



SCHOLa

Strategic Competencies for Healthcare Organizations Lab

Officina Health Policy and Management

Policy Paper # 1/2026

**Dai punteggi NSG alle decisioni di policy:
performance, risorse ed esiti del SSN, 2020–2024**

Americo Cicchetti, Luca Giorgio

1. Executive summary

Questo policy paper esamina l'evoluzione del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nelle 21 Regioni e Province autonome tra il 2020 e il 2024, offrendo una panoramica della reazione dei sistemi sanitari regionali a seguito della pandemia. L'analisi integra performance assistenziale, spesa sanitaria, finanziamento, risultati d'esercizio ed esiti di salute. Il messaggio per i decisori è netto: il SSN ha migliorato la capacità di garantire i LEA, ma il progresso non è ancora uniforme e non dipende dal solo ammontare delle risorse. La priorità è rafforzare la capacità dei sistemi regionali di trasformare finanziamenti e competenze in accesso, continuità assistenziale, appropriatezza ed esiti di salute.

Cinque messaggi chiave per i decisori

1. La capacità complessiva di garantire i LEA è migliorata.

La media descrittiva dei punteggi delle tre macro-aree passa da 70,4 nel 2020 a 79,1 nel 2024 (+8,7 punti; +12,4%). Il segnale più rilevante è però la conformità: i territori sufficienti contemporaneamente in prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera aumentano da 11 a 18 su 21, mentre i punteggi di area inferiori a 60 scendono da 17 a 3.

Nel 2024 rimangono sotto la soglia di 60 soltanto:

- Sicilia nella prevenzione, con 49;
- Provincia autonoma di Bolzano nella prevenzione, con 59;
- Calabria nell'assistenza distrettuale, con 52.

La traiettoria non è lineare: il 2021 riflette il recupero dopo la fase più critica della pandemia; nel 2022 arretra la prevenzione e migliora l'ospedale; nel 2023 resta debole l'assistenza distrettuale; nel 2024 si osserva la discontinuità positiva più marcata, trainata da prevenzione e territorio.

2. Le tre macro-aree seguono traiettorie diverse.

La prevenzione registra l'incremento più ampio, da 68,1 a 81,3, ma conserva criticità strutturali in alcune regioni meridionali. L'assistenza distrettuale cresce meno nel quinquennio, da 74,3 a 78,3, e recupera in modo netto soltanto nel 2024: è l'area in cui le differenze organizzative regionali restano più visibili. L'assistenza ospedaliera sale da 68,7 a 77,6; nel 2024 tutti i territori superano la soglia, ma 12 su 21 rimangono nella fascia 60–79 e la media flette lievemente rispetto al 2023. La conformità formale, quindi, non coincide ancora con livelli uniformemente elevati.

3. La convergenza territoriale è iniziata, ma il divario resta ampio.

Veneto, Emilia-Romagna e Toscana presentano risultati elevati e relativamente equilibrati nelle tre macro-aree. Nel 2024 il Veneto ottiene il valore più alto nell'assistenza distrettuale (95) e ospedaliera (97); tra le Regioni, escludendo le Province autonome, l'Emilia-Romagna registra il punteggio più alto nella prevenzione (97).

Anche le sette Regioni sottoposte a piano di rientro migliorano nel corso del quinquennio, ma nel 2024 mantengono punteggi medi sensibilmente inferiori rispetto alle altre Regioni e Province autonome. Il divario è più ampio nella prevenzione e nell'assistenza distrettuale, mentre risulta più contenuto nell'area ospedaliera.

All'interno del gruppo in piano di rientro emergono traiettorie differenziate: la Puglia presenta risultati solidi e continui; l'Abruzzo accelera nel 2024; la Calabria registra il recupero

quantitativamente più ampio, ma resta insufficiente nell'assistenza distrettuale; Campania e Molise raggiungono la sufficienza in tutte le aree con margini ancora limitati in alcuni ambiti.

4. Più spesa non produce automaticamente migliori risultati.

L'analisi economica distingue tra spesa sostenuta, finanziamento disponibile ed equilibrio contabile: sono dimensioni collegate, ma non equivalenti.

Nel periodo 2020–2024 la spesa sanitaria corrente pro capite non presenta, in nessuna annualità, una relazione lineare statisticamente significativa con il punteggio NSG. Regioni con livelli di spesa simili possono conseguire risultati assistenziali molto diversi: l'ammontare della spesa, da solo, non misura la capacità di garantire i LEA.

Anche il risultato d'esercizio, considerato in valore assoluto, pro capite o in rapporto al finanziamento, risulta sostanzialmente indipendente dalla performance assistenziale. Il pareggio contabile non costituisce, da solo, una misura di efficienza sanitaria; allo stesso modo, un disavanzo non implica automaticamente una minore qualità dei servizi.

Il finanziamento effettivo pro capite presenta una relazione positiva più stabile con il punteggio NSG, significativa nel 2020, nel 2023 e nel 2024. Le risorse costituiscono quindi una condizione rilevante, ma non sufficiente. Nel 2024 il divario medio di finanziamento tra Regioni non sottoposte a piano di rientro e Regioni in piano è di circa 103 euro per residente, mentre la differenza nel punteggio NSG medio è di quasi 12 punti. Organizzazione delle reti, composizione della spesa, appropriatezza, capacità amministrativa, gestione del personale e continuità assistenziale concorrono a spiegare la distanza osservata.

5. Il NSG è associato agli esiti di salute, ma non ne spiega da solo le differenze.

Il punteggio NSG mostra una relazione positiva e robusta con la speranza di vita alla nascita. Nel 2024 il coefficiente di correlazione è pari a 0,69 e il modello lineare restituisce un R^2 di 0,48. Ciò indica un'associazione rilevante, non un rapporto causale.

Nel 2024, le Regioni sottoposte a piano di rientro registrano una speranza di vita media alla nascita di 82,8 anni e un punteggio NSG medio di 71,1. Nelle altre Regioni e Province autonome, i valori salgono rispettivamente a 83,9 anni e a 83,1 punti.

Le tre componenti del NSG presentano associazioni differenziate e complementari con gli indicatori di salute considerati:

- l'assistenza distrettuale mostra l'associazione più intensa con l'età media al decesso e con la mortalità nel primo anno di vita;
- la prevenzione presenta il legame più marcato con la speranza di vita nelle età più avanzate;
- l'assistenza ospedaliera è significativamente associata alla speranza di vita alla nascita, mentre mostra relazioni più deboli con gli esiti maggiormente influenzati dalla prevenzione e dalla continuità assistenziale nel lungo periodo.

Le associazioni osservate non dimostrano rapporti causali e il NSG non comprende tutti i determinanti sociali, economici e ambientali della salute. I risultati sostengono tuttavia l'utilità del NSG come indicatore sintetico della capacità dei sistemi regionali di garantire livelli di assistenza associati a migliori esiti di salute.

Priorità di policy

1. Porre l'assistenza territoriale al centro del prossimo ciclo di programmazione

Il rafforzamento dell'assistenza distrettuale dovrebbe costituire la prima priorità delle politiche sanitarie nazionali e regionali. Nel quinquennio quest'area registra il miglioramento più contenuto ed è quella in cui le differenze di capacità organizzativa restano più ampie. Presenta inoltre associazioni particolarmente intense con alcuni esiti generali di salute.

Le azioni prioritarie riguardano:

- presa in carico continuativa delle cronicità;
- assistenza domiciliare e integrazione sociosanitaria;
- cure primarie e continuità assistenziale;
- salute mentale e cure palliative;
- percorsi materno-infantili;
- gestione dell'emergenza-urgenza e riduzione dei tempi di attesa.

La valutazione non dovrebbe limitarsi all'apertura formale di strutture o servizi, ma misurarne la capacità operativa: dotazione e stabilità del personale, orari e continuità del servizio, popolazione effettivamente presa in carico, integrazione dei dati, tempi di accesso e riduzione dei ricoveri e degli accessi ospedalieri evitabili. Ministero della Salute, AGENAS e Regioni dovrebbero definire un set comune di indicatori operativi e pubblicarne annualmente gli avanzamenti.

2. Attuare programmi di recupero mirati sulle fragilità preventive

Il miglioramento medio della prevenzione non deve nascondere situazioni strutturalmente fragili. Sicilia, Campania e gli altri territori con risultati bassi o discontinui richiedono programmi pluriennali con obiettivi verificabili su coperture vaccinali, adesione agli screening oncologici, promozione di stili di vita salutari e capacità dei sistemi di sorveglianza.

Gli incentivi dovrebbero essere collegati sia al miglioramento del valore regionale sia alla riduzione delle disuguaglianze interne. Coperture e adesioni dovrebbero essere monitorate per condizione socioeconomica, genere, classe di età e area geografica, perché un valore medio soddisfacente può convivere con forti differenze nell'accesso effettivo agli interventi.

3. Integrare nei piani di rientro obiettivi economici, assistenziali e organizzativi

Il miglioramento delle Regioni sottoposte a piano di rientro mostra che il risanamento finanziario può accompagnarsi a un recupero assistenziale. La persistenza di divari nella prevenzione e nell'assistenza distrettuale dimostra però che il controllo dei conti, da solo, non garantisce un miglioramento strutturale dei servizi.

I futuri piani dovrebbero prevedere un doppio mandato:

1. sostenibilità economico-finanziaria;
2. recupero misurabile della capacità di garantire i LEA.

Ai vincoli finanziari dovrebbero affiancarsi assistenza tecnica, rafforzamento delle competenze manageriali, supporto alla programmazione, capacità di reclutamento e traguardi assistenziali verificabili. L'uscita dal piano dovrebbe dipendere sia dall'equilibrio contabile sia dalla stabilità dei risultati nelle tre macro-aree NSG.

Le differenze tra Regioni che conseguono risultati assistenziali simili con livelli di risorse diversi dovrebbero essere analizzate per individuare pratiche organizzative trasferibili. Programmi di affiancamento e apprendimento tra pari possono sostenere la convergenza senza replicare automaticamente i vincoli propri dei piani di rientro.

4. Garantire finanziamenti stabili e misurare la capacità di trasformarli in servizi

I risultati non sostengono né l'ipotesi che un aumento generalizzato della spesa sia sufficiente a migliorare la performance, né quella che le risorse siano irrilevanti. Il finanziamento effettivo è positivamente associato al punteggio NSG in alcune annualità, ma la traduzione delle risorse in servizi dipende dalle modalità di allocazione e impiego.

La programmazione dovrebbe pertanto integrare:

- un finanziamento pluriennale e prevedibile;
- criteri di allocazione coerenti con i bisogni epidemiologici, sociali e demografici;
- risorse finalizzate alla riduzione dei divari territoriali e sociali;
- indicatori di produttività, qualità e appropriatezza;
- la valutazione delle risorse necessarie per conseguire miglioramenti misurabili e duraturi nella garanzia dei LEA.

Il confronto tra sistemi regionali dovrebbe quindi spostarsi dal solo ammontare della spesa alla capacità di produrre servizi accessibili, appropriati e continui. Per valutare propriamente il “costo per punto LEA” sarebbero necessari metodi di benchmarking o di frontiera che correggano per bisogni epidemiologici, struttura demografica, mobilità sanitaria e condizioni operative; le sole correlazioni non costituiscono una stima di costo o di efficienza.

5. Evitare che la soglia di 60 diventi il punto di arrivo

La riduzione delle insufficienze è un risultato positivo, ma la concentrazione di molti territori nella fascia 60–79 segnala il rischio che l'attenzione si fermi alla conformità minima. Il rischio è evidente nell'assistenza ospedaliera: nel 2024 tutti superano la soglia, ma persistono differenze nell'appropriatezza, nella qualità e negli esiti.

Il sistema di valutazione dovrebbe attribuire maggiore rilevanza:

- alla distanza dalle migliori performance realisticamente raggiungibili;
- alla traiettoria pluriennale di miglioramento;
- alla stabilità del risultato;
- alla variabilità infraregionale;
- alla presenza di disuguaglianze nell'accesso;
- agli esiti evitabili e alla qualità percepita dai cittadini.

6. Rendere il NSG più stabile, comparabile e orientato a esiti ed efficienza

L'ampliamento del sottoinsieme Core, da 22 indicatori nel 2022 a 27 nel 2024, estende le dimensioni osservate ma riduce la comparabilità temporale. Per sostenere le decisioni sarebbe opportuno mantenere stabile per un periodo pluriennale un nucleo essenziale di indicatori, affiancandolo a moduli aggiornabili sulle priorità emergenti. In particolare, vanno rafforzati gli indicatori relativi a:

- rinuncia alle cure e liste d'attesa;

- aderenza ai PDTA;
- continuità tra ospedale e territorio;
- equità socioeconomica e geografica;
- mortalità evitabile e mortalità standardizzata per età;
- esperienza e accessibilità percepita dai cittadini.

Il NSG dovrebbe essere utilizzato non soltanto per verificare l'adempienza, ma anche come strumento di diagnosi gestionale: occorre identificare i processi che determinano la performance e gli interventi replicabili nei contesti regionali più fragili.

In questa direzione si collocano le disposizioni dell'articolo 1, commi 303 e 304, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, che prevedono l'integrazione del NSG con indicatori gestionali, organizzativi, economici, contabili, finanziari e patrimoniali. L'attuazione dovrebbe produrre un quadro unitario in cui risultati assistenziali, risorse ed equilibri economico-finanziari siano letti congiuntamente.

Agenda operativa per i decisori

Nel prossimo ciclo di programmazione, la politica sanitaria dovrebbe orientarsi:

- dal solo controllo della spesa a una valutazione congiunta delle risorse impiegate e dei risultati conseguiti;
- dal raggiungimento della soglia di sufficienza al miglioramento continuo e alla stabilità delle performance;
- da una lettura centrata sui singoli livelli di assistenza a una maggiore integrazione tra prevenzione, territorio e ospedale;
- da piani di rientro prevalentemente focalizzati sugli equilibri contabili a programmi che comprendano anche il rafforzamento istituzionale, organizzativo e assistenziale;
- da interventi uniformi a misure calibrate sui bisogni, sulle fragilità e sulla capacità realizzativa dei diversi sistemi regionali.

La priorità strategica del SSN è quindi rafforzare, in ogni territorio, la capacità di trasformare le risorse disponibili in accessibilità, continuità dell'assistenza, equità e migliori esiti di salute. Il monitoraggio dovrebbe attribuire responsabilità chiare a Ministero della Salute, AGENAS e Regioni, prevedendo obiettivi annuali e verifiche pubbliche degli avanzamenti.

2. Perimetro e contesto

Il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) si è sviluppato per verificare uniformità, equità e sostenibilità dell'assistenza erogata sul territorio nazionale. La sua funzione non è soltanto tecnica: i risultati orientano il confronto istituzionale tra Stato e Regioni e rendono visibili i divari nella capacità di garantire i diritti di assistenza.

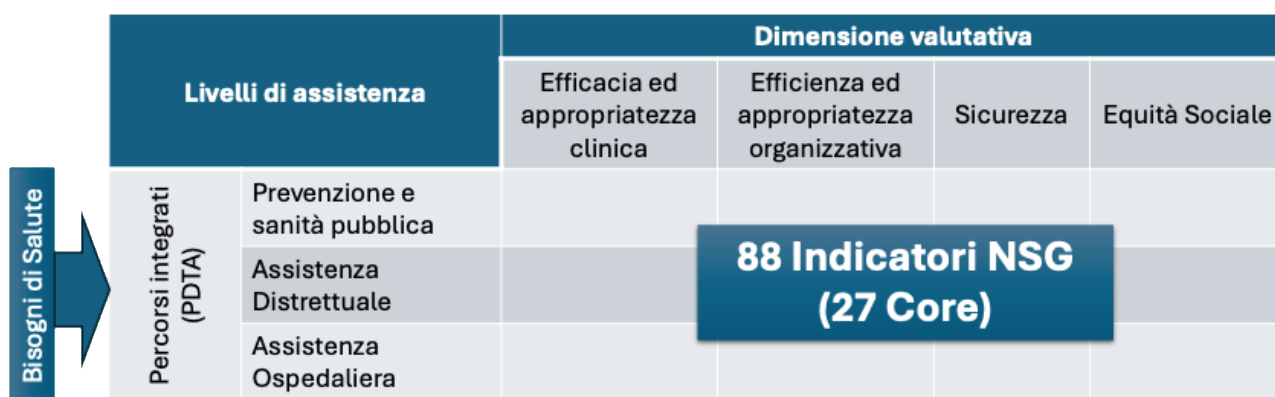
Dal 2007 al 2019 la cosiddetta “griglia LEA” ha rappresentato il principale strumento di valutazione. La limitata evoluzione degli indicatori e delle soglie ne ha progressivamente ridotto la capacità di cogliere la trasformazione dei servizi e le differenze territoriali.

Il Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG), disciplinato dal D.M. 12 marzo 2019 in attuazione del Patto per la salute 2014–2016, amplia il perimetro informativo e adotta una valutazione multidimensionale. Il sistema monitora l'assistenza erogata da soggetti pubblici e privati accreditati in tutte le Regioni e nelle Province autonome di Trento e Bolzano, considerando erogazione dei LEA, equità, efficacia e appropriatezza.

Il NSG comprende indicatori riferiti a prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera e percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA). Nel 2024 include 88 indicatori, di cui 27 appartenenti al sottoinsieme Core utilizzato per la valutazione dell'adempienza; gli altri hanno funzione informativa e riguardano anche dimensioni trasversali, tra cui l'equità.

Gli indicatori Core concorrono alla determinazione di un punteggio per ciascuna macro-area, espresso su una scala da 0 a 100 ed eventualmente corretto mediante premialità e penalità. La soglia di sufficienza è fissata a 60 punti. Una Regione è considerata adempiente soltanto se raggiunge almeno 60 in tutte e tre le macro-aree: un risultato positivo nell'assistenza ospedaliera, pertanto, non può compensare un'insufficienza nella prevenzione o nell'assistenza distrettuale.

Figura 1. Il modello concettuale sottostante al NSG



3. Obiettivi, fonti e cautele interpretative

Il policy paper analizza l'evoluzione del SSN e delle singole Regioni nel periodo 2020–2024 utilizzando i dati NSG pubblicati dal Ministero della Salute. Gli obiettivi sono:

1. descrivere l'evoluzione dei punteggi NSG a livello nazionale e regionale;

2. esaminare l'associazione tra le performance assistenziali e le principali grandezze economico-finanziarie delle gestioni sanitarie regionali.

Ai dati del NSG sono stati affiancati gli indicatori economico-finanziari desunti dai rapporti annuali di monitoraggio della spesa sanitaria elaborati dalla Ragioneria Generale dello Stato. Le grandezze considerate sono:

- la spesa sanitaria corrente;
- il finanziamento effettivo;
- il risultato d'esercizio.

Il risultato d'esercizio è quello certificato nell'ambito delle riunioni congiunte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA e del Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali.

Le variabili economiche sono state esaminate, secondo la natura dell'indicatore, in valore assoluto, in termini pro capite e, per il risultato d'esercizio, anche in rapporto al finanziamento effettivo. Questa articolazione consente di distinguere gli effetti legati alla dimensione demografica delle Regioni dalle differenze nell'intensità delle risorse disponibili e negli equilibri contabili.

Le relazioni tra grandezze economico-finanziarie e punteggio NSG sono analizzate mediante i coefficienti di Pearson e Spearman, la significatività statistica e, per la relazione lineare, il coefficiente di determinazione R^2 .

I coefficienti descrivono direzione e intensità delle associazioni, ma non consentono inferenze causali né misurano direttamente efficienza o costo di produzione dei LEA. I risultati dipendono anche da organizzazione, bisogni epidemiologici, struttura demografica, condizioni sociali, mobilità sanitaria e assetti istituzionali.

Per valutare le differenze legate agli assetti di governance, le Regioni sono state inoltre distinte in due gruppi: quelle sottoposte a piano di rientro e le altre Regioni e Province autonome. Il confronto riguarda i punteggi medi NSG, le tre macro-aree di assistenza e le principali grandezze economico-finanziarie. Le medie presentate hanno natura descrittiva e non corrispondono a un punteggio nazionale ufficiale ponderato per popolazione.

La lettura dei risultati deve tenere conto di tre limiti alla comparabilità temporale:

- il 2020 e il 2021 sono stati fortemente condizionati dalla pandemia di COVID-19 e, in tali annualità, il NSG è stato utilizzato prevalentemente a fini informativi;
- la composizione del sottoinsieme Core, rimasta stabile nel periodo 2020–2022, è stata modificata nel 2023;
- nel 2024 il sottoinsieme Core è stato ulteriormente ampliato, con l'introduzione di nuovi indicatori e la sostituzione di alcuni di quelli precedentemente utilizzati.

Il confronto descrive quindi l'evoluzione della performance secondo la configurazione del NSG vigente in ciascun anno. Le variazioni possono riflettere sia cambiamenti reali nei sistemi regionali sia modifiche nel paniere degli indicatori. Per questo il documento privilegia traiettorie, ordini di grandezza e implicazioni di policy, evitando interpretazioni causali non supportate.

4. Il SSN migliora, ma la convergenza resta incompleta

La direzione del sistema è ricostruita mediante la media aritmetica semplice dei punteggi delle 21 Regioni e Province autonome. Non si tratta di un punteggio nazionale ufficiale né di una misura ponderata per popolazione, ma di un indicatore descrittivo utile a leggere la traiettoria complessiva.

Tra il 2020 e il 2024 la media descrittiva delle tre macro-aree passa da 70,4 a 79,1 (+8,7 punti; +12,4%). I segnali più rilevanti sono:

- le Regioni/P.A. sufficienti in tutte le aree passano da **11 a 18**;
- le singole insufficienze regionali (punteggio inferiore a 60) scendono da **17 a 3**;
- nel 2024 restano insufficienti soltanto **Sicilia nella prevenzione, P.A. di Bolzano nella prevenzione e Calabria nell'area distrettuale**.

Anno	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Media delle tre aree*	Regioni/P.A. sufficienti in tutte le aree	Punteggi di area sotto 60
2020	68,1	74,3	68,7	70,4	11 su 21	17
2021	75,7	73,5	75,1	74,8	14 su 21	12
2022	68,8	72,9	79,4	73,7	13 su 21	13
2023	75,0	71,7	79,0	75,2	13 su 21	11
2024	81,3	78,3	77,6	79,1	18 su 21	3

La media delle tre macro-aree ha finalità esclusivamente descrittiva e non può compensare eventuali insufficienze in una singola area.

L'andamento, tuttavia, non è una crescita continua:

- il **2021** rappresenta un recupero rispetto allo shock pandemico;
- nel **2022** la prevenzione arretra sensibilmente, mentre migliora l'ospedale;
- nel **2023** migliora soprattutto la prevenzione, ma l'area distrettuale continua a perdere terreno;
- il **2024** registra il salto più evidente, con circa **+6,3 punti nella prevenzione** e **+6,7 nella distrettuale**, mentre l'ospedaliera perde circa **1,4 punti** rispetto al 2023.

Anche la dispersione tra i territori diminuisce, soprattutto nell'assistenza distrettuale e ospedaliera. Il dato indica una convergenza parziale, che non elimina il divario tra Centro-Nord e Mezzogiorno.

5. La fotografia del 2024: più conformità, non ancora uniformità

Il percorso valutativo relativo al 2024 si è concluso nel Comitato LEA del 14 maggio 2026. La fotografia più recente conferma un miglioramento complessivo, trainato da prevenzione e assistenza distrettuale, ma anche una distribuzione territoriale ancora disomogenea.

L'assistenza ospedaliera raggiunge la sufficienza in tutto il Paese, pur registrando una lieve flessione del valore medio.

La tabella seguente evidenzia i risultati regionali alle due estremità considerando anche le Province autonome, coerentemente con le tabelle NSG.

Macro-area	Migliori risultati 2024	Risultati più bassi 2024
Prevenzione	P.A. Trento 98 ; Emilia-Romagna 97 ; Lombardia, Veneto e Toscana 96	Sicilia 49 ; P.A. Bolzano 59 ; Campania 61
Distrettuale	Veneto 95 ; Emilia-Romagna e Toscana 94 ; Piemonte 90	Calabria 52 ; Molise 62 ; Valle d'Aosta e Basilicata 64
Ospedaliera	Veneto 97 ; P.A. Trento 94 ; Emilia-Romagna 91	Molise 60 ; Valle d'Aosta 63 ; P.A. Bolzano 64

Veneto, Emilia-Romagna e Toscana emergono per risultati elevati ed equilibrati nelle tre macro-aree. Tra le sole Regioni, escludendo le Province autonome, l'Emilia-Romagna registra il punteggio più alto nella prevenzione; il Veneto guida sia l'assistenza distrettuale sia quella ospedaliera.

Nel 2024 l'assistenza ospedaliera raggiunge la sufficienza universale, ma non un livello elevato uniforme: 12 territori su 21 si collocano ancora nella fascia 60–79. Il Molise, ultimo con 60, è formalmente nell'intervallo di garanzia ma senza margine rispetto alla soglia.

6. Regioni in piano di rientro: recupero in corso, divari ancora ampi

Per valutare il rapporto tra governance e performance, i territori sono distinti tra le sette Regioni sottoposte a piano di rientro (PdR) e le altre Regioni e Province autonome. Nel 2024 i punteggi medi delle Regioni in PdR sono:

- prevenzione: **70,3**, contro **86,8** nelle altre Regioni/P.A.;
- distrettuale: **70,3**, contro **82,4**;
- ospedaliera: **72,9**, contro **80,0**.

Il divario è massimo nella prevenzione, seguito dall'assistenza distrettuale, ed è più contenuto nell'area ospedaliera. Tra il 2020 e il 2024 la distanza complessiva dal resto del Paese si riduce solo moderatamente: il recupero non ha ancora eliminato il gradiente territoriale.

La tabella utilizza la somma dei tre punteggi di area esclusivamente come indice descrittivo della traiettoria. L'esito ufficiale dipende dal raggiungimento della soglia di 60 in ciascuna macro-area; valori elevati in un'area non compensano un'insufficienza in un'altra.

Regione	2020	2021	2022	2023	2024	Var 2020–24	P/D/H nel 2024
Campania	177,8	198,6	194,1	206	209	+31,3	61 / 80 / 68
Lazio	226,4	235,5	227,5	216	237	+10,6	81 / 75 / 81
Sicilia	174,8	183,0	183,6	173	196	+21,2	49 / 73 / 74
Puglia	206,7	209,3	225,7	228	242	+35,3	85 / 76 / 81

Regione	2020	2021	2022	2023	2024	Var 2020-24	P/D/H nel 2024
Molise	173,3	196,9	179,5	193	192	+18,7	70 / 62 / 60
Abruzzo	194,4	215,5	184,6	182	229	+34,6	80 / 74 / 75
Calabria	129,4	160,0	135,3	177	189	+59,7	66 / 52 / 71
Media del gruppo	183,2	199,8	190,0	196,4	213,4	+30,2	70,3 / 70,3 / 72,9

Fonte: Elaborazione degli autori sui punteggi NSG (Ministero della Salute)

Campania

La Campania mostra un miglioramento complessivo consistente, guidato quasi interamente dall'area **distrettuale**, passata da 57,1 nel 2020 a 80 nel 2024. Dal 2023 raggiunge la sufficienza in tutte le aree. La criticità si è spostata sulla prevenzione: dopo il valore 78 del 2021, scende progressivamente fino a **61 nel 2024**, appena sopra la soglia. È dunque un recupero reale, ma ancora fragile sul versante preventivo.

Lazio

Il Lazio, insieme alla Puglia, mantiene la sufficienza nelle tre aree per tutto il periodo. Il miglioramento netto 2020-2024 è contenuto, anche perché il livello iniziale era relativamente elevato. La traiettoria è però volatile: nel 2023 prevenzione e distrettuale scendono rispettivamente a 63 e 68; nel 2024 risalgono a 81 e 75. L'area ospedaliera resta solida.

Sicilia

La Sicilia presenta una criticità strutturale nella prevenzione: 43 nel 2020, 46 nel 2021, 47 nel 2022, 49 nel 2023 e 49 nel 2024. Il miglioramento complessivo del 2024 dipende soprattutto dall'assistenza distrettuale, che sale da 44 a 73; l'area ospedaliera resta sufficiente. La priorità di policy è quindi un programma preventivo pluriennale, con obiettivi verificabili e responsabilità attuative definite.

Puglia

La Puglia è la Regione più solida del gruppo: resta sufficiente in tutte le aree per l'intero periodo e passa da una somma descrittiva di 206,7 a **242**, il valore più alto tra le sette Regioni. Il miglioramento è distribuito su prevenzione, territorio e ospedale; nel 2024 raggiunge **85, 76 e 81**.

Molise

Il Molise supera la grave insufficienza ospedaliera del 2020, quando il punteggio era circa 42, ma il risultato 2024 resta fragile: 60 nell'area ospedaliera e 62 in quella distrettuale. La somma complessiva è leggermente inferiore al 2023. La conformità è quindi raggiunta con margini minimi.

Abruzzo

L'Abruzzo realizza il maggiore recupero nell'ultimo anno: la somma dei punteggi passa da **182 nel 2023 a 229 nel 2024**. Prevenzione e distrettuale, entrambe insufficienti nel 2023,

salgono a 80 e 74. Si tratta di un miglioramento molto significativo, anche se il punteggio distrettuale del 2024 rimane leggermente inferiore a quello del 2020.

Calabria

La Calabria registra l'incremento più ampio del quinquennio, quasi 60 punti nella somma delle tre aree, partendo però dal livello iniziale più basso. Prevenzione e ospedaliera raggiungono 66 e 71; l'assistenza distrettuale sale a 52 e resta l'unica insufficienza italiana in questa macro-area. Il recupero è rilevante, ma la piena garanzia dei LEA richiede un rafforzamento strutturale della rete territoriale.

7. Le tre macro-aree: priorità diverse

Assistenza preventiva

È la macro-area che migliora di più nel quinquennio: la media passa da **68,1 a 81,3**, con un incremento di circa **13,2 punti**. Il percorso è però irregolare: forte recupero nel 2021, nuova flessione nel 2022, ripresa nel 2023 e massimo nel 2024.

Nel 2023 le relazioni ministeriali evidenziavano:

- coperture vaccinali pediatriche ancora molto eterogenee;
- controlli veterinari e sugli alimenti generalmente sufficienti e in miglioramento;
- criticità negli stili di vita soprattutto nelle Regioni meridionali;
- miglioramento degli screening oncologici, ma con forti differenze regionali e coperture particolarmente deboli nel Mezzogiorno.

Nel 2024 ben 14 territori su 21 raggiungono almeno 80, e soltanto Sicilia e P.A. di Bolzano restano sotto 60. Tuttavia la crescita non è generalizzata: la sintesi ministeriale segnala come eccezioni Marche, Campania e Calabria, che non migliorano rispetto al 2023. Non essendo disponibili i punteggi dei singoli indicatori 2024, non è possibile stabilire quanto del progresso dipenda da vaccinazioni, screening, controlli o stili di vita.

Implicazione di policy: consolidare il progresso nazionale e attivare programmi mirati nei territori con fragilità persistenti, in particolare Sicilia e Campania, monitorando anche le disuguaglianze infraregionali.

Assistenza distrettuale

È l'area con il miglioramento netto più contenuto nel quinquennio: da **74,3 a 78,3**, circa **+4 punti**. Il dato nasconde però due fasi opposte:

- progressivo arretramento da 74,3 nel 2020 a 71,7 nel 2023;
- forte recupero a 78,3 nel 2024.

La riduzione fino al 2023 è in parte influenzata dalla rotazione degli indicatori, ma riflette anche problemi reali: risposta dell'emergenza-urgenza, tempi di attesa, consumo di antibiotici, presa in carico domiciliare, salute mentale, cure palliative e residenzialità per anziani. Nel 2023 il consumo di antibiotici aumentava quasi ovunque, con valori

particolarmente critici in Basilicata, Abruzzo e Calabria; la Calabria presentava inoltre difficoltà nell'assistenza domiciliare, nella salute mentale e nelle cure palliative.

Nel 2024 rimane sotto 60 soltanto la Calabria, mentre migliorano in modo evidente Valle d'Aosta, Abruzzo, Campania e Puglia. Rimangono tuttavia molte Regioni in fascia intermedia: 9 su 21 hanno un risultato tra 60 e 79.

Implicazione di policy: il recupero del 2024 deve essere consolidato attraverso capacità operativa, personale e presa in carico continuativa. La priorità non è soltanto superare la soglia, ma ridurre stabilmente le differenze di accesso e continuità.

Assistenza ospedaliera

La media cresce da **68,7 nel 2020 a 77,6 nel 2024**, con un incremento di circa **8,9 punti**. Gran parte del recupero avviene entro il 2022, quando la media raggiunge 79,4. Seguono una sostanziale stabilità nel 2023 e una lieve riduzione nel 2024.

La relazione 2023 rilevava miglioramenti nella concentrazione degli interventi per tumore della mammella, nelle colecistectomie laparoscopiche con degenza breve e negli interventi tempestivi per frattura del femore. Restavano invece criticità nell'appropriatezza dei ricoveri, nei tagli cesarei e, per alcune Regioni, nella mortalità dopo ictus ischemico.

Nel 2024 tutte le Regioni e Province autonome superano la soglia. Questo è un risultato importante, ma la flessione da 79,0 a 77,6 e la presenza di numerosi punteggi vicini alla soglia suggeriscono di non interpretare la sufficienza universale come assenza di problemi. Inoltre, l'aggiunta nel 2024 dell'indicatore sui donatori di organi rende il confronto con il 2023 non completamente omogeneo.

Implicazione di policy: la sufficienza universale non deve ridurre l'attenzione su appropriatezza, qualità ed esiti. La lieve flessione del 2024 e la modifica del set di indicatori richiedono monitoraggio e prudenza nel confronto temporale.

8. Implicazioni per la programmazione sanitaria

Tra il 2020 e il 2024 aumenta la capacità delle Regioni di garantire contemporaneamente le tre macro-aree LEA. Il dato più convincente è il passaggio da 11 a 18 territori pienamente sufficienti e la riduzione dei punteggi di area inferiori a 60 da 17 a 3.

La programmazione deve però considerare quattro dinamiche distinte:

- la **prevenzione** è l'area che cresce di più, ma mantiene un forte problema meridionale;
- la **distrettuale** recupera nettamente soltanto nel 2024 e resta la principale criticità strutturale, soprattutto in Calabria;
- l'**ospedaliera** raggiunge la sufficienza ovunque, ma dopo il massimo del 2022 mostra una lieve flessione;
- le Regioni del gruppo dei piani di rientro migliorano, in alcuni casi molto, ma conservano nel 2024 un divario medio rilevante rispetto al resto d'Italia, soprattutto nella prevenzione e nell'assistenza territoriale.

Per i decisori, il messaggio è duplice: sostenere i percorsi di recupero già avviati e concentrare l'azione sulle criticità persistenti. Puglia, Calabria, Abruzzo, Sicilia, Campania e Molise mostrano che lo stesso status istituzionale può accompagnarsi a traiettorie molto diverse; le misure nazionali devono quindi combinare standard comuni e interventi calibrati sulla capacità attuativa regionale.

9. Risorse e performance: spendere di più non basta

Per interpretare l'evoluzione del SSN occorre distinguere il contributo delle risorse dalla capacità organizzativa di impiegarle. Il miglioramento del NSG tra il 2020 e il 2024 coincide con una crescita complessiva delle risorse, ma questa concomitanza non dimostra che l'aumento della spesa abbia causato il miglioramento dei punteggi.

L'analisi risponde a due domande di policy: una maggiore disponibilità di risorse è associata a migliori performance? Quali differenze regionali emergono nella capacità di trasformare risorse in livelli di assistenza? L'espressione "costo per punto LEA" è utilizzata soltanto come metafora di benchmarking: le correlazioni qui presentate non stimano un costo unitario né una frontiera di efficienza.

Il punteggio NSG medio è messo in relazione con tre dimensioni economiche desunte dai rapporti di monitoraggio della spesa sanitaria della Ragioneria Generale dello Stato, Ministero dell'Economia e delle Finanze:

- la spesa sanitaria corrente,
- il risultato d'esercizio,
- il finanziamento effettivo.

Le elaborazioni riguardano le 21 Regioni e Province autonome nel periodo 2020–2024 e distinguono, ove opportuno, tra valori assoluti e valori pro capite. Nei grafici il punteggio NSG è riportato sull'asse orizzontale e la variabile economica sull'asse verticale.

Figura 2. Sintesi degli indicatori

Livelli di assistenza (Variabili sanitarie)	Variabili Economiche (Valori Assoluti e pro-capite) (Fonte Ministero dell'Economia, RGS, Rapporto di Monitoraggio IGESPES, Vari Anni)		
	Spesa sanitaria	Finanziamento effettivo	Risultato di esercizio/finanziamento effettivo
Punteggi NSG Core per Regione (Fonte Ministero della Salute, Relazioni NSG 202-2024)	Fino a 16 Indicatori calcolabili		
Punteggi NSG per gruppi di regioni (PdR vs No PdR)			

9.1 Spesa sanitaria corrente

La lettura congiunta di punteggio NSG e spesa sanitaria corrente consente di esplorare differenze nell'uso delle risorse, ma non equivale a una misura diretta di efficienza.

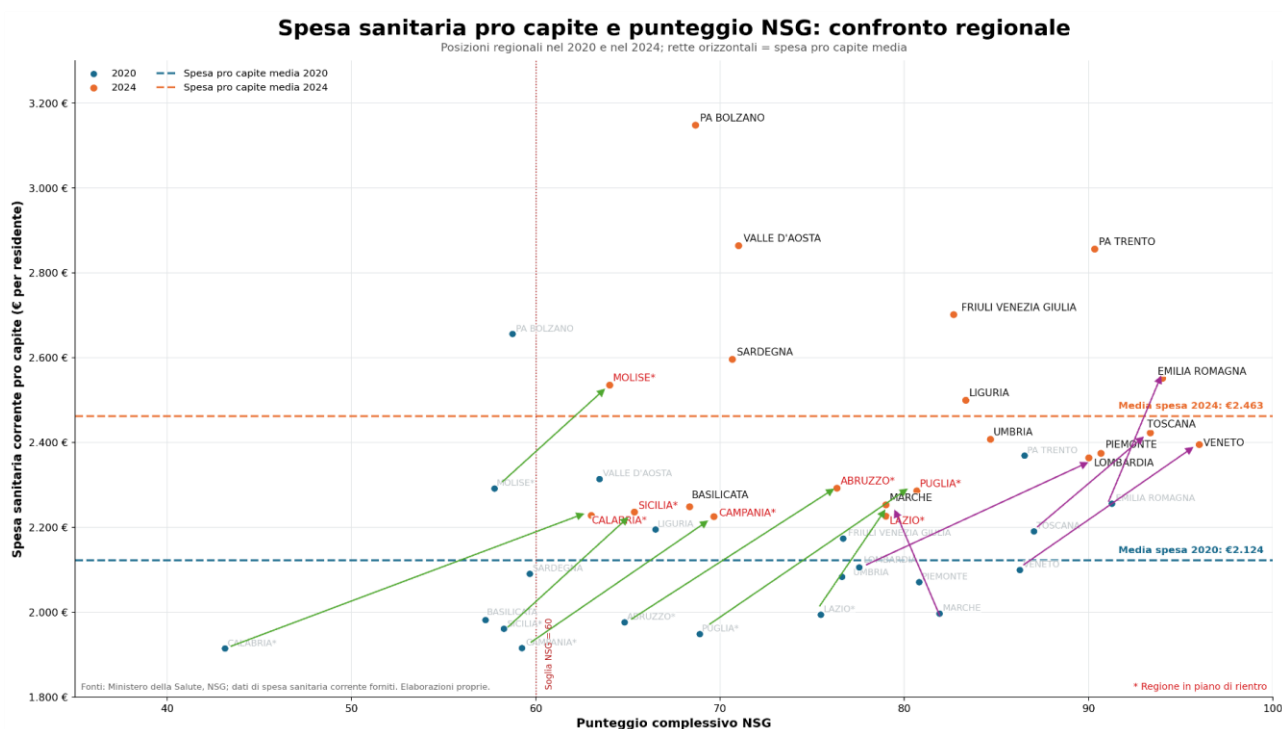
In valore assoluto emerge una relazione positiva e moderata con il punteggio NSG: i coefficienti di Pearson variano da 0,330 nel 2020 a 0,448 nel 2022. La relazione è statisticamente significativa soltanto nel 2022; negli altri anni resta positiva ma non sufficientemente robusta.

La spesa assoluta dipende in larga misura dalla dimensione demografica. Le Regioni più popolate sostengono necessariamente importi complessivi maggiori; il legame osservato può quindi riflettere la numerosità della popolazione e possibili economie di scala, non una relazione diretta tra intensità delle risorse e qualità dell'assistenza. Per il confronto tra territori, i valori pro capite sono più informativi.

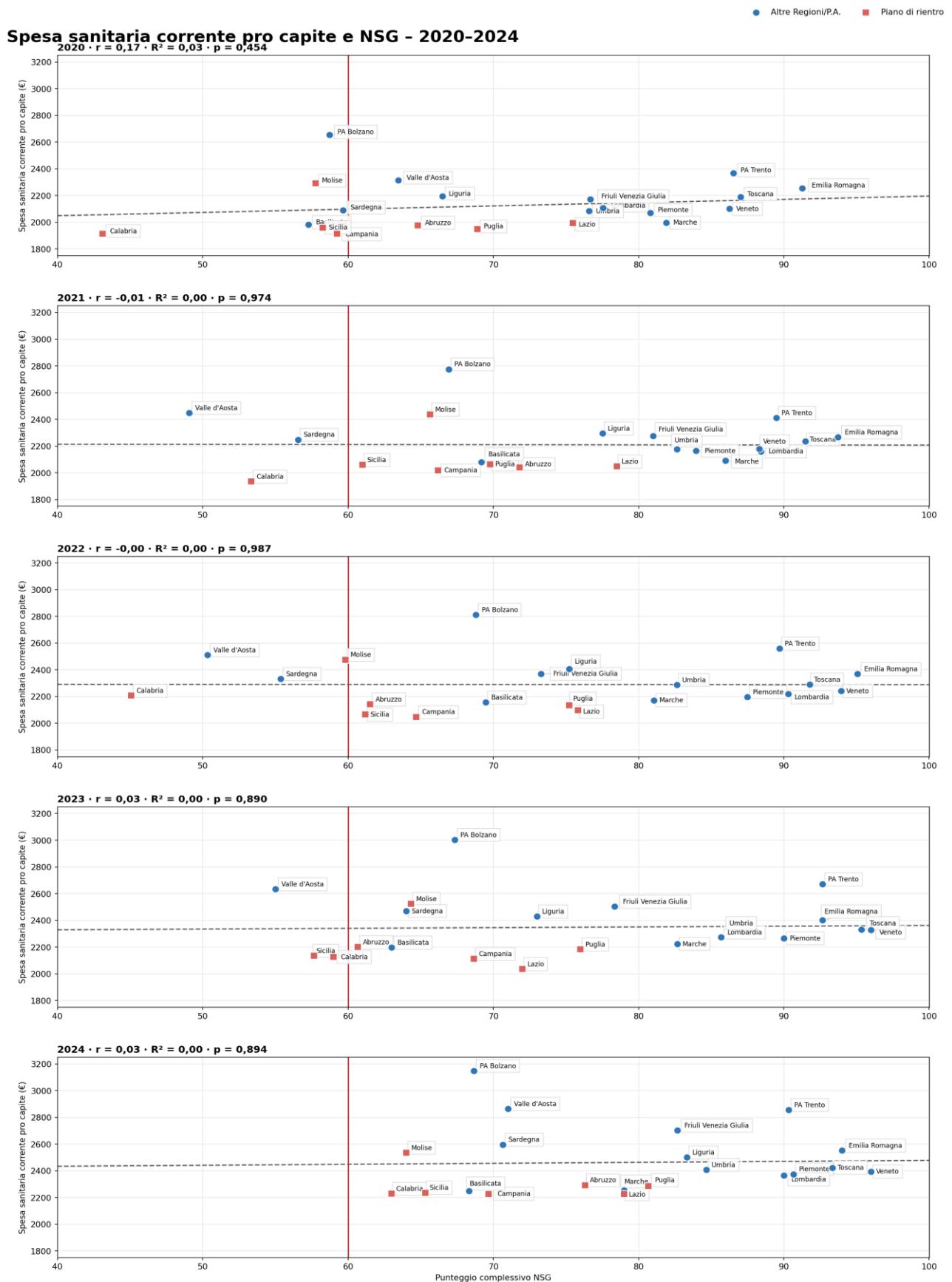
Quando la spesa è rapportata alla popolazione residente, nel periodo 2021–2024 le correlazioni lineari tra spesa corrente pro capite e punteggio NSG sono sostanzialmente nulle: $r = -0,008$ nel 2021, $-0,004$ nel 2022, $0,032$ nel 2023 e $0,031$ nel 2024. Anche R^2 è prossimo allo zero. Nel 2020 la relazione è leggermente più elevata, ma resta debole e non significativa.

Non emerge, pertanto, una relazione lineare stabile secondo la quale una maggiore spesa corrente per residente si traduca automaticamente in un punteggio NSG superiore. Le correlazioni di Spearman, pur essendo generalmente positive, non raggiungono mai la significatività statistica. Questo suggerisce che anche **l'ordinamento delle Regioni per spesa pro capite non coincide sistematicamente con quello relativo alla performance assistenziale**.

Nel quinquennio spesa pro capite e punteggi NSG aumentano nella maggior parte dei territori, con l'eccezione delle Marche per la dinamica del punteggio. Questa evoluzione parallela non consente tuttavia di attribuire causalmente il miglioramento del NSG all'incremento della spesa: le correlazioni trasversali restano deboli e le variazioni possono dipendere da organizzazione, composizione della spesa, personale e condizioni di partenza.



Alcune traiettorie regionali sono utili per il benchmarking, ma richiedono approfondimenti prima di formulare giudizi di efficienza. La Calabria recupera numerose posizioni con una crescita della spesa condizionata dal piano di rientro e dal commissariamento. Il Lazio migliora meno di molte altre Regioni pur beneficiando di un incremento di spesa comparabile. Tra i sistemi con performance elevate, il Veneto combina nel 2024 la leadership distrettuale e ospedaliera con una crescita della spesa più contenuta rispetto a diversi territori; Emilia-Romagna e Toscana conseguono livelli assistenziali analogamente elevati con strutture di costo differenti. Questi casi indicano dove concentrare analisi organizzative e di composizione della spesa, non dimostrano da soli una superiorità gestionale. Nel 2024 le Regioni non sottoposte a piano di rientro registrano una spesa corrente media di circa 2.549 euro per residente e un punteggio NSG medio pari a 83,1; le Regioni in piano presentano circa 2.291 euro pro capite e un punteggio medio di 71,1. Il divario è di circa 259 euro per residente e quasi 12 punti NSG. La differenza tra le medie non contraddice l'assenza di correlazione lineare nel campione complessivo: la classificazione istituzionale intercetta condizioni strutturali e organizzative che la sola spesa pro capite non rappresenta.



9.2 Risultato d'esercizio

Il risultato d'esercizio presenta il legame più debole con il punteggio NSG. Nei valori assoluti, il coefficiente di Pearson varia da 0,206 nel 2020 a -0,066 nel 2024. In nessun anno la relazione è statisticamente significativa e la quota di variabilità spiegata non supera il 4,2%.

Anche l'analisi pro capite non evidenzia una relazione lineare robusta. I coefficienti di Pearson sono positivi ma modesti, compresi tra 0,156 e 0,217, e tutti i p-value sono ampiamente superiori alla soglia del 5%. Nel 2024, ad esempio, $r = 0,201$ e il risultato d'esercizio pro capite spiega soltanto il 4,1% della variabilità del punteggio NSG. L'unica indicazione parzialmente diversa emerge dalla correlazione di Spearman del 2022, pari a 0,435 e appena significativa ($p = 0,049$). In quell'anno le Regioni con risultati economici pro capite relativamente più favorevoli tendevano a collocarsi più in alto nella graduatoria NSG. L'assenza di un'analoga significatività nella correlazione di Pearson suggerisce però una relazione non necessariamente lineare e potenzialmente influenzata da alcuni valori estremi.

Anche il confronto tra gruppi richiede cautela. Nel 2024 le altre Regioni e Province autonome presentano un risultato medio di -€192 per residente, a fronte di -€58 nelle Regioni in piano di rientro, pur conseguendo un punteggio NSG medio nettamente superiore. Questo risultato apparentemente controintuitivo può dipendere da specificità istituzionali e contabili, dalle modalità di copertura dei disavanzi e dalla presenza, tra le Regioni non in piano, di territori a statuto speciale con risultati fortemente negativi. Il risultato d'esercizio non rappresenta quindi una misura diretta né della quantità di risorse disponibili né dell'efficienza assistenziale. Un equilibrio contabile migliore non implica necessariamente livelli di assistenza più elevati e, viceversa, un disavanzo non consente da solo di concludere che il sistema sanitario abbia una performance peggiore.

9.3 Risultato d'esercizio in percentuale del finanziamento effettivo

Il rapporto tra risultato d'esercizio e finanziamento effettivo completa l'analisi, perché misura l'avanzo o il disavanzo in relazione alle risorse disponibili e consente un confronto più omogeneo tra sistemi sanitari regionali di diversa dimensione. Essendo già normalizzato rispetto al finanziamento, l'indicatore non richiede un'ulteriore trasformazione pro capite.

Le correlazioni lineari con il punteggio NSG sono positive ma deboli in tutti gli anni. Il coefficiente di Pearson è pari a 0,152 nel 2020, 0,159 nel 2021, 0,177 nel 2022, 0,221 nel 2023 e 0,198 nel 2024. Nessuna di queste relazioni raggiunge la significatività statistica. Anche la capacità esplicativa è molto contenuta: il rapporto economico-finanziario spiega dal 2,3% al 4,9% della variabilità territoriale del punteggio NSG. Come già osservato per il risultato d'esercizio in valore assoluto e pro capite, non emerge quindi una relazione lineare stabile secondo cui un risultato più vicino al pareggio, o un avanzo più elevato, si accompagni necessariamente a livelli assistenziali migliori.

Nel 2022 la correlazione di Spearman risulta tuttavia moderata e appena significativa ($\rho = 0,442$; $p = 0,045$). In quell'anno le Regioni con risultati economici relativamente più favorevoli tendevano a occupare posizioni migliori nell'ordinamento NSG. La mancata significatività della correlazione di Pearson suggerisce però che la relazione non sia pienamente lineare e possa essere condizionata da alcuni valori estremi.

Il confronto tra gruppi conferma la necessità di una lettura prudente. Nel 2024 le altre Regioni e Province autonome presentano un rapporto medio tra risultato d'esercizio e finanziamento pari a -8,29%, a fronte del -2,51% delle Regioni in piano di rientro, pur registrando un punteggio NSG medio superiore: 83,1 contro 71,1. Anche le mediane, meno influenzate dai valori estremi, risultano pari rispettivamente a -2,75% e -1,50%.

Il dato medio delle Regioni non in piano di rientro è influenzato soprattutto dai consistenti disavanzi percentuali di alcune Regioni e Province autonome, in particolare Bolzano, Trento e Valle d'Aosta. Ciò mostra come la classificazione in piano di rientro non coincida

necessariamente con la presenza dei risultati d'esercizio percentualmente più negativi e come le specificità istituzionali e contabili possano incidere in misura rilevante sull'indicatore.

9.4 Finanziamento effettivo

Il finanziamento effettivo è la variabile economica che presenta l'associazione più chiara e stabile con il punteggio NSG. Nei valori assoluti, le correlazioni sono positive in tutti gli anni e variano tra 0,330 e 0,446. La relazione raggiunge la significatività statistica nel 2022 ($r = 0,446$; $p = 0,043$), quando il finanziamento spiega circa il 20% della variabilità regionale del punteggio NSG. Anche in questo caso, tuttavia, gli importi complessivi risentono della dimensione demografica. I risultati più informativi emergono dall'analisi pro capite. La correlazione è positiva e significativa nel 2020 ($r = 0,532$; $p = 0,013$), nel 2023 ($r = 0,523$; $p = 0,015$) e nel 2024 ($r = 0,495$; $p = 0,022$). In questi anni il finanziamento per residente spiega rispettivamente il 28,3%, il 27,3% e il 24,5% della variabilità del punteggio NSG. Le correlazioni di Spearman confermano il risultato, indicando che le Regioni maggiormente finanziate per residente tendono generalmente a occupare posizioni migliori anche nella graduatoria NSG.

Nel 2024 le altre Regioni e Province autonome ricevono mediamente circa €2.348 per residente, contro €2.245 delle Regioni in piano di rientro, con una differenza di circa €103 pro capite. Nello stesso anno il divario nel punteggio NSG medio è di quasi 12 punti. La distanza assistenziale è dunque molto più ampia di quella osservata nel finanziamento, suggerendo che le risorse disponibili costituiscono una condizione rilevante, ma non sufficiente, per garantire livelli elevati di assistenza.

Nel complesso, la spesa corrente pro capite non mostra un'associazione lineare stabile con il NSG e il risultato d'esercizio è sostanzialmente indipendente dalla performance assistenziale. Il finanziamento effettivo pro capite presenta invece una relazione positiva più consistente, soprattutto nel 2020 e nel biennio 2023–2024. La disponibilità di risorse è dunque rilevante, ma la capacità di garantire i LEA dipende anche da organizzazione delle reti, appropriatezza, capacità amministrativa, composizione della spesa, produttività e bisogni sanitari. Le associazioni sono descrittive e non consentono inferenze causali.

10. NSG ed esiti di salute: un'associazione significativa, non causale

Il Nuovo Sistema di Garanzia costituisce uno degli strumenti centrali della governance del SSN. Attraverso il NSG le amministrazioni regionali sono valutate dal livello centrale nel quadro delle competenze definite dal Titolo V della Costituzione. Gli effetti diretti sul finanziamento regionale sono circoscritti, mentre è rilevante l'impatto istituzionale, politico e mediatico prodotto dalla pubblicazione annuale dei risultati. Il confronto tra le performance regionali è inevitabile, pur nella consapevolezza che un sistema di indicatori, per quanto articolato, non può rappresentare tutte le dimensioni del funzionamento sanitario.

Anche per queste ragioni il NSG è stato oggetto di critiche, in particolare riguardo alla capacità del sottoinsieme Core di cogliere tutte le dimensioni del funzionamento dei sistemi sanitari. Per ampliare il perimetro valutativo, il numero degli indicatori Core è cresciuto da 22 nel 2022 a 24 nel 2023 e a 27 nel 2024. Tra le novità del 2024 figurano l'indicatore di processo NSG-PDTA sull'aderenza terapeutica nelle persone con scompenso cardiaco e il tasso di rinuncia alle cure, basato sulla quota di cittadini che dichiara di aver rinunciato a visite o esami per motivi economici o per criticità nell'accesso, comprese le liste d'attesa.

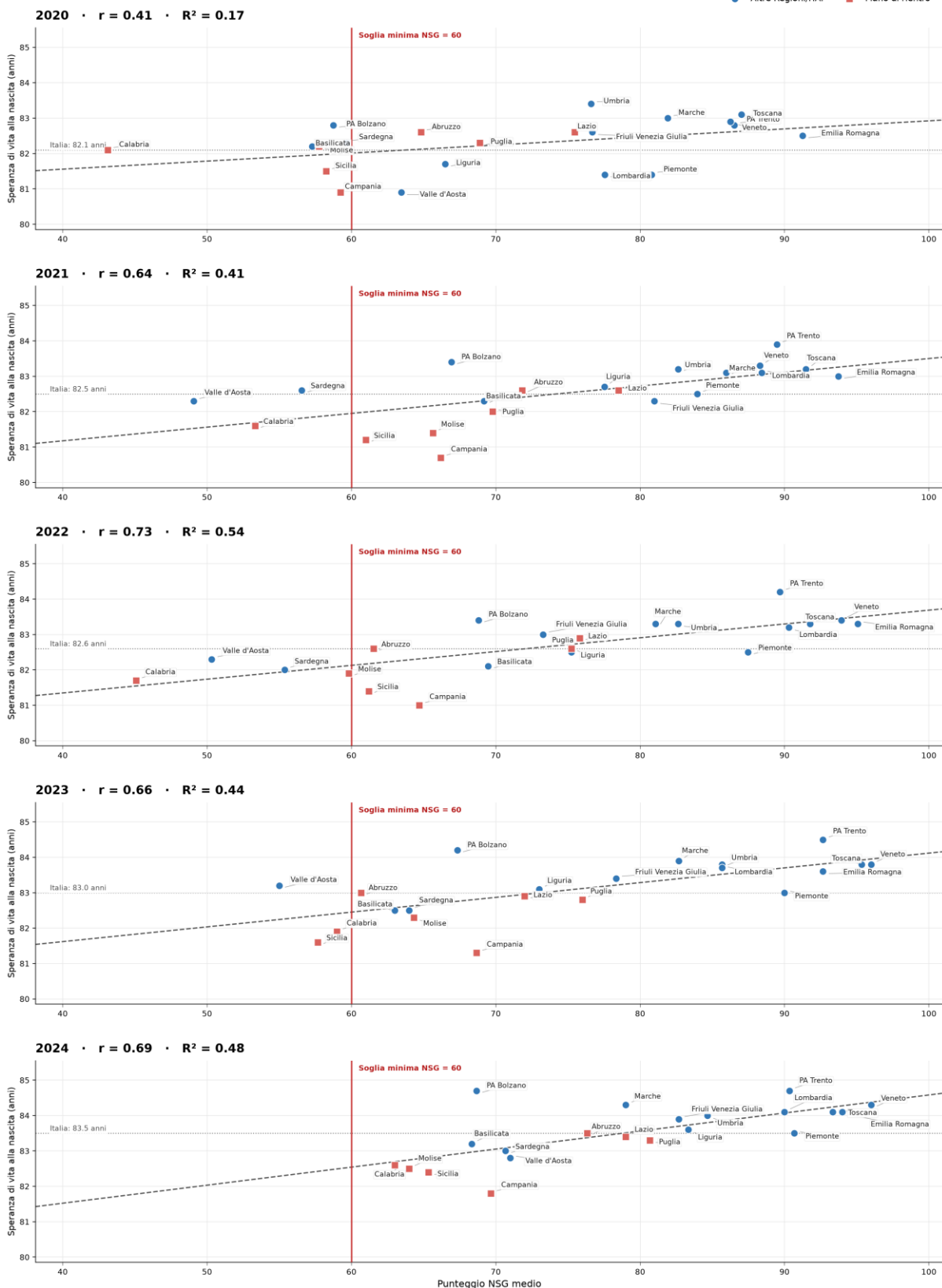
Per verificare quanto il NSG sia associato agli esiti di salute, sono messi in relazione i punteggi regionali e alcuni indicatori pubblicati dall'ISTAT. L'analisi esplora la validità esterna del quadro di valutazione, senza attribuire alle correlazioni capacità causale o predittiva.

Sono state calcolate le correlazioni tra i punteggi regionali del quinquennio e sei misure ISTAT: speranza di vita alla nascita, età media al decesso, mortalità nel primo anno di vita, speranza di vita a 65 anni, speranza di vita a 85 anni e tasso generale di mortalità.

Punteggio NSG e speranza di vita alla nascita - 2020-2024

NSG medio = media semplice delle aree Prevenzione, Distrettuale e Ospedaliera

● Altre Regioni/PA. ■ Piano di rientro



Fonti: Ministero della Salute, Nuovo Sistema di Garanzia (NSG); ISTAT, speranza di vita alla nascita. Elaborazioni proprie.

La correlazione non implica causalità.

Il grafico mostra un'associazione positiva tra punteggio NSG medio e speranza di vita alla nascita. Il risultato sostiene l'utilità del NSG come indicatore sintetico, ma non dimostra che un aumento del punteggio produca direttamente un aumento della longevità.

Nel periodo 2020–2024 emerge infatti una relazione generalmente positiva: all'aumentare del punteggio NSG medio tende ad aumentare anche la speranza di vita alla nascita.

L'intensità dell'associazione varia nel quinquennio. La correlazione è pari a 0,41 nel 2020, 0,64 nel 2021, 0,73 nel 2022, 0,66 nel 2023 e 0,69 nel 2024. La capacità esplicativa, misurata da R^2 , passa dal 17% nel 2020 al 41% nel 2021, raggiunge il 54% nel 2022 e rimane elevata nel 2023 e nel 2024, rispettivamente al 44% e al 48%.

Il risultato più contenuto del 2020 deve essere interpretato considerando l'eccezionalità della pandemia, che ha inciso contemporaneamente sull'organizzazione e sull'erogazione dei servizi sanitari, sulla mortalità e sulla speranza di vita, alterando le relazioni normalmente osservabili tra performance assistenziale ed esiti di salute. Dal 2021 la relazione si rafforza e rimane robusta negli anni successivi. La continuità dell'associazione dal 2021 al 2024 mostra quindi che non si tratta di un risultato occasionale riferito a un singolo anno.

Considerata la molteplicità dei fattori che incidono sulla longevità — condizioni economiche e sociali, ambiente, struttura demografica, stili di vita e caratteristiche epidemiologiche — la quota di variabilità regionale associata al punteggio NSG risulta rilevante. Il NSG non esaurisce tutti i determinanti dello stato di salute, ma intercetta una parte consistente delle differenze territoriali nella speranza di vita.

Anche la distribuzione delle Regioni nel grafico conferma la validità dell'indicatore. I territori con punteggi NSG più elevati si collocano prevalentemente nelle fasce caratterizzate da maggiore speranza di vita, mentre punteggi inferiori tendono ad associarsi a risultati di salute meno favorevoli. La separazione tra Regioni in piano di rientro e altre Regioni/P.A. rafforza questa evidenza: nel 2024 le prime registrano un NSG medio di 71,1 e una speranza di vita media di 82,8 anni, contro rispettivamente 83,1 e 83,9 anni nelle altre Regioni e Province autonome.

La linea verticale rossa posta in corrispondenza del punteggio 60 rende immediatamente visibile la soglia minima di riferimento del NSG. Le osservazioni collocate al di sotto della soglia tendono a concentrarsi nelle fasce con speranza di vita relativamente più bassa. Il superamento della soglia, tuttavia, rappresenta una condizione minima e non un punto di arrivo: anche tra i territori che conseguono valori superiori a 60 permane una relazione crescente tra livello del punteggio e speranza di vita. Il NSG sembra quindi in grado non solo di distinguere le situazioni più critiche, ma anche di graduare le differenze di performance tra i sistemi sanitari regionali.

Occorre precisare che, nella valutazione ministeriale, la soglia di adempienza deve essere raggiunta in ciascuna delle tre macro-aree — Prevenzione, Distrettuale e Ospedaliera — mentre nel grafico è rappresentata la loro media semplice. La linea a 60 ha pertanto una funzione di riferimento: un valore medio superiore a 60 non garantisce necessariamente che tutte e tre le componenti abbiano superato individualmente la soglia.

Nel complesso, il NSG appare un buon indicatore della capacità dei sistemi sanitari regionali di tradurre l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in risultati concreti di salute. Non sostituisce gli indicatori epidemiologici e la correlazione osservata non dimostra, da sola, un rapporto causale. Mostra tuttavia una significativa validità esterna: le Regioni valutate meglio dal NSG tendono effettivamente a presentare una maggiore speranza di vita.

Le eccezioni territoriali non riducono la bontà dell'indicatore. Al contrario, consentono di individuare i territori nei quali gli esiti di salute risultano migliori o peggiori di quanto atteso sulla base della performance sanitaria, segnalando il possibile ruolo di ulteriori fattori demografici, socioeconomici, ambientali ed epidemiologici.

10.1 Correlazione tra componenti NSG e indicatori di salute, 2020–2024

L'analisi per componente conferma la capacità del NSG di rappresentare dimensioni rilevanti dello stato di salute, ma mostra anche che le tre macro-aree non hanno lo stesso rapporto con tutti gli esiti considerati. Ogni componente sembra intercettare aspetti specifici e complementari del funzionamento dei sistemi sanitari regionali.

Indicatore di salute	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	NSG medio
Speranza di vita alla nascita	0,533***	0,569***	0,564***	0,631***
Età media al decesso	0,454***	0,559***	0,441***	0,556***
Mortalità nel primo anno di vita	-0,412***	-0,510***	-0,304**	-0,476***
Speranza di vita a 65 anni	0,432***	0,390***	0,368***	0,455***
Speranza di vita a 85 anni	0,308**	0,199*	0,090	0,238*
Tasso generale di mortalità	0,015	0,102	-0,108	0,015

Coefficienti di correlazione di Pearson calcolati sulle 105 osservazioni Regione/P.A. -anno del periodo 2020–2024, dopo aver centrato le variabili rispetto alla media di ciascun anno.

Significatività statistica: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

10.2 Il ruolo centrale dell'assistenza distrettuale

La componente Distrettuale presenta il legame più intenso con l'età media al decesso ($r = 0,559$) e con la mortalità nel primo anno di vita ($r = -0,510$). Registra inoltre, tra le singole componenti, la correlazione più elevata con la speranza di vita alla nascita ($r = 0,569$), sebbene il valore sia molto vicino a quello dell'area ospedaliera.

Questi risultati rafforzano la priorità dell'assistenza territoriale: accessibilità, presa in carico, cure primarie e integrazione tra livelli risultano particolarmente associate alla longevità e alla riduzione di esiti avversi evitabili. Il dato va interpretato come indicazione per la programmazione, non come stima causale dell'effetto dei servizi.

Il rapporto con la mortalità nel primo anno di vita è particolarmente significativo. Questa misura non dipende esclusivamente dall'assistenza pediatrica o ospedaliera, ma anche dalla qualità e dalla tempestività dell'intero percorso materno-infantile, dall'accesso ai servizi territoriali e dalla continuità delle cure.

10.3 La prevenzione e la longevità nelle età avanzate

La componente Prevenzione presenta la correlazione più elevata con la speranza di vita a 65 anni ($r = 0,432$) e, soprattutto, con quella a 85 anni ($r = 0,308$). È quindi l'area maggiormente associata alla longevità nelle fasce anziane della popolazione.

Il risultato è coerente con la natura cumulativa degli interventi preventivi. Promozione di stili di vita salutari, vaccinazioni, screening, sorveglianza epidemiologica e controllo dei fattori di rischio possono produrre effetti che si manifestano nel medio e lungo periodo, contribuendo a ritardare l'insorgenza delle patologie croniche e a migliorare la sopravvivenza in età avanzata.

La correlazione con la speranza di vita a 85 anni, pur non elevata, è statisticamente significativa per la Prevenzione. La stessa associazione è più debole per l'area Distrettuale e non significativa per quella Ospedaliera.

10.4 Il contributo dell'assistenza ospedaliera

La componente Ospedaliera è fortemente associata alla speranza di vita alla nascita ($r = 0,564$), con un valore quasi analogo a quello dell'assistenza distrettuale. Presenta inoltre correlazioni positive e significative con l'età media al decesso e con la speranza di vita a 65 anni.

Il legame è invece meno intenso per la mortalità nel primo anno di vita ($r = -0,304$) e sostanzialmente assente per la speranza di vita a 85 anni ($r = 0,090$). Ciò non implica una minore importanza dell'ospedale, ma suggerisce che gli esiti di salute della popolazione dipendono da un sistema più ampio rispetto alla sola gestione dell'episodio acuto. La qualità ospedaliera è essenziale, ma produce i risultati migliori quando è sostenuta da un'efficace prevenzione e da una solida rete territoriale.

10.5 Il valore aggiunto del punteggio NSG complessivo

Un risultato particolarmente rilevante riguarda il punteggio NSG medio, che mostra la correlazione più elevata con la speranza di vita alla nascita ($r = 0,631$), superiore a quella di ciascuna macro-area considerata separatamente. Anche per la speranza di vita a 65 anni raggiunge il valore più alto ($r = 0,455$).

La sintesi delle tre componenti non sembra diluire l'informazione; al contrario, presenta l'associazione più elevata con alcuni esiti generali perché combina dimensioni complementari. L'esame separato delle macro-aree resta però necessario per individuare i segmenti assistenziali maggiormente associati a ciascun esito.

Per l'età media al decesso e la mortalità nel primo anno di vita, la componente Distrettuale presenta invece correlazioni leggermente più forti rispetto al punteggio medio. Ciò conferma l'utilità di affiancare alla valutazione sintetica l'esame delle singole componenti: il punteggio complessivo descrive bene la performance generale, mentre le macro-aree aiutano a individuare i meccanismi assistenziali maggiormente collegati a uno specifico esito.

10.6 Perché il tasso generale di mortalità non è associato al NSG

Nessuna componente NSG presenta una correlazione significativa con il tasso generale di mortalità. Il risultato non rappresenta necessariamente una debolezza del sistema di valutazione. Il tasso grezzo di mortalità è fortemente influenzato dalla composizione demografica: una Regione con una popolazione più anziana può registrare contemporaneamente un tasso di mortalità elevato, una buona qualità dell'assistenza e un'alta speranza di vita.

Per valutare più direttamente il rapporto tra performance sanitaria e mortalità sarebbe preferibile utilizzare tassi standardizzati per età o indicatori di mortalità evitabile, che riducono l'effetto delle differenti strutture demografiche regionali.

L'analisi consente quindi di formulare quattro conclusioni principali:

1. Il NSG complessivo è il migliore indicatore sintetico della longevità generale, soprattutto in relazione alla speranza di vita alla nascita.
2. L'assistenza distrettuale è la componente più associata agli esiti generali e alla mortalità infantile, evidenziando il ruolo centrale della presa in carico territoriale.
3. La prevenzione è particolarmente rilevante per la longevità nelle età avanzate, coerentemente con gli effetti cumulativi degli interventi preventivi.

4. La componente ospedaliera contribuisce in misura importante alla speranza di vita, ma da sola appare meno capace di rappresentare alcuni esiti che dipendono dalla continuità assistenziale e dagli interventi di lungo periodo.

Nel complesso, i risultati sostengono la bontà dell'architettura multidimensionale del NSG. La sua capacità di rappresentare lo stato di salute non deriva dalla prevalenza di una sola area, ma dalla complementarità tra prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. La correlazione, tuttavia, misura un'associazione e non dimostra un rapporto causale diretto.

Conclusioni

Il SSN esce dal quinquennio 2020–2024 con una capacità più ampia di garantire i LEA e con un numero molto inferiore di insufficienze, stando ai risultati del principale strumento di valutazione (NSG). Il progresso resta tuttavia diseguale: prevenzione e assistenza territoriale concentrano le fragilità più rilevanti, mentre la sufficienza ospedaliera universale non coincide con livelli uniformi di qualità. Le risorse sono una condizione necessaria, ma non sostituiscono organizzazione, competenze e capacità attuativa. La conseguenza per la politica sanitaria è chiara: integrare monitoraggio assistenziale ed economico, differenziare gli interventi in base ai bisogni regionali e utilizzare il NSG come strumento di miglioramento continuo, non soltanto come verifica di conformità.

Fonti e nota metodologica

Elaborazioni degli autori su dati del Ministero della Salute (Nuovo Sistema di Garanzia), della Ragioneria Generale dello Stato (Monitoraggio della spesa sanitaria) e dell'ISTAT (indicatori demografici e di salute). Le medie nazionali riportate sono semplici medie descrittive delle 21 Regioni e Province autonome e non costituiscono punteggi ufficiali ponderati per popolazione. Le correlazioni misurano associazioni e non rapporti causali.