

## 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<sup>1</sup>. 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).

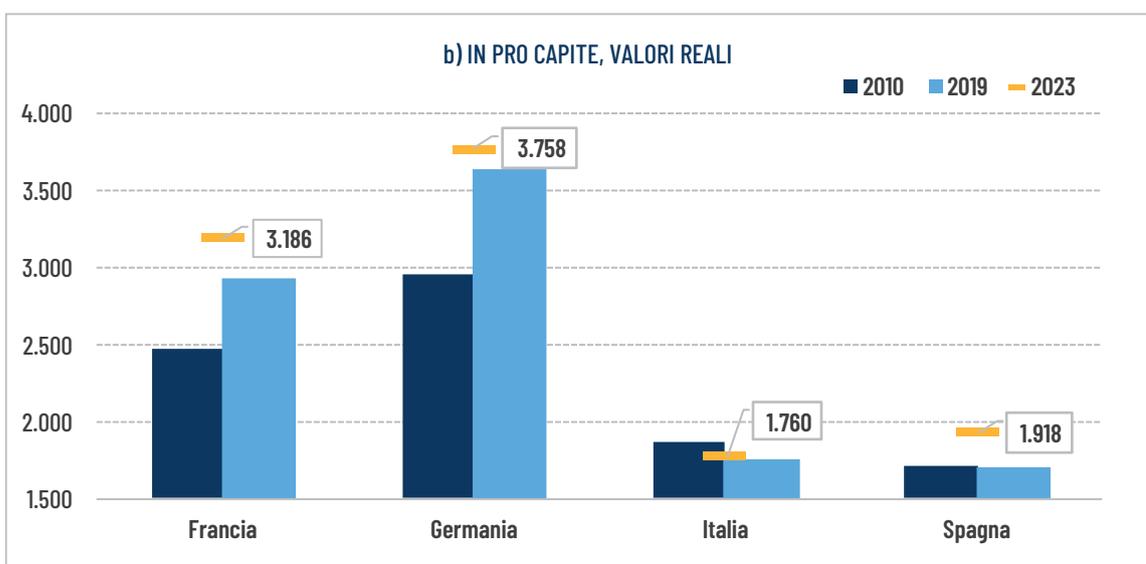
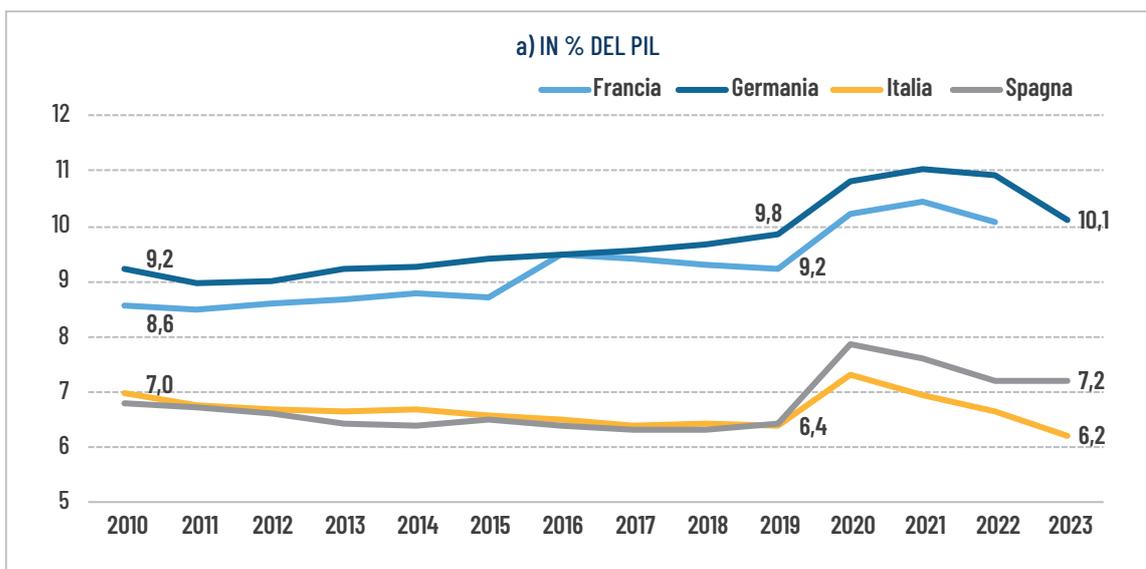
Pur in presenza di rilevanti differenze tra modelli di gestione e finanziamento dei Servizi sanitari nazionali (Ssn), il settore pubblico rappresenta il principale soggetto erogatore dei servizi di cura e assistenza in tutte le economie europee. La finalità è quella di favorire l'equità orizzontale garantendo 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

<sup>1</sup> 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.

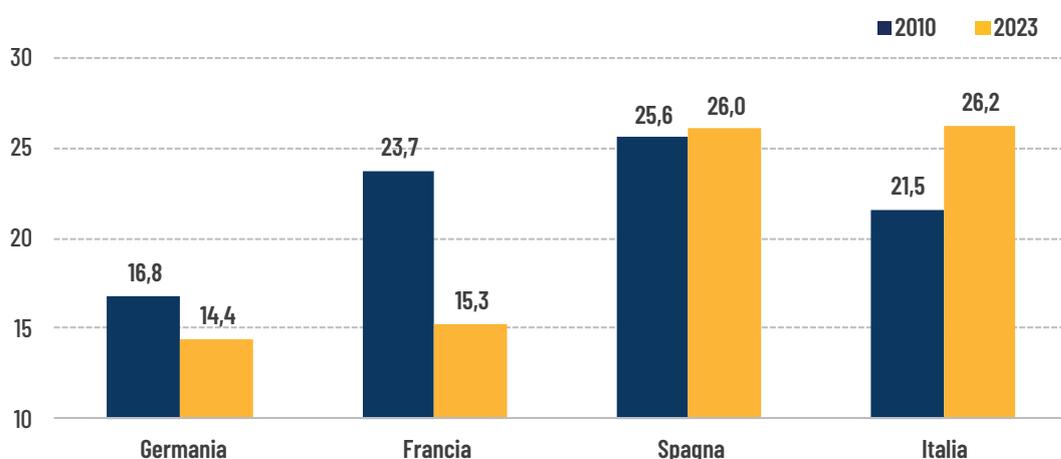
finalità di equità del Ssn. Dal 2010 al 2023, la componente privata di spesa in Italia è aumentata dal 21,5 al 26,2% (Fig. 2).

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 (partecipazioni 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<sup>2</sup>. Il monitoraggio Lea (Livelli essenziali di assistenza)<sup>3</sup> 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

<sup>2</sup> Svimez, Un paese, due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute. Informazioni Svimez, febbraio 2024.

<sup>3</sup> 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 coloretale		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<sup>4</sup>. Tuttavia, studi più recenti<sup>5</sup> 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%<sup>6</sup>. Nel Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 della Calabria<sup>7</sup>, si elencano le princi-

<sup>4</sup> 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; Stroppolini, 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.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> [https://www.pianiregionalidellaprevenzione.it/doc/Indicatori\\_centrali.pdf](https://www.pianiregionalidellaprevenzione.it/doc/Indicatori_centrali.pdf).

<sup>7</sup> 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](https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/DELIBERE_PR_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; (iii) 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<sup>8</sup>. 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.

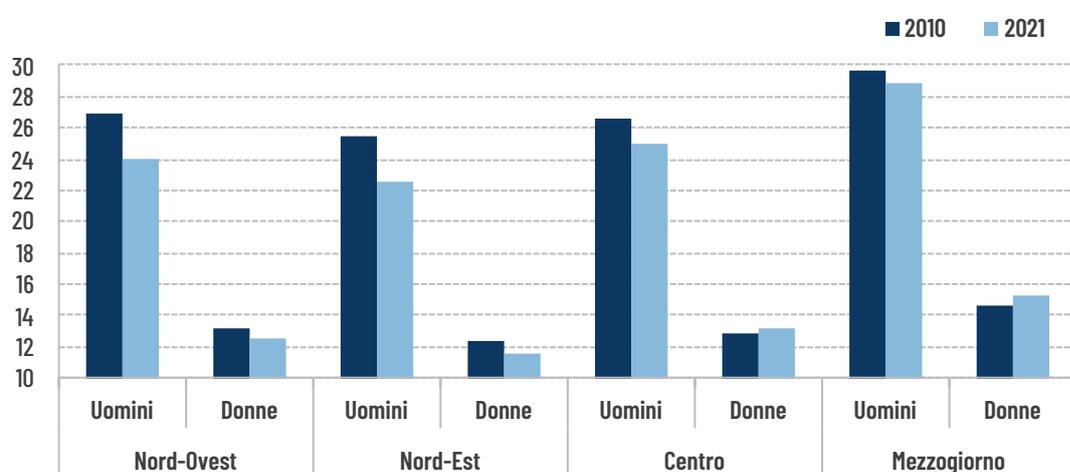
Nel primo caso, si osserva che tra il 2010 e il 2021 il tasso di mortalità evitabile – il numero di decessi per 10.000 abitanti trattabili e/o prevenibili grazie a un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace e adeguate misure di prevenzione secondaria – è diminuito per la componente maschile in tutte 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

<sup>8</sup> 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).

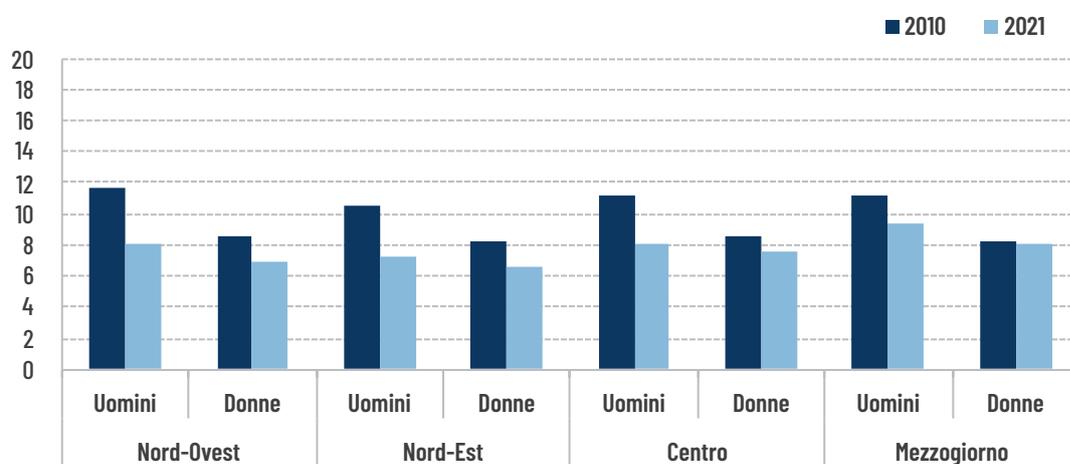
Il rischio di mortalità per tumori – misurato come numero di decessi causati dalle patologie oncologiche su 10.000 abitanti- si riduce negli ultimi vent'anni in tutto il Paese, e soprattutto per gli uomini, con un differenziale di genere che tende quasi ad annullarsi nel 2021 (Fig. 3b). Da evidenziare 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
<b>Totale</b>	<b>2.150</b>	<b>12.401</b>	<b>1.032</b>	<b>69</b>	<b>3.213</b>	<b>83</b>	<b>4.207</b>	<b>253</b>	<b>62</b>	<b>581</b>	<b>1.260</b>	<b>62</b>	<b>19</b>	<b>1.560</b>

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.

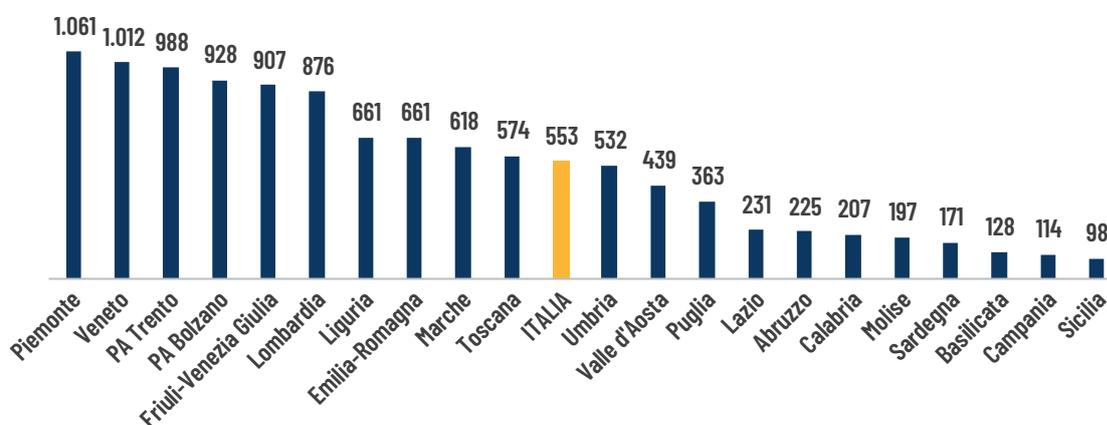
Più in particolare, i servizi della medicina territoriale sono orientati: a migliorare la prevenzione, la diagnosi precoce e la gestione delle malattie, mirando: a garantire un accesso più facile e diretto alle cure; ad assicurare l'uguaglianza nel soddisfacimento dei bisogni di salute, indipendentemente 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 costituiscono 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.

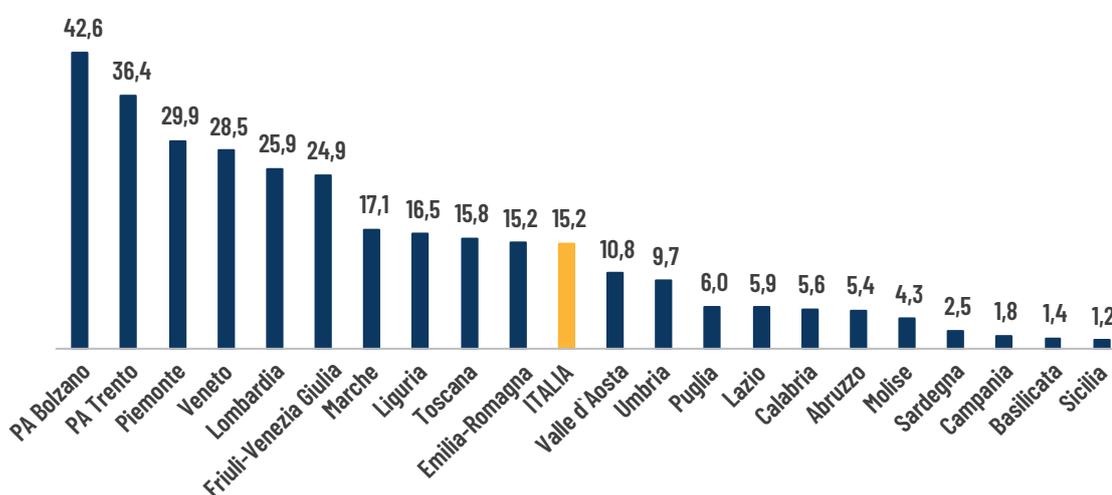
Fonte: Ministero della Salute.

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 semi-residenziali, 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 ( $\geq 65$  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<sup>9</sup>. 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<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Rapporto Osservasalute 2022. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane.

<sup>10</sup> 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 finanziarie 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
<b>Totale</b>	<b>250.000.000</b>	<b>375.000.000</b>	<b>625.000.000</b>

Fonte: Ministero della Salute.

&gt; Focus

## IL MODELLO INNOVATIVO DELLA RETE ONCOLOGICA CAMPANA



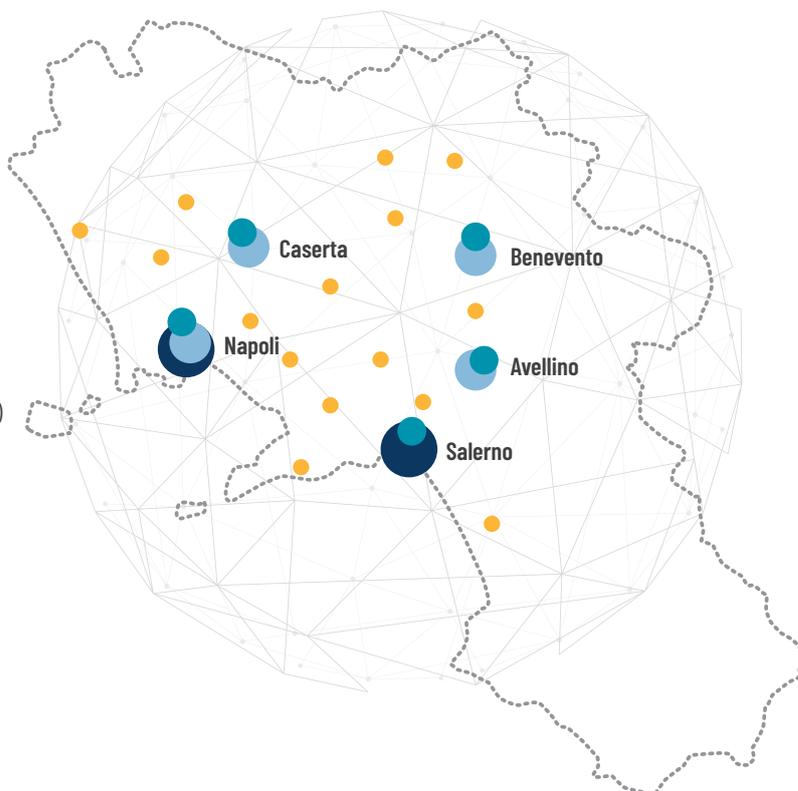
I numeri allarmanti sulle migrazioni sanitarie da Sud verso Nord evidenziano i profondi divari territoriali nell'offerta e nella qualità dei Ssr, specialmente per le patologie più gravi. Nel 2022, dei 66.885 malati oncologici residenti al Sud, 12.401 hanno ricevuto cure presso una regione del Centro-Nord, 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 disuguaglianze 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<sup>1</sup> 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**



<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>. 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.

<sup>2</sup> La Roc definisce i tempi teorici di presa in carico per ciascuno percorso di cura. Con riferimento al tumore al seno 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.