



“Un Paese, due cure”

Rapporto Svimez 2024 e nostre considerazioni

Il quadro che emerge dal Rapporto SVIMEZ - Save The Children “Un Paese, due cure” rappresenta con evidenza empirica, le differenze di tutele e diritti tra nord e sud del Paese, che esistono nel settore della sanità; divari prodotti, in larga misura in questi anni, dalla devoluzione di competenze dallo Stato verso le Regioni. Il *focus* in qualche modo anticipa, ciò che potrebbe accadere in altri ambiti dei diritti sociali e civili qualora in Italia il Ddl Calderoli dovesse diventare legge.

In tema sanitario, al Sud, i servizi di prevenzione e cura sono gravemente carenti, le condizioni di salute sono complessivamente peggiori e, troppo spesso, diviene necessario percorrere lunghe distanze per ricevere assistenza. Tale contesto incide negativamente sulle aspettative di vita, anche dei minori.

I dati indicano che in Italia ci sono **1,6 milioni di famiglie in povertà sanitaria, di cui ben 700 mila si trovano al Sud**. Al Nord-Est le famiglie in povertà sanitaria sono il 4% e nel Meridione questa situazione riguarda l'8%, ossia, il doppio.

Il divario tra Nord e Sud esiste già da tempo, in quanto, le risorse del Fondo sanitario nazionale sono allocate in base a criteri demografici sottostimando, così, i costi per le cure nel mezzogiorno. Ma se il progetto di Autonomia differenziata prendesse forma, la situazione si aggraverebbe, mettendo a rischio il diritto alla salute sancito dalla nostra costituzione. Emerge, quindi, la necessità di modificare i criteri di riparto delle risorse dando rilievo agli **indicatori di deprivazione economica e sociale**.

Riteniamo, dunque, doveroso tenere conto dei bisogni di cura specifici presenti nei territori dove il disagio socioeconomico è più elevato, garantendo un investimento di spesa pubblica proprio dove la povertà è più presente.

I dati che emergono dal rapporto, purtroppo, confermano e accrescono le nostre preoccupazioni e ci rafforzano ulteriormente nelle nostre rivendicazioni. La UIL, nel rispetto dei diritti inalienabili della persona, continua a chiedere maggiore presenza dello stato, per assicurare risorse servizi e interventi adeguati alla presa in carico dei bisogni complessi, non solo economici ma anche sociali, sanitari, abitativi, educativi e, meno autonomia.

Usufruire di cure adeguate non può essere condizionato dalla Regione in cui si vive. Pertanto, per creare una condizione di giustizia sociale, serve intervenire per azzerare i divari tra le regioni con politiche pubbliche adeguate, esattamente il contrario di quello che il disegno di autonomia differenziata intende fare, cristallizzando le disuguaglianze.

Principali considerazioni che emergono dal *Report*

- ✓ Al Sud, i servizi di prevenzione e cura sono più carenti, la spesa pubblica sanitaria è minore e le distanze da percorrere per ricevere assistenza sono più lunghe, soprattutto per le patologie più gravi;
- ✓ Aumentare la spesa sanitaria è una priorità nazionale;
- ✓ Opportuno correggere il metodo di riparto regionale del Fondo Sanitario Nazionale per considerare i bisogni di cura prevalenti nei territori caratterizzati da un elevato disagio socioeconomico;
- ✓ L'introduzione dell'autonomia differenziata rischia fortemente di ampliare le disuguaglianze nell'accesso al diritto alla salute.

Il *Report* offre un quadro delle diverse condizioni territoriali del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Durante la presentazione, è stato proiettato un video che dà voce alle storie immaginarie di due donne che vivono la stessa patologia oncologica ma in regioni diverse. Storie che riflettono la realtà dolorosa dovuta ai divari Nord-Sud, nella qualità dei Sistemi Sanitari Regionali (SSR) e la scelta forzata per le cittadine e i cittadini del Mezzogiorno di doversi spostare, affrontando difficoltà e oneri, per trovare assistenza nelle strutture sanitarie del Centro e del Nord, soprattutto per le patologie più gravi. Proprio quelle patologie che richiederebbero cure immediate, accessibili e integrate insieme ad uno stile di vita rispettoso delle condizioni psico-fisiche che ogni persona malata vive e che dovrebbe includere, la vicinanza delle relazioni più significative e una rete di supporto.

Ci preoccupa constatare quanto le disuguaglianze territoriali riguardino anche la mortalità infantile, fenomeno che richiede importanti interventi di prevenzione, di cura e assistenza. Abbiamo le conoscenze necessarie per essere consapevoli che la gravidanza e i primi anni di vita rappresentano fasi particolarmente importanti che hanno un impatto determinante sullo sviluppo evolutivo a tutti i livelli.

Sebbene il Servizio Sanitario Nazionale sia un'eccellenza per la cura dei bambini a livello mondiale, le disuguaglianze sono evidenti fin dalla nascita. Il tasso di mortalità infantile (entro il primo anno di vita) è, infatti, significativamente più alto in alcune regioni del Sud rispetto al Centro e al Nord. La pandemia ha ben evidenziato le criticità, come la carenza di presidi territoriali di prossimità che sono fondamentali, per sostenere la salute materno-infantile.

Crediamo che, in quanto adulti, sia nostra responsabilità tutelare la salute delle bambine e dei bambini e rispondere ai loro bisogni di sviluppo che sono, per natura, connessi tra loro e che richiedono, quindi, uno sguardo sistemico, azioni integrate, con una forte attenzione alla prevenzione.

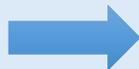
È fondamentale assicurare alle bambine e ai bambini le migliori opportunità di sviluppo fin dai primi anni di vita, è scritto anche nella seconda parte dell'art. 3 della Costituzione. È una questione di equità e giustizia, ma anche un'importante forma di investimento sociale a garanzia del futuro, di contrasto alla povertà educativa e alla riproduzione intergenerazionale della disuguaglianza.

Infine, ma non meno importante, il nostro SSN risulta sottodimensionato rispetto ad altri paesi europei in termini di risorse pubbliche destinate, mentre, il contributo privato è comparativamente elevato.

Gli ultimi dati ISTAT evidenziano le differenze nel tasso di mortalità infantile tra alcune regioni italiane:

1. Toscana: Tasso di mortalità infantile di **1,8 decessi ogni 1000 nati vivi**.
2. Sicilia: Tasso di mortalità infantile quasi doppio, con **3,3 decessi ogni 1000 nati vivi**.
3. Calabria: Tasso di mortalità infantile più che doppio, con **3,9 decessi ogni 1000 nati vivi**.

Questi dati mettono in luce le disuguaglianze territoriali nella salute materno-infantile. Già prima della pandemia, la riduzione del numero di consultori familiari ha contribuito alla carenza di presidi territoriali di prossimità, fondamentali per garantire il benessere delle madri e dei neonati.



La spesa sanitaria e i divari territoriali

Dopo l'emergenza Covid-19 la crescita della spesa sanitaria si è arrestata. Il Sistema Sanitario italiano risulta sottodimensionato rispetto ad altri paesi europei in termini di risorse pubbliche.



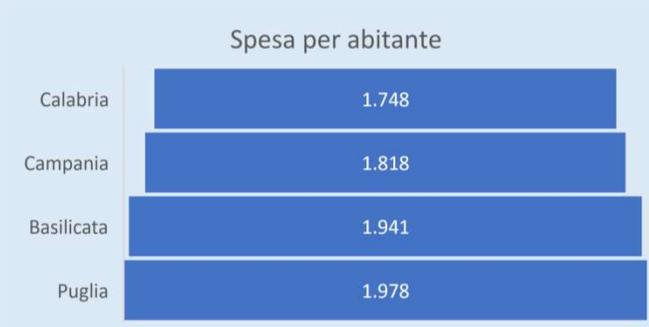
Confronto Europeo

- Stanziamenti di Risorse Pubbliche: In media, l'Italia investe il 6,6% del PIL nella sanità, mentre la Germania e la Francia investono rispettivamente il 9,4% e l'8,9%.
- Contributo Privato: L'Italia registra un contributo privato alla spesa sanitaria quasi il doppio rispetto a Francia e Germania, rappresentando il 24% della spesa totale.

Dati Regionalizzati di Spesa

Le regioni meridionali presentano livelli di spesa per abitante mediamente più contenuti.

- Calabria: 1.748 euro
- Campania: 1.818 euro
- Basilicata: 1.941 euro
- Puglia: 1.978 euro



La Spesa in Conto Capitale a livello nazionale si attesta su una media di 41 euro con valori più bassi nelle seguenti regioni:

- Campania: 18 euro
- Lazio: 24 euro
- Calabria: 27 euro

Monitoraggio LEA

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) evidenziano le differenze nell'efficacia e qualità delle prestazioni fornite dai diversi Sistemi Sanitari Regionali (SSR). Cinque regioni del Mezzogiorno risultano inadempienti.

Povertà Sanitaria

La povertà sanitaria è la condizione in cui si trovano i cittadini che non riescono ad accedere alle cure mediche di cui hanno bisogno e che la sanità pubblica non riesce a garantire. Circa il 6,1% delle famiglie italiane si trova in questa condizione.

Diffusione Territoriale

- Mezzogiorno: L'8% dei nuclei familiari nel Sud Italia è coinvolto nella povertà sanitaria.
- Nord-Est: La percentuale è del 4%.
- Nord-Ovest: Il 5,9% delle famiglie è interessato.
- Centro: La povertà sanitaria riguarda il 5% delle famiglie.



Speranza di Vita

Nel 2022, la speranza di vita alla nascita per i cittadini meridionali era di 81,7 anni.

Confronto Territoriale

- Centro e Nord-Ovest: La speranza di vita è 1,3 anni superiore rispetto al Sud.
- Nord-Est: Il divario aumenta a 1,5 anni.

Mortalità Evitabile

Nel Sud, la mortalità evitabile causata da deficit nell'assistenza sanitaria e nei servizi di prevenzione è più elevata.

Tasso di Mortalità per Tumore

- Uomini: Nel Sud, il tasso di mortalità per tumore è 9,6 per 10.000 abitanti, rispetto a circa l'8 del Nord.
- Donne: Nel 2010, i dati erano allineati, ma ora il divario è cresciuto: 8,2 al Sud rispetto al meno del 7 al Nord.





Prevenzione Oncologica nel Mezzogiorno

Partecipazione ai Controlli Oncologici

- Nel biennio 2021-2022, circa il 70% delle donne di 50-69 anni in Italia si è sottoposto ai controlli.
- Programmi di Screening Gratuiti: Circa due su tre hanno aderito ai programmi di screening gratuiti.

Copertura Territoriale

- Nord: Copertura complessiva dell'80%.
- Centro: Copertura del 76%.
- Mezzogiorno: Copertura appena al 58%.

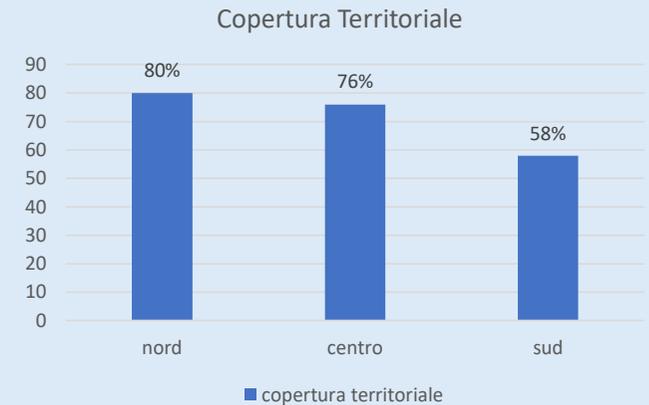
Differenze Regionali

- Friuli-Venezia Giulia: La regione con la copertura più alta (87,8%).
- Calabria: Solo il 42,5% delle donne di 50-69 anni si è sottoposto ai controlli.

Screening Organizzati dai SSR

Quote di donne che hanno avuto accesso a screening organizzati:

- Veneto, Toscana, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, P.A. di Trento, Umbria e Liguria: Tra il 63% e il 76%.
- Abruzzo e Molise: Circa il 31%.
- Campania: 20,4%.
- Calabria: Solo l'11,8%, il dato più basso in Italia



Mobilità Sanitaria

Molti cittadini del Sud si rivolgono a strutture sanitarie del Centro e del Nord, soprattutto per le patologie più gravi.

Dati del 2022

- Migranti Sanitari: Dei 629.000 migranti sanitari (volume di ricoveri), il 44% era residente in una regione del Mezzogiorno.
- Patologie Oncologiche: 12.401 pazienti meridionali (22% del totale) si sono spostati per ricevere cure in un SSR del Centro o del Nord nel 2022.
- Viaggio Inverso: Solo 811 pazienti del Centro-Nord (0,1% del totale) hanno fatto il viaggio inverso.

Incidenza Regionale

- Calabria: 43% dei pazienti si rivolge a strutture sanitarie di Regioni non confinanti.
- Basilicata: 25%.
- Sicilia: 16,5%.

Carenze e Distanze

Anche i servizi di prevenzione e cura sono più carenti al Sud.

Disturbi Mentali o Neurologici, Nutrizione o Metabolismo: un terzo dei bambini e degli adolescenti si sposta dal Sud per ricevere cure in centri specialistici, principalmente a Roma, Genova e Firenze, sedi di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pediatrici

Mobilità Sanitaria Pediatrica

Indice di Fuga: Nel 2020, l'indice di fuga per pazienti pediatrici che si spostano per cure è in media all'8,7% a livello nazionale.

Differenze Territoriali

- Dal 3,4% del Lazio al 43,4% del Molise.
- Basilicata: 30,8%.
- Umbria: 26,8%.
- Calabria: 23,6%.

Conclusioni

L'**autonomia differenziata** in ambito sanitario, se attuata, aggraverebbe ulteriormente le disuguaglianze interregionali già evidenti, nell'offerta di cure del Servizio sanitario nazionale.

Questa affermazione è sostenuta da alcuni punti chiave che riteniamo necessario evidenziare ed approfondire

Partiamo dall'Obiettivo dell'Equità orizzontale: l'obiettivo, cioè di garantire un accesso equo alle cure per tutti rischia di essere compromesso dal progetto di autonomia differenziata.

È necessario, ancora, approfondire il tema del **trasferimento di funzioni e risorse**. Le Regioni a statuto ordinario potrebbero richiedere il trasferimento di funzioni, risorse umane, finanziarie e strumentali ulteriori rispetto ai Livelli essenziali delle prestazioni (LEP). Questo potrebbe avvenire in vari ambiti, come la gestione del personale, la regolamentazione dell'attività libero-professionale, l'accesso alle scuole di specializzazione, le politiche tariffarie e le valutazioni di equivalenza terapeutica dei farmaci.

Dirimente, poi, appare un ragionamento approfondito sulle spese e i finanziamenti. La concessione di ulteriori forme di autonomia, infatti, potrebbe comportare una maggiore capacità di spesa nelle Regioni ad autonomia rafforzata. Questa spesa sarebbe finanziata dalle compartecipazioni legate al trasferimento di funzioni e, soprattutto, dall'extra-gettito derivante dalla crescita economica.

Di fondamentale importanza è anche la **copertura finanziaria dei LEA**. Attualmente i LEA, infatti, non hanno copertura finanziaria integrale a livello nazionale.

Nel nostro ragionamento non possiamo dimenticare che, ad oggi, appare elevato il numero delle inadempienze regionali: cinque delle otto Regioni del Mezzogiorno, a tal proposito, risultano inadempienti rispetto ai LEA.

Appare determinante, poi, affrontare la condizione di povertà familiare che influisce notevolmente sui percorsi di prevenzione e sull'accesso alle cure per i bambini. È necessario un impegno da parte delle istituzioni a tutti i livelli per garantire una rete di **servizi di prevenzione e cura adeguata all'infanzia e all'adolescenza**, con un investimento mirato nelle aree più svantaggiate. Superare i divari territoriali è essenziale per garantire un servizio sanitario veramente "nazionale". Questo investimento dovrebbe essere al centro dell'agenda politica.

Risulta evidente, ancora, la necessità di incrementare le risorse complessivamente allocate alla sanità, ma allo stesso tempo di **potenziare immediatamente le finalità di equità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**. I dati di diversi *report* mettono in luce un preoccupante divario nella cura, che si traduce in aspettative di vita più basse e tassi di mortalità più elevati per le patologie gravi nelle regioni del Mezzogiorno. L'emigrazione forzata per ricevere cure, oltre ai costi individuali, contribuisce ad amplificare le differenze nella capacità di spesa dei vari sistemi regionali. Rafforzare l'universalità del SSN è la strada per garantire l'effettivo diritto costituzionale alla salute. Al contrario, l'autonomia differenziata potrebbe aumentare ulteriormente i divari territoriali di salute e la mobilità di cura.

Negli ultimi anni si è evidenziato un quadro di divisione nel Paese riguardo all'accesso alle cure sanitarie. Oltre alle **disuguaglianze tra Nord e Sud**, emerge una frammentazione che coinvolge anche le aree interne. Ad esempio, medici di medicina generale e infermieri sono carenti al Nord più che al Sud, ma mancano in generale nelle zone interne. Allo stesso modo, alcuni servizi caratterizzati da alta innovazione e specializzazione sono insufficienti.

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è ormai profondamente indebolito e caratterizzato da inaccettabili disuguaglianze regionali. L'attuazione delle maggiori autonomie in ambito sanitario legittimerà normativamente la **"frattura strutturale" tra Nord e Sud**: il Mezzogiorno sarà sempre più dipendente dalla sanità del Nord, minando l'uguaglianza dei cittadini nel godimento del diritto costituzionale alla tutela della salute. Questo scenario è già evidente: su 14 Regioni adempienti ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), solo 3 sono del Sud (Abruzzo, Puglia e Basilicata), e tutte si collocano a fondo classifica. Nel frattempo, la fuga verso il Nord per ricevere cure ammonta a 4,25 miliardi di euro.

La riforma dell'autonomia differenziata, che viene discussa senza coinvolgere adeguatamente i cittadini e senza la definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEA), rischia di amplificare questa frammentazione e di creare un Paese ancora più diviso riguardo al diritto alla salute.