



LA MISURA DELLA **DISUGUAGLIANZA**

**CRISI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E DIVARI
NELL'ACCESSO ALLA PREVENZIONE E ALLE CURE
ONCOLOGICHE IN ITALIA**

INDICE

INTRODUZIONE	2
UNA CRISI ANNUNCIATA	4
ONCOLOGIA: UN PAESE DIVISO A METÀ	12
Disuguaglianze regionali	12
Piano Oncologico Nazionale	15
Reti Oncologiche Regionali	16
Screening oncologici	18
Approfondimento - Gli screening oncologici in Europa e Italia	20
Mezzogiorno e oncologia	26
Migrazione sanitaria	27
MEDICI DEL MONDO AD ARGHILLÀ, REGGIO CALABRIA	32
VENETO CHIAMA ITALIA	36
La denuncia di medici e pazienti: la cura dei tumori è una questione di classe	36
Disuguaglianze nell'accesso allo screening e alle cure oncologiche. Intervista a Dario, oncologo	37
La storia di Elisa, psicologa e psicoterapeuta, che racconta il suo percorso oncologico	39
CONCLUSIONI	42

INTRODUZIONE

LA SALUTE È UN DIRITTO UMANO FONDAMENTALE

Tutte e tutti hanno diritto a vivere in condizioni che garantiscano il massimo livello possibile di benessere fisico, mentale e sociale, senza discriminazioni di alcun tipo. Questo principio, sancito da normative internazionali e nazionali, deve guidare le politiche pubbliche, i sistemi sanitari e le scelte collettive.

In un contesto internazionale sempre più segnato dall'emergere di nuove e persistenti disuguaglianze, che mettono alla prova la capacità dei sistemi sanitari di garantire accesso equo alle cure, **la rete internazionale Medici del Mondo** condivide la visione di un mondo dove non ci sia più alcun ostacolo alla salute riconosciuta come un diritto fondamentale.

Per **Medici del Mondo Italia** la difesa della salute pubblica e del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è il punto di partenza imprescindibile per poter parlare di salute universalistica, che non lasci indietro o escluda nessuna persona.

Questo rapporto nasce dalla consapevolezza che «Permangono disomogeneità territoriali che determinano disparità non più accettabili» (Sergio Mattarella, Presidente della Repubblica, in occasione della Giornata mondiale delle Malattie rare, il 28 febbraio 2026).

Affrontare il tema della crisi del Servizio Sanitario Nazionale implica il confronto con i fattori strutturali, organizzativi e politici che hanno agito e si sono cronicizzati nel tempo. Il definanziamento progressivo, le criticità nella programmazione del personale, le trasformazioni nel rapporto tra pubblico e privato, le difficoltà della medicina territoriale e le disuguaglianze regionali rappresentano dimensioni complesse, ciascuna delle quali meriterebbe un'analisi approfondita e autonoma. Un approccio che pretendesse di essere esaustivo, esulando dallo scopo di questo report, rischierebbe di risultare però dispersivo e superficiale. Alla luce di queste considerazioni, il presente report adotta una scelta metodologica diversa: osservare la

crisi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) attraverso una "lente" specifica, quella dell'oncologia.

Questa scelta non è casuale.

Le patologie oncologiche, per la loro diffusione, per la complessità dei percorsi di cura e per il ruolo determinante della prevenzione e della diagnosi precoce, rappresentano un ambito particolarmente significativo per analizzare il funzionamento del sistema sanitario e le sue trasformazioni. È proprio in questo campo che le disuguaglianze di accesso ai servizi e di presa in carico, e quindi anche di possibilità di cura, emergono in modo più evidente e misurabile: le differenze territoriali nell'adesione agli screening e nell'accesso a cure tempestive e di qualità si traducono in conseguenze concrete sulla prognosi e sulla qualità della vita dei pazienti.

Il focus da cui abbiamo deciso di partire nasce dall'esperienza diretta maturata attraverso il lavoro sul campo. Le attività sviluppate a Reggio Calabria, nel quartiere di Arghillà, un contesto caratterizzato da marginalizzazione urbana e vulnerabilità sociale, hanno consentito di osservare da vicino le difficoltà di accesso ai servizi sanitari e le conseguenze concrete delle criticità del sistema. In particolare, i progetti di promozione della salute e di accesso agli screening per il tumore della mammella e della cervice uterina, realizzati in collaborazione con la rete sociosanitaria locale, hanno messo in evidenza ostacoli ricorrenti dovuti a barriere economiche, organizzative e informative legate alla scarsa consapevolezza da parte dei destinatari e delle destinatarie dei propri diritti di salute.

È proprio in questi contesti che le disuguaglianze assumono una dimensione tangibile come minore partecipazione ai programmi di screening, ritardi diagnostici, percorsi di cura frammentati o discontinui. L'esperienza sul campo ha quindi rappresentato non solo un punto di osservazione privilegiato, ma anche uno stimolo per orientare il report verso un ambito in cui le trasformazioni del SSN producono effetti immediatamente visibili sulla salute delle persone.



UNA CRISI ANNUNCIATA

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), nato con la legge 833 del 1978, si basa su alcuni principi fondamentali come universalismo, equità, eguaglianza, globalità e solidarismo che hanno contribuito ad un progressivo miglioramento dello stato di salute della popolazione italiana, ma hanno soprattutto evitato che fattori sociali, economici, geografici e culturali potessero costituire barriere all'accesso ai servizi e ai beni sanitari essenziali.

Questo impianto, sancito dalla legge 833 del 1978 è sostanzialmente rimasto invariato nel tempo, nonostante siano state attuate innumerevoli modifiche legislative volte a cambiare l'assetto organizzativo del SSN, a modificarne la governance e a decentrare le responsabilità dallo Stato alle Regioni.

Tuttavia, il mantenimento di questo quadro valoriale non ha impedito un progressivo indebolimento della funzione di tutela della salute del SSN a causa di un sostanziale disinvestimento di attenzione e di risorse dalla sanità pubblica. La visione della sanità, come fattore crescente di spesa e non come motore di sviluppo e di benessere, ha pesato su tutte le scelte allocative effettuate dai diversi Governi nazionali, minandone la sostenibilità economica, sociale ed operativa.

Questa crisi strisciante del SSN, in atto da oltre vent'anni, ha comportato un allargamento dei divari geografici (Nord vs Sud, aree urbane vs aree interne), sociali ed economici nell'accesso ai servizi sanitari e nella loro fruizione, ed ha aumentato la marginalità delle comunità "periferiche" (geograficamente e socialmente isolate come le persone che migrano, le persone anziane sole, i "nuovi poveri", i soggetti con disabilità, etc.). Ha, inoltre, portato ad un



trasferimento di domanda verso il privato che si è via via rafforzato con la spesa “out of pocket” (OOP), con l’uso della sanità integrativa come benefit in molti contratti di lavoro e con lo spostamento di attività elettive durante il periodo pandemico.

La profonda crisi del SSN, resa più evidente dalla pandemia da Covid-19, non può più essere letta come una emergenza temporanea legata a fattori esterni: quella che oggi si manifesta ai cittadini e alle cittadine, ai malati e alle malate, e al personale sanitario è il risultato di un processo lungo, stratificato, fatto di scelte politiche, riforme incompiute e progressivo adeguamento della sanità pubblica alle regole del mercato.

Negli ultimi vent’anni la spesa sanitaria pubblica, pur aumentando nominalmente, è cresciuta meno del PIL (molto meno rispetto alla media dei Paesi europei), meno dei bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana e affetta da patologie croniche, e meno dei costi crescenti dei beni e servizi sanitari innovativi.

In particolare, secondo la Fondazione GIMBE¹, nel decennio 2010-2019 il Servizio Sanitario Nazionale ha vissuto un costante definanziamento, con oltre 37 miliardi di euro di risorse decurtate o non assegnate rispetto ai livelli programmati, contribuendo a una perdita di potenziale strutturale nel lungo periodo. Nel triennio pandemico 2020-2022 il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) è aumentato di circa 11,6 miliardi, ma questa crescita è stata in gran parte assorbita dai costi diretti dell’emergenza Covid-19 e non ha portato a un rafforzamento strutturale del sistema. Tra il 2023 e il 2025, l’aumento del FSN (+11,1 miliardi) è stato anch’esso neutralizzato dagli effetti dell’inflazione e dall’aumento dei costi strutturali.

Nel 2024, secondo i dati elaborati da GIMBE, **il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL si attesta al 6,3%, inferiore sia alla media OCSE (7,1%) sia a quella europea (7%), con un gap complessivo rispetto ai Paesi europei di 43 miliardi di euro**. E nel quadro programmatico è previsto un ulteriore calo sotto il 6% nei prossimi anni, indicando una contrazione reale del peso delle

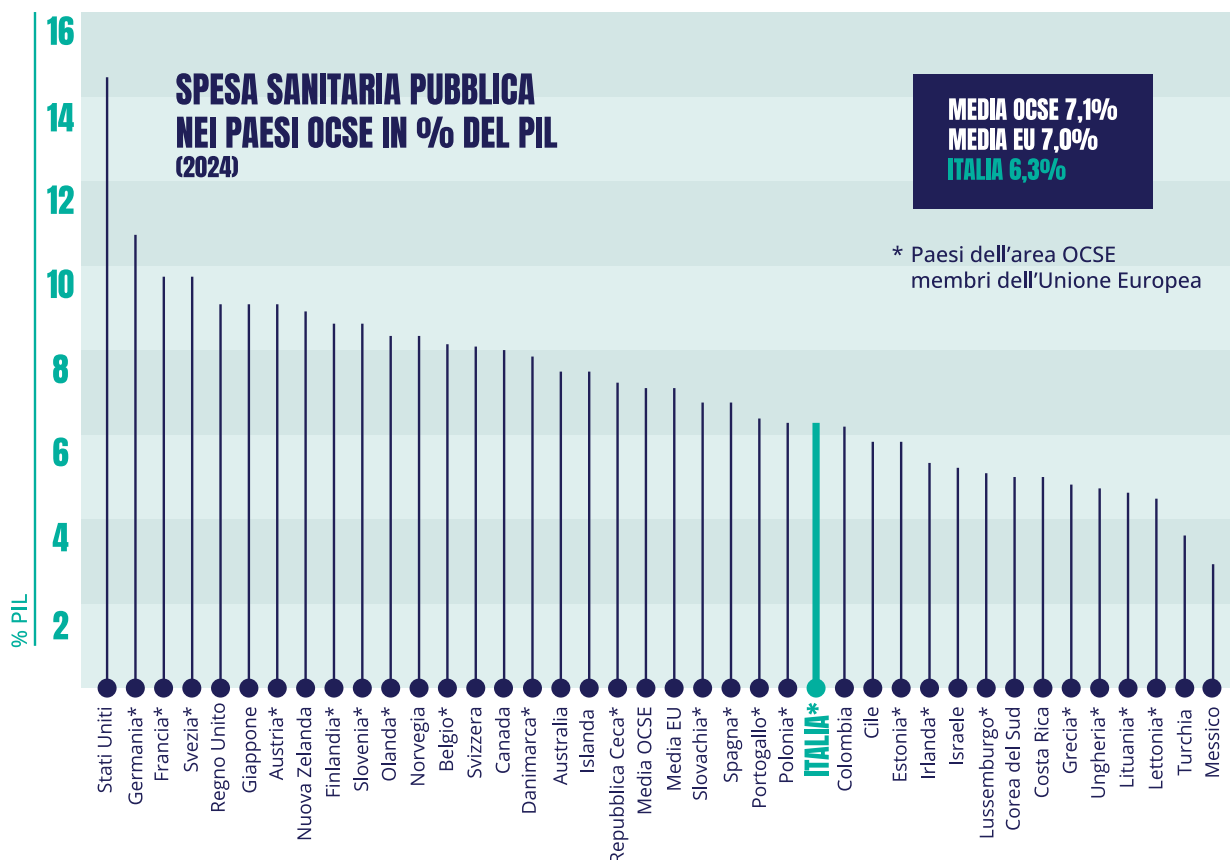


Grafico adattato da GIMBE

¹ Fondazione GIMBE-Il definanziamento 2010-2019 del SSN.

https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2019.07_Definanziamento_SSN.pdf

risorse dedicate alla sanità rispetto alla dimensione complessiva dell'economia: secondo la Legge di Bilancio 2025, **il rapporto FSN/PIL passerà dal 6,1% del 2026 al 5,7% nel 2029**.

Nel dibattito sulle politiche sanitarie si evidenzia come la spesa per la sanità pubblica sia stata frequentemente trattata come una variabile dipendente dai vincoli di bilancio, in particolare nel quadro delle politiche europee di contenimento della spesa. Questa impostazione ha contribuito a collocare il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale all'interno di una logica di sostenibilità e compatibilità economica, e non di garanzia di un diritto fondamentale. **Ridurre le risorse destinate alla sanità non produce risparmi, ma genera costi che ricadono sui cittadini e sulle cittadine**.

L'opportunità offerta dai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), disponibili in seguito all'evento pandemico, non ha prodotto il rafforzamento previsto della sanità territoriale, perché non è stato accompagnato da un progetto reale di riorganizzazione dei percorsi e dei servizi sanitari e non ha parallelamente investito sul personale, in qualità e quantità, destinato a riempire le strutture e i servizi del nuovo modello di sanità territoriale. Il PNRR, con la Missione Salute, ha stanziato oltre 15,6 miliardi di euro, più quasi 3 miliardi del piano complementare, come fondi destinati a digitalizzazione, ricerca, ospedali e assistenza territoriale. Sulla carta infrastrutture moderne avrebbero dovuto trasformare radicalmente la sanità pubblica. Eppure, i risultati sul campo sono ben lontani da questa visione. Il **monitoraggio di AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali)**² evidenzia che molte delle strutture previste – case della comunità, ospedali di comunità, telemedicina – non sono ancora operative oppure procedono in ritardo rispetto ai tempi previsti.

Il definanziamento cronico del Servizio Sanitario Nazionale ha avuto effetti profondi e globali sull'organizzazione dei servizi, sulla qualità dell'assistenza e sulle condizioni di lavoro e retributive del personale.

Il personale sanitario, i sindacati e le associazioni di categoria da molti anni chiedono più risorse e più dignità nel lavoro. La mancata programmazione del personale e condizioni di lavoro sempre più gravose hanno prodotto una carenza strutturale di medici e mediche di medicina generale (e di altre specialità) e soprattutto di personale infermieristico; secondo l'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) l'Italia ha un numero di infermieri e infermiere tra i più bassi d'Europa (circa 6 per 1.000 abitanti, contro una media OCSE di 9).

Il sindacato **ANAAO-Assomed (Associazione Nazionale Aiuti e Assistenti Ospedalieri- Medici Dirigenti)**³ ha sottolineato come la carenza di medici e mediche e il blocco del turnover stiano contribuendo al deterioramento del SSN. La **CISL Sanità (Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori)** ha evidenziato come la carenza di personale e le condizioni di lavoro stressanti stiano spingendo molti professionisti e professioniste a lasciare il SSN, aggravando ulteriormente la situazione delle liste d'attesa e dell'accesso alle cure.

Reparti sottorganico, pronto soccorso in sofferenza cronica, turni estenuanti e aumento del ricorso a cooperative esterne sono diventati elementi ordinari del funzionamento quotidiano degli ospedali. La fuga del personale sanitario verso l'estero o verso il settore privato aggrava ulteriormente un quadro già critico.

A questa crisi ospedaliera si affianca la debolezza della medicina territoriale e dell'assistenza primaria, che dovrebbe rappresentare il primo livello di risposta ai bisogni di salute, soprattutto per la gestione proattiva delle cronicità, per la presa in carico dei soggetti nella fase post-ospedaliera (oncologia territoriale, riabilitazione territoriale, diagnostica territoriale, etc.) e per la prevenzione. La carenza di addetti/e in medicina generale, la scarsa disponibilità di nuove figure come l'infermiere/a di comunità, e l'insufficiente integrazione tra servizi rendono il territorio incapace di assorbire la domanda di cura che viene scaricata sugli ospedali e sui pronto soccorso. Il risultato è un sistema ancora

² AGENAS-Monitoraggio PNRR Missione Salute, Report II semestre 2024.

<https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/comunicazione/primo-piano/2569-report-nazionale-di-sintesi-dei-risultati-del-monitoraggio-dm-77-2022-%E2%80%93-ii-semestre-2024>

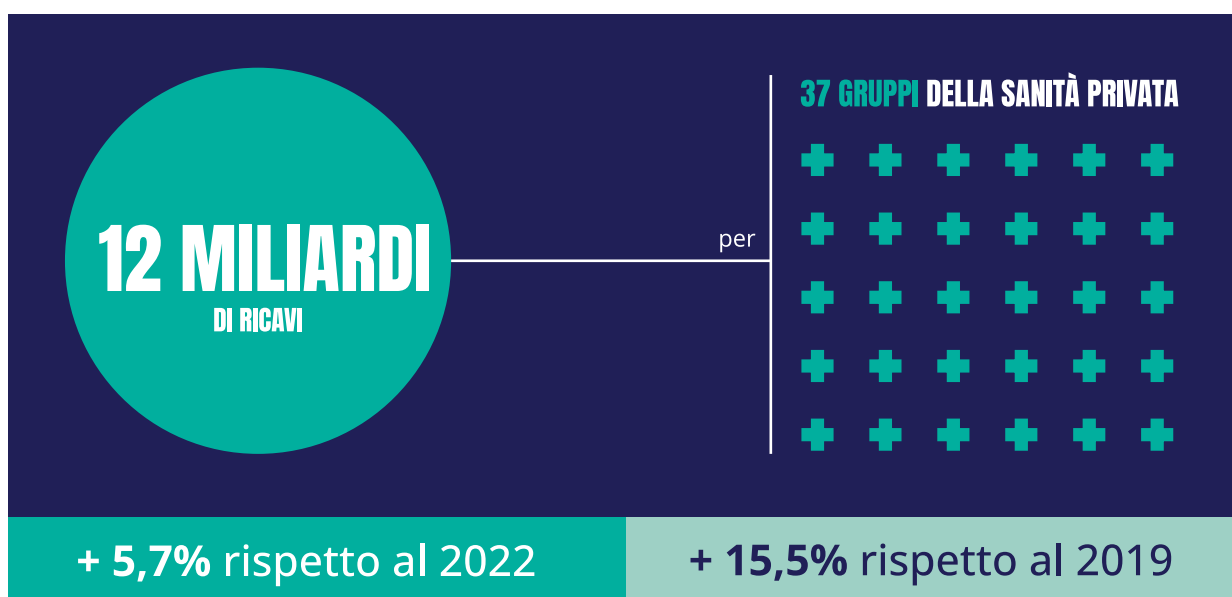
³ ANAAO-Assomed, Comunicati su liste d'attesa, personale e autonomia differenziata. <https://www.anaao.it/content.php?cont=41414>

ospedale-centrico, inefficiente e spesso incapace di intercettare precocemente i bisogni di salute. Le difficoltà organizzative e la mancanza di risorse stanno determinando un incremento delle liste d'attesa anche per esami e interventi urgenti. **AGENAS**, che monitora i tempi di attesa per le prestazioni sanitarie attraverso la **Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa**⁴, ha sottolineato come, nonostante gli sforzi per migliorare la trasparenza e l'efficienza, i dati evidenziano ancora criticità significative, con molte prestazioni che superano i tempi massimi previsti dalle normative. Sempre più cittadine e cittadini sono costrette/i

quindi a rivolgersi alla sanità privata, a spostarsi in altre Regioni o a rinunciare alle cure.

La crescente privatizzazione del sistema sanitario è evidenziata non solo dall'espansione dell'offerta privata accreditata, ma anche dal ricorso sempre più frequente delle persone a prestazioni a pagamento per aggirare liste d'attesa incompatibili con i bisogni di salute.

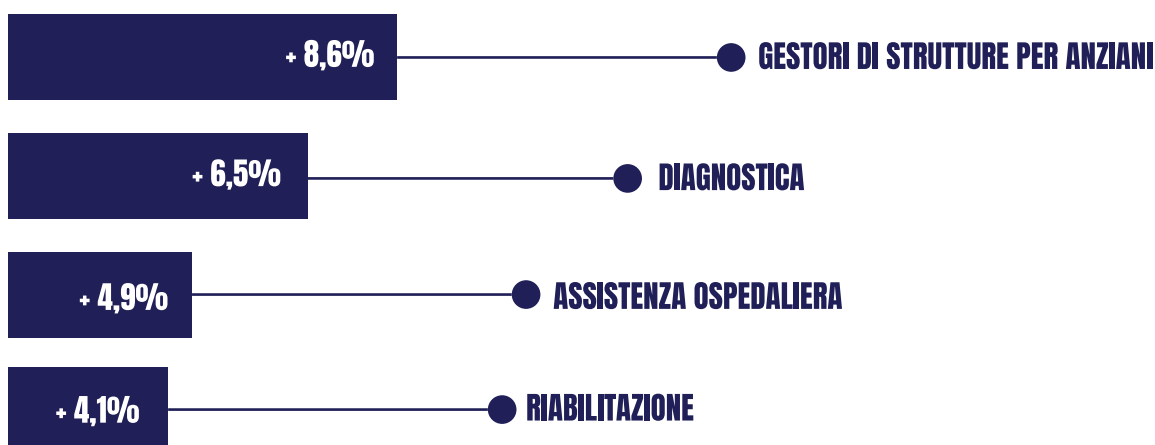
E infatti il settore della sanità privata in Italia sta vivendo una fase di crescita. Secondo l'ultimo report dell'Area Studi Mediobanca⁵ questi sono i dati:



7



VARIAZIONE DELLA CRESCITA PER I DIVERSI COMPARTI:



⁴ AGENAS, Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa. <https://www.agenas.gov.it/>

⁵ Mediobanca-I maggiori operatori sanitari privati in Italia (Ed. 2025).

<https://www.areastudimediobanca.com/it/product/i-maggiori-operatori-privati-della-sanita-italia-ed-2025>

Tra i principali gruppi del settore, al primo posto per ricavi si colloca Papiniano, holding del Gruppo San Donato e Ospedale San Raffaele, con 1.835 milioni di euro, seguito da Humanitas con 1.188 milioni, Policlinico Universitario Agostino Gemelli con 917 milioni, GVM-Gruppo Villa Maria con 897 milioni e Kos con 752 milioni. Questi dati evidenziano un consolidamento del settore, con pochi gruppi dominanti che detengono una quota significativa del mercato.

Tuttavia, la crescita del settore privato solleva interrogativi sulla sostenibilità del sistema sanitario nel suo complesso. Il rischio è che l'espansione della sanità privata possa accentuare le disuguaglianze nell'accesso alle cure, con una parte della popolazione che si rivolge ad essa per evitare le lunghe liste d'attesa del pubblico, mentre altre persone restano escluse da un accesso tempestivo e di qualità.

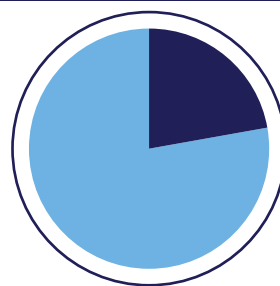
Una delle più evidenti conseguenze delle difficoltà di accesso alla sanità pubblica è l'aumento della **spesa sanitaria "out of pocket" (OOP)**, ossia i costi sostenuti direttamente dalle persone per ottenere prestazioni sanitarie fuori dal sistema pubblico.

**DATI ISTAT⁶ ELABORATI DALLA
FONDAZIONE GIMBE⁷ (2024)**

41,3 MILIARDI

**SPESA SANITARIA A CARICO DEI CITTADINI
E DELLE CITTADINE**

**PARI AL 22,3% DELLA
SPESA SANITARIA TOTALE**



⁶ <https://www.istat.it/informazioni-sulla-rilevazione/spese/>

⁷ <https://www.gimbe.org/pagine/341/it/comunicati-stampa>

Percentuale che da 12 anni supera in maniera costante il limite del 15% raccomandato dall'OMS, soglia oltre la quale sono a rischio uguaglianza e accessibilità alle cure. In Italia la spesa "out of pocket"

in valore assoluto è cresciuta da 32,4 miliardi del 2012 a 41,3 miliardi di euro del 2024, mantenendosi sempre su livelli compresi tra il 21,5% e il 24,1% della spesa totale.

43 MILIARDI DI EURO

SPESA SANITARIA PRIVATA

12,1 MILIARDI
alle farmacie



10,6 MILIARDI
a professionisti
e professionisti
della sanità



di cui **5,8 miliardi**
odontoiatri e
2,6 miliardi
ai medici



7,6 MILIARDI
alle strutture
private
accreditate



7,2 MILIARDI
alle strutture private
non accreditate



2,2 MILIARDI
alle strutture
pubbliche per
libera professione



Il rapporto 2025 di CREA Sanità (Centro per la Ricerca economica Applicata in Sanità)⁸ evidenzia che **il 20% della spesa sanitaria privata è stato sostenuto dai nuclei familiari più poveri**. Inoltre, 2 milioni di persone sono costrette a sostenere spese elevate per curarsi, pari ad oltre il 40% della loro capacità di spesa, il che li rende estremamente vulnerabili a fenomeni di indebitamento sanitario.

I problemi strutturali non si distribuiscono in modo uniforme sul territorio nazionale. Il cosiddetto “federalismo sanitario” ha accentuato le disuguaglianze regionali, creando un Paese di fatto diviso in due. Le differenze tra Nord e Sud in termini di spesa sanitaria pro capite, dotazione di personale, tempi di attesa, qualità dei servizi e indicatori sono evidenti, molte Regioni nel Sud faticano a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Problemi analoghi si verificano nelle aree interne del Paese che vedono una progressiva desertificazione sanitaria, sia in termini di servizi che di personale. Quando si parla di aree interne non ci riferiamo solamente alle zone montane ma a tutte quelle realtà che per la rarefazione della popolazione, la parcellizzazione delle zone abitate e la scadente qualità dei collegamenti viari risultano difficili da coprire in modo adeguato con servizi e personale sanitario. Il ricorso a modalità di sanità digitale (telemedicina, teleconsulto, teleassistenza) potrebbe costituire una parziale soluzione al problema ma siamo ben lontani da una sua reale, adeguata ed effettiva diffusione sul territorio nazionale, anche nelle Regioni con servizi sanitari di migliore qualità e capacità innovativa.

Tutto questo comporta una crescente migrazione sanitaria: persone costrette a spostarsi dalla propria Regione per visite specialistiche, esami strumentali o operazioni chirurgiche. Questo fenomeno comporta costi economici rilevanti per le famiglie e per i sistemi sanitari regionali. La possibilità di curarsi diventa così legata alla capacità di mobilità, di sostenere costi aggiuntivi e di orientarsi in un sistema complesso, escludendo di fatto le fasce più fragili della popolazione.

Ma le diverse criticità appena descritte hanno determinato, negli ultimi anni, anche il preoccupante, e crescente, fenomeno della rinuncia alle cure. Secondo le elaborazioni riportate nell’**8° Rapporto GIMBE**⁹ sul Servizio Sanitario Nazionale, nel 2024 oltre **5,8 milioni di persone, pari al 9,9% della popolazione, hanno dichiarato di aver rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria**, un dato in aumento rispetto agli anni precedenti e segno di difficoltà crescenti nell’accesso ai servizi.



La rinuncia alle cure (esami e/o visite specialistiche), misurata in maniera sistematica dall’Indagine Multiscopo dell’ISTAT, è il risultato di diversi fattori e può indicare fragilità economiche e sociali proprie delle persone che cercano assistenza, mancanza di un’offerta adeguata di servizi per quantità e qualità o anche una domanda impropria alla quale si può rinunciare.

⁸ CREA Sanità-Rapporto Sanità 2025. <https://www.creasanita.it/attivita-scientifiche/rapporto-sanita/>

⁹ Fondazione GIMBE - 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale (2025). <https://salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/8-rapporto-gimbe.it-IT.html>

La rinuncia alle cure emerge come un indicatore delle difficoltà di accesso al sistema sanitario pubblico e come un segnale della crisi che attraversa il SSN. Non si tratta di un fenomeno isolato ma della conseguenza di fattori economici, organizzativi e territoriali. L'aumento delle rinunce, soprattutto tra i gruppi sociali che vivono in condizioni di vulnerabilità, segnala una riduzione della capacità del sistema di intercettare e rispondere ai bisogni di salute in modo tempestivo ed equo. In questo senso, **la rinuncia alle cure rappresenta non solo una conseguenza immediata delle criticità del sistema, ma anche un elemento che contribuisce ad alimentare disuguaglianze.**

Nel report l'analisi degli aspetti critici del sistema sanitario viene approfondita attraverso un focus sulle cure oncologiche, un ambito particolarmente sensibile e rivelatore delle disuguaglianze del sistema, che dipende principalmente dalla capacità dei sistemi sanitari di garantire una effettiva tutela del diritto della salute individuale e collettiva. L'oncologia rappresenta infatti un banco di prova cruciale per la capacità del SSN di garantire prevenzione, diagnosi precoce, accesso tempestivo alle terapie e presa in carico multidisciplinare.

Anche in questo caso i dati mostrano differenze significative tra Nord e Sud: le percentuali di adesione agli screening oncologici organizzati risultano sistematicamente più basse nelle Regioni meridionali, mentre la disponibilità di strutture ad alta specializzazione e di Reti oncologiche funzionanti è concentrata soprattutto nel Centro-Nord. Anche in questo ambito, la migrazione sanitaria assume dimensioni rilevanti, con un flusso costante di pazienti oncologici costretti a spostarsi per ricevere cure adeguate. Il peso di questi spostamenti ricade non solo sui pazienti, ma anche sulle loro famiglie, amplificando le disuguaglianze sociali e territoriali.

In virtù di quanto detto, è chiaro che al centro di questo report si colloca il tema della disuguaglianza in salute, intesa come la distanza crescente tra il diritto all'accesso e alla fruizione di una sanità di qualità e l'effettivo esercizio di tale diritto. Le analisi presentate mostrano

CIRCA
4 MILIONI

**DI RINUNCE SONO CORRELATE
AI TEMPI LUNGI DI ATTESA**



MENTRE
3,1 MILIONI
SONO ATTRIBUIBILI A MOTIVI ECONOMICI



come le opportunità di prevenzione, diagnosi e trattamento risultino sempre più influenzate da fattori economici, sociali e territoriali, fino al punto che il luogo di residenza può essere determinante sui percorsi di cura e sugli stessi esiti di salute. Le profonde differenze tra le Regioni italiane – nell'adesione agli screening, nella tempestività delle diagnosi, nella qualità e disponibilità dei servizi – contribuiscono a delineare un quadro in cui non tutti i cittadini e le cittadine accedono agli stessi livelli di assistenza. Una minore adesione ai programmi di prevenzione si associa più frequentemente a diagnosi tardive e a prognosi peggiori, mentre le differenze nell'aspettativa di vita alla nascita continuano a segnalare un divario persistente tra diverse aree del Paese.

La disuguaglianza non è un fenomeno periferico, ma una "lente" essenziale per analizzare e comprendere le trasformazioni in atto nel Servizio Sanitario Nazionale.

ONCOLOGIA: UN PAESE DIVISO A METÀ

DISUGUAGLIANZE REGIONALI

In Italia il diritto alla salute è sancito dalla Costituzione e garantito dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che dovrebbe assicurare a tutta la cittadinanza, indipendentemente dalla Regione di residenza, pari opportunità di accesso alle cure. Tuttavia, le evidenze mostrano che esistono significative disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sanitari, con un divario marcato tra le Regioni del Nord e quelle del Sud. Queste disparità non riguardano solo la disponibilità di strutture e personale, ma anche la qualità e la tempestività delle prestazioni offerte. Secondo il **Rapporto SDGs 2025 dell'ISTAT**¹⁰, oltre il 60% degli indicatori relativi alla salute nelle Regioni meridionali si colloca al di sotto della media nazionale, evidenziando ritardi significativi rispetto agli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, in particolare per quanto concerne il Goal 3 *Salute e benessere* e il Goal 10 *Ridurre le disuguaglianze*. Inoltre, la povertà sanitaria colpisce circa 700 mila famiglie nel Sud Italia, una cifra che rappresenta oltre il 40% del totale nazionale. Queste disuguaglianze si riflettono anche negli indicatori di salute.

¹⁰ ISTAT- *Rapporto SDGs 2025*. <https://www.istat.it/storage/rapporti-tematici/sdgs/2025/Rapporto%20SDGs%202025-Ebook.pdf>

81,7 ANNI

ASPETTATIVA DI VITA ALLA NASCITA
NEL MEZZOGIORNO



Dati del 2022

Il rapporto SVIMEZ 2024 (Associazione per lo sviluppo dell'industria nel Mezzogiorno)¹¹

evidenzia come «il Mezzogiorno sia l'area del Paese caratterizzata dalle peggiori condizioni di salute». Il documento *Un Paese due cure*, inoltre, evidenzia le differenze regionali tra il Nord e il Sud dell'Italia nell'accesso e nella qualità dei servizi sanitari. Nelle Regioni del Sud è infatti più alta la mortalità evitabile – dovuta a cause trattabili e/o prevenibili grazie a un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace e a adeguate misure di prevenzione secondaria – che è pari a 20 decessi per 10 mila abitanti, un valore significativamente superiore al dato del Centro (16,9) e del Nord (16,2). La mortalità per tumore al Sud si attesta a 8,4 decessi per 10 mila abitanti, mentre è inferiore a 7,3 nelle restanti aree del Paese.

I dati del rapporto mettono in luce come il Sud continui a soffrire di un sottofinanziamento cronico e di una carenza di servizi. A questo proposito, va precisato che «il bilancio complessivo della sanità nazionale viene definito a monte nel rispetto dei vincoli di bilancio pubblico e non è commisurato ai fabbisogni

83,2 ANNI

ASPETTATIVA DI VITA ALLA NASCITA
NEL NORD-EST



di copertura dei LEA. Questi, di conseguenza, sono finanziati solo parzialmente».

La successiva assegnazione delle risorse alle Regioni si basa su criteri demografici. Circa il 60% delle risorse è allocato proporzionalmente alla popolazione residente, riconoscendo a ciascuna Regione lo stesso ammontare pro capite (quota capitaria secca). Per il restante 40% delle risorse complessive, l'ammontare pro capite assegnato alle Regioni è differenziato per età (quota capitaria pesata), con pesi che riflettono i consumi sanitari per le diverse classi di età, maggiori per la fascia neonatale (0-1 anni) e per gli anziani (over 65), minori per le classi intermedie. Di conseguenza, rivela sempre il rapporto SVIMEZ, «l'ammontare delle risorse assegnate a ciascuna Regione aumenta al crescere della popolazione residente (effetto popolazione) e dell'incidenza sulla popolazione residente dei neonati e degli anziani (effetto età). Un metodo che non tiene conto dei fattori socioeconomici che impattano sui bisogni di cura e assistenza, e finisce per penalizzare i cittadini delle Regioni meridionali, cui sono destinati minori servizi sanitari per quantità e qualità».

13



¹¹ SVIMEZ-Rapporto *Un paese due cure. I divari nord-sud nel diritto alla salute*: <https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Docs/SVIMEZ-Rapporto-Un-paese-due-cure.-I-divari-nord-sud-nel-diritto-alla-salute-il-Mezzogiorno-e-l-area-del-Paese-caratterizzata-dalle-peggiori-condizioni-di-salute>

Dai dati regionalizzati di spesa sanitaria risultano livelli di spesa corrente per abitante mediamente più contenuti nelle Regioni meridionali. A fronte di una media nazionale di 2.140 euro, **la spesa corrente più bassa si registra in Calabria (1.748 euro), Campania (1.818 euro), Basilicata (1.941 euro) e Puglia (1.978 euro).**

Per la parte di spesa in conto capitale, i valori più bassi si ravvisano nuovamente in Campania (18 euro), Lazio (24 euro) e Molise (28 euro), mentre il dato nazionale si attesta su una media pro capite di 41 euro¹².



¹² La spesa sanitaria pro capite corrente comprende tutte le risorse utilizzate per il funzionamento quotidiano del sistema sanitario (retribuzioni del personale, acquisto di farmaci e dispositivi medici, etc.). La spesa sanitaria pro capite in conto capitale riguarda gli investimenti destinati a rafforzare la capacità futura del sistema (costruzione o ristrutturazione di strutture sanitarie, acquisto di grandi apparecchiature, digitalizzazione, etc.).

Serenella Caravella, economista e ricercatrice SVIMEZ spiega che «la mancanza delle risorse necessarie al finanziamento di nuovi investimenti e spesa corrente ha sicuramente rappresentato una delle cause dell'insufficiente diffusione delle attività di medicina territoriale in diversi contesti locali. Avvicinare la spesa sanitaria agli standard delle maggiori economie europee, aumentando l'incidenza sul PIL dall'attuale 6,6% a circa il 9%, è la condizione per arginare la deriva qualitativa in tutto il Paese e intraprendere un sentiero di riduzione delle disuguaglianze territoriali».

Secondo il Segretario Nazionale ANAAO-Assomed Pierino Di Silverio, le disuguaglianze Nord-Sud nel diritto alla salute stanno spaccando l'Italia a metà, acuendo le difficoltà all'accesso alla salute pubblica. Di Silverio racconta che ANAAO-Assomed «si è fortemente impegnata a contrastare il rischio di disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari tra le diverse Regioni e sostiene la necessità di garantire livelli essenziali di assistenza e cure gratuite su tutto il territorio nazionale». Di Silverio spiega che, proprio per questi motivi, «abbiamo visto nell'autonomia differenziata un pericolo per l'unità del Paese e per l'equità nell'accesso ai servizi, in particolare quelli sanitari, ma anche sociali, contrastandola con ogni mezzo».

Per Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione GIMBE, l'autonomia differenziata, così come delineata dalla riforma Calderoli, «rappresenta un rischio concreto per il principio di equità su cui si fonda il SSN. Come Fondazione GIMBE, abbiamo chiesto esplicitamente di escludere la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere ulteriori competenze. Ma la nostra richiesta è rimasta inascoltata. Né il Governo né le opposizioni hanno raccolto davvero l'allarme, nonostante le implicazioni fossero evidenti»¹³. Il problema è duplice: «da un lato, Regioni economicamente e organizzativamente più forti – come Lombardia e Veneto – potranno rafforzare ulteriormente i propri sistemi sanitari. Dall'altro, le Regioni del Mezzogiorno, già segnate da fragilità strutturali, rischiano di rimanere irrimediabilmente

indietro. Il risultato? Una sanità “a geometria variabile”, in cui il diritto costituzionale alla tutela della salute viene declinato in modo diseguale in base al CAP di residenza». Il Presidente Cartabellotta ci offre anche degli esempi concreti: «Se le Regioni avranno maggiore libertà di contrattazione del personale, quelle più ricche potranno offrire stipendi e condizioni più vantaggiose, sottraendo medici e infermieri al Sud, già in forte carenza. Se potranno decidere in autonomia il numero di borse di studio per le specializzazioni o per la formazione dei medici di medicina generale, si creeranno squilibri strutturali nella distribuzione dei professionisti».

Un massivo incremento della mobilità verso queste Regioni rischia di peggiorare l'assistenza sanitaria per i propri residenti. Il caso della Lombardia è emblematico per Cartabellotta: «nel 2022 è risultata prima per mobilità attiva, ma anche terza per mobilità passiva. Sempre più cittadini lombardi si curano fuori Regione, segno che il sistema è già sotto pressione. Infine, non va dimenticato che uno degli obiettivi chiave del PNRR – finanziato attraverso un pesantissimo debito pubblico – è proprio la riduzione dei divari territoriali e il rilancio del Mezzogiorno». Dunque, per il Presidente di GIMBE, introdurre l'autonomia differenziata nella sanità va esattamente nella direzione opposta: **«Se il Governo non fermerà questa deriva, ci troveremo presto davanti a un disastro sanitario, economico e sociale di proporzioni storiche».**

PIANO ONCOLOGICO NAZIONALE

Il cancro rappresenta una delle maggiori sfide di salute pubblica in Italia e in Europa. Solo nel nostro Paese, nel 2023, sono state stimate circa 395 mila nuove diagnosi di tumore maligno¹⁴, con una prevalenza in costante aumento grazie ai progressi terapeutici che trasformano sempre più spesso la malattia in una condizione cronica. Dietro a queste cifre, tuttavia, si nasconde un sistema che fatica a garantire equità di accesso alle cure, tempi rapidi di presa in carico e uniformità dei percorsi terapeutici sul territorio nazionale.

¹³ Fondazione GIMBE, *Autonomia differenziata in sanità- analisi critica*.

<https://www.tecnicaospedaliere.it/autonomia-differenziata-in-sanita-il-report-di-fondazione-gimbe>

¹⁴ AIOM-*I numeri del cancro in Italia 2023*. <https://www.aiom.it/?s=i+numeri+del+cancro+in+italia&lang=it>

Per affrontare questa sfida l'Italia si è dotata, nel gennaio 2023, del **Piano Oncologico Nazionale 2023-2027**¹⁵, uno strumento di programmazione condiviso tra Stato e Regioni, con l'obiettivo di ridurre la mortalità e migliorare la qualità di vita dei pazienti oncologici. Il documento, in linea con il **Piano Europeo di lotta contro il cancro (Europe's Beating Cancer Plan)**¹⁶, mira a rafforzare la prevenzione primaria, implementare programmi di screening efficaci, garantire diagnosi tempestive, favorire la presa in carico multidisciplinare e integrare l'innovazione tecnologica, dalla telemedicina all'intelligenza artificiale. Il Piano introduce anche strumenti concreti: un fondo dedicato di 10 milioni di euro annui fino al 2027, la creazione di una cabina di regia nazionale e incentivi per le Regioni che attivano pienamente le Reti Oncologiche Regionali.

Accanto alle Istituzioni nazionali, anche le Società scientifiche e gli Organismi internazionali ribadiscono l'urgenza di una piena implementazione del Piano. L'**European Society for Medical Oncology (ESMO)** richiama l'attenzione sulla necessità di rafforzare la ricerca traslazionale, la disponibilità di farmaci innovativi e la centralità del paziente nei percorsi di cura¹⁷.

Tuttavia, **Francesco De Lorenzo, Presidente della Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO)**, nella nota introduttiva al 18° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, commenta come il contrasto tra la visione politica e l'inerzia burocratica emerga con chiarezza analizzando alcuni nodi cruciali che, nonostante i provvedimenti formali, restano irrisolti.

È il caso emblematico del Piano Oncologico Nazionale (PON) 2023-2027: nonostante le ripetute sollecitazioni, la mancata operatività della Cabina di Regia nazionale ha paralizzato le funzioni di monitoraggio e controllo previste dal Piano. In quanto fulcro della governance, alla Cabina di Regia competono il coordinamento strategico, la verifica dello stato di avanzamento delle azioni regionali e il supporto tecnico al Ministero nella valutazione dei risultati.

A un anno dalla scadenza, l'assenza di questa «cinghia di trasmissione» ha impedito di attuare l'indirizzo strategico del Piano e di monitorarne

gli esiti, rendendo impossibile verificare l'effettiva allocazione delle risorse finanziarie destinate all'oncologia. Senza questo costante monitoraggio, il PON resta un documento programmatico privo di gambe, incapace di incidere sui percorsi di cura e di garantire l'uniformità dei livelli assistenziali su tutto il territorio nazionale.

Secondo il **Dottor Michelino De Laurentiis, Direttore del Dipartimento di Senologia dell'Ospedale Pascale di Napoli**, il Piano Oncologico Nazionale «rappresenta un passo importante, ma l'attuazione concreta è ancora disomogenea tra le diverse Regioni. La traduzione operativa dipende molto dalle risorse locali, e qui nascono le principali disuguaglianze». Ad oggi i problemi maggiori riguardano «la carenza di personale sanitario, le differenze nell'accesso ai farmaci innovativi e ai test di diagnostica molecolare, oltre alle difficoltà logistiche che costringono molti pazienti del Sud a spostarsi al Nord per curarsi». Le sfide per il futuro, per De Laurentiis, saranno duplici: «Da un lato garantire equità di accesso a diagnosi e terapie di qualità su tutto il territorio nazionale, dall'altro gestire la crescente complessità della medicina oncologica senza che diventi un privilegio solo per chi vive nelle Regioni più forti».

RETI ONCOLOGICHE REGIONALI

Le Reti Oncologiche Regionali sono sistemi organizzativi del Servizio Sanitario Regionale creati per coordinare in modo integrato la prevenzione, la diagnosi, la cura e il follow-up dei tumori all'interno di una Regione, mettendo in rete ospedali, centri specialistici, servizi territoriali, professionisti e professioniste della sanità.

Le Reti sono organizzate per Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) per specifici tumori, centri di riferimento e strutture collegate, team multidisciplinari, e includono prevenzione e screening oncologici, diagnosi, terapia, riabilitazione, cure palliative e supporto psicologico.

Le Reti Oncologiche Regionali hanno l'obiettivo di garantire equità di accesso alle cure oncologiche e ridurre le disuguaglianze territoriali assicurando percorsi di cura standardizzati basati su linee guida;

¹⁵ Ministero della Salute-Piano Oncologico Nazionale 2023-2027.

<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/tumori-e-screening/piano-oncologico-nazionale-2023-2027>

¹⁶ Europe's Beating Cancer Plan. https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf

¹⁷ ESMO-Cancer Plans in Europe. <https://dam.esmo.org/image/upload/ESMO-Response-to-Beating-Cancer-Plan-Roadmap.pdf>

rappresentano dunque la risposta delle Istituzioni per superare le disparità, perché hanno come funzione la presa in carico complessiva della persona.

Anche l'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)**, con il suo **European Cancer Initiative**¹⁸, sottolinea l'importanza di Reti oncologiche integrate, in grado di ridurre le disparità e migliorare gli esiti di cura e presa in carico della persona.

Best practice già esistenti dimostrano che il modello funziona: in alcune Regioni del Nord le Reti oncologiche sono pienamente operative e i PDTA vengono applicati con rigore, garantendo diagnosi tempestive, presa in carico multidisciplinare e continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Ma l'Italia resta a due velocità, e senza una regia nazionale forte, rischia di accentuare ulteriormente le disuguaglianze.

Rispetto alle Reti Oncologiche Regionali, De Lorenzo, presentando il nuovo rapporto FAVO, parla di come il Coordinamento generale delle Reti Oncologiche (CRO) versi in una preoccupante situazione di stallo. Nonostante la prima delibera approvata nel 2024, l'organismo non è ancora attivo: il Ministero si trova così nell'impossibilità di conoscere lo stato reale delle Reti e di intervenire con incentivi o correttivi sulle carenze locali e la diffusione delle best practice. Questa paralisi aggrava le già profonde divergenze tra le Regioni, facendo venir meno l'unico vero obiettivo di sistema: l'abbattimento delle disuguaglianze e la riduzione delle liste d'attesa.

La mancata attivazione del CRO svuota di senso l'Accordo Stato-Regioni del 2019, impedendo quel consolidamento uniforme delle reti su tutto il territorio nazionale che è l'architettura della sanità oncologica moderna.

Persino il fondamentale principio della partecipazione delle associazioni, consacrato dalla Legge di Bilancio 2025, rischia di naufragare nell'assenza dei necessari decreti attuativi. Questa sequela di «opere incompiute» non rappresenta un semplice intoppo tecnico, ma un ostacolo materiale che impedisce ai pazienti di beneficiare di una tutela effettiva.

Secondo il Dottor Francesco Perrone, Presidente Fondazione AIOM (Associazione Italiana Oncologia

Medica) e Direttore della Struttura Complessa Sperimentazioni Cliniche dell'Istituto Nazionale Tumori di Napoli, nel contesto di un SSN che da oltre venti anni è organizzato in ottica regionale, la risposta organizzativa della diagnosi e cura oncologica non può che puntare «al modello che diventa inevitabile che è quello delle Reti Oncologiche Regionali, il tema sul quale AGENAS lavora da tempo per cercare di definire degli indicatori. Questo tipo di organizzazione delle Reti Oncologiche Regionali, in realtà, non è necessariamente un modello recepito da tutte le Regioni nello stesso modo, e anche qui non è detto che ci sia un gradiente Sud/Nord». Il Dottor Perrone ricorda il caso della Regione Lombardia che non ha una vera e propria rete oncologica regionale: «Tende a sviluppare un modello basato sui centri di eccellenza e basato su network di singola patologia. [...] Bisogna dunque lavorare su Reti Oncologiche Regionali che includono tutti i tipi di tumore e cercano di migliorare la tempestività della presa in carico dei pazienti e l'appropriatezza terapeutica».

In Campania la Rete oncologica si è data come obiettivo «dei tempi medi di presa in carico delle prime diagnosi, che dalla prima presa in carico dal gruppo di professionisti adeguato per la diagnosi e la cura dell'eventuale forma di cancro è nell'ordine di 10-11 giorni. Questo è un tempo ragionevole che, per essere raggiunto, richiede sforzo organizzativo e operativo e la collaborazione di tutti. Richiede anche un'organizzazione che sfrutti molto le potenzialità delle reti digitali». Il digitale, in Italia, è un sogno mai completamente avverato, come ricorda Perrone: «Promesse, scommesse, ma l'efficienza della digitalizzazione è ancora indietro anche se ci sono dei notevoli passi avanti». Perrone ricorda che bisogna evitare di «reagire, di fronte alle difficoltà, con le sovra-semplificazioni. Se io mi occupo di un tipo di cancro e costruisco un sistema organizzativo solo per chi è afflitto da quel tipo di cancro, probabilmente semplificherà il mio modello, ma questo tipo di strategia è già a breve termine una strategia che aumenterà il grado delle diseguità. [...] Bisognerebbe tenerlo sotto controllo in una cabina di regia del Governo centrale, che ahimè negli ultimi venti anni è mancata».

¹⁸ WHO Europe-Cancer Policy and Data. https://www.who.int/europe/health-topics/cancer#tab=tab_1

SCREENING ONCOLOGICI

Un settore particolarmente emblematico delle disuguaglianze in tema di salute è quello della prevenzione secondaria oncologica. Gli screening per la diagnosi precoce dei tumori, come quelli per il carcinoma mammario, del colon-retto e della cervice uterina, sono strumenti fondamentali per ridurre la mortalità e migliorare la qualità della vita. Tuttavia, l'accesso a questi programmi varia significativamente tra le diverse Regioni: le Regioni del Nord registrano tassi di adesione significativamente più elevati rispetto al Sud. Queste disuguaglianze nell'accesso alla prevenzione oncologica sono il risultato di una combinazione di fattori, tra cui la carenza di risorse, la scarsa informazione, le difficoltà logistiche e la mancanza di fiducia nei confronti del sistema sanitario pubblico. Le Regioni del Sud, in particolare, affrontano sfide significative nell'offrire servizi di screening efficaci e accessibili a tutta la popolazione.

L'Istituto Superiore di Sanità, nel suo ultimo **Rapporto screening oncologici 2024**¹⁹, sottolinea come **l'accesso agli screening sia fortemente correlato al livello socioeconomico e all'area geografica di residenza, con divari che compromettono il principio di universalismo del Servizio Sanitario Nazionale.**

Per **Serenella Caravella, economista e ricercatrice SVIMEZ**, le ampie differenze tra Nord e Sud si evidenziano in modo significativo proprio nell'ambito della prevenzione oncologica e nei tassi di adesione ai programmi di screening²⁰.

«Per gli **screening mammografici** a cadenza biennale – controlli particolarmente raccomandati per le donne tra i 50 e i 69 anni per le quali il tumore al seno rappresenta la più diffusa patologia oncologica – l'Istituto Superiore di Sanità indica che nel biennio 2023-2024 in Italia oltre sette donne su dieci di 50-69 anni si sono sottoposte ai controlli: la metà lo ha fatto aderendo ai programmi di screening gratuiti offerti dalle ASL. **La copertura supera l'80% al Nord e al Centro, mentre si attesta al 60% nel Mezzogiorno.** La prima Regione per copertura è il Friuli-Venezia Giulia (89,9%); l'ultima è la Calabria, dove solamente

il 46,2% delle donne tra i 50 e i 69 anni si sono sottoposte ai controlli. Sempre in Calabria, risulta particolarmente bassa la quota di donne che hanno effettuato lo screening mammografico su iniziativa organizzata, solamente il 13,4% del totale. Scende al 6% la quota di cittadini e cittadine calabresi tra i 50 e i 69 anni che hanno effettuato lo screening per il tumore al colon-retto – seconda causa più frequente di decesso per patologie oncologiche – nell'ambito di un programma organizzato dalla ASL, per una copertura totale del 15%. Per questa area di prevenzione, la variabilità da Nord a Sud a sfavore delle Regioni meridionali è ancora più marcata: nelle Regioni del Mezzogiorno la quota di persone che si sottopone allo screening raggiunge appena il 30% nel biennio 2023-2024, valore che quasi raddoppia nelle Regioni del Centro, fino a raggiungere il 62% tra i residenti nel Nord Italia. Per gli **screening per il carcinoma della cervice uterina** causato dal Papilloma Virus, raccomandato per le donne di età superiore ai 30 anni fino ai 64 anni, il dato nazionale si attesta a una copertura complessiva del 78%, di cui il 46,8% effettuato nell'ambito di programmi organizzati dalle ASL. **La copertura complessiva raggiunge l'83% al Nord e al Centro, mentre si ferma al 69% al Sud. Campania e Calabria** registrano i risultati più deludenti, con tassi di adesione ai programmi organizzati **inferiori al 20%** e tassi di copertura totale rispettivamente pari al 70,8% e al 58,7%. In generale, tutte le Regioni del Mezzogiorno presentano per questa tipologia di screening valori sempre inferiori alla media nazionale sia per la copertura totale (77,5%) sia per la copertura mediante iniziativa organizzata (46,4%). L'unica eccezione è la Puglia che registra una copertura totale di screening alla cervice del 76,3%, di cui il 51,2% effettuato presso le ASL».

Per Serenella Caravella «dallo studio delle caratteristiche sociodemografiche di coloro che si sottopongono agli screening oncologici organizzati emerge che l'adesione aumenta quando il livello di istruzione è più alto e le condizioni economiche sufficientemente buone. Inoltre, la mancata ricezione di una lettera di convocazione dalla ASL e/o di un consiglio da parte di un operatore sanitario sono i principali motivi della non esecuzione dei test».

¹⁹ ISS-Rapporto ISTISAN 24|9. <https://www.iss.it/documents/20126/9340227/24-9+web.pdf/5d4cf8b4-9dda-1064-4bbb-a39beff08dfd?t=1721810698953>

²⁰ AGENAS, dati su adesione ed estensione degli screening oncologici. <https://storagehub.homnys.net/cmsimage/allegati/allegato1748336563.pdf>



APPROFONDIMENTO

SCREENING ONCOLOGICI IN EUROPA E ITALIA

Il cancro rappresenta la seconda causa di morte in Europa. Tumore del seno, colon-retto e cervice uterina costituiscono circa il 20% della mortalità oncologica, con 250 mila decessi annui nell'UE. Negli ultimi decenni, grazie a diagnosi precoci e miglioramento dei trattamenti, la mortalità per questi tumori si è ridotta dell'1-2% annuo. I Paesi con un più elevato tasso di partecipazione allo screening per il tumore della mammella hanno migliori risultati in termini di riduzione della mortalità, i dati dimostrano infatti che lo screening mammografico può diminuire la mortalità fino al 35%, mentre quello cervicale oltre il 50%.

La maggior parte dei Paesi europei garantisce programmi gratuiti di screening per mammella, cervice e colon-retto. L'UE aveva fissato l'obiettivo che il 90% della popolazione eleggibile potesse accedere allo screening entro il 2025. Sostanzialmente tutti i Paesi europei (inclusa la Gran Bretagna) hanno un programma di screening per il cancro al seno e il 91% dei Paesi ha un programma di screening organizzato a livello nazionale o regionale per il cancro della cervice uterina.

La Raccomandazione del Consiglio UE del 2022 confermava le fasce d'età e i test raccomandati, e suggeriva un ampliamento degli screening ai tumori di prostata, polmone e stomaco:

- Tumore mammella: mammografia 50-69 anni, con possibile estensione 45-74;
- Tumore colon-retto: test immunochimico fecale (FIT) 50-74 anni;
- Tumore cervice uterina: test HPV ogni 5 anni 30-65 anni.

Nonostante un'offerta sostanzialmente omogenea, esistono notevoli differenze nell'età di inizio e fine

dello screening, nel tipo di test utilizzato, nella copertura e nella partecipazione. A questo proposito l'**European Cancer Organization** raccoglie e monitora gli indicatori chiave qualitativi e quantitativi rispetto all'implementazione dei programmi di screening oncologici nei diversi Paesi, creando l'**European Screening Policy Index**²¹. Per i tumori il cui screening è raccomandato dal Consiglio UE, viene calcolato un Performance Score in base alla copertura, alla fascia d'età in cui vengono offerti, all'intervallo tra gli screening, al tipo di test e alla strategia di invito alla popolazione target.

La mappa dell'European Screening Policy Index mostra chiaramente un gradiente Est-Ovest con le performance più basse in Grecia (44,8%), Romania (34,7%) e Bulgaria (26,1%) e con le percentuali superiori all'80% nei Paesi più occidentali e in quelli scandinavi. I punteggi più alti sono quelli della Slovenia (91,2%) e del Portogallo (90,8%).

LA SITUAZIONE IN ITALIA

Secondo l'European Screening Policy Index, l'**Italia si trova al 15° posto con un punteggio totale di 80,5%, con una performance dell'87% per lo screening del tumore della mammella**, del 73,2% per il tumore della cervice uterina e dell'84,3% per lo screening del tumore del colon-retto.

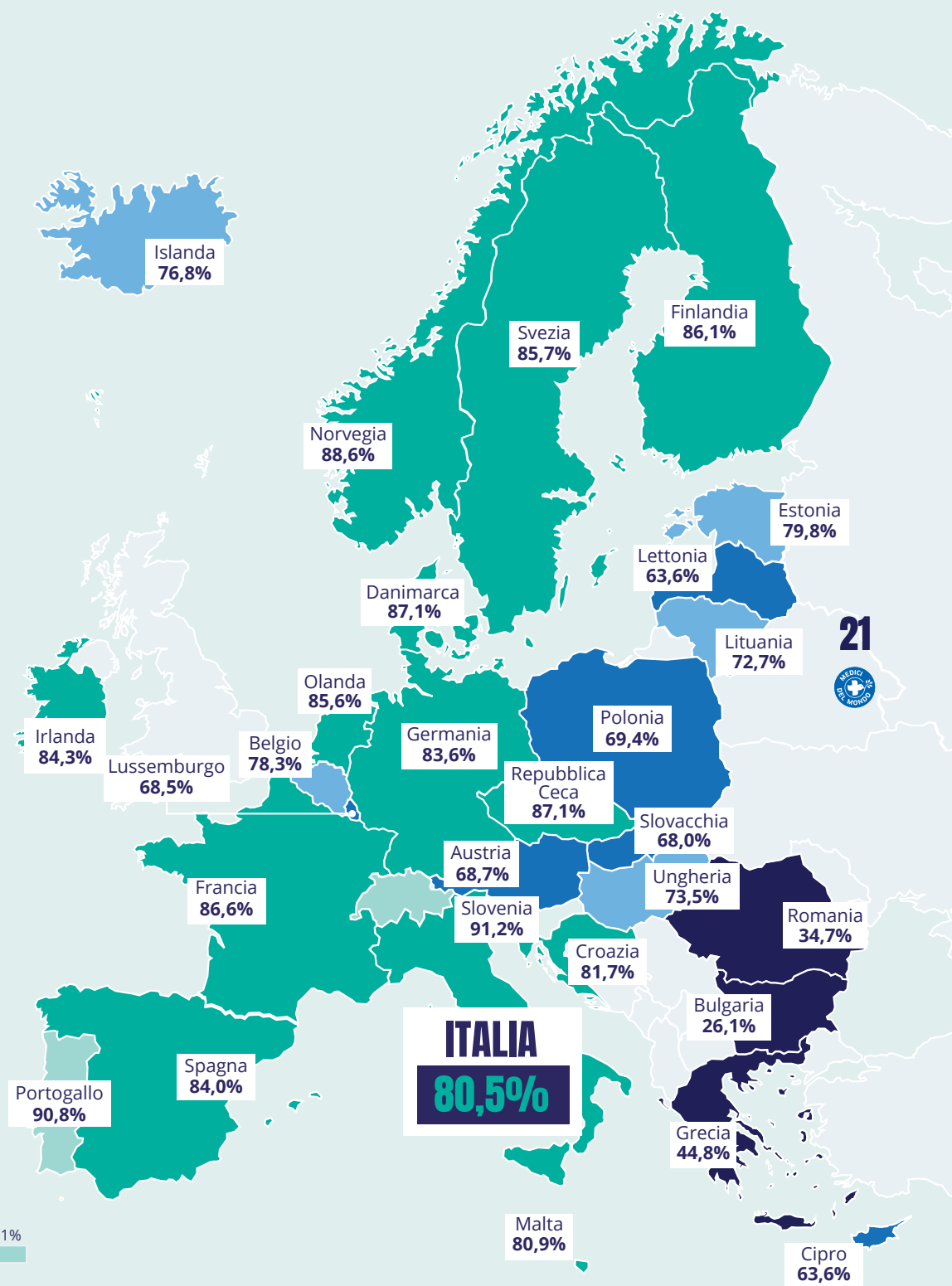
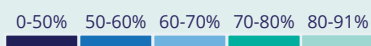
In Italia i tre programmi di screening in ambito previsti dal Piano Oncologico Nazionale sono:

- lo screening per il tumore della mammella per le donne tra 50 e 69 anni
- lo screening per il tumore della cervice uterina per le donne tra 25 e 64 anni
- lo screening per il tumore del colon-retto per uomini e donne tra 50 e 69 anni.

²¹ <https://www.europeancancer.org/data/impact/cancer-screening-data.html>

RANKING SCALE

Slovenia	91,2 %
Portogallo	90,8 %
Norvegia	88,6 %
Danimarca	87,1 %
Repubblica Ceca	87,1 %
Francia	86,6 %
Finlandia	86,1 %
Svezia	85,7 %
Olanda	85,6 %
Irlanda	84,3 %
Spagna	84,0 %
Germania	83,6 %
Croazia	81,7 %
Malta	80,9 %
ITALIA	80,5 %
Estonia	79,8 %
Belgio	78,3 %
Islanda	76,8 %
Ungheria	73,5 %
Lituania	72,7 %
Polonia	69,4 %
Austria	68,7 %
Lussemburgo	68,5 %
Slovacchia	68,0 %
Lettonia	63,6 %
Cipro	63,6 %
Grecia	44,8 %
Romania	34,7 %
Bulgaria	26,1 %



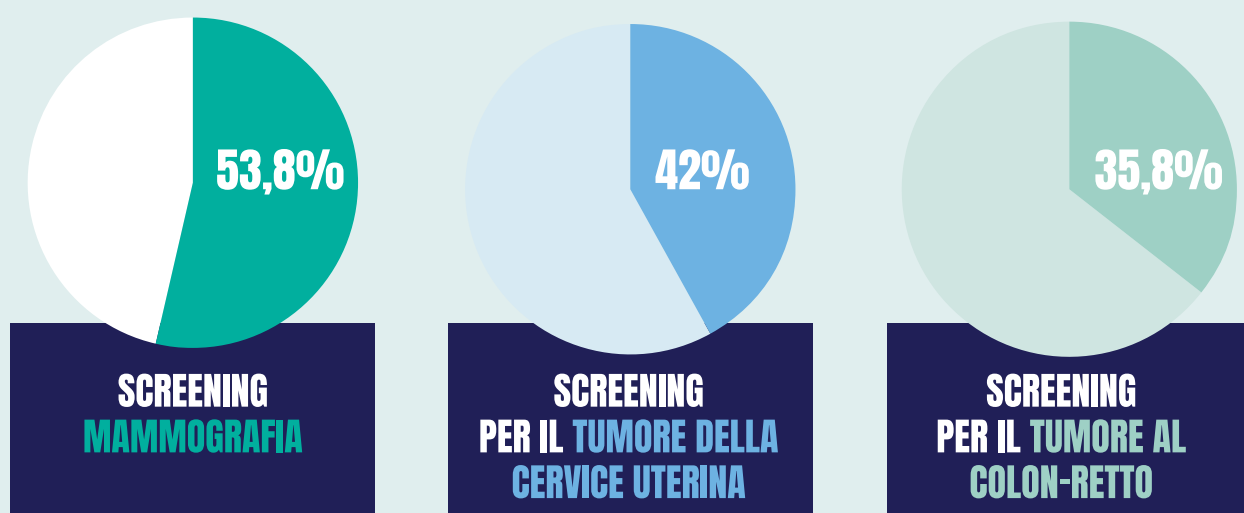
Questi programmi fanno parte dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e devono essere offerti gratuitamente dal sistema sanitario nazionale, attraverso le Regioni, in modo uniforme su tutto il territorio.

Alcune Regioni hanno esteso le fasce d'età con risorse proprie; ad esempio, la Lombardia e l'Emilia-Romagna prevedono l'offerta per lo screening mammografico alle donne di età compresa tra 45 e 74 anni; dal 2025 l'Emilia-Romagna ha esteso anche lo screening del tumore del colon-retto alla fascia 70-74 e la Toscana applica e monitora l'estensione alla fascia 45-74 per lo screening della mammella. Anche la Regione Piemonte, le Province Autonome di Trento e Bolzano e la Regione Veneto prevedono un allargamento della fascia di età per l'accesso

ai programmi di screening per il tumore della mammella simile a quello attuato dalla Lombardia, dall'Emilia-Romagna e dalla Toscana.

Nel 2024 in Italia sono stati invitati circa 18 milioni di cittadini e cittadine a partecipare a uno dei programmi di screening; di questi, poco più di 7 milioni ha aderito (ha effettivamente effettuato lo screening) nell'ambito dei programmi istituzionali. **L'adesione è migliorata rispetto agli anni immediatamente post-pandemia ma rimane ancora molto al di sotto degli obiettivi indicati a livello europeo**, con ampie differenze territoriali, con le Regioni del Centro-Nord che in generale hanno coperture maggiori rispetto a quelle del Sud e alle Isole, che invece presentano coperture al di sotto della media nazionale.

ADESIONE AI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICO IN ITALIA (2024)



Nella tabella 1 vengono sintetizzate le differenze di invito e adesione agli screening oncologici organizzati, secondo i dati dell’**Osservatorio**

Nazionale Screening (ONS) relativi al 2024²². Il dettaglio dell’adesione per Regione è rappresentato nelle successive figure 1, 2 e 3.

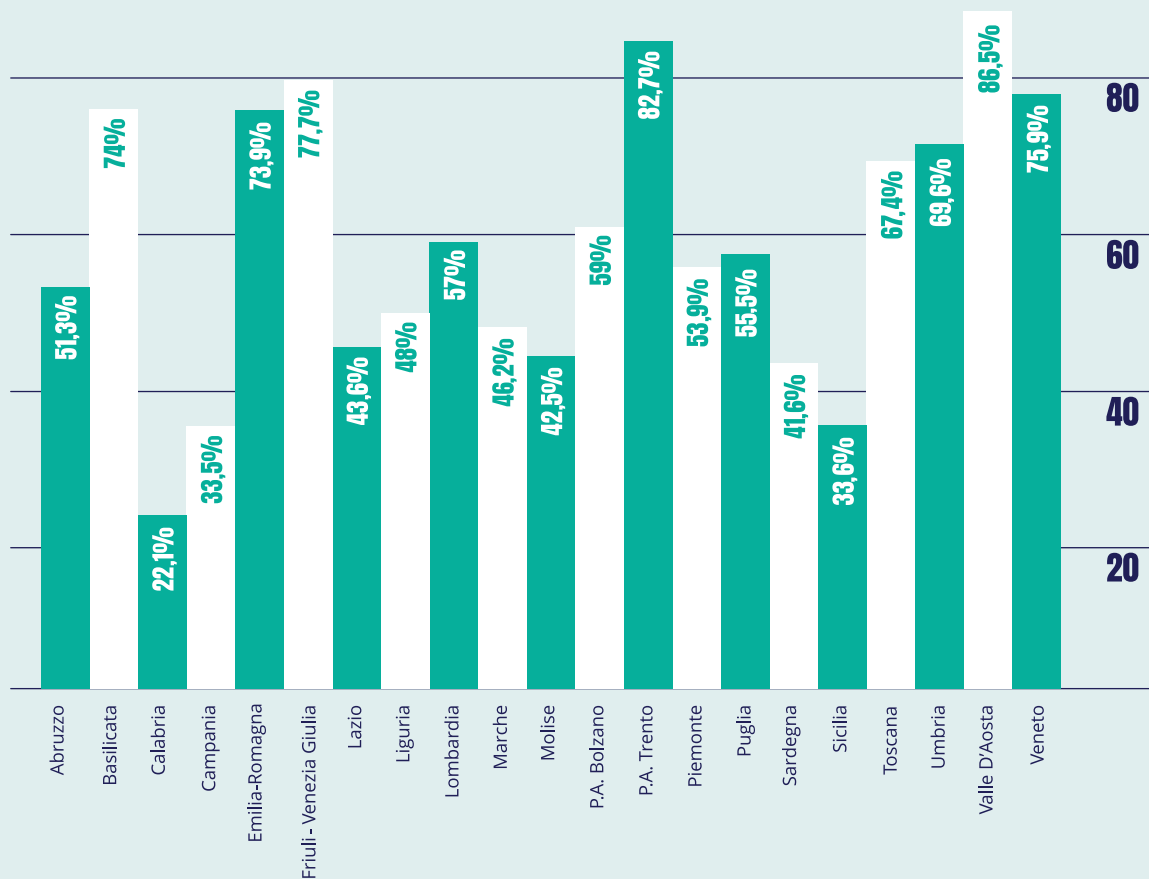
SCREENING	AREA	ESTENSIONE (INVITI / TARGET)	ADESIONE (PERSONE CHE HANNO PARTECIPATO)
TUMORE DELLA MAMMELLA	Italia	97,3%	53,8%
	Nord	103,2%	63,2%
	Centro	100,7%	53,3%
	Sud/Isole	87,5%	40,1%
TUMORE DELLA CERVICE UTERINA	Italia	117,2%	42%
	Nord	122,6%	48%
	Centro	120,1%	43,5%
	Sud/Isole	108,1%	32,7%
TUMORE DEL COLON-RETTO	Italia	94%	35,8%
	Nord	98,9%	46,8%
	Centro	99,4%	32,7%
	Sud/Isole	84,5%	21,1%

²² Osservatorio Nazionale Screening (ONS). <https://www.osservatorionazionalescreening.it/content/la-diffusione-degli-screening-oncologici-italia-nel-2024>

²³ Valori superiori al 100% sono frequenti, sia perché alcune Regioni si sono impegnate a colmare i ritardi maturati in precedenza sia per motivi organizzativi tali per cui un anno si invita più della popolazione avente diritto e l'anno successivo inevitabilmente si invita un numero inferiore al target stabilito.

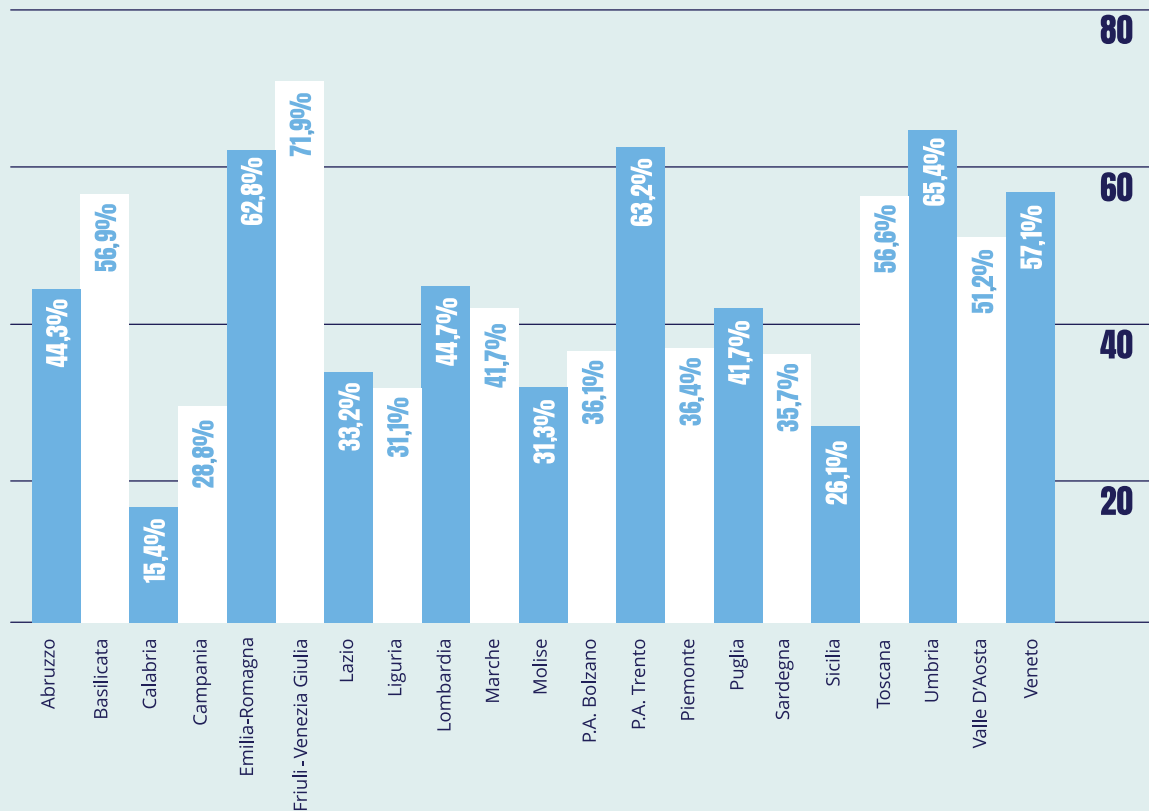
ADESIONE ALLO SCREENING PER IL TUMORE DELLA MAMMELLA

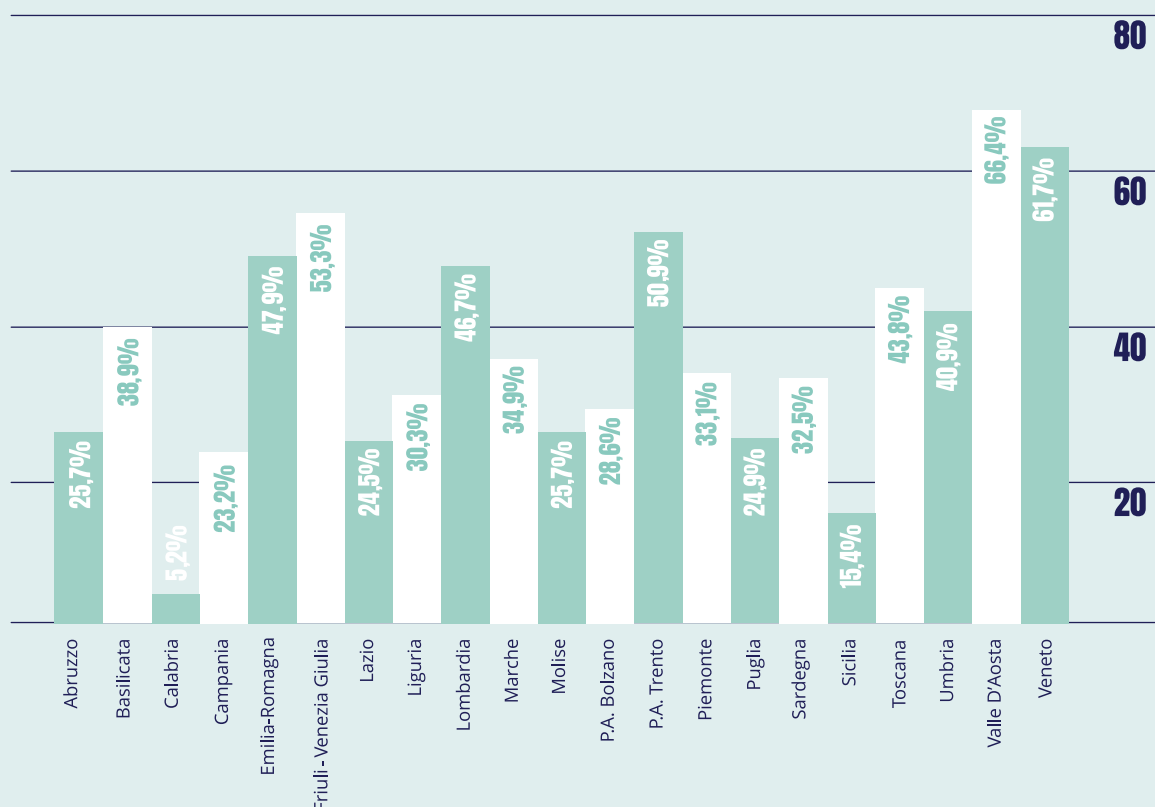
100



ADESIONE ALLO SCREENING PER IL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA

100





Le principali cause delle differenze osservate riguardano aspetti di natura gestionale e organizzativa, la presenza di disuguaglianze economiche ed infrastrutturali e i livelli di informazione, fiducia e consapevolezza delle persone potenzialmente interessate agli screening.

In riferimento al primo punto, le Regioni del Nord Italia presentano programmi di screening centralizzati e informatizzati, con sistemi di invito automatico e call center dedicati, mentre nelle Regioni del Sud i servizi risultano essere frammentati e si verificano spesso ritardi nei sistemi di richiamo dei casi potenzialmente a rischio e non sempre viene garantito un follow-up strutturato per i casi positivi.

La carenza di risorse di personale e di attrezzature e la diversa accessibilità ai servizi di screening costituisce un ulteriore elemento penalizzante per le Regioni del Sud Italia, con lunghe liste di attesa per l'esecuzione della prestazione e una povera interoperabilità dei sistemi informativi regionali, che

rende difficile avere un quadro in tempi reali della distribuzione dei tassi di adesione in relazione alle caratteristiche della popolazione bersaglio e della loro dislocazione territoriale.

La capacità di promuovere e realizzare campagne di sensibilizzazione sui temi della prevenzione oncologica, inclusa la prevenzione secondaria, è maggiore nelle Regioni del Nord e del Centro rispetto alle Regioni del Sud e alle Isole. Recenti ricerche condotte dall'Istituto Superiore di Sanità hanno evidenziato che esiste una minore percezione del rischio oncologico e una fiducia ridotta nei servizi sanitari al Sud, che scoraggia la partecipazione ai programmi di screening.

Le conseguenze di una limitata adesione alle attività di prevenzione secondaria, secondo la Fondazione GIMBE, ha comportato nel 2023 la mancata individuazione di oltre 50 mila tumori in fase precoce²⁴.

²⁴ Fondazione GIMBE, Screening oncologici organizzati: nel 2023 non individuati oltre 50 mila tumori e lesioni precancerose per scarsa adesione dei cittadini. <https://it.linkedin.com/pulse/screening-oncologici-nel-2023-mancate-oltre-50-mila-diagnosi-il-empuf>

MEZZOGIORNO E ONCOLOGIA

«Che esista un gap tra Regione del Nord e del Sud su vari aspetti che riguardano la salute e anche l'oncologia non è una novità». Gli ultimi dati sull'oncologia, racconta il **Dottor Francesco Perrone**, «danno segnali incoraggianti su quali sono i trend perché, per quello che riguarda le Reti Oncologiche Regionali, sulle quali c'è il recente rapporto AGENAS, c'è il recupero di alcune Regioni del Sud, tra queste la Campania si posiziona molto bene, in terza posizione e più in alto della Lombardia». Per gli screening ci sono dati di crescita dell'adesione, «non solo in Campania ma anche in Puglia». Ci sono dei trend in miglioramento ma alcuni gap sono significativi: «Ad esempio l'indice di fuga per l'oncologia, per alcune Regioni, è molto alto. Penso alla Calabria, dove per alcuni interventi chirurgici – anche relativamente semplici come la chirurgia senologica – continua ad esserci un indice di fuga elevato e questo rappresenta un problema».

Un problema che si specchia in un contesto di differenze tra Regioni del Nord e Regioni del Sud per quello che riguarda il capitolo della prevenzione. «La prevenzione primaria vede una distribuzione degli stili di vita rischiosi – cioè, quegli stili di vita che per il cancro possono essere dei fattori di rischio – che sono mediamente più diffusi nelle Regioni del Mezzogiorno. Parlo del fumo di sigaretta, della scarsa propensione all'attività fisica, alimentazione povera di frutta e verdura, obesità e alcol». Questa distribuzione dei fattori di rischio che penalizza le Regioni meridionali si unisce ad altri indicatori di disagio economico: «Questo ci preoccupa perché riteniamo che il cocktail tra fattori di rischio peggiori – disagio socioeconomico e minore adesione ai programmi di screening nei LEA – prelude a una possibilità di un'incidenza di malattia e di una mortalità che tendono ad aumentare per il coacervo di questi fattori».

Proprio rispetto ad una prospettiva unitaria, il Piano Oncologico Nazionale è stato un punto di partenza, ma è ancora fallace nella messa a terra. Per Perrone è «un documento di ottima qualità sul piano concettuale, però manca di una pragmaticità nel definire responsabilità dirette e soprattutto manca di garanzie di copertura economica. In Italia dal fondo sanitario nazionale viene destinato alla prevenzione non più del 5%. Ripetutamente il Governo dichiara che si vuole provare a cambiare,

però le dichiarazioni sono un conto, fino a che non diventano atti pratici è un altro conto».

Per il Dottor **Michelino De Laurentiis, Direttore del Dipartimento di Senologia dell'Ospedale Pascale di Napoli**, il divario tra Nord e Sud nelle cure oncologiche è un dato costante, e le criticità principali riguardano tre aspetti: «In primis l'accessibilità ai centri specializzati: in molte Regioni meridionali l'offerta di oncologia di alto livello è limitata e i pazienti sono spesso costretti a spostarsi in altre aree del Paese». Al secondo posto la questione che riguarda le risorse umane e infrastrutturali: «La carenza di personale e i tempi di attesa più lunghi incidono sulla tempestività delle diagnosi e sull'avvio delle terapie». Al terzo posto il grande problema della disomogeneità territoriale: «Persistono differenze nell'attuazione delle Reti Oncologiche Regionali e nella disponibilità dei farmaci innovativi, che in alcuni contesti arrivano con ritardo». In Campania, inoltre, per De Laurentiis pesa in modo particolare il Piano di Rientro, che limita drasticamente le nuove assunzioni: «Il risultato è un numero di medici e infermieri molto inferiore, in rapporto alla popolazione, rispetto alle Regioni del Nord. La sfida per il futuro sarà superare questi vincoli e rafforzare le reti territoriali, per garantire a tutti i cittadini cure oncologiche diffuse, gratuite ed eque, indipendentemente dalla Regione di residenza». Anche per la partecipazione agli screening oncologici, secondo i dati contenuti negli ultimi report, al Sud ci sono problemi legati alla partecipazione della cittadinanza. Per Dottor De Laurentiis, «non si tratta solo di minore sensibilità o minore sensibilizzazione della popolazione, ma soprattutto di problemi organizzativi, come la carenza di personale, inviti discontinui e tempi di attesa troppo lunghi. Per aumentare la partecipazione servono campagne di prevenzione più efficaci, ma soprattutto servizi più accessibili e affidabili, in altre parole, più risorse. Con investimenti mirati e una migliore organizzazione è possibile colmare il divario e garantire a tutti i cittadini pari opportunità di prevenzione e cura».

Ad un sistema di salute pubblica con forti criticità però, si affiancano realtà regionali che cercano di supplire a disagi e disuguaglianze unendo la qualità di ricerca scientifica all'attenzione verso i pazienti, in questo l'Istituto Pascale vanta una qualità assistenziale e di ricerca di primo livello.

Il Pascale di Napoli è un punto di riferimento

nazionale e internazionale, con livelli di ricerca, prevenzione e cura che lo collocano tra le eccellenze italiane. Il Dottor De Laurentiis racconta: «Ogni giorno lavoriamo per offrire a tutti i pazienti percorsi diagnostico-terapeutici allineati ai più alti standard. Tuttavia, non possiamo ignorare che il contesto in cui operiamo presenta criticità: la domanda di cura è molto elevata, il personale disponibile non sempre proporzionato, e i tempi di attesa rischiano di allungarsi. Nella maggior parte dei casi riusciamo a garantire diagnosi e trattamenti nei tempi clinicamente appropriati, ma per alcuni pazienti la difficoltà di accesso al sistema può portare a ritardi o addirittura alla scelta di rivolgersi ad altre Regioni». È proprio per questo che «chiediamo investimenti strutturali e un rafforzamento delle Reti oncologiche territoriali: perché un centro di eccellenza come il Pascale possa davvero esprimere il suo potenziale al servizio di tutti i cittadini, senza costringerli a migrare altrove».

De Laurentiis ricorda: «Siamo il centro con la principale offerta di terapie sperimentali sul tumore al seno in Italia, con mediamente 50-60 protocolli clinici attivi che consentono alle pazienti di accedere precocemente a farmaci innovativi. A questo si affiancano percorsi multidisciplinari sempre più personalizzati e l'impiego di tecnologie avanzate per la diagnosi e il monitoraggio». Ma, in campo medico, ci sono sempre sfide aperte che riguardano «la necessità di garantire diagnosi tempestive, ridurre i tempi di attesa e assicurare un accesso equo alle terapie più avanzate, incluse le terapie mirate e immunoterapiche». Se parliamo di Campania, non possiamo dimenticare l'incremento delle patologie tumorali che riguardano la Terra dei Fuochi. Per il medico «i dati epidemiologici documentano un quadro preoccupante, con eccessi di incidenza e mortalità oncologica in alcune aree. Non si può più affrontare questo tema solo in termini di percezione sociale: servono bonifiche ambientali, sorveglianza sanitaria e monitoraggio epidemiologico costante. Solo così, accanto alla ricerca e alla cura, potremo garantire davvero il diritto alla salute a chi vive in questi territori».

MIGRAZIONE SANITARIA

Ogni anno centinaia di migliaia di pazienti italiani varcano i confini regionali per curarsi. Dagli ultimi dati disponibili la migrazione sanitaria interregionale ha assunto dimensioni economiche e sociali sempre più rilevanti: nel 2022 il valore complessivo dei flussi ha superato i 5 miliardi di euro, con uno squilibrio geografico che continua a privilegiare le Regioni del Nord rispetto al Centro-Sud. In questo quadro la Lombardia emerge come una delle principali destinazioni: è tra le Regioni che più attraggono pazienti (assieme a Emilia-Romagna e Veneto), ricevendo una quota consistente della cosiddetta mobilità “attiva”.

L'oncologia è fra le discipline che più alimentano la migrazione sanitaria. La diagnosi precoce, la tempestività degli interventi chirurgici, la disponibilità di terapie innovative e la presenza di team multidisciplinari sono fattori che determinano la scelta di fare un viaggio per curarsi. Associazioni e rapporti scientifici (**FAVO**²⁵, **AIOM**²⁶, **Fondazione AIOM**) segnalano che le Reti oncologiche territoriali non sono ancora omogenee e che i Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) variano molto da Regione a Regione: questo gap organizzativo è uno dei principali driver della fuga verso le “città-meta”.

Secondo il report **SVIMEZ del 2024**²⁷, annualmente la mobilità oncologica passiva interessa, in volume di ricoveri, oltre 600 mila pazienti. Di questi, 2 su 5 è residente in una Regione del Sud. **Le Regioni dalle quali si “fugge” di più sono la Calabria²⁸ e la Campania: in un solo anno, 6 mila pazienti oncologici calabresi e campani hanno ricevuto assistenza fuori dai confini regionali.** Complessivamente, **i malati oncologici residenti al Mezzogiorno che ricevono cure presso una Regione del Centro-Nord sono circa il 20%** dei pazienti oncologici totali meridionali. Di questi, il 33% si è spostato in Lombardia, il 26% nel Lazio, il 13% in Veneto e l'8% in Emilia-Romagna.

27



²⁵ FAVO, 17° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici (2025).

<https://storagehub.homnys.net/cmsimage/allegati/allegato1747304671.pdf>

²⁶ AIOM-I numeri del cancro in Italia 2025. https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2025/12/2025_NDC_web.pdf

²⁷ SVIMEZ-Rapporto Un paese due cure. I divari nord-sud nel diritto alla salute: Biodiritto

²⁸ Banca d'Italia, La mobilità sanitaria in Calabria. https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/economie-regionali/2025/2025-0018/2518-Calabria.pdf?utm_source=chatgpt.com

MOBILITÀ ONCOLOGICA, NUMERO DI PAZIENTI (2022)

	VERSO ALTRE REGIONI DEL MEZZOGIORNO	VERSO REGIONI DEL CENTRO-NORD					
		TOTALE	EMILIA- ROMAGNA	FRIULI- VENEZIA GIULIA	LAZIO	LIGURIA	LOMBARDIA
ABRUZZO	60	1.132	131	0	489	0	202
BASILICATA	332	420	34	3	146	2	143
CALABRIA	631	2.460	237	12	775	20	781
CAMPANIA	624	2.675	188	0	925	10	726
MOLISE	256	316	40	1	161	0	63
PUGLIA	175	2.051	202	22	405	11	765
SARDEGNA	12	798	40	4	72	14	466
SICILIA	60	2.550	160	26	241	26	1.060
TOTALE	2.150	12.401	1.032	69	3.213	83	4.207

Adattato da Svimez, elaborazione su dati Agenas

MARCHE	TRENTINO	PIEMONTE	TOSCANA	UMBRIA	VALLE D'AOSTA	VENETO
137	3	15	71	7	0	77
5	2	15	37	6	0	28
18	7	185	229	22	19	155
33	26	66	386	17	0	297
6	0	3	17	1	0	23
45	11	67	270	4	0	247
2	7	72	40	2	0	78
8	5	157	209	3	0	655
253	62	581	1.260	62	19	1.560

I motivi di questo fenomeno sono noti – offerta specialistica ampia, reti ospedaliere consolidate, disponibilità di centri di eccellenza e una forte presenza di strutture private accreditate – ma i numeri raccontano anche un'altra storia: quella di un sistema nazionale frammentato, dove l'accesso alla cura continua a dipendere dal luogo di residenza e dalla possibilità economica di spostarsi. I flussi verso la Lombardia provengono in misura prevalente dal Mezzogiorno e da alcune Regioni del Centro che segnalano criticità locali nell'offerta di servizi ad alta complessità.

Le analisi della **Fondazione GIMBE** mostrano che le Regioni del Sud (Puglia, Campania, Calabria, Sicilia, Basilicata) e il Lazio compongono la maggior parte della mobilità passiva, sono i territori che “perdono” pazienti verso altre Regioni. La migrazione non è omogenea per tipologia di prestazione e le prestazioni di ricovero rappresentano la fetta maggiore del valore economico della mobilità. In particolare, le cure ad alta complessità e alcune prestazioni diagnostiche e terapeutiche oncologiche spingono i pazienti a rivolgersi a centri esterni quando nel proprio territorio non trovano percorsi rapidi, tecnologie o competenze specifiche.

Ma la capacità attrattiva non è neutra: secondo GIMBE oltre la metà del valore economico della mobilità attiva passa per strutture private accreditate, un segnale che il privato svolge oggi un ruolo centrale nell'assorbire la domanda interregionale. Il fenomeno, infatti, genera effetti concreti: spostamenti che sottraggono risorse economiche al Mezzogiorno, sovraccarico organizzativo per le strutture riceventi, e disuguaglianze di accesso per chi non può permettersi la mobilità. Per le Regioni di partenza, la perdita di pazienti significa anche perdita di entrate e uno stimolo a ricorrere sempre più al privato locale o a cure in emergenza fuori Regione. Per la Lombardia la sfida è gestire la domanda che arriva da fuori senza compromettere l'accesso dei propri residenti.

Ma cosa implica la mobilità passiva in termini di perdita economica per le Regioni di partenza? La mobilità

passiva rappresenta un costo strutturale rilevante per le Regioni che vedono i propri cittadini spostarsi altrove per curarsi. Secondo l'ultimo **Report GIMBE del 2025, con dati 2022**²⁹, il valore complessivo della mobilità sanitaria interregionale supera i 5 miliardi di euro: una quota significativa di risorse che lascia le Regioni di origine per remunerare prestazioni erogate altrove. I dati **AGENAS**³⁰ mostrano che la grande maggioranza dei ricoveri in mobilità è classificata come mobilità “effettiva”, cioè frutto di una scelta consapevole del paziente, segno di una percezione di inadeguatezza dell'offerta sanitaria nella Regione di residenza. Secondo le stesse elaborazioni, le strutture private accreditate assorbono oltre la metà del valore economico generato dalla mobilità, soprattutto per i ricoveri, riducendo ulteriormente la capacità delle Regioni di partenza di reinvestire nel proprio sistema pubblico. **I saldi economici regionali confermano un quadro fortemente polarizzato: la Banca d'Italia, nella sua analisi sulla Calabria, documenta un disavanzo di mobilità passiva che supera i 190 milioni di euro in un anno, pari a una quota rilevante del finanziamento sanitario regionale.**

Questa perdita di risorse compromette la capacità delle Regioni meno attrattive di programmare investimenti in personale, posti letto, tecnologie e servizi territoriali, alimentando un circolo vizioso; sistemi già in difficoltà perdono ulteriori fondi e diventano ancora meno in grado di trattenere i propri pazienti. Le analisi GIMBE e AGENAS mostrano una correlazione evidente tra livelli LEA più bassi e saldi di mobilità negativi, indicando che la disomogeneità dell'assistenza è un fattore determinante nell'esodo sanitario. Anche il report **ADOC-EURES del 2024**³¹ conferma come la riduzione dell'offerta pubblica spinga i cittadini verso altre Regioni e, spesso, verso il privato accreditato. Nel complesso, **la mobilità passiva non è soltanto un fenomeno di spostamento dei pazienti, è una fuga di risorse pubbliche che impoverisce i sistemi sanitari regionali più fragili, ne limita le possibilità di modernizzazione e contribuisce all'ampliamento delle disuguaglianze territoriali nell'accesso alle cure.**

²⁹ Fondazione GIMBE-Report 1/2025. *La mobilità sanitaria interregionale nel 2022*.

<https://www.salviamo-ssn.it/attivita/osservatorio/mobilita-sanitaria-2022.it-IT.html>

³⁰ Agenas-Report *Mobilità sanitaria*. Ed. 2023 e 2024. <https://www.agenas.gov.it/i-quaderni-di-monitor-%E2%80%93-supplementi-alla-rivista/2479-la-mobilit%C3%A0-sanitaria-in-italia-edizione-2023>.

<https://www.agenas.gov.it/i-quaderni-di-monitor-%E2%80%93-supplementi-alla-rivista/2614-la-mobilit%C3%A0-sanitaria-in-italia-edizione-2024>

³¹ ADOC Nazionale / EURES, *Report Sanità*.

https://adocnazionale.it/wp-content/uploads/2024/05/EURES_REPORT.SANITA_DEFINITIVO_7_5_24.pdf



MEDICI DEL MONDO AD ARGHILLÀ, REGGIO CALABRIA



Arghillà è un quartiere periferico a nord di Reggio Calabria, una periferia che presenta condizioni estreme di disagio sociale e abitativo.

Prevalentemente rurale fino agli anni '80, nel 1990 il Comune avviò la costruzione di edilizia residenziale pubblica con l'obiettivo di offrire una risposta abitativa alle fasce più fragili della popolazione. Tuttavia, i ritardi nelle assegnazioni e l'abbandono istituzionale hanno progressivamente trasformato questi edifici in spazi fatiscenti, privi di servizi e segreganti.

Il tessuto sociale è estremamente fragile: sovrappollamento abitativo, famiglie numerose o composte esclusivamente da anziani, genitori single, giovani NEET, una forte incidenza di povertà strutturale, alti tassi di dispersione scolastica e analfabetismo tra gli adulti, disoccupazione, assenza di reti di protezione e fenomeni di discriminazione, in particolare verso persone migranti e verso la comunità rom.

Le conseguenze sanitarie di questa condizione sono gravi e sistemiche; le autorità sanitarie parlano di un'elevata incidenza di gravidanze precoci, infezioni sessualmente trasmesse, patologie oncologiche diagnosticate tardivamente, problematiche di salute mentale senza una presa in carico adeguata, scarsa copertura vaccinale, malnutrizione e obesità infantile, frequenti disturbi dell'accrescimento nei bambini.

Questa situazione locale emerge nella cornice strutturalmente fragile della sanità calabrese. Abbiamo evidenziato nel report la criticità di molti indicatori di salute nella Regione Calabria, soprattutto in ambito oncologico, con una mortalità

per tumore superiore alla media nazionale e una bassa adesione ai programmi di screening.

Nel contesto di Arghillà si aggiunge l'aggravante che i principali servizi del sistema sanitario esistenti in zona non sono facilmente accessibili per la maggioranza delle persone, a causa di barriere logistiche (scarsità di mezzi di trasporto pubblici), economiche, culturali/linguistiche e per la generalizzata discriminazione di cui è vittima la popolazione residente. Nella comunità di Arghillà, oltre ad una carente educazione e cultura della salute, è forte il sentimento di abbandono da parte delle Istituzioni.

IL PROGETTO DI MEDICI DEL MONDO

Dal 2021 Medici del Mondo Italia è presente ad Arghillà con attività sociosanitarie.

L'obiettivo è quello di rafforzare l'accesso alle cure sanitarie, promuovere l'esercizio consapevole dei propri diritti in materia di salute e sensibilizzare

il sistema sanitario territoriale affinché adotti pratiche più accoglienti e rispondenti alle specifiche esigenze della comunità.

L'intervento si articola su tre assi programmatici, ossia **l'offerta di servizi sanitari, l'empowerment della comunità** (attraverso attività psicosociali di gruppo, eventi di promozione della salute e laboratori rivolti alle ragazze e alle donne) e **azioni di advocacy** a livello dei servizi e delle autorità sanitarie sulle questioni di genere e sulle barriere di accesso alla salute che la comunità di Arghillà incontra quotidianamente.

Proprio in considerazione delle difficoltà di accesso ai servizi sociosanitari, il primo asse di intervento intende portare i servizi all'interno della comunità, attraverso l'utilizzo della **clinica mobile** di Medici del Mondo per offrire assistenza sanitaria di base, supporto alla salute mentale e alla salute sessuale e riproduttiva, educazione sanitaria, orientamento ai servizi, invio e accompagnamento verso le strutture sanitarie locali.



Tra i servizi che Medici del Mondo porta all'interno della comunità sono fondamentali gli **screening oncologici** con un focus sulla salute sessuale e riproduttiva, come la diagnosi precoce del cancro della cervice uterina e del cancro della mammella. Queste attività sono possibili grazie alla collaborazione con la Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria, i Consultori Familiari e il Centro di Medicina Solidale ACE, con cui Medici del Mondo collabora dal 2023, che offre visite specialistiche gratuite agli abitanti di Arghillà.

Le donne vengono contattate dal team Medici del Mondo e invitate alle sessioni di screening durante le attività di clinica mobile grazie al lavoro capillare dei *community worker*, residenti nel quartiere.

Medici del Mondo organizza due volte al mese sessioni per la diagnosi precoce del tumore della mammella. Le donne vengono visitate da una specialista senologa volontaria di Medici del Mondo, istruite sull'autopalpazione e, in base all'età e alla valutazione clinica, vengono indirizzate verso approfondimento diagnostico tramite ecografia o verso lo screening mammografico come previsto dal piano regionale/nazionale. Medici del Mondo supporta anche il servizio di ecografie del seno grazie alla collaborazione con un radiologo.

In collaborazione con i Consultori Familiari locali, Medici del Mondo organizza inoltre giornate di screening per il Papilloma Virus Umano (HPV) e il tumore della cervice uterina. Nella stessa giornata vengono effettuati Pap test e test HPV DNA, consulenze ed ecografie ginecologiche. Il team di Medici del Mondo, composto da medica, psicologa e assistente sociale, organizza le attività ed è disponibile in caso di esigenze particolari, come assicurare supporto psicologico, fornire visite mediche per altre problematiche di salute e dare assistenza nella prenotazione di ulteriori appuntamenti con il sistema sanitario regionale.

“Sono viva grazie ai medici che mi hanno salvata”.

Il team Medici del Mondo lavora per sensibilizzare sulla prevenzione, con particolare attenzione alle barriere emotive e culturali che inducono alcune donne a evitare i controlli per paura di una diagnosi sfavorevole.

Questo lavoro graduale e non giudicante ha portato una donna di 61 anni, che aveva sempre rifiutato lo screening, a partecipare inaspettatamente ad una sessione di diagnosi precoce del tumore della mammella, organizzato a luglio del 2025.

In quell'occasione, l'esame del seno da parte della senologa di Medici del Mondo ha identificato un quadro clinico sospetto. Grazie alla collaborazione con un radiologo presente durante le sessioni di screening, è stato possibile effettuare subito l'ecografia che ha rivelato la presenza di masse bilaterali altamente sospette per tumore della mammella. Il team Medici del Mondo ha immediatamente contattato il servizio sanitario locale e accompagnato la donna, facilitando il tempestivo accesso al reparto di senologia dell'ospedale.

Nel giro di due mesi, gli esami diagnostici sono stati completati ed è stato effettuato un intervento chirurgico e un ciclo di radioterapia, entrambi con esito positivo.

In seguito, la donna ha manifestato un significativo cambiamento di atteggiamento nei confronti delle attività di screening proposte, riconoscendone l'importanza e diventandone promotrice all'interno del quartiere.

Questo risultato è stato possibile grazie al delicato lavoro di sensibilizzazione sulla prevenzione che l'équipe ha integrato nei servizi sanitari, come le visite in clinica mobile o durante le attività psicosociali e i laboratori svolti con le ragazze e le donne.



VENETO CHIAMA ITALIA



LA DENUNCIA DI MEDICI E PAZIENTI: LA CURA DEI TUMORI È UNA QUESTIONE DI CLASSE

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano dovrebbe garantire a tutta la cittadinanza cure universali, prevenzione gratuita, diagnosi precoce. Ma, tra le pieghe di questa promessa, si celano profonde disuguaglianze di classe che continuano a determinare differenze nell'accesso alle cure, anche oncologiche. Uno dei campi in cui le disuguaglianze sono più evidenti è lo screening oncologico (mammella, cervice uterina, colon-retto). Le Regioni del Sud registrano tassi di adesione significativamente inferiori rispetto al Nord e al Centro. Ma lo screening è solo la prima parte di un sistema di cure oncologiche diseguali.

C'è poi un dato, che raramente balza alle cronache, e riguarda il fenomeno della **tossicità finanziaria** (*financial toxicity*). Un problema molto sentito nella popolazione oncologica, anche in un sistema universalistico come il nostro i pazienti oncologici segnalano oneri economici non coperti: spese per farmaci complementari, trasporti verso centri specializzati, soggiorni, perdita di reddito per cura e accompagnamento, costi per test diagnostici non ancora pienamente rimborsati, tecnologie nuove non uniformemente accessibili³².

³² Smussi D., Conti C., et al., *FIT-ALY: sviluppo e validazione italiana del questionario sulla tossicità finanziaria per pazienti con tumore testa-collo*. BMC Cancer, 2025.

Uno studio recente ha validato in Italia lo strumento **PROFFIT**³³ che misura la tossicità finanziaria. Questo evidenzia che il punteggio di “carico finanziario” è significativamente più alto per persone residenti al Sud, per chi ha basso titolo di studio, e per chi è disoccupato o con lavoro precario. Queste tre dimensioni – differenze nell’adesione allo screening, disuguaglianza nell’offerta territoriale delle cure avanzate, e impatto economico diretto e indiretto su paziente/famiglia – interagiscono e si rinforzano a vicenda. **Il risultato è un sistema oncologico che non è equo: chi parte da uno svantaggio socioeconomico ha meno possibilità di accesso a cure tempestive ed è ad alto rischio di indebitamento.**

DISUGUAGLIANZE NELL'ACCESSO ALLO SCREENING E ALLE CURE ONCOLOGICHE. INTERVISTA A DARIO, ONCOLOGO

Dario (nome di fantasia) è un medico del servizio pubblico dell'onco-ematologia del Veneto. Con lui parliamo immediatamente dei pochi dati a disposizione che evidenzino la disparità di accesso alle cure oncologiche, ed è una realtà che conosce bene e che pesa nella gestione emotiva del suo lavoro quotidiano. «Disparità di accesso alle cure esistono, sia per reddito che per status sociale». Questo accade, per Dario, perché «la mentalità del SSN è quella emergenziale e di scarsità. Mancano i fondi, siamo sempre con l'acqua alla gola. C'è un sistema di salute che punta poco sulla prevenzione». C'è poi il tema legato all'organizzazione interna dei reparti delle oncologie pubbliche, in cui mediche e medici lavorano senza sosta ma trovano spesso degli ostacoli, a partire dalla difficoltà di far accedere alle radiologie i pazienti oncologici. Il medico, infatti, racconta: «Noi, nelle oncologie, lavoriamo sempre

anche con colleghi di altri reparti, soprattutto con i radiologi, che sono in difficoltà e non sanno come inserire i nostri pazienti perché le liste sono piene: spesso i colleghi radiologi inseriscono un paziente in più oppure dobbiamo giustificarlo con altre vie, facendo una richiesta urgente che non potresti fare per una stadiazione, perché è un altro tipo di esame». Il tutto – spiega Dario – è giustificato dal fatto che non ci sono i soldi, «che da una parte è assolutamente vero, perché è un continuo taglio da anni. Ma se poi sei in dirigenza scopri che i soldi ci sono, sotto forma di rimborsi tramite i **DRG**³⁴, ma sono gestiti in maniera inefficiente, senza una logica di priorità comprensibile». Una delle cose che più stupisce, in Veneto, sono le disparità legate al rimborso di alcune prestazioni. Il medico, infatti, afferma: «Non si capisce perché una visita ematologica con terapia debba essere rimborsata a una cifra bassissima e invece una terapia radioterapica viene rimborsata molto bene, permettendoti di raggiungere più facilmente gli obiettivi di budget». Questa, per il medico, è l'**aziendalizzazione del SSN**, e sembra un circolo vizioso perfetto: «Peggio va il pubblico, più gente si lamenta e andrà nel privato». Le liste d'attesa sono un esempio perfetto: **«Su queste puoi fare campagna elettorale e spingere il tutto dicendo: “per aiutare il pubblico a snellire le liste d'attesa, allora chiediamo una mano al privato, convenzionandolo”. Sono tutti soldi che poi diamo ai privati. Soldi che potrebbero essere dati al SSN per investire in radiologi e macchinari. Ricordiamo anche che il privato riesce a pagare un radiologo tre volte in più del pubblico e, se possono, in tantissimi vanno nel privato e ci mancano nelle radiologie degli ospedali pubblici»**. Il medico aggiunge: «L'assurdità è che a volte gli ospedali finiscono per dover pagare “a gettone” radiologi per sopperire alla loro mancanza e allo stesso tempo i privati vengono convenzionati, quando sono parte del problema e non della soluzione. Il risultato è una

³³ Arenare L., Porta C., Barberio D., et al., *Confirmatory validation of the PROFFIT questionnaire to assess financial toxicity in cancer patients (Italia)*. ESMO Open, 2023. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2059702923014333>

³⁴ DRG, acronimo di “Diagnosis Related Group” (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi o ROD), è un sistema di classificazione che raggruppa i pazienti dimessi dagli ospedali in gruppi omogenei per le risorse che sono state utilizzate per trattarli, con l'obiettivo di standardizzare la valutazione dei costi e finanziare l'attività sanitaria in modo più prevedibile. Ogni DRG è associato a un valore economico che riflette l'assorbimento medio di risorse per quell'episodio di cura, rendendo il sistema uno strumento chiave per la gestione della spesa sanitaria e il rimborso delle strutture.

emorragia di risorse dal SSN». Questo meccanismo, dunque, avvantaggia enormemente il privato che ne beneficia ma, ricorda l'oncologo, «il sistema sanitario pubblico funziona molto meglio del privato, molto spesso ha macchinari migliori e personale più qualificato, che lavora nel settore da più tempo».

Ci sono in alcuni settori della salute disparità più profonde di altre, e molte, come ci racconta l'oncologo, hanno a che vedere con il mancato aggancio alle reti di salute territoriale. Persone rese invisibili dal sistema socioeconomico che, quando riescono ad accedere alle cure, arrivano in condizioni molto gravi. L'oncologo racconta: «Il primo esempio che mi viene in mente, e che ho visto, riguarda le pazienti con malattie mentali e psichiatriche, loro molto più difficilmente fanno gli esami che poi portano ad avere le prime diagnosi oncologiche». Le persone con malattie mentali, come altre categorie, sono difficili da vedere: **«Non vuol dire che non si ammalano ma che le perdiamo, non riusciamo ad agganciarli ai servizi per fare le diagnosi. Molto spesso vediamo diagnosi tardive su pazienti che, in qualche modo, sono già istituzionalizzati. Molti pazienti che ho visto, gestiti da centri di salute mentale o solo a casa, arrivano tardi, con dei sintomi in acuto in PS e poi vengono portati a fare il percorso di cura nelle oncologie»**. La persona con malattie mentali, per il medico, «è l'esempio perfetto di un cittadino di serie B: non sa di avere dei diritti e fino a che non si lamentano nessuno li porta a far vedere».

C'è poi la popolazione migrante che, come racconta il medico, «fa molti meno esami del sangue e sono mal agganciati alla medicina territoriale e dunque anche agli screening. Come si potrebbero, dunque, agganciare questi pazienti? E come riescono, una volta agganciati dalle oncologie pubbliche, a gestire il percorso di cura? Non posso immaginare, ad esempio, anche la situazione legata alle persone chiuse in carcere, ne ho visto solo uno in tutta la mia carriera che faceva cure oncologiche; e questo mi fa pensare che siano molto sottodiagnosticate, non vedo perché dovrebbero avere meno incidenza di tumori della popolazione generale, anzi!».

Un importante aspetto è quello della burocrazia e delle regole calate dall'alto nei reparti: **«Noi medici spesso siamo costretti ad aggirare diverse regole per cercare di arginare il danno socio-**

economico che la malattia, la sua diagnosi e la sua cura, possono causare a queste persone».

Proprio sulla questione legata a lunghi processi burocratici il medico racconta: «A volte il Ministero, cercando di risolvere dei problemi ne causa altri. Ad esempio, per far sì che i pazienti si rechino più rapidamente ai centri di prenotazione per fissare gli appuntamenti richiesti, in modo da velocizzare l'organizzazione delle liste di attesa, è in vigore da gennaio 2025 un decreto-legge che riduce la durata della validità delle prescrizioni dematerializzate del medico da un anno a 6 mesi». Il problema è che molte prestazioni, come ad esempio gli esami del sangue, non possono essere prenotate presso i centri di prenotazione diversi mesi prima. L'unico risultato è che «i pazienti che sono in follow-up annuale, come moltissimi pazienti oncologici, vengono visti dal medico specialista che esegue la prescrizione di esami laboratoristici come gli esami del sangue, ma devono poi passare dal medico curante per farsela rifare in quanto è già scaduta».

Poi ci sono esempi virtuosi che dovrebbero essere estesi a tutta l'Italia ma che, anche per colpa della regionalizzazione della salute, è assai difficile rendere un modello applicabile in tutta la penisola. Il medico ricorda che in Veneto, come in altre Regioni, «non ci sono modalità per accedere a esami gratuiti per la stadiazione di un tumore. Fino a che non hai l'esenzione 048, che è quella per malattia oncologica, tu paghi comunque l'indagine». Mentre, in Toscana, c'è l'esenzione W01: «Se il medico è piuttosto sicuro che il paziente possa avere un tumore, richiede gli esami (TC, PET, esami ematici) con l'esenzione temporanea W01. Se poi l'indagine dà esito positivo arriva l'esenzione fissa (048), definitiva, con cui il paziente prosegue il suo percorso di cura». Un modello utilissimo per superare le disuguaglianze socioeconomiche, di cui si parla poco.

C'è poi il grande tema degli ultimi anni, quello legato alle migrazioni sanitarie: chi non ha possibilità economiche o rinuncia alle cure o, spostandosi, si indebita per potervi accedere. Il medico ricorda che la soluzione a questa terribile disparità, in un mondo giusto, sarebbe che «ognuno potesse usufruire del centro oncologico di riferimento della propria Regione». Ma così non è: «Alcune Regioni – con il fatto che il rimborso è maggiorato se arrivano pazienti da fuori Regione – su alcune

prestazioni sono molto incentivate a far venire pazienti da fuori. I pazienti che vengono dal Sud, per quello che vedo, spesso vengono qui per fare la diagnosi, arrivano sperando di poter essere inquadrati meglio, oppure arrivano già con una diagnosi e cercano un secondo parere. Spesso aiutiamo i pazienti che vengono dal Sud a cercare un centro vicino a loro per il proseguimento delle cure, evitare che abbiano serie difficoltà socioeconomiche nel trasferirsi in Regione o fare viaggi pendolari per raggiungere il nostro centro. Spesso non sanno di avere centri adeguati vicino a casa, o non si fidano della sanità della loro Regione».

In conclusione del racconto chiediamo all'oncologo come immagina la salute del futuro, come vorrebbe che si declinasse: «Se mi chiedi come sogno la sanità è proprio il contrario della china che sta prendendo ora: per me non dovrebbero nemmeno esistere le case farmaceutiche private, dovrebbero essere nazionalizzate ma mi rendo conto che non tutti sarebbero d'accordo su questo. **Comunque la si pensi, la sanità è una questione pubblica,**

pagata da tutti noi, per tutti noi, con l'obiettivo della cura. Non puoi fare profitti sulla cura, eppure sta andando così e anche sui farmaci oncologici, che costano tantissimo, si stanno alzando i costi dei brevetti».

LA STORIA DI ELISA, PSICOLOGA E PSICOTERAPEUTA, CHE RACCONTA IL SUO PERCORSO ONCOLOGICO NEL 2022

Il percorso che Elisa (nome di fantasia) ci racconta, come quello di tante e tanti pazienti, è l'occasione per riflettere in profondità sulle disparità e le lacune del SSN: «Il percorso è stato ricco di attenzioni alla sopravvivenza ma anche di disattenzioni alla persona: il paziente oncologico è un paziente complesso, che ha sicuramente come priorità la sopravvivenza ma tutta una serie di cose che vi stanno intorno vengono ignorate».



Uno tra i tanti aspetti considerati secondari è legato alla protesi capillare o alla parrucca: «Costano tantissimo, quelle di capelli veri possono arrivare fino a 1.800 euro. La Regione Veneto dà un contributo massimo di 400 euro (con priorità alle persone con esenzione per reddito) e poi è detraibile come spesa sanitaria al 19%. Io però sono una libera professionista a partita iva e non ho potuto acquistarla considerato il costo in partenza elevato. Nonostante la condizione di paziente oncologica – requisito per accedere al contributo – il prezzo elevato e la mia posizione fiscale mi hanno impedito di fare questa scelta». Un altro trattamento che le pazienti oncologiche fanno prima di iniziare le terapie (chemio o radio) è la PMA (Procreazione Medicalmente Assistita), intesa come preservazione della fertilità. Elisa racconta: «Questo viene pagato per una parte significativa di tasca propria: solo uno dei tre farmaci che viene utilizzato all'interno del protocollo è in classe A, quindi a carico del sistema sanitario di competenza regionale. Si tratta quindi di una scelta della Regione Veneto che implica, per le finanze di una paziente, una spesa che può andare dai 400 ai 700 euro (tra farmaci ed esami del sangue di monitoraggio). Eppure, si tratta di un diritto, la prevenzione dell'infertilità e la salute sessuale e riproduttiva. Io, ad esempio, ho dovuto pagare di tasca mia 640 euro. Questa è stata una forma molto forte di **tossicità finanziaria**».

C'è poi la questione di ciò che accade alla fine delle terapie, ovvero quando finiscono le terapie oncologiche e inizia il follow-up: «Tutto un insieme di esami e procedure per verificare che le cose vadano bene. Nel mio caso, per il tumore della mammella, il follow-up dura cinque anni e si eseguono degli esami tra cui esami del sangue per verificare i valori dei marcatori tumorali, l'eco mammografia e la TAC. Nei primi due anni di follow-up sono stata seguita molto bene, la mia oncologa poteva prenotare gli esami di controllo direttamente in sede di visita. Purtroppo, da settembre 2024, la Regione Veneto ha centralizzato

il sistema di prenotazioni per i pazienti in follow-up. Ad oggi sono al terzo anno di follow-up e da settembre 2024 (*intervista registrata a fine settembre 2025, ndr*) sono ancora in attesa di essere chiamata per fare la TC e l'eco mammografia che devo fare assolutamente entro il 13 di ottobre perché ho la visita a cui dovrò arrivare con gli esami refertati». Nonostante Elisa abbia aperto segnalazioni all'Urp e abbia sollecitato più volte, se non la chiameranno dovrà «andare privatamente, nonostante la mia esenzione per patologia oncologica (048) e spendere sicuramente più di 600 euro. Un carico emotivo enorme, e di certo questo non capita solo a me. Se non verrò chiamata nei tempi prestabiliti dai protocolli medici, sarà davvero gravissimo. Qui non si tratta solo di me, ma di un sistema che non rispetta in primis ciò che la scienza ci dice essere il tempo adatto alla cura». Elisa, infine, racconta che, come terapeuta e come paziente, conosce «altre persone che vivono il mio stesso problema legato alle liste d'attesa e alla lentezza del sistema, anche in Regioni diverse dal Veneto». Queste situazioni hanno ripercussioni rilevanti non solo nell'aspetto psicologico – che spesso è il grande assente dei piani di cura – ma anche in quello economico: «se una donna viene sottoposta a mastectomia bilaterale, magari con la necessità di inserire l'espansore³⁵, vive una condizione paradossale poiché dovrà richiedere una forma di invalidità a causa dell'impatto dell'intervento chirurgico che dovrà rinnovare ogni tre anni. Per non parlare del fatto che la fisioterapia è inclusa solo parzialmente e spesso non è sufficiente; quindi, molto spesso è a carico delle pazienti, così come gli aspetti legati alla nutrizione per gestire i cambiamenti del corpo dopo le terapie (anche a lungo termine) e del supporto psicologico che gli ospedali faticano a fornire in proporzione alle necessità dei pazienti».

Elisa conclude: «Stiamo parlando di servizi che per il paziente oncologico sono fondamentali, non fanno parte di ciò che significa sopravvivere ma di ciò che scopriamo significhi vivere dopo o durante una malattia oncologica».

³⁵ Un espansore mammario dopo una mastectomia è una protesi temporanea, simile a un "palloncino", inserita sotto il muscolo pettorale per preparare la pelle e i tessuti a una protesi definitiva. Viene gradualmente riempita con soluzione fisiologica tramite visite ambulatoriali, solitamente ogni 10-15 giorni, per distendere i tessuti. Dopo circa 4-6 mesi dall'ultimo riempimento, l'espansore viene sostituito con una protesi permanente in un secondo intervento.



CONCLUSIONI

La **crisi del Servizio Sanitario Nazionale** in Italia non può essere interpretata come il risultato di un'inaspettata emergenza, né come inevitabilmente legata a fattori demografici o meramente tecnici. Al contrario, essa appare come **l'esito di scelte e decisioni politiche** che hanno progressivamente ridefinito il ruolo e le funzioni della sanità pubblica in Italia. Per questo parlare di "crisi" rischia di nascondere o sottovalutare la continuità e l'intenzionalità di questo processo.

Il definanziamento cronico del SSN, la mancata programmazione del personale sanitario, la progressiva esternalizzazione dei servizi e l'espansione del settore privato non rappresentano deviazioni temporanee, ma scelte portate avanti da Governi di diverso orientamento politico.

Lo smantellamento del Sistema Sanitario Nazionale non è stata una dichiarazione esplicita, ma **una strategia progressiva**: riduzione delle risorse, lasciare irrisolti i nodi strutturali, rendere il sistema sempre meno capace di rispondere a bisogni crescenti, per poi presentare il settore privato come un'alternativa "necessaria" e irrinunciabile.

In questo senso, il sistema non sta semplicemente collassando ma è la politica che lo sta trasformando in qualcosa di diverso da ciò che era stato concepito nel 1978: passando da un modello universalistico a un modello selettivo, in cui il pubblico non garantisce più l'accesso equo alle cure ma svolge una funzione residuale, lascia alle leggi del mercato la risposta ai bisogni di salute della popolazione. In questo contesto, il pagamento "out of pocket" non è più un'eccezione, ma una componente strutturale del sistema, accettata e spesso giustificata come inevitabile.

La conseguenza di questo fenomeno? **Chi ha più risorse può curarsi meglio e prima, chi ha di meno rinuncia o ritarda le cure.**

Il diritto alla salute in Italia non è più garantito in modo uniforme sull'intero territorio nazionale,

ma assume caratteristiche profondamente diverse a seconda della Regione in cui si vive. La regionalizzazione del sistema sanitario, il cosiddetto "federalismo sanitario", in assenza di meccanismi efficaci di riequilibrio, ha prodotto **un Paese frammentato, in cui la qualità delle cure dipendono sempre più dal contesto territoriale.** Le differenze tra Nord e Sud si sono consolidate nel tempo, dando luogo a una mappa sanitaria diseguale che penalizza alcune aree del Paese.



In questo contesto, la migrazione sanitaria emerge come una delle manifestazioni più evidenti: **centinaia di migliaia di persone sono costrette ogni anno a spostarsi per ricevere cure adeguate**, sostenendo costi economici, emotivi e sociali rilevanti.

Le cure oncologiche rappresentano una lente particolarmente efficace per osservare gli effetti concreti della crisi del SSN. L'oncologia, per la complessità dei percorsi di cura e per l'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce, mette in evidenza in modo drammatico le conseguenze delle disuguaglianze territoriali e sociali: le differenze nei tassi di adesione agli screening, nell'accesso a centri specializzati e nella tempestività delle cure sono fattori che incidono direttamente sulle possibilità di sopravvivenza e sulla qualità della vita dei/delle pazienti oncologici/che.

Il divario tra Nord e Sud nell'adesione ai programmi di screening oncologici è uno degli indicatori più allarmanti. Dove la prevenzione secondaria funziona meno, le diagnosi sono più tardive, i percorsi di cura sono più complessi e gli esiti peggiori. Come conseguenza, nelle Regioni del Sud è più alta la mortalità evitabile e la mortalità per tumore rispetto alle altre aree del Paese.

Nonostante la definizione a livello nazionale di strumenti di indirizzo come il **Piano Oncologico Nazionale**, la loro attuazione sul territorio risulta ancora disomogenea e frammentata.

Le difficoltà di implementazione sono legate alla struttura del sistema sanitario, che affida alle Regioni la responsabilità organizzativa e gestionale delle Reti oncologiche. Questo ha determinato uno sviluppo disomogeneo, con alcune aree



del Paese – in particolare nel Centro-Nord – caratterizzate da modelli più consolidati, maggiore integrazione tra servizi e percorsi assistenziali più strutturati, mentre in altre, soprattutto nel Mezzogiorno, persistono criticità legate alla carenza di coordinamento, alla minore diffusione di centri di riferimento e a una più debole integrazione tra prevenzione, diagnosi e cura.

In questo contesto, anche l'adozione e l'effettiva implementazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA), fondamentali per garantire appropriatezza, continuità e uniformità nella presa in carico dei pazienti oncologici, risultano variabili tra le diverse Regioni.

Ne deriva un quadro in cui l'accesso a percorsi oncologici appropriati e tempestivi non è garantito in modo uniforme, ma dipende in misura significativa dal contesto territoriale: ancora una volta **la possibilità di curarsi è legata alla capacità di spostarsi, di sostenere costi aggiuntivi e di affrontare percorsi di cura lontano dal proprio contesto di vita.**

Quanto evidenziato in questo report, porta ad una conclusione chiara: la crisi del Servizio Sanitario Nazionale non è un destino inevitabile, ma il risultato di scelte politiche.

Di fronte a questo scenario, la questione centrale è capire in quale direzione si intenda andare. Continuare sulla strada del definanziamento e della privatizzazione significa accettare un modello di sanità sempre più diseguale, in cui il diritto alla salute perde il suo carattere universale e in cui l'accesso alle cure è differenziato in base al reddito, al luogo di residenza e alla capacità individuale di sostenere costi diretti o indiretti. Difendere il SSN significa riportare al centro del dibattito pubblico il tema del finanziamento, della programmazione e dell'equità territoriale.

Il primo nodo riguarda inevitabilmente **il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale: portare la spesa sanitaria pubblica italiana in linea con la media dei principali Paesi europei** rappresenta una condizione minima per garantire la sostenibilità del sistema e l'effettiva erogazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza. Senza un adeguato livello di risorse, ogni intervento organizzativo o riforma strutturale rischia di rimanere inefficace o puramente formale.

Allo stesso tempo, emerge la necessità di superare una visione della sanità come voce comprimibile e sacrificabile di spesa, riconoscendo che **il finanziamento del SSN deve poter rispondere ai bisogni di salute della popolazione e non esclusivamente ai vincoli del bilancio pubblico.**

Di fondamentale importanza sono poi il rafforzamento dei meccanismi di **monitoraggio del sistema sanitario** (valutazione delle performance, monitoraggio dei LEA), la **riconduzione del privato accreditato** al ruolo di **integrazione e supporto** al sistema pubblico e non di **sostituzione** dello stesso, la **riprogrammazione degli organici del personale sanitario e amministrativo** con una revisione del loro numero, composizione, funzioni, carriera e progressione economica.

Inoltre, i **programmati interventi volti a potenziare il ruolo della medicina territoriale** (Finanziamenti previsti dal PNRR e DM77) dovranno trovare conferma nei futuri investimenti e nelle diverse realtà territoriali regionali e non rimanere mere dichiarazioni di intenti.

Per quanto riguarda il tema specifico delle cure oncologiche, una prima area di intervento riguarda il rafforzamento delle politiche di prevenzione e screening, garantendo un'offerta attiva e capillare, accompagnata da **strategie di outreach** per raggiungere quella parte di popolazione solitamente esclusa dai programmi di diagnosi precoce. Interventi di prossimità nella comunità e nelle periferie, **campagne informative** mirate e il **coinvolgimento della rete territoriale** possono contribuire a ridurre le barriere di accesso.

Accanto alla prevenzione (primaria e secondaria) è necessario migliorare l'accesso ai percorsi diagnostici e terapeutici, garantendo una presa in carico tempestiva. È fondamentale rafforzare la capacità del sistema pubblico di garantire prestazioni in tempi adeguati, riducendo la necessità di ricorso al settore privato come unica alternativa praticabile. Il **consolidamento delle Reti Oncologiche Regionali** rappresenta una condizione essenziale per garantire qualità, appropriatezza e continuità dei percorsi di cura. Ciò implica la loro piena operatività, con un'effettiva integrazione tra i diversi livelli di assistenza e una chiara definizione dei ruoli tra centri hub e spoke. In questo quadro, i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) devono essere implementati

in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, assicurando una presa in carico multidisciplinare e standard di cura omogenei.

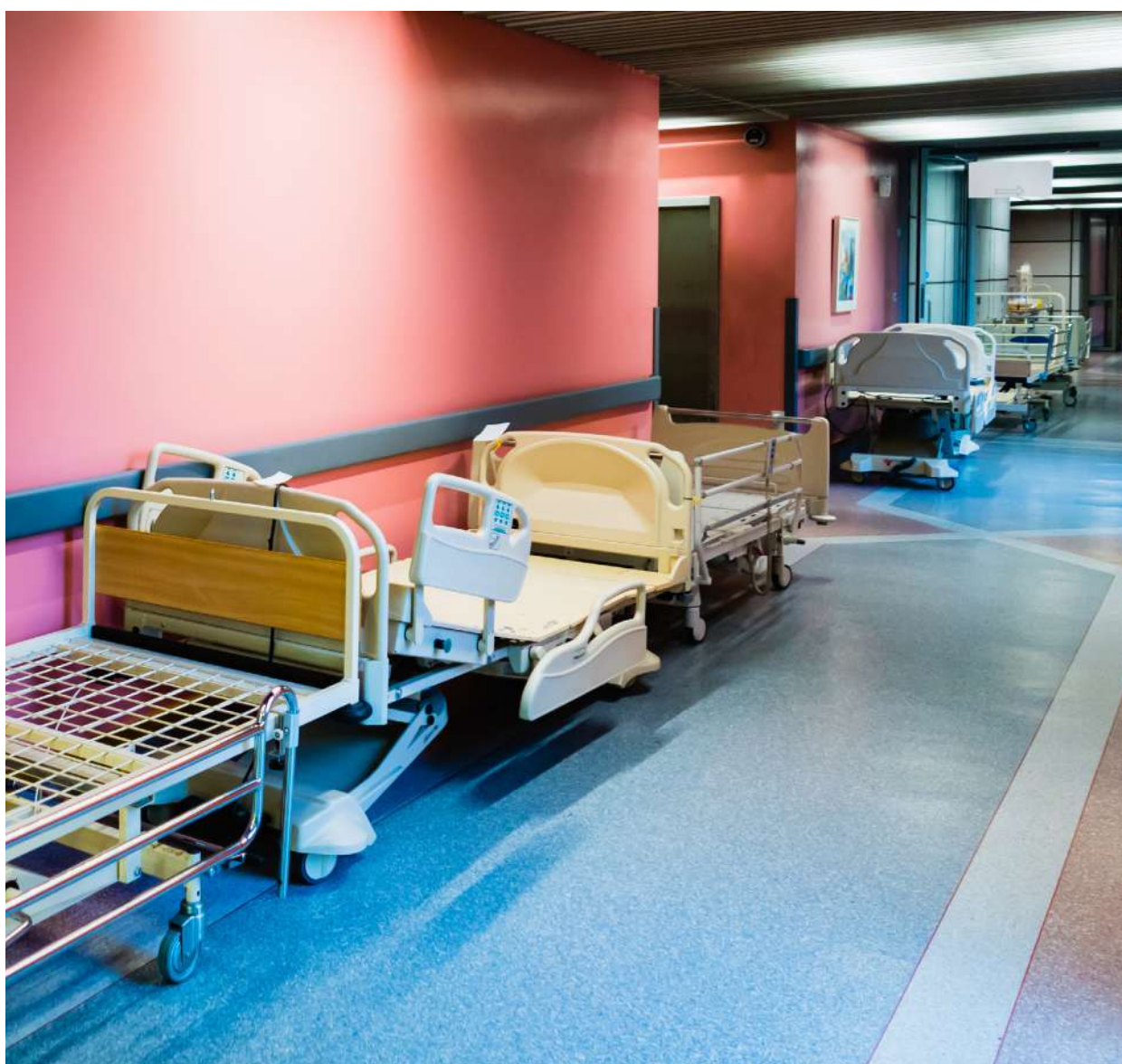
Ridurre il divario tra Nord e Sud richiede interventi mirati di rafforzamento dell'offerta sanitaria nelle aree più fragili, attraverso **investimenti in infrastrutture, tecnologie e personale sanitario**. Allo stesso tempo, è necessario rafforzare i meccanismi di monitoraggio, di coordinamento e di indirizzo a livello nazionale, per evitare che l'equità territoriale venga lasciata alla sola capacità organizzativa delle singole Regioni.

Abbiamo verificato che il percorso oncologico comporta spesso costi diretti e indiretti rilevanti per i pazienti e le loro famiglie, che possono incidere sulla continuità delle cure e sulla qualità

della vita. Il contrasto alla cosiddetta tossicità finanziaria richiede misure di **sostegno economico e organizzativo**, in grado di ridurre il peso delle spese sanitarie, dei costi di trasporto e della perdita di reddito associata alla malattia. Garantire l'accesso alle cure non significa solo assicurare la disponibilità delle prestazioni, ma anche rimuovere gli ostacoli economici che ne limitano l'effettivo utilizzo.

Rimettere al centro delle scelte politiche la riduzione delle disuguaglianze nell'accesso alla salute, alla prevenzione e alle cure oncologiche è oggi una necessità non rinviabile.

La salute non è un privilegio, ma un diritto che deve essere garantito in modo equo e universale.



GRAZIE A

SERENELLA CARAVELLA

Economista e Ricercatrice SVIMEZ

NINO CARTABELLOTTA

Presidente della Fondazione GIMBE

DOTTOR MICHELINO DE LAURENTIIS

Direttore del Dipartimento di Senologia dell'Ospedale Pascale di Napoli

PIERINO DI SILVERIO

Segretario Nazionale ANAAO-Assomed

FAVO

Federazione delle Associazioni di Volontariato in Oncologia

DOTTOR FRANCESCO PERRONE

Presidente Fondazione AIOM (Associazione Italiana Oncologia Medica) e Direttore della Struttura Complessa Sperimentazioni Cliniche dell'Istituto Nazionale Tumori di Napoli

Medici, mediche e pazienti che, in forma anonima, hanno ritenuto importante raccontarci il loro punto di vista umano e professionale.

Un sentito ringraziamento all'instancabile lavoro delle colleghe e dei colleghi degli Uffici stampa dei vari enti che abbiamo contattato.

Report chiuso a maggio 2026

AUTRICI E AUTORI

Federica Pennelli - Giornalista freelance quotidiano Domani

Gianluca Ferrario - Medici del Mondo

Mario Braga - Medici del Mondo

COORDINAMENTO DEL PROGETTO DI RICERCA

Medici del Mondo

EDITING

Giuseppina Lupi

FOTO

Michele Lapini

In copertina: AdobeStock

Nelle pagine 19-45-47: AdobeStock

PROGETTO GRAFICO E IMPAGINAZIONE

Robin



Medici del Mondo Italia

Via Giosuè Carducci, 32
20123 Milano

medicidelmondo.it