della sanità italiana per far fronte all'emergenza da Covid-19 hanno interrotto questa lunga fase di disinvestimento pubblico. **In percentuale del PIL, il primo anno di pandemia ha visto un aumento generalizzato della spesa sanitaria in Europa, ma relativamente meno accentuato in Italia** e Grecia: +0,9 e + 0,8 punti percentuali, contro +1 di Francia, Germania e Portogallo, + 1,4 di Spagna e +2,2 di Regno Unito. Dai dati relativi all'intero triennio 2020-2022, si direbbe che solo in Germania la pandemia abbia dato un impulso non episodico al rafforzamento della sanità pubblica. In Italia, in particolare, nel 2022, la spesa in rapporto al PIL è tornata su un valore solo di poco superiore a quello del 2019. In base alla dinamica della spesa sanitaria programmatica ricostruita dall'Ufficio Parlamentare di Bilancio (UPB) per il triennio 2024-2026, si prevede una ulteriore contrazione fino a raggiungere il 6,3% nel 2026[2].

In termini reali, **anche la crescita della spesa sanitaria pubblica per abitante è stata più contenuta in Italia tra il 2019 e il 2022**: +5% (+18% in Portogallo, +15% in Germania, +13% in Francia, +10% in Spagna, +16% nel Regno Unito, +6% in Grecia). A prezzi correnti, nel 2022, l'Italia presentava un livello di spesa sanitaria pubblica pro capite pari a circa 2.200 euro, superiore al dato spagnolo (2.061 euro), ma nettamente inferiore ai valori di Francia (3.852 euro) e, soprattutto, Germania (5.085 euro).

[1] Il dato di spesa pubblica include la spesa della pubblica amministrazione e quella che finanzia gli schemi obbligatori (assicurazioni obbligatorie previste per lavoratori dipendenti e autonomi).

[2] https://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2023/11/Audizione-UPB-DDL-bilancio-2024.pdf

Fig. 1 Spesa sanitaria pubblica corrente in percentuale del PIL

Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati OECD Health Data 2023 per gli anni 2010-2022 e UPB per gli anni 2023-2026

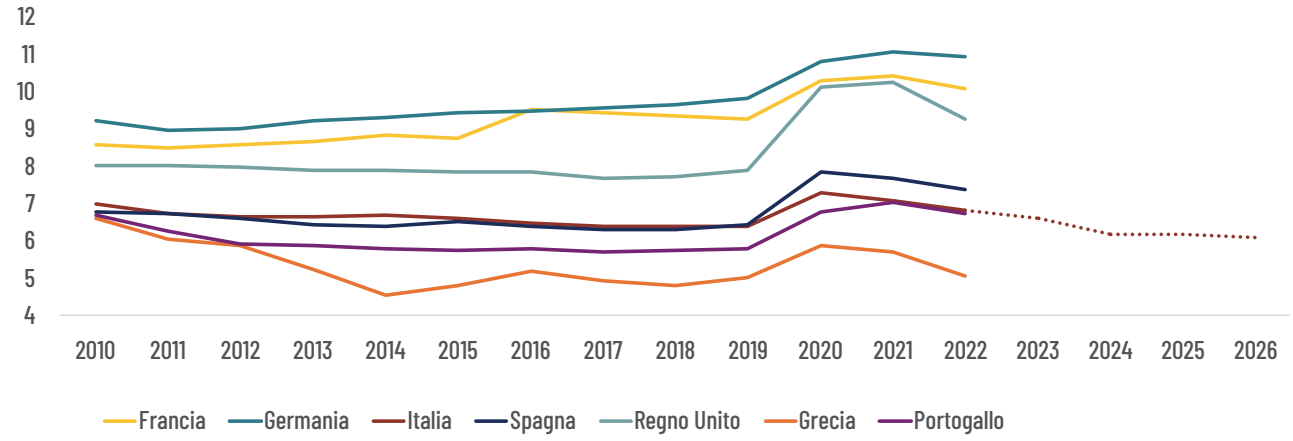
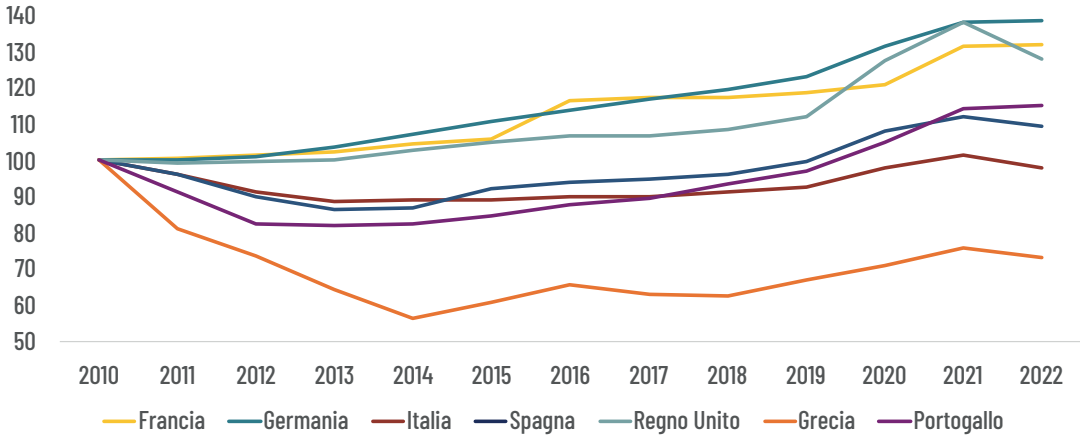


Fig. 2 Spesa sanitaria pubblica reale pro capite, 2010=100

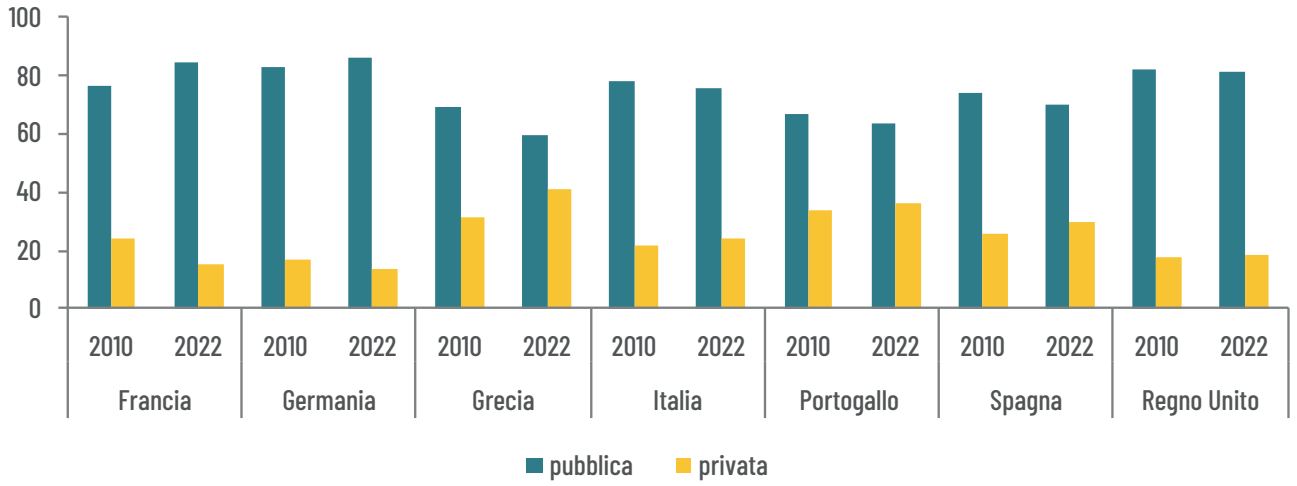
Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati OECD Health Data 2023



Quasi 1 euro su 4 della spesa sanitaria italiana è a carico dei cittadini, più del doppio di Francia e Germania. Il settore pubblico rappresenta il principale soggetto erogatore dei servizi di cura e assistenza nelle economie europee. La finalità è quella di favorire l'equità orizzontale, garantendo a tutti i cittadini parità di accesso ai servizi di cura a parità di bisogni, indipendentemente da residenza, capacità contributiva e altre condizioni socio-economiche. Un aspetto rilevante che distingue il SSN italiano nel contesto europeo, d'altra parte, è il contributo relativamente maggiore dei privati al finanziamento della spesa, sotto forma di schemi assicurativi volontari e spesa *out-of-pocket* (*ticket* e pagamenti diretti).

Fig. 3 Spesa sanitaria pubblica e privata, valori percentuali, 2010 e 2022

Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati OECD Health Data 2023



In Italia, nel 2022 la spesa pubblica rappresentava il 76% della spesa sanitaria complessiva, a fronte dell'82, 85 e 87% di Regno Unito, Francia e Germania (Fig. 3). Nello stesso anno, dunque, in Italia la componente privata contribuiva per una quota quasi doppia rispetto agli altri paesi: **poco meno di 1 euro su 4 della spesa sanitaria italiana è un costo sostenuto dai cittadini. In Italia la componente privata di spesa è aumentata dal 22 al 24% dal 2010 al 2022**. Nello stesso periodo, in Germania si è ridotta dal 24 al 15%, in Francia dal 17 al 13%.

Il contributo dei privati al finanziamento della spesa sanitaria è aumentato in concomitanza alla riduzione delle risorse pubbliche allocate alla salute. Perciò, **la spesa privata è andata sostituendosi alla spesa pubblica anziché aggiungersi, indebolendo le finalità di equità del SSN**. La componente privata cresce proporzionalmente alla capacità reddituale. Bassi livelli di reddito da lavoro dipendente, ad esempio, precludono l'accesso volontario alle coperture assicurative private integrative delle assicurazioni obbligatorie. Su questa categoria di soggetti è particolarmente gravosa la spesa *out-of-pocket* per servizi di cura urgenti. A questo proposito, secondo le stime della WHO (World Health Organization), nel 2020, quasi il 10% delle famiglie italiane ha dovuto sostenere spese sanitarie particolarmente onerose (oltre il 40% delle proprie capacità economiche)[3]. Più in generale, in base alle ultime valutazioni del CREA[4], risultano 1,6 milioni le famiglie in povertà sanitaria (perché hanno dovuto rinunciare alle spese sanitarie per motivi economici o si sono impoverite per sostenerle): l'8,2% del nuclei familiari del Mezzogiorno, una quota quasi doppia rispetto al Nord-Est (4%), sensibilmente al di sopra di Nord-Ovest (5,9%) e Centro (5%).

[3] *WHO - World Health Organization - Global Health Observatory data – repository https://apps.who.int/gho/data/view.main.FINANCIALPROTECTIONWHOEURO-01v?lang=en*

[4] *CREA - CENTRO PER LA RICERCA ECONOMICA APPLICATA IN SANITÀ- XIX Rapporto Sanità, Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione. https://www.creasanita.it/wp-content/uploads/2024/02/19%C2%B0Rapporto_sanita.pdf*

I bisogni di cura individuali trovano tra le loro determinanti lo status socio-economico. Numerosi studi mostrano come la morbilità, l'incidenza con la quale una patologia si manifesta nella popolazione sia, a parità di età, fortemente correlata alle condizioni socio-economiche[5]. Questi fattori assumono inevitabilmente caratterizzazioni territoriali molto marcate in Italia, in ragione dei differenziali Nord-Sud di povertà relativa, disoccupazione e reddito pro capite che determinano un **maggiore bisogno di servizi di cura e prevenzione nel Mezzogiorno**[6]. A questo proposito, un recente studio sui differenziali territoriali nella mortalità infantile ha evidenziato come il fenomeno, più intenso nelle aree meridionali e più frequente per bambini con cittadinanza straniera, sia fortemente correlato alle condizioni socio-economiche delle madri (basso reddito, lavoro povero, nutrimento inadeguato). **Sull'ampliamento dei divari Nord-Sud negli *outcome* sanitari (mortalità evitabile; capacità di ospedalizzazione) ha inciso anche la graduale riduzione della spesa dei SSR del Mezzogiorno sottoposti a Piano di rientro**[7]. In molti casi, infatti, la correzione degli squilibri economico-finanziari è stata conseguita grazie a recuperi di efficienza e appropriatezza nell'utilizzo delle strutture ospedaliere, senza tuttavia apportare guadagni di efficacia nell'organizzazione complessiva dell'offerta dei servizi (prevenzione e medicina territoriale). Di pari passo, si sono intensificate le migrazioni sanitarie interregionali, anche quelle connesse alle patologie pediatriche[8].

[5] Per una review della letteratura si veda: Landi S., Ivaldi, E., & Testi, A. (2018). Socioeconomic status and waiting times for health services: An international literature review and evidence from the Italian National Health System. *Health Policy, 122*(4), 334-351.

[6] Il tema è stato recentemente approfondito da Save the Children nella XIII edizione dell'Atlante dell'infanzia a rischio in Italia "Come stai?" (https://www.savethechildren.it/sites/default/files/files/atlante_infanzia_2022.pdf).

[7] Depalo, D. (2019). The side effects on health of a recovery plan in Italy: A nonparametric bounding approach. *Regional Science and Urban Economics, 78*, 103466. Arcà E, Principe F, Van Doorslaer E. Death by austerity? The impact of cost containment on avoidable mortality in Italy. Health Econ. 2020;29:1500–16.

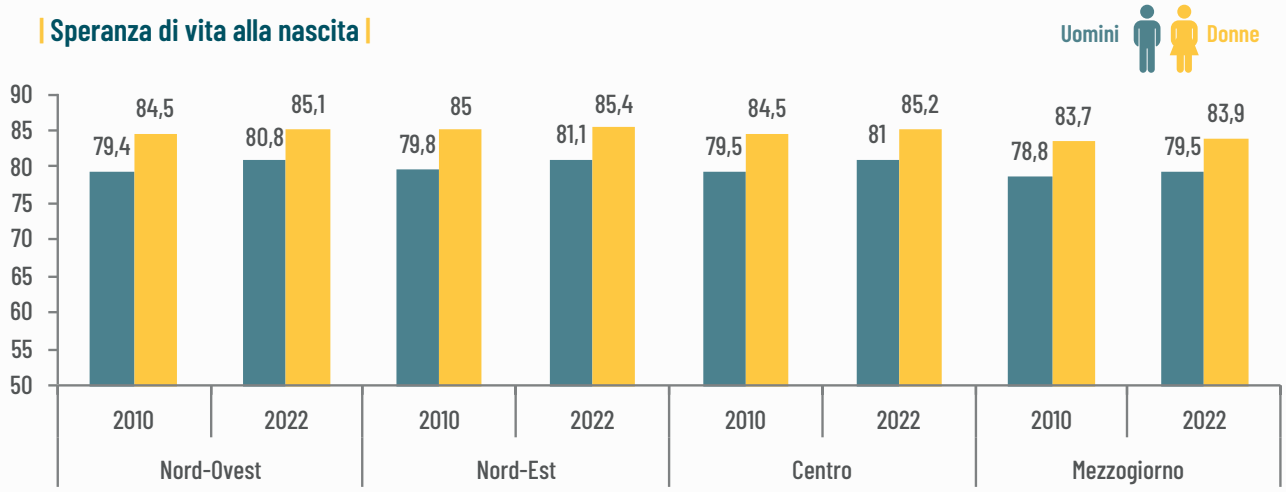
[8] De Curtis, M., Bortolan, F., Diliberto, D., & Villani, L. (2021). Pediatric interregional healthcare mobility in Italy. *Italian Journal of Pediatrics, 47*(1), 1-7. Il tema è stato recentemente approfondito nella XIII edizione dell'Atlante dell'infanzia (a rischio) in Italia "Come stai?" La salute delle bambine, dei bambini e degli adolescenti, a cura di Save the Children (https://www.savethechildren.it/sites/default/files/files/atlante_infanzia_2022.pdf)

- ***Il Mezzogiorno è l'area del Paese caratterizzata dalle peggiori condizioni di salute*** (BES, 2022).
  La speranza di vita mostra un differenziale territoriale marcato e crescente negli anni. Tra il 2010 e il 2022, la speranza di vita è aumentata, ma in misura minore al Sud: +0,5 anni in più, contro il +1 del Centro e Nord-Ovest e il +0,9 del Nord-Est. Nel 2022, la speranza di vita alla nascita per i cittadini meridionali era di 81,7 anni (79,5 per gli uomini e 83,9 per le donne), circa 1,3 anni in meno rispetto al Centro e Nord-Ovest, 1,5 nel confronto con il Nord-Est. La regione con la più bassa aspettativa è la Campania: 83,1 anni per le donne (contro una media nazionale di 83,7) e 78,8 per gli uomini (il dato nazionale è di 80,5). La speranza di vita più elevata si registra nella P. A. di Trento, dove le donne vivono mediamente fino a 86,3 anni e gli uomini fino a 81,9 anni.

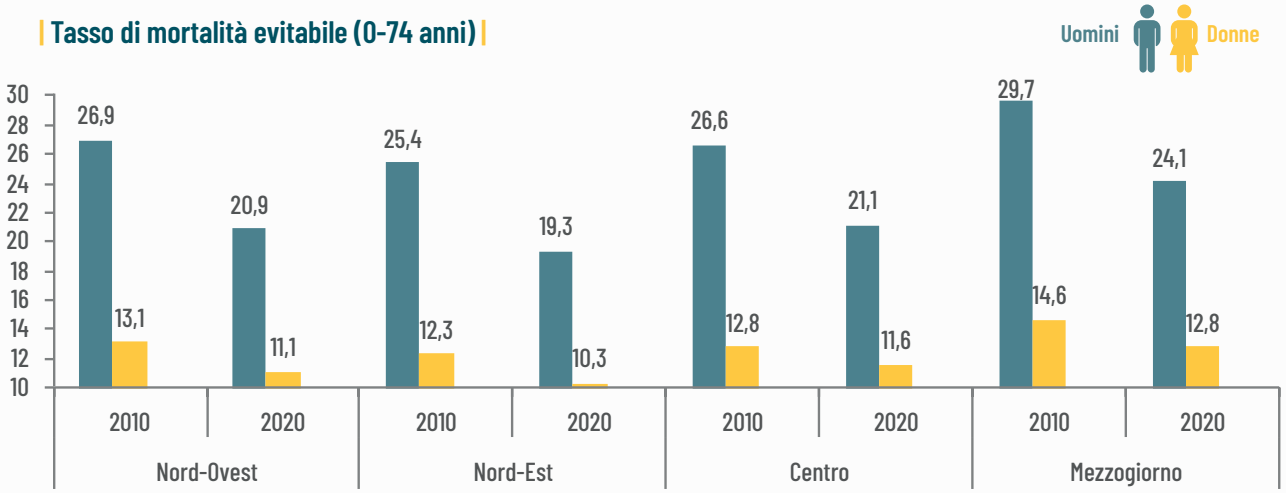
- ***Analoghi divari Nord-Sud si osservano per la mortalità evitabile.***
  Nel Mezzogiorno, dal 2010 al 2019, il numero di decessi trattabili e/o prevenibili (grazie a una assistenza sanitaria tempestiva ed efficace e adeguati interventi di prevenzione secondaria) è diminuito da 21,8 a 18,2 per 10.000 abitanti, soprattutto per effetto del calo registrato per gli uomini (da 29,7 a 24,1). Una riduzione simile a quella del Centro (da 19,3 a 16,1), ma sensibilmente inferiore a quella di Nord-Ovest (da 17,9 a 15,9) e Nord-Est (da 18,7 a 14,7). Su base regionale, quattro regioni del Centro-Sud presentano i valori più elevati per mortalità evitabile delle donne: Campania (14,7), Sicilia (13,4), Lazio (12,6) e Calabria (12,2). Per gli uomini, le prime tre regioni sono tutte del Mezzogiorno: Campania (26,2), Sardegna (25,3), Calabria (24,9).

- ***Anche la mortalità per tumore è più elevata al Sud.***
  Nel 2020, il tasso di mortalità (per 10.000 abitanti) era dell'8,8 nelle regioni meridionali (8,2 per le donne e 9,6 per gli uomini), significativamente più alto rispetto alle altre aree del Paese: 7,8 nel Centro (7,4 per le donne e 8,3 per gli uomini) e nel Nord-Ovest (7,2 per le donne e 8,3 per gli uomini), 7,1 nel Nord-Est (6,6 per le donne e 7,6 per gli uomini). Questo differenziale è cresciuto nell'ultimo decennio per effetto di un calo della mortalità oncologica sensibilmente più contenuto nelle regioni meridionali: - 0,9 punti, contro -1,9 al Centro e -2,3 nelle due ripartizioni del Nord.

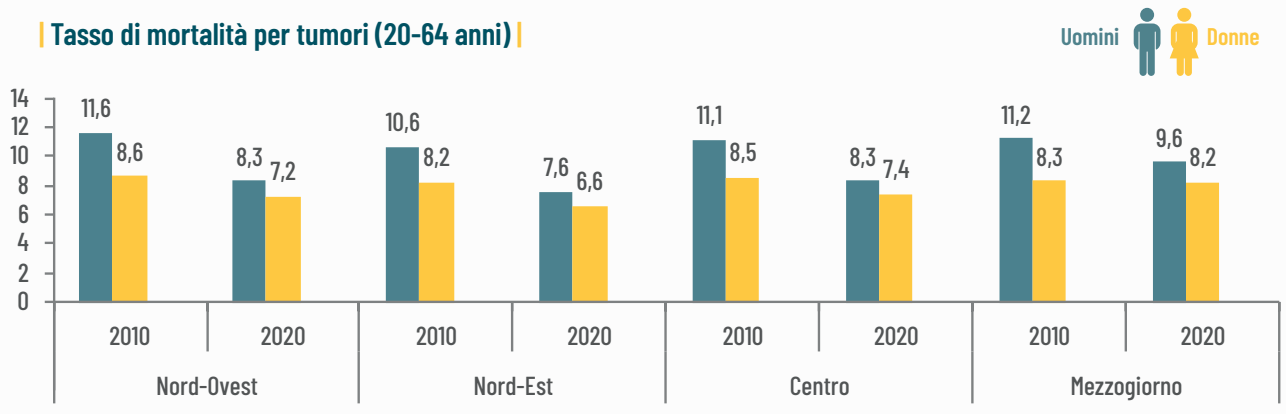
Speranza di vita alla nascita



Tasso di mortalità evitabile (0-74 anni)



Tasso di mortalità per tumori (20-64 anni)



Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati ISTAT

2. La spesa sanitaria nelle regioni italiane

Il bilancio della sanità italiana non copre integralmente i LEA. Il bilancio complessivo della sanità nazionale viene definito *ex ante* nel quadro della programmazione pubblica annuale, e si esaurisce quasi per intero nel finanziamento "indistinto" da allocare ai diversi SSR. **Il finanziamento dovrebbe essere commisurato ai fabbisogni di copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**, ossia delle prestazioni e dei servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, nel rispetto del principio di equità orizzontale, in base al quale **ciascun cittadino dovrebbe ricevere il medesimo livello e qualità di cure e di servizi sanitari indipendentemente dal luogo in cui risiede. Lo stanziamento viene però determinato a monte nel rispetto dei vincoli di bilancio pubblico e, pertanto, non corrisponde alla somma del costo dei LEA. Questi, di conseguenza, sono finanziati solo parzialmente.**

La successiva assegnazione delle risorse alle Regioni si basa su criteri demografici. Circa il 60% delle risorse è allocato proporzionalmente alla popolazione residente, riconoscendo a ciascuna Regione lo stesso ammontare pro capite (quota capitaria secca). Per il restante 40%, l'ammontare pro capite assegnato alle Regioni è differenziato per età (quota capitaria pesata), con pesi che riflettono i consumi sanitari per le diverse classi di età, maggiori per la fascia neo-natale (0-1 anni) e per gli anziani (over 65), minori per le classi centrali. Di conseguenza, l'ammontare delle risorse assegnate a ciascuna Regione aumenta al crescere della popolazione residente (effetto popolazione) e dell'incidenza sulla popolazione residente dei neonati e degli anziani (effetto età).

Correggere il metodo di riparto regionale del finanziamento della sanità sulla base degli indicatori di deprivazione rafforzerebbe le finalità di equità del SSN. Come discusso nel Rapporto SVIMEZ 2023, il riparto regionale delle risorse per la sanità, escludendo dai criteri di allocazione i fattori socio-economici che impattano sui fabbisogni di cura e assistenza, penalizza i cittadini delle regioni del Mezzogiorno[9]. **La presa in conto di fattori socio-economici nei criteri di riparto renderebbe la distribuzione del finanziamento nazionale tra SSR più coerente con le finalità di equità orizzontale del SSN.** Solo dal riparto regionale delle risorse del SSN stanziate per il 2023 si è tenuto conto di alcuni criteri socio-economici, applicati, tuttavia, 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). Dall'introduzione di questi nuovi criteri è seguita una 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).

Le dinamiche demografiche avverse penalizzeranno il Mezzogiorno. Se non interverranno modifiche nell'attuale metodo di riparto, oltre a incidere sulla quota di risorse complessivamente allocate al SSN, **le dinamiche demografiche previste in Italia per i prossimi decenni (calo demografico e invecchiamento della popolazione) avranno ricadute significative**

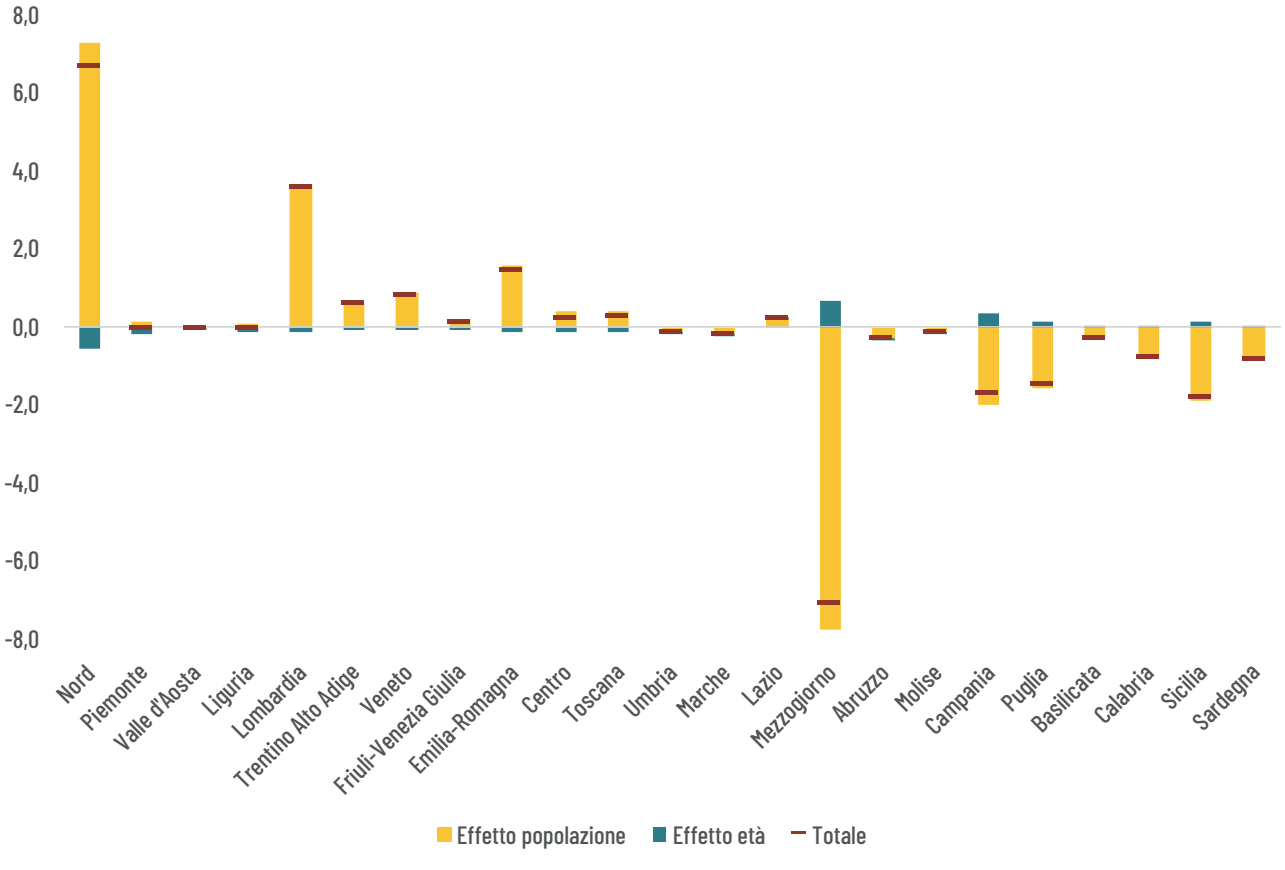
[9] Rapporto SVIMEZ 2023, Capitolo VIII "Gli effetti dell'evoluzione demografica sull'allocazione tra regioni delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale" a cura di Roberto Fantozzi, Stefania Gabriele e Alberto Zanardi.

sull'allocazione regionale delle risorse, penalizzando ulteriormente il Mezzogiorno. Il calo demografico al 2080 investirà l'intero Paese (-13 milioni di residenti), ma sarà soprattutto il Sud a perdere popolazione: circa -40%, il doppio della caduta del Centro, quattro volte il calo del Nord. Cambierà anche la composizione per età della popolazione. Sarà significativo l'invecchiamento della popolazione, con intensità però più pronunciata nelle regioni meridionali: la popolazione con più di 75 anni aumenterà al Sud di quasi il 13%, 6 punti percentuali in più rispetto al Nord, 4 rispetto al Centro.

La redistribuzione a favore dei SSR del Centro e del Nord sarà via via più accentuata. Già nel prossimo decennio, la redistribuzione favorirà il Nord Italia. Gran parte della riallocazione riconducibile alle dinamiche demografiche si produrrà per l'effetto popolazione, in calo soprattutto al Sud. L'effetto popolazione sarà solo in minima parte controbilanciato dall'effetto età. Gli andamenti demografici di lungo periodo accentueranno ulteriormente la redistribuzione delle risorse a favore delle regioni del Nord. Si stima che, nel riparto 2080, il Nord guadagnerà 6,7 punti percentuali del finanziamento, il Centro registrerà una sostanziale stabilità (+0,3 punti percentuali), mentre il Mezzogiorno subirà una riduzione di 7 punti percentuali delle risorse. Su base regionale, la Lombardia incrementerà le risorse di 3,6 punti, seguita dall'Emilia-Romagna (+1,5 punti) e

Fig. 4 Variazione del riparto regionale delle risorse sanitarie in coerenza con le proiezioni demografiche (punti percentuali, riparto 2080 rispetto a riparto 2023)

Fonte: Rapporto SVIMEZ 2023, Capitolo VIII "Gli effetti dell'evoluzione demografica sull'allocazione tra regioni delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale" a cura di Roberto Fantozzi, Stefania Gabriele e Alberto Zanardi.



dal Veneto (+0,9 punti). Nel Mezzogiorno la riduzione delle risorse si accentuerà in tutte le regioni, e in particolare in Sicilia e Campania (rispettivamente –1,7 e –1,6 punti), seguite dalla Puglia (–1,4 punti).

In sintesi, a criteri di riparto invariati, **le differenze nella dinamica delle popolazioni regionali determineranno una redistribuzione dal Mezzogiorno al Nord di ben 7 punti percentuali nel 2080, che equivalgono a circa 9 miliardi di euro**, con il Centro che manterrà sostanzialmente invariata la propria posizione relativa.

La spesa sanitaria pubblica per cittadino è più bassa al Sud. Dai dati regionali sulla spesa pro capite in sanità di fonte Conti Pubblici Territoriali[10] riferiti al 2021, emergono importanti differenze tra territori, sia per la spesa destinata alla gestione corrente che per quella in conto capitale (Tab.1).

A fronte di una media nazionale di 2.140 euro, **la spesa corrente più contenuta si registra in Calabria (1.748 euro), seguita da Campania (1.818 euro), Basilicata (1.941 euro) e Puglia (1.978 euro). Per la parte di spesa in conto capitale, i valori più bassi si ravvisano nuovamente in Campania (18 euro), Lazio (24 euro) e Calabria (27)**, mentre il dato nazionale si attesta su una media di 41 euro.

Tra il 2010 e il 2021, risultano livelli di **risorse allocate alla salute di ogni cittadino comparativamente inferiori nei SSR del Mezzogiorno rispetto a quelli del Centro-Nord** (Fig.5). Questo differenziale territoriale di spesa corrente si conferma sia per le Regioni a Statuto Ordinario (RSO) che per quelle a Statuto Speciale (RSS). Tra le RSO, il *gap* di spesa corrente sfavorevole ai cittadini meridionali del Sud si è ridotto dal 17 all'11% tra il 2010 e il 2021 (-337 euro pro capite nel 2010; -210 euro pro capite nel 2021), per effetto di una riduzione del dato del Nord a parità di spesa delle RSO meridionali. Tra le RSS, viceversa, il *gap* è cresciuto dal 14 al 15% (-284 euro pro capite nel 2010; -324 euro pro capite nel 2021), per una crescita più sostenuta della spesa nelle RSS del Nord.

Per la spesa pro capite per investimenti, si osservano analoghi differenziali territoriali – più ampi tra RSS – sfavorevoli al Sud (Fig.6). Nel decennio si evidenzia un decremento generalizzato, ma più pronunciato per le RSS settentrionali (da 140 a 92 euro nell'arco del decennio) che però partivano da valori molto più elevati. Risultano invece più allineate le dinamiche territoriali di spesa per le altre regioni. In generale, si osserva una progressiva riduzione della spesa per investimenti fino al 2020, con un valore dimezzato rispetto ai livelli del 2010. Nel 2021, per effetto della crisi pandemica, la spesa sanitaria in conto capitale quasi raddoppia, raggiungendo in termini reali i 3,6 miliardi (erano 1,7 nel 2019). Il differenziale territoriale a sfavore delle RSO meridionali è pronunciato: nel 2021, la spesa pro capite in conto capitale del Sud è circa il 60% di quella del Centro-Nord, nel 2010 la percentuale era del 53%.

[10] Nei Conti Pubblici Territoriali le spese in sanità comprendono le spese per: prevenzione, tutela e cura della salute in genere (servizi medici e ospedalieri di natura generica, specialistica, paramedica) e relative strutture; servizi di sanità pubblica (servizi per l'individuazione delle malattie, servizi di prevenzione, banche del sangue, ecc.); gestione delle farmacie e fornitura di prodotti, attrezzature e servizi farmaceutici; gestione dei centri socio/sanitari e degli istituti zooprofilattici; sostegno e finanziamento dell'attività sanitaria (ad es. i trasferimenti al Fondo Sanitario Nazionale); formulazione e amministrazione della politica di governo in campo sanitario; predisposizione e applicazione della normativa per il personale medico e paramedico e per gli ospedali, le cliniche e gli studi medici; attività delle commissioni sanitarie; strutture termali. Nel periodo compreso tra il 2000 e il 2020 le ASL hanno veicolato, in media, circa il 94% della spesa complessiva, mentre la restante parte è riconducibile, con percentuali del tutto residuali, alle Imprese Pubbliche Locali, a quelle Regionali e alle Amministrazioni Centrali e Locali.

Tab. 1 **Spesa del Settore Pubblico Allargato in Sanità (2021, euro pro capite a prezzi correnti e numeri indice Italia = 100)**

Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati Conti Pubblici Territoriali, 2021

	GESTIONE CORRENTE		CONTO CAPITALE	
	euro pro capite	Numero indice (Italia = 100)	euro pro capite	Numero indice (Italia = 100)
Piemonte	2.163	101	36	87
Valle d'Aosta	2.411	113	85	208
Lombardia	2.084	97	29	71
Veneto	2.269	106	63	154
Friuli-Venezia Giulia	2.583	121	60	147
Liguria	2.298	107	33	80
Emilia-Romagna	2.495	117	47	114
Toscana	2.130	100	50	121
Umbria	2.202	103	28	67
Marche	2.142	100	72	175
Lazio	2.211	103	24	58
Abruzzo	2.135	100	52	126
Molise	2.205	103	28	69
Campania	1.818	85	18	43
Puglia	1.978	92	69	168
Basilicata	1.941	91	48	116
Calabria	1.748	82	27	66
Sicilia	2.091	98	31	75
Sardegna	2.261	106	80	194
P.A. Trento	2.413	113	72	175
P.A. Bolzano	2.527	118	97	235
ITALIA	2.140	100	41	100
Milioni di euro	129.098		2.424	

Fig. 5 **Spesa corrente al netto delle partite finanziarie del Settore Pubblico Allargato in Sanità (2010-2021, euro pro capite a prezzi costanti 2015)**

Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati CPT, Conti Pubblici Territoriali

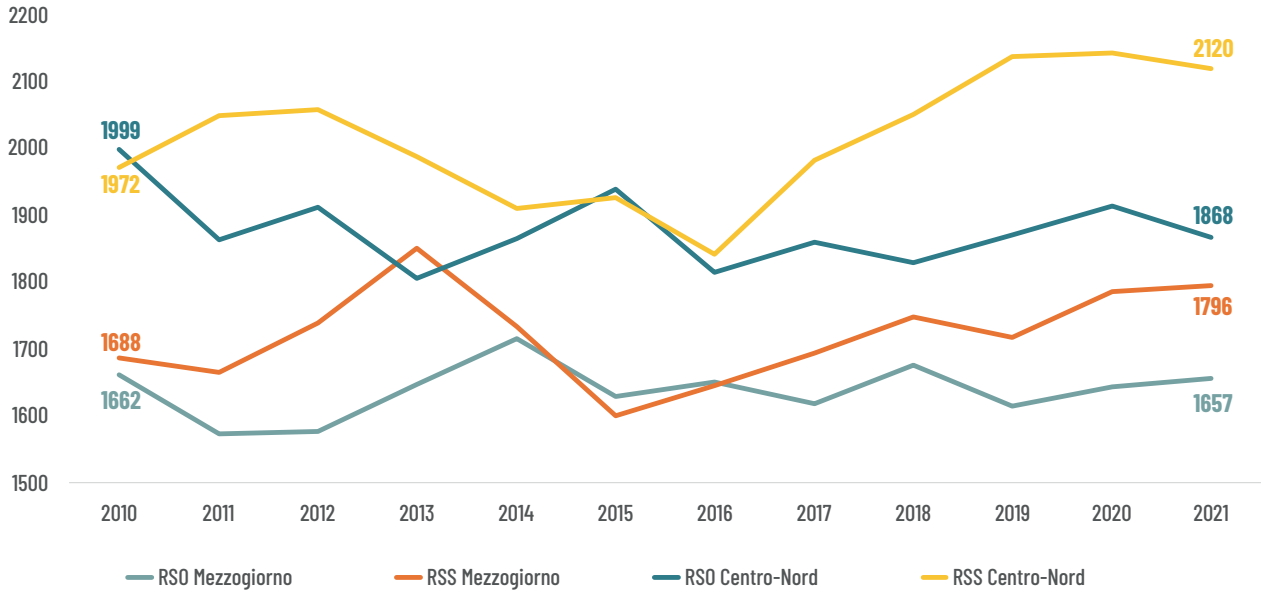
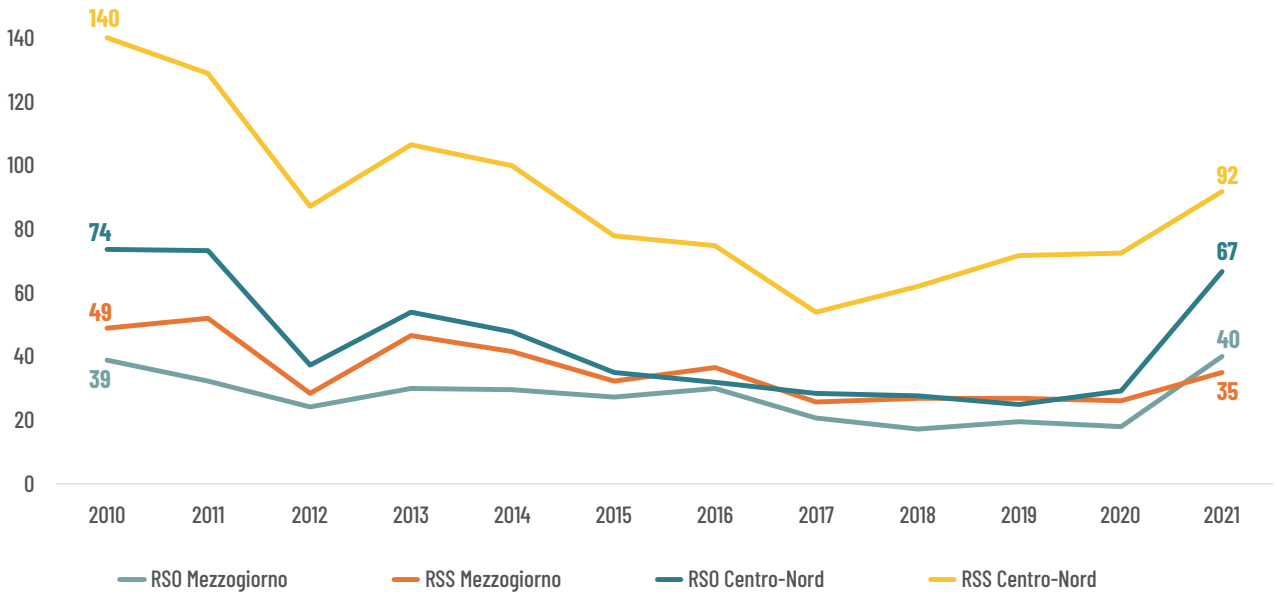


Fig. 6 **Spesa in conto capitale al netto delle partite finanziarie del Settore Pubblico Allargato in Sanità (2010-2021, euro pro capite a prezzi costanti 2015)**

Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati Conti Pubblici Territoriali



3. La qualità dei SSR

I livelli di assistenza sono più carenti e i servizi sanitari di minore qualità nel Mezzogiorno. L'ultimo monitoraggio predisposto dal Ministero della Salute per il 2021 (Tab. 2) evidenzia che, **con l'eccezione di Puglia, Abruzzo e Basilicata, le regioni del Mezzogiorno sono inadempienti nel garantire l'erogazione dei LEA**, vale a dire che 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)[11].

[11] Per approfondimenti si rimanda al Rapporto SVIMEZ 2023, Cap. VII "I divari tra i Sistemi Sanitari Regionali e la mobilità sanitaria" a cura di Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione Gimbe.

Tab. 2 Monitoraggio dei LEA per ambito di assistenza

Fonte: dati Ministero della Salute, 2021

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Status
Abruzzo	77,74	68,46	69,25	Adempiente
Basilicata	79,63	64,22	63,69	Adempiente
Calabria	52,96	48,51	58,52	Inadempiente
Campania	78,37	57,52	62,68	Inadempiente
Emilia-Romagna	90,73	95,96	94,5	Adempiente
Friuli-Venezia Giulia	85,32	79,42	78,22	Adempiente
Lazio	80,78	77,61	77,12	Adempiente
Liguria	73,05	85,92	73,6	Adempiente
Lombardia	86,84	93,09	85,33	Adempiente
Marche	82,62	89,38	85,9	Adempiente
Molise	82,99	65,40	48,55	Inadempiente
P.A. Bolzano	51,97	68,05	80,75	Inadempiente
P.A. Trento	92,55	79,33	96,52	Adempiente
Piemonte	86,05	84,47	81,36	Adempiente
Puglia	67,85	61,66	79,83	Adempiente
Sardegna	61,63	49,34	58,71	Inadempiente
Sicilia	45,53	62,19	75,29	Inadempiente
Toscana	91,37	95,02	88,07	Adempiente
Umbria	91,97	73,64	82,31	Adempiente
Valle d'Aosta	45,31	49,31	52,59	Inadempiente
Veneto	84,63	95,6	84,65	Adempiente

Anche secondo il Rapporto 2023 del CREA Sanità, le *performance* sono molto eterogenee tra SSR, e particolarmente insoddisfacenti per il Sud (Fig. 7). L'indice composito del CREA, che si basa su indicatori di appropriatezza, efficienza nella spesa, equità e *outcome*, varia da un massimo di 59 (fatto 100 il risultato massimo raggiungibile) a un minimo di 30: **il risultato migliore lo ottiene il Veneto e il peggiore la Calabria**[12]. Ordinando i diversi SSR in ordine decrescente risultano tre gruppi di regioni. Veneto, P.A. di Trento e P.A. di Bolzano mostrano *standard* di tutela della salute significativamente migliori (55-59). Al secondo gruppo appartengono Toscana, Piemonte, Emilia-Romagna, Lombardia e Marche, con valori compresi tra 47 e 49. Nel terzo gruppo si collocano Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Umbria, Molise, Valle d'Aosta e Abruzzo (37-42). Infine, per sei regioni (Sicilia, Puglia, Sardegna, Campania, Basilicata e Calabria) risultano livelli di *performance* inferiori a 32.

Anche la fotografia ISTAT 2022 sul grado di soddisfazione per le prestazioni dei SSR conferma la **minore qualità, percepita dall'utenza, dei servizi sanitari offerti nel Mezzogiorno** (Fig. 8-9). Le persone molto soddisfatte dell'ultima visita specialistica sono oltre il 77% nel Nord, 4 punti percentuali in più rispetto al Centro, ben 11 in più nel confronto con il Mezzogiorno.

[12] L'indice CREA copre le seguenti dimensioni: 1) Appropriatezza ((i)Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche; (ii) Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colorettale; (ii) Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata); 2) Economico-finanziaria (Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata; Sforamento pro-capite tetto di spesa farmaceutica (ospedaliera e territoriale); incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali); 3) Equità (Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici; Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.); Tasso di difficoltà di accesso ad alcuni servizi (farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, etc.); 4) Esiti (speranza di vita senza limitazioni funzionali (over 65 anni); Indice di salute mentale; Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti); 5) Innovazione (Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico; Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive; Indice di implementazione rete oncologica); 6) Sociale (Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale; Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari; Tasso di over 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale).

Fig. 7 Indice composito CREA di «performance» regionale dei SSR, 2023

Fonte: CREA Sanità, Le Performance Regionali.



Fig. 8 **Percentuale di persone molto soddisfatte del servizio sanitario, 2022**

Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati ISTAT

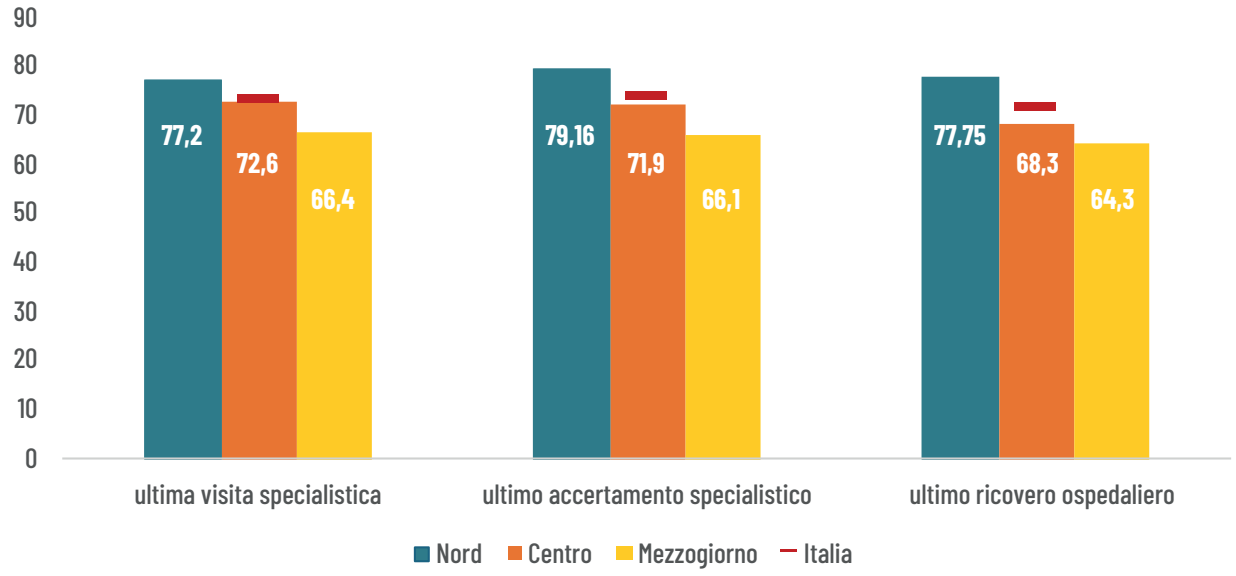
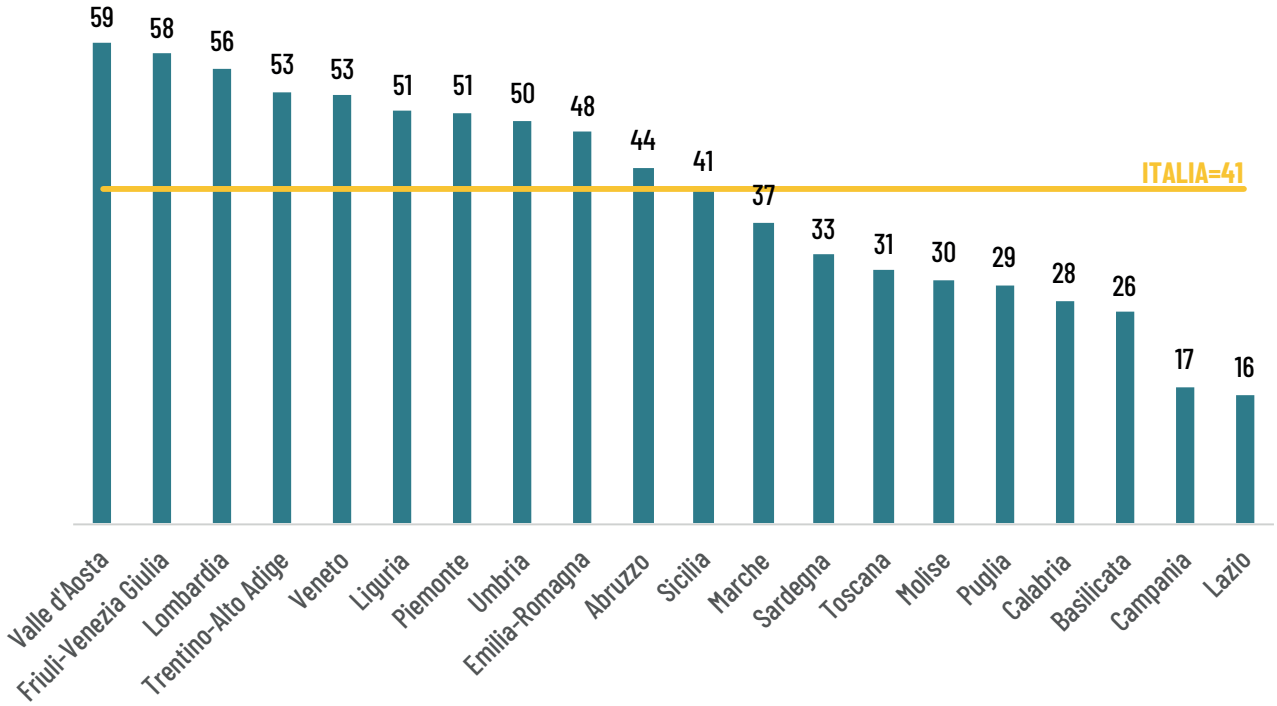


Fig. 9 **Percentuale di persone molto soddisfatte del servizio di assistenza infermieristica ospedaliera, 2022**

Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati ISTAT



Differenze anche più ampie si registrano per la soddisfazione degli utenti per gli accertamenti specialistici: 79% al Nord, 72% al Centro e 66% nel Mezzogiorno. Scende al 64% la percentuale di pazienti meridionali soddisfatti dell'ultimo ricovero ospedaliero, mentre nel Centro e al Nord il valore si attesta rispettivamente a 68 e 78%. La qualità dell'assistenza infermieristico ospedaliera è valutata come molto soddisfacente da 4 italiani su 10, ma anche in questo caso i livelli di soddisfazione sono più bassi al Sud (Fig. 9). La percentuale di persone molto soddisfatte varia da un massimo del 59% (Valle d'Aosta) a un minimo del 16% (Lazio). Tra le regioni del Sud, l'unica a scavallare la media nazionale è l'Abruzzo (44%); a mostrare i risultati più deludenti sono Puglia (29%), Calabria (28%), Basilicata (26%) e Campania (17%).

Nell'ambito della prevenzione oncologica, i divari sanitari sono particolarmente marcati: la scarsa adesione al Sud riflette anche le carenze di offerta. Gli *screening* oncologici gratuiti a scopo preventivo[13] sono fondamentali per scongiurare l'insorgenza dei tumori poiché forniscono diagnosi precoci che evitano il ricorso a interventi invasivi e riducono la mortalità oncologica[14]. Recependo le direttive internazionali, dal 2007, l'Italia ha adottato il Piano nazionale della prevenzione (PNR) al quale tutti i SSR sono tenuti ad aderire presentando i propri piani regionali in sede d'intesa Stato-Regioni.

Ma anche in questo ambito, **capacità di offerta e tassi di adesione alle campagne di prevenzione sono sistematicamente più bassi nel Mezzogiorno, specialmente nel caso degli *screening* mammografici** (controlli a cadenza biennale particolarmente raccomandati per le donne tra i 50 e i 69 anni, per le quali il tumore al seno rappresenta la più diffusa patologia oncologica). Secondo le valutazioni dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), nel biennio 2021-2022, in Italia circa il 70% delle donne di 50-69 anni si è sottoposta ai controlli: circa due su tre lo ha fatto aderendo ai programmi di *screening* gratuiti.

La copertura complessiva è dell'80% al Nord, del 76% al Centro, ma scende ad appena il 58% nel Mezzogiorno. La prima regione per copertura è il Friuli-Venezia Giulia (87,8%); l'ultima è la Calabria, dove solamente il 42,5% delle donne di 50-69 anni si è sottoposto ai controlli. I dati relativi agli *screening* organizzati dai SSR confermano i profondi divari regionali nell'offerta di servizi che dovrebbero essere garantiti in maniera uniforme in quanto compresi tra i LEA. La quota di donne che ha avuto accesso a *screening* organizzati oscilla tra valori compresi tra il 63 e il 76% in Veneto, Toscana, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, P.A. di Trento, Umbria e Liguria e circa il 31% in Abruzzo e Molise. Le quote più basse si registrano in Campania (20,4%) e in Calabria, dove le donne che hanno effettuato *screening* promossi dal Servizio Sanitario sono appena l'11,8%, il dato più basso in Italia. Sempre in Calabria, risulta particolarmente elevata la quota di donne che hanno effettuato invece lo *screening* mammografico su iniziativa spontanea: circa il 30% (un dato simile si ravvisa in Campania).

Ampliare e rafforzare l'offerta di *screening* gratuiti dovrebbe rappresentare una priorità per gli investimenti sanitari pubblici, per garantire equità e parità di accesso e trattamento ai cittadini, riducendo le disparità tra SSR. Come evidenziato nel rapporto dell'ISS del 2021 "I numeri del cancro in Italia", infatti, gli *screening* effettuati privatamente non beneficiano dei controlli di qualità ai quali sono invece costantemente sottoposti gli *screening* realizzati nell'ambito dei programmi pubblici.

[13] Un test di *screening* è un esame che consente di individuare in fase iniziale una certa malattia, nello specifico un tumore, in persone asintomatiche.

[14] Università Cattolica del Sacro Cuore - Osservatorio Nazionale sula salute delle regioni italiane, Rapporto Osservasalute, 2022 - Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2023/06/ro-2022-volume_completo.pdf

Tab. 3 Copertura *screening* mammografico per il biennio 2021-2022, % su popolazione target (50-69 anni)

Fonte: ISS -Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)

Regione	Copertura *screening* mammografico (totale)	Copertura *screening* mammografico organizzato
Abruzzo	52.6	30.7
Basilicata	68.0	52.9
Calabria	42.5	11.8
Campania	51.5	20.4
Emilia-Romagna	87.3	75.8
Friuli-Venezia Giulia	87.8	66.8
Lazio	72.4	46.1
Liguria	83.7	63.1
Lombardia	ND	ND
Marche	84.2	47.2
Molise	50.6	31.7
Piemonte	70.8	55.3
P.A. Bolzano	73.4	57.2
P.A. Trento	69.2	63.9
Puglia	64.5	45.4
Sardegna	62.0	44.6
Sicilia	65.5	52.0
Toscana	78.8	68.6
Umbria	85.8	75.8
Valle d'Aosta	61.8	51.7
Veneto	80.8	62.8
ITALIA	**70.4**	**50.5**

Sul risultato deludente del Mezzogiorno nell'ambito della prevenzione oncologica incidono sia i bassi tassi di adesione dell'utenza, sia la carente offerta di programmi di *screening*. In generale, la correlazione tra predisposizione individuale alla prevenzione – primaria (adottare stili di vita corretti) e secondaria (sottoporsi a controlli per la ricerca di tumori piccoli/asintomatici) – e fattori socio-economici (come livello di istruzione e di reddito, stato civile e cittadinanza) è un risultato ormai consolidato in letteratura[15].

[15] Per il caso italiano si veda: Carrozzi, G., Sampaolo, L., Bolognesi, L., Sardonini, L., Bertozzi, N., & Giorgi Rossi, P. (2015). Cancer screening uptake: association with individual characteristics, geographic distribution, and time trends in Italy. *Epidemiol Prev*, *39*(3 Suppl 1), 9-18. Stroffolini, T., Bianco, E., Szklo, A., Bernacchia, R., Bove, C., Colucci, M., ... & Mele, A. (2003). Factors affecting the compliance of the antenatal hepatitis B screening programme in Italy. *Vaccine*, *21*(11-12), 1246-1249. Damiani, G., Federico, B., Basso, D., Ronconi, A., Bianchi, C. B. N. A., Anzellotti, G. M., ... & Ricciardi, W. (2012). Socioeconomic disparities in the uptake of breast and cervical cancer screening in Italy: a cross sectional study. BMC *public health*, *12*(1), 1-10.

Tuttavia, studi più recenti[16] identificano tra le determinanti della propensione individuale a partecipare alle campagne di prevenzione anche la percezione della qualità e dell'accessibilità dei servizi sanitari. Indicativo, a questo proposito, è il dato sulla percentuale di donne che in Calabria hanno ricevuto l'invito a partecipare al programma di *screening* mammografico: 16% contro una media nazionale dell'89%[17]. Proprio in questa regione, si ricorda, è stata registrata l'incidenza più bassa di donne che hanno effettuato gratuitamente il controllo nell'ambito di un programma organizzato (11,8%). Nel Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 della Calabria[18], si elencano le principali cause di un risultato così deludente: (i) carenza di personale medico e tecnico; (ii) scarsa qualità delle strutture di erogazione; (iii) obsolescenza delle apparecchiature nelle strutture di erogazione.

Il caso calabrese è emblematico della debolezza dei SSR del Mezzogiorno, caratterizzati da bassa intensità dell'intervento pubblico in sanità e deludenti livelli di servizi di prevenzione e cura di qualità. Al Sud, più che nel resto del Paese, alla strutturale sottodotazione di risorse si associano maggiori difficoltà di adempiere ai LEA. In tal senso, è utile ribadire che la mancata copertura finanziaria integrale dei LEA è una questione nazionale, che impatta, per i limiti dei criteri di riparto del fondo nazionale, soprattutto nelle regioni del Mezzogiorno. Hanno inciso anche le misure di risanamento finanziario dei Piani di rientro, che hanno consentito di "efficientare" la spesa sanitaria e recuperare i disavanzi ma a scapito di un peggioramento complessivo nell'offerta di assistenza territoriale e ospedaliera, con effetti negativi tangibili sulla popolazione come l'incremento della mortalità e l'intensificazione delle migrazioni sanitarie.

[16] Lemmo, D., Martino, M. L., Vallone, F., Donizzetti, A. R., Freda, M. F., Palumbo, F., ... & Caso, D. (2023). Clinical and psychosocial constructs for breast, cervical, and colorectal cancer screening participation: A systematic review. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 23*(2), 100354. Ampofo, A. G., Adumatta, A. D., Owusu, E., & Awuviry-Newton, K. (2020). A cross-sectional study of barriers to cervical cancer screening uptake in Ghana: An application of the health belief model. *PloS one, 15*(4), e0231459.

[17] https://www.pianiregionalidellaprevenzione.it/doc/Indicatori_centrali.pdf

[18] Rapporto del Ministero della Salute sui Piani di Prevenzione Regionale 2014-2019, https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/DELIBERE_PRP_2020-2025/Calabria/PRP_2020-2025.pdf

4. Mobilità sanitaria interregionale: la cartina al tornasole dei divari tra SSR

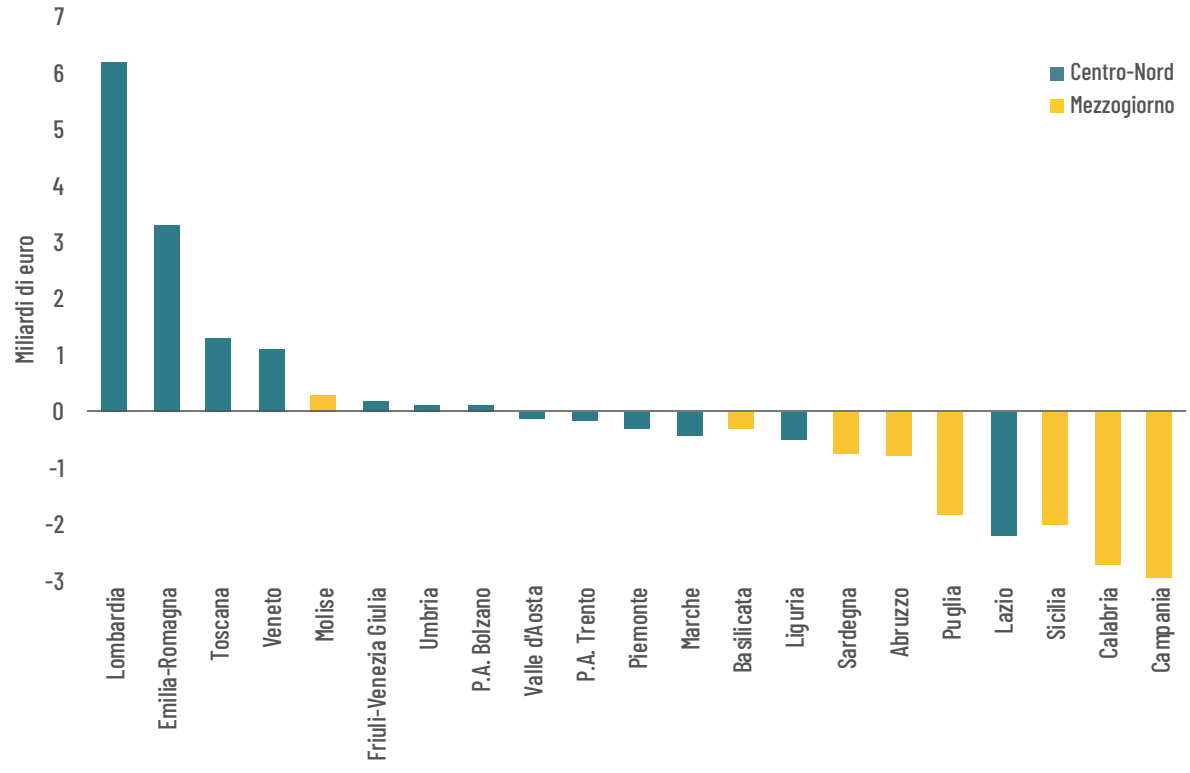
La mobilità sanitaria interregionale riflette le disparità tra SSR nella quantità e qualità di offerta assistenziale. La "fuga" dal Sud si è ormai cronicizzata, a testimonianza della persistenza delle difficoltà dei SSR meridionali a raggiungere *standard* assistenziali soddisfacenti. Viceversa, la presenza di centri di eccellenza per patologie specifiche (come gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere scientifico pediatrici) e, più in generale, di un'assistenza sanitaria ritenuta qualitativamente migliore dai cittadini, determina la forte capacità attrattiva delle strutture sanitarie del Centro e del Nord.

La dimensione del fenomeno può essere desunta dai saldi finanziari della mobilità. Da un punto di vista finanziario, la mobilità sanitaria interregionale viene distinta in mobilità attiva (una voce di credito nel bilancio regionale per la Regione che attrae pazienti da altre Regioni) e mobilità passiva (una voce di debito per la Regione i cui residenti ricevono cure da altri SSR). Annualmente, vengono effettuate compensazioni finanziarie tra Regioni creditrici e debitrici[19].

[19] I flussi finanziari delle compensazioni interessano le seguenti voci: Ricoveri ospedalieri e *day hospital* (differenziati per pubblico e privato accreditato), medicina generale, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, cure termali, somministrazione diretta di farmaci, trasporti con ambulanza ed elisoccorso. Circa il 75% delle compensazioni è relativo a prestazioni di ricovero ospedaliero e *day hospital*.

Fig. 10 Saldi di mobilità interregionale 2010-2019 (riparto FSN 2012-2021)

Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati Conferenza Stato-Regioni-CIPESS



Un recente *Report* della Corte dei Conti[20] ha documentato che nel decennio 2010-2019, tredici Regioni, principalmente del Centro-Sud, hanno accumulato un saldo negativo pari a 14 miliardi di euro, mentre i primi quattro posti per saldo positivo sono occupati da Lombardia (6,18 miliardi di euro), Emilia-Romagna (3,35 miliardi), Toscana (1,34 miliardi) e Veneto (1,14 miliardi). Al contrario, le cinque Regioni con saldi negativi superiori a 1 miliardo sono tutte al Centro-Sud: Campania (-2,94 miliardi), Calabria (-2,71 miliardi), Lazio (-2,19 miliardi), Sicilia (-2 miliardi) e Puglia (-1,84 miliardi) (Fig.10).

Con le distanze da percorrere per ricevere le cure crescono costi e disagi sociali delle migrazioni sanitarie, particolarmente onerosi per le famiglie meno abbienti, soprattutto per la mobilità legata a patologie gravi. In base ai dati diffusi da

[20] Corte dei Conti. Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei Servizi Sanitari Regionali. Esercizi 2020-2021 (www.corteconti.it/Download?id=f3537856-4e2f-47c4-9ba4-443f812313f5).

Tab. 4 **Indicatori di mobilità oncologica regionale, numero di pazienti, 2022**

Fonte: AGENAS

Regione	Ricoveri Residenti	Fuga	Attrazione	Saldo netto
Abruzzo	3.818	1.196	472	-724
Basilicata	969	754	235	-519
Calabria	2.851	3.100	50	-3.050
Campania	14.108	3.302	335	-2.967
Emilia-Romagna	17.716	1.317	1.992	675
Friuli-Venezia Giulia	4.842	475	603	128
Lazio	20.990	1.340	3.763	2.423
Liguria	5.148	1.340	350	-990
Lombardia	37.254	1.472	8.287	6.815
Marche	5.872	1.224	454	-770
Molise	491	575	504	-71
P.A. Bolzano	1.724	146	104	-42
P.A. Trento	1.559	654	34	-620
Piemonte	16.923	1.437	1.262	-175
Puglia	12.909	2.249	869	-1.380
Sardegna	4.150	804	22	-782
Sicilia	13.033	2.618	285	-2.333
Toscana	16.465	819	2.520	1.701
Umbria	2.889	744	368	-376
Valle d'Aosta	264	222	27	-195
Veneto	20.669	943	4.146	3.203

AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), nel 2022 la mobilità passiva ha interessato, in volume di ricoveri, 629 mila pazienti, il 44% dei quali residente in una Regione del Sud. Nello stesso anno, i SSR meridionali hanno attirato 98 mila pazienti, solo il 15% della mobilità attiva totale. Con riferimento alle patologie oncologiche, i ricoveri di pazienti in SSR diversi da quello di residenza sono stati circa 26 mila, l'11% degli oltre 230 mila ricoveri per queste patologie. In quasi tutte le Regioni italiane il numero di pazienti provenienti da altre Regioni ricoverati per patologie oncologiche ha superato quello

Tab. 5 Matrice interregionale di mobilità oncologica, numero di pazienti, 2022

Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati AGENAS

Il totale di riga della Tab. 5 non coincide con la somma di ricoveri residenti e pazienti in fuga della Tab. 4 in quanto dalla matrice interregionale dei flussi sono escluse le migrazioni sanitarie verso strutture non identificate

	DESTINAZIONE																				
Provenienza	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia-Romagna	FVG	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Umbria	Valle d'Aosta	Veneto	TOTALE
Abruzzo	3.818			17	131		489		202	137	24		3	15	19			71	7		77	5.009
Basilicata	5	969	5	48	34	3	146	2	143	5	5	1	1	15	268			37	6		28	1.720
Calabria	4	62	2.851	65	237	12	775	20	781	18	19	3	4	185	210		270	229	22	19	155	5.941
Campania	7	102	3	14.108	188	0	925	10	726	33	264	26		66	231	10	7	386	17		297	17.407
Emilia Romagna	11	4	3	5	17.716	5	11	8	672	40	7	11	26	40	8	7	7	26	5		408	19.017
FVG	3		3	5	5	4.842	33	3	10	3		10	29	10	2	0	2	1	4		3	4.967
Lazio	201	1	7	107	67	4	20.990	13	188	27	110	1		17	16	3	13	230	201	12	121	22.330
Liguria				13	107	54	40	5.148	67	134		134		80	54	4	4	54	5		389	6.287
Lombardia	3		3	7	271	7	53	38	37.254	3	3		9	206	26	6	7	54	1	1	771	38.726
Marche	49		2	9	318	0	122	5	360	5.872				15	2			130	61		147	7.092
Molise	138	1		29	40	1	161		63	6	491			3	86	2		17	1		23	1.064
P.A. Bolzano				1	7	4	4	1	41			1.724	3					4	1		80	1.870
P.A. Trento	1			1	20	7	4	1	92			65	1.559	4	1			7	2		451	2.213
Piemonte	3	3	1	3	14	3	14	118	1.135	3	9			16.923	1	1	7	43	6	29	43	18.360
Puglia	45	45	4	29	202	22	405	11	765	45	45	9	2	67	12.909	2	4	270	4		247	15.136
Sardegna	2			2	40	4	72	14	466	2			7	72	7	4.150	2	40	2		78	4.960
Sicilia	3		26	13	160	26	241	26	1.060	8	3	3	3	157	10	5	13.038	209	3		655	15.648
Toscana	2		2	18	126	2	115	49	356	4	1	2		18	2	3	2	16.465	42		74	17.284
Umbria	3		1	7	40	4	186	1	119	74				7	1			253	2.889		45	3.632
Valle d'Aosta							1	2	55					158				4		264	3	486
Veneto	1	1		4	132	434	23	2	264	3		7	19	9	6	1	6	28	1		20.669	21.608
TOTALE	4.298	1.189	2.912	14.492	19.856	5.433	24.809	5.474	44.819	6.415	980	1.996	1.664	18.068	13.861	4.195	13.369	18.560	3.281	325	24.764	230.758

dei ricoverati in strutture ospedaliere locali provenienti da fuori regione (saldo netto negativo). Fanno eccezione Lombardia, Toscana, Veneto, Lazio, Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia (Tab.4). In totale, il saldo netto del Mezzogiorno è di oltre -11 mila pazienti oncologici: la fotografia più evidente delle carenze dei SSR meridionali che ne limita la capacità di soddisfare il fabbisogno di cure oncologiche dei cittadini. In volume di ricoveri, le Regioni dalle quali si "fugge" di più sono la Calabria e la Campania: in un solo anno, oltre 6 mila pazienti oncologici calabresi (3.100) e campani (3.302) hanno ricevuto assistenza fuori dai confini regionali. Seguono Sicilia e Puglia, dove la mobilità oncologica ha interessato rispettivamente oltre 2.600 e 2.200 pazienti. Di contro, i SSR più attrattivi sono quelli della Lombardia e del Veneto, che hanno curato, rispettivamente, oltre 8 mila e 4 mila pazienti oncologici provenienti da fuori regione.

Sulla base dei dati AGENAS, la SVIMEZ ha ricostruito la matrice dei flussi di mobilità oncologica riferiti al 2022 esposta nella Tab. 5, dove in riga sono riportate le Regioni di provenienza e in colonna quelle di destinazione dei pazienti. Lungo la diagonale principale si legge il numero di pazienti ricoverati nella Regione di residenza. I valori riportati nelle altre celle sono il numero di pazienti che da una certa Regione vengono ricoverati in un SSR diverso da quello di residenza. Su quasi 6 mila

Tab. 6 Distribuzione % dei pazienti oncologici per SSR del ricovero, 2022

Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati AGENAS

Regioni in ordine decrescente in base alla % di pazienti con mobilità di lungo raggio

Regione	SSR di residenza	Mobilità corto raggio	Mobilità lungo raggio
Calabria	48,0%	9,1%	42,9%
Basilicata	56,3%	18,6%	25,0%
Sicilia	83,3%	0,2%	16,5%
Sardegna	83,7%	0,0%	16,3%
Molise	46,2%	38,9%	14,9%
Puglia	85,3%	0,8%	13,9%
Valle d'Aosta	54,3%	32,4%	13,2%
Abruzzo	76,2%	13,1%	10,7%
Marche	82,8%	7,9%	9,3%
Campania	84,0%	7,4%	8,6%
Liguria	81,9%	10,0%	8,1%
Umbria	79,5%	14,1%	6,3%
Toscana	95,3%	1,9%	2,8%
Lazio	94,0%	3,8%	2,2%
P.A. Trento	70,4%	27,5%	2,1%
Friuli-Venezia Giulia	97,5%	0,9%	1,6%
P.A. Bolzano	92,2%	6,6%	1,2%
Piemonte	92,2%	7,0%	0,8%
Emilia-Romagna	93,1%	6,1%	0,8%
Lombardia	96,2%	3,2%	0,6%
Veneto	95,7%	4,0%	0,4%

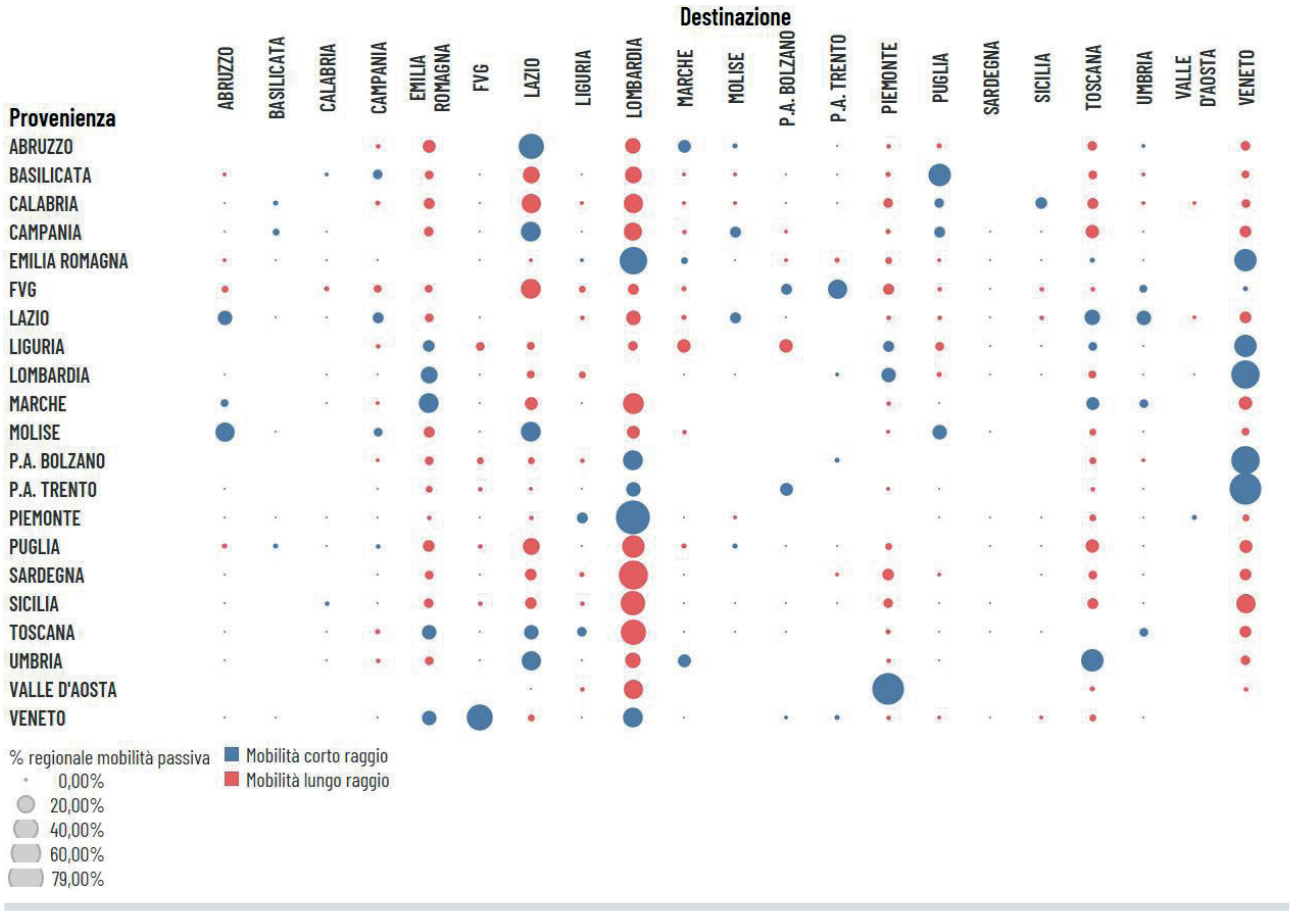
pazienti calabresi, ad esempio, meno della metà vengono assistiti in regione, oltre 1.500 in Lombardia e nel Lazio, i rimanenti in altre Regioni.

Sulla base dei dati esposti nella Tab. 5, la Tab. 6 riporta la distribuzione percentuale dei pazienti per SSR del ricovero distinguendo tra SSR di residenza, mobilità di corto raggio (nel caso di cure prestate da SSR di regioni confinanti), e mobilità di lungo raggio (nel caso di cure prestate da SSR di regioni non confinanti). La Calabria presenta la più elevata incidenza per mobilità oncologica a lungo raggio (43%), seguita dalla Basilicata (25%). L'incidenza della mobilità oncologica a lungo raggio è compresa tra l'8 e il 16% per le altre Regioni meridionali. Le Regioni dall'incidenza di mobilità a lungo raggio più contenuta sono Veneto, Lombardia e Emilia-Romagna (<1%), che sono in grado di offrire cure a oltre il 93% dei pazienti oncologici residenti; anche in Toscana, Lazio e Friuli-Venezia Giulia è elevata la percentuale di pazienti residenti assistiti (>90%).

L'infografica della Fig. 11 è costruita a partire dai dati sui ricoveri riportati nella Tab. 5. Più grande è la dimensione dell'indicatore, più intensa è la "fuga" dalla Regione di provenienza: maggiore è la percentuale di pazienti oncologici residenti che ricevono cure da un altro sistema sanitario. Il rosso rappresenta la mobilità di lungo raggio (presso SSR di regioni non confinanti), il blu indica che la Regione di destinazione confina con la Regione di provenienza. La Lombardia è la regione

Fig. 11 Matrice interregionale di mobilità oncologica, 2022

Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati AGENAS



"più attrattiva". In riferimento alla mobilità di corto raggio, il SSR lombardo attrae una quota rilevante di pazienti oncologici residenti in Piemonte (79% del totale dei pazienti piemontesi assistiti fuori regione) e Emilia-Romagna (51%); ma sono altrettanto rilevanti le percentuali di "attrazione" relative alle regioni più distanti, come Toscana (43%) e, in maggior misura, Sardegna (57%) e Sicilia (40%). Anche il Veneto attrae pazienti da fuori regione (in totale 4 mila), ma si tratta sostanzialmente di una mobilità di prossimità che interessa principalmente cittadini lombardi (52%), trentini (69%) e altoatesini (55%). Il SSR del Lazio accoglie il 41% della mobilità oncologica dell'Abruzzo e circa un terzo delle migrazioni oncologiche della Campania (28%) e del Molise (28%). Il SSR dell'Emilia-Romagna fornisce cure a circa 2.000 malati oncologici non residenti, provenienti principalmente da Marche (26%), Veneto (14%), Abruzzo (11%) e Puglia (9%). Infine, la Tab. 7 riporta il dato sul volume di **ricoveri per interventi chirurgici per neoplasia alla mammella**. Come anticipato, per questa patologia oncologica, prevalentemente diffusa presso la popolazione femminile tra i 50 e i 69 anni, è molto marcata la variabilità tra SSR in termini sia di tassi

Tab. 7 **Indicatori di mobilità oncologica regionale per TM alla mammella, 2017-2022**

Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati AGENAS

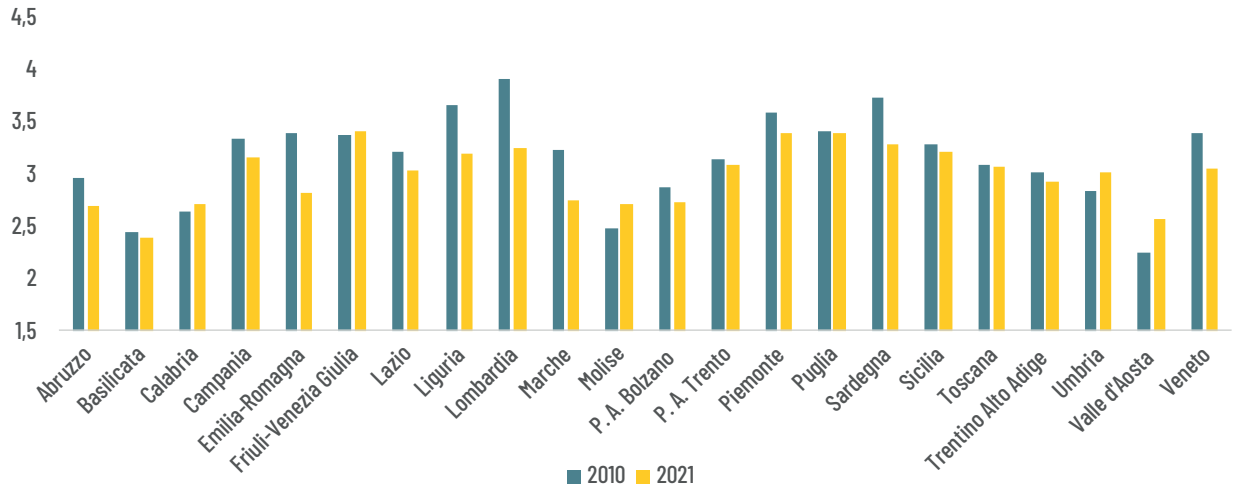
Regione	Fabbisogno regionale	Ricoveri Residenti	Pazienti in Fuga	Pazienti Attratti	Indice di fuga	Indice di attrazione
Abruzzo	17.856	14.862	2.994	2.587	17%	15%
Basilicata	6.802	4.615	2.187	789	40%	15%
Calabria	19.408	13.658	5.750	312	41%	2%
Campania	59.691	51.908	7.783	1.316	15%	2%
Emilia-Romagna	63.189	57.703	5.486	11.673	8%	17%
Friuli-Venezia Giulia	20.865	19.073	1.792	4.048	8%	18%
Lazio	76.510	66.164	103.46	5.725	14%	8%
Liguria	26.202	19.861	6341	1999	29%	9%
Lombardia	129.115	123.901	5.214	27.052	3%	18%
Marche	22.956	19.014	3.942	2.798	18%	13%
Molise	3.962	2.469	14.93	988	43%	29%
P.A. Bolzano	7.626	7.137	489	616	6%	8%
P.A. Trento	8.245	6.989	1.256	950	16%	12%
Piemonte	61.175	56.235	4.940	4.877	8%	8%
Puglia	45.692	38.788	6.904	2.293	17%	6%
Sardegna	21.604	19.428	2.176	254	11%	1%
Sicilia	5.4119	48.823	5.296	833	11%	2%
Toscana	59.045	53.867	5.178	11.287	8%	17%
Umbria	14.468	12.163	2.305	2.503	16%	17%
Valle d'Aosta	2.007	1.726	281	225	14%	12%
Veneto	71.028	6.3513	7.515	6.462	11%	9%
ITALIA	791.565	701.897	89.668	89.587	11%	11%

adesione, sia di offerta di *screening* gratuiti previsti dai programmi pubblici. Tra il 2017 e il 2022 in Italia sono stati realizzati quasi 800 mila interventi chirurgici per tumore maligno (TM) alla mammella. Di questi, più di 1 su 10 è stato realizzato presso SSR diversi da quello della regione di residenza del paziente, per un totale di oltre 89 mila interventi. Su base regionale, i valori dell'indice di fuga (rapporto tra numero di pazienti ricoverati presso SSR diversi da quello di residenza e totale dei ricoveri presso l'SSR di residenza) sono molto variabili, con un chiaro gradiente Nord/Sud. La minore mobilità in uscita si registra in Lombardia (3%), seguita dalla Provincia Autonoma di Bolzano (6%). Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana e Piemonte presentano un indice di fuga dell'8%. Di contro, dopo il Molise[21], Calabria e Basilicata mostrano la percentuale di fuga più elevata. Il 40% delle donne calabresi e lucane ricevono assistenza presso un SSR diverso da quello di residenza. Nel caso della Calabria, si conferma l'incidenza della mobilità a lungo a raggio, che interessa un paziente su due. Ad esempio, nel 2022, delle malate oncologiche per TM alla mammella in fuga residenti in Calabria, il 33,4% si è rivolto al SSR della Lombardia mentre il 23% ha ricevuto assistenza presso una struttura sanitaria del Lazio. Per la Basilicata, il 40% degli spostamenti nel 2022 è stato di corto raggio, verso la Puglia, mentre un altro 44% delle migrazioni sanitarie per il trattamento di questa patologia ha avuto come destinazione una struttura della Lombardia o del Lazio. Quarta per incidenza della fuga è la Liguria, da dove si sposta una malata oncologica su tre per recarsi nel 60% dei casi in Lombardia e nel 20% in Toscana. Anche per questo caso specifico, i differenziali regionali nella mobilità passiva indicano indirettamente la divaricazione quanti-qualitativa tra SSR che si ripercuote poi sul peggioramento degli *outcome* sanitari al Sud. Lo conferma l'andamento, tra il 2010 e il 2021, della mortalità femminile per TM alla mammella: in diminuzione, in media, meno intensa nel Mezzogiorno (Fig.12). Tra le regioni del Centro-Nord, il calo più marcato si registra in Emilia-Romagna (-17%); in controtendenza, al Sud, Calabria e Molise dove la mortalità per questa patologia oncologica è addirittura aumentata, rispettivamente del 9,3 e 2,3%.

[21] Regione caratterizzata da un sistema sanitario peculiare nel contesto italiano, fortemente sbilanciato sulla componente privata con tassi di mobilità passiva e attiva superiori alle medie nazionali e saldi netti negativi in volumi di ricoveri ma positivi in termini finanziari.

Fig. 12 Tasso standardizzato* di mortalità per TM alla mammella (10.000 abitanti, popolazione femminile), 2010 e 2021

Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati ISTAT



** I tassi di mortalità standardizzati sono calcolati utilizzando una disaggregazione dei decessi per regione di decesso, sesso, classi di età.*

Conclusioni

Contrariamente a quanto previsto dalla normativa in materia di determinazione di costi e fabbisogni *standard* nel settore sanitario, **il finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale non è la somma del costo dei LEA**, ma è determinato a monte nella programmazione del bilancio pubblico, come è inevitabile per i vincoli di bilancio.

Un problema strutturale, quello di un adeguato finanziamento della sanità italiana, di difficile soluzione per le esigenze di finanza pubblica legate agli obiettivi stabiliti dal nuovo Patto di Stabilità europeo, ma che non può prescindere dalla necessità di **incrementare gli stanziamenti di spesa per la sanità a livello nazionale**. Avvicinare la spesa sanitaria agli *standard* delle maggiori economie europee, aumentando l'incidenza sul PIL dall'attuale 6,6% a circa il 9, è la condizione per arginare la deriva qualitativa in tutto il Paese e intraprendere un sentiero di riduzione delle disuguaglianze territoriali.

La necessità di incrementare le risorse complessivamente allocate alla sanità convive con la priorità di **potenziare da subito le finalità di equità del SSN. Il fondo nazionale per la sanità** è ripartito tra le Regioni sulla base della dimensione e della struttura per età della popolazione. Un metodo che **non tiene conto dei fattori socio-economici che impattano sui bisogni di cura e assistenza**, e finisce per penalizzare i cittadini delle regioni meridionali, cui sono destinati minori servizi sanitari per quantità e qualità. **Il metodo di riparto andrebbe perciò aggiornato con indicatori socio-economici legati agli effettivi bisogni di cura** come previsto dal D.Lgs. n. 68/2011 sul federalismo fiscale.

L'obiettivo dell'equità orizzontale della sanità, invece, è ulteriormente messo a rischio dal progetto di **autonomia differenziata**. Sulla base delle risultanze del Comitato per l'individuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni, in particolare, tutte le Regioni a Statuto Ordinario potrebbero richiedere il trasferimento di funzioni, risorse umane, finanziarie e strumentali ulteriori rispetto ai LEA in un lungo elenco di ambiti: gestione e retribuzione del personale, regolamentazione dell'attività libero-professionale, accesso alle scuole di specializzazione, politiche tariffarie, valutazioni di equivalenza terapeutica dei farmaci, istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi.

Come noto, in tutti questi ambiti, in quanto extra-LEP, il disegno di legge Calderoli prevede che «si possa dar corso fin da subito ai negoziati per il trasferimento di funzioni, risorse umane, finanziarie e strumentali dalle regioni che ne facciano richiesta». La concessione di ulteriori forme di autonomia, potrebbe determinare ulteriori capacità di spesa nelle Regioni ad autonomia rafforzata, finanziate dalle compartecipazioni legate al trasferimento di funzioni e, soprattutto, dall'eventuale extra-gettito derivante dalla maggiore crescita economica. Tutto ciò, in un contesto in cui i LEA non hanno copertura finanziaria integrale a livello nazionale e cinque delle otto Regioni del Mezzogiorno risultano inadempienti, determinerebbe una **ulteriore differenziazione territoriale delle politiche pubbliche in ambito sanitario. Con l'autonomia differenziata si rischierebbe dunque di aumentare la sperequazione finanziaria tra SSR e di ampliare le disuguaglianze interregionali nelle condizioni di accesso al diritto alla salute**.

SVIMEZ

Associazione per lo sviluppo
dell'industria nel Mezzogiorno

via di Porta Pinciana, 6
00187 Roma
Tel. +39 06 478501
segreteria@svimez.it
www.svimez.it

Progetto grafico: Luisa Mosca

6. Il diritto alla salute

6.1 Il sottofinanziamento della sanità

La spesa pubblica destinata alla sanità espressa in rapporto al Pil è una buona approssimazione dell'intensità dell'intervento pubblico nel comparto, pur presentando il limite di non fornire indicazioni sulla qualità dell'offerta[1]. Tra il 2010 e il 2019, in Italia la quota di Pil destinata alla spesa corrente sanitaria pubblica è stata in media del 6,6%, in linea con Spagna (6,5%) e Portogallo (6,7%), superiore alla Grecia (5,1%), ma sensibilmente inferiore a Regno Unito (11,4%), Germania (9,4%) e Francia (8,9%). Negli stessi anni, per effetto delle politiche di consolidamento fiscale implementate dopo la crisi dei debiti sovrani seguita alla recessione del 2009, nelle economie europee con maggiori problemi di finanza pubblica si è ridotta anche la spesa sanitaria pro capite, indicatore correlato, tra gli altri fattori, alla tipologia e qualità dei servizi offerti e alla composizione per età della popolazione. La punta dell'iceberg del disinvestimento in sanità si è registrata in Grecia (-26%). L'Italia è l'unica tra le grandi economie europee con un dato negativo: tra il 2010 e il 2019, le risorse pubbliche in termini reali allocate alla salute di ogni cittadino italiano sono diminuite di oltre il 2%, in controtendenza rispetto a Portogallo (+15%), Regno Unito (+27%), Francia (+32%) e Germania (+38%).

In tutti i paesi europei, la necessità di rafforzamento della sanità per far fronte all'emergenza da Covid-19 ha interrotto questa lunga fase di disinvestimento pubblico. Dopo il picco del 2020, l'Italia ha manifestato la riduzione più repentina della percentuale della spesa pubblica sanitaria sul Pil, registrando nel 2023 un valore del 6,2% a fronte di una media nell'ultimo triennio del 6,7% (Fig. 1a). In termini reali, anche la crescita della spesa sanitaria pubblica pro capite in Italia è stata più contenuta tra il 2019 e il 2022: +5% (+18% in Portogallo, +15% in Germania, +13% in Francia, +10% in Spagna, +16% nel Regno Unito, +6% in Grecia). Questo trend ha contribuito a rendere l'Italia l'unico paese in cui la spesa sanitaria in termini reali nel 2023, pari a 1.760 euro, è tornata ai valori del 2019, diversamente da Germania, Francia e Spagna che mostrano una crescita nel tempo (Fig. 1b).

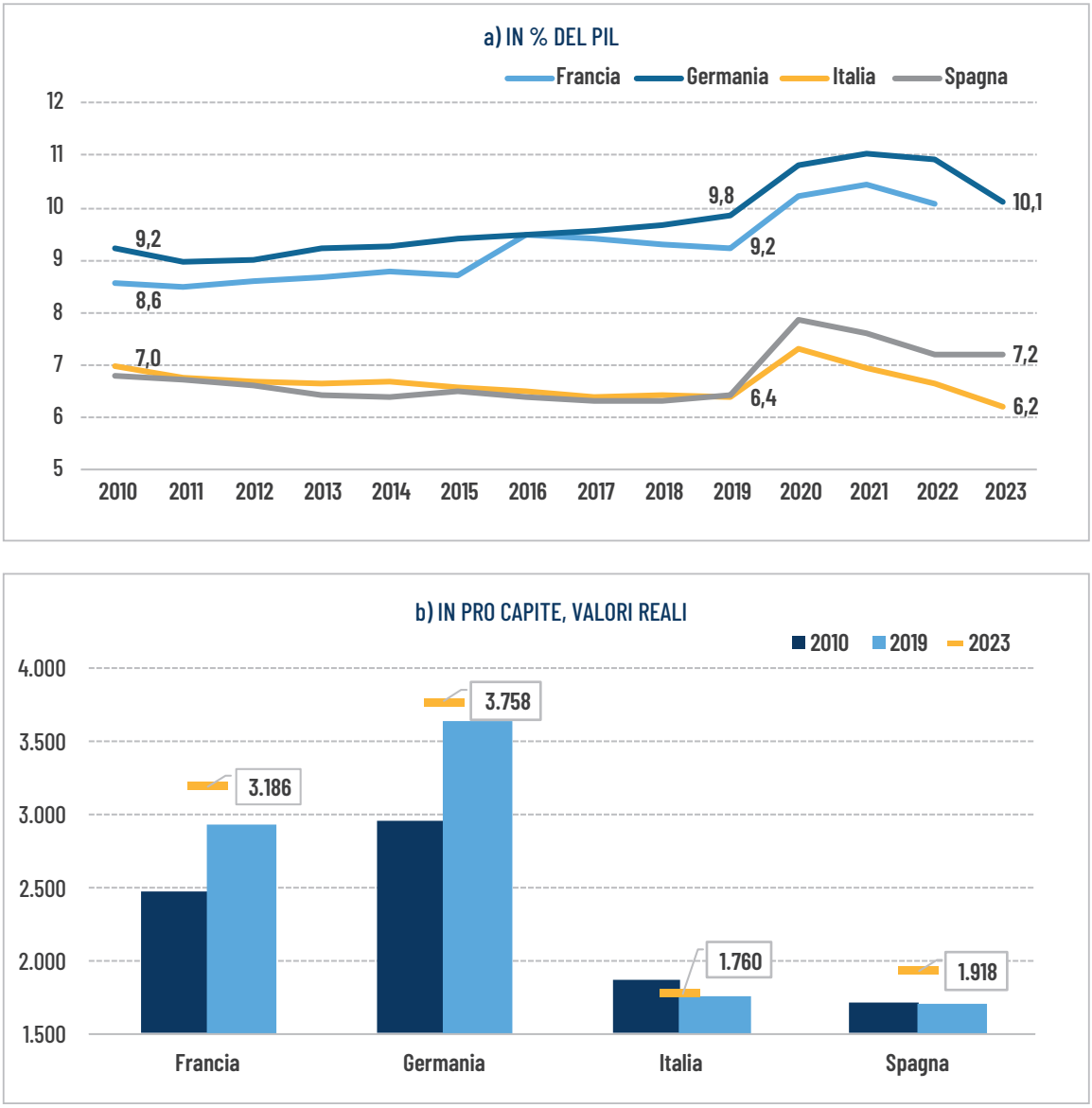
Pur in presenza di rilevanti differenze tra modelli di gestione e finanziamento dei Servizi sanitari nazionali (Ssn), il settore pubblico rappresenta il principale soggetto erogatore dei servizi di cura e assistenza in tutte le economie europee. La finalità è quella di favorire l'equità orizzontale garantendo a tutti i cittadini parità di accesso ai servizi di cura a parità di bisogni, indipendentemente da residenza, capacità contributiva e altre condizioni socioeconomiche.

D'altra parte, un aspetto rilevante che distingue il Ssn italiano nel contesto europeo è il contributo relativamente più contenuto del settore pubblico all'esborso complessivo: nel 2023 la spesa pubblica in Italia rappresentava il 73,8% della spesa sanitaria totale, a fronte dell'86, 85 e 74% di Germania, Francia e Spagna. Questa differenza sostanziale è legata alla progressiva riduzione delle risorse pubbliche allocate alla salute dei cittadini italiani. Il contenimento dei costi ha interessato tutti i Servizi Sanitari Regionali (Ssr), ma i vincoli finanziari sono risultati molto più stringenti per le regioni meridionali sottoposte a piani di rientro (gli accordi tra lo Stato e le Regioni con disavanzi di una certa entità nei conti della sanità).

Perciò, la spesa privata - erogata sotto forma di schemi assicurativi volontari e spesa out-of-pocket come ticket e pagamenti diretti - è andata via via sostituendosi alla spesa pubblica anziché aggiungersi, indebolendo le

[1] Il dato di spesa pubblica include la spesa della pubblica amministrazione e quella che finanzia gli schemi obbligatori (assicurazioni obbligatorie previste per lavoratori dipendenti e autonomi).

Figura 1 Spesa sanitaria pubblica



Fonte: elaborazioni Svimez su dati Ocse.

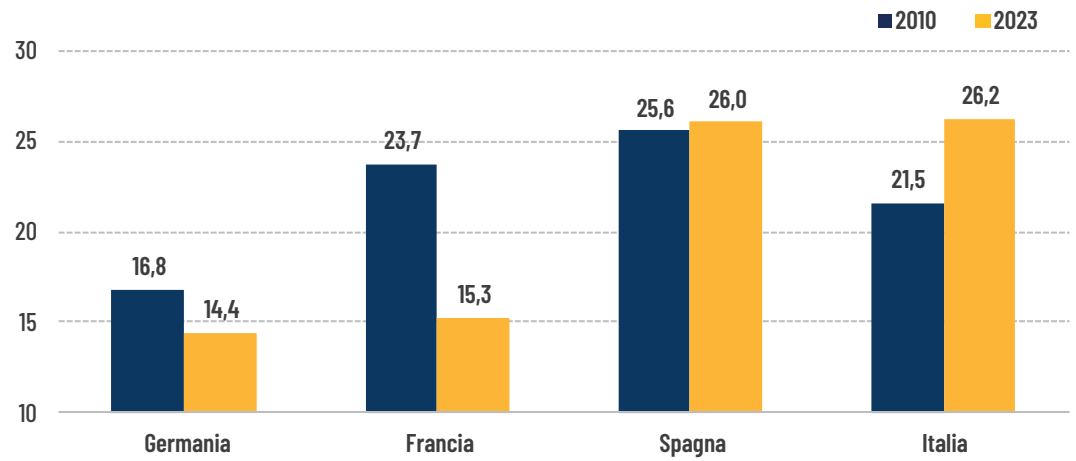
finalità di equità del Ssn. Dal 2010 al 2023, la componente privata di spesa in Italia è aumentata dal 21,5 al 26,2% (Fig. 2).

In altre parole, poco meno di 1 euro su 4 della spesa sanitaria italiana è, ad oggi, un costo sostenuto dai cittadini. Nello stesso periodo, in Germania si è ridotta dal 16,8 al 14,4%, in Francia dal 23,7 al 15.3%. Pertanto, mentre nel 2010 l'Italia si caratterizzava per una componente privata della spesa sanitaria inferiore a Francia e Spagna, nel 2023 appare come il Paese con la percentuale più elevata di questa componente.

La componente privata cresce proporzionalmente alla capacità reddituale. Bassi livelli di reddito da lavoro dipendente, ad esempio, precludono l'accesso volontario alle coperture assicurative private integrative delle assicurazioni obbligatorie. Allo stesso modo, l'accesso alle assicurazioni sanitarie private è molto più problematico per i lavoratori dipendenti e per gli autonomi che sono esclusi (anche solo parzialmente) dai programmi pubblici. Su questa categoria di soggetti è dunque particolarmente gravosa la spesa out-of-pocket (compartecipazioni alla spesa e pagamenti diretti) destinata ai servizi di cura improrogabili.

Figura 2 Spesa sanitaria privata (in % della spesa sanitaria totale) (a)

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



Fonte: elaborazioni Svimez su dati Ocse.

6.2 Un paese, due cure

Come discusso di recente dalla Svimez, nei Ssr meridionali i servizi di prevenzione e cura sono più carenti, maggiori i tempi di attesa per l'erogazione di molte prestazioni, minori i livelli di spesa[2]. Il monitoraggio Lea (Livelli essenziali di assistenza)[3] offre un quadro delle differenze nell'efficacia e qualità delle prestazioni fornite dai diversi Ssr, facendo emergere i deludenti risultati del Sud. L'ultimo monitoraggio predisposto dal Ministero della Salute per il 2022 (Tab. 1) evidenzia che, con l'eccezione di Puglia e Basilicata, le regioni del Mezzogiorno sono inadempienti, vale a dire che 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).

I divari sanitari appaiono particolarmente marcati nell'ambito della prevenzione. Questa area di assistenza è valutata sulla base di indicatori relativi alle coperture vaccinali e agli screening oncologici gratuiti a scopo preventivo, fondamentali per scongiurare l'insorgenza dei tumori poiché forniscono diagnosi precoci che evitano il ricorso a interventi invasivi e riducono la mortalità oncologica.

La capacità di offerta e i tassi di adesione alle campagne di prevenzione sono sistematicamente più bassi nel Mezzogiorno (Tab. 2). Per gli screening mammografici a cadenza biennale - controlli particolarmente raccomandati per le donne tra i 50 e i 69 anni per le quali il tumore al seno rappresenta la più diffusa patologia oncologica - l'Istituto Superiore di Sanità indica che nel biennio 2022-2023, in Italia sette donne su dieci di 50-69 anni si sono sottoposte ai controlli: la metà lo ha fatto aderendo ai programmi di screening gratuiti. La copertura è dell'83% al Nord, del 78% al Centro e solo del 61% nel Mezzogiorno. La prima regione per copertura è il Friuli-Venezia-Giulia (89%); l'ultima è la Calabria, dove solamente due donne su cinque di 50-69 anni si sono sottoposte ai controlli. Sempre in Calabria, risulta particolarmente bassa la quota di donne che hanno effettuato lo screening mammografico su iniziativa organizzata: solamente il 9,7% del totale. Scende all'8,3% la quota di residenti in Calabria che hanno effettuato lo screening per il tumore al colon-retto – seconda causa più frequente di decesso per patologie oncologiche - nell'ambito di un programma organizzato dalla Asl, per una copertura totale del 19,4%. Per questa area di prevenzione, la variabilità da Nord a Sud a sfavore delle regioni meridionali è ancora più marcata: nelle

[2] Svimez, Un paese, due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute. Informazioni Svimez, febbraio 2024.

[3] Prestazioni e servizi che il Ssn è tenuto a fornire a tutti i cittadini nel rispetto del principio di equità orizzontale, in base al quale ciascun cittadino dovrebbe ricevere medesimi livelli e qualità di cure e di servizi sanitari indipendentemente dal luogo in cui risiede.

Tabella 1 Monitoraggio dei LEA per ambito di assistenza

Regioni	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Status
Abruzzo	49,31	62,18	73,10	Inadempiente
Basilicata	68,46	61,92	78,03	Adempiente
Calabria	36,59	34,88	63,78	Inadempiente
Campania	69,68	55,76	68,66	Inadempiente
Emilia-Romagna	96,13	95,57	93,50	Adempiente
Friuli-Venezia Giulia	71,24	73,30	75,29	Adempiente
Lazio	74,08	72,07	81,30	Adempiente
Liguria	61,41	86,81	77,49	Adempiente
Lombardia	90,18	94,66	86,09	Adempiente
Marche	60,91	91,03	91,26	Adempiente
Molise	50,69	61,23	67,54	Inadempiente
P.A. Bolzano	54,14	77,03	75,23	Inadempiente
P.A. Trento	94,27	76,45	98,35	Adempiente
Piemonte	88,79	86,55	87,00	Adempiente
Puglia	75,97	70,02	79,69	Adempiente
Sardegna	46,55	50,45	69,11	Inadempiente
Sicilia	47,18	58,04	78,38	Inadempiente
Toscana	86,57	96,42	92,32	Adempiente
Umbria	79,59	83,88	84,42	Adempiente
Valle d'Aosta	48,48	47,25	55,23	Inadempiente
Veneto	94,08	96,40	91,36	Adempiente

Fonte: Ministero della Salute, 2022.

regioni del Mezzogiorno la quota di persone che si sottopone allo screening non raggiunge il 28%, valore che quasi raddoppia nelle regioni del Centro fino a raggiungere il 67% fra i residenti nel Nord Italia. Per gli screening per il carcinoma della cervice uterina causato dal Papilloma Virus, raccomandato per le donne di età superiore ai 30 anni fino ai 64 anni, il dato nazionale si attesta a una copertura complessiva del 78%, di cui il 46% effettuato nell'ambito di programmi organizzati dalle Asl. La copertura complessiva raggiunge l'83% al Nord e al Centro, mentre si ferma al 69% al Sud. Campania e Calabria registrano i risultati più deludenti, con tassi di adesione ai programmi organizzati inferiori al 20% e tassi di copertura totale rispettivamente pari al 67,5% e al 58,0%. In generale, tutte le regioni del Mezzogiorno presentano per questa tipologia di screening valori sempre inferiori alla media nazionale sia per la copertura totale (77,5%), sia per la copertura mediante iniziativa organizzata (46,4%). L'unica eccezione è la Puglia che registra una copertura totale di screening alla cervice del 76,1%, di cui il 49,7% effettuato presso le Asl. Dallo studio delle caratteristiche sociodemografiche di coloro che si sottopongono agli screening oncologici organizzati emerge che l'adesione aumenta quando il livello di istruzione è più alto e le condizioni economiche sufficientemente buone. Inoltre, la mancata ricezione di una lettera di convocazione dalla Asl e/o di un consiglio da parte di un operatore sanitario sono i principali motivi della non esecuzione dei test.

Sul risultato deludente del Mezzogiorno nell'ambito della prevenzione oncologica incidono sia i bassi tassi di adesione dell'utenza, sia la carente offerta di programma di screening. In generale, la correlazione tra predisposizione individuale alla prevenzione – primaria (adottare stili di vita corretti) e secondaria (sottoporsi a controlli per la ricerca di tumori piccoli/asintomatici) – e fattori socioeconomici (come livello di istruzione e di reddito, stato

Tabella 2 Copertura screening oncologici, 2022-2023 (in % della popolazione target)

Regioni	Screening mammografico		Screening colorettale		Screening cervicale	
	Totale	di cui organizzato	Totale	di cui organizzato	Totale	di cui organizzato
Abruzzo	55,8	33,6	36,8	26,8	63,9	30,6
Basilicata	58,1	45,8	47,9	39,6	61,0	44,1
Calabria	44,8	9,7	19,4	8,3	58,0	19,0
Campania	60,6	26,2	26,6	15,0	67,5	18,0
Emilia-Romagna	87,1	76,2	67,4	59,8	83,2	66,0
Friuli-Venezia Giulia	89,3	67,5	73,2	67,6	90,9	70,0
Lazio	76,1	46,0	47,4	36,0	83,2	35,5
Liguria	82,3	61,3	48,6	41,8	82,3	42,2
Lombardia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Marche	80,2	49,0	55,3	42,2	81,4	44,9
Molise	66,8	41,6	38,5	25,3	70,6	31,9
Piemonte	74,7	60,8	n.d.	n.d.	79,4	58,6
P.A. Bolzano	80,2	65,0	62,6	52,0	89,3	62,2
P.A. Trento	77,4	72,8	59,8	52,9	82,6	64,5
Puglia	64,0	44,3	18,5	13,4	76,1	49,7
Sardegna	62,9	43,8	36,4	28,9	67,8	45,7
Sicilia	64,1	50,8	31,7	27,4	71,6	43,1
Toscana	79,4	70,0	58,9	53,0	81,9	64,2
Umbria	85,6	76,1	59,6	54,2	87,4	69,5
Valle d'Aosta	71,0	55,2	68,5	62,6	87,9	48,1
Veneto	85,4	65,9	73,1	67,9	84,6	54,9
Italia	72,9	52,5	46,3	38,3	77,5	46,4

Fonte: Istituto Superiore di Sanità.

civile e cittadinanza) è un risultato ormai consolidato in letteratura[4]. Tuttavia, studi più recenti[5] identificano tra le determinanti della propensione individuale a partecipare alle campagne di prevenzione anche la percezione della qualità e dell'accessibilità dei servizi sanitari. Indicativo, a questo proposito, è il dato sulla percentuale di donne che in Calabria hanno ricevuto l'invito a partecipare al programma di screening mammografico: 16% contro una media nazionale dell'89%[6]. Nel Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 della Calabria[7], si elencano le princi-

[4] Per il caso italiano si veda: Carrozzi, G. et al. (2015), Cancer screening uptake: association with individual characteristics, geographic distribution, and time trends in Italy. Epidemiol Prev, 39(3 Suppl 1), 9-18; Stroffolini, T. et al. (2003), Factors affecting the compliance of the antenatal hepatitis B screening programme in Italy. Vaccine, 21(11-12), 1246-1249; Damiani, G. et al. (2012), Socioeconomic disparities in the uptake of breast and cervical cancer screening in Italy: a cross sectional study. BMC public health, 12(1), 1-10.

[5] Lemmo, D. et al. (2023), Clinical and psychosocial constructs for breast, cervical, and colorectal cancer screening participation: A systematic review. International Journal of Clinical and Health Psychology, 23(2), 100354; Ampofo, A. G. et al. (2020). A cross-sectional study of barriers to cervical cancer screening uptake in Ghana: An application of the health belief model. PloS one, 15(4), e0231459.

[6] https://www.pianiregionalidellaprevenzione.it/doc/Indicatori_centrali.pdf.

[7] Rapporto del Ministero della Salute sui Piani di Prevenzione Regionale 2014-2019, https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/DELIBERE_PRP_2020-2025/Calabria/PRP_2020-2025.pdf.

pali cause di risultati così deludenti: (i) carenza di personale medico e tecnico; (ii) scarsa qualità delle strutture di erogazione; (ii) obsolescenza delle apparecchiature nelle strutture di erogazione.

Il caso calabrese è emblematico della debolezza dei Ssr del Mezzogiorno. Al Sud più che nel resto del Paese, alla strutturale sottodotazione di risorse si associano maggiori difficoltà di adempiere ai Lea. In tal senso, è utile ricordare che il bilancio della sanità italiana viene definito a monte nel rispetto dei vincoli di bilancio pubblico e non è commisurato ai fabbisogni di copertura dei Lea. Questi, di conseguenza, sono finanziati solo parzialmente. La successiva assegnazione delle risorse ai Ssr si basa su criteri demografici. Circa il 60% delle risorse è allocato proporzionalmente alla popolazione residente, riconoscendo a ciascun Ssr lo stesso ammontare pro capite (quota capitaria secca). Per il restante 40% delle risorse complessive, l'ammontare pro capite assegnato è differenziato per età (quota capitaria pesata), con pesi che riflettono i consumi sanitari per le diverse classi di età, maggiori per la fascia neo-natale (0-1 anni) e per gli anziani (over 65), minori per le classi centrali. Di conseguenza, l'ammontare delle risorse assegnate aumenta al crescere della popolazione residente (effetto popolazione) e dell'incidenza sulla popolazione residente dei neonati e degli anziani (effetto età).

Integrare con fattori socioeconomici il riparto regionale del finanziamento per la sanità rafforzerebbe le finalità di equità del Ssn. Come discusso nel Rapporto Svimez 2023, il riparto regionale delle risorse per la sanità, escludendo dai criteri di allocazione i fattori socioeconomici che impattano sui fabbisogni di cura e assistenza, penalizza i cittadini delle regioni del Mezzogiorno. La presa in conto di fattori socioeconomici nei criteri di riparto renderebbe la distribuzione del finanziamento nazionale tra Ssr più coerente con le finalità di equità orizzontale del Ssn.

In questo contesto, la mancata copertura finanziaria integrale dei Lea è una questione nazionale, che impatta, per i limiti dei criteri di riparto del fondo nazionale, soprattutto nelle regioni del Mezzogiorno. Allo stesso modo, hanno inciso le misure di risanamento finanziario dei Piani di rientro che hanno consentito di "efficientare" la spesa sanitaria e recuperare i disavanzi, ma a scapito di un peggioramento complessivo nell'offerta di assistenza territoriale e ospedaliera, con effetti negativi tangibili sulla popolazione come l'intensificazione delle migrazioni sanitarie. In molti casi, infatti, la correzione degli squilibri economico-finanziari è stata conseguita grazie a recuperi di efficienza e di appropriatezza nell'utilizzo delle strutture ospedaliere, senza tuttavia apportare guadagni di efficacia nell'organizzazione complessiva dell'offerta dei servizi legati alla prevenzione, all'assistenza ospedaliera e territoriale.

Il fabbisogno di servizi di cura e prevenzione risulta "strutturalmente" maggiore nel Mezzogiorno perché correlato, tra le altre determinanti, alle condizioni socioeconomiche quali povertà relativa, disoccupazione e reddito pro capite[8]. Come noto, questi fattori assumono inevitabilmente caratterizzazioni territoriali molto marcate in Italia, in ragione dei differenziali Nord-Sud, incidendo direttamente sulla morbilità, l'incidenza con la quale una patologia si manifesta nella popolazione.

A questo proposito, un recente studio sui differenziali territoriali riferiti al tasso di mortalità infantile documenta come il fenomeno sia più intenso in Calabria, Sicilia, Campania e Puglia, dove il rischio di decesso in età pediatrica aumenta del 70% rispetto alle regioni del Centro-Nord. Il gradiente Nord/Sud si conferma anche per la mortalità evitabile e la mortalità per tumori.

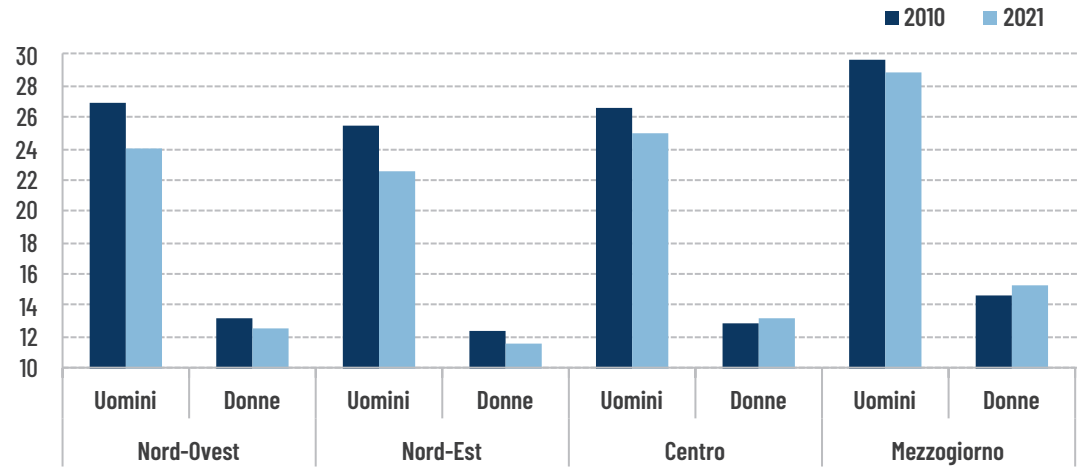
Nel primo caso, si osserva che tra il 2010 e il 2021 il tasso di mortalità evitabile – il numero di decessi per 10.000 abitanti trattabili e/o prevenibili grazie a un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace e adeguate misure di prevenzione secondaria – è diminuito per la componente maschile in tutte le aree del Paese, ma la riduzione è stata meno significativa nel Mezzogiorno (da 29,7 a 28,9) e più accentuata nel Nord e nel Centro, dove si registrano variazioni negative rispettivamente di 2,9 e 1,7 punti (Fig. 3a). Per le donne, il tasso di mortalità evitabile è sceso nello stesso periodo sia nel Nord-Ovest (da 13,1 a 12,5) che nel Nord-Est (da 12,3 a 11,6), ma è addirittura aumentato

[8] Per una review della letteratura si veda: Landi, S., Ivaldi, E., Testi, A. (2018), Socioeconomic status and waiting times for health services: An international literature review and evidence from the Italian National Health System. Health Policy, 122(4), 334-351.

al Centro (da 12,8 a 13,1) e in misura maggiore al Sud (da 14,6 a 15,3).

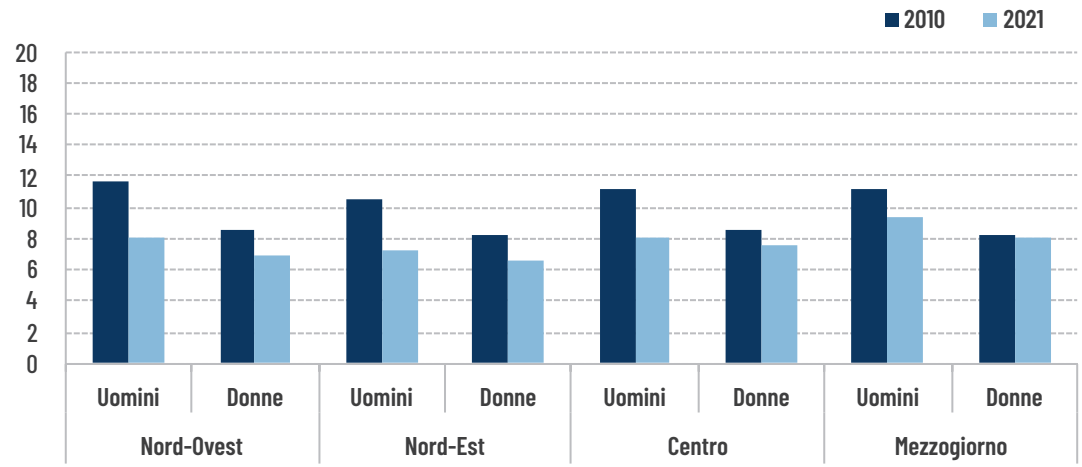
Il rischio di mortalità per tumori – misurato come numero di decessi causati dalle patologie oncologiche su 10.000 abitanti- si riduce negli ultimi vent'anni in tutto il Paese, e soprattutto per gli uomini, con un differenziale di genere che tende quasi ad annullarsi nel 2021 (Fig. 3b). Da evidenziare come, anche in questo caso, i risultati migliori si registrano nelle regioni settentrionali e centrali dove il tasso di mortalità oncologica si riduce di oltre 3 punti per gli uomini e di oltre 1 punto per le donne, attestandosi rispettivamente in un range di 7,3-8 per la popolazione maschile e di 7-7,6 per quella femminile. Al Sud si registrano le incidenze più elevate e le variazioni più contenute: tra il 2010 e il 2021 il tasso di mortalità per tumori passa dall'11,2 al 9,4 per gli uomini, mentre rimane sostanzialmente stabile per le donne (8,0 nel 2021).

Figura 3a Tasso di mortalità evitabile (0-74 anni), valori per 10mila abitanti



Fonte: elaborazioni Svimez su dati Istat.

Figura 3b Tasso di mortalità per tumore (20-64 anni), valori per 10mila abitanti



Fonte: elaborazioni Svimez su dati Istat.

Che i divari Nord-Sud nel diritto alla salute siano significativi e persistenti lo dimostrano i cittadini meridionali che si rivolgono ai Ssr di altre regioni per curarsi. La mobilità sanitaria interregionale, infatti, riflette le disparità tra diversi Ssr nella quantità e qualità (reale o percepita) di offerta assistenziale. La mobilità da Sud verso i Ssr centro-settentrionali si è ormai cronicizzata, a testimonianza della persistenza delle difficoltà dei Ssr meridionali a raggiungere standard assistenziali soddisfacenti. Viceversa, la presenza di centri di eccellenza per patologie specifiche (come gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere scientifico pediatrici) e, più in generale, un'assistenza sanitaria ritenuta qualitativamente migliore dai cittadini, determina la forte capacità attrattiva delle strutture sanitarie del Centro e del Nord. Al Sud, però, non mancano le esperienze positive che andrebbero supportate per garantire percorsi di cura territorialmente omogenei e ridurre le diseguaglianze di accesso alle cure (Focus Il modello innovativo della Rete Oncologica Campana).

La dimensione del fenomeno può essere desunta dai dati diffusi da Agenas: nel 2022 la mobilità passiva ha interessato 629mila pazienti, il 44% dei quali residente in una regione del Sud. Nello stesso anno, i Ssr meridionali hanno attirato 98mila pazienti, solo il 15% della mobilità attiva totale. In quasi tutte le regioni italiane il numero di pazienti provenienti da altre regioni ricoverati per patologie oncologiche ha superato quello dei ricoverati in strutture ospedaliere locali provenienti da fuori regione (saldo netto negativo). Fanno eccezione solo Lazio, Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia. Le regioni dalle quali si "fugge" di più sono la Calabria e la Campania: in un solo anno, oltre 6mila pazienti oncologici campani (3.299) e calabresi (3.090) hanno ricevuto assistenza fuori dai confini regionali. Seguono Sicilia e Puglia, dove la mobilità oncologica ha interessato rispettivamente oltre 2.610 e 2.227 pazienti. Complessivamente, i malati oncologici residenti al Mezzogiorno che ricevono cure presso un Ssr di una regione del Centro-Nord sono 12.401, circa il 20% dei pazienti oncologici totali meridionali. Di questi, il 34% si è spostato in Lombardia (4.207), il 26% nel Lazio (3.213), il 13% in Veneto (1.560) e l'8% in Emilia-Romagna (1.032) (Tab. 3).

Tabella 3 Mobilità oncologica, numero di pazienti, 2022

	Verso altre regioni del Mezzogiorno	Verso regioni del Centro-Nord												
		Totale	Emilia-Romagna	Friuli-Venezia Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Trentino	Piemonte	Toscana	Umbria	Valle d'Aosta	Veneto
Abruzzo	60	1.132	131	0	489	0	202	137	3	15	71	7	0	77
Basilicata	332	420	34	3	146	2	143	5	2	15	37	6	0	28
Calabria	631	2.460	237	12	775	20	781	18	7	185	229	22	19	155
Campania	624	2.675	188	0	925	10	726	33	26	66	386	17	0	297
Molise	256	316	40	1	161	0	63	6	0	3	17	1	0	23
Puglia	175	2.051	202	22	405	11	765	45	11	67	270	4	0	247
Sardegna	12	798	40	4	72	14	466	2	7	72	40	2	0	78
Sicilia	60	2.550	160	26	241	26	1.060	8	5	157	209	3	0	655
Totale	2.150	12.401	1.032	69	3.213	83	4.207	253	62	581	1.260	62	19	1.560

Fonte: elaborazioni Svimez su dati Agenas.

6.3 La medicina territoriale

La medicina territoriale consiste nell'insieme dei servizi e delle attività sanitarie che possono essere più efficientemente erogati direttamente nella comunità, al di fuori delle tradizionali strutture ospedaliere. Si tratta, pertanto, di un insieme di prestazioni che si svolgono principalmente sul territorio, con l'obiettivo di fornire cure e assistenza ai pazienti nel loro ambiente quotidiano.

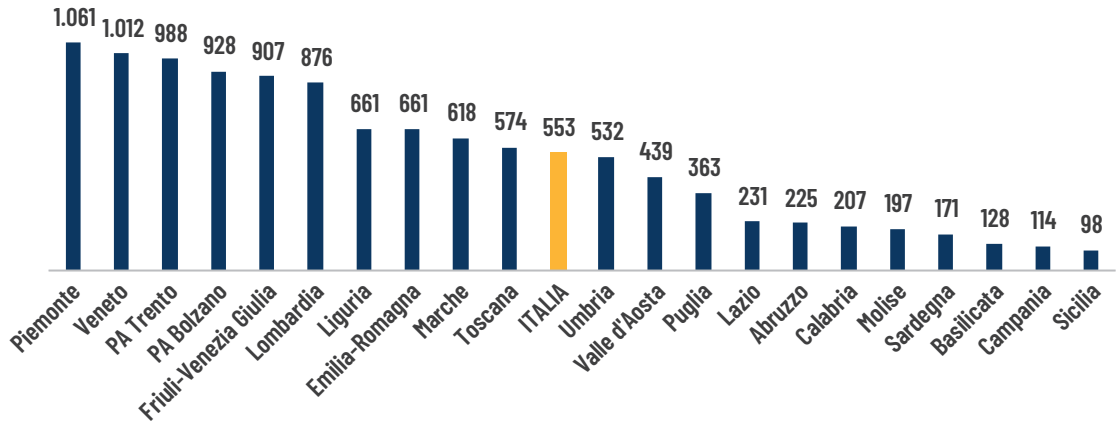
Più in particolare, i servizi della medicina territoriale sono orientati: a migliorare la prevenzione, la diagnosi precoce e la gestione delle malattie, mirando: a garantire un accesso più facile e diretto alle cure; ad assicurare l'uguaglianza nel soddisfacimento dei bisogni di salute, indipendentemente dalla residenza, dall'età, dal genere e dalle condizioni socioeconomiche; a favorire la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità, che comportano il rischio di non autosufficienza; a evitare l'affollamento degli ospedali a causa di patologie minori, garantendo invece un'assistenza continua ai pazienti dimessi dagli ospedali (fase post-acuta) e a coloro che soffrono di patologie croniche; a monitorare costantemente i pazienti, adattando le terapie alle loro esigenze e migliorandone la qualità di vita; a migliorare la risposta alle emergenze sanitarie.

In un'epoca in cui l'invecchiamento della popolazione, la cronicizzazione delle patologie e il crescente rischio di emergenze sanitarie pongono sfide significative, la medicina territoriale rappresenta pertanto un importante pilastro per garantire un uso più razionale delle risorse, maggiore equità e facilità nell'accesso alle cure, continuità assistenziale e prevenzione delle malattie da parte del Ssn.

In Italia, tuttavia, la riqualificazione del Ssn operata attraverso il ridimensionamento della capacità degli ospedali non è andato, sinora, di pari passo con il rafforzamento e la riorganizzazione delle prestazioni sul territorio, con carenze più evidenti in alcune regioni. Si sono pertanto perpetrati, anche in questo ambito, rilevanti differenziali territoriali nella dotazione di infrastrutture e nella qualità e quantità delle prestazioni erogate.

Questo implica, tra l'altro, che gli ospedali vengano spesso sovraccaricati con fenomeni di sovraffollamento dei servizi di emergenza-urgenza, che ostacolano la salvaguardia degli standard qualitativi delle cure. Da ultimo, l'ospedalizzazione di pazienti che potrebbero beneficiare di trattamenti presso il domicilio e/o apposite strutture non ospedaliere contribuisce a rendere ancora più difficoltosa la sostenibilità finanziaria non solo delle aziende ospedaliere, ma anche del Ssn.

Figura 4 Strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali, posti per 100.000 abitanti, 2022 (a)



(a) Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscano articolazioni organizzative) e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale. Strutture semiresidenziali: Centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale.

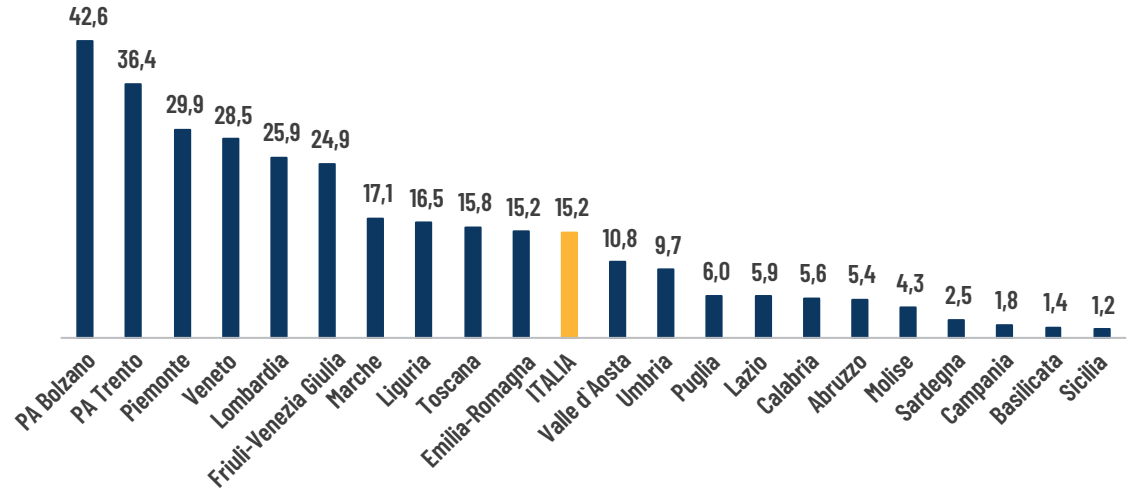
Fonte: Ministero della Salute.

Diversi indicatori relativi alle strutture disponibili e alla capacità di presa in carico dei pazienti mostrano come i Ssr si siano mossi a diversa velocità verso un sistema di assistenza sanitaria territoriale più avanzato. Tra i vari indicatori, i più significativi sono quelli relativi ai pazienti anziani e in età pediatrica.

La Figura 4 riporta la disponibilità, a livello regionale, di posti letto nelle strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali, destinate a rappresentare sempre di più le strutture per il primo presidio di cura a livello territoriale. Le regioni del Mezzogiorno soffrono di una grave sottodotazione di strutture, registrando tutte valori inferiori alla media nazionale di 553 posti per 100mila abitanti. Particolarmente deficitaria la situazione di Sicilia (98 posti), Campania (114) e Basilicata (128).

Marcati differenziali regionali riguardano anche le dotazioni di posti residenziali per assistenza agli anziani (Fig. 5). Anche in questo caso, le situazioni più deficitarie sono quelle di Sicilia, Campania e Basilicata.

Figura 5 Posti residenziali per assistenza agli anziani (≥ 65 anni) nelle strutture territoriali, valori per 1.000 residenti anziani, 2022



Fonte: Ministero della Salute.

Anche i pazienti in età pediatrica beneficiano di servizi di assistenza territoriale differenziati su base regionale. Numerosi studi mostrano che i bambini ricoverati frequentemente per asma tendono ad avere meno visite programmate a livello di assistenza territoriale e una minore aderenza alla terapia farmacologica[9]. Queste evidenze suggeriscono che una carente organizzazione dell'assistenza territoriale e una scarsa accessibilità alle cure possono essere responsabili di un aumentato ricorso alle cure ospedaliere. Su queste basi concettuali, il tasso di ospedalizzazione per asma può essere utilizzato per misurare la qualità dei servizi territoriali in termini di prevenzione, accesso alle cure e trattamento, presupponendo che, al migliorare di queste, diminuisca il ricorso al ricovero in ospedale. Un argomento analogo vale per la gastroenterite, una malattia comune nei bambini, nei confronti della quale una tempestiva ed efficace cura a livello territoriale pare essere associata a una riduzione del rischio di ospedalizzazione.

La Tabella 4 misura pertanto l'ospedalizzazione potenzialmente evitabile in età pediatrica rispettivamente per asma e gastroenterite, dal momento che per queste due malattie il tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica può rappresentare un indicatore dell'appropriatezza e dell'efficacia del processo di assistenza rivolto al bambino[10].

[9] Rapporto Osservasalute 2022. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane.

[10] Inoltre, in via indiretta, può fungere anche da strumento per valutare la qualità dell'organizzazione delle cure primarie.

Dai dati disponibili al 2021, Liguria e Campania risultano le due regioni con i più elevati tassi di ospedalizzazione pediatrica per asma, seguite da Lombardia, Umbria e Calabria. In relazione ai tassi di ospedalizzazione per gastroenterite, le regioni del Mezzogiorno presentano performance significativamente peggiori (Abruzzo, Puglia, Basilicata e Sicilia) o in linea con il dato nazionale (Molise, Campania, Calabria e Sardegna), mentre la maggior parte delle regioni del Nord e del Centro mostrano tassi di ospedalizzazione significativamente inferiori al valore nazionale.

Tabella 4 Tasso di dimissioni ospedaliere, valori per 1.000 pazienti in età pediatrica (0-17 anni), 2021

Regioni	affetti da asma	affetti da gastroenterite
Piemonte	0,06	0,41
Valle d'Aosta	0,21	0,68
Lombardia	0,29	0,73
Bolzano	0,08	0,59
Trento	0,21	0,20
Veneto	0,09	0,35
Friuli Venezia Giulia	0,11	0,27
Liguria	0,36	0,60
Emilia-Romagna	0,15	0,70
Toscana	0,20	0,32
Umbria	0,24	0,87
Marche	0,16	0,64
Lazio	n.d.	0,69
Abruzzo	0,22	2,07
Molise	0,10	0,75
Campania	0,34	0,72
Puglia	0,13	1,03
Basilicata	0,20	1,02
Calabria	0,24	0,77
Sicilia	0,19	1,28
Sardegna	0,11	0,67
Italia	0,20	0,73

Fonte: Rapporto Osservasalute, 2022.

La mancanza delle risorse necessarie al finanziamento di nuovi investimenti e spesa corrente, soprattutto per il personale medico, ha sicuramente rappresentato una delle cause dell'insufficiente diffusione delle attività di medicina territoriale in diversi contesti locali. Tutto ciò, nonostante la considerevole disponibilità nelle regioni del Mezzogiorno di risorse rinvenenti dai fondi europei e nazionali per la coesione potenzialmente utilizzabili per la realizzazione di strutture sanitarie.

Vanno pertanto salutate positivamente sia l'introduzione nel Pnrr di una componente della Missione "Salute" esclusivamente volta al rafforzamento della medicina territoriale, sia la scelta di prevedere per la prima volta, all'interno dell'Accordo di partenariato, un Programma nazionale per l'equità nella salute indirizzato alle sette regioni del Mezzogiorno "meno sviluppate".

6.4 Il Programma nazionale Equità nella Salute 2021-2027

Parallelamente alle misure finanziate dal Pnrr discusse nel Capitolo 18 del Rapporto, per la prima volta, l'Italia ha proposto l'introduzione di un Programma Nazionale (PN) in tema di salute nell'ambito del negoziato con la Commissione europea sull'Accordo di Partenariato 2021-2027.

La proposta ha comportato un lungo negoziato con la Commissione sia sulle azioni del programma, sia sulla possibilità di utilizzare le risorse dei fondi europei per la copertura di costi legati al personale sanitario aggiuntivo necessario per la loro attuazione. L'evidenza di sensibili divari territoriali in alcune aree di assistenza relative alle fasce più vulnerabili e a rischio di emarginazione ha però contribuito a giungere a una posizione condivisa che ha consentito l'inserimento, all'interno dell'Accordo, del PN Equità nella salute.

Al di là della sua dimensione finanziaria, sicuramente inferiore rispetto alle misure del Pnrr, il programma rappresenta un elemento di importante novità nell'ambito delle politiche di coesione, che non hanno mai prestato particolare attenzione alla sanità, nonostante i forti divari territoriali Nord/Sud che caratterizzano le dotazioni infrastrutturali in questo ambito. Una mancanza di attenzione ancora più difficilmente spiegabile nel caso del Fondo per lo sviluppo e la coesione, che essendo alimentato esclusivamente da risorse nazionali, non è soggetto ai vincoli di concentrazione tematica e di ammissibilità degli interventi propri dei fondi europei. L'auspicio è pertanto che questo nuovo programma possa fare da apripista a un desiderabile maggior utilizzo dei fondi della coesione in un settore fondamentale per realizzare gli obiettivi di equità fra cittadini.

Il PN Equità nella salute interviene nelle sette regioni meno sviluppate del Paese per rafforzare e migliorare la qualità dei servizi sanitari e renderne più equo l'accesso, anche per le tipologie di pazienti che risentono maggiormente delle barriere di accesso al sistema.

Il programma individua quattro aree di politica sanitaria caratterizzate da ampie disuguaglianze territoriali che presentano caratteristiche tali da consentire azioni coerenti con le tipologie di intervento previste dai regolamenti europei sulla coesione: contrastare la povertà sanitaria; prendersi cura della salute mentale; il genere al centro della cura; maggiore copertura degli screening oncologici.

L'area del contrasto alla povertà sanitaria prevede un investimento nell'ambito della medicina di prossimità volto a soddisfare i bisogni di salute della popolazione target, essenzialmente attraverso interventi e azioni operati all'esterno del tradizionale servizio sanitario (outreaching) e l'attivazione di comunità, entrambi funzionali alla quantificazione e qualificazione dei bisogni di salute inespressi. Attraverso l'adozione di un approccio di offerta attiva extra moenia, l'azione mira a potenziare l'accessibilità dei servizi sociosanitari territoriali e la presa in carico appropriata dei bisogni di salute delle persone vulnerabili dal punto di vista socioeconomico. L'erogazione delle prestazioni sanitarie avverrà attraverso personale sanitario e sociosanitario aggiuntivo dedicato all'outreaching sia utilizzando spazi messi a disposizione dalle strutture sanitarie e non, presenti sul territorio, sia mediante l'utilizzo di motorhome dotati di attrezzature diagnostiche portatili o di medio-bassa complessità tecnologica o di "riuniti" odontoiatrici, che possano raggiungere le persone e soddisfarne i bisogni di cura più urgenti.

L'obiettivo dell'area relativa alla cura della salute mentale è rafforzare i servizi sanitari orientati alla presa in carico personalizzata delle persone con tali patologie, per favorirne il recupero dell'autonomia personale e il ripristino delle competenze sociali. A tale finalità, le Asl/Asp potranno stipulare accordi di coprogettazione con gli Enti del terzo settore (Ets) che saranno coinvolti per identificare i bisogni da soddisfare, gli interventi necessari, le modalità di realizzazione degli stessi. Le persone assistite, in condizioni di vulnerabilità anche economica, potranno anche beneficiare, per il tramite degli Ets, di un contributo economico volto al sostegno abitativo. I Dipartimenti di salute mentale, inoltre, saranno interessati da interventi di ammodernamento, adeguamento infrastrutturale e potenziamento tecnologico.

Il genere al centro della cura ha per obiettivo il rafforzamento della rete dei consultori familiari, che saranno interessati da interventi di ammodernamento, adeguamento infrastrutturale e potenziamento tecnologico per renderli più funzionali alla presa in carico, in ottica di medicina di genere, tramite l'individuazione e la sperimentazione

di percorsi genere-specifici.

Infine, si prevede di rafforzare la capacità dei servizi di screening oncologici, accrescendo l'adesione ai programmi, anche attraverso l'introduzione di nuovi modelli organizzativi, ricorrendo a motorhome attrezzati per realizzare l'offerta attiva e mobile, promuovendo modalità comunicative efficaci e adeguando le competenze del personale. I punti screening saranno interessati da interventi di ammodernamento, adeguamento infrastrutturale e potenziamento tecnologico.

Per quel che concerne la destinazione delle risorse finanziare del programma, la componente finanziata attraverso il Fseplus riguarda il costo del personale sanitario aggiuntivo da impiegare per la presa in carico sanitaria e per il rafforzamento dei servizi sanitari relativi alle quattro aree di intervento. Si tratta pertanto di risorse che sebbene utilizzate per finalità "correnti", sono essenziali per contrastare situazioni di disagio sociale che coinvolgono particolari categorie di cittadini e territori. La possibilità di utilizzare per questi obiettivi di natura sanitaria le risorse europee per la coesione è stata negoziata non senza difficoltà nell'ambito dell'ultimo Accordo di Partenariato.

Allo stesso modo, le risorse rinvenienti dal Fesr sono finalizzate non solo a interventi infrastrutturali e all'acquisto di attrezzature sanitarie durevoli, ma anche, dettaglio molto importante per future implementazioni di politiche di coesione, attraverso i fondi strutturali, ad azioni di rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari.

La Tabella 5 evidenzia il riparto delle risorse fra le sette regioni del Mezzogiorno beneficiarie del programma.

Tabella 5 Programma nazionale Equità nella Salute. Riparto regionale delle risorse. Valori in euro

Enti	FESR	FSE	Totale
Regione Basilicata	4.821.598	7.182.134	12.003.732
Regione Calabria	16.292.764	24.269.296	40.562.060
Regione Campania	48.321.474	71.978.467	120.299.941
Regione Molise	2.631.000	3.919.072	6.550.072
Regione Puglia	34.517.023	51.415.701	85.932.724
Regione Sardegna	14.203.388	21.157.014	35.360.402
Regione Sicilia	42.175.258	62.823.216	104.998.474
INMP	73.794.925	112.126.100	185.921.025
Ministero della Salute	13.242.570	20.129.000	33.371.570
Totale	250.000.000	375.000.000	625.000.000

Fonte: Ministero della Salute.

> *Focus*

IL MODELLO INNOVATIVO DELLA RETE ONCOLOGICA CAMPANA

I numeri allarmanti sulle migrazioni sanitarie da Sud verso Nord evidenziano i profondi divari territoriali nell'offerta e nella qualità dei Ssr, specialmente per le patologie più gravi. Nel 2022, dei 66.885 malati oncologici residenti al Sud, 12.401 hanno ricevuto cure presso una regione del Centro-Nord, circa il 20%. I pazienti che hanno percorso la "rotta" inversa sono stati appena 800, pari allo 0,1% dei malati oncologici residenti al Centro-Nord.

In questo contesto non mancano però esperienze positive che, se supportate ed estese ai vari Ssr, potranno garantire percorsi di cura territorialmente omogenei e ridurre le diseguaglianze di accesso alle cure. Un contributo significativo in questa direzione è offerto dalla Rete Oncologica campana (Roc) istituita con la delibera n. 98 del 20.09.2016 e coordinata dall'Istituto Nazionale Tumori Fondazione Irccs G. Pascale. La Roc è un'infrastruttura innovativa diffusa su tutto il territorio regionale[1] che ha adottato un modello organizzativo basato su procedure integralmente codificate per la prevenzione, diagnosi, cura e assistenza dei pazienti affetti dalle diverse patologie oncologiche.

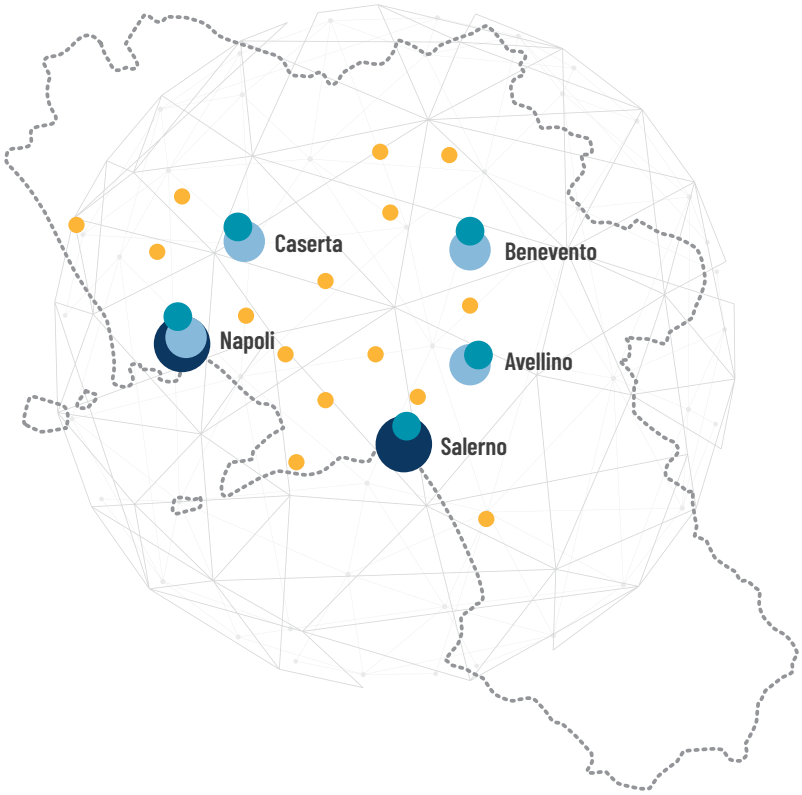
La diffusione della Rete Oncologica in Campania

4 Corpus
Istituto tumori Napoli (Napoli)
A.O.U. Luigi Vanvitelli (Napoli)
A.O.U. Federico II (Napoli)
A.O.U. Ruggi d'Aragona (Salerno)

7 Corp
A.O. Cardarelli (Napoli)
A.O. Dei Colli (Napoli)
Ospedale del mare (Napoli)
A.O. Moscati (Avellino)
A.O. Rummo San Pio (Benevento)
A.O. S. Anna S. Sebastiano (Caserta)
Ospedale Santa Maria delle Grazie (Pozzuoli)

7 Asl
ASL Napoli 3 Sud
ASL Napoli 2 Nord
ASL Napoli 1 Centro
ASL Caserta
ASL Avellino
ASL Benevento
ASL Salerno

39 Case di cura accreditate



[1] I centri di distinguono in: Centri II livello o Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici (CORP) con funzioni diagnostico-stadiative, terapeutiche e di follow-up oncologico; Hospice e reparti/ambulatori di Terapia del Dolore; Centri di Riferimento Regionali con attività specifica in campo oncologico (CORPUS)

Nella Roc, gli specialisti e i diversi operatori sanitari e sociali (Asl, medici di medicina generale, ospedali, centri specializzati e associazioni di pazienti) lavorano in team tramite un sistema informatico integrato che facilita la condivisione delle informazioni cliniche dei pazienti e consente di migliorare la tempestività delle cure, con una riduzione significativa dei tempi della presa in carico e dei tempi di attesa per esami diagnostici. Più in dettaglio, a ciascun paziente in cura presso la Rete è dedicato un gruppo di esperti (che formano diversi Gruppi Oncologici Multidisciplinari – Gom) che definiscono il migliore Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) sulla base di linee guida costantemente aggiornate su standard nazionali e internazionali[2]. Ogni paziente è inoltre individualmente seguito da un proprio case manager, un infermiere con competenze specifiche che coordina anche le richieste per le cure di continuità territoriale.

L'adozione della piattaforma Roc ha prodotto effetti visibilmente concreti già nel 2022, anno in cui la mobilità oncologica passiva in Campania si è ridotta del 18,5% rispetto ai livelli del 2018, passando da 4.051 a 3.300 pazienti. Nello stesso anno, sul totale dei malati oncologici campani, la mobilità sanitaria passiva è scesa al 15%, registrando il valore minimo tra tutte le regioni del Mezzogiorno. Complessivamente, nel 2022, i malati oncologici presi in cura da strutture afferenti alla Roc sono stati l'88% dei 795 casi operati in regione per il tumore del polmone, percentuale che sale al 96% per i 4.031 casi di tumore al seno operati in regione. I dati aggiornati al 2024 indicano che la Roc monitora ogni due mesi circa 5.300 pazienti oncologici, il 20% dei quali provenienti da altre regioni. Ad oggi, la rete coinvolge oltre un terzo (1.240 medici in totale) dei medici di base della regione da cui provengono, in media, circa 25 nuove segnalazioni a settimana. Tra il 2023 e il 2024, la Roc ha realizzato 1.182 test genomici per carcinoma alla mammella con accesso a tutta la regione, prevenendo il sovratrattamento chemioterapeutico nel 30% dei casi, con un risparmio netto per il Ssr campano di circa 2 milioni di euro.

La best-practice della Roc si sta progressivamente estendendo alle altre regioni. Sono stati finalizzati accordi per riuso della piattaforma con Calabria, Basilicata, Lazio e Sicilia, e in quest'ultima la costruzione della piattaforma è già in fase avanzata. La condivisione e la diffusione della piattaforma è un passaggio necessario al potenziamento complessivo della qualità delle cure offerte dai diversi Ssr. Attraverso una gestione più coordinata, accessibile ed efficace dei servizi oncologici, il percorso terapeutico e assistenziale offerto dalla Roc consente di ridurre le differenze spaziali nell'accesso e nella qualità delle cure, avvicinando i pazienti alle strutture più prossime e contrastando fattivamente la mobilità sanitaria passiva. Inoltre, l'approccio di cura standardizzato adottato dalla Rete per il trattamento delle diverse patologie oncologiche assicura che ogni paziente riceva il medesimo trattamento in tempi rapidi e utili per intervenire precocemente. In definitiva, il percorso avviato dalla Rete in Campania, e in fase di adozione nelle altre regioni del Centro-Sud, è un tassello fondamentale per la convergenza dei Ssr sui medesimi standard qualitativi, una prerogativa essenziale affinché il diritto alla salute sia universalmente garantito a tutti i cittadini.

[2] La Roc definisce i tempi teorici di presa in carico per ciascuno percorso di cura. Con riferimento al tumore al reno è individuato un lasso di 7 giorni lavorativi tra il primo accesso al Gruppo Oncologico Multidisciplinare e la prenotazione (effettuata con diagnosi accertata dal medico di base o altro specialista), un periodo di 30 giorni tra la prima presa in carico dal Gruppo Oncologico Multidisciplinare e l'intervento chirurgico e un tempo di 40 giorni dal completamento della fase diagnostico-stadiativa a una eventuale terapia sistemica.

VII. I divari tra Sistemi Sanitari Regionali e la mobilità sanitaria

1. Premessa

La salute rappresenta il principale diritto di cittadinanza costituzionalmente garantito. Ne deriva che il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) sarebbe tenuto ad assicurare il rispetto del principio di equità orizzontale, in base al quale ciascun cittadino dovrebbe ricevere il medesimo livello e qualità di cure e di servizi indipendentemente dal luogo in cui risiede.

I paragrafi 2 e 3 del Capitolo sono pertanto volti a verificare quanto questo principio sia rispettato, sulla base di analisi comparate tra i diversi Sistemi Sanitari Regionali (SSR) tese a evidenziare le differenze nell'efficacia e nella qualità delle prestazioni fornite, a partire dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Il paragrafo 4 approfondisce le dinamiche della mobilità sanitaria tra le diverse regioni italiane, evidenziando come i cittadini, soprattutto del Mezzogiorno, tendano, ove ne abbiano la possibilità, a «decidere con i piedi», rivolgendosi, in particolare per le patologie più gravi, a SSR diversi da quello di residenza, caratterizzati non solo da una generalizzata percezione soggettiva, ma anche, come vedremo, da indicatori oggettivi che ne rilevano la migliore qualità e *performance* nell'erogazione delle prestazioni.

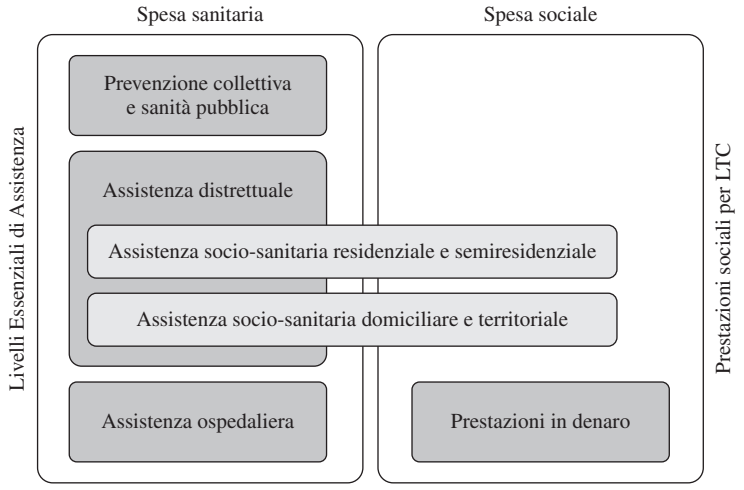
Il paragrafo 5, infine, descrive schematicamente le richieste di maggiore autonomia nell'ambito della tutela della salute avanzate da Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia.

2. Sistemi Sanitari Regionali: dai LEA al Nuovo Sistema di Garanzia

I LEA sono prestazioni e servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di compartecipazione (*ticket*), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. Il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA, sostituendo integralmente il D.P.C.M. 29 novembre 2001, ha lasciato invariati i tre macro-livelli di assistenza oggetto di valutazione:

– prevenzione collettiva e sanità pubblica: comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività e ai singoli, e in particolare: sorveglianza, prevenzione

FIG. 1. *Il finanziamento pubblico dell'assistenza socio-sanitaria*



Fonte: Fondazione GIMBE.

e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati; sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; salute animale e igiene urbana veterinaria; sicurezza alimentare; sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di *screening*; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; attività medico-legali per finalità pubbliche;

– assistenza distrettuale: include le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari erogati in ambito territoriale (assistenza sanitaria di base, emergenza sanitaria territoriale, assistenza farmaceutica, assistenza integrativa, assistenza specialistica ambulatoriale, protesica, termale, assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale e assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale);

– assistenza ospedaliera: include attività di pronto soccorso, ricovero ordinario per acuti, *day surgery*, *day hospital*, riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, attività trasfusionali, attività di trapianto di cellule, organi e tessuti, centri antiveleni.

I LEA dovrebbero essere integralmente coperti dalla spesa pubblica (e da quella privata solo per le compartecipazioni), ma due forme di assistenza (socio-sanitaria domiciliare e territoriale e socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale) sono finanziate anche dalla spesa sociale di interesse sanitario, erogata prevalentemente tramite prestazioni in denaro (Fig. 1). In altre parole, accanto ai vari ambiti dell'assistenza sanitaria ne esiste uno parallelo che contiene varie tipologie di spesa sociale di interesse sanitario, in larga parte erogata dall'INPS tramite provvidenze in denaro e per una parte consistente a carico delle famiglie, che finanziano i servizi assistenziali destinati alla *long term care* (LTC).

Ogni anno, il Ministero della Salute pubblica un *report* che raccoglie i risultati della valutazione dell'adempimento «Mantenimento nell'erogazione dei LEA» che

Tab. 1. *Griglia LEA: «trend» 2010-2019*

Regione	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Emilia-Romagna	*208*	*205*	210	204	204	205	205	218	221	221
Toscana	*185*	*168*	193	214	217	212	208	216	220	222
Veneto	*178*	*182*	193	190	189	202	209	218	222	222
Piemonte	*174*	*170*	186	201	200	205	207	221	218	188
Lombardia	171	*195*	184	187	193	196	198	212	215	215
Umbria	*191*	*184*	171	179	190	189	199	208	210	211
Marche	*180*	*164*	165	191	192	190	192	201	206	212
Liguria	*137*	*166*	176	187	194	194	196	195	211	206
Friuli Venezia Giulia (a)	*171*	*172*	*167*	*168*	*163*	*185*	*203*	193	206	205
P.A. Trento (a)	*145*	*153*	*163*	*186*	*184*	*185*	*200*	185	185	187
Abruzzo	*133*	*145*	145	152	163	182	189	202	209	204
Basilicata	*164*	*167*	169	146	177	170	173	189	191	172
Lazio	*122*	*152*	167	152	168	176	179	180	190	203
Sicilia	108	147	157	165	170	153	163	160	171	173
Molise	*126*	*142*	146	140	159	156	164	167	180	150
Puglia	*74*	*123*	140	134	162	155	169	179	189	193
Valle d'Aosta (a)	*162*	*153*	*135*	*129*	*120*	*132*	*137*	149	159	160
Calabria	*99*	*128*	133	136	137	147	144	136	162	125
Campania	*95*	*101*	117	136	139	106	124	153	170	168
P.A. Bolzano (a)	*120*	*131*	*126*	*113*	*113*	*121*	*153*	120	142	157
Sardegna (a)	88	130	115	166	124	*118*	*130*	140	145	111

(a) Regioni e Province autonome non sottoposte a verifica degli adempimenti. In corsivo i punteggi non disponibili nei monitoraggi annuali del Ministero della Salute e calcolati da GIMBE, sia per le regioni non sottoposte a verifica degli adempimenti per gli anni 2010-2016, sia per tutte le regioni per gli anni 2010-2011.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute.

dal 2017 rende noti i punteggi di tutte le regioni, incluse quelle non sottoposte a formale verifica degli adempimenti. Per valutare il «Mantenimento nell'erogazione dei LEA», dal 2008 al 2019 è stata utilizzata la c.d. «Griglia LEA», sostituita dal 1° gennaio 2020 dal sottoinsieme di indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) come previsto dal D.M. 12 marzo 2019.

2.1. *Monitoraggio con la Griglia LEA: anni 2010-2019*

Nell'ultima versione, la Griglia LEA conteneva 34 indicatori ripartiti tra attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. La Tabella 1 riporta i punteggi LEA ottenuti nel decennio 2010-2019 da ciascuna regione e provincia autonoma. I punteggi riportati in corsivo, non disponibili nei *report* del Ministero della Salute, sono stati ricalcolati utilizzando la metodologia ufficiale.

Nel decennio 2010-2019, i *trend* documentano una situazione molto eterogenea sia tra le varie regioni, sia tra i diversi anni: in particolare, il numero di regioni con punteggi LEA in calo rispetto all'anno precedente è minimo (1-2) nel 2016 e nel 2018, intermedio (6-8) per gli anni 2011-2014 e 2017, massimo (9) nel 2015 e nel 2019. Da rilevare che alcune *performance* nettamente peggiorative nel 2019 di alcune regioni conseguono all'invio al Ministero della Salute di un flusso di dati insufficiente per qualità e/o copertura.

Tab. 2. *Griglia LEA: percentuale di adempimento cumulato 2010-2019 e totale dei punti ottenuti*

Regione	Adempimento cumulativo 2010-2019 (%)	Totale punti ottenuti 2010-2019
Emilia-Romagna	93,4	2.101
Toscana	91,3	2.055
Veneto	89,1	2.005
Piemonte	87,6	1.970
Lombardia	87,4	1.966
Umbria	85,9	1.932
Marche	84,1	1.893
Liguria	82,8	1.862
Friuli Venezia Giulia (a)	81,5	1.833
P.A. Trento (a)	78,8	1.773
Abruzzo	76,6	1.724
Basilicata	76,4	1.718
Lazio	75,1	1.689
Sicilia	69,6	1.567
Molise	68,0	1.530
Puglia	67,5	1.518
Valle d'Aosta (a)	63,8	1.436
Calabria	59,9	1.347
Campania	58,2	1.309
P.A. Bolzano (a)	57,6	1.296
Sardegna (a)	56,3	1.267

(a) Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano non sono sottoposte a verifica degli adempimenti LEA.

Quartili delle percentuali di adempimento: 93,4-86,0; 85,9-76,7; 76,6-67,6; 67,5-56,3.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute.

La Fondazione GIMBE ha calcolato l'adempimento cumulato 2010-2019 ed elaborato una classifica di regioni e province autonome per quartili[1]. Le percentuali cumulate di adempimento sono state calcolate come rapporto tra il punteggio totale ottenuto nel periodo 2010-2019 e il punteggio massimo (2.250) raggiungibile nei dieci anni analizzati (Tab. 2).

Considerato che nel decennio 2010-2019 gli indicatori sono rimasti pressoché invariati e la modalità di attribuzione dei punteggi identica, è possibile trarre alcune considerazioni generali sul monitoraggio tramite la Griglia LEA:

– nel decennio 2010-2019 la percentuale cumulata totale di adempimento delle regioni è del 75,7% (*range* tra regioni 56,3%-93,4%);

– la percentuale cumulata di adempimento annuale è aumentata dal 64,1% del 2010 all'82,6% del 2019;

– nei primi due quartili (adempimento cumulato ≥76,6%) non si posiziona nessuna regione meridionale, confermando la «frattura strutturale» Nord-Sud;

– regioni e province autonome non sottoposte a verifica degli adempimenti hanno *performance* molto diverse. Da un lato, Friuli Venezia Giulia e Provincia autonoma di Trento raggiungono percentuali di adempimento cumulate rispettivamente dell'81,5% e 78,8% collocandosi nel secondo quartile; dall'altro, Valle d'Aosta,

[1] *Report Osservatorio GIMBE n. 2/2022. Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguaglianze regionali in sanità*, Bologna, Fondazione GIMBE, dicembre 2022 (www.gimbe.org/LEA_2010-2019).

Sardegna e Provincia autonoma di Bolzano si collocano – insieme a Calabria e Campania – nel quartile con le peggiori *performance*.

2.2. *Monitoraggio con il Nuovo Sistema di Garanzia: anni 2020-2021*

Il NSG è lo strumento che consente, grazie ai dati disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e dell'appropriatezza le prestazioni erogate che rientrano nei LEA erogati da tutte le regioni. Il NSG, introdotto dal D.M. 12 marzo 2019, è operativo dal 1° gennaio 2020[2]. La finalità prioritaria del NSG è mettere in relazione i LEA erogati con una valutazione multidimensionale della qualità dell'assistenza (sicurezza, efficacia, appropriatezza clinica e organizzativa, equità, partecipazione di cittadini e pazienti, efficienza), tramite 88 indicatori relativi a:

– macro-livelli di assistenza:
  • prevenzione collettiva e sanità pubblica (n. 16)
  • assistenza distrettuale (n. 33)
  • assistenza ospedaliera (n. 24);
– contesto per la stima del bisogno sanitario (n. 4);
– equità sociale (n. 1);
– monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) (n. 10), relativi alle seguenti patologie: bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, scompenso cardiaco, diabete, tumore operato della mammella nella donna, tumore operato del colon-retto.

La circolare del 27 ottobre 2020 contiene le schede tecniche degli indicatori NSG[3] e la metodologia per il calcolo degli indicatori NSG-PDTA[4]. Nell'ambito del Comitato LEA è stato istituito un tavolo tecnico per sperimentare la metodologia di monitoraggio dei LEA tramite il NSG. In particolare, la sperimentazione è stata effettuata dal 2016 al 2019 su un sottoinsieme di 22 indicatori, definiti CORE che ha sostituito la Griglia LEA dall'anno 2020. Sul sito del Ministero della Salute sono disponibili i risultati della sperimentazione 2016-2019[5].

I restanti 66 indicatori[6] sono definiti NO CORE e, al momento, non vengono utilizzati per assegnare i punteggi LEA alle regioni. Tuttavia, considerato che forniscono un quadro informativo analitico sulle *performance* dei servizi sanitari regio-

[2] Ministero della Salute, *Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)* (www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea).

[3] Ministero della Salute, *Schede tecniche degli indicatori NSG* (www.salute.gov.it/imgs/C_17_paginеAree_5238_2_file.pdf).

[4] Ministero della Salute, *Monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali. Metodologia per il calcolo degli indicatori*, aggiornato al 1° giugno 2021 (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_4_file.pdf).

[5] Ministero della Salute, *NSG. Risultati della sperimentazione 2016-2019* (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_0_file.pdf).

[6] Ministero della Salute, *Elenco degli indicatori NO CORE* (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_1_file.pdf).

nali, possono essere utilizzati da ciascuna regione per *benchmark*, attività di miglioramento e definizione di obiettivi per le Aziende sanitarie.

Nel NSG il punteggio complessivo per ciascuna area è determinato dalla media ponderata dei punteggi degli indicatori CORE dell'area stessa, comprensivi di tutti i premi/penalità, ed è compreso tra 0 e 100. Per essere considerata adempiente, una regione deve ottenere un punteggio maggiore o uguale a 60 in tutte le tre aree; viceversa, con un punteggio minore di 60, anche in una sola area, la regione viene classificata come inadempiente. In altre parole, a differenza della Griglia LEA, il NSG non sintetizza la valutazione dei tre macro-livelli in un unico punteggio, ma misura in maniera indipendente la garanzia di ciascuno di essi, fissando a 60 punti la soglia minima di adempimento.

Vengono di seguito riportati gli adempimenti al mantenimento dell'erogazione dei LEA con il NSG relativi agli anni 2020 e 2021, pubblicati rispettivamente il 7 gennaio 2023[7] e il 29 maggio 2023[8]. Per entrambi gli anni tali risultati hanno un valore esclusivamente informativo, a causa della situazione emergenziale dovuta alla pandemia di Covid-19.

Nel 2020 solo 11 regioni risultavano adempienti: Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Provincia autonoma di Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto. Le altre 10 erano inadempienti: Abruzzo, Liguria, Molise e Sicilia con un punteggio insufficiente in una sola area; Basilicata, Campania, Provincia autonoma di Bolzano, Sardegna, Valle d'Aosta con un punteggio insufficiente in due aree; la Calabria insufficiente in tutte le tre aree. Le aree della prevenzione e quella ospedaliera risultavano quelle con il maggior numero di regioni inadempienti (n. 6), rispetto all'area distrettuale (n. 5) (Tab. 3).

Anche se il NSG non prevede il calcolo di un punteggio totale per valutare gli adempimenti, è stata elaborata una classifica di regioni e province autonome sommando i punteggi ottenuti nelle varie aree e riportando i risultati in quartili (Tab. 4). Il punteggio totale enfatizza ulteriormente il divario Nord-Sud: infatti, nei primi due quartili non compare alcuna regione del Sud e il punteggio della Puglia è il più basso tra le 11 regioni adempienti. Viceversa, nell'ultimo quartile si trovano solo regioni del Sud, fatta eccezione per la Provincia autonoma di Bolzano.

Sebbene l'avvio del NSG nell'anno della pandemia restituisca risultati inevitabilmente condizionati dalla gestione dell'emergenza Covid-19, dalle analisi effettuate emergono tre elementi fondamentali. Innanzitutto, il *gap* Nord-Sud non si è ridotto nonostante molte regioni del Nord siano state colpite in maniera drammatica dalla prima ondata e, al tempo stesso, quelle del Sud siano state risparmiate grazie al *lockdown*; in secondo luogo, le regioni settentrionali più colpite dalla pandemia hanno mostrato una variabile resilienza, inevitabilmente condizionata dalla qualità

[7] Ministero della Salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell'anno 2020*, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, gennaio 2023 (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3288_allegato.pdf).

[8] Ministero della Salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell'anno 2021*, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, maggio 2023 (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3288_allegato.pdf).

TAB. 3. *Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi per area*

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	*Status*
Abruzzo	54,03	76,94	63,47	Inadempiente
Basilicata	57,07	62,85	51,90	Inadempiente
Calabria	32,73	48,18	48,44	Inadempiente
Campania	61,53	57,14	59,08	Inadempiente
Emilia-Romagna	89,08	95,16	89,52	Adempiente
Friuli Venezia Giulia	75,63	80,35	74,06	Adempiente
Lazio	74,46	80,19	71,76	Adempiente
Liguria	50,85	83,12	65,50	Inadempiente
Lombardia	62,02	95,02	75,59	Adempiente
Marche	79,01	91,68	75,05	Adempiente
Molise	64,21	67,12	41,94	Inadempiente
Piemonte	76,08	91,26	75,05	Adempiente
P.A. Bolzano	51,90	57,43	66,89	Inadempiente
P.A. Trento	88,42	78,07	93,07	Adempiente
Puglia	66,83	68,13	71,73	Adempiente
Sardegna	70,79	48,95	59,26	Inadempiente
Sicilia	43,44	62,06	69,26	Inadempiente
Toscana	88,13	92,94	80,00	Adempiente
Umbria	89,64	68,55	71,61	Adempiente
Valle d'Aosta	74,06	56,58	59,71	Inadempiente
Veneto	80,74	98,37	79,67	Adempiente

Fonte: Dati Ministero della Salute, anno 2020.

TAB. 4. *Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi totali*

Regione	Punteggio totale 2020
Emilia-Romagna	273,8
Toscana	261,1
P.A. Trento	259,6
Veneto	258,8
Marche	245,7
Piemonte	242,4
Lombardia	232,6
Friuli Venezia Giulia	230,0
Umbria	229,8
Lazio	226,4
Puglia	206,7
Liguria (a)	199,5
Abruzzo (a)	194,4
Valle d'Aosta (a)	190,4
Sardegna (a)	179,0
Campania (a)	177,8
P.A. Bolzano (a)	176,2
Sicilia (a)	174,8
Molise (a)	173,3
Basilicata (a)	171,8
Calabria (a)	129,4

(a) Regioni inadempienti.
Quartili: 129,4-177,8; 177,9-206,7; 206,8-242,4; 242,5-273,8.

Fonte: Dati Ministero della Salute, anno 2020.

pre-pandemia del servizio sanitario regionale; infine, la prevenzione ha pagato il conto più salato in termini di erogazione di prestazioni essenziali.

Rispetto al 2020 le regioni adempienti nel 2021 salgono da 11 a 14: Abruzzo, Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Mar-

Tab. 5. *Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi per area. Anno 2021*

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	*Status*
Abruzzo	77,74	68,46	69,25	Adempiente
Basilicata	79,63	64,22	63,69	Adempiente
Calabria	52,96	48,51	58,52	Inadempiente
Campania	78,37	57,52	62,68	Inadempiente
Emilia-Romagna	90,73	95,96	94,5	Adempiente
Friuli Venezia Giulia	85,32	79,42	78,22	Adempiente
Lazio	80,78	77,61	77,12	Adempiente
Liguria	73,05	85,92	73,60	Adempiente
Lombardia	86,84	93,09	85,33	Adempiente
Marche	82,62	89,38	85,90	Adempiente
Molise	82,99	65,40	48,55	Inadempiente
P.A. Bolzano	51,97	68,05	80,75	Inadempiente
P.A. Trento	92,55	79,33	96,52	Adempiente
Piemonte	86,05	84,47	81,36	Adempiente
Puglia	67,85	61,66	79,83	Adempiente
Sardegna	61,63	49,34	58,71	Inadempiente
Sicilia	45,53	62,19	75,29	Inadempiente
Toscana	91,37	95,02	88,07	Adempiente
Umbria	91,97	73,64	82,31	Adempiente
Valle d'Aosta	45,31	49,31	52,59	Inadempiente
Veneto	84,63	95,60	84,65	Adempiente

Fonte: Dati Ministero della Salute, anno 2021.

Tab. 6. *Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi totali*

Regione	Punteggio totale 2021
Emilia-Romagna	281,2
Toscana	274,5
P.A. Trento	268,4
Lombardia	265,3
Veneto	264,9
Marche	257,9
Piemonte	251,9
Umbria	247,9
Friuli Venezia Giulia	243,0
Lazio	235,5
Liguria	232,6
Abruzzo	215,5
Puglia	209,3
Basilicata	207,5
P.A. Bolzano (a)	200,8
Campania (a)	198,6
Molise (a)	196,9
Sicilia (a)	183,0
Sardegna (a)	169,7
Calabria (a)	160,0
Valle d'Aosta (a)	147,2

(a) Regioni inadempienti.
Quartili: ≤198,6; >198,6 e ≤232,6; >232,6 e ≤257,9; >257,9.

Fonte: Dati Ministero della Salute, anno 2021.

che, Provincia autonoma di Trento, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto. In particolare, dal 2020 al 2021 3 regioni diventano adempienti: Abruzzo, Basilicata e Liguria. Rimangono inadempienti 7 regioni: Campania, Molise, Provincia autonoma di Bolzano e Sicilia con un punteggio insufficiente in una sola area; Sardegna con

un punteggio insufficiente in due aree; Calabria e Valle d'Aosta insufficienti in tutte le tre aree (Tab. 5).

Il calcolo del punteggio totale, ottenuto sommando i punteggi ottenuti nelle varie aree e riportando i risultati in quartili, conferma anche per il 2021 il rilevante divario Nord-Sud (Tab. 6). Solo Abruzzo, Puglia e Basilicata si collocano tra le 14 regioni adempienti, peraltro con i punteggi più bassi tra quelle «promosse». Viceversa, fatta eccezione per la Valle d'Aosta, nell'ultimo quartile si trovano solo regioni meridionali.

3. Sistemi Sanitari Regionali: la qualità dei servizi

Le differenze relative alla qualità dei SSR e alla loro capacità di soddisfare i fabbisogni e la domanda di servizi da parte dei cittadini residenti possono essere valutate non solo dal grado con cui riescono ad adempiere all'erogazione dei LEA. Il CREA Sanità ha, al riguardo, elaborato, nell'ambito del proprio *Rapporto* annuale, un apposito indicatore composito finalizzato a misurare le *performance* dei SSR in tema di tutela socio-sanitaria offerta ai propri cittadini[9].

Ai fini della costruzione dell'indicatore sono state individuate sei differenti dimensioni di *performance*: Appropriatezza, Economico-finanziaria, Equità (di accesso alle cure), Esiti (di salute), Innovazione e Sociale. Per ciascuna dimensione sono stati poi selezionati appositi indicatori idonei alla sua descrizione e quantificazione standardizzata per consentire il confronto tra regioni (Tab. 7).

La valutazione 2023 delle *performance* regionali da parte del CREA oscilla da un massimo del 59% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) a un minimo del 30%: il risultato migliore lo ottiene il Veneto e il peggiore la Calabria (Fig. 2). Il divario del *ranking* fra la prima e l'ultima regione è rilevante: quasi un terzo dei SSR non arriva a un livello pari al 30% del massimo ottenibile. Tre regioni, tutte del Nord-Est, sembrano avere livelli complessivi di tutela significativamente migliori delle altre: Veneto, Provincia autonoma di Trento e Provincia autonoma di Bolzano (rispettivamente 59%, 55 e 52%). Nel secondo gruppo, troviamo 5 regioni, con livelli dell'indice di *performance* compresi tra il 47% e il 49%: Toscana, Piemonte, Emilia-Romagna, Lombardia e Marche. Nel terzo gruppo si collocano Liguria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Umbria, Molise, Valle d'Aosta e Abruzzo, con livelli di *performance* abbastanza omogenei, ma inferiori, compresi nel *range* 37-43%. Infine, 6 regioni (Sicilia, Puglia, Sardegna, Campania, Basilicata e Calabria) hanno livelli di *performance* che risultano inferiori al 32%.

La composizione del gruppo delle regioni che si situano nell'area dell'«eccellenza», come anche quella del gruppo, numericamente rilevante, delle regioni (tutte meridionali) che purtroppo rimangono nell'area critica, rimane pressoché costante negli anni.

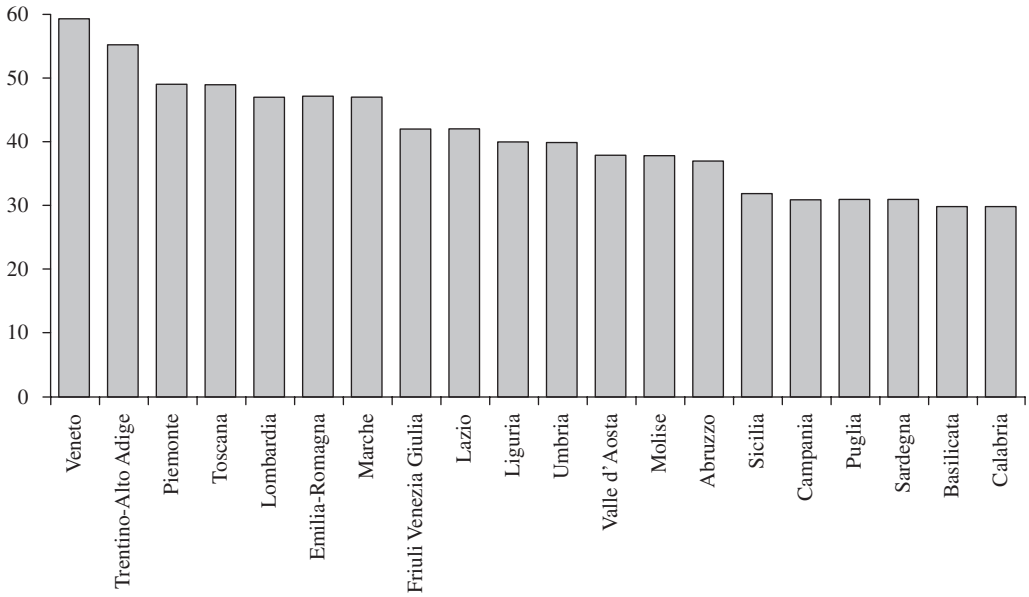
[9] CREA Sanità, *Le Performance Regionali*, XI ed., 2023, https://www.creasanita.it/attivitascientifiche/le-performance-regionali-xi-edizione-2023/.

TAB. 7. *Le «performance» regionali: dimensioni e indicatori*

Dimensioni	Indicatori
Appropriatezza	Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colorettale Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata
Economico-finanziaria	Spesa sanitaria pubblica pro capite standardizzata Sforamento pro capite tetto di spesa farmaceutica (ospedaliera e territoriale) Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali
Equità	Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, ecc.) Tasso di difficoltà di accesso ad alcuni servizi (farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, ecc.)
Esiti	Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over* 65 anni) Indice di salute mentale Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti
Innovazione	Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive Indice di implementazione rete oncologica
Sociale	Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari Tasso di *over* 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale

Fonte: CREA Sanità, *Le Performance Regionali*, cit.

FIG. 2. *Indice di «performance» regionale*



Fonte: CREA Sanità, *Le Performance Regionali*, cit.

4. La mobilità sanitaria

I cittadini italiani hanno il diritto di essere assistiti in strutture sanitarie di regioni differenti da quella di residenza, un diritto che si traduce nel cosiddetto fenomeno della mobilità sanitaria interregionale.

I dati sulla mobilità ospedaliera interregionale sono la conseguenza e la fotografia più evidente delle carenze dei SSR del Sud e delle disuguaglianze, nonché dei costi sociali, a cui danno luogo.

L'indice di fuga quantifica la propensione della popolazione residente in una regione a curarsi in altre regioni italiane. L'indice di attrazione misura, viceversa, la capacità di un SSR di attirare pazienti da altre regioni. Gli indicatori sono *proxy* della qualità, reale o percepita, dei SSR: un elevato indice di fuga è correlato a carenze (qualitative e quantitative) dell'offerta assistenziale, mentre un elevato indice di attrazione alla presenza di centri di eccellenza per particolari patologie o, più in generale, a un'assistenza sanitaria ritenuta qualitativamente migliore.

Da un punto di vista finanziario, la mobilità sanitaria interregionale viene distinta in mobilità attiva (una voce di credito della regione che identifica l'indice di attrazione) e mobilità passiva (una voce di debito che rappresenta l'indice di fuga da una regione). Annualmente, vengono effettuate compensazioni finanziarie tra regioni creditrici (attrattive) e regioni debitrici (da cui «si fugge») su sette flussi finanziari: ricoveri ospedalieri e *day hospital* (differenziati per pubblico e privato accreditato), medicina generale, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, cure termali, somministrazione diretta di farmaci, trasporti con ambulanza ed elisoccorso. Circa il 75% delle compensazioni è relativo a prestazioni di ricovero ospedaliero e *day hospital*.

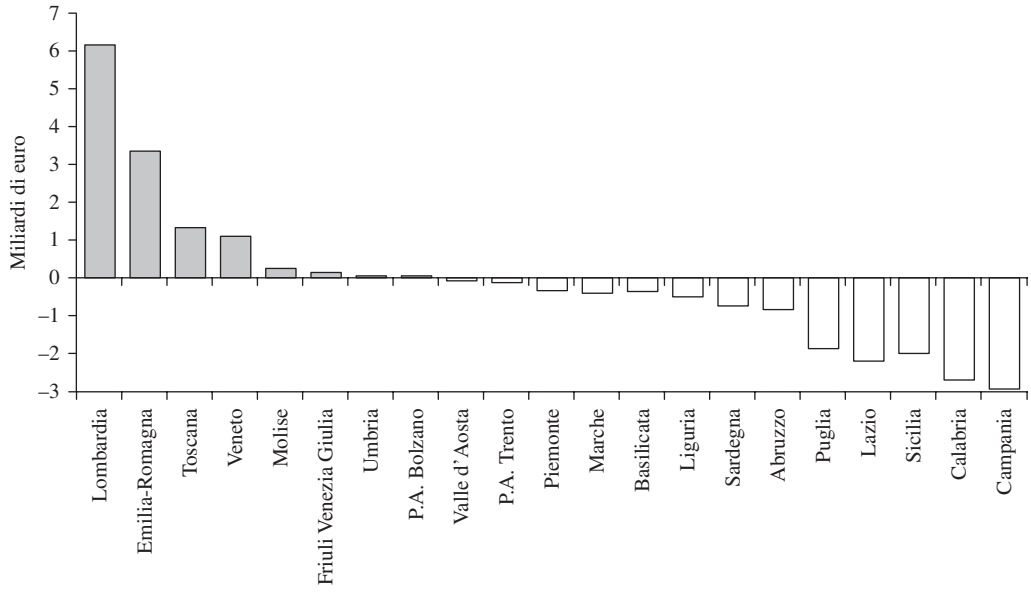
Dall'analisi della mobilità attiva e passiva emerge la forte capacità attrattiva delle regioni del Nord, cui corrisponde quella estremamente limitata, ad eccezione della Toscana, delle regioni del Centro-Sud (Fig. 3).

Un recente *report* della Corte dei Conti[10] ha documentato che nel decennio 2010-2019 (corrispondente al riparto del FSN per gli anni dal 2012 al 2021), 13 regioni, principalmente del Centro-Sud, hanno accumulato un saldo negativo pari a 14 miliardi di euro, mentre tre dei primi quattro posti per saldo positivo sono occupati dalle regioni del Nord che hanno attivato le procedure per l'autonomia differenziata: Lombardia (6,18 miliardi di euro), Emilia-Romagna (3,35 miliardi), Toscana (1,34 miliardi), Veneto (1,14 miliardi). Al contrario, le 5 regioni con saldi negativi superiori a 1 miliardo sono tutte al Centro-Sud: Campania (–2,94 miliardi), Calabria (–2,71 miliardi), Lazio (–2,19 miliardi), Sicilia (–2 miliardi) e Puglia (–1,84 miliardi).

Ancora più delle implicazioni finanziarie, la mobilità interregionale sanitaria ha un impatto forte e diretto sugli individui, costretti a spostamenti anche a lungo raggio per ottenere prestazioni e cure migliori.

[10] Corte dei Conti, *Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei Servizi Sanitari Regionali. Esercizi 2020-2021* (www.corteconti.it/Download?id=f3537856-4e2f-47c4-9ba4-443f812313f5).

FIG. 3. *Saldi mobilità interregionale 2010-2019 (riparto FSN 2012-2021)*



Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati Conferenza Stato-Regioni-CIPESS.

TAB. 8. *Indicatori di mobilità regionale (patologie oncologiche), numero di pazienti (valori cumulati, 2017-2021, s.d.i.)*

Regione	Fabbisogno regionale	Produzione regionale	Ricoveri residenti	Fuga	Attrazione	Saldo (2017-2021)	Indice fuga (%)	Indice attrazione (%)
Lombardia	181.146	226.616	174.248	6.898	42.984	36.086	3,81	19,79
Veneto	101.525	116.796	96.428	5.097	19.729	14.632	5,02	16,98
Lazio	102.110	119.980	94.625	7.485	17.848	10.363	7,33	15,87
Emilia-Romagna	91.896	98.173	85.034	6.862	10.813	3.951	7,47	11,28
Piemonte	85.425	86.396	78.147	7.278	5.812	–1.466	8,52	6,92
Toscana	78.241	85.859	73.544	4.697	10.864	6.167	6,00	12,87
Campania	85.996	71.461	68.346	17.650	1.929	–15.721	20,52	2,74
Sicilia	73.596	62.725	60.423	13.173	1.302	–11.871	17,90	2,11
Puglia	70.162	64.124	58.822	11.340	4.324	–7.016	16,16	6,85
Marche	32.974	30.547	27.165	5.809	2.910	–2.899	17,62	9,68
Liguria	31.252	27.001	24.660	6.592	1.671	–4.921	21,09	6,35
Friuli Venezia Giulia	26.446	27.240	23.871	2.575	3.188	613	9,74	11,78
Sardegna	26.363	23.182	22.773	3.590	182	–3.408	13,62	0,79
Abruzzo	24.302	21.042	18.371	5.931	2.375	–3.556	24,41	11,45
Umbria	18.737	17.939	15.320	3.417	2.399	–1.018	18,24	13,54
Calabria	28.435	14.791	14.069	14.366	317	–14.049	50,52	2,20
P.A. Bolzano	8.855	8.798	8.202	653	535	–118	7,37	6,12
P.A. Trento	9.648	7.484	7.082	2.566	326	–2.240	26,60	4,40
Basilicata	8.586	6.196	4.828	3.758	1.244	–2.514	43,77	20,49
Molise	5.330	4.676	2.554	2.776	2.061	–715	52,08	44,66
Valle d'Aosta	2.175	1.912	1.546	629	329	–300	28,92	17,55
Totale	1.093.200	1.122.938	960.058	133.142	133.142	0	12,18	12,18

Fonte: AGENAS.

Questa situazione è particolarmente iniqua quando la mobilità è legata all'esigenza di cura di patologie gravi.

La Tabella 8 evidenzia come, tra il 2017 e il 2021 oltre 60.000 pazienti affetti da patologie oncologiche residenti in Basilicata, Calabria, Campania, Puglia e Sicilia si sono spostati in strutture ospedaliere di altre regioni per ricevere le cure (oltre il 45% della mobilità nazionale). Particolarmente preoccupanti appaiono i tassi di fuga e i conseguenti scompensi fra fabbisogno e produzione regionale relativi alla Basilicata, Calabria, Campania e Sicilia.

In conclusione, come ribadito dalla Corte dei Conti nel suo *report* «Non è un caso che le regioni con maggiore capacità attrattive siano posizionate nei primi posti nel punteggio complessivo assegnato per la valutazione».

I risultati ottenuti dai SSR evidenziati nella prima parte del Capitolo rafforzano le conclusioni della Corte, dal momento che appare evidente la forte correlazione fra i punteggi regionali dei NSG e l'indice di *performance* del CREA, da un lato, e gli indici di attrazione e fuga e i saldi attivi e negativi dall'altro.

5. Le richieste di autonomia sulla tutela della salute

L'evidenza che i SSR delle tre regioni che hanno attivato le procedure per l'autonomia differenziata siano caratterizzati da una elevata capacità attrattiva di pazienti provenienti dalle altre regioni, impone di analizzare con la dovuta attenzione le richieste formulate da queste regioni nell'ambito della tutela della salute.

In questo ambito, le richieste già avanzate da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto nel 2018[11] sono riportate nei *box* seguenti[12].

Vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale

– *Descrizione*: maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale.

– *Differenze tra regioni*: nessuna.

– *Vincoli*: rispetto dei vincoli di bilancio.

– *Note*: Emilia-Romagna e Veneto identificano nell'autonomia in questione una misura essenziale per un'efficiente organizzazione delle strutture sanitarie, tesa anche a perseguire una valorizzazione del personale del SSN.

[11] Senato della Repubblica, XVIII legislatura, *Il regionalismo differenziato e gli accordi preliminari con le regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto*, Dossier n. 16, maggio 2018 (www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01067303.pdf).

[12] *Report Osservatorio GIMBE n. 1/2023. Il regionalismo differenziato in sanità*, Bologna, Fondazione GIMBE, febbraio 2023 (www.gimbe.org/regionalismo-differenziato-report).

Accesso alle scuole di specializzazione

– *Descrizione*: maggiore autonomia in materia di accesso alle scuole di specializzazione, incluse la programmazione delle borse di studio per i medici specializzandi e l'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale.

– *Differenze tra regioni*:

• *Emilia-Romagna, Veneto*: nessuna.

• *Lombardia*: estensione dell'autonomia alla determinazione del numero dei posti dei corsi di formazione per i medici di medicina generale.

– *Vincolo*: rispetto dei vincoli di bilancio.

Contratti di specializzazione-lavoro per i medici

– *Descrizione*: possibilità di stipulare, per i medici, contratti a tempo determinato di «specializzazione lavoro» come strumento alternativo all'accesso alle scuole di specializzazione.

– *Differenze tra regioni*: nessuna.

– *Vincoli*: nessuno.

Stipulare accordi con le Università

– *Descrizione*: possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio.

– *Differenze tra regioni*:

• *Emilia-Romagna, Veneto*: autonomia finalizzata all'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale e a rendere possibile l'accesso dei medici titolari del contratto di «specializzazione lavoro» alle scuole di specializzazione, nel rispetto dei requisiti di accreditamento delle scuole di specializzazione.

• *Lombardia*: autonomia finalizzata all'avvio di percorsi orientati alla stipula dei contratti a tempo determinato di «specializzazione lavoro», fermo il rispetto delle esigenze delle strutture sanitarie e della loro organizzazione logistica.

– *Vincoli*: nessuno.

Sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione

– *Descrizione*: maggiore autonomia nello svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella regione.

– *Differenze tra regioni*: nessuna.

– *Vincoli*: rispetto dei LEA, rispetto dei vincoli di bilancio e dell'equilibrio economico-finanziario, applicabilità dei nuovi sistemi limitata agli assistiti residenti nella regione.

Sistema di *governance* delle aziende e degli enti del SSN

– *Descrizione*: maggiore autonomia nella definizione del sistema di *governance* delle aziende e degli enti del SSN.

– *Differenze tra regioni*:

• *Emilia-Romagna*: autonomia finalizzata ad assicurare un'organizzazione efficiente della rete ospedaliera e dei servizi territoriali e di supporto, nonché delle relative forme di integrazione, anche con riguardo alle modalità di erogazione.

• *Lombardia, Veneto*: autonomia finalizzata a rendere maggiormente coerenti con le esigenze specifiche delle singole regioni l'organizzazione della rete ospedaliera, dei servizi territoriali e le relative forme di integrazione e di modalità di erogazione.

– *Vincoli*: rispetto dei LEA, rispetto delle disposizioni nazionali in materia di selezione della dirigenza sanitaria.

– *Note*: in Lombardia, dove l'autonomia in questione si riferisce in particolare agli organi e alla direzione strategica, si prevede la valutazione degli esiti del monitoraggio secondo la legge regionale n. 23 del 2015.

Richiesta all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) di valutazioni sull'equivalenza terapeutica

– *Descrizione*: possibilità di sottoporre all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) valutazioni tecnico-scientifiche relative all'equivalenza terapeutica tra diversi farmaci. Entro 180 giorni dal ricevimento delle valutazioni regionali l'AIFA adotta un parere motivato, obbligatorio e vincolante per l'intero territorio nazionale; in alternativa, se l'AIFA non si pronuncia, la regione, sulla base delle proprie valutazioni, può assumere determinazioni in materia di equivalenza terapeutica.

– *Differenze tra regioni*: nessuna.

– *Vincoli*: l'AIFA può intervenire con motivate e documentate valutazioni, *ex* art. 15, comma 11-*ter*, del decreto-legge n. 95 del 2012. Nell'adottare eventuali decisioni basate sull'equivalenza terapeutica fra medicinali contenenti differenti principi attivi, le regioni devono attenersi alle motivate e documentate valutazioni espresse dall'AIFA.

Interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN

– *Descrizione*: competenza a programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN in un quadro pluriennale certo e adeguato di risorse.

– *Differenze tra regioni*: nessuna.

– *Vincoli*: nessuno.

Fondi sanitari integrativi

– *Descrizione*: maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi.

– *Differenze tra regioni*: nessuna.

– *Vincoli*: rispetto dei LEA, rispetto dei vincoli di bilancio.

Gestione del personale
– *Descrizione*: maggiore autonomia in materia di gestione del personale del SSN, inclusa la regolamentazione dell'attività libero-professionale. Facoltà, in sede di contrattazione integrativa collettiva, di prevedere per i dipendenti del SSN incentivi e misure di sostegno, anche avvalendosi di risorse aggiuntive regionali, da destinare prioritariamente al personale dipendente in servizio presso sedi montane disagiate. – *Differenze tra regioni*: richiesta solo dal Veneto. – *Vincoli*: rispetto dei LEA, rispetto dei vincoli di bilancio.

Distribuzione ed erogazione dei farmaci
– *Descrizione*: con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale: • Competenza a definire, sotto profili qualitativi e quantitativi, le forme di distribuzione diretta dei farmaci per la cura dei pazienti soggetti a controlli ricorrenti. Nell'esercizio della competenza e nel monitoraggio dell'uso corretto dei farmaci, la regione si avvale delle farmacie di comunità. • Competenza a garantire che le Aziende sanitarie eroghino direttamente i medicinali per i pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. • Competenza ad adottare direttive che impongono alla struttura pubblica di fornire direttamente i farmaci ai pazienti nel periodo immediatamente successivo al ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale. – *Differenze tra regioni*: richiesta solo dall'Emilia-Romagna. – *Vincoli*: restano ferme le funzioni istituzionali attribuite all'AIFA dalla normativa vigente.

Dall'analisi delle richieste di autonomia avanzate dalle tre regioni emergono alcune considerazioni generali:

– alcune istanze sono strumenti fondamentali per fronteggiare la grave carenza di personale sanitario e dovrebbero essere estese a tutte le regioni: in particolare, l'abolizione dei tetti di spesa per il personale sanitario e l'istituzione di contratti di formazione-lavoro (strettamente legati agli accordi con le Università), che andrebbero a sostituire le attuali borse di studio al fine di anticipare l'ingresso nel mondo del lavoro di specialisti e medici di medicina generale;

– altre forme di autonomia rischiano di sovvertire totalmente gli strumenti di *governance* nazionale aumentando le diseguaglianze regionali, proprio in un momento storico in cui la riorganizzazione dei servizi sanitari legata alle risorse del PNRR impone di ridurle: dal sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione al sistema di *governance* delle aziende e degli enti del SSR all'autonomia nella determinazione del numero di borse di studio per la scuola di specializzazione e al corso di formazione specifica in medicina generale;

– una maggiore autonomia in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi darebbe il via a sistemi assicurativo-mutualistici regionali sganciati dalla,

seppur frammentata, normativa nazionale. Inoltre, la richiesta del Veneto di contrattazione integrativa regionale per i dipendenti del SSN, oltre all'autonomia in materia di gestione del personale e di regolamentazione dell'attività libero-professionale, rischia di concretizzare una concorrenza tra regioni con trasferimento di personale dal Sud al Nord, indebolendo la contrattazione collettiva nazionale;

– la richiesta di maggiori autonomie per programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN è di difficile interpretazione visto che fa riferimento a «un quadro pluriennale certo e adeguato di risorse», senza ulteriori declinazioni.

Più in generale, l'opportunità per le regioni di richiedere maggiori autonomie su qualsiasi ambito relativo alla programmazione ed erogazione dei servizi sanitari rende impossibile valutarne le eventuali conseguenze, non solo in termini di tutela della salute, ma anche di comparabilità delle *performance* regionali visto che questo comporterà un inevitabile disallineamento dei sistemi informativi e la conseguente impossibilità di effettuare *benchmark*.

VIII. Gli effetti dell'evoluzione demografica sull'allocazione tra regioni delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale*

1. Introduzione

Il Capitolo discute delle prospettive dell'allocazione tra regioni delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) alla luce delle differenze territoriali nell'evoluzione di lungo periodo della popolazione.

L'assegnazione dei finanziamenti per il SSN alle regioni è tradizionalmente basata su una quota capitaria, corretta per tenere conto della distribuzione della popolazione per età nei diversi territori. A partire dal riparto 2023 (ancora non definito), si terrà conto anche di altri fattori, in particolare la mortalità e alcuni indicatori di condizione socio-economica, dando seguito (ancora solo parzialmente) a una disposizione di quasi trent'anni fa (legge n. 662/1996).

È noto che sinora il criterio dell'età ha tendenzialmente sfavorito il Mezzogiorno, dove risiede una popolazione più giovane e pertanto caratterizzata da minori bisogni di cure, mentre la presa in conto dello *status* socio-economico, come previsto dalla legge del 1996 e ribadito in occasione della definizione del meccanismo di determinazione dei costi e fabbisogni sanitari nell'ambito del federalismo fiscale (D.Lgs. n. 68/2011), avrebbe avuto l'effetto opposto.

Scopo di questo Capitolo è di valutare l'impatto che gli andamenti demografici futuri, nell'arco di quasi sessant'anni, potranno esercitare sulla distribuzione delle risorse per la sanità tra le regioni, in considerazione della diversa intensità che potrebbero assumere sul territorio il ridimensionamento della popolazione, l'invecchiamento, i flussi migratori interni e internazionali.

In sintesi, i cambiamenti demografici nei prossimi sessant'anni determineranno una redistribuzione di risorse dal Mezzogiorno al Nord dell'ordine di 7 punti percentuali (che equivalgono a circa 9 miliardi di euro se ipotizziamo di applicare al

** Capitolo a cura di Roberto Fantozzi (Ufficio parlamentare di bilancio), Stefania Gabriele (Ufficio parlamentare di bilancio) e Alberto Zanardi (Università di Bologna e Centro Dondena per la ricerca sulle dinamiche sociali e politiche pubbliche – Università Bocconi). Le opinioni espresse in questo lavoro sono proprie degli autori e non necessariamente riflettono quelle delle istituzioni di appartenenza.*

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.

Non è possibile invece valutare gli effetti di lungo periodo dell'introduzione dei nuovi criteri di riparto, non essendo disponibili proiezioni sull'evoluzione futura delle condizioni economiche nelle diverse aree del Paese. Tuttavia, si darà qualche indicazione sulle conseguenze immediate dell'introduzione dei nuovi criteri.

Di seguito, nel paragrafo 2 si dà conto di come la questione dell'allocazione delle risorse sanitarie è stata affrontata nella letteratura economica, privilegiando il sistema della quota capitaria aggiustata, e si riportano alcuni esempi sugli approcci istituzionali attualmente adottati in diversi paesi con gestione dei servizi sanitari almeno parzialmente decentrata. Nel paragrafo 3 si presenta un semplice quadro analitico utile a comprendere gli effetti del cambiamento demografico sul funzionamento del meccanismo di allocazione interregionale. Il paragrafo 4 descrive il sistema di riparto adottato in Italia e si sofferma sulla recente revisione dei criteri, illustrandone i possibili effetti. Il paragrafo 5 riporta il quadro della dinamica demografica attesa fino al 2080, secondo le proiezioni dell'ISTAT, mentre il paragrafo 6 valuta l'effetto di tali dinamiche sull'allocazione interregionale, distinguendo il ruolo dei diversi fattori demografici. Seguono le conclusioni.

2. Il riparto del finanziamento per la sanità nei sistemi decentrati

Nei sistemi sanitari decentrati, il riparto dei finanziamenti assegnati dal livello di governo centrale a quello responsabile dell'assistenza sanitaria solleva la questione della determinazione di un *budget* prospettico adeguato a fornire i servizi ai cittadini su tutto il territorio. L'esigenza di basare la distribuzione su criteri non arbitrari ha generalmente portato a privilegiare il criterio capitario, integrato dalla considerazione di altri aspetti (primo fra tutti l'età). Si attua pertanto una correzione attraverso metodi di *risk adjustment*[1] (aggiustamento per il rischio), che mirano a stimare la spesa sanitaria relativa attesa di diversi individui sulla base delle caratteristiche personali, con l'obiettivo finale di garantire equità nell'accesso ed efficienza macro-economica.

Nella scelta delle variabili da adottare per il *risk adjustment* è necessario individuare quelle che rappresentano determinanti «giustificabili» o «legittimi» della spesa[2], tralasciando gli aspetti legati all'inefficiente gestione dei servizi o a comportamenti opportunistici. In generale, i fattori di domanda sono considerati determinanti legittimi, in quanto riflettono i bisogni primari da soddisfare, mentre i fattori di offerta non devono essere presi in considerazione, perché le differenze nei costi

[1] La definizione è in N. Rice e P.C. Smith, *Capitation and Risk Adjustment in Health-Care Financing: An International Progress Report*, in «Milbank Q», vol. 79, n. 1, 2001, pp. 81-113.

[2] Si veda ad esempio V. Mapelli, *Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le regioni*, in «Politiche sanitarie», vol. 8, n. 1, gennaio-marzo 2007.

di produzione non vanno avallate, ma possibilmente annullate nella tensione verso costi *standard* efficienti. Tuttavia, da un lato la domanda sanitaria non riproduce perfettamente i bisogni sanitari, dall'altro anche alcuni fattori di offerta possono essere presi in considerazione se i fornitori non hanno la possibilità di condizionarli (ad esempio differenze geografiche nei prezzi, o effetti dimensionali sull'efficienza).

Poiché qualsiasi sistema di aggiustamento per il rischio, per quanto accurato, non può prevedere esattamente la spesa, rimane un elemento di rischio aleatorio, che può essere fronteggiato con strumenti diversi, a seconda della flessibilità del vincolo di bilancio, come la rinegoziazione retrospettiva del bilancio o interventi su altri mezzi di finanziamento (tasse locali o compartecipazioni alla spesa), oppure può dare luogo a razionamento dell'assistenza sanitaria e allungamento delle liste di attesa.

Poiché, in linea di principio, si ritiene che i *driver* della spesa sanitaria da prendere in conto ai fini del riparto siano le variabili che spiegano i bisogni sanitari, l'obiettivo è quello di elaborare un metodo di finanziamento basato sui bisogni[3]. Purtroppo i bisogni di salute non sono né osservabili né misurabili e l'individuazione delle variabili che li determinano è complicata. Come *proxy* del bisogno si usa spesso il consumo di servizi sanitari, anche se questo approccio fa emergere alcuni problemi[4].

Infatti, innanzitutto l'informazione imperfetta e l'induzione della domanda da parte dell'offerta, caratteristiche tipiche del mercato sanitario – caratterizzato da condizioni molto lontane da quelle tipicamente attribuite a un mercato concorrenziale – implicano che l'utilizzo dei servizi sia gonfiato da una serie di trattamenti inappropriati. Inoltre, il volume delle prestazioni fornite potrebbe essere manipolato opportunisticamente al solo scopo di influenzare la quota dei fondi ricevuti. D'altro canto, la traduzione dei bisogni in consumi può essere ostacolata da restrizioni all'accesso, fisiche (razionamenti e liste di attesa) e/o economiche (compartecipazioni o tariffe a carico dell'utenza). Anche una mancata percezione del bisogno può portare a un divario tra lo stesso e il consumo.

Pertanto, l'obiettivo dovrebbe essere quello di stimare un consumo *standard*, sulla base di variabili adatte a misurare il fabbisogno. Inevitabilmente, tali stime si basano comunque sui consumi del passato. In altre parole, ciò che si può fare è stimare i differenziali dei consumi secondo le diverse modalità di alcune variabili. Questo metodo non consente di superare tutti i limiti della stima, ma almeno opera una standardizzazione uniforme a livello nazionale.

I fattori demografici sono universalmente considerati come i principali determinanti dello stato di salute e del consumo (o della spesa) sanitario. Il rapporto tra età

[3] J. Hurley, B. Hutchison, C. Buckley e G. Woodward, *Developing Needs-Based Funding Formulae Using Individual-Level Linked Survey and Utilization Data: An Application to Home Care Services in Ontario, Canada*, Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA), Working Paper Series 2004-01, Hamilton, Canada, McMaster University, 2004.

[4] V. Mapelli, *Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le regioni*, cit., osserva come, essendo il consumo determinato sia dalla domanda che dall'offerta, la stima econometrica risulti problematica.

e consumo assume tipicamente la forma di una J, con importi piuttosto elevati nella primissima infanzia, poi bassi e, da un certo punto in poi, in aumento con l'età. È stato anche riscontrato che in età molto anziane il consumo può diminuire, trasformando la J in una sorta di S[5]. Il genere influenza solo parzialmente questa tendenza ed è ormai ritenuto improbabile che possa influire in modo significativo sull'allocazione[6].

Quando si studiano gli effetti del cambiamento demografico a lungo termine, tuttavia, l'ipotesi che all'aumento dell'aspettativa di vita il consumo medio pro capite di assistenza sanitaria a ogni età rimanga invariato è stata posta in discussione per due ragioni principali[7]: 1) è plausibile che lo stato di salute degli individui in momenti diversi della loro vita si modifichi al variare della longevità; 2) è stato empiricamente dimostrato che la maggior parte dei consumi sanitari – e dei relativi costi – si concentra negli ultimi mesi di vita («costi del decesso»), per cui un allungamento della sopravvivenza posticipa semplicemente il momento in cui tali costi vengono sostenuti. Il rapporto tra il costo medio pro capite dei deceduti e quello dei sopravviventi è molto elevato, anche se tende a diminuire con l'aumentare dell'età (per la riduzione progressiva dei costi del decesso tra gli anziani). Pertanto, le attuali proiezioni della spesa sanitaria nel lungo periodo tengono generalmente conto di questi problemi, ad esempio assumendo profili di spesa stabili in base alla distanza dalla morte o tenendo conto del differenziale di costo tra deceduti e sopravviventi nelle diverse età, o anche ipotizzando una variazione di tale differenziale come effetto dell'invecchiamento[8].

Altri indicatori spesso considerati per stimare il bisogno di salute sono i tassi di morbilità e mortalità. Questi indicatori catturano una parte sostanziale dei bisogni e dei consumi sanitari, ma anch'essi presentano alcune limitazioni[9]. Per quanto riguarda i primi: 1) non sono disponibili i dati sulla prevalenza di tutte le malattie, ma generalmente solo quelli riferiti ad alcune patologie croniche; 2) la sotto/sovradiagnosi può produrre un *bias* significativo. Quanto alla mortalità, questa non rappresenta adeguatamente le condizioni epidemiologiche, poiché non riflette le malat-

[5] Si veda Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario, Rapporto n. 24*, giugno 2023, per una descrizione dell'andamento delle curve del consumo per età per tipo di prestazione in Italia e Commissione europea, *The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070)*, European Economy Institutional Paper n. 148, 2021, con riferimento ai profili di spesa pro capite per età in Europa.

[6] Si veda ad esempio C. Zocchetti, *Ripartire per prevalenza di patologie o ripartire per classe d'età che differenze produce? Una analisi sui dati della Regione Lombardia*, allegato ad AGENAS, *Criteri per il riparto del fabbisogno sanitario*, Relazione commissionata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, a cura di C. Cislaghi, con la collaborazione di E. Di Virgilio e G. Tavini, 30 aprile 2010.

[7] Per approfondimenti si veda S. Gabriele e M. Raitano, *Invecchiamento, salute, spesa sanitaria e di cura in Italia*, in «Studi e Note di Economia», vol. XIV, n. 3, 2009, pp. 541-569.

[8] R. Aprile e M. Palombi, *How to Take into Account Death-Related Costs in Projecting Heath Care Expenditure*, in «Genus», vol. 62, n. 1, gennaio-marzo 2006, pp. 53-73.

[9] Come evidenziato ad esempio in C. Zocchetti, *Ripartire per prevalenza di patologie o ripartire per classe d'età che differenze produce?*, cit.; AGENAS, *Criteri per il riparto del fabbisogno sanitario*, cit.

tie non letali. Inoltre, l'adozione di tale indicatore nell'ambito di una procedura di assegnazione dei finanziamenti potrebbe produrre un sistema di incentivi perverso. Tuttavia la mortalità prematura (sotto una certa età) è associata con la deprivazione.

Infine, è ampiamente riconosciuto che lo *status* sociale influisce sullo stato di salute. Il rapporto tra tenore di vita e domanda di assistenza sanitaria è influenzato da elementi quali il livello di istruzione, le condizioni economiche, la percezione del proprio stato di salute, le preferenze individuali, gli stili di vita, i valori etici, la medicalizzazione della società, nonché la pubblicità dei prodotti e servizi sanitari. Le disuguaglianze sanitarie sono al centro dell'attenzione in misura crescente e si è discusso molto sulle loro cause e sui modi per ridurle[10]. Ai fini dei criteri di riparto, tuttavia, è rilevante solo valutare la presenza di differenze di salute legate alle condizioni di vita che possono produrre differenziali nei consumi e nella spesa tra regioni. Queste differenze dovrebbero pesare sulla distribuzione dei finanziamenti. A tal fine, in alcuni casi vengono costruiti indici compositi che sintetizzano alcune caratteristiche della popolazione ritenute rilevanti nel determinare i bisogni di salute (questa metodologia presenta tuttavia dei limiti, tra cui la possibile collinearità tra le variabili incluse nell'indice)[11].

Studi per l'Italia basati sui dati dell'*Indagine multiscopo sulle famiglie* dell'ISTAT e anche sui dati di consumo effettivo hanno dimostrato che: 1) a parità di età, le disuguaglianze sociali sono i principali determinanti della morbilità, ovvero esiste un'associazione tra indicatori di *status* sociale, in particolare l'istruzione, e morbilità; 2) la deprivazione incide più sui bisogni sanitari che sul consumo sanitario; 3) se escludiamo la morbilità, l'età e alcuni indicatori delle condizioni sociali sono buoni predittori dei bisogni sanitari e dell'assistenza sanitaria[12].

Guardando alle esperienze internazionali, si osserva che la distribuzione dei finanziamenti agli enti erogatori dei servizi sanitari è regolata in modi diversi nei diversi paesi. Nonostante le forti specificità istituzionali, alcune scelte sono comuni. Di seguito si concentra l'attenzione su alcuni dei principali paesi OCSE con un sistema sanitario universale finanziato dalle imposte in cui si verifica un riparto tra enti territoriali. La Tabella 1 fornisce informazioni specifiche su una selezione di paesi, in particolare Regno Unito, Spagna, Canada, Nuova Zelanda, Australia e Danimarca[13].

[10] È noto il grande lavoro effettuato da Sir M. Marmot in questo campo. Cfr. M. Marmot, *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*, London, Bloomsbury, 2015.

[11] R.A. Carr-Hill, G. Hardman, S. Martin, S. Peacock, T.A. Sheldon e P.C. Smith, *A Formula for Distributing NHS Revenues Based on Small Area Use of Hospital Beds*, Occasional Paper, York, University of York, 1994.

[12] G. Costa, M. Carano e M. Demaria, *Torino. Storie di salute in una grande città*, Osservatorio socio-economico torinese, Ufficio statistico Città di Torino, 1998; G. Costa, T. Landriscina, C. Marinacci, A. Petrelli e F. Vannoni, *I determinanti del fabbisogno di salute e di assistenza*, in «Quaderni di Monitor», supplemento al numero 22, 2008.

[13] Le fonti utilizzate per il confronto internazionale sono le seguenti: European Commission, *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability, Country Documents 2019, Update*, 2019; M. Keep, *The Barnett Formula*, House of Commons Library, Briefing Paper, 7386, aprile 2021; Government of Canada, *Federal Transfers to Provinces and Territories*, Department of Finance Canada Website (https://www.canada.ca/en/department-finance/programs/federal-transfers.

In generale, il meccanismo di allocazione è *top-down*, nel senso che l'importo totale delle risorse pubbliche destinate alla sanità viene fissato a livello centrale e poi ripartito tra i governi locali. In alcuni paesi sono previsti fondi specifici per finanziare l'assistenza sanitaria (Canada), in altri fondi complessivi per tutti i servizi essenziali forniti a livello locale (sanità, istruzione, assistenza) (Spagna). In alcuni casi, il finanziamento di base per l'assistenza sanitaria è integrato da un sistema di perequazione globale basato su criteri diversi e più complessi (Canada e Australia).

Per quanto riguarda i criteri di allocazione, in alcuni casi viene adottato un sistema a base capitaria semplice (come nel Regno Unito e in Canada), in altri si adottano formule più avanzate (Spagna, Nuova Zelanda e Danimarca). Le principali variabili presenti nelle formule sono: età, genere, morbilità, condizioni socio-economiche, caratteristiche del territorio (superficie, dispersione, insularità, ruralità). Si noti che l'Australia tiene conto degli aspetti sociali come parte della perequazione complessiva. Inoltre in Australia si tiene conto anche di fattori di offerta.

È interessante osservare che in alcuni paesi (ad esempio la Nuova Zelanda) l'aggiustamento si basa anche sui bisogni insoddisfatti, che non emergono dal consumo effettivo (consumo potenziale).

Si ricorda infine che nel Regno Unito la cosiddetta formula di Barnett, utilizzata nell'allocazione delle risorse sanitarie, non pondera la popolazione in base ai bisogni, e questo solleva molte discussioni e critiche. Va notato, tuttavia, che a livello nazionale (Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord) l'assegnazione dei finanziamenti ai *Clinical Commissioning Group* (fornitori di servizi locali) è molto più complessa. Per il servizio sanitario nazionale inglese, in particolare, si fa riferimento a un pro capite aggiustato. La formula obiettivo, cui avvicinarsi progressivamente, tiene conto di due diversi elementi: i consumi (età e bisogni aggiuntivi, dati dallo stato di salute, dalla morbilità e dalle deprivazioni), adeguati alle inevitabili differenze di costo, a cui viene assegnato un peso dell'89,8% circa (85% per le cure primarie); le disuguaglianze sanitarie e i bisogni insoddisfatti (mortalità prematura), con un peso compreso tra il 10,2% e il 15%, a seconda della tipologia di servizio.

Si noti che in molti paesi il finanziamento principale è integrato da risorse discrezionali aggiuntive. Ciò è particolarmente importante quando i meccanismi di distribuzione sono molto semplici (come nel Regno Unito e in Canada). Ul-

html#Major), 2019; J. Cumming, *New Zealand Health System Review*, New Delhi, World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2022; Commonwealth of Australia 2020, *Budget 2020-21, Federal Financial Relations Budget Paper No. 3 2020-21* (https://archive.budget.gov.au/2020-21/bp3/download/bp3_2020-21.pdf); Commonwealth of Australia 2020, *Commonwealth Grants Commission, Report on GST Revenue Sharing Relativities 2020 Review – Volume 2 (Part B)* (https://www.cgc.gov.au/sites/default/files/2021-11/r2020_report_-_volume_2_-_part_b_ch5-18.pdf); Federal Financial Relations Website, *The National Health Reform Agreement*, https://federalfinancialrelations.gov.au/agreements/national-health-reform-agreement; Denmark, Ministry for Economic Affairs and the Interior, *Municipalities and Regions, Tasks and Financing*, giugno 2014 (https://english.im.dk/media/22352/municipalities-and-regions-tasks-and-financing-june-2014.pdf); R. Tatarek-Gintowt (a cura di), *Fair Shares, A Guide to NHS Allocations*, NHS England, maggio 2023 (https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/02/nhs-allocations-infographics-v3-23-24.pdf).

TAB. 1. *Esperienze internazionali: il riparto nei sistemi pubblici decentrati*

	Regno Unito	Spagna	Canada	Nuova Zelanda	Australia	Danimarca
Principali fonti di finanziamento (per sanità o complessivamente per i servizi pubblici)	Le spese totali e i trasferimenti totali (*block grants*) per Scozia, Galles e Irlanda del Nord sono fissati anticipatamente nell'ambito della *spending review*. L'incremento del finanziamento annuo viene distribuito tra le nazioni	Il Fondo fondamentale per la garanzia dei servizi pubblici (sanità, istruzione e assistenza) redistribuisce il 75% delle tasse cedute alle regioni e alcuni trasferimenti	Canada *health transfer* (CHT), il cui incremento è predeterminato. Può esserne trattenuta una parte come sanzione	Il finanziamento per la sanità è distribuito tra i distretti sanitari	Fondo finalizzato alla sanità, sulla base di accordi con gli Stati	Trasferimenti (*block grants*) alle regioni e alle autorità sanitarie
Criteri per la distribuzione dei principali finanziamenti	Quota dei servizi decentrata (99,5% per la sanità nel 2021) e popolazione	Popolazione, superficie, densità, insularità, popolazione coperta equivalente, quota di popolazione in certi gruppi di età	Base capitaria	Popolazione, pesata per il costo medio nazionale dei servizi usati da diversi gruppi demografici (distinti per età, genere, etnia, stato socio-economico), più un aggiustamento per ruralità e stranieri e un ulteriore aggiustamento per i bisogni non soddisfatti	In corso di applicazione una riforma del finanziamento degli ospedali che tiene anche conto delle informazioni sull'attività e sui costi	Demografia e struttura sociale (gruppi svantaggiati, speranza di vita relativa, patologie mentali, caratteristiche del territorio)
Altri finanziamenti	Altri finanziamenti, alcuni dei quali negoziati	Fondo globale di sufficienza finanziato dallo Stato per le altre funzioni. Due ulteriori fondi per favorire la convergenza (maggiore discrezionalità dello Stato)	Ulteriori trasferimenti perequativi per l'insieme dei servizi erogati. Programma di trasferimenti ai tre territori del Nord. Il governo federale può concedere temporaneamente finanziamenti specifici		Supporto fiscale generale incondizionato allocato sulla base della popolazione pesata. Per il fabbisogno sanitario: fattori socio-demografici (età, presenza di indigeni, indicatori di *status* socio-economico, zona remota), ampiezza del settore privato, scala di erogazione del servizio, livelli salariali	Fondi addizionali (20%) basati sull'attività. Cofinanziamento dei comuni basato sull'attività

Fonte: Si veda la nota 13.

teriori fondi discrezionali possono essere utilizzati per correggere i limiti della formula, ma va considerato che questi trasferimenti potrebbero essere fonte di gravi distorsioni.

3. Un quadro analitico di riferimento

Il funzionamento di un meccanismo di assegnazione delle risorse per la sanità tra le regioni in base a una quota capitaria aggiustata per tenere conto dei profili dei residenti (ad esempio età, deprivazione, ecc.) ritenuti rilevanti per valutare i rispettivi bisogni sanitari, come illustrato nel paragrafo 2, può essere meglio compreso facendo riferimento a un semplice quadro analitico.

Indichiamo con $P^t_{r,x}$ il gruppo x (identificato in termini di età ed eventualmente altri profili socio-economici) della popolazione residente nella regione r nell'anno t.

Tenendo conto dell'esistenza di differenti gruppi di individui, la popolazione presente nella regione r nell'anno t sarà:

$$P^t_r = \Sigma P^t_{r,x}$$

Inoltre, sommando per regioni, la popolazione presente nell'intero Paese sarà:

$$P^t = \Sigma_r P^t_r$$

È possibile parallelamente definire anche la popolazione regionale «pesata» tenendo conto dei consumi sanitari pro capite misurati a livello nazionale, cioè valutati in termini standardizzati. Per il gruppo x al tempo t la popolazione pesata della regione r sarà:

(1) $$\bar{P}^t_{r,x} = P^t_{r,x}(\Sigma_i c^t_{i,x} q_i)$$

dove:

(2) $$c^t_{i,x}$$

denota il consumo sanitario pro capite per il gruppo x e il livello di assistenza sanitaria i (ambulatoriale, ospedaliera, farmaceutica, ecc.) misurato a livello nazionale, e q_i indica la quota delle risorse sanitarie totali assegnate al livello di assistenza sanitaria i.

Naturalmente, sommando per i diversi gruppi, è possibile ricavare la popolazione pesata della regione r: $\bar{P}^t_r = \Sigma_x \bar{P}^t_{r,x}$. Corrispondentemente, sommando per regioni, si ricava la popolazione pesata per l'intero Paese: $\bar{P}^t = \Sigma_r \bar{P}^t_r$.

Pertanto, dato l'ammontare complessivo di risorse per la sanità (determinato esogenamente secondo un approccio *top-down*), la quota di risorse che verrà assegnata alla regione r può essere determinata come:

(3) $$\bar{S}_r^t = \bar{P}_r^t / \bar{P}^t = \frac{\Sigma_x P_{r,x}^t (\Sigma_i c_{i,x}^t q_i)}{\Sigma_r (\Sigma_x P_{r,x}^t (\Sigma_i c_{i,x}^t q_i))}$$

Una particolare specificazione del consumo sanitario pro capite $c_{i,x}^t$ può essere derivata facendo riferimento all'approccio dei cosiddetti «costi del decesso» (cfr. par. 2).

In particolare, per ogni gruppo x della popolazione regionale $P_{r,x}^t$ misurata all'inizio dell'anno t, possiamo distinguere due differenti sotto-gruppi: $l_{r,x}^t$ che indica il numero dei sopravviventi valutato alla fine dell'anno; $d_{r,x}^t$ che indica il numero dei deceduti ancora valutato alla fine dell'anno.

In corrispondenza, seguendo l'approccio dei «costi del decesso», possiamo misurare per ogni livello di assistenza i due diversi livelli di consumo sanitario pro capite (sempre a livello nazionale e quindi in termini standardizzati):

$$c_{i,x}^{lt},\ c_{ix}^{dt} \text{ con } c_{i,x}^{lt} < c_{ix}^{dt}.$$

Quando dunque si considerino queste differenze nei consumi sanitari tra deceduti e sopravviventi, il consumo sanitario pro capite complessivo per il gruppo x nella regione r può essere determinato come:

(4) $$c_{i,x,r}^t = c_{i,x}^{lt}(1 - \gamma_{r,x}^t) + c_{ix}^{dt}\gamma_{r,x}^t$$

dove $\gamma_{r,x}^t$ indica la probabilità di morte all'età x nella regione r.

Va rilevato che (4), diversamente da (2), è differenziato tra regioni e tale variabilità è dovuta al termine $\gamma_{r,x}^t$ e non agli indicatori di consumo che sono, come detto, standardizzati a livello nazionale.

Quando (4) è utilizzato come indice di consumo sanitario pro capite al posto di (2), la quota di risorse sanitarie attribuita alla regione r, già definita in (3) diventa:

(5) $$\bar{S}_r^t = \bar{P}_r^t / \bar{P}^t = \frac{\Sigma_x P_{r,x}^t (\Sigma_i c_{i,x,r}^t q_i)}{\Sigma_r (\Sigma_x P_{r,x}^t (\Sigma_i c_{i,x,r}^t q_i))}$$

che, come richiamato prima, differisce dalla (3) in quanto gli indicatori di consumo pro capite per ogni gruppo x sono ora specifici per ogni regione.

A partire da queste definizioni, la variazione nel tempo tra l'anno 1 e l'anno 2 della quota di risorse sanitarie assegnate alla regione r può essere riscritta come:

(6) $$\Delta \overline{S}_r = \overline{S}_r^2 - \overline{S}_r^1$$

Lavorando analiticamente sulla (6), la variazione temporale della quota regionale di risorse può essere distinta in tre diverse componenti:

$$\Delta \bar{S}_r = \underbrace{S_r^2 - S_r^1}_{\textit{effetto popolazione}} + \underbrace{(\bar{\bar{S}}_r^2 - S_r^2) - (\bar{S}_r^1 - S_r^1)}_{\textit{effetto etp340}} + \underbrace{\bar{S}_r^2 - \bar{\bar{S}}_r^2}_{\textit{effetto consumo}} \tag{7}$$

dove, dato $t = \{1, 2\}$:

$S_r^t = P_r^t / P^t$ indica la quota regionale basata sulla popolazione effettiva;

$\bar{S}_r^t = \bar{P}_r^t / \bar{P}^t$ indica la quota regionale basata sulla popolazione pesata come definita prima in (3) oppure in (5);

$$\bar{\bar{S}}_r^2 = \frac{\bar{\bar{P}}_r^2}{\bar{\bar{P}}^2} = \frac{\Sigma_x P_{r,x}^2 (\Sigma_i c_{i,x}^1 q_i)}{\Sigma_r (\Sigma_x P_{r,x}^2 (\Sigma_i c_{i,x}^1 q_i))} \tag{8}$$

indica la quota regionale basata sulla popolazione pesata nell'anno 2 quando il consumo sanitario per età è assunto al livello rilevato nell'anno 1[14].

Quando si adotta l'approccio dei «costi del decesso» la (8) diventa:

$$\bar{\bar{S}}_r^2 = \frac{\bar{\bar{P}}_r^2}{\bar{\bar{P}}^2} = \frac{\Sigma_x P_{r,x}^2 (\Sigma_i c_{i,x,r}^1 q_i)}{\Sigma_r (\Sigma_x P_{r,x}^2 (\Sigma_i c_{i,x,r}^1 q_i))} \tag{9}$$

Nella scomposizione della variazione temporale della quota regionale illustrata nella (7):

a) l'*effetto popolazione* misura la variazione temporale della quota della popolazione regionale effettiva;

b) l'*effetto età* misura la variazione temporale della composizione per età, che impatta sui consumi sanitari (ed è misurata dalla differenza tra la popolazione pesata e la popolazione effettiva), quando il profilo di consumo sanitario pro capite per età è posto pari al livello registrato nell'anno 1;

c) l'*effetto consumo* misura la variazione nel tempo del consumo sanitario pro capite per ogni età (dovuta al cambiamento nella composizione tra deceduti e sopravviventi).

Nel paragrafo 6 faremo riferimento a questo schema analitico per sviluppare alcune simulazioni sulla dinamica attesa del riparto del finanziamento del SSN. In particolare sfrutteremo la scomposizione ricavata nella (7) per misurare i diversi ca-

[14] Assumiamo che la variazione nel tempo dei consumi sanitari per ciascun gruppo di età possa essere ricondotta al cambiamento nel periodo della probabilità di sopravvivenza – cioè della composizione tra sopravviventi e deceduti – per ogni gruppo di età. Pertanto, mentre c_{ix}^{dt} e $c_{i,x}^{lt}$ restano costanti nel tempo, può variare tra un anno e l'altro in relazione all'evoluzione demografica:

$$c_{i,x,r}^1 = c_{i,x}^{l1}(1 - \gamma_{r,x}^1) + c_{ix}^{d1}\gamma_{r,x}^1 \qquad c_{i,x,r}^2 = c_{i,x}^{l1}(1 - \gamma_{r,x}^2) + c_{ix}^{d1}\gamma_{r,x}^2$$

nali attraverso cui le variazioni della struttura della popolazione italiana previste da qui al 2070 possono influenzare l'evoluzione delle quote delle risorse sanitarie assegnate alle singole regioni italiane.

4. Finanziamento e riparto regionale del SSN

In Italia la determinazione delle risorse finanziarie del SSN e del relativo riparto tra le regioni è oggetto di discussione da molto tempo. Attualmente, il finanziamento del SSN è basato su uno schema *top-down* in cui il fabbisogno sanitario nazionale *standard* riconosciuto sotto qualsiasi forma (tributi regionali, compartecipazioni su tributi erariali, trasferimenti verticali) all'insieme delle regioni è stabilito *ex ante* nel quadro della programmazione finanziaria pubblica annuale (pari a 129 miliardi di euro per il 2023). Il bilancio complessivo così determinato è poi allocato tra le diverse regioni mediante una formula che stabilisce per ciascuna di esse un fabbisogno *standard* il cui finanziamento è integralmente garantito. In particolare, a ciascuna regione sono riconosciuti trasferimenti verticali (nella forma di compartecipazione all'IVA) che colmano integralmente il divario tra il proprio fabbisogno *standard* e la propria capacità fiscale dedicata alla sanità (gettito dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF), secondo uno schema di perequazione sui fabbisogni *standard*. Il fabbisogno *standard* di ciascuna regione è determinato a partire da quello nazionale sulla base in parte della popolazione residente regionale rispetto a quella nazionale (quota capitaria secca) e in parte della popolazione residente regionale aggiustata, con i pesi dati dai consumi sanitari differenziati per gruppi di età (quota capitaria pesata).

Il funzionamento del meccanismo allocativo può essere compreso, anche facendo riferimento allo schema descritto nel paragrafo 3, distinguendo quattro fasi differenti.

La prima fase consiste nell'attribuzione delle risorse complessive disponibili a livello nazionale tra i diversi livelli di assistenza (il termine q_i nel par. 3).

La seconda fase riguarda l'applicazione di specifici criteri di allocazione alle risorse finanziarie assegnate ai diversi livelli di assistenza sanitaria: la popolazione regionale pesata per gruppi di età nel caso dell'assistenza specialistica e di metà di quella ospedaliera, la popolazione regionale effettiva per gli altri livelli di assistenza[15]. La Tabella 2 esemplifica queste due fasi: l'attribuzione delle risorse complessive tra i diversi livelli di assistenza e i criteri di allocazione adottati per ciascuno di tali livelli. Complessivamente, questo meccanismo implica che il 40% delle risorse totali sia ripartito secondo quote capitarie pesate per età, mentre al restante 60% si applica il criterio della quota capitaria secca.

[15] Le risorse assegnate all'assistenza farmaceutica vengono in realtà ripartite tra le regioni «a valle» degli altri livelli di assistenza sanitaria, secondo l'allocazione risultante per questi ultimi, nel complesso, dall'applicazione della combinazione tra quota capitaria secca e quota capitaria pesata sopra descritta (in quanto sulla spesa farmaceutica è imposto un tetto di spesa in percentuale del finanziamento).

TAB. 2. *Attribuzione delle risorse sanitarie complessive nel SSN per livelli di assistenza e criteri di allocazione tra regioni*

Livelli di assistenza		Percentuale di spesa		Criteri di ponderazione popolazione
Prevenzione	5%			Non pesata
Distrettuale	51%	Medicina di base	7,00%	Non pesata
		Farmaceutica	11,84% del fabbisogno indistinto	Tetto imposto su fabbisogno complessivo
		Specialistica	13,30%	Pesata
		Territoriale	18,86%	Non pesata
Ospedaliera	44%			50% popolazione pesata 50% popolazione non pesata

Fonte: Intesa, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lett. *a*), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPESS concernente il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2022. Repertorio Atti n. 278/CSR del 21 dicembre 2022.

TAB. 3. *Indici di consumo pro capite per livelli di assistenza e per gruppi di età adottati ai fini del riparto delle risorse del SSN*

Fasce di età (anni)	Pesi per livelli di assistenza	
	Specialistica	Ospedaliera
0-1	0,389	3,122
2-4	0,221	0,366
5-14	0,279	0,226
15-24	0,39	0,363
25-44	0,65	0,528
45-64	1,156	0,93
65-74	2,177	2,079
75+	2,074	2,906

Fonte: Intesa, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lett. *a*), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPESS concernente il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2022. Repertorio Atti n. 278/CSR del 21 dicembre 2022.

Nella terza fase a ogni gruppo di età e distintamente a ogni livello di assistenza per cui viene adottato il criterio della popolazione pesata vengono collegati pesi specifici (indicati con $c^t_{i,x}$ nel par. 3), che riflettono indici di consumo sanitario pro capite standardizzati a livello nazionale (Tab. 3). Per entrambi questi livelli di assistenza sanitaria (specialistica e ospedaliera), come atteso, gli indici di consumo adottati nella formula allocativa crescono monotonicamente all'aumentare dell'età, con le eccezioni del gruppo 0-1 anno (nel caso dei servizi ospedalieri anche 2-4 anni) e di quello che comprende gli anziani oltre 75 anni per l'assistenza specialistica.

Combinando tutti questi elementi è possibile derivare i pesi totali (una volta considerati tutti i livelli di assistenza) che la formula allocativa assegna a ciascun individuo differenziato per età qualsiasi sia la regione in cui risieda (che corrispondono a $\Sigma_i \, c^t_{i,x} q_i$ nel par. 3). La Tabella 4 riporta questi valori, che misurano l'ammontare di risorse assegnate a ciascun individuo per ogni euro di risorse sanitarie complessive. Ovviamente i pesi riflettono il profilo crescente per età del consumo evidenziato nella Tabella 3, ma con un gradiente minore dato che, come sopra descritto, solo il 40% delle risorse complessive viene allocato secondo la quota capi-

TAB. 4. *Pesatura per gruppi di età ai fini del riparto delle risorse del SSN*

Livelli di assistenza\Fasce di età	0-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75+	Totale
Prevenzione	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
Medicina di base	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07
Specialistica	0,05	0,03	0,04	0,05	0,09	0,15	0,29	0,28	0,13
Territoriale	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
Ospedaliera non pesata	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22
Ospedaliera pesata	0,69	0,08	0,05	0,08	0,12	0,20	0,46	0,64	0,22
Totale senza farmaceutica	1,27	0,64	0,62	0,66	0,73	0,89	1,28	1,44	0,88
Farmaceutica	0,17	0,09	0,08	0,09	0,10	0,12	0,17	0,19	0,12
Totale	1,44	0,72	0,70	0,75	0,83	1,01	1,45	1,64	1,00

Fonte: Elaborazioni degli autori a partire da Intesa, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lett. *a*), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPESS concernente il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2022. Repertorio Atti n. 278/CSR del 21 dicembre 2022.

taria pesata. I pesi individuali così derivati sono poi moltiplicati per il numero di individui in ogni gruppo di età che risiedono in ciascuna regione (il termine $P^t_{r,x}$ nel par. 3) per ricavare l'allocazione delle risorse sanitarie tra le diverse regioni.

Il meccanismo di finanziamento e riparto della spesa sanitaria sopra descritto è il risultato di una serie di revisioni introdotte successivamente all'istituzione del SSN nel 1978. Quale esito di un confronto sempre più acceso tra le regioni italiane, sono state applicate e/o proposte negli anni diverse soluzioni per il riparto che vanno dalla quota capitaria secca a formule più articolate, considerando le differenze di consumo sanitario per età e, almeno in principio, per genere, indicatori epidemiologici e altre misure dei bisogni.

In particolare, la legge n. 662/1996 prevedeva di tenere conto della popolazione residente, della frequenza dei consumi sanitari per età e genere, dei tassi di mortalità della popolazione, degli indici relativi a particolari situazioni territoriali utili a cogliere più adeguatamente i bisogni sanitari e degli indicatori epidemiologici territoriali. Tuttavia, nell'applicazione concreta solo le variabili demografiche sono state concretamente impiegate (e anche quella relativa al genere, peraltro non rilevante ai fini del riparto, come si è visto nel par. 2, è stata lasciata cadere). Il Patto per la salute 2014-2016, riprendendo peraltro le disposizioni del D.Lgs. n. 68/2011 (volto all'attuazione del federalismo fiscale per le regioni e alla determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* nel settore sanitario), richiedeva ancora la revisione dei criteri di riparto, per tenere conto delle tendenze di miglioramento verso gli *standard* di qualità e delle differenze territoriali nei bisogni sanitari, da ponderare attraverso un nuovo sistema di pesi, come già previsto dalla legge n. 662/1996. Da un lato, l'inclusione di indicatori volti a incorporare alcuni aspetti del divario socio-economico territoriale avrebbe consentito alle regioni del Sud di compensare in qualche misura il vantaggio che la considerazione del solo criterio dell'età offriva a quelle del Nord, le cui popolazioni sono caratterizzate da una più elevata anzianità. D'altro lato, le regioni del Nord spingevano per l'inclusione tra i criteri di riparto di un parametro che premiasse la maggiore qualità dei servizi sanitari da loro forniti.

In attesa dell'effettiva applicazione del nuovo sistema di ponderazione, nel 2021 una quota (15%) delle risorse complessive è stata esclusa dall'applicazione del

meccanismo di riparto esistente per essere allocata esclusivamente secondo la quota capitaria secca (D.L. 73/2021), favorendo così le regioni del Sud. Per contro, una percentuale ancorché limitata del finanziamento totale è stata assegnata per tenere conto degli effetti del Covid-19, beneficiando le regioni del Nord maggiormente colpite dalla pandemia. Nel 2022 poi la Regione Campania è arrivata a ricorrere alla giustizia amministrativa per la mancata applicazione del sistema di ponderazione previsto dal 1996.

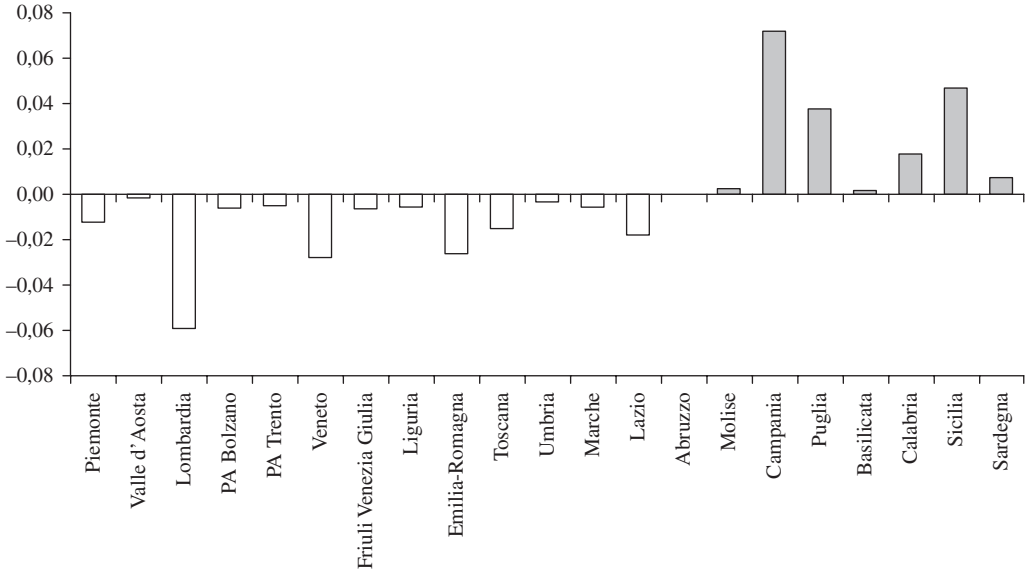
Da ultimo, nel dicembre 2022, una nuova intesa tra governo e regioni ha definito alcuni indicatori socio-economici da considerare, a partire dal 2023, nel meccanismo di riparto delle risorse sanitarie. Il nuovo sistema di allocazione è frutto di un accordo raggiunto da tutte le regioni nell'ambito di un complesso processo negoziale che ha coinvolto diverse questioni, tra cui il via libera all'assegnazione dei finanziamenti per il 2022. Una stima del riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie del SSN per il 2023, che riflette l'applicazione dei nuovi indicatori, è stata riportata dalla Conferenza delle regioni nel testo dell'accordo politico sul riparto 2023 del 1° agosto scorso, ma ad oggi non si è ancora arrivati alla determinazione dell'allocazione definitiva[16].

In particolare, il decreto del Ministro della Salute e del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 30 dicembre 2022, che recepisce la precedente intesa in Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre, prevede che una quota limitata delle risorse complessive (1,5%) sia attribuita alle regioni sulla base dei nuovi criteri: lo 0,75% secondo il tasso di mortalità al di sotto dei 75 anni e il restante 0,75% sulla base di un indice composito che include il tasso di povertà relativa, l'incidenza dei residenti con bassa scolarità e il tasso di disoccupazione, ciascuno con uguale peso. Il resto dei finanziamenti (98,5%) continuerà a essere assegnato secondo i criteri adottati negli anni precedenti. L'introduzione dei nuovi indicatori opera quindi una correzione «al margine» del riparto prodotto dai criteri finora vigenti, favorendo in qualche misura le regioni, in particolare quelle meridionali, caratterizzate da maggiori criticità nelle condizioni socio-economiche.

La Figura 1 illustra gli effetti dell'introduzione dei nuovi indicatori socio-economici sul riparto delle risorse sanitarie per il 2023. Si evidenzia, come atteso, una redistribuzione dalle regioni del Centro-Nord a favore di quelle del Mezzogiorno che tuttavia, in quanto integrazione di un'allocazione che rimane fondamentalmente guidata dal criterio capitario (eventualmente pesato), assume dimensioni contenute: la Lombardia perde rispetto alla dotazione finanziaria determinata senza tener conto degli indicatori socio-economici 0,06 punti percentuali (corrispondenti a 71 milioni di euro) mentre, all'estremo opposto, la Campania incrementa la propria quota di risorse di 0,07 punti percentuali (corrispondenti a 87 milioni di euro).

[16] L'accordo è stato reso disponibile da «Quotidiano Sanità» (Quotidianosanità.it, *Fondo sanitario 2023. Via libera della Conferenza delle Regioni al riparto da 128,8 miliardi*, 2 agosto 2023, https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=115999).

FIG. 1. *Variazione del riparto regionale delle risorse sanitarie per effetto dell'accordo di dicembre 2022 (riparto 2023, punti percentuali)*



Fonte: Elaborazioni degli autori a partire dall'accordo in Conferenza delle Regioni del 1° agosto 2023 (si veda nota 16) e ISTAT.

5. L'evoluzione demografica attesa

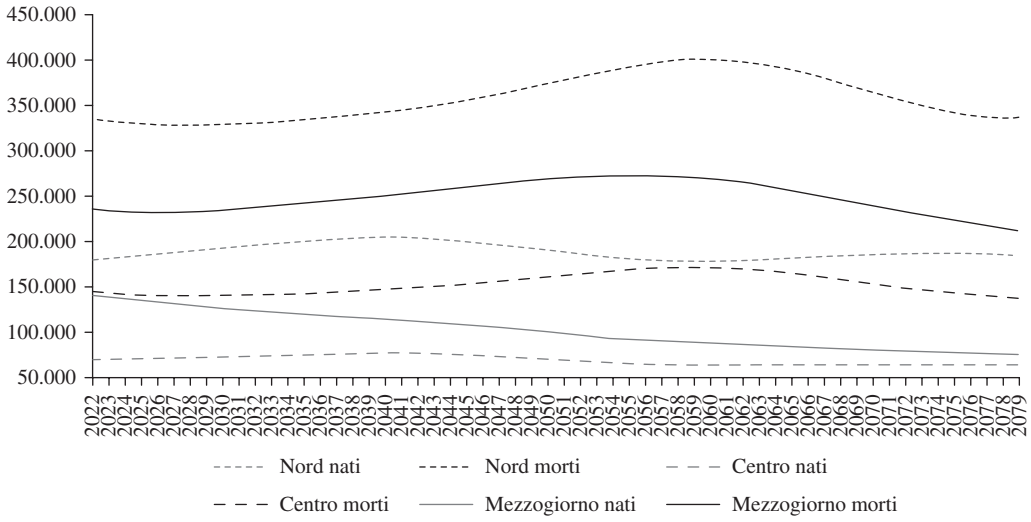
Il riparto delle risorse sanitarie complessive tra le regioni, come già ricordato, è basato sulla quota di popolazione residente, parzialmente corretta per l'età, nei vari territori. Fornire un quadro descrittivo dell'andamento demografico secondo le proiezioni dell'ISTAT aiuterà a interpretare i risultati ottenuti nell'esercizio di simulazione della dinamica del riparto del Fondo sanitario nazionale (si veda par. 6). In particolare, di seguito si analizza sia l'evoluzione della popolazione in termini di numerosità nelle tre macro-aree (Nord, Centro e Mezzogiorno), sia quella della composizione per fascia d'età, queste ultime coerenti con quelle in uso nei criteri di riparto. Le previsioni demografiche utilizzate sono quelle prodotte dall'ISTAT per gli anni 2022-2080 sulla base dello scenario mediano[17].

Nell'arco temporale in esame[18], è attesa una decrescita complessiva della popolazione italiana di 13 milioni di residenti, dai 59 milioni del 2022 ai circa 46 del 2079. Nel breve periodo, fino al 2032, la riduzione risulta relativamente contenuta (1,2 milioni), mentre nel medio termine (2032-2050) si registra una prima accelerazione, con una diminuzione di poco meno di 3,5 milioni di residenti, che poi si

[17] ISTAT, *Previsioni della popolazione residente e delle famiglie. Base 1/1/2022*, Statistiche Report, 28 settembre 2023.

[18] Si ricorda che, coerentemente con i criteri adottati per il riparto del fabbisogno sanitario nazionale, per l'anno 2023 è stata considerata la popolazione effettiva rilevata al 1° gennaio 2022, per il 2033 quella prevista al 1° gennaio 2032 e per il 2080 quella prevista al 1° gennaio 2079.

FIG. 2. *Componenti del saldo naturale per macro-area. Anni 2022-2079 (valori assoluti)*



Fonte: Elaborazioni degli autori su dati ISTAT.

intensifica ulteriormente nel lungo periodo (2050-2079), con una contrazione pari a 8,3 milioni di individui.

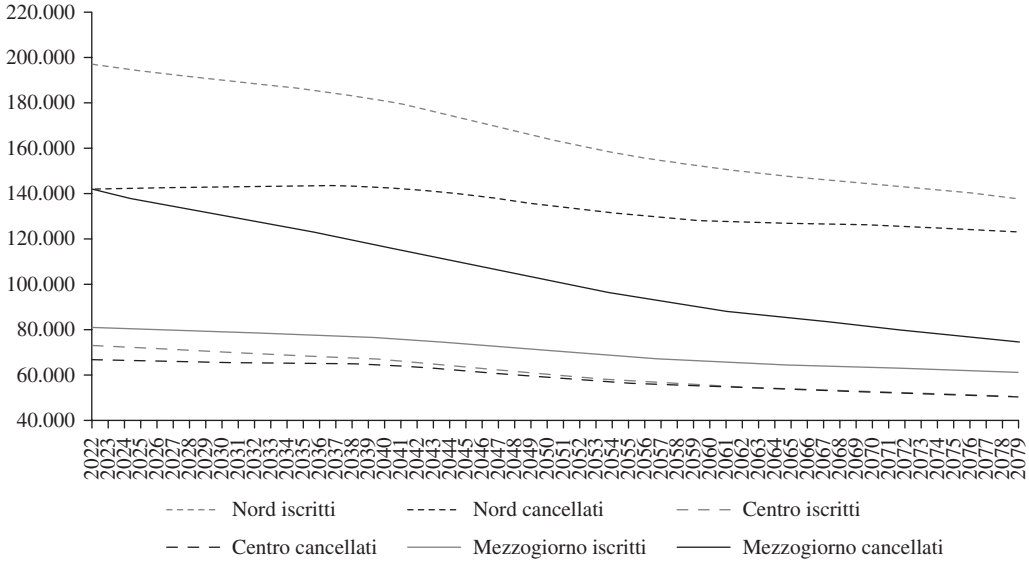
Il calo demografico interessa tutto il territorio italiano, seppure con differenze significative tra Centro-Nord e Mezzogiorno. La maggiore diminuzione si registra nelle aree meridionali del Paese, dove la popolazione si riduce complessivamente, tra il 2022 e il 2079, di circa il 40%, rispetto al 20,4% del Centro e al 9,8% del Nord.

Tali andamenti sono determinati, con intensità e combinazioni differenti dei fattori tra le varie aree geografiche, da un saldo naturale (nati meno morti) costantemente negativo, da un saldo migratorio interno (iscritti da altre regioni meno cancellati per altre regioni) che favorisce le regioni del Nord a scapito di quelle meridionali e da un saldo migratorio (iscritti dall'estero meno cancellati per l'estero) sempre positivo.

Osservando la dinamica delle nascite, si evidenzia nel Mezzogiorno una continua riduzione, rispetto agli andamenti più favorevoli delle regioni centro-settentrionali. In particolare, mentre nel Nord e nel Centro le nascite mostrano fino al 2040 un segnale di ripresa, per poi tornare a diminuire attestandosi, nel 2079, circa sugli stessi livelli di inizio periodo, il Mezzogiorno si caratterizza per una costante decrescita che tende ad accentuarsi lungo l'intero arco temporale, facendo registrare complessivamente un decremento dei nati di circa il 45%. Di contro, per i decessi, si registra un'evoluzione simile nelle tre macro-aree, caratterizzata da un leggero decremento nel breve termine e da un successivo aumento, seguito da una flessione solo negli anni finali del periodo in esame (Fig. 2).

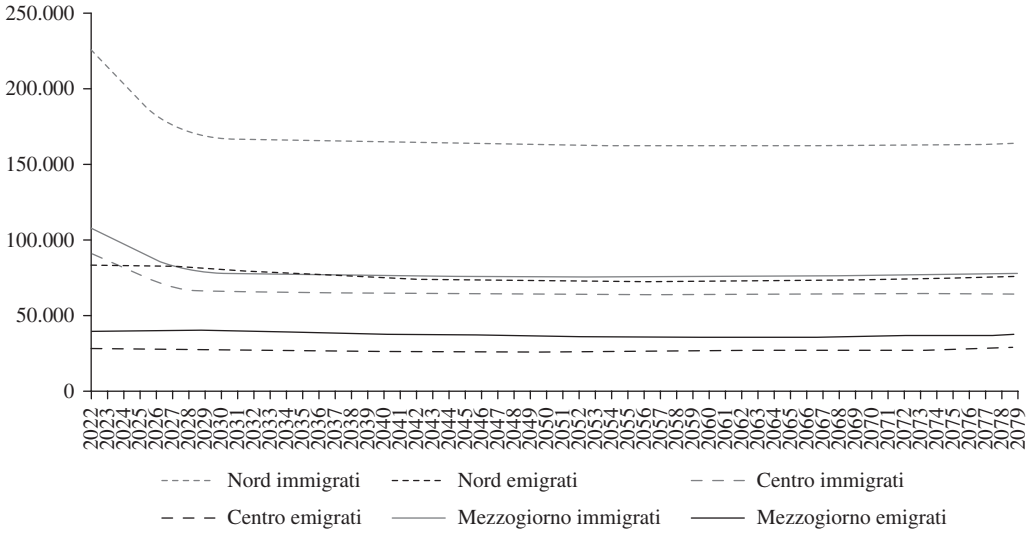
Il saldo migratorio interno ha un impatto quasi nullo nelle regioni del Centro, mentre evidenzia un continuo spopolamento delle aree meridionali a favore di quelle settentrionali, anche se tende ad attenuarsi leggermente nel tempo (Fig. 3).

FIG. 3. *Componenti del saldo migratorio interno per macro-area. Anni 2022-2079 (valori assoluti)*



Fonte: Elaborazioni degli autori su dati ISTAT.

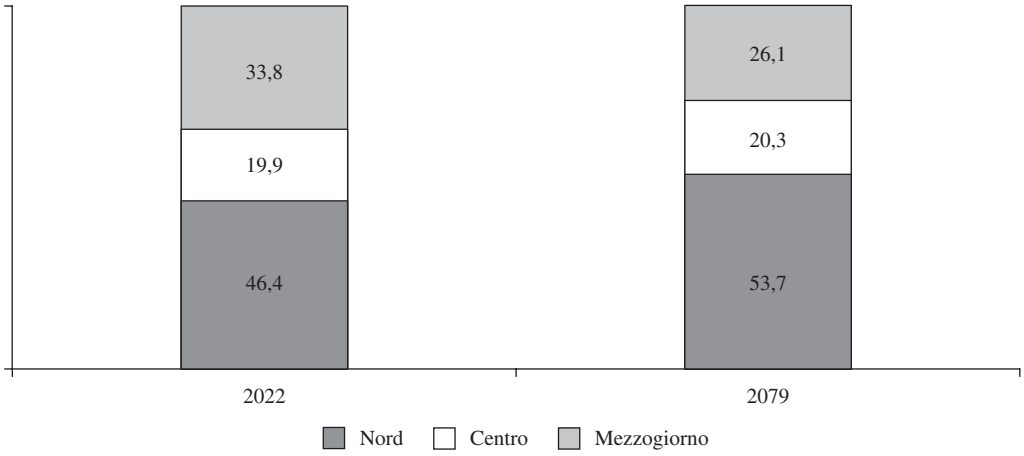
FIG. 4. *Componenti del saldo migratorio per macro-area. Anni 2022-2079 (valori assoluti)*



Fonte: Elaborazioni degli autori su dati ISTAT.

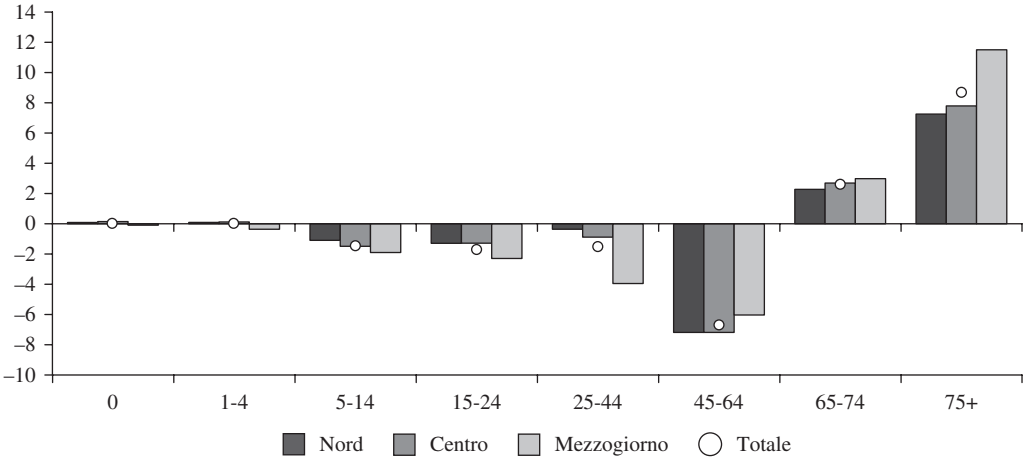
Infine, l'evoluzione complessiva del saldo migratorio con l'estero (sempre positivo) è dovuta a una sostanziale stazionarietà di tutti i *trend*, sia degli iscritti dall'estero, sia dei cancellati per l'estero (almeno dopo i primi anni in cui si registra una certa diminuzione degli iscritti). Le tre macro-aree, malgrado le differenze nei livel-

FIG. 5. *Composizione percentuale della popolazione per macro-area. Anni 2022 e 2079*



Fonte: Elaborazioni degli autori su dati ISTAT.

FIG. 6. *Differenze nella composizione percentuale della popolazione 2079 vs. 2022 per fascia d'età e macro-area*



Fonte: Elaborazioni degli autori su dati ISTAT.

li di iscritti e cancellati, più alti al Nord e più contenuti nel Centro e nel Mezzogiorno, registrano dinamiche simili (Fig. 4).

L'effetto complessivo degli andamenti analizzati chiarisce le cause della riduzione della popolazione su tutto il territorio nazionale, solo parzialmente compensata dal saldo migratorio con l'estero, evidenziando come le aree meridionali siano maggiormente colpite dal fenomeno sia per una maggiore intensità del calo delle nascite, sia per l'effetto di una migrazione interna verso il Nord del Paese. Su base nazionale, tali effetti si concretizzano in una riduzione della quota di popolazione nel Mezzogiorno pari a 7,7 punti percentuali (da 33,8% nel 2022 a 26,1% nel 2079),

quasi interamente assorbita dalle regioni del Nord, dove si registra un aumento di 7,3 punti (da 46,4% a 53,7%) (Fig. 5).

Ai fini della simulazione del riparto del Fondo sanitario nazionale è utile esaminare, oltre alle dinamiche descritte in precedenza, anche gli effetti di ricomposizione della popolazione nelle varie fasce di età.

La Figura 6, confrontando le quote di popolazione per fasce di età nel 2079 e nel 2022, evidenzia l'invecchiamento della popolazione su tutto il territorio nazionale; le fasce 65-74 e 75 anni e oltre registrano, infatti, un incremento di residenti rispettivamente del 2,5% e dell'8,7%, a fronte di variazioni negative o sostanzialmente nulle delle altre fasce. Questa tendenza risulta più marcata nel Mezzogiorno, dove gli incrementi di popolazione, a partire dai 65 anni e oltre, sono maggiori rispetto sia alla media nazionale, sia alle altre aree del Paese; in particolare, la popolazione con più di 75 anni segna un incremento di 11,5 punti, superiore di circa 4 punti percentuali rispetto sia al Nord che al Centro.

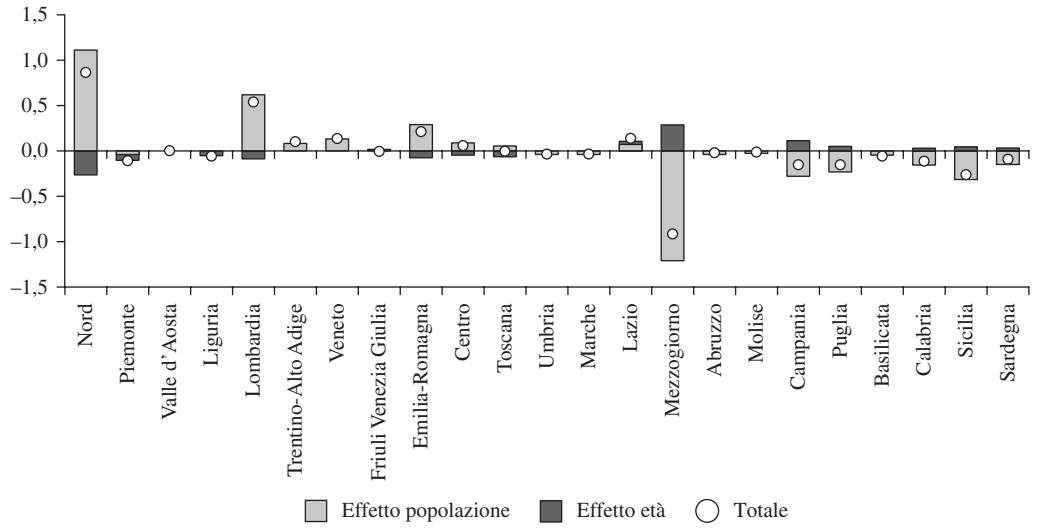
6. Effetti delle proiezioni demografiche sul riparto regionale delle risorse sanitarie

Oltre a incidere sulla quota di risorse complessivamente allocate al SSN, che secondo le proiezioni disponibili tenderebbe ad aumentare nel lungo periodo a seguito dell'invecchiamento, con effetti solo in parte compensati dalla riduzione della popolazione e dai meccanismi di attenuazione descritti nel paragrafo 2 (modifica dello stato di salute per età e costi del decesso)[19], la dinamica demografica condizionerà la distribuzione delle risorse tra le regioni. Le differenze tra regioni nell'andamento demografico avranno infatti ricadute significative sulla ripartizione territoriale delle risorse sanitarie, in modo più contenuto nel medio periodo (riparto 2033) e via via più accentuato nel lungo periodo (riparto 2080). Questi potenziali effetti vengono qui analizzati anche ricorrendo alla scomposizione della variazione nel tempo della quota regionale di risorse che è stata derivata nel paragrafo 3 (equazione 7).

La Figura 7 illustra le variazioni, nel decennio 2023-2033, nei risultati del meccanismo di allocazione delle risorse sanitarie tra le regioni (come descritto nel par. 3 e senza considerare l'effetto, peraltro non ancora precisamente specificato, degli indicatori socio-economici come criteri aggiuntivi di distribuzione territoriale). Complessivamente, le differenze nell'evoluzione delle popolazioni regionali nel periodo considerato determinano una redistribuzione ancora contenuta delle risorse tra le regioni. Questa redistribuzione favorisce quasi esclusivamente il Nord Italia (+0,9 punti percentuali del finanziamento complessivo) a scapito del Mezzogiorno, che perde 0,9 punti percentuali delle risorse totali (equivalenti a circa un miliardo di euro se ipotizziamo di applicare al fabbisogno sanitario nazionale 2023 la popolazione prevista per il 2032). Considerando le singole regioni, la Lombardia guadagna

[19] Si veda ad esempio Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, cit.

FIG. 7. *Variazione del riparto regionale delle risorse sanitarie in coerenza con le proiezioni demografiche (punti percentuali, riparto 2033 rispetto a riparto 2023)*



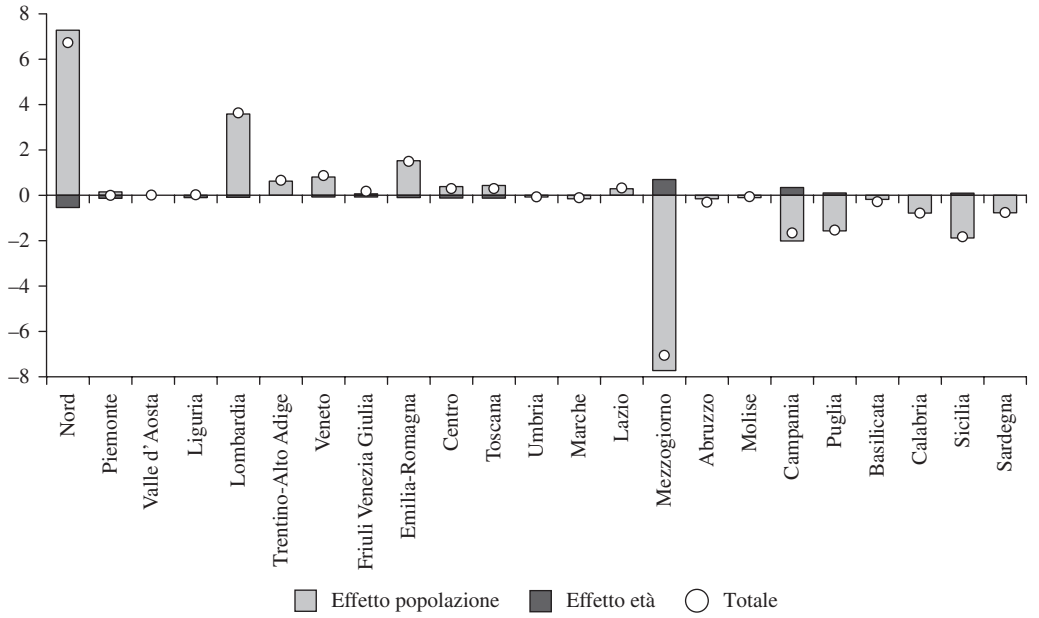
Fonte: Elaborazioni degli autori su proiezioni demografiche ISTAT.

0,5 punti percentuali, l'Emilia-Romagna 0,2 punti, il Veneto 0,1 punti. Al Centro-Nord vi sono anche regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Marche) che perdono quote di finanziamento, sia pure limitate. Al contrario, nel Mezzogiorno tutte le regioni subiscono una perdita, più accentuata in Sicilia, Campania e Puglia.

Come discusso nel paragrafo 3, le variazioni complessive possono essere scomposte in tre effetti differenti: 1) l'*effetto popolazione*, cioè l'impatto prodotto dalle differenze tra regioni nella variazione nel tempo delle numerosità dei rispettivi residenti; 2) l'*effetto età*, cioè l'impatto prodotto dalle differenze tra regioni nella variazione nel tempo delle rispettive composizioni per età; 3) l'*effetto consumo*, cioè l'impatto prodotto dalle differenze tra regioni nella variazione nel tempo dei consumi sanitari per età (dovute a differenze tra regioni nell'evoluzione del rapporto tra deceduti e sopravviventi in ciascun gruppo di età).

Applicando questa scomposizione e tralasciando l'*effetto consumo*, che risulta trascurabile nelle simulazioni effettuate, la Figura 7 evidenzia chiaramente che gran parte della riallocazione complessiva riconducibile alle dinamiche demografiche è da attribuire all'*effetto popolazione*, che sposta una quota piuttosto elevata di risorse dal Mezzogiorno, i cui finanziamenti diminuirebbero per questa sola componente di 1,2 punti percentuali, a favore del Centro (+0,1 punti percentuali) e soprattutto del Nord (+1,1 punti percentuali). Nel periodo 2023-2033, infatti, le proiezioni demografiche prevedono, come evidenziato nel paragrafo 5, una contrazione della popolazione italiana in tutte le macro-aree, ma in misura maggiore nel Mezzogiorno rispetto al Nord, e ciò implica una ricomposizione delle quote di finanziamento a scapito del Mezzogiorno.

FIG. 8. *Variazione del riparto regionale delle risorse sanitarie in coerenza con le proiezioni demografiche (punti percentuali, riparto 2080 rispetto a riparto 2023)*



Fonte: Elaborazioni degli autori su proiezioni demografiche ISTAT.

La ricomposizione delle quote prodotta dall'*effetto popolazione* è in parte controbilanciata dall'*effetto età*: come riflesso di una dinamica dell'invecchiamento che, pur investendo tutte le aree del Paese, risulterebbe più pronunciata nel Mezzogiorno rispetto al Nord, la prima macro-area finirebbe per essere favorita in connessione con i più elevati consumi sanitari dei gruppi di età più avanzata. In particolare, il Mezzogiorno incrementerebbe nel 2033 la propria quota di risorse di 0,3 punti percentuali per l'operare dell'*effetto età*, mentre il Nord perderebbe circa 0,3 punti percentuali e il Centro manterrebbe sostanzialmente invariata la propria quota. Tutte le regioni del Mezzogiorno mostrano un effetto età positivo o sostanzialmente nullo (particolarmente ampio in Campania) mentre tutte le altre regioni (con l'eccezione del Lazio e marginalmente del Veneto) subiscono una riduzione relativa delle risorse a causa di un invecchiamento meno pronunciato.

Gli andamenti demografici di lungo periodo accentuano ulteriormente la redistribuzione delle risorse a favore delle regioni del Centro-Nord. La Figura 8 estende l'arco temporale di osservazione confrontando le variazioni tra il riparto 2023 e quello del 2080. Complessivamente, il Nord guadagna 6,7 punti percentuali del finanziamento, il Centro registra una sostanziale stabilità (+0,3 punti percentuali), mentre il Mezzogiorno segna una riduzione di 7 punti percentuali delle risorse. Su base regionale, analogamente a quanto già osservato per il riparto 2033, la Lombardia incrementa le risorse di 3,6 punti, seguita dall'Emilia-Romagna (+1,5 punti percentuali) e dal Veneto (+0,9 punti). Al Centro-Nord si confermano inoltre perdite

limitate in Piemonte, Valle d'Aosta, Umbria e Marche. Nel Mezzogiorno la riduzione delle risorse si accentua in tutte le regioni e in particolare in Sicilia e Campania (rispettivamente –1,7 e –1,6 punti), seguite dalla Puglia (–1,4 punti). Come già evidenziato in precedenza, la perdita delle quote delle regioni meridionali è parzialmente compensata dall'*effetto età*.

7. Conclusioni

Il Capitolo ha discusso delle prospettive dell'allocazione tra regioni delle risorse del SSN alla luce delle differenze territoriali previste nell'evoluzione di lungo periodo della popolazione italiana.

Gli andamenti demografici futuri, in termini di numerosità della popolazione e di sua struttura per età e genere, non solo impattano, come ampiamente discusso in altri lavori, sulle necessità di finanziamento complessive del nostro sistema di *welfare* in generale e della sanità in particolare ma, se differenziati tra territori, possono comportare variazioni significative nella ripartizione delle risorse tra regioni. Assumendo che il meccanismo allocativo attuale rimanga invariato – con un'attribuzione regionale fondamentalmente guidata dal criterio della popolazione residente, pesata per i consumi sanitari per fascia di età per circa il 40% delle risorse complessive, e in cui gli indicatori socio-economici continuino a giocare soltanto un ruolo di aggiustamento al margine – le nostre simulazioni mostrano che le ricadute dei cambiamenti demografici sul riparto territoriale delle risorse nei prossimi sessant'anni saranno rilevanti.

In particolare, le differenze nella dinamica delle popolazioni regionali determinano una redistribuzione dal Mezzogiorno a favore del Nord dell'ordine di un punto percentuale del totale delle risorse finanziarie alla fine del prossimo decennio e di ben 7 punti nel 2080 (che equivalgono a circa 9 miliardi di euro se ipotizziamo di applicare al fabbisogno sanitario nazionale 2023 la popolazione prevista per il 2079), con il Centro che mantiene sostanzialmente invariata la propria posizione relativa. Questo risultato si differenzia poi tra singole regioni in relazione alle dinamiche demografiche specifiche per regione.

Scomponendo la variazione temporale delle quote regionali di risorse è stato poi possibile isolare l'effetto delle diverse determinanti sul risultato complessivo. Da un lato, la forte contrazione della popolazione, che è prevista investire tutto il Paese ma che inciderà in misura maggiore sul Mezzogiorno rispetto al Nord, e che quindi implica una ricomposizione delle quote di finanziamento a scapito del Mezzogiorno. Dall'altro, il progressivo invecchiamento della popolazione, che pur interessando tutte le aree del Paese risulterà più pronunciato nel Mezzogiorno e che, pertanto, dati i più elevati consumi sanitari dei gruppi di età più avanzata, compenserà, ma solo in misura assai parziale, gli effetti della caduta demografica al Sud.

Ovviamente questi risultati andranno verificati nel tempo alla luce delle revisioni che subiranno le proiezioni demografiche dell'ISTAT e delle eventuali modifiche che i decisori politici vorranno apportare in futuro alla formula di riparto delle risorse sanitarie.