

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E
STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea
Triennale in Scienze
Politiche



UN'ITALIA DIVISA IN DUE: LE CRITICITÀ DEL SISTEMA
SANITARIO NAZIONALE

Relatore: Prof. LAURA POLVERARI

Laureando: AMANDA OZZI

matricola N. 2018448

A.A. 2023/2024

INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1 IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE	7
1.1 LA STRUTTURAZIONE DEL SSN	7
1.2 LA DEFINIZIONE DEI LEA E IL MONITORAGGIO ATTRAVERSO IL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA	9
CAPITOLO 2 LE DISUGUAGLIANZE ALL'INTERNO DEL PAESE	17
2.1 IL DIVARIO SANITARIO	17
2.2 SPESA SANITARIA: DIVARI ECONOMICI E DISPARITÀ DI ACCESSO	18
2.3 ACCESSO ALLE CURE, QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI E TEMPI DI ATTESA: UN QUADRO PREOCCUPANTE	20
2.4 LA MOBILITÀ SANITARIA INTERREGIONALE: UN'ULTERIORE BARRIERA	22
CAPITOLO 3 DUE REGIONI A CONFRONTO: VENETO E PUGLIA	25
3.1 INDICATORI CORE E NO CORE: IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI LEA.....	25
3.2 LEA: DIECI ANNI DI MONITORAGGIO REGIONALE	28
3.3 SPESA SANITARIA AL COLLASSO.....	30
3.4 VENETO E PUGLIA: DUE CASI EMBLEMATICI	31
CAPITOLO 4 L'AUTONOMIA DIFFERENZIATA REGIONALE ...	35
4.1 CHE COS'È L'AUTONOMIA DIFFERENZIATA.	35
4.2 LE MAGGIORI AUTONOMIE RICHIESTE SULLA "TUTELA DELLA SALUTE"	35
4.3 LE CRITICITÀ DELL'AUTONOMIA DIFFERENZIATA.....	36
CONCLUSIONI	39
BIBLIOGRAFIA.....	42

INTRODUZIONE

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano, istituito con la Legge n. 833 del 1978, è un complesso di strutture e servizi volti a garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie.

Al centro del SSN risiede il *principio di equità orizzontale*, in base al quale ogni cittadino dovrebbe ricevere lo stesso livello e la stessa qualità di cure indipendentemente da reddito, luogo di residenza, etnia, religione, sesso o orientamento sessuale.

Sebbene il Sistema Sanitario Nazionale sia ispirato da nobili principi di universalità, uguaglianza ed equità, la realtà quotidiana dimostra che persistono forti disparità nell'erogazione e nell'accesso alle cure per tutti i cittadini, specialmente tra il Nord e il Sud del Paese.

Il significato originale di *universalità*, *uguaglianza* ed *equità* è stato ampiamente tradito, e viene oggi sostituito da altri fattori, quali: i lunghissimi tempi di attesa, per la prenotazione di una visita o di un intervento chirurgico, il mancato accesso alle innovazioni scientifiche, o la mal distribuzione dello stesso, le molte disuguaglianze regionali e locali, che spesso portano alla migrazione sanitaria, l'aumento della spesa privata e la rinuncia alle cure per le fasce sociali che non se la possono permettere, la riduzione dell'aspettativa di vita per alcune regioni, in particolare del Sud Italia.

Al cuore del SSN risiedono i LEA, i Livelli Essenziali di Assistenza, un insieme di prestazioni e servizi che il Sistema Sanitario è tenuto a garantire a tutti i cittadini, in modo gratuito o dietro pagamento di un ticket, attraverso le risorse pubbliche raccolte tramite la fiscalità generale.

Le Regioni sono vincolate al rispetto di una serie di adempimenti per poter accedere alle risorse messe a disposizione dal SSN, tuttavia, non tutte garantiscono in modo uniforme e con la stessa qualità i LEA all'interno del proprio territorio, il che rende possibile identificare una distinzione tra:

- Regioni “*virtuose*”, definite tali per l'attenzione al mantenimento di elevati standard di erogazione dei servizi sanitari e la garanzia ai cittadini di un accesso adeguato alle prestazioni previste dai LEA.
- Regioni “*viziose*”, caratterizzate da disuguaglianze nell'accesso alle cure e da una scarsa qualità delle stesse.

All'interno della tesi verranno messe a confronto due regioni, il Veneto e la Puglia, due modelli che rappresentano realtà territoriali con performance differenti tra loro, esempi di virtuosismo e inadempienza.

Il Veneto si classifica, tra le regioni adempienti, con uno dei punteggi più alti, nel Monitoraggio annuale dei LEA effettuato dal Ministero della Salute (Ministero della Salute 2023). Al contrario, la Puglia, nonostante rientri tra le regioni che rispettano i Livelli Essenziali di Assistenza, seppur col punteggio minimo, rappresenta un caso

particolare del Sud Italia. La realtà territoriale è complessa e numerose sono le mancanze nell'erogazione dei servizi.

Quali sono le ragioni storiche, socioeconomiche e politiche da cui derivano le disuguaglianze all'interno del sistema sanitario tra Nord e Sud Italia?

In che misura le attuali riforme affrontano i problemi di fondo che contribuiscono alla situazione attuale?

Avvalendosi di un metodo di ricerca quantitativo, questo studio si propone di indagare possibili motivazioni relative alle problematiche oggetto di ricerca. A tal fine, verranno raccolti ed analizzati dati da fonti istituzionali, enti governativi e istituzioni di ricerca, analizzando altresì report e indagini condotte da associazioni indipendenti riconosciute a livello nazionale. Queste associazioni, grazie alla loro profonda conoscenza della materia, offrono una prospettiva complementare e preziosa per l'analisi dei dati.

La presente tesi si compone di 4 capitoli, che si intrecciano tra loro per offrire una panoramica completa del Sistema Sanitario italiano, e delle complessità che lo caratterizzano.

Nel capitolo primo verrà presentata una panoramica generale sulla strutturazione del SSN in Italia, sulla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza e del Nuovo Sistema di Garanzia.

Il secondo capitolo si focalizzerà sul divario che separa le regioni settentrionali e meridionali d'Italia, esplorando il suo impatto sulla vita dei cittadini.

Il terzo capitolo si propone di confrontare le differenze di due realtà regionali italiane: il Veneto e la Puglia. Attraverso un'analisi comparativa, verranno messe in luce le peculiarità e le sfide che caratterizzano i rispettivi sistemi sanitari.

Il quarto capitolo esaminerà le potenziali conseguenze dell'autonomia regionale differenziata, valutando se l'attuazione di questo processo di decentramento del potere, possa acuire o meno le disuguaglianze già esistenti tra il Nord e il Sud del Paese.

Lo studio si concluderà infine esponendo, secondo i dati raccolti, le cause profonde che contribuiscono al divario all'interno del sistema sanitario italiano.

CAPITOLO 1 IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

SOMMARIO: 1.1 La strutturazione del SSN. – 1.2 La definizione dei LEA e il monitoraggio attraverso il NSG

1.1 La strutturazione del SSN

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano nasce con la Legge n. 833 del 23 dicembre 1978, è un complesso di strutture e servizi volti a garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie.

Il SSN si basa su tre principi cardine: universalità, uguaglianza ed equità; e affonda le sue radici nell'articolo 32 della Costituzione, che recita:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”

L'universalità, il primo dei principi fondamentali, è intesa come l'estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione.

L'uguaglianza, nell'accesso alle prestazioni sanitarie per tutti i cittadini, senza alcuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche.

L'equità, a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute.

Ai principi fondamentali del Sistema Sanitario Nazionale si affiancano i principi *organizzativi*, essenziali per la programmazione sanitaria. Forniscono il quadro di riferimento per tradurre i valori chiave del SSN in azioni concrete e garantire l'erogazione efficiente dei servizi sanitari. Tra i più importanti troviamo:

1. Centralità della persona, che a sua volta si estrinseca in una serie di diritti per i cittadini, come la libertà di scelta del luogo di cura, e di doveri per tutti gli operatori sanitari, come il dovere di anteporre la salute del paziente a tutte le scelte. Ad esempio, di fronte a un paziente con una malattia cronica, il medico deve scegliere la terapia più efficace e sicura, concorde alle preferenze del paziente e alle risorse disponibili.
2. Responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute, condivisa tra lo Stato e le Regioni.
3. Collaborazione tra Stato, Regioni, Aziende e Comuni, nei rispettivi ambiti di competenza, per assicurare condizioni sanitarie uniformi e adeguate per tutti i cittadini e in tutto il territorio.

4. Valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari, riconosciuto come elemento fondamentale per la qualità delle prestazioni.
5. Integrazione sociosanitaria, necessaria per garantire all'individuo continuità tra cura e riabilitazione, anche per lunghi periodi (Ministero della Salute, 2019).

La legge n. 833 del 1978 ha rappresentato un punto di svolta nel panorama del Sistema Sanitario Nazionale, abrogando il vecchio sistema mutualistico, caratterizzato da casse mutue separate per categorie lavorative, introducendo un modello universalistico di tutela della salute che garantisce l'accesso alle cure a tutti i cittadini e ponendo gli oneri a carico della fiscalità generale. La legge attribuisce alle regioni un ruolo centrale di programmazione e coordinamento, dando vita a un modello di decentramento basato sulle Unità Sanitarie Locali (USL) e sul Distretto Sanitario di Base (Federico Toth, 2011).

Tuttavia, gli anni successivi alla riforma sono caratterizzati da instabilità economica e politica, e nasce l'esigenza di razionalizzare la spesa sanitaria attraverso una riforma dell'assetto organizzativo del SSN (Dottor Magi Massimo, 2020).

All'inizio degli anni Novanta, con i d.lgs. 502/92 e 517/93, le Unità Sanitarie Locali (USL) vengono convertite in Aziende Sanitarie Locali (ASL), dotate di personalità giuridica e ampia autonomia gestionale, stimolando così la competizione tra fornitori pubblici e privati. Vengono individuati i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), modificato il meccanismo di finanziamento del Sistema Sanitario, distribuendo i fondi sulla base del numero degli abitanti, e viene attribuita la responsabilità del pareggio di bilancio alle Regioni.

Successivamente, nel 1999, la cosiddetta "riforma Bindi", segna un parziale ritorno a un sistema di tipo integrato e ribadisce il ruolo della regolazione pubblica. Tuttavia, grazie al d.lgs. 56/2000, si realizza un ulteriore passo in avanti nel processo di regionalizzazione in quanto le regioni vengono dotate di *entrate proprie* per finanziare i servizi sanitari all'interno del loro territorio, derivanti dall'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) e da un'addizionale IRPEF (Federico Toth, 2011).

Il processo di regionalizzazione ha subito un'ulteriore accelerazione con la Riforma Costituzionale del 2001. Con la modifica del Titolo V della Costituzione, la tutela della salute diviene materia di legislazione *concorrente* tra stato e regioni. La riforma delinea un sistema federale, caratterizzato da un pluralismo di centri di potere. Nei fatti, tale riforma ha portato a tre diversi modelli organizzativi:

- 1) Modello centrato sulle *ASL*: attribuisce grande autonomia alle singole aziende sanitarie locali, finanziate dalla regione in base al numero dei cittadini residenti, le ASL sono tenute a fornire ai propri assistiti un'ampia gamma di cure specialistiche, e sono libere di scegliere come e quanto esternalizzare.
- 2) Modello centrato sulla *regione*: in cui vi è minore autonomia delle ASL, risiedono ampi poteri di programmazione e regolazione in capo al governo regionale ed è direttamente la regione a trattare con i fornitori privati.

- 3) Modello centrato sul *paziente*: in cui vi è competizione tra fornitori pubblici e privati, il paziente ha massima libertà di scelta e i principali ospedali vengono trasformati in aziende ospedaliere autonome.

Vi sono, inoltre, alcune regioni meridionali che non possono essere ricondotte a nessuno dei tre modelli descritti, poiché non si sono avvalse dell'autonomia concessa e si limitano a pagare i fornitori operanti sul proprio territorio (Federico Toth, 2011).

La Riforma del Titolo V, anziché garantire i principi fondamentali di *universalità ed equità*, è degenerata in un sistema federale fragile e disomogeneo, generando significative disparità all'interno del territorio.

1.2 La definizione dei LEA e il monitoraggio attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia

I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, sia in forma gratuita che dietro pagamento di un ticket (una quota di partecipazione), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (Ministero della Salute, 2019).

Il DPCM del 12 gennaio 2017 n.15 sostituisce integralmente il decreto del 29 novembre 2001, con cui erano stati definiti per la prima volta i LEA, individuando tre macroaree:

1. Prevenzione collettiva e sanità pubblica: include tutte le attività di prevenzione e controllo delle malattie e di tutela della salute.
2. Assistenza distrettuale: comprende una vasta gamma di attività e servizi sociosanitari erogati a livello locale, come l'assistenza sanitaria di base.
3. Assistenza ospedaliera: include una vasta gamma di servizi medici e chirurgici per la cura di pazienti che necessitano di un setting ospedaliero, come il pronto soccorso.

Dalla fissazione dei Livelli Essenziali di Assistenza deriva l'ammontare della spesa che lo stato si impegna a garantire attraverso la fiscalità generale, tuttavia, le regioni possono garantire servizi e prestazioni ulteriori con risorse proprie.

In base all'Intesa Stato-Regioni del 2005, le Regioni sono tenute ad una serie di adempimenti per poter accedere a un maggior finanziamento del Sistema Sanitario nazionale.

Un Comitato LEA ha il compito di monitorare l'erogazione da parte delle Regioni dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, al fine di promuovere e garantire l'effettiva erogazione e l'uniformità sul territorio (Ministero della Salute, 2019). Sono escluse da tale verifica la Valle d'Aosta, il Friuli-Venezia Giulia, le due province autonome di Bolzano e Trento e la Sardegna.

Per la valutazione annuale degli adempimenti, il Comitato predispone un *questionario*, il Questionario LEA, che viene trasmesso alle Regioni tramite il Tavolo adempimenti,

presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, da cui poi si terranno delle riunioni tecniche per la certificazione degli adempimenti (Ministero della Salute, 2023).

Tra gli adempimenti da rispettare, c'è il "Mantenimento dei LEA", certificato attraverso 34 indicatori ripartiti tra le tre macroaree sopra citate, raccolti in una griglia, cd. Griglia LEA, che consente di individuare i punti di forza e di debolezza dell'assistenza sanitaria erogata dalle Regioni (Osservatorio GIMBE, 2022).

Il Ministero della Salute pubblica ogni anno un report che raccoglie i risultati della valutazione dell'adempimento "Mantenimento nell'erogazione dei LEA".

Una Regione viene considerata "adempiente" se il punteggio totale è maggiore o uguale a 160, o compreso tra 140 e 160 nel caso in cui non venga rilevato nessun indicatore critico. Viceversa, una Regione è "inadempiente" se il punteggio è inferiore a 140 o compreso tra 140 e 160 con almeno un indicatore critico.

Dal 1° gennaio 2020, la Griglia LEA è stata sostituita dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Introdotto con DM del 12 marzo 2019 recante "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", il NSG utilizza le informazioni del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) per garantire che tutti i cittadini ricevano le cure e le prestazioni previste dai Livelli essenziali di assistenza, secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e dell'appropriatezza.

Il NSG si basa su un set di 88 indicatori, distribuiti come segue:

- Macroaree di assistenza:
 - prevenzione collettiva e sanità pubblica (16)
 - assistenza distrettuale (33)
 - assistenza ospedaliera (24)
- Contesto per la stima del bisogno sanitario (4)
- Equità sociale (1)
- Monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (10).

Per la valutazione dell'erogazione dei LEA da parte delle regioni tramite il NSG, il Comitato LEA, utilizza solo 22 indicatori, definiti CORE, in sostituzione della Griglia LEA; i restanti 66 indicatori, definiti NO CORE, non vengono utilizzati per assegnare i punteggi LEA alle Regioni.

Per ciascun indicatore CORE, viene calcolato un punteggio su una scala da 0 a 100, in cui la soglia di sufficienza corrisponde a 60. La nuova metodologia misura in maniera indipendente ogni macroarea di assistenza, al contrario della Griglia LEA, che sintetizzava in un unico punteggio la valutazione delle Regioni. Affinché una Regione risulti *adempiente*, il punteggio di tutte e tre le macroaree deve raggiungere la soglia di garanzia minima.

Dal 2007, le Regioni con un disavanzo nel conto economico vengono sottoposte ai *Piani di Rientro*, ovvero programmi operativi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio Sanitario Regionale. Stipulati con la legge finanziaria del

2005, essi sono finalizzati a ristabilire l'equilibrio di bilancio sanitario e a garantire l'erogazione dei LEA (Osservatorio GIMBE, 2022).

Se una Regione non raggiunge i target prestabiliti, i Piani di rientro proseguono secondo *Programmi Operativi* di durata triennale. Per tutta la durata dei Piani di Rientro, le Regioni vengono affiancate dal Governo centrale, che dovrà approvare preventivamente i provvedimenti posti dalle Regioni e verificare l'attuazione e l'impatto delle azioni messe in atto.

Attualmente sono sette le regioni tuttora sottoposte alla disciplina dei Piani di Rientro, tutte al centro-sud: Lazio, Abruzzo, Calabria, Campania, Molise, Sicilia e Puglia (Ministero della Salute, 2023).

Qualora una Regione in Piano di Rientro persista nell'inadempienza con riferimento agli interventi di risanamento e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, viene avviata la procedura di *Commissariamento* (Osservatorio GIMBE, 2022). Il Consiglio dei ministri nomina un Commissario, che adotta tutte le misure stabilite dal Piano di Rientro e ogni altro atto o provvedimento correlato alla sua completa attuazione. La nomina del Commissario comporta varie misure sanzionatorie, tra cui l'incremento automatico delle aliquote fiscali IRAP e IRPEF a carico dei cittadini. Le regioni per cui, ad oggi, è prevista la procedura di Commissariamento sono la Calabria e il Molise (Ministero della Salute, 2023).

Rispetto al mantenimento dell'erogazione dei LEA, dai risultati provenienti dalla valutazione effettuata dal Comitato LEA per l'anno 2019, risultano *adempienti* 17 Regioni, di cui 10 raggiungono un punteggio superiore a 200 e 7 Regioni si posizionano in un punteggio tra 200 e 160, il livello minimo accettabile. La Provincia autonoma di Bolzano, il Molise, la Calabria e la Sardegna hanno un punteggio inferiore a 160, sintomo di numerose carenze. (Osservatorio GIMBE, 2022).

Tabella 1. GRIGLIA LEA: punteggi anno 2019

Regione	Punteggio	Status*
Veneto	222	Adempiente
Toscana	222	Adempiente
Emilia-Romagna	221	Adempiente
Lombardia	215	Adempiente
Marche	212	Adempiente
Umbria	211	Adempiente
Liguria	206	Adempiente
Friuli Venezia-Giulia	205	Non sottoposta a verifica
Abruzzo	204	Adempiente
Lazio	203	Adempiente
Puglia	193	Adempiente
Piemonte	188	Adempiente
Prov. Aut. di Trento	187	Non sottoposta a verifica
Sicilia	173	Adempiente
Basilicata	172	Adempiente
Campania	168	Adempiente
Valle d'Aosta	160	Non sottoposta a verifica
Prov. Aut. di Bolzano	157	Non sottoposta a verifica
Molise	150	Inadempiente
Calabria	125	Inadempiente
Sardegna	111	Non sottoposta a verifica

*Adempiente: punteggio LEA ≥ 160 , o tra 140-160 e nessun indicatore critico (punteggio <3)
 *Inadempiente: punteggio <140 o tra 140-160 con almeno un indicatore critico (punteggio <3)

FONTE: Fondazione GIMBE, Dicembre 2022: Report Osservatorio GIMBE n. 2/2022. Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguglianze regionali in sanità, p. 15 https://www.gimbe.org/LEA_2010-2019

All'interno del Report Osservatorio GIMBE 2/2022 sui *Livelli Essenziali di Assistenza*, è possibile trarre i risultati della sperimentazione sul monitoraggio dell'erogazione dei LEA per l'anno 2019 tramite gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia.

Il punteggio per ciascuna area è determinato dalla media pesata dei punteggi degli indicatori CORE, comprensivi di premi e penalità. Attraverso il NSG, le Regioni vengono considerate *adempienti* se ottengono un punteggio uguale o superiore a 60 in ciascuna delle tre aree. Al contrario, le regioni con un punteggio inferiore a 60, anche in una sola area, vengono considerate *inadempienti*. A differenza della GRIGLIA LEA, il Nuovo Sistema di Garanzia, misura separatamente i tre macro-livelli, e i punteggi ottenuti permettono di individuare per ciascuna Regione punti di forza e di debolezza.

Secondo i risultati della sperimentazione, risultano *inadempienti* 6 Regioni, evidenziando maggiori carenze nelle aree dell'assistenza distrettuale e della prevenzione. È stato rilevato in particolare che, in alcune Regioni, vi è un omogeneo adempimento/inadempimento, mentre altre presentano una marcata disparità di performance, ad esempio, l'Umbria si trova al primo posto nella prevenzione, mentre nell'area distrettuale è situata al 15°.

Tabella 2: Risultati della sperimentazione 2019 del NSG per il monitoraggio dei LEA

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Status
Piemonte	91,72	88,83	85,78	Adempiente
Valle d'Aosta	72,16	48,09	62,59	Non adempiente
Lombardia	91,95	89,98	86,01	Adempiente
Prov. Aut. Bolzano	53,78	50,89	72,79	Non adempiente
Prov. Aut. Trento	78,63	75,06	96,98	Adempiente
Veneto	94,13	97,64	86,66	Adempiente
Friuli Venezia-Giulia	80,39	78,35	80,62	Adempiente
Liguria	82,09	85,48	75,99	Adempiente
Emilia-Romagna	94,41	94,51	94,66	Adempiente
Toscana	90,67	88,50	91,39	Adempiente
Umbria	95,65	69,29	87,97	Adempiente
Marche	89,45	85,58	82,79	Adempiente
Lazio	86,23	73,51	72,44	Adempiente
Abruzzo	82,39	79,04	73,84	Adempiente
Molise	76,25	67,91	48,73	Non adempiente
Campania	78,88	63,04	60,40	Adempiente
Puglia	81,59	76,53	72,22	Adempiente
Basilicata	76,93	50,23	77,52	Non adempiente
Calabria	59,90	55,50	47,43	Non adempiente
Sicilia	58,18	75,20	70,47	Non adempiente
Sardegna	78,30	61,70	66,21	Adempiente

Punteggio
 ≥ 60
 < 60

FONTE: Fondazione GIMBE, Dicembre 2022: Report Osservatorio GIMBE n. 2/2022. Livelli Essenziali di Assistenza: le disuguaglianze regionali in sanità, p. 20. https://www.gimbe.org/LEA_2010-2019

La sperimentazione del 2019 con gli indicatori CORE del NSG ha prodotto una classifica generale simile a quella ottenuta con la Griglia LEA 2019, con alcune eccezioni. Si osservano però differenze significative, a volte notevoli, tra le tre macroaree di assistenza: prevenzione, distrettuale e ospedaliera.

La capacità della Griglia LEA di cogliere gli inadempimenti è diminuita progressivamente nel corso degli anni, sia per le modalità di rilevazione, sia per la stabilità degli indicatori. Nonostante dal rilevamento del 2019 solo due Regioni risultino inadempienti, permangono disuguaglianze significative tra le diverse regioni, in particolar modo nelle regioni del Sud, e numerosi report indipendenti dimostrano un generale peggioramento della qualità dell'assistenza sanitaria (Fondazione GIMBE, 2022).

Gli anni 2020 e 2021 sono stati caratterizzati dall'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia COVID-19, che ha messo a dura prova i Servizi Sanitari Regionali, richiedendo un rapido adattamento per gestire l'afflusso di pazienti affetti da Covid e contemporaneamente garantire le cure essenziali per altre patologie. Per questo motivo, il Comitato LEA ha stabilito che il monitoraggio dell'erogazione dei LEA per gli anni 2020 e 2021 venisse effettuata al solo scopo informativo.

Nell'anno 2020, le regioni che risultano inadempienti, in una o più macroaree sono: Liguria, Abruzzo, Molise, Sicilia, Campania, Basilicata, Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, Sardegna e Calabria.

Nel 2021, rispetto al 2020, si è verificato un leggero miglioramento, in quanto Liguria, Abruzzo e Basilicata raggiungono gli standard di adempimento.

Il periodo pandemico ha inoltre reso prioritari il monitoraggio e la valutazione della resilienza e della capacità delle Regioni di reagire all’impatto dell’emergenza, a tal fine, all’interno del NSG, è stato sviluppato un “Sistema dedicato”.

Tabella 3: Risultati NSG, punteggi sottoinsieme CORE per area, anni 2021-2020

Regione	2021			2020		
	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	86,05	84,47	81,36	76,08	91,26	75,05
Valle d'Aosta	45,31	49,31	52,59	74,06	56,58	59,71
Lombardia	86,84	93,09	85,33	62,02	95,02	75,59
P.A. Bolzano	51,97	68,05	80,75	51,90	57,43	66,89
P.A. Trento	92,55	79,33	96,52	88,42	78,07	93,07
Veneto	84,63	95,60	84,65	80,74	98,37	79,67
Friuli V.G.	85,32	79,42	78,22	75,63	80,35	74,06
Liguria	73,05	85,92	73,60	50,85	83,12	65,50
Emilia Romagna	90,73	95,96	94,50	89,08	95,16	89,52
Toscana	91,37	95,02	88,07	88,13	92,94	80,00
Umbria	91,97	73,64	82,31	89,64	68,55	71,61
Marche	82,62	89,38	85,90	79,01	91,68	75,05
Lazio	80,78	77,61	77,12	74,46	80,19	71,76
Abruzzo	77,74	68,46	69,25	54,03	76,94	63,47
Molise	82,99	65,40	48,55	64,21	67,12	41,94
Campania	78,37	57,52	62,68	61,53	57,14	59,08
Puglia	67,85	61,66	79,83	66,83	68,13	71,73
Basilicata	79,63	64,22	63,69	57,07	62,85	51,90
Calabria	52,96	48,51	58,52	32,73	48,18	48,44
Sicilia	45,53	62,19	75,29	43,44	62,06	69,26
Sardegna	61,63	49,34	58,71	70,79	48,95	59,26

FONTE: Ministero della Salute, Maggio 2023: Monitoraggio dei LEA attraverso il NSG, metodologia e risultati dell’anno 2021, p.23. [C_17_pubblicazioni_3329_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/c17_pubblicazioni_3329_allegato.pdf) ([salute.gov.it](https://www.salute.gov.it))

Rispetto all’anno precedente, nel 2022 si osserva un calo del numero di Regioni in grado di assicurare il raggiungimento degli standard minimi in tutte e tre le aree di valutazione (assistenza ospedaliera, territoriale e prevenzione), da 14 a 13.

I risultati del monitoraggio del Ministero della Salute sui Livelli Essenziali di Assistenza del 2022 rivelano un quadro allarmante. La frattura strutturale tra Nord e Sud Italia non solo persiste, ma addirittura si intensifica, con l’aggiunta dell’Abruzzo alle regioni inadempienti e un generale peggioramento dei punteggi LEA nella maggior parte delle regioni del Mezzogiorno (Ministero della Salute, 2024).

Tabella 4: Risultati NSG, punteggi sottoinsieme CORE per area, anno 2022.

Regioni	2022		
	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	88,79	86,55	87,07
Valle d'Aosta	48,48	47,25	55,23
Lombardia	90,18	94,66	86,09
P.A. Bolzano	54,14	77,03	75,23
P.A. Trento	94,27	76,45	98,35
Veneto	94,08	96,40	91,36
Friuli Venezia Giulia	71,24	73,30	75,29
Liguria	61,41	86,81	77,49
Emilia Romagna	96,13	95,57	93,50
Toscana	86,57	96,42	92,32
Umbria	79,59	83,88	84,42
Marche	60,91	91,03	91,26
Lazio	74,08	72,07	81,30
Abruzzo	49,31	62,18	73,10
Molise	50,69	61,23	67,54
Campania	69,68	55,76	68,66
Puglia	75,97	70,02	79,69
Basilicata	68,46	61,92	78,03
Calabria	36,59	34,88	63,78
Sicilia	47,18	58,04	78,38
Sardegna	46,55	50,45	69,11

FONTE: Ministero della Salute, Giugno 2024: Monitoraggio dei LEA attraverso il NSG, relazione 2022, p.19.

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3456_allegato.pdf

Tutto ciò coincide con l'entrata in vigore della legge sull'autonomia differenziata regionale, un provvedimento che, in ambito sanitario, non ha ritenuto necessario definire i nuovi Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), basandosi sull'esistenza dei già stabiliti LEA.

A fronte di un Sistema Sanitario fondato su principi di equità, universalità e uguaglianza, l'Italia, rispetto al mantenimento dell'erogazione dei LEA, presenta diseguaglianze regionali inammissibili.

Il Nuovo Sistema di Garanzia rappresenta un passo in avanti significativo nel monitoraggio dei LEA. L'ampio set di indicatori del NSG ha il potenziale per offrire una valutazione multidimensionale e completa della qualità dell'assistenza sanitaria. Tuttavia, attualmente vengono utilizzati solo 22 indicatori, c.d. CORE, ampiamente sovrapposti a quelli della Griglia LEA, costituendo uno strumento insufficiente a individuare in maniera analitica le inadempienze e a valutare in modo multidimensionale la qualità dell'assistenza sanitaria.

Non essendo previsto un sistema di rotazione degli indicatori CORE del NSG, lo strumento di valutazione diverrà presto incapace di adattarsi alle mutevoli esigenze del sistema sanitario e inadatto al monitoraggio dei LEA, come già accaduto per la Griglia LEA.

La soglia di adempimento, essendo molto bassa, legittima un livello inaccettabile di mancata erogazione delle prestazioni e di stagnazione delle performance regionali.

Infine, lo strumento dei Piani di Rientro risulta inefficace per la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria ai fini di un miglioramento dell'erogazione dei LEA, a prescindere dai punteggi raggiunti, poiché delle 10 Regioni sottoposte al Piano di rientro, 7 lo sono ancora, e 2 risultano commissariate (Fondazione GIMBE, 2022).

CAPITOLO 2 LE DISUGUAGLIANZE ALL'INTERNO DEL PAESE

SOMMARIO: 2.1 Il divario sanitario. – 2.2 Spesa sanitaria: divari economici e disparità di accesso. – 2.3 Accesso alle cure, qualità delle prestazioni e tempi di attesa: un quadro preoccupante. – 2.4 La mobilità sanitaria interregionale: un'ulteriore barriera

2.1 Il divario sanitario

Il Servizio Sanitario Nazionale è finalizzato alla prevenzione, al controllo e al trattamento delle malattie e dovrebbe essere diretto al raggiungimento del più elevato stato di salute, inteso come completo benessere fisico, mentale e sociale, non solo come assenza di malattie o disabilità (Fondazione GIMBE, 2023).

Nonostante la sua natura universalistica e gratuita, il Servizio Sanitario Nazionale italiano è caratterizzato da profonde disuguaglianze, specialmente tra le regioni settentrionali e meridionali. Le radici di queste disparità sono radicate e si intrecciano con il complesso tessuto socio-economico del Paese.

Una grave crisi di sostenibilità del SSN è riscontrabile già nel 2013, caratterizzata da definanziamento pubblico, sprechi e inefficienze (Fondazione GIMBE, 2023).

In questo contesto, nel febbraio 2020 si è diffusa la pandemia di COVID-19, che ha confermato e aggravato le criticità di un sistema sanitario già molto fragile e al tempo stesso ha aumentato la consapevolezza che un sistema sanitario pubblico, equo ed universalistico dovrebbe rappresentare la colonna portante della nostra democrazia.

I principi fondanti del SSN sono oggi sostituiti da altre parole chiave, che condizionano la vita quotidiana delle persone, in particolare delle fasce economiche meno abbienti:

- carenza di personale sanitario senza precedenti,
- interminabili tempi di attesa,
- affollamento dei pronto soccorso,
- costo dei farmaci in costante aumento,
- strutture ospedaliere e ambulatoriali obsolete,
- aumento della spesa privata sino all'impovertimento delle famiglie e alla rinuncia alle cure,
- impossibilità di trovare un medico o un pediatra di famiglia vicino casa,
- inaccettabili diseguaglianze regionali e locali sino alla migrazione sanitaria.

2.2 Spesa sanitaria: divari economici e disparità di accesso

Come già detto, le disuguaglianze nell'accesso e nella qualità delle cure sanitarie tra il Nord e il Sud Italia sono una realtà persistente e preoccupante.

Nelle regioni meridionali risultano livelli di spesa per abitante, corrente e per investimenti, più limitati. Con una spesa sanitaria corrente pro capite di 1.748 euro, la Calabria si posiziona come la Regione con la spesa più bassa d'Italia, ben al di sotto della media nazionale che si aggira sui 2.140 euro. Inoltre, per quanto riguarda la spesa in conto capitale, la Campania detiene i valori più bassi, 18 euro, in confronto a una media nazionale di 41 euro (SVIMEZ, 2024).

Secondo le valutazioni del CREA (Centro per la ricerca economica applicata in sanità) nel Mezzogiorno l'8% dei nuclei familiari si trova in una condizione di povertà sanitaria, il doppio rispetto alle regioni del Nord-Est, poiché hanno dovuto rinunciare alle spese sanitarie per motivi economici o si sono impoverite per sostenerle.

Le famiglie che hanno dovuto sostenere direttamente le spese sanitarie out of pocket si trovano maggiormente nel Mezzogiorno (77,3%), con Basilicata, Sicilia, Lazio, Puglia e Campania che registrano le percentuali più elevate, di cui l'80% è costretta a ricorrere a spese sanitarie private (C.R.E.A. Sanità, 2023).

Uno dei fattori che contribuisce al divario è il meccanismo di ripartizione delle risorse economiche destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale.

L'assegnazione dei finanziamenti del Fondo Sanitario Nazionale alle regioni italiane è tradizionalmente ripartito sulla base di una quota capitaria, ovvero un importo fisso pro capite, corretta per tenere conto di alcuni fattori specifici, come la distribuzione della popolazione per età nei diversi territori, la mortalità sotto i 75 anni, indici di deprivazione e indicatori delle condizioni socio-economiche (incidenza della povertà relativa individuale, livello di bassa scolarizzazione e tasso di disoccupazione).

Fino ad oggi, il criterio dell'età ha sfavorito il Mezzogiorno, dove risiede una popolazione più giovane rispetto al Nord e pertanto caratterizzata da bisogni di cure minori, assicurando l'allocazione di risorse addizionali ai territori del Nord, dove vi è una maggiore presenza di anziani.

La riforma del sistema di riparto dell'FSN introdotta nel 2023, con il decreto 30 dicembre 2022, mira a selezionare i criteri che più plausibilmente possano rappresentare determinanti "giustificabili" della spesa, escludendo i fattori legati alle inefficienze nella gestione dei servizi e a comportamenti ritenuti opportunistici.

Il nuovo sistema di ripartizione del FSN mantiene in gran parte il meccanismo precedente, poiché il 98,5% delle risorse resterà allocato tra le Regioni secondo i criteri preesistenti, vanificando così, l'introduzione dei nuovi indicatori (tasso di mortalità della popolazione al di sotto dei 75 anni e indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili per definire i bisogni sanitari delle Regioni).

Tabella 5: Nuovo meccanismo di riparto

	Valori assoluti	Quote percentuali
Fabbisogno su cui è calcolata la quota di accesso, di cui ripartito in base a:	120.736.045.350	100,0
<i>Popolazione parzialmente pesata con i consumi per fascia di età</i>	118.925.004.670	98,5
<i>Mortalità</i>	905.520.340	0,75
<i>Particolari condizioni territoriali</i>	905.520.340	0,75

Fonte: Ufficio parlamentare di Bilancio, 27 marzo 2024: Il riparto del fabbisogno sanitario nazionale tra nuovi criteri e attuazioni incomplete, p. 10. [Focus_3_2024_Riparto-fabb_san.pdf \(upbilancio.it\)](#)

In questa riforma, nonostante alcuni correttivi, non sono ancora stati introdotti gli indicatori epidemiologici territoriali previsti dalla L.662/1196 e non è stato preso in considerazione il percorso di miglioramento degli standard di qualità, rinviando le modifiche a un successivo decreto, giustificando le lacune dalla carenza di dati informativi.

Gli indicatori epidemiologici territoriali non sono utilizzabili a causa della mancanza del decreto del Ministero della Salute relativo ai dati personali che possono essere impiegati e alle procedure da applicare.

Per la valutazione dell'avanzamento degli standard di qualità sarebbe stato necessario fare riferimento al Nuovo Sistema di Garanzia ma, al momento dell'emanazione del decreto sulla riforma, la validazione dei dati relativi ad almeno due anni del NSG, non era ancora disponibile.

Sebbene la revisione del meccanismo di distribuzione abbia parzialmente compensato le perdite subite maggiormente dalle regioni settentrionali, a causa della ponderazione basata sulla fascia d'età, la quota più significativa del finanziamento, ovvero la *quota premiale*, viene assegnata in base ad accordi privi di criteri predefiniti e frutto di negoziati tra le Regioni, riducendo di conseguenza la trasparenza del meccanismo stesso.

Tale quota può fornire un vantaggio significativo ad alcune Regioni, al punto da poter più che compensare le perdite subite a causa dei nuovi criteri di distribuzione e rafforzare ulteriormente le disparità esistenti tra le Regioni del Nord e del Sud, ampliandone il divario.

Inoltre, con il diminuire dei finanziamenti pubblici, i contributi privati sono aumentati, andando a sostituire la spesa pubblica, anziché aggiungersi ad essa, minando i principi di equità del SSN.

Aumentare la spesa sanitaria dovrebbe essere la priorità nazionale, correggendo il metodo di riparto regionale del Fondo Sanitario Nazione, per adeguarlo alle reali esigenze di cura nei territori caratterizzati da una forte deprivazione socio-economica (Ufficio parlamentare di Bilancio, 2024).

2.3 Accesso alle cure, qualità delle prestazioni e tempi di attesa: un quadro preoccupante

Le disparità regionali in materia di salute si sono aggravate all'interno di un Sistema Sanitario Nazionale intrinsecamente fragile e, rispetto agli standard europei, sottodimensionato per stanziamenti di risorse pubbliche, nonostante un contributo privato comparativamente alto, che ammonta al 24% della spesa sanitaria totale.

Il FSN non copre totalmente il costo dei LEA e l'attuale suddivisione regionale delle risorse non riflette le reali esigenze di cura e assistenza sanitaria dei diversi territori, che sono influenzati anche da fattori socio-economici non considerati nei criteri di allocazione (SVIMEZ, 2024).

Nelle regioni del Sud Italia i servizi di *prevenzione e cura* sono scadenti, anche a causa della minore spesa pubblica sanitaria e di conseguenza i cittadini sono costretti a percorrere lunghe distanze per ricevere assistenza sanitaria adeguata.

Il Mezzogiorno, secondo gli indicatori BES (Benessere Equo e Sostenibile) sulla salute, presenta le peggiori condizioni di salute di tutto il Paese. La speranza di vita alla nascita per i cittadini del Mezzogiorno nel 2022 risultava di 81,7 anni, 1,3 anni in meno del Centro Italia, e 1,5 in meno rispetto al Nord-Est. Analoghi divari si osservano per la mortalità evitabile e la mortalità per tumore risulta significativamente più alta rispetto alle altre Regioni (SVIMEZ, 2024).

Recenti studi dimostrano come l'incidenza con cui una patologia si manifesta nella popolazione (morbilità), sia influenzata dalle condizioni socio-economiche della stessa. Le persone con un livello sociale più basso tendono ad avere una maggiore incidenza di malattie. Le disparità tra Nord e Sud Italia relative a povertà, disoccupazione e reddito pro capite, fa sì che i cittadini del Mezzogiorno siano più soggetti a problemi di salute e di conseguenza abbiano bisogno di maggiori servizi di cura e prevenzione.

Le criticità riguardanti gli *outcome* sanitari, ovvero mortalità evitabile e capacità di ospedalizzazione, si sono ampliate anche a causa della graduale riduzione della spesa dei Sistemi Sanitari Regionali del Mezzogiorno sottoposti a Piani di Rientro. Il pareggio dei conti di bilancio è stato raggiunto attraverso misure di efficienza e appropriatezza nell'utilizzo delle strutture ospedaliere, senza però ottenere miglioramenti nell'efficacia complessiva dell'organizzazione dei servizi di prevenzione e medicina territoriale, altro fattore che ha contribuito alle migrazioni sanitarie interregionali e all'aumento della mortalità (SVIMEZ, 2024).

La carenza di offerta di servizi si rispecchia anche all'interno della *prevenzione oncologica*, gli screening oncologici gratuiti a scopo preventivo risultano fondamentali per prevenire l'insorgenza di tumori, ma la capacità di offerta delle regioni settentrionali è scarsa e di conseguenza i tassi di adesione alle campagne di prevenzione.

La copertura complessiva degli screening gratuiti raggiunge l'80% al Nord, mentre nel Mezzogiorno si trova ad appena il 58%. Il tasso più basso di tutta Italia si riscontra in

Calabria, dove appena l'11,8% delle donne ha effettuato *screening* promossi dal Servizio Sanitario.

La predisposizione individuale alla prevenzione e fattori socio-economici, come il livello di istruzione e reddito, non sono gli unici fattori ad incidere nella partecipazione alla prevenzione oncologica, determinanti sono anche la percezione della *qualità* e dell'*accessibilità* dei servizi sanitari. Indicativo di questi fattori è il dato sulla percentuale di donne calabresi che hanno ricevuto l'invito a partecipare al programma di *screening mammografico*: 16% (contro una media dell'89%).

L'incapacità del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) di garantire un accesso gratuito e tempestivo alle prestazioni sanitarie rappresenta una grave violazione del diritto fondamentale dei cittadini alla salute.

Le liste d'attesa per le prestazioni sanitarie costituiscono da anni un problema strutturale del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), generando notevoli difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie per i cittadini, con differenze significative tra il Nord e il Sud del Paese.

Negli ultimi tre anni (2020-2023), la situazione è ulteriormente peggiorata a causa dell'emergenza da COVID-19, che ha acuito le preesistenti disfunzioni nella gestione delle liste d'attesa e ha reso evidente l'incapacità del SSN di programmare misure efficaci per garantire il rispetto dei tempi di attesa.

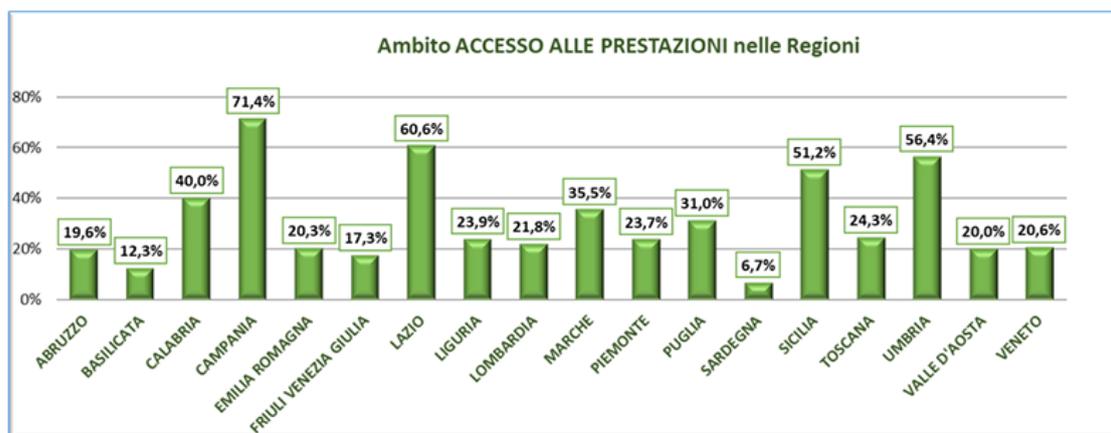
Le liste d'attesa rappresentano la principale criticità riguardante *l'accesso alle prestazioni*, principalmente per:

- Prime visite specialistiche
- Esami diagnostici
- Interventi chirurgici
- Visite di controllo
- Screening oncologici
- Assistenza domiciliare
- Riabilitazione
- Strutture residenziali, sociosanitarie e socio-residenziali

Le lunghe liste d'attesa non sono però l'unico ostacolo all'accesso alle prestazioni sanitarie, ulteriori difficoltà provengono dalla scarsa trasparenza delle informazioni fornite ai cittadini riguardanti le prenotazioni e ad attese estenuanti per poter contattare il Cup (centro unico prenotazioni) o per accedere tramite il sito internet della Regione.

Dalle segnalazioni dei cittadini che si sono rivolti a Cittadinanzattiva, emerge un quadro preoccupante delle lunghe liste d'attesa nelle varie Regioni. Si distinguono per percentuale elevata Campania (71,4%), Lazio (60,6%), Umbria (56,4%) e Calabria (40,0%).

Tabella 6: attesa per accesso alle prestazioni nelle regioni



Fonte: Cittadinanzattiva: Rapporto PIT salute 2023, elaborazione agenzia valutazione civica, p. 21.

2.4 La mobilità sanitaria interregionale: un'ulteriore barriera

Le disparità qualitative nei servizi offerti dai vari Sistemi Sanitari Regionali sono alla base del fenomeno della *mobilità sanitaria*. I cittadini, principalmente del Mezzogiorno, quando ne hanno la possibilità si rivolgono a SSR diversi da quello di residenza, soprattutto per le patologie più gravi.

La presenza di centri per patologie specifiche e di un'assistenza sanitaria ritenuta migliore, determinano un'importante attrattività delle strutture sanitarie del Centro e del Nord.

La mobilità sanitaria interregionale viene distinta in:

- Mobilità attiva: indica l'indice di attrazione di una Regione che eroga prestazioni a cittadini non residenti.
- Mobilità passiva: indica l'indice di fuga da una Regione per ricevere prestazioni da una Regione diversa da quella di residenza (Fondazione GIMBE, 2024).

Dal punto di vista economico, per le Regioni, la mobilità *attiva* rappresenta una voce di credito, quella *passiva* una voce di debito, poiché la Regione che eroga la prestazione sanitaria a un cittadino non residente viene compensata da quella di residenza del paziente.

Le tipologie di prestazioni oggetto di compensazione sono disciplinate dall'ultima versione dell'accordo interregionale, approvato il 14 settembre 2022, dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. In particolare, sono incluse:

- Ricoveri ordinari e day hospital, differenziati per pubblico, IRCCS privato e altro privato
- Medicina generale
- Specialistica ambulatoriale, differenziati per pubblico e privato

- Farmaceutica
- Cure termali
- Somministrazione diretta di farmaci
- Trasporti con ambulanza ed elisoccorso.

Un'analisi condotta dalla Corte dei Conti ha evidenziato che, nel decennio 2010-2019, tredici Regioni, prevalentemente del Centro-Sud, hanno registrato un saldo negativo pari a 14 miliardi di euro. Al contempo, alle prime quattro posizioni per saldo positivo si posizionano Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Veneto (SVIMEZ, 2024).

A causa delle distanze da percorrere per ricevere le cure crescono i costi e i disagi sociali legati alle migrazioni sanitarie, in particolar modo per le famiglie meno agiate. Nel 2022, secondo i dati di AGENAS, la mobilità passiva ha registrato 629 mila pazienti, di cui il 44% residente in una Regione del Mezzogiorno (SVIMEZ, 2024).

Tra il 2017 e il 2021 più di 60.000 pazienti oncologici, provenienti da Basilicata, Campania, Puglia e Sicilia, hanno dovuto spostarsi verso altre Regioni per ricevere le cure adeguate (oltre il 45% della mobilità nazionale); le regioni più attrattive risultano essere Lombardia e Veneto.

Più della metà dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali in mobilità sanitaria sono erogati da strutture private accreditate, un dato che riflette il progressivo impoverimento del SSN.

Le regioni del Nord Italia, in particolare Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, che hanno già sottoscritto i pre-accordi con il Governo per la richiesta di maggiori autonomie, risultano essere le principali beneficiarie dei flussi economici generati dalla mobilità sanitaria. Queste tre Regioni detengono infatti quasi la metà dei crediti della mobilità e il 93,9% del saldo di mobilità positivo (Fondazione GIMBE, 2024).

L'impatto economico della mobilità sanitaria non grava unicamente sulle Regioni, ma si ripercuote anche su altri tre elementi:

1. Il numero di pazienti e familiari accompagnatori coinvolti,
2. I costi sostenuti per gli spostamenti,
3. I costi indiretti, ovvero le assenze dal lavoro di familiari che accompagnano i pazienti, permessi lavorativi e costi intangibili.

La mobilità sanitaria rappresenta una negazione del diritto fondamentale alla salute dei cittadini, sancito dalla Costituzione italiana.

CAPITOLO 3 DUE REGIONI A CONFRONTO: VENETO E PUGLIA

SOMMARIO: 3.1 Indicatori CORE e NO CORE: il sistema di valutazione dei LEA. – 3.2 LEA: dieci anni di monitoraggio regionale. – 3.3 Spesa sanitaria al collasso. – 3.4 Veneto e Puglia: due casi emblematici.

Il capitolo presente si propone di analizzare in dettaglio le disparità nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano, concentrandosi su un confronto tra due regioni emblematiche: il Veneto e la Puglia. Questa scelta non è casuale, ma riflette le complessità e le sfumature dei divari tra Nord e Sud Italia nel contesto sanitario.

Il Veneto rappresenta un esempio di regione *performante*, rinomata per l'efficienza e l'alta qualità dei suoi servizi sanitari. D'altro canto, la Puglia offre un caso di studio particolarmente interessante tra le regioni meridionali: pur superando la soglia minima di adempienza ai Livelli Essenziali di Assistenza relativi all'anno 2022, la regione presenta ancora carenze significative in diversi ambiti dell'assistenza sanitaria.

L'analisi metterà in luce come il raggiungimento formale dei requisiti minimi non sia necessariamente indicativo di un sistema sanitario uniforme ed efficace in tutti i suoi aspetti.

Attraverso questo esame comparativo, il capitolo mira a fornire una prospettiva sulle dinamiche che potrebbero influenzare la qualità e l'efficienza dei servizi sanitari nelle diverse aree geografiche del paese.

3.1 Indicatori CORE e NO CORE: il sistema di valutazione dei LEA

Come già accennato, introdotto nel 2020, il Nuovo Sistema di Garanzia mira a misurare la qualità dell'assistenza sanitaria fornita in Italia, attraverso un set di 88 indicatori, distribuiti per macro-aree di assistenza, suddivisi in due categorie: CORE (22), che consentono di valutare la performance complessiva delle Regioni, e NO CORE (66), che offrono un quadro più dettagliato delle prestazioni erogate, permettendo di individuare aree di miglioramento.

Un comitato di esperti e tecnici si riunisce annualmente per valutare il set di indicatori e proporre eventuali modifiche al Comitato LEA, inoltre, gli indicatori NO CORE possono essere inseriti a rotazione all'interno del sottoinsieme CORE, in base alle valutazioni del Comitato.

Ad esempio, tra gli indicatori CORE 2022, l'indicatore “Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base” misura la percentuale di bambini che hanno completato il ciclo vaccinale entro i due anni di età, elemento fondamentale per valutare l'efficacia delle campagne vaccinali e la prevenzione delle malattie infettive, mentre l'indicatore “Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso” valuta la performance del sistema “118”, permettendo di misurare l'efficienza di un sistema di emergenza sanitaria territoriale.

Tra gli indicatori del sottoinsieme NO CORE 2022, l'indicatore "Rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzativa nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche, esclusi i motivi connessi all'emergenza sanitaria da COVID-19" misura la percentuale di persone costrette a rinunciare a una prestazione sanitaria di cui avrebbero bisogno a causa di problemi organizzativi del sistema sanitario o per motivi economici. Un tasso di rinuncia basso indica un sistema sanitario efficiente e accessibile, viceversa, un tasso elevato segnala la presenza di mancanze strutturali che impongono un intervento tempestivo.

Come già descritto nel precedente capitolo, il sottoinsieme CORE si articola a sua volta in tre macro – aree:

- prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera.

Per ciascun indicatore viene calcolato un punteggio su una scala da 0 a 100, dove 60 corrisponde alla soglia di garanzia minima, ovvero di sufficienza. Ulteriori premi o penalità vengono attribuiti sulla base della variabilità temporale e territoriale del valore dell'indicatore.

Una volta calcolati i punteggi finali di tutti gli indicatori di una specifica macro-area di assistenza, si calcola il punteggio complessivo, dato dalla media pesata degli indicatori, espresso anch'esso in una scala da 0 a 100.

Affinché una Regione sia considerata adempiente, deve raggiungere un punteggio minimo di 60 in ciascuna area; ciò consente di misurare la garanzia dei LEA in maniera indipendente, impedendo meccanismi di compensazione.

I risultati delle valutazioni del sottoinsieme CORE sono parte integrante del Sistema di verifica degli adempimenti LEA a cui sono tenute le Regioni per poter accedere alla quota integrativa di risorse prevista dalla legge n. 191 del 23 dicembre 2009. L'ammontare della quota è proporzionale al livello di performance raggiunto dalla Regione.

Gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, approvati prima della pandemia da COVID-19, risultano inadeguati a cogliere le attuali sfide e i bisogni dei pazienti. Il NSG presenta una riduzione di 12 indicatori "core" rispetto alla Griglia LEA e manca di un sistema di monitoraggio dinamico e continuo, capace di rispondere prontamente alle nuove esigenze.

L'attuale configurazione del NSG risulta quindi incompleta, in quanto non prevede alcuni indicatori essenziali all'interno del sottoinsieme CORE, limitando così la possibilità di valutare in modo accurato le prestazioni del Sistema Sanitario Nazionale.

Ad esempio, nessuno dei due indicatori riguardanti le "liste d'attesa" garantisce il rispetto delle norme del Piano nazionale di governo delle liste d'attesa e il recupero delle prestazioni mancate durante la pandemia.

La “quota di popolazione che rinuncia a prestazioni sanitarie” rientra tra gli indicatori NO CORE quando la sua presenza tra gli indicatori CORE risulta indispensabile per misurare l’impegno delle Regioni nell’eliminare, o ridurre, le disparità nell’accesso alle prestazioni sanitarie per i cittadini.

Altro indicatore fondamentale da inserire nel sottoinsieme CORE, secondo Salutequità, riguarda i “tempi di attesa al pronto soccorso”. Non solo questo indicatore è relegato al sottoinsieme NO CORE, ma non è nemmeno previsto un controllo sistematico sull'applicazione delle linee guida sul triage e sul ricovero ospedaliero.

L'ampliamento del sottoinsieme CORE con nuovi indicatori, come quelli legati al rispetto degli standard e dei fabbisogni di personale in tutte le strutture previste dal PNRR, alla stratificazione della popolazione e all'utilizzo delle nuove tecnologie, rappresenta un passo fondamentale per migliorare la qualità e l'efficienza del sistema sanitario italiano.

La lista degli indicatori potenzialmente includibili è lunga e variegata, a testimonianza della complessità del sistema e della necessità di un monitoraggio continuo e multidimensionale.

È indispensabile prevedere un sistema di aggiornamento periodico e flessibile degli indicatori di monitoraggio attualmente previsti, garantire tempestività nella pubblicazione dei risultati delle valutazioni LEA (ad oggi, l’ultima pubblicazione riporta i risultati delle valutazioni dell’anno 2022) e attuare la previsione dell’ ”Intervento di potenziamento dei LEA” da parte delle Regioni previsto dal Patto per la Salute 2019-2021.

Tabella 7: Indicatori CORE del NSG necessari.

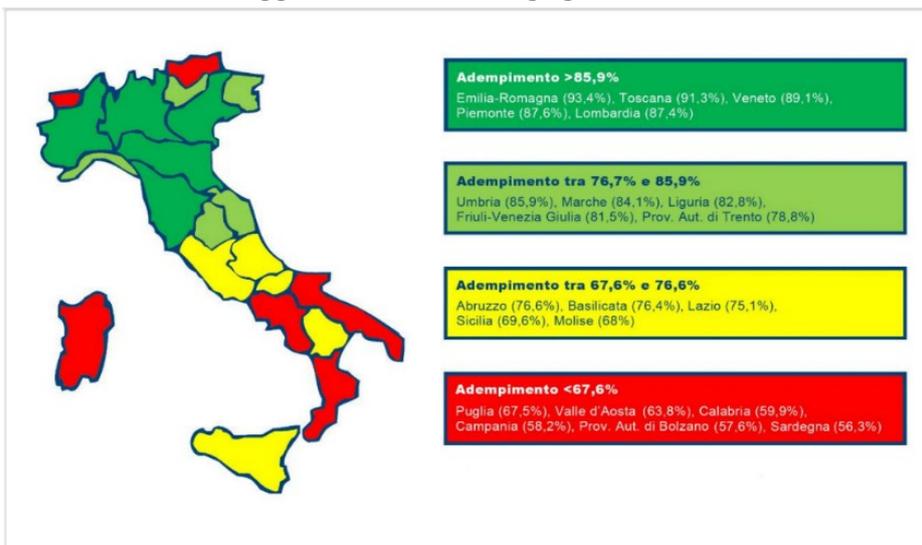
Ulteriori indicatori “core” del NSG necessari per garantire e verificare le cure:
1. Coperture raggiunte nelle vaccinazioni raccomandate agli anziani previste dal PNPV 2023-2025
2. Lesioni individuate attraverso i programmi di screening.
3. Attuazione del Piano Nazionale della Cronicità (PNC) con indicatori specifici su stratificazione della popolazione, aderenza terapeutica, PDTA
4. Qualità e accessibilità dell’assistenza primaria (MMG, PLS, Continuità Assistenziale – DM 77/2022)
5. Qualità dell’Assistenza domiciliare integrata analizzando i professionisti coinvolti nell’équipe, le ore di assistenza per caso, l’attuazione e il rispetto dei requisiti di accreditamento delle cure
6. Livello d’integrazione sociosanitaria degli interventi assistenziali
7. Livello di completezza e di utilizzo (da cittadini, professionisti sanitari e ASL) del Fascicolo Sanitario Elettronico
8. Equità di accesso alle prestazioni di telemedicina (PNRR) in tutte le Regioni
9. Pieno, tempestivo ed equo accesso alle innovazioni tecnologiche
10. Rispetto dei tempi di accesso alle cure relativi a ogni codice di priorità, e il completo rispetto delle norme previste dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa
11. Attuazione e il rispetto del Decreto sugli standard dell’assistenza territoriale a partire dagli standard dell’infermiere di famiglia e di comunità e all’ulteriore personale infermieristico, medico e delle altre professioni coinvolte
12. Rispetto della metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, prevista dal Decreto di gennaio 2023
13. Sicurezza delle cure con l’attuazione della legge sulla responsabilità professionale, il monitoraggio delle infezioni correlate all’assistenza, maggiore valorizzazione dei dati sugli esiti del Piano Nazionale Esiti, costruzione di un apposito numero indice che possa concorrere all’assegnazione del punteggio Lea nel NSG
14. Livello di accessibilità, qualità e sicurezza delle cure all’interno del Pronto Soccorso
15. Qualità, l’accessibilità e l’equità dell’assistenza garantita alle persone con malattia rara
16. Il grado di umanizzazione delle cure
17. Rispetto delle norme relative alla regolamentazione di alcuni aspetti dell’assistenza come intramoenia, procreazione medicalmente assistita (PMA), utilizzando i dati certificati contenuti nelle specifiche Relazioni al Parlamento
18. Livello di equità sociale attraverso il tasso di rinuncia alle cure
19. Attuazione e garanzia del Decreto Tariffe sui nuovi Lea (monitoraggio erogazione nuove prestazioni che dal 1° aprile 2024 si devono garantire ai cittadini)
Fonte: Salutequità - “VALUTARE BENE PER GARANTIRE EQUITÀ”

Fonte: Salutequità: Valutare bene per garantire equità. [IL REPORT Accesso alle cure: come garantire maggiore equità con il Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA – Salutequità \(salutequita.it\)](#)

3.2 LEA: dieci anni di monitoraggio regionale

Sulla base dei 10 monitoraggi annuali LEA del Ministero della Salute (2010-2019), l'Osservatorio GIMBE ha calcolato un indice di adempimento cumulativo per ciascuna regione, come percentuale di punti ottenuti su un massimale di 2.250 in dieci anni. Tale indice è stato utilizzato per stilare una classifica regionale, suddivisa in quartili, che consente di visualizzare in modo chiaro le differenze nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (Fondazione GIMBE, 2024).

Tabella 8: Monitoraggio dei LEA con la griglia LEA.



Fonte: Fondazione GIMBE, 21 marzo 2024: Report Osservatorio GIMBE 2/2024, l'autonomia differenziata in sanità, p.15. <http://www.gimbe.org/autonomia-differenziata>

Il punteggio totale conferma il persistente divario nell'accesso ai servizi sanitari tra Nord e Sud Italia. L'assenza di regioni meridionali nei primi due quartili della classifica è un segnale allarmante. Tale disparità è il risultato di una combinazione di fattori, tra cui il cronico sottofinanziamento delle regioni del Centro-Sud, che le ha costrette a permanere dai 13 ai 17 anni in Piani di Rientro o Commissariamenti.

I Piani di Rientro ed i Commissariamenti, pur avendo l'obiettivo di risanare la finanza regionale, non sono riusciti a innescare un processo di riforma strutturale del sistema sanitario, limitandosi spesso a interventi emergenziali e a tagli lineari ai servizi. La Calabria e il Molise, ancora oggi sotto commissariamento, rappresentano casi esemplari di come questa situazione abbia compromesso la qualità e l'equità dell'assistenza sanitaria.

Tabella 9: Piani di Rientro e Commissariamenti

Regione	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Lazio	28/02	11/07												22/07			
Abruzzo	06/03	11/09								15/09							
Liguria	06/03			10/04													
Campania	13/03		28/07											24/01			
Molise	27/03		24/7														
Sicilia	31/07																
Sardegna	31/07			31/12													
Calabria			17/12	30/07													
Piemonte				29/07							21/03						
Puglia				29/11													

In giallo sono riportate le Regioni in Piano di rientro, in rosso le Regioni in Piano di rientro e commissariamento.
Le date all'interno delle celle identificano l'inizio/fine del Piano di rientro/commissariamento.

Fonte: Fondazione GIMBE, 21 Marzo 2024: Report Osservatorio GIMBE n. 2/2024. L'autonomia differenziata in sanità, p.15. <http://www.gimbe.org/autonomia-differenziata>

Nel corso del decennio 2010-2019, la Griglia LEA, con i suoi indicatori cristallizzati e i criteri di valutazione ormai obsoleti, si è rivelata inadeguata a fronteggiare la dinamica evoluzione del sistema sanitario nazionale italiano, generando una valutazione distorta delle performance delle regioni e ostacolando la promozione di modelli assistenziali innovativi.

A partire dal 2020, il Nuovo Sistema di Garanzia ha sostituito la Griglia LEA come strumento di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza. Tuttavia, i dati relativi agli anni 2020 e 2021, fortemente influenzati dalla pandemia da COVID-19, hanno un valore puramente indicativo.

Nel 2020 solo 11 regioni risultano “adempienti” superando la soglia di sufficienza in tutte le macro-aree, di cui la Puglia, unica regione del Sud presente, ha ottenuto il punteggio più basso, confermando le persistenti disparità territoriali.

Nel 2021 si registra un lieve miglioramento rispetto all'anno precedente: salgono da 11 a 14 il numero delle regioni che superano la soglia di sufficienza. Nonostante questo progresso, il divario tra Nord e Sud rimane evidente: solo Abruzzo, Puglia e Basilicata, tra le regioni meridionali, si collocano tra le regioni “adempienti”, seppur con i punteggi più bassi.

Infine, nel 2022 (ultimo monitoraggio disponibile), si registra un lieve arretramento rispetto all'anno precedente, scendendo nuovamente da 14 a 13 le regioni “adempienti”. Le disparità territoriali persistono, mentre alcune regioni settentrionali raggiungono livelli di eccellenza, altre, soprattutto nel Mezzogiorno, faticano a garantire l'accesso ai servizi sanitari minimi (Ministero della Salute, 2024).

3.3 Spesa sanitaria al collasso

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano si trova oggi in una condizione di estrema crisi di sostenibilità, dovuta principalmente a un cronico sottofinanziamento. Negli ultimi quindici anni, una progressiva riduzione della spesa sanitaria da parte dei Governi ha eroso le risorse necessarie per garantire l'erogazione di prestazioni adeguate e ha compromesso la sostenibilità del sistema nel lungo periodo. La carenza di investimenti, unita all'assenza di riforme strutturali, ha determinato un progressivo deterioramento della qualità dei servizi offerti, con liste d'attesa sempre più lunghe e una crescente disuguaglianza nell'accesso alle cure.

La spesa sanitaria pubblica italiana è pari al 6,2% del PIL, valore ben al di sotto della media OCSE (6,9%) e della media europea (6,8%). Ben 15 sono i paesi europei dell'area OCSE che investono nella spesa sanitaria una percentuale del PIL maggiore dell'Italia (La Repubblica, 2024).

Il gap con la media dei Paesi europei nel 2023, tenendo conto di una popolazione di quasi 59 milioni di abitanti, raggiunge all'incirca la cifra di 47,6 miliardi di euro. “Ciononostante, la politica continua a illudersi di poter mantenere un SSN pubblico, equo e universalistico con una spesa sanitaria che tra i paesi europei ci colloca primi tra i paesi poveri e senza attuare coraggiose riforme.” (Fondazione GIMBE, 2024, p. 14.)

Le conseguenze di questa “manutenzione ordinaria” del sistema sanitario si riflettono profondamente nella vita quotidiana dei cittadini, soprattutto di quelli più vulnerabili. Interminabili tempi di attesa per una prestazione sanitaria, la crescente necessità di ricorrere alla spesa privata, pronto soccorso sovraffollati, l'impossibilità di trovare un medico o un pediatra di famiglia, disuguaglianze regionali fino alla migrazione sanitaria hanno reso l'accesso alle cure un percorso a ostacoli, con ricadute significative sulla salute e sul benessere delle persone, soprattutto nelle Regioni meridionali, in cui non sono nemmeno garantiti i *livelli essenziali di assistenza*.

3.4 Veneto e Puglia: due casi emblematici

	<i>VENETO</i>	<i>PUGLIA</i>
Speranza di vita alla nascita (2022)	83,4	82,6
Stili di vita	77,73	55,90
Buona salute percepita	77,20	73,10
Personale infermieristico ogni 1000 abitanti (2021)	5,89	4,61
Intervallo allarme – target dei mezzi di soccorso	97,01	57,02
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	100	63,84
Tempi di attesa prestazioni specialistica ambulatoriale classe U	24 ore	72 ore
% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	86,60%	65,16%
% test di screening di 1° livello in un programma organizzato	100	46,80
Rinuncia a prestazioni sanitarie	5,30%	6,80%
Mobilità sanitaria	+228,1 milioni	-131,4 milioni

Fonte: Elaborazione propria su dati del Ministero della Salute relativi al monitoraggio dei LEA attraverso il NSG 2022 e su dati della Fondazione The Bridge relativi all'autonomia differenziata in sanità.

La tabella precedente offre un confronto tra due regioni italiane, il Veneto e la Puglia, due regioni emblematiche che rappresentano le profonde differenze che caratterizzano il Sistema Sanitario Nazionale (SS) tra il Nord e il Sud Italia, attraverso una serie di indicatori chiave, raccolti da diverse fonti istituzionali:

- I. Il primo indicatore preso in esame è la “*speranza di vita alla nascita*”, indicatore demografico chiave della qualità e dell'efficacia dei servizi sanitari, rappresenta la durata media della vita di una persona, considerando le condizioni di mortalità esistenti in un determinato momento e luogo. Secondo i dati ISTAT 2022 l'aspettativa di vita alla nascita in Veneto si attesta sugli 83.4 anni, valore ben al

di sopra della media nazionale italiana e superiore rispetto agli 82.6 anni in Puglia. Un'*aspettativa di vita alla nascita* alta è generalmente associata a un miglioramento delle condizioni di vita e ad un sistema sanitario più efficiente.

- II. L'indicatore composito sugli "*stili di vita*" è volto a monitorare i cambiamenti, nel tempo, della frequenza di fattori di rischio comportamentali o stili di vita associati all'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili. Un punteggio basso suggerisce che, all'interno di una popolazione, sono prevalenti comportamenti e abitudini che non promuovono la salute e sono strettamente correlati all'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili, pertanto, il Veneto, con un punteggio di 77.73, sembrerebbe avere una popolazione con abitudini di vita più salutari rispetto alla Puglia, con un punteggio di 55.90.
- III. "*Buona salute percepita*" rappresenta un indicatore dello stato di salute, contribuisce a stimare l'impatto delle malattie sulla qualità di vita della popolazione e i bisogni di salute della popolazione. I dati relativi alla *buona salute percepita* evidenziano una leggera, ma significativa, disparità tra il Veneto (77.20) e la Puglia (73.10). Essendo una valutazione soggettiva dello stato di benessere di un individuo è plausibile ipotizzare che le differenze osservate siano collegate a disparità nel livello di reddito, nell'accesso ai servizi sanitari, nello stile di vita e nell'ambiente.
- IV. Gli ultimi dati disponibili, risalenti al 2021, registrano in Italia un numero di infermieri pari a 6.2 ogni 1000 abitanti, a fronte dei 9.9 della media OCSE, sebbene con differenze sostanziali tra le regioni, che colpiscono maggiormente le regioni del Centro-Sud sottoposte a Piani di Rientro, che spesso prevedono tagli ai finanziamenti che si traducono in una riduzione del personale. (Fondazione GIMBE) Il Veneto, con 5.89 infermieri ogni 1000 abitanti, si avvicina alla media nazione, mentre la Puglia si trova al di sotto con 4.61 infermieri ogni 1000 abitanti.
- V. "*Intervallo allarme target dei mezzi di soccorso*" monitora il tempo di risposta alle richieste di intervento sanitario che rivestono carattere di emergenza-urgenza; valuta la performance del sistema "118". Il Veneto, con un punteggio di 97.01, registra un tempo di risposta medio dei mezzi di soccorso di 18 minuti, mentre la Puglia, con un punteggio di 57.02 presenta un tempo medio di risposta di 21 minuti. Questa differenza, seppur contenuta in termini di minuti, può risultare cruciale in situazioni di emergenza.
- VI. L'indicatore "*numero di deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative*" sul numero di deceduti per causa di tumore, fornisce una misura della diffusione e dell'utilizzo delle cure palliative per i pazienti oncologici in fase terminale. Un valore alto indica una buona diffusione delle cure e un maggior accesso a queste per i pazienti oncologici. In Veneto, secondo i dati ISTAT, il 57.03% dei decessi per tumore è avvenuto con l'assistenza di una rete di cure palliative, ottenendo un punteggio finale di 100. In Puglia, solo il 36.92% delle persone decedute per causa di tumore ha ricevuto assistenza dalla rete, ottenendo un punteggio finale di 63.84; ciò sta a significare che meno della metà dei pazienti oncologici in fase terminale ha potuto beneficiare di cure di "fine vita".

- VII. L'indicatore "*tempi di attesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale classe U*" misura il numero di giorni che intercorre fra la data di prenotazione e la data dell'appuntamento assegnato in classe di priorità U (urgente), ovvero, all'attesa media prevista. In Puglia, l'attesa media prevista per una prestazione classificata come "urgente" è di 72 ore, tre volte più lunga rispetto al Veneto, in cui l'attesa media è di 24 ore.
- VIII. L'indicatore "*percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B*" misura l'efficienza del sistema sanitario nell'assicurare un accesso tempestivo alle prestazioni ambulatoriali con classe di priorità B (Breve). Tuttavia, la validità dei dati utilizzati per il calcolo di tale indicatore incide significativamente sull'affidabilità dei risultati ottenuti. In Veneto, l'86.60% delle prestazioni di classe B viene garantita entro i tempi previsti, mentre in Puglia solo il 65.16%.
- IX. La "*proporzione di persone in età target che hanno effettuato test di screening di primo livello in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto*" in Veneto supera il 50% per ciascuna delle patologie; al contrario, in Puglia:
- Per il tumore alla cervice uterina circa il 40% delle donne in età target ha effettuato test di screening,
 - Per il tumore al seno solo il 30%,
 - Infine, per il tumore al colon-retto, solo l'11% della popolazione target ha effettuato il test.

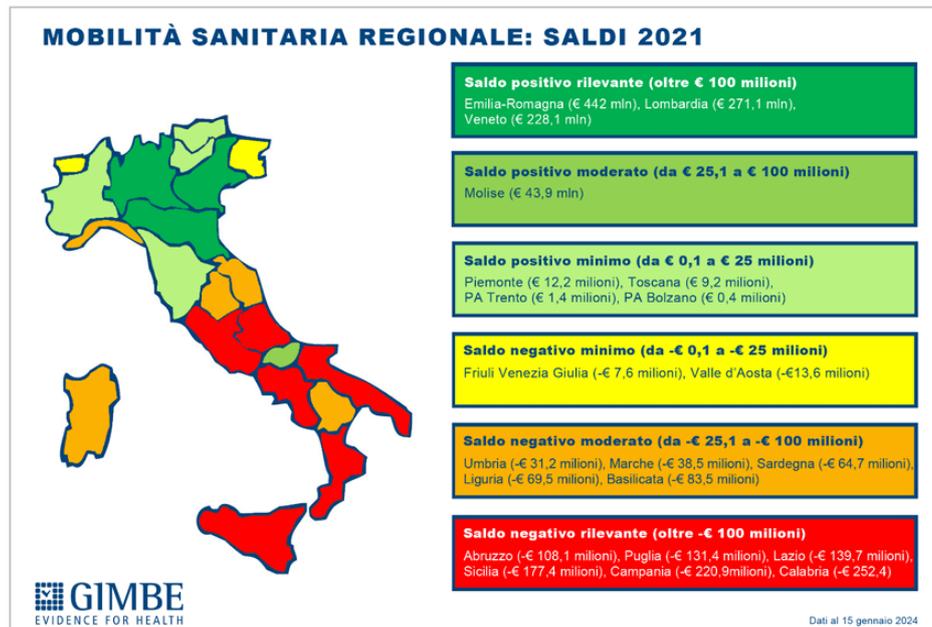
I test di screening sono fondamentali per poter individuare lesioni precancerose o tumori in fase iniziale, aumentando significativamente le possibilità di guarigione. I dati evidenziano una notevole disparità tra le due regioni, e più ampiamente tra il Nord e il Sud Italia, sottolineando l'importanza di promuovere la consapevolezza dell'importanza della prevenzione e di garantire l'accessibilità agli screening.

- X. In Puglia, una percentuale significativa della popolazione, il 6,8% ogni 100 residenti, ha scelto di rinunciare a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzativa nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche, come ad esempio lunghe attese per visite specialistiche, mancanza di servizi specifici in alcune zone, costi diretti o indiretti troppo elevati; rispetto al Veneto, che presenta il 5.3% di rinuncia alle prestazioni sanitarie ogni 100 residenti, differenza non così significativa tra le due regioni.
- XI. La "*mobilità sanitaria*" indica il fenomeno per cui un cittadino si sposta dal luogo di residenza per ricevere delle prestazioni sanitarie in un'altra regione/paese. Viene distinta in mobilità *attiva*, una voce di credito che identifica l'indice di attrazione di una Regione, e mobilità *passiva*, una voce di debito che identifica l'indice di fuga di una Regione. Ogni anno vengono effettuate *compensazioni finanziarie* tra regioni su 7 flussi finanziari, ciò comporta per le regioni d'origine

di un paziente il versamento di un contributo nei confronti della regione che eroga la prestazione per coprire i costi della prestazione.

Dall'analisi dei saldi della mobilità interregionale 2021 (riparto 2023) emerge la forte capacità attrattiva delle Regioni del Nord, e, di conseguenza, la "fuga" dalle regioni del Centro-Sud. Dal momento che, le regioni con saldo positivo superiore a €200 milioni sono situate tutte al Nord, amplificando le diseguglianze già esistenti, si può parlare di *frattura strutturale* tra Nord e Sud Italia.

Tabella 10: la mobilità sanitaria interregionale al 2021.



Fonte: Fondazione GIMBE, 21 Marzo 2024: Report Osservatorio GIMBE n. 2/2024. L'autonomia differenziata in sanità, p.20.

<http://www.gimbe.org/autonomia-differenziata>

CAPITOLO 4 L'AUTONOMIA DIFFERENZIATA REGIONALE

Sommario: 4.1 Che cos'è l'autonomia differenziata. – 4.2 Le maggiori autonomie richieste sulla “tutela della salute”. – 4.3 Le criticità dell'autonomia differenziata.

4.1 Che cos'è l'autonomia differenziata.

“L'art. 116, terzo comma, della Costituzione prevede la possibilità di attribuire alle Regioni a statuto ordinario ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia (c.d. “regionalismo differenziato”) sulla base di un'intesa tra lo Stato e le Regioni che ne facciano richiesta” (Fondazione GIMBE, 2024, p.1).

L'iter per l'attuazione dell'autonomia differenziata in Italia ha avuto inizio nell'ottobre del 2017 su richiesta di Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto e si è concluso con l'entrata in vigore della legge ordinaria il 13 luglio 2024.

Le Regioni possono fare richiesta di autonomia su alcune o tutte e 23 le materie previste, senza fornire motivazioni, tra cui la tutela della salute. La concessione di quattordici di queste materie è subordinata alla determinazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (Lep), un paniere di prestazioni sanitarie che devono essere erogate in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, definito dal Governo entro 24 mesi dall'entrata in vigore del provvedimento.

In materia di “tutela della salute” in particolare il Comitato istituito per definire i livelli essenziali delle prestazioni (CLEP) ha stabilito che la definizione dei LEP equivalgono ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) già esistenti, ai quali non corrisponde un fabbisogno finanziario, poiché il riparto del fabbisogno sanitario nazionale con cui lo Stato ripartisce le risorse alle Regioni è indipendente dal raggiungimento dei LEA.

4.2 Le maggiori autonomie richieste sulla “tutela della salute”

Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto hanno avanzato richieste formali per acquisire maggiori competenze decisionali in materia di “tutela della salute”, tra cui (Fondazione GIMBE, 2024):

- Maggiore autonomia per la rimozione di specifici vincoli di spesa in materia di personale.
- Maggiore autonomia in materia di accesso alle scuole di specializzazione, programmazione di borse di studio per medici specializzandi e integrazione operativa di questi nel sistema aziendale.
- Possibilità di stipulare contratti di specializzazione-lavoro per i medici come strumento alternativo all'accesso alle scuole di specializzazione.
- Possibilità di stipulare accordi con l'Università del territorio.
- Possibilità di definire in modo più autonomo i costi dei servizi sanitari all'interno del territorio nazionale, gestione dei rimborsi per le prestazioni erogate da

strutture private, definizione delle retribuzioni del personale sanitario e gestione delle forme di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini.

- Maggiore autonomia nella definizione del sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN.
- Possibilità di richiedere all’Agenzia Italiana del Farmaco valutazioni sull’equivalenza terapeutica.
- Maggiore competenza nel programmare interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN.
- Maggiore autonomia in materia di gestione dei fondi sanitari integrativi.
- Maggiore autonomia gestionale del personale del SSN.
- Autonomia nella distribuzione ed erogazione diretta dei farmaci.

4.3 Le criticità dell’autonomia differenziata.

In un contesto segnato da una grave crisi di sostenibilità del SSN e da profonde diseguaglianze regionali in termini di attuazione dei LEA e aspettativa di vita alla nascita, l’introduzione di maggiori autonomie in sanità rischia di amplificare le disparità esistenti, determinando una mobilità sanitaria ancora più accentuata, con il rischio di peggiorare l’assistenza sanitaria per i residenti delle regioni attrattive.

Alcune, tra le richieste avanzate dalle tre regioni, risultano oggi fondamentali per fronteggiare la grave crisi del sistema sanitario nazionale, ad esempio l’abolizione dei tetti di spesa per il personale sanitario andrebbe estesa a tutte le regioni per poter fronteggiare la carenza di personale sanitario, altre invece, potrebbero introdurre ulteriori forme di diseguaglianze.

Tra le regioni che hanno richiesto maggiori autonomie rientrano esclusivamente regioni del Nord Italia, regioni con le migliori performance sanitarie e maggiore capacità di attrazione, di conseguenza, se non verrà ridotta almeno in parte questa frattura strutturale, la sanità rischia di diventare un bene pubblico in mano alle regioni più ricche situate al Nord e un bene di consumo per le altre regioni.

Inoltre, a causa dell’assenza di misure per ridurre l’evasione fiscale, il debito pubblico e le diseguaglianze regionali “con l’autonomia differenziata le Regioni potranno trattenere il gettito fiscale, che non verrebbe più redistribuito su base nazionale, impoverendo ulteriormente il Mezzogiorno.” (Fondazione GIMBE, 2024, p.25).

Tutte le regioni del Sud Italia si trovano attualmente in regime di Piano di Rientro o Commissariamenti, che impone loro l’impossibilità di avanzare richieste di maggiori autonomie in materia di “tutela della salute”.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), attraverso ingenti investimenti in infrastrutture, digitalizzazione, innovazione e sostenibilità, ha l’obiettivo di colmare il gap infrastrutturale e produttivo tra Nord e Sud, promuovendo un modello di sviluppo più

equo e sostenibile in tutto il territorio nazionale, come più volte raccomandato dalla Commissione Europea.

Grazie ai fondi del Next Generation EU, l'Italia ha l'opportunità di mettere in campo una serie di interventi senza precedenti per ridurre le disuguaglianze territoriali e rafforzare la competitività del Paese a livello internazionale, ma l'impianto normativo della legge sull'attuazione dell'autonomia differenziata, prevedendo maggiori autonomie per le Regioni che ne facciano richiesta, contrasta il fine del PNRR, ovvero rilanciare il Mezzogiorno, poiché "renderà le Regioni del Centro-Sud sempre più dipendenti dalle ricche Regioni del Nord" (Fondazione GIMBE, 2024, p.26).

CONCLUSIONI

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano, pur fondato sull'ideale di un'assistenza sanitaria universale ed equa, presenta significative disparità regionali e sociali, soprattutto tra il Nord e il Sud del Paese.

Sulla base dell'analisi condotta, è possibile affermare che le disuguaglianze all'interno del Servizio Sanitario Nazionale italiano sono il risultato di un complesso intreccio di fattori storici, sociali, economici e politici che hanno plasmato il nostro Paese in modo diseguale. Le radici di queste disparità affondano in un passato lontano e si manifestano oggi in una molteplicità di dimensioni, dalla distribuzione delle risorse alla qualità delle prestazioni erogate.

Scelte politiche in materia di finanziamento, organizzazione dei servizi e distribuzione delle risorse hanno spesso favorito alcune regioni e categorie di popolazione a discapito di altre, contribuendo a consolidare le disuguaglianze esistenti.

Il primo, se non il più rilevante, tra i fattori causa della *frattura strutturale* tra Nord e Sud Italia risiede nel meccanismo di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, ancorato principalmente alla struttura per età della popolazione residente in ciascuna regione. Non considera adeguatamente i bisogni delle diverse categorie di pazienti e, di conseguenza, le regioni più povere, con una popolazione più giovane e con maggiori bisogni sanitari ricevono risorse inferiori.

Ciò si traduce in una minore disponibilità di tecnologie all'avanguardia, strutture ospedaliere obsolete, carenza di personale medico ed infermieristico qualificato, con conseguenti liste d'attesa più lunghe per poter accedere alle prestazioni sanitarie essenziali e a una più limitata offerta di prestazioni specialistiche.

A questo squilibrio nella distribuzione delle risorse tra le regioni del Paese, si aggiunge l'impatto dei Piani di Rientro e Commissariamenti.

I Piani di Rientro ed i Commissariamenti sono strumenti finanziari utilizzati per consentire alle Regioni in deficit di riequilibrare i propri bilanci e di garantire la sostenibilità del sistema. Tuttavia, per raggiungere gli obiettivi di pareggio di bilancio, le Regioni sottoposte sono spesso costrette a ridurre l'offerta di servizi sanitari, tagliando le prestazioni non essenziali, aumentando le liste d'attesa e riducendo il personale sanitario.

Di fronte alla riduzione dell'offerta pubblica, molti cittadini sono costretti a rivolgersi al settore privato, impoverendosi ulteriormente e accentuando le disuguaglianze sociali.

A questo scenario, si aggiunge un ulteriore fattore, conseguenza diretta dei Piani di Rientro o Commissariamenti e causa indiretta che contribuisce ad ampliare le disuguaglianze presenti: la mobilità sanitaria. I tagli alle prestazioni e l'aumento delle liste d'attesa costringono i cittadini a spostarsi verso altre regioni per ricevere le cure necessarie, situate principalmente al Nord Italia e considerate le più "prestigiose".

Le regioni d'origine, già impoverite, sono costrette a pagare una compensazione alla Regione di destinazione per le prestazioni erogate ai propri cittadini, questo fenomeno determina un ulteriore impoverimento delle regioni già svantaggiate, e un arricchimento delle regioni più privilegiate, creando un circolo vizioso.

La pandemia da COVID-19 ha esacerbato questa situazione, mettendo sotto pressione i sistemi sanitari di tutte le regioni, ma in modo particolarmente intenso quelli delle regioni situate nel Sud Italia.

La riorganizzazione dei servizi per far fronte all'emergenza sanitaria ha comportato la sospensione o il rinvio di molte prestazioni non urgenti, allungando ulteriormente le liste d'attesa, limitando l'accesso alle cure e incrementando la mobilità sanitaria. La perdita di personale sanitario, dovuta a pensionamenti, dimissioni e riallocazioni, ha significativamente indebolito i sistemi sanitari più fragili, soprattutto nelle regioni meridionali.

Alla luce dei dati analizzati, è possibile arrivare alla conclusione che le maggiori autonomie richieste da Veneto, Emilia-Romagna e Lombardia, regioni caratterizzate da sistemi sanitari "di eccellenza" e da un forte potere di attrazione in termini di mobilità sanitaria, non potrà che ampliare la frattura già presente nel Sistema Sanitario italiano.

L'autonomia differenziata contrasta il fine ultimo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Un obiettivo primario del PNRR è il riequilibrio territoriale e il rilancio delle regioni del Mezzogiorno, mentre l'autonomia regionale porterà inevitabilmente a concentrare risorse e competenze nelle regioni già più sviluppate, sottraendole dal Sud Italia.

Concedere maggiori autonomie alle regioni potrebbe innescare una competizione tra le regioni stesse, con il rischio di una corsa al ribasso in termini di standard qualitativi e di tutela dei diritti dei pazienti.

Per poter superare le disuguaglianze è fondamentale riformare in profondità il sistema, a partire da un nuovo modello di finanziamento più equo e da una riorganizzazione dei servizi che tenga conto dei bisogni specifici di ogni regione.

È fondamentale garantire l'equità nell'accesso alle cure, indipendentemente dal luogo di residenza, dal reddito o da altre condizioni socioeconomiche, attraverso un potenziamento delle risorse umane e tecnologiche e investendo in programmi di prevenzione per ridurre l'incidenza delle malattie croniche.

La riforma del Servizio Sanitario Nazionale è una sfida complessa che richiede un impegno a lungo termine da parte di tutti gli attori coinvolti. Investire in un sistema sanitario più equo ed efficiente è un investimento necessario per il futuro del nostro Paese e del benessere dei suoi cittadini.

BIBLIOGRAFIA

- Camera dei deputati. Studi – Affari sociali. 14 marzo 2023. “*I criteri di riparto del fabbisogno sanitario nazionale.*” Ultimo accesso: 25 maggio 2024. Disponibile a: <https://temi.camera.it/leg19/post/i-criteri-di-riparto-del-fabbisogno-sanitario-nazionale.html>
- Casadio Giovanna. “*Autonomia differenziata: dalle intese tra Stato e Regioni ai Lep, ecco cosa prevede la legge-bandiera della Lega.*” La Repubblica, 19 giugno 2024. Ultimo accesso: 17 settembre 2024. Disponibile a: [Autonomia differenziata, cos'è e cosa cambia: le conseguenze, i pro e i contro - la Repubblica](#)
- Cittadinanzattiva. 2023. “*Rapporto civico sulla salute 2023.*” Ultimo accesso: 27 maggio 2024. Disponibile a: [URGENZA SANITA': a difesa del Servizio Sanitario Nazionale - Cittadinanzattiva una organizzazione, fondata nel 1978](#)
- CREA Sanità. Roma, 2023. “*19° Rapporto Sanità. Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione.*” A cura di: Federico Spandonaro, Daniela d'Angela, Barbara Polistena. Locorotondo Editore. Ultimo accesso: 30 maggio 2024. Disponibile a: <https://www.creasanita.it/attivitascientifiche/rapporto-sanita-2023-edizione-xix/>
- Dottor Magi Massimo. 12 marzo 2020. “*Sistema Sanitario Nazionale: com'è cambiato dal 1978 a oggi*”. Medical Facts. Ultimo accesso: 8 maggio 2024. Disponibile a: <https://www.medicalfacts.it/2020/03/12/sistema-sanitario-nazionale-dal-1978-oggi/>
- Fantozzi Roberto a Gabriele Stefania. 27 marzo 2024. “*Il riparto del fabbisogno sanitario nazionale tra nuovi criteri e attuazioni incompiute.*” Ufficio Parlamentare di Bilancio. Ultimo accesso: 25 maggio 2024. Disponibile a: https://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2024/03/Focus_3_2024_Riparto-fabb_san.pdf
- Fondazione GIMBE. Bologna, 10 ottobre 2023. “*6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale.*”
- Fondazione GIMBE. Bologna, 16 gennaio 2024. “*Report osservatorio GIMBE n. 1/2024. La mobilità sanitaria interregionale nel 2021.*” Ultimo accesso: 30 maggio 2024. Disponibile a: https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2024.01_Mobilita_sanitaria_2021.pdf
- Fondazione GIMBE. Bologna, 21 marzo 2024. “*Report Osservatorio GIMBE n. 2/2024. L'autonomia differenziata in sanità.*” Ultimo accesso: 7 settembre 2024. Disponibile a: www.gimbe.org/autonomia-differenziata.
- Fondazione The BRIDGE. Aprile 2024. “*L'autonomia differenziata tra opportunità e sfide per il contrasto alle disuguaglianze in sanità.*” Ultimo accesso: 14 settembre 2024. Disponibile a: [leg19.com01.Audizioni.Memoria.PUBBLICO.ideGes.35145.08-04-2024-15-29-49.253.pdf \(camera.it\)](https://leg19.com01.Audizioni.Memoria.PUBBLICO.ideGes.35145.08-04-2024-15-29-49.253.pdf)

- La Repubblica. 3 settembre 2024. “Gimbe: *‘In sanità spendiamo il 6,2% del Pil, la media Ocse è al 6,9%.’*” Ultimo accesso: 11 settembre 2024. Disponibile a:
https://www.repubblica.it/salute/2024/09/03/news/sanita_spendiamo_62_pil_sotto_medi_a_ocse-423476877/
- Lispi L., Di Fonzo G., Gallo M., Giordani C., Ceccolini C., Cicchetti A. “*Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Relazione 2022.*” Ministero della Salute, 2024. Disponibile a:
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3456_allegato.pdf
- Maciocco Gavino. 19 settembre 2016. “*Quando Ciampi salvò il Servizio sanitario nazionale*”. SALUTE INTERNAZIONALE. Ultimo accesso: 9 maggio 2024. Disponibile a:
<https://www.saluteinternazionale.info/2016/09/quando-ciampi-salvo-il-servizio-sanitario-nazionale/>
- Ministero della Salute. 30 gennaio 2019. “*I principi del Servizio sanitario nazionale (SSN)*”. Ultimo accesso: 6 maggio 2024. Disponibile a:
<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?id=5073&area=Lea&menu=vuoto> Ultimo accesso: 6 maggio 2024.
- Ministero della Salute. 30 gennaio 2019. “*LEA, Regioni e Province autonome*”. Ultimo accesso: 30 aprile 2024. Disponibile a:
<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?id=4694&area=Lea&menu=leaEssn>. Ultimo accesso: 6 maggio 2024.
- Ministero della Salute. 9 settembre 2021. “*Mantenimento dell’erogazione dei LEA - Griglia LEA*”. Ultimo accesso: 14 maggio 2024. Disponibile a:
<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4747&area=Lea&menu=monitoraggioLea>
- Ministero della Salute. Dicembre 2022. “*Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Metodologia e risultati dell’anno 2020*”. Ultimo accesso: 16 maggio 2024. Disponibile a:
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3288_allegato.pdf
- Ministero della Salute. 17 aprile 2023. “*Verifica adempimenti LEA*”. Ultimo accesso: 14 maggio 2024. Disponibile a:
<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4746&area=Lea&menu=monitoraggioLea>
- Ministero della Salute. Maggio 2023. “*Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Metodologia e risultati dell’anno 2021*”. Roma. Ultimo accesso: 4 maggio 2024. Disponibile a:
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3329_allegato.pdf Ultimo accesso: 6 maggio 2024.
- Ministero della Salute, 7 settembre 2023. “*I Piani di Rientro*”. Ultimo accesso: 14 maggio 2024.

Disponibile a:

<https://www.salute.gov.it/portale/pianiRientro/dettaglioContenutiPianiRientro.jsp?lingua=italiano&id=5022&area=pianiRientro&menu=vuoto>

Ministero della salute. 7 febbraio 2024. “*Il Nuovo Sistema di Garanzia*”. Ultimo accesso: 14 maggio 2024. Disponibile a:

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>

Ministero della salute. 15 luglio 2024. “*Livelli essenziali di assistenza, i risultati del Nuovo sistema di garanzia 2022*.” Disponibile a: [Livelli essenziali di assistenza, i risultati del Nuovo sistema di garanzia 2022 \(salute.gov.it\)](#)

Pane Miriam. 24 settembre 2021. “*Il processo evolutivo del sistema sanitario e le sue riforme alla luce del piano nazionale di ripresa e resilienza*”. Quotidiano Legale. Ultimo accesso: 10 maggio 2024. Disponibile a: <https://www.quotidianolegale.it/il-processo-evolutivo-del-sistema-sanitario-e-le-sue-riforme-alla-luce-del-piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza/>

Puglia Salute. “*Tempi di attesa ex ante*.” Ultimo accesso: 16 settembre 2024. Disponibile a: <https://www.sanita.puglia.it/web/pugliasalute/tempi-di-attesa-ex-ante>

Redazione Roma. “*Autonomia differenziata: cosa prevede la legge, dagli standard minimi ai tempi di attuazione*.” Il Sole 24 ore, 19 giugno 2024. Ultimo accesso: 17 settembre 2024. Disponibile a: [Autonomia differenziata: cosa prevede la legge, dagli standard minimi ai tempi di attuazione - Il Sole 24 ORE](#)

Redazione Salute. “*Peggiora la sanità in 10 Regioni e aumenta il divario Nord-Sud*.” La Repubblica. Ultimo accesso: 26 luglio 2024. Disponibile a: https://www.repubblica.it/salute/2024/07/18/news/peggiora_la_sanita_in_10_regioni_e_aumenta_il_divario_nord-sud-423401656/

Regione del Veneto. “*Pubblicazione tempi di attesa prestazioni specialistiche*.” 20 luglio 2024. Ultimo accesso: 16 settembre 2024. Disponibile a: <https://salute.regione.veneto.it/info/informazioni/tempidattesa>

Report Osservatorio GIMBE n. 2/2022. “*Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguaglianze regionali in sanità*”. Fondazione GIMBE: Bologna, dicembre 2022. Ultimo accesso: 1 maggio 2024. Disponibile a: [Report Osservatorio GIMBE 2022.02 Adempimenti LEA 2010-2019.pdf](#)

Save the Children. 7 febbraio 2024. “*Salute: al Sud peggiori condizioni sanitarie, meno prevenzione e mortalità per tumori più elevata. È fuga dal Mezzogiorno per curarsi, mobilità oncologica a lungo raggio al 43% in Calabria. Autonomia differenziata aggrava diseguaglianze Nord-Sud*.” Ultimo accesso: 27 maggio 2024. Disponibile a: <https://www.savethechildren.it/press/salute-al-sud-peggiori-condizioni-sanitarie-meno-prevenzione-e-mortalita-tumori-piu-elevata-e>

- SALUTEQUITÀ. 15 giugno 2022. “*Gap Analysis per l’Equità nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA.*” 8° Report. Disponibile a: <http://salutequita.it/wp-content/uploads/2022/06/Report-Gap-Analysis-NSG-LEA-ok-15-giugno.pdf>
- SALUTEQUITÀ. Dicembre 2023. “*Valutare bene per garantire equità. Raccomandazioni per l’Equità nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dei Livelli Essenziali di Assistenza.*” 11° Report. Disponibile a: http://salutequita.it/wp-content/uploads/2024/01/Report-NSG-dei-LEA_Salutequita-1.pdf
- Senato della Repubblica. “*La Costituzione, Parte I, Titolo II, Articolo 32*”. Disponibile a: <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i/titolo-ii/articolo-32>
- SVIMEZ (Associazione per lo sviluppo dell’industria nel Mezzogiorno). 2023. “*Cittadinanza, lavoro, imprese: l’inclusione fa crescere*”. Ultimo accesso: 30 aprile 2024. Disponibile a: https://lnx.svimez.info/svimez/wp-content/uploads/2023/12/rapporto_2023_sintesi_2.pdf
- SVIMEZ (Associazione per lo sviluppo dell’industria nel Mezzogiorno) 1 febbraio 2024. “*Un Paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute.*” Ultimo accesso: 29 maggio 2024. Disponibile a: https://lnx.svimez.info/svimez/wp-content/uploads/2024/02/un_paese_due_cure_report.pdf
- Toth Federico. “*Il sistema sanitario*”. In *Le pubbliche amministrazioni in Italia*, a cura di Giliberto Capano ed Elisabetta Gualmini, 211-236. Bologna: il Mulino.
- Villafrate Annamaria. “*Autonomia differenziata: cosa prevede la nuova legge.*” Il diritto quotidiano. Ultimo accesso: 17 settembre 2024. Disponibile a: [Autonomia differenziata: cosa prevede la nuova legge - ilDiritto - Quotidiano giuridico](https://www.dirittogiuridico.it/autonomia-differenziata-cosa-prevede-la-nuova-legge/)
- Zocchetti Carlo. 16 ottobre 2023. “*Il fondo sanitario nazionale e il suo riparto tra le regioni.*” Fondazione per la Sussidiarietà. Ultimo accesso: 25 maggio 2024. Disponibile a: <https://www.sussidiarieta.net/cn4049/il-fondo-sanitario-nazionale-e-il-suo-riparto-tra-le-regioni.html>