



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'offerta¹.

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 programmata ricostruita dall'Ufficio Parlamentare di Bilancio (UPB) per il triennio 2024-2026, si prevede una ulteriore contrazione fino a raggiungere il 6,3% nel 2026².

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

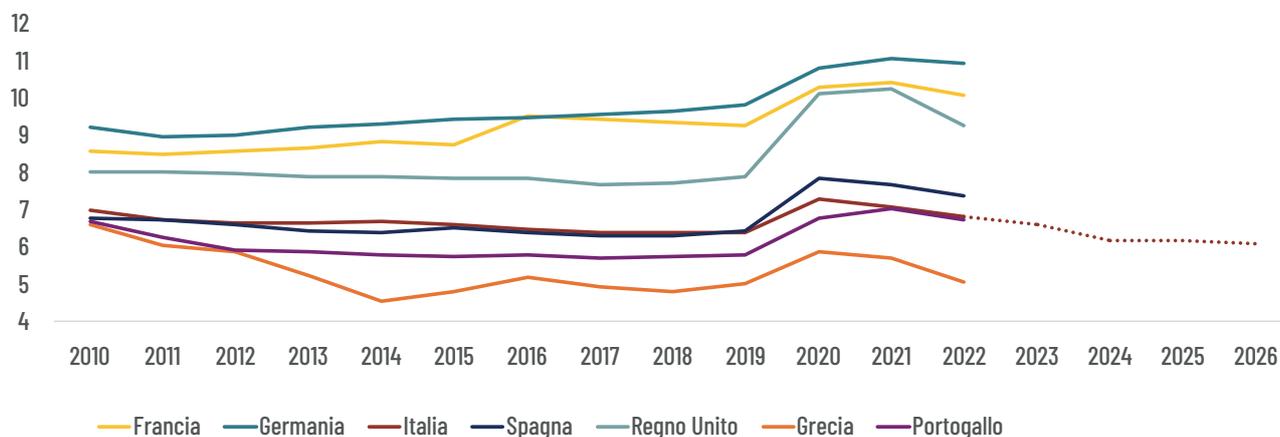
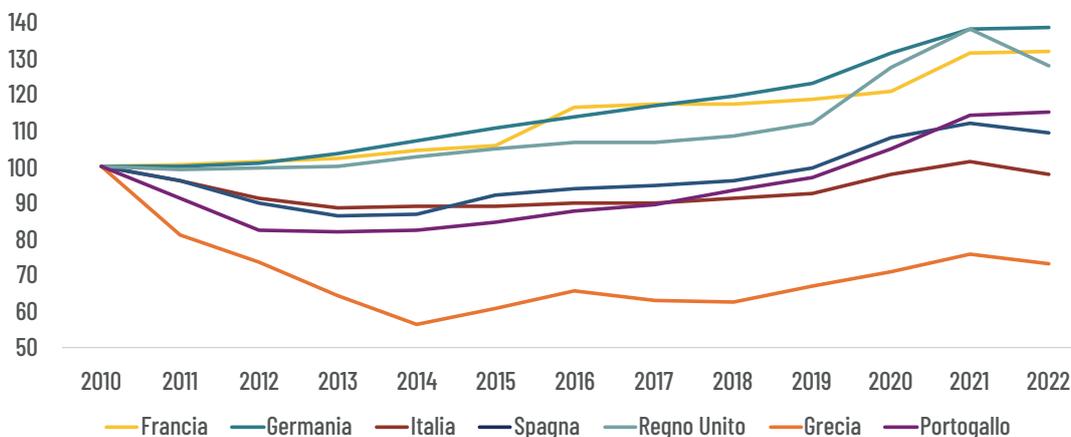


Fig. 2 Spesa sanitaria pubblica reale pro capite, 2010=100

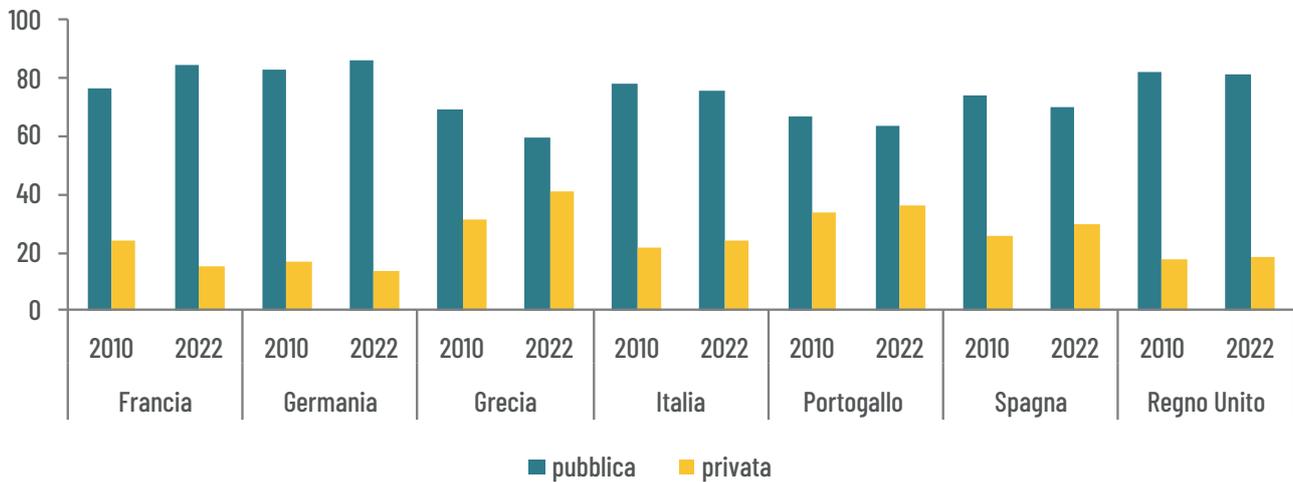
➔ Fonte: elaborazioni SVIMEZ su dati OECD Health Data 2023



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 CREA⁴, 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%BDRapporto_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-economiche⁵. 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 pediatriche⁸.

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/atlane_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/atlane_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.

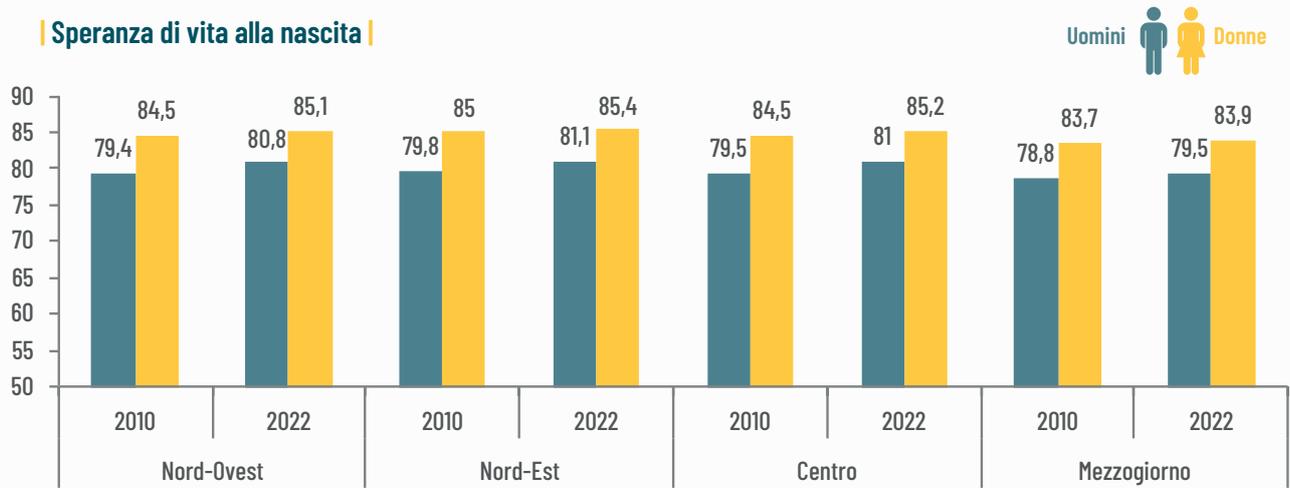
■ ***Analoghi divari Nord-Sud si osservano per la mortalità evitabile.***

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).

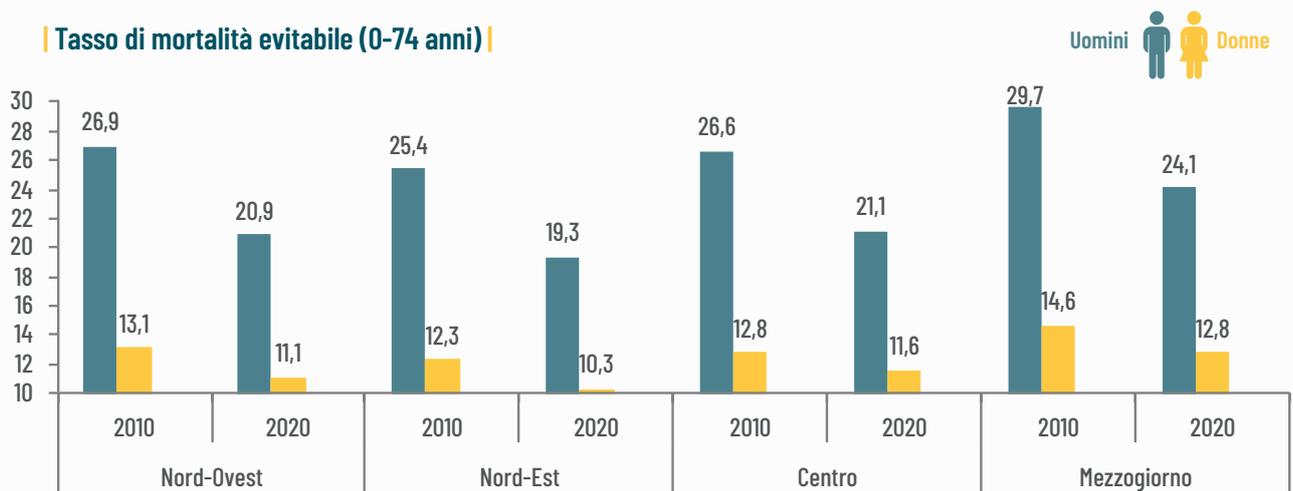
■ ***Anche la mortalità per tumore è più elevata al Sud.***

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.

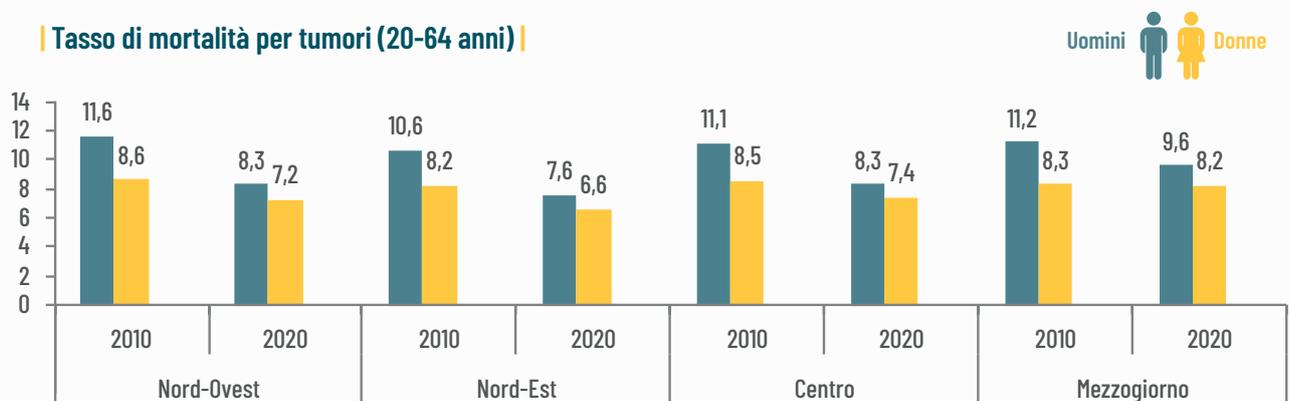
Speranza di vita alla nascita



Tasso di mortalità evitabile (0-74 anni)



Tasso di mortalità per tumori (20-64 anni)



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 Mezzogiorno⁹. **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**

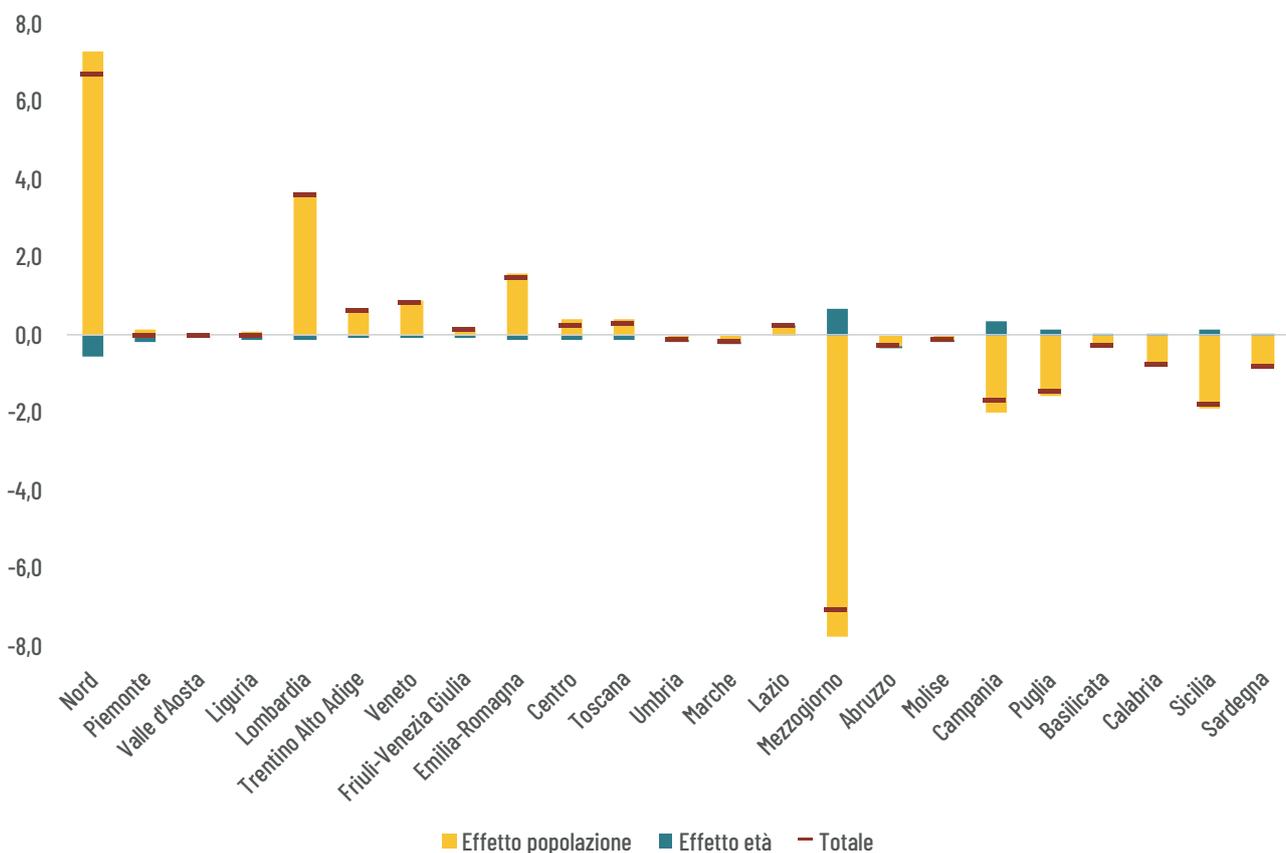
⁹ Rapporto SVIMEZ 2023, Capitolo VIII "Gli effetti dell'evoluzione demografica sull'allocazione tra regioni delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale" a cura di Roberto Fantozzi, Stefania Gabriele e Alberto Zanardi.

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 Territoriali¹⁰ 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

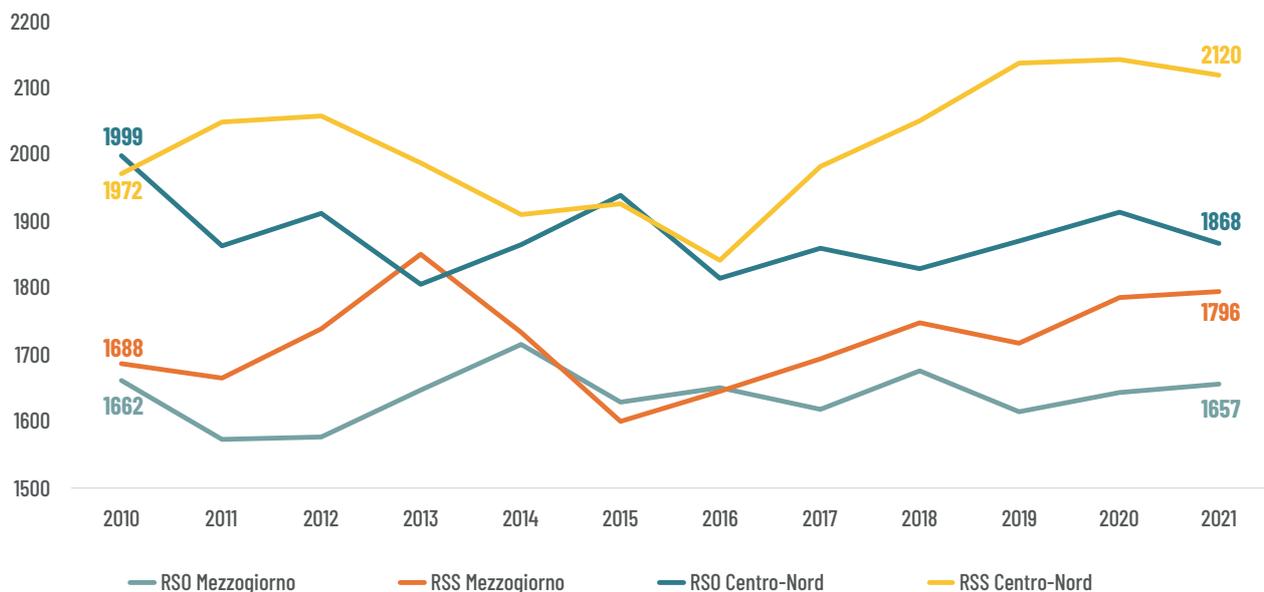
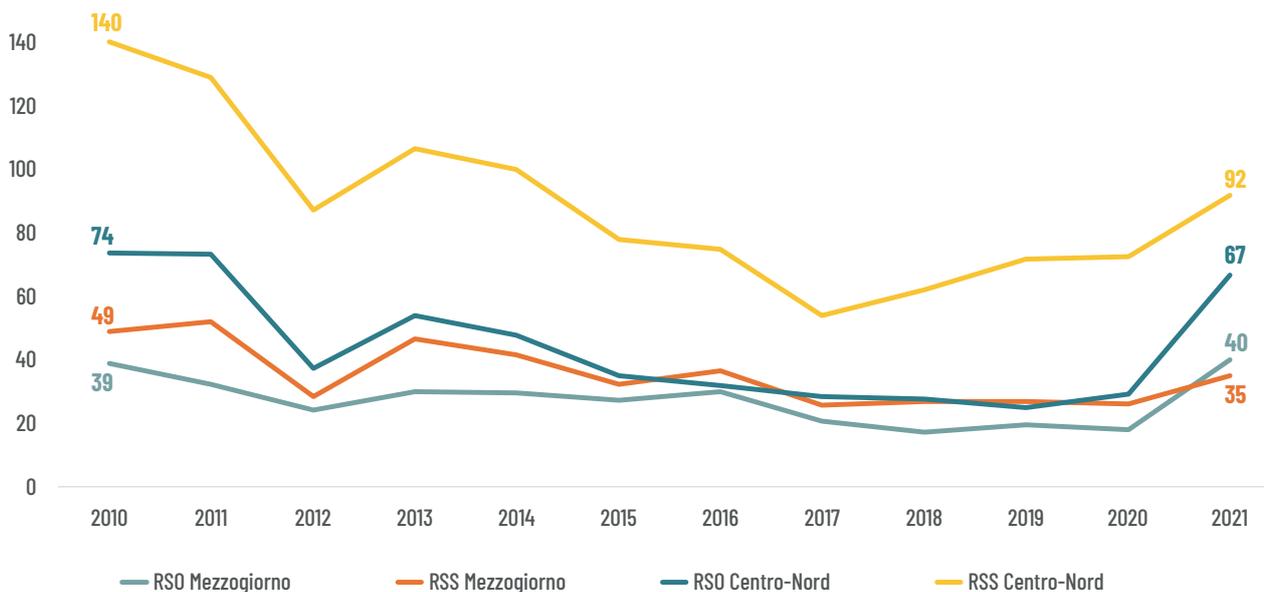


Fig. 6 Spesa in conto capitale al netto delle partite finanziarie del Settore Pubblico Allargato in Sanità (2010-2021, euro pro capite a prezzi costanti 2015)

➔ 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) Appropriatazza ((i) Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche; (ii) Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colorettrale; (iii) 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

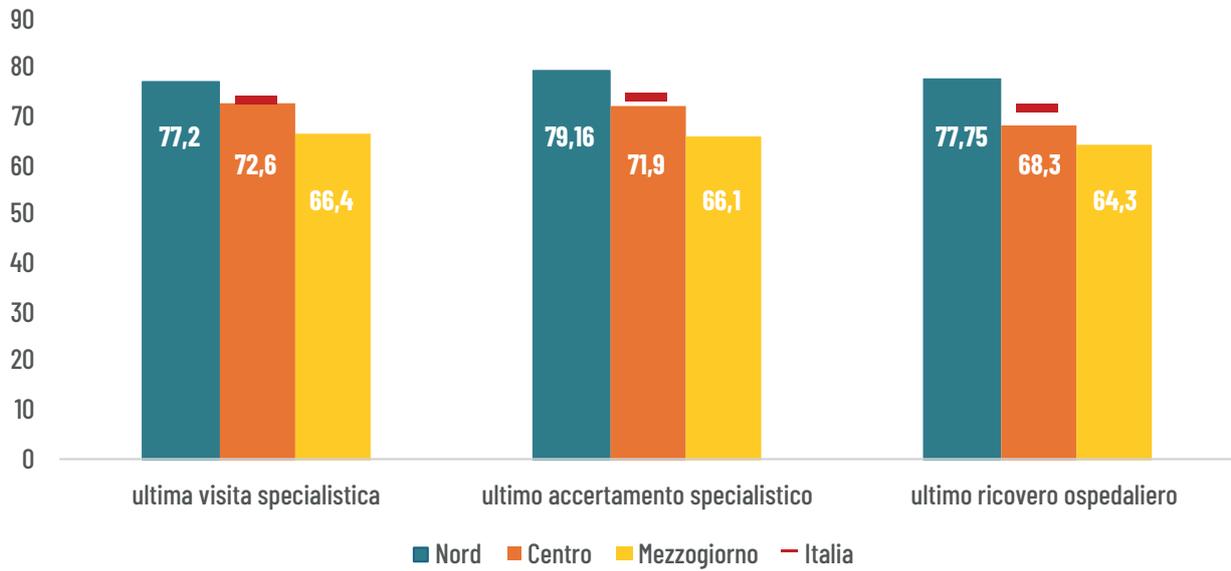
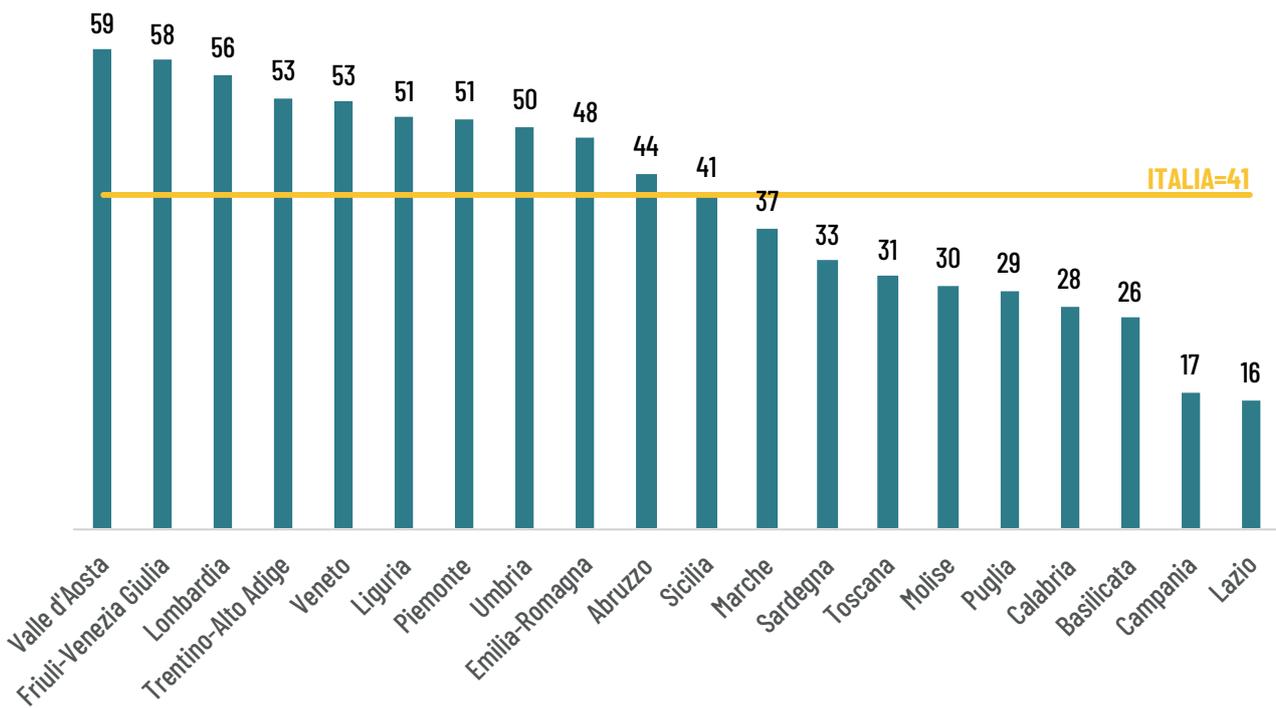


Fig. 9 Percentuale di persone molto soddisfatte del servizio di assistenza infermieristica ospedaliera, 2022

➔ 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 infermieristica 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 preventivo¹³ sono fondamentali per scongiurare l'insorgenza dei tumori poiché forniscono diagnosi precoci che evitano il ricorso a interventi invasivi e riducono la mortalità oncologica¹⁴. 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 sulla 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 <i>screening</i> mammografico (totale)	Copertura <i>screening</i> 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 letteratura¹⁵.

¹⁵ Per il caso italiano si veda: Carrozzi, G., Sampao, 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. Stroppolini, 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 recenti¹⁶ 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 Calabria¹⁸, 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_PR_2020-2025/Calabria/PRP_2020-2025.pdf

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

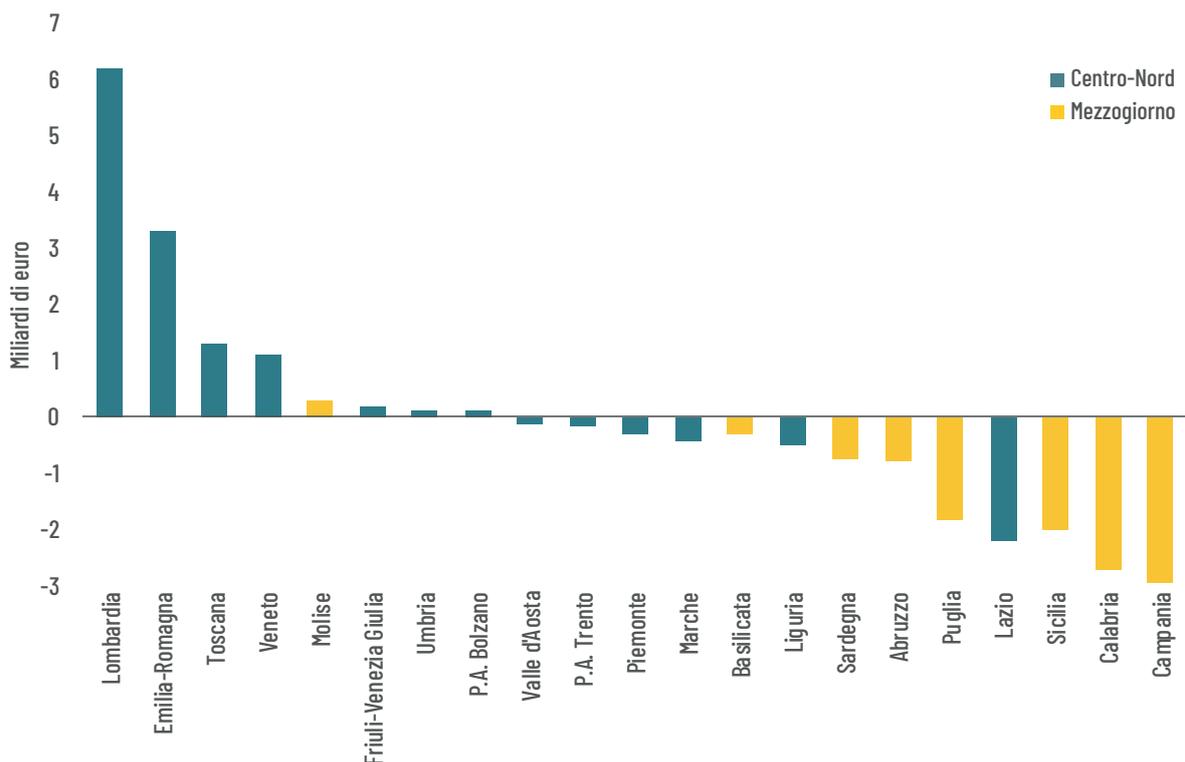
La mobilità sanitaria interregionale riflette le disparità tra SSR nella quantità e qualità di offerta assistenziale. La “fuga” dal Sud si è ormai cronicizzata, a testimonianza della persistenza delle difficoltà dei SSR meridionali a raggiungere *standard* assistenziali soddisfacenti. Viceversa, la presenza 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 debentrici¹⁹.

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-CIPRESS



Un recente *Report* della Corte dei Conti²⁰ 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

Provenienza	DESTINAZIONE																				TOTALE	
	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
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%

“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

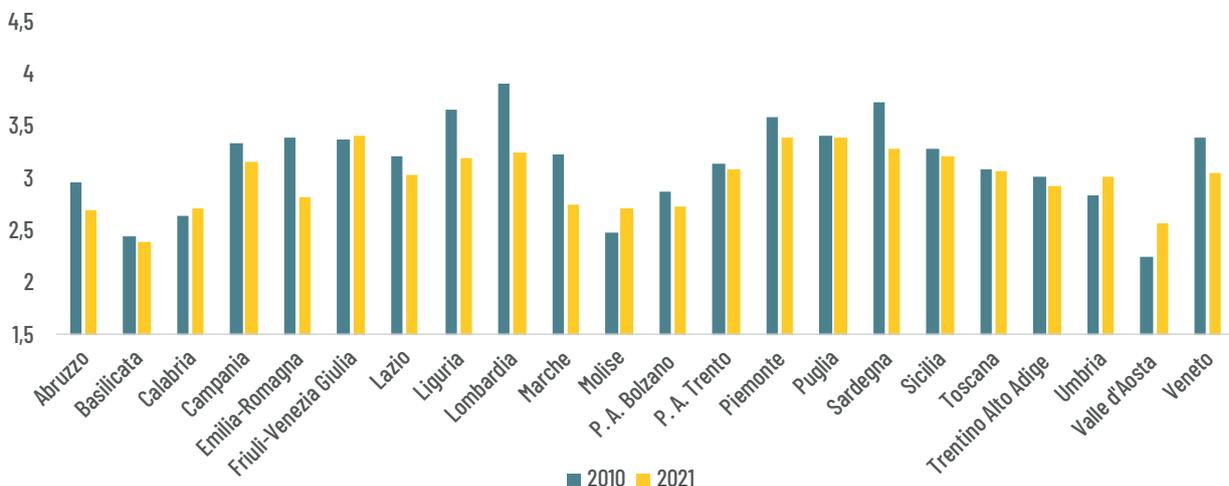
Regione	Fabbisogno regionale	Ricoveri Residenti	Pazienti in Fuga	Pazienti Attratti	Indice di fuga	Indice di attrazione
Abruzzo	17.856	14.862	2.994	2.587	17%	15%
Basilicata	6.802	4.615	2.187	789	40%	15%
Calabria	19.408	13.658	5.750	312	41%	2%
Campania	59.691	51.908	7.783	1.316	15%	2%
Emilia-Romagna	63.189	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 Molise²¹, 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 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