

Quando i soldi non bastano

*Il razionamento sanitario in Italia:
la situazione degli ultimi sei anni*



Rapporti di Nuova Economia Sociale e Civile

Un rapporto di



NEXT
ECONOMIA

TOR VERGATA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

Con il supporto di



Quando i soldi non bastano

Il razionamento sanitario in Italia: la situazione degli ultimi sei anni

*Rapporto di
(in ordine alfabetico)*



A cura di

Leonardo Becchetti *Cofondatore di NeXt Nuova Economia per Tutti
e Professore di Economia Politica all'Università di Roma Tor Vergata*

Autori della ricerca

Giovanni Cerase *(Università di Roma Tor Vergata)*

Luca Raffaele *(NeXt Economia)*

Francesco Salustri *(Università di Roma Tre e NeXt Economia)*

Nazaria Solferino *(Università Mercatorum)*

Lorenzo Semplici *(NeXt Economia)*

Base dati utilizzata per l'analisi ai capitoli 1-2-3 fornita da CAFACLI, in forma anonima, con il supporto metodologico di IREF-ACLI e la supervisione delle ACLI Nazionali (Pensiero e Politica) e i dati del Ben Vivere e della Generatività dei territori per l'analisi al capitolo 4, in forma anonima, fornita da NeXt Nuova Economia per Tutti.

Per le ACLI e il CAF ACLI hanno contribuito

Gianfranco Zucca, Alessandro Serini ed Enrico Bagozzi

Con il supporto di



SOMMARIO

Sintesi e Conclusioni	6
Nota metodologica. Bias e Robustezza dei Risultati.....	14
CAPITOLO UNO. Il fenomeno del razionamento sanitario.....	17
1.1. Statistiche descrittive del campione.....	17
1.2. Spesa sanitaria out of pocket e scaglioni di reddito.....	21
1.3. Quota di cittadini che non accedono al sistema sanitario privato e scaglioni di reddito.....	25
1.4. Numero di fatture di farmaci e scaglioni di reddito.....	29
1.5. Valore medio dello scontrino per farmaci e scaglioni di reddito.....	33
1.6. Spesa totale per farmaci e scaglioni di reddito	36
1.7. Oltre le statistiche descrittive: evidenze robuste di razionamento sanitario.....	39
1.7.1. Analisi multivariata della spesa sanitaria privata	39
1.7.2. Evidenze longitudinali: cosa succede quando il reddito cambia	40
1.7.3. La probabilità di non spendere nulla: estensivo e intensivo	42
1.7.4. Farmaci e razionamento qualitativo.....	43
1.7.5. Sintesi dei risultati	44
CAPITOLO DUE. L'effetto della pandemia.....	45
2.1. La pandemia da COVID-19 come stress test del sistema sanitario: spesa privata diseguaglianze e razionamento delle cure	45
2.2. Dati e impostazione metodologica.....	45
2.3. Il 2020: una contrazione senza precedenti della spesa sanitaria privata.....	47
2.4. La fase di recupero: rimbalzo della spesa e nuove diseguaglianze	47
2.5. Reddito, età e genere: chi recupera e chi resta indietro.....	48
2.6. Conclusioni di policy: la pandemia come amplificatore del razionamento sanitario	49
CAPITOLO TRE. Razionamento e Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	50
3.1. Livelli Essenziali di Assistenza, spesa sanitaria privata e diseguaglianze di accesso alle cure..	50
3.2. Dati e strategia di analisi	50
3.3. LEA e spesa sanitaria privata: evidenze di un effetto di sostituzione.....	51
3.4. Prevenzione come canale chiave di riduzione della spesa privata	52
3.5. Eterogeneità territoriali e sociali: dove i LEA contano di più	53
3.6. Implicazioni di policy: i LEA come strumento di equità e protezione finanziaria.....	54
CAPITOLO QUATTRO. Razionamento e comunità: la via per un SSN universale, perché civile.....	55
4.1. SSN, razionamento e comunità: primi ragionamenti e metodologia di analisi.....	55
4.2. I risultati descrittivi ed econometrici.....	57
4.3. Verso un SSN civile.....	62

CAPITOLO CINQUE. Politiche per contrastare le diseguaglianze sanitarie e il razionamento implicito delle cure.....	64
Appendice 1. La metodologia per costruire i pesi del campione.....	71
Appendice 2. Il cruscotto di indicatori per monitorare le diseguaglianze sanitarie: una prima proposta.....	72
Appendice 3. Assicurazioni sanitarie, concorrenza e diseguaglianze: problemi e riforme possibili	77
A3.1. Fallimenti del mercato nel settore assicurativo sanitario.....	77
A3.2. Risposte possibili in via teorica.....	77
A3.3. Best practices internazionali.....	78
A3.4. Cosa proporre in Italia.....	78
A3.5. Cosa succedrebbe migliorando il mercato italiano.....	78
A3.6. Principio di proporzionalità e requisiti di capitalizzazione.....	79
A3.7. Il ruolo dello Stato: usare risorse pubbliche in modo non distorsivo.....	79
A3.8. Il contributo delle compagnie: sostenere i LEA senza distorsioni.....	80
A3.9. Implicazioni per concorrenza, equità e stabilità del sistema.....	81
A3.10. Un orizzonte di riforma win-win per sistema, operatori e cittadini.....	81
Appendice 4. Perché pubblico e privato sono già integrati nei percorsi di cura.....	82
Appendice 5. Stime econometriche del Capitolo 1.....	83
Appendice 6. Stime econometriche del Capitolo 3.....	89
Appendice 7. Indicatori aggregati ed elementari dei LEA.....	99
Appendice 8. Stime econometriche del Capitolo 4.....	103

Sintesi e Conclusioni

1. CONTESTO: IL RAZIONAMENTO SANITARIO COME QUESTIONE CENTRALE PER LE POLITICHE SANITARIE ED ECONOMICHE

Negli ultimi anni il sistema sanitario italiano è stato attraversato da trasformazioni profonde che ne mettono alla prova il carattere universalistico. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche, la crescita delle diseguaglianze socio-economiche e territoriali e il rafforzarsi dei vincoli di finanza pubblica hanno inciso in modo strutturale sulle modalità di accesso alle cure e sull'organizzazione complessiva del Servizio Sanitario Nazionale.

In questo contesto, il razionamento sanitario assume una rilevanza centrale non solo sul piano sanitario, ma anche su quello economico e sociale. In un sistema formalmente universale come il SSN, il razionamento non si manifesta prevalentemente attraverso esclusioni esplicite, bensì tramite meccanismi indiretti e spesso poco visibili: tempi di attesa prolungati, offerta territoriale diseguale, carenze di personale e di servizi, riduzione dell'intensità assistenziale. Questi fattori spingono una parte crescente della popolazione a ricorrere alla spesa sanitaria privata per integrare o rendere tempestivi i percorsi di cura.

Il risultato è una selezione basata sulla capacità di spesa individuale, che trasforma il reddito in una variabile decisiva per l'accesso effettivo alle cure. Il razionamento sanitario implicito rappresenta quindi una sfida cruciale per le politiche pubbliche: da un lato perché incide direttamente sull'equità e sugli esiti di salute; dall'altro perché alimenta una crescente dipendenza dal settore privato, con potenziali effetti distortivi sulla sostenibilità complessiva del sistema sanitario.

Alla luce di queste dinamiche, misurare e comprendere il razionamento sanitario non costituisce solo un esercizio analitico, ma una priorità strategica per preservare la coesione sociale, la sostenibilità economica e la legittimità stessa del SSN nel medio-lungo periodo.

Sono questi i motivi che hanno portato alla collaborazione strategica tra ACLI, CAF ACLI, l'Università di Roma Tor Vergata e NeXt Nuova Economia per Tutti, per portare avanti un progetto di analisi e proposta sul tema del razionamento sanitario con l'obiettivo di sviluppare proposte basate sull'evidenza dei dati. Si tratta di un'attività in continuità con gli osservatori delle due reti organizzative, collegando le azioni dell'Osservatorio Nazionale dei redditi e delle famiglie che le ACLI gestiscono a partire dal 2022, svolgendo analisi quantitative su un numero significativo di più di 8 milioni di dichiarazioni dei redditi modello 730 tra il 2019 e il 2024 e l'Osservatorio sul Ben Vivere e la Generatività dei territori che da anni indaga i principali indicatori sulla qualità della vita di Comuni, Città Metropolitane, Regioni e Aree Vaste con più di 20.000 interviste realizzate a livello nazionale.

Le analisi presentate in questo rapporto mostrano caratteristiche e dinamiche del fenomeno usando una prospettiva di larga scala, evidenziando le potenzialità dell'uso dei microdati fiscali. Sotto questo profilo, i servizi di assistenza fiscale e le indagini sul ben vivere e la generatività possono essere degli attori importanti nello sviluppo di proposte di policy e nella comprensione approfondita dei fenomeni sociali ed economici.

2. ARTICOLAZIONE DEL RAPPORTO

Il rapporto si articola in cinque capitoli principali, ciascuno dei quali affronta una dimensione specifica del razionamento sanitario implicito, combinando analisi empirica, interpretazione economica e riflessione di policy.

Il Capitolo 1 introduce e misura il fenomeno del razionamento sanitario in Italia utilizzando un ampio dataset amministrativo basato su oltre otto milioni di dichiarazioni fiscali individuali nel periodo 2019-2024, messo a disposizione da ACLI, CAF ACLI e IREF a seguito di un accordo di collaborazione con la Facoltà di Economia dell'Università di Roma Tor Vergata e NeXt Economia e finalizzato all'analisi scientifica e all'elabo-

razione di proposte di policy. Attraverso statistiche descrittive e analisi econometriche multivariate e longitudinali, il capitolo documenta l'esistenza di forti diseguaglianze nella spesa sanitaria privata lungo la distribuzione del reddito, interpretate come segnali di bisogni sanitari insoddisfatti nelle fasce economicamente più fragili della popolazione.

Il Capitolo 2 analizza l'impatto della pandemia da COVID-19 come shock esogeno e stress test del sistema sanitario. L'attenzione è rivolta alle dinamiche della spesa sanitaria privata prima, durante e dopo la pandemia, evidenziando una capacità di recupero fortemente diseguale tra gruppi sociali e territori.

Il Capitolo 3 approfondisce il ruolo dei Livelli Essenziali di Assistenza come fattore istituzionale chiave nel mitigare o amplificare il razionamento sanitario. L'analisi mette in relazione l'attuazione regionale dei LEA con il ricorso alla spesa privata e con le diseguaglianze di accesso alle cure, sottolineando in particolare l'importanza della prevenzione e della sanità territoriale.

Il Capitolo 4 amplia la prospettiva analitica collegando il tema del razionamento alle preferenze dei cittadini rispetto al modello di SSN e introducendo la dimensione comunitaria come variabile cruciale per comprendere la sostenibilità sociale dell'universalismo sanitario.

Infine, il Capitolo 5 e le appendici sviluppano proposte di policy e strumenti operativi per contrastare le diseguaglianze sanitarie, tra cui un sistema di indicatori per il monitoraggio sistematico del razionamento sanitario.

3. PRINCIPALI RISULTATI DELLA RICERCA

Capitolo 1 - Evidenze di razionamento sanitario implicito

L'analisi empirica mostra in modo robusto che, a parità di età e condizioni osservabili, la spesa sanitaria privata aumenta sistema-

ticamente con il reddito. I contribuenti a basso reddito spendono annualmente importi significativamente inferiori rispetto ai contribuenti più abbienti, nonostante presentino mediamente condizioni di salute peggiori. La spesa sanitaria privata aggiuntiva risulta fortemente concentrata nelle fasce di reddito più elevate. In particolare, i risultati evidenziano come, a parità di altre condizioni, i contribuenti che appartengono agli scaglioni di reddito più bassi spendano tra i **1.000 e i 2.000 euro in meno all'anno** in cure sanitarie rispetto ai più ricchi.

Un'analisi accurata dei non reporting bias presente nel rapporto, con annessa stima, indica che in realtà l'ammontare complessivo della spesa sanitaria privata potrebbe essere molto più elevato, se si considera la maggiore propensione dei redditi più alti a ricorrere a assicurazioni sanitarie private che coprono una parte dei costi non ammessi a detrazione. Inoltre, osservando la dinamica delle spese sanitarie private per gli stessi individui nel tempo, si riscontra come un aumento di reddito porti a un aumento della spesa sanitaria (la spesa sanitaria dei meno abbienti cresce sensibilmente quando il reddito aumenta) in misura sensibilmente maggiore per i ceti con redditi dichiarati più bassi. Questo andamento segnala l'esistenza di una domanda latente di spesa sanitaria privata che rimane insoddisfatta finché le disponibilità di reddito non aumentano. Al contrario, per i contribuenti benestanti la spesa sanitaria cambia di poco al variare del reddito (è quasi inelastica), il che suggerisce che la domanda di spesa sanitaria risulta già soddisfatta.

Il fenomeno è particolarmente evidente se si limita l'analisi al sottocampione dei contribuenti anziani a basso reddito e si riflette in indicatori allarmanti. In questa classe d'età una quota molto alta di persone nello scaglione di reddito più basso **non dichiara alcuna spesa sanitaria privata (55-60% vs il 10-15% nello scaglione più elevato)**.

Un risultato particolarmente rilevante riguarda la quota di popolazione che non sostiene alcuna spesa sanitaria privata: tra i contribuenti

a basso reddito tale quota è molto elevata, mentre diminuisce drasticamente tra i redditi più alti. Questo dato non segnala una migliore salute dei gruppi economicamente più fragili, ma riflette piuttosto difficoltà strutturali di accesso alle cure.

Anche l'analisi della spesa farmaceutica evidenzia un duplice razionamento, quantitativo e qualitativo: i redditi più bassi acquistano meno farmaci e spendono meno per singolo trattamento, suggerendo interruzioni della continuità terapeutica o rinunce a cure e dispositivi di qualità superiore. Le analisi econometriche confermano che tali differenze non sono spiegabili da fattori individuali non osservati, ma riflettono un reale vincolo economico all'accesso alle cure.

Dunque, il fenomeno del razionamento ha almeno quattro dimensioni:

1. quota maggiore di cittadini a basso reddito che non ha accesso alla sanità privata, accesso che vorrebbe per completare le proprie cure;
2. spesa minore rispetto a quella desiderata in sanità privata;
3. minore spesa in farmaci e dispositivi medici e acquisto di farmaci e dispositivi di minore qualità;
4. maggiore elasticità del reddito alla spesa sanitaria, indice di un bisogno di spesa non soddisfatto dai livelli di reddito correnti.

Queste evidenze indicano la presenza di **bisogni sanitari insoddisfatti** nelle fasce più deboli e sollevano interrogativi sull'equità del sistema attuale.

Capitolo 2 - La pandemia come amplificatore delle diseguaglianze

La pandemia da COVID-19 ha determinato nel 2020 una contrazione senza precedenti della spesa sanitaria privata, dovuta alla sospensione delle prestazioni non urgenti e alla congestione del sistema sanitario. Tuttavia, questo calo non ha rappresentato un miglioramento dell'equità, bensì una

compressione generalizzata dell'accesso alle cure.

Nel periodo successivo, la spesa sanitaria privata è rimbalzata rapidamente, superando in molti casi i livelli pre-pandemici. Tale recupero è stato però fortemente diseguale: i redditi più elevati hanno recuperato pienamente e rapidamente, mentre i redditi bassi, gli anziani e le donne mostrano un recupero incompleto. Nelle aree maggiormente colpite dalla pandemia, il razionamento è risultato più intenso e persistente.

La pandemia, quindi, non solo ha reso visibile il razionamento sanitario implicito, ma ha contribuito ad amplificarne gli effetti distributivi, rafforzando il ruolo del reddito e del contesto territoriale nell'accesso effettivo alle cure.

Capitolo 3 – LEA e riduzione del razionamento

L'analisi dei Livelli Essenziali di Assistenza mostra che una migliore attuazione dei LEA è associata a una minore spesa sanitaria privata e a una riduzione delle diseguaglianze di accesso alle cure. Questo effetto risulta particolarmente evidente per la componente di prevenzione: dove la prevenzione pubblica funziona meglio, il ricorso forzato al privato diminuisce.

L'effetto dei LEA non è uniforme sul territorio nazionale. Nelle regioni con livelli iniziali più bassi di attuazione, miglioramenti anche contenuti producono riduzioni significative della spesa privata, suggerendo un elevato potenziale redistributivo degli investimenti mirati.

Questi risultati suggeriscono che il rafforzamento dei LEA non è soltanto una questione di rispetto formale di standard nazionali, ma rappresenta una leva concreta per migliorare l'equità del sistema sanitario e limitare il razionamento implicito delle cure.

Capitolo 4 – Razionamento, comunità e modello di SSN

Il Capitolo 4 mostra che il consenso verso un SSN universalistico è ampio e diffuso, ma che le preferenze individuali non sono spiegabili esclusivamente da variabili economiche. Il reddito, considerato isolatamente,

non genera differenze statisticamente significative nelle preferenze tra SSN universale e modelli più selettivi; esso diventa rilevante solo in interazione con la condizione di salute.

In particolare, emerge che l'esperienza della malattia, soprattutto in presenza di patologie croniche, modifica profondamente le preferenze, rendendo più visibile il valore assicurativo e redistributivo del SSN anche per i gruppi economicamente più forti.

L'elemento decisivo dell'analisi è tuttavia rappresentato dalla dimensione comunitaria. Alti livelli di empatia, reciprocità, orientamento al bene comune e pratiche di convivialità attenuano o annullano le differenze di reddito e di stato di salute nelle preferenze, rafforzando il consenso verso un universalismo effettivo. La comunità emerge così come una variabile capace di ricomporre le tensioni generate dal razionamento sanitario implicito.

4. CONCLUSIONI E PROPOSTE DI POLICY

Le evidenze presentate indicano che il razionamento sanitario implicito in Italia è un fenomeno strutturale, non episodico, dovuto anche a debolezze di legami comunitari. In assenza di interventi mirati a riformare pubblico, privato e comunità, esso rischia di accentuarsi ulteriormente, trasformando il SSN in un sistema universalistico solo sulla carta e sempre più selettivo nella pratica. Si tratta di andare verso la costruzione di un SSN Civile, perché basato sulla compresenza di Stato, Mercato e Comunità.

Una prima direttrice di intervento riguarda la **progressività degli strumenti fiscali** legati alla spesa sanitaria. La riforma delle franchigie e delle detrazioni in direzione progressiva, ossia maggiore sostegno fiscale per i redditi più bassi, può ridurre il peso della spesa sanitaria sui redditi bassi e medio-bassi, rafforzando la protezione finanziaria senza generare effetti distorsivi significativi.

In secondo luogo, è necessario **regolare in modo più equo l'integrazione tra pubblico e privato**. L'introduzione di strumenti come vou-

cher sanitari pubblici, attivabili solo in presenza di razionamento del SSN e utilizzabili nel privato accreditato, potrebbe garantire continuità di cura ai soggetti più fragili senza incentivare una privatizzazione indiscriminata. In questa direzione deve andare anche una maggiore efficienza della spesa pubblica, in particolare nel procurement di beni e dispositivi sanitari. La letteratura scientifica in materia¹ documenta ampie differenze di prezzo negli acquisti pubblici a parità di prodotto, suggerendo la presenza di margini significativi di riduzione degli sprechi. Migliorare la qualità degli acquisti, rafforzare la professionalizzazione delle stazioni appaltanti, utilizzare sistematicamente benchmark di prezzo e strumenti di trasparenza può liberare risorse da reinvestire nelle aree più rilevanti per l'equità, contribuendo indirettamente a ridurre il razionamento delle cure.

Un terzo asse strategico riguarda il rafforzamento della sanità territoriale e della prevenzione, con particolare attenzione alle Case di Comunità e alla continuità assistenziale. Le evidenze mostrano che investire in prevenzione riduce il razionamento e produce benefici redistributivi significativi.

Un quarto asse strategico riguarda il ruolo delle assicurazioni sanitarie integrative. Le evidenze del rapporto suggeriscono che, in assenza di una regolazione adeguata, l'espansione del mercato assicurativo rischia di accentuare il razionamento sanitario implicito, rafforzando meccanismi di selezione per reddito, età e stato di salute. I fallimenti tipici

¹Fazekas, M., Tóth, B., Wachs, J., & Abdou, A. (2025). Public procurement cartels: A large-sample testing of screens using machine learning. *International Journal of Industrial Organization*, 103228.

Petersen, O. H., Jensen, M. D., & Bhatti, Y. (2022). The effect of procurement centralization on government purchasing prices: evidence from a field experiment. *International Public Management Journal*, 25(1), 24-42. Buccioli, A., Camboni, R., & Valbonesi, P. (2020). Purchasing medical devices: The role of buyer competence and discretion. *Journal of Health Economics*, 74, 102370.

Crea, G., Cavaliere, A., & Cozzi, A. (2019). Price discrimination in the Italian medical device industry: An empirical analysis. *Economia Politica*, 36, 571-608. <https://doi.org/10.1007/s40888-019-00149-5>

García-Altés, A., McKee, M., Siciliani, L., Pita Barros, P., Lehtonen, L., Rogers, H., Kringos, D., Zaletel, J., & De Maeseneer, J. (2023). Understanding public procurement within the health sector: A priority in a post-COVID-19 world. *Health Economics, Policy and Law*, 18(2), 172-185. <https://doi.org/10.1017/S1744133122000184>

OECD. (2016). Preventing corruption in public procurement. OECD Publishing.

del mercato assicurativo sanitario – selezione avversa, segmentazione del rischio, coperture incomplete e scarsa trasparenza – possono infatti tradursi in una protezione finanziaria accessibile soprattutto ai gruppi più abbienti e in buona salute, lasciando scoperti i soggetti più fragili, che sono anche quelli maggiormente esposti al razionamento delle cure. Per evitare questi esiti, il rapporto sottolinea che le assicurazioni possono svolgere un ruolo positivo solo se inserite in un quadro regolatorio coerente con l'universalismo del SSN: promozione di forme mutualistiche e non profit, obblighi di solidarietà e pooling del rischio, limiti alla segmentazione tariffaria, requisiti di capitalizzazione proporzionati e utilizzo mirato di risorse pubbliche per sostenere coperture integrative dei LEA senza effetti distorsivi. In questa prospettiva, il rafforzamento di un sistema assicurativo complementare ben regolato può contribuire a ridurre il ricorso individuale e diseguale alla spesa privata, sostenendo il SSN anziché sostituirlo, e configurandosi come parte di una strategia “win-win” per equità, sostenibilità e stabilità complessiva del sistema sanitario.

In questa direzione appare strategico il rafforzamento del ruolo delle Mutue che rappresentano uno strumento mutualistico di prossimità capace di integrare la sanità territoriale senza porsi in alternativa al Servizio Sanitario Nazionale. Operando a livello locale, esse accompagnano in modo collettivo l'accesso alle prestazioni sanitarie private delle persone, in particolare quelle prive di coperture assicurative, contribuendo a ridurre le disuguaglianze. Attraverso reti territoriali e relazioni con il privato sociale, rafforzano l'accessibilità e la presa in carico dei bisogni di salute. Tra le esperienze virtuose sul territorio sicuramente da menzionare è quella delle Mutue BCC che offrono a chi ha una copertura assicurativa o di una cassa sanitaria aziendale e a chi non ne dispone. Nel loro insieme, le Mutue, configurano un'esperienza di welfare di comunità coerente con i principi di sanità territoriale e prossimità.

Un quinto ambito si concentra sulla qualità e sull'orientamento della spesa pubblica. In particolare, il procurement di beni e dispositivi sanitari dovrebbe superare una logica esclusivamente basata sul prezzo, integrando criteri relativi alla tracciabilità della filiera, alla sostenibili-

tà ambientale e all'impatto sociale dei materiali acquistati. La scelta di forniture più trasparenti e responsabili consente di ridurre inefficienze e sprechi, migliorare la qualità complessiva della spesa e rafforzare la resilienza delle filiere di economia sociale e civile presenti nei territori, a partire dalle buone pratiche di cooperazione e inclusione sociale. Un procurement orientato al valore permette di liberare risorse da reinvestire in sanità territoriale, riduzione delle liste d'attesa e prevenzione, contribuendo al contempo allo sviluppo di filiere produttive sostenibili e coerenti con gli obiettivi di equità e interesse pubblico del SSN.

Infine, il rapporto propone di rendere il razionamento sanitario visibile e misurabile, attraverso la costruzione di un coordinamento nazionale che sia in grado di collegare l'Osservatorio nazionale sul Ben Vivere e la Generatività dei territori di NeXt Economia e l'Osservatorio nazionale sui redditi delle famiglie delle ACLI. Misurare sistematicamente le disuguaglianze di accesso alle cure significa renderle politicamente rilevanti e valutare le politiche sanitarie non solo in termini di efficienza media, ma anche di equità.

In conclusione, contrastare il razionamento sanitario non è solo una questione tecnica, ma una scelta politica fondamentale. Rafforzare l'universalismo sostanziale del SSN significa agire oggi sulle disuguaglianze, per evitare domani divari di salute sempre più profondi e difficilmente reversibili e non rischiare di avvicinarci, anche in Italia, a divari di salute oggi osservabili in grandi metropoli globali e in altre parti del mondo².

² Oxfam (2022) ricorda, ad esempio, che nella città di San Paolo le persone che vivono nelle aree più ricche hanno un'aspettativa di vita mediamente superiore di 14 anni rispetto a quelle che vivono nelle aree più povere.

Oxfam Italia. (2022, January). *La pandemia della disuguaglianza: Di cosa abbiamo bisogno per combattere le disuguaglianze che in Italia e nel mondo si stanno acuendo a causa della pandemia di COVID-19* [Briefing paper].

Nota metodologica. Bias e Robustezza dei Risultati

Gli autori hanno considerato attentamente possibili distorsioni dovute all'uso dei dati fiscali.

In particolare, un primo elemento da attenzionare riguarda il bias di selezione del campione (limitato a quella quota di contribuenti che decidono di utilizzare i servizi del CAF) è stato corretto pesando i dati con un sistema di ricalibratura per rendere i dati campionari rappresentativi della popolazione dei contribuenti italiani (vedasi Appendice 1 per un maggiore dettaglio sui criteri di ponderazione).

Altri elementi da tenere in considerazione sono legati al fatto che chi ha **redditi molto bassi** (nell'area esente da imposte) potrebbe non dichiarare le spese sanitarie perché non otterrebbe benefici fiscali, così come alcuni **redditi alti** potrebbero non scaricare tutte le spese mediche perché il risparmio fiscale (19% della spesa) è poco rilevante per loro. Inoltre, una parte di spesa sanitaria privata potrebbe non emergere nelle dichiarazioni a causa di **pagamenti non fatturati** (evasione) o perché coperta da **assicurazioni sanitarie** private (le quali non danno diritto a detrazioni per le spese coperte).

Questi aspetti sono stati affrontati tramite l'utilizzo di una serie di verifiche di robustezza, con le quali si dimostra come i risultati del rapporto restano solidi quando teniamo conto anche di tutti questi fattori. In particolare, nei controlli è stata esclusa dal calcolo la fascia di reddito più bassa (dove il "non dichiarare" è più probabile): i risultati evidenziano come la **correlazione positiva** tra reddito e spesa sanitaria persiste. Inoltre, anche restringendo l'analisi ai soli individui che **hanno spese sanitarie** (cioè escludendo chi dichiara zero) si continua a osservare un divario netto di spesa tra poveri e ricchi.

Le stime con modelli a **effetti fissi** – che analizzano le variazioni di spesa sanitaria delle stesse persone al variare del reddito – confermano che l'aumento di spesa al crescere del reddito non è dovuto a fattori individuali fissi, come la propensione all'evasione o alla maggiore/minore propensione a dichiarare fiscalmente le spese sanitarie.

Infine, alcune voci di spesa più facilmente registrabili fiscalmente (come i farmaci acquistati al banco), mostrano comunque differenze di quantità e costi tra ricchi e poveri. Questi controlli aggiuntivi indicano che il fenomeno osservato non è frutto di distorsioni dovute ai limiti dei dati disponibili, bensì riflette una **reale difficoltà economica** dei gruppi a basso reddito nell'accedere alle cure, confermando l'esistenza di un razionamento sanitario implicito.

La fonte: il Panel Redditi ACLI

Nel 2021 le ACLI in collaborazione con il Centro di Assistenza Fiscale delle ACLI e l'Istituto di Ricerche Educative e Formative ha creato un panel statistico di oltre 600mila contribuenti per i quali sono stati integrati, in forma completamente anonima, i dati dichiarati negli ultimi sei anni fiscali (2019-2024). Si tratta di una fonte statistica unica nel suo genere che, sinora, è stata usata per analizzare diversi fenomeni socioeconomici: la condizione delle famiglie, il lavoro povero, le spese di singoli e famiglie in settori come educazione, sanità e i mutui abitativi. Il Panel Redditi ACLI (PRA) si è rivelato molto utile per quantificare fenomeni emergenti conseguenti alla pandemia e gli effetti sull'economia reale delle crisi internazionali, offrendo la possibilità di rispondere in modo dettagliato a domande cruciali come, ad esempio, la perdita di potere d'acquisto e l'ingresso all'interno delle soglie di povertà relativa. I microdati di origine fiscale, ossia desunti da una fonte ufficiale e attendibile come il mod. 730, si distinguono dall'informazione statistica sui redditi messa a disposizione dagli Enti del Sistema della statistica ufficiale per una caratteristica fondamentale. Le indagini dirette sui redditi usano campioni di popolazione e stimano le risorse economiche a disposizione di individui e famiglie a partire da autodichiarazioni degli intervistati, come noto suscettibili di sottostime e reticenze da parte dei soggetti. Il PRA, invece, prende in esame dichiarazioni reali basate su redditi certificati. Un altro vantaggio dei microdati di origine fiscale consiste nel fatto di poter realizzare analisi territoriali molto dettagliate anche a livello comunale, ad esempio, analizzando i differenziali di reddito tra residenti nei grandi poli urbani e persone che invece vivono nelle aree interne. con un dettaglio territoriale inferiore a quello regionale. Inoltre, è molto difficile tali indagini offrano la possibilità di comparare l'evoluzione

dei redditi da lavoro e da pensione nel corso del tempo. Il PRA offre invece la possibilità di analizzare in modo dinamico anche le dinamiche di reddito, essendo un panel (ossia una serie di osservazioni ripetute su uno stesso soggetto) aiuta anche a determinare l'entrata e l'uscita dalle condizioni di povertà. Nel 2025, ACLI, CAF ACLI e IREF siglano un accordo con la Facoltà di Economia dell'Università di Roma Tor Vergata e con NeXt Economia che avvia un progetto di condivisione dei dati con finalità di analisi scientifica ed elaborazione di proposte di policy.

La fonte: Generatività delle persone e dei territori

L'indagine presentata nel presente rapporto si fonda anche sull'utilizzo e sulla rielaborazione dei dati prodotti nell'ambito della Ricerca nazionale sulla generatività, promossa e realizzata da NeXt – Nuova Economia per Tutti, in collaborazione con Federcasse BCC e Fondosviluppo. Tale ricerca rappresenta, ad oggi, uno dei principali riferimenti empirici in Italia per l'analisi delle pratiche generative nei sistemi economici, sociali e territoriali, e offre una base informativa solida e strutturata per l'approfondimento di specifiche dimensioni di policy.

In particolare, il lavoro di ricerca ha fatto ricorso al dataset originale della rilevazione NeXt Economia, opportunamente selezionato e adattato agli obiettivi specifici dell'indagine. A partire dall'impianto teorico e metodologico della ricerca sulla generatività, sono state individuate le variabili e gli indicatori maggiormente rilevanti ai fini dell'analisi, con particolare attenzione alle dimensioni relazionali, territoriali e di impatto sociale. Il disegno di campionamento adottato nella ricerca NeXt Economia è di tipo strutturato e orientato a garantire un'adeguata rappresentatività dei soggetti coinvolti rispetto alle principali caratteristiche socio-economiche e territoriali. Il campione di oltre 5.000 persone è stato costruito attraverso criteri di selezione coerenti con gli obiettivi conoscitivi dell'indagine, consentendo di intercettare una pluralità di esperienze e punti di vista rilevanti per l'analisi della generatività nei contesti osservati.

La somministrazione dei questionari è avvenuta secondo procedure standardizzate, al fine di assicurare l'affidabilità e la comparabilità dei dati raccolti. I questionari, strutturati sulla base del framework concettuale della generatività sviluppato da NeXt Economia, sono stati proget-

tati per rilevare in modo sistematico comportamenti, pratiche e percezioni, riducendo al minimo il rischio di ambiguità interpretative e bias di risposta. La raccolta dei dati è stata accompagnata da un'attività di monitoraggio e verifica della qualità delle risposte, funzionale a garantire la robustezza dell'analisi successiva.

In questo senso, il patrimonio informativo prodotto dalla ricerca sulla generatività ha consentito di rafforzare la base empirica dell'analisi, offrendo un quadro interpretativo coerente e metodologicamente fondato per la lettura dei risultati.

CAPITOLO UNO. Il fenomeno del razionamento sanitario

1.1. Statistiche descrittive del campione

Il rapporto si basa su un ampio campione di oltre **8 milioni di dichiarazioni fiscali individuali** raccolte nel periodo **2019–2024**³. Si tratta di un dataset amministrativo di eccezionale profondità, che consente di analizzare la spesa sanitaria privata in Italia con un livello di dettaglio senza precedenti. Il campione include esclusivamente soggetti con reddito personale dichiarato e con spese sanitarie riportate in dichiarazione, rendendo possibile la costruzione di indicatori di **razionamento sanitario implicito**, inteso come difficoltà di accesso alle cure che emerge attraverso comportamenti di spesa osservabili.

L'età media degli individui presenti nel campione è pari a **59,4 anni**, con una composizione di genere sostanzialmente equilibrata: le donne rappresentano circa il **53,4%** del totale (Tabella 1). Il reddito medio imponibile annuo è pari a circa **23.799 euro**, ma la distribuzione è fortemente eterogenea. Il dataset copre l'intero spettro dei livelli reddituali, dai contribuenti con reddito nullo fino a quelli con valori superiori ai **4 milioni di euro**, permettendo analisi robuste e dettagliate delle diseguaglianze sanitarie lungo tutta la distribuzione del reddito.

Dal punto di vista della composizione familiare e lavorativa, il campione riflette in modo accurato la struttura della popolazione adulta italiana. Circa il **43,8%** degli individui percepisce una pensione, mentre il **56,3%** dichiara redditi da lavoro dipendente; il **47,1%** ha un contratto di lavoro a tempo indeterminato e il **17,75%** percepisce redditi da contratti a termine. In media, ciascun contribuente ha **0,43 figli fiscalmente a carico** (in altre parole, su cento contribuenti ci sono

³Sulla base dell'accordo di collaborazione i dati sono stati conferiti all'Università di Roma Tor Vergata e NeXt Economia in forma completamente anonima. Le elaborazioni presentate in questo rapporto sono previamente concordate con il soggetto responsabile del trattamento dei dati, ossia CAF ACLI Srl.

circa 43 figli fiscalmente a carico in totale), un valore coerente con la composizione demografica del Paese nelle fasce d'età osservate.

La distribuzione geografica del campione è ampia e copre tutte le regioni italiane, consentendo confronti territoriali dettagliati oltre all'analisi dei divari Nord-Sud. Le regioni con il maggior peso nel campione sono la **Lombardia**, che rappresenta il **31,5%** delle osservazioni e il Piemonte, seguono il **Veneto** con il **12%** e l'**Emilia-Romagna** con l'**11,5%**. Il campione include anche in modo significativo le regioni del Mezzogiorno (il dato più alto quello della Puglia con il 4% mentre Basilicata e Calabria che hanno la quota più bassa, 0,4 per cento delle osservazioni, includono comunque circa 30.000 dichiarazioni/anno), rendendo possibile l'analisi delle disuguaglianze territoriali nella spesa sanitaria privata e nell'accesso alle cure. Nelle stime econometriche, i dati vengono opportunamente **pesati per rendere il campione rappresentativo della distribuzione geografica della popolazione italiana**, secondo una metodologia che viene illustrata nel dettaglio nell'Appendice 1 del rapporto.

Per quanto riguarda le spese sanitarie, la **spesa media annua per cure private è pari a 802,2 euro**, mentre quella al netto delle spese per disabilità è pari a **710,22 euro per persona**. Le categorie di spesa più rilevanti sono le **cure dentistiche**, per le quali si dichiarano in media **240 euro annui di spesa sanitaria**, i **farmaci**, con una spesa media pari a **206 euro**, e le **visite specialistiche**, che ammontano in media a **174 euro**. Il **numero medio di fatture** relative all'acquisto di farmaci è pari a **18,3 all'anno**, ricordando che non si tratta di singoli scontrini di acquisto ma di aggregazioni di scontrini realizzate presso i commercialisti.

Infine, una variabile centrale dell'analisi è la "**spesa sanitaria privata non equa**", definita come la spesa medica totale al netto dei tickets del Servizio Sanitario Nazionale (754,7 per dichiarazione/anno). Questa misura cattura in modo diretto la componente di spesa sanitaria "non equa" effettuata tramite ricorso aggiuntivo al mercato privato delle cure. Si esclude dal computo la spesa per ticket sanitari dove il maggior contributo degli scaglioni di reddito più elevati si configura come una

tassazione implicita progressiva che contribuisce al finanziamento della spesa pubblica e dunque non può essere inclusa nella componente non equa della spesa sanitaria privata. Come mostrato nei capitoli successivi del rapporto, tale variabile risulta **fortemente diseguale tra i diversi scaglioni di reddito**, ed è nel rapporto l'indicatore chiave utilizzato per quantificare il razionamento sanitario implicito e per analizzare le diseguaglianze di accesso alle cure nel sistema sanitario italiano.

Tabella 1 – Statistiche descrittive del campione

Variabile	Osservazioni	Media	Deviazione Standard	Min	Max
Età	8065674	59,380	18,470	18	114
Anno	8065674	3,570	1,710	1	6
Femmine	8065674	0,530	0,500	0	1
Numero medio di figli a carico	8065674	0,424	0,783	0	13
Celibe/Nubile	8065674	0,260	0,230	0	1
Coniugato/a-Unione Civile	8065674	0,520	0,500	0	1
Deceduto/a	8065674	0,020	0,140	0	1
Divorziato/a	8065674	0,040	0,190	0	1
Minore	8065674	0,010	0,010	0	1
Non noto	8065674	0,010	0,050	0	1
Separato/a	8065674	0,030	0,180	0	1
Tutelato/a	8065674	0,010	0,070	0	1
Vedovo/a	8065674	0,120	0,320	0	1
Pensionato	8065674	0,438	0,496	0	1
Dipendente	8065674	0,563	0,496	0	1
Collaboratore	8065674	0,178	0,382	0	1
Contratto a tempo indeterminato	8065674	0,000	0,009	0	1
Contratto a tempo determinato	8065674	0,471	0,499	0	1
Assegnista	8065674	0,003	0,055	0	1
Figli a carico_1	8065674	0,150	0,360	0	1
Figli a carico_2	8065674	0,100	0,300	0	1
Figli a carico_3	8065674	0,020	0,130	0	1
Figlia a carico_4	8065674	0,000	0,050	0	1
Figli a carico_5	8065674	0,000	0,020	0	1
Figlia a carico_6	8065674	0,000	0,010	0	1
Figli a carico_7	8065674	0,000	0,010	0	1
Figlia a carico_8	8065674	0,000	0,000	0	1
Figli a carico_9	8065674	0,000	0,000	0	1
Figlia a carico_10	8065674	0,000	0,000	0	1
Figli a carico_11	8065674	0,000	0,000	0	1
Figlia a carico_12	8065674	0,000	0,000	0	1
Figli a carico_13	8065674	0,000	0,000	0	1
Altri familiari a carico_1	8065674	0,000	0,070	0	1
Altri familiari a carico_2	8065674	0,000	0,040	0	1
Altri familiari a carico_3	8065674	0,000	0,010	0	1
Altri familiari a carico_4	8065674	0,000	0,010	0	1
Altri familiari a carico_5	8065674	0,000	0,000	0	1

Tabella 1 – Statistiche descrittive del campione

Variabile	Osservazioni	Media	Deviazione Standard	Min	Max
Altri familiari a carico_7	8065674	0,000	0,000	0	1
Altri familiari a carico_8	8065674	0,000	0,000	0	1
Altri familiari a carico_9	8065674	0,000	0,000	0	1
Totale reddito da lavoro dipendente e assimilati	8065674	23925,930	18932,570	0	7271578
Reddito imponibile	8065674	23799,010	18823,670	0	7270458
Imposta netta	8065674	4292,730	6840,040	0	3095352
Addizionale regionale	8065674	325,280	365,490	0	125682
Addizionale comunale	8065674	138,210	156,150	0	58164
Cedolare secca dovuta	8065674	48,700	285,650	0	38346
Redditi a tempo determinato	8065674	1614,700	5456,490	0	1293992
Redditi a tempo indeterminato	8065674	12176,480	19768,080	0	7031150
Giorni di lavoro dipendente	8065674	190,700	175,840	0	365
Reddito da assegni periodici	8065674	16,650	412,280	0	67560
Reddito da collaborazioni a progetto	8065674	1,670	358,110	0	320163
Reddito da pensione	8065674	10052,070	14712,800	0	547643
Reddito complessivo	8065674	24404,960	21821,860	0	2.54E+07
Spesa sanitaria totale	8065674	802,246	2359,953	0	5053804
Spesa sanitaria al netto della spesa per disabilità	8065674	710,221	2678,407	0	5053804
Spesa sanitaria al netto della spesa per i ticket	8065674	754,700	2344,100	0	5053804
Spesa sanitaria al netto della spesa per i ticket e per disabilità	8065674	662,677	2663,362	0	5053804
Spese sanitarie di cui ticket SSN	8065674	47,540	193,580	0	150000
Numero di fatture per ticket SSN	2488079	3,840	3,860	1	154
Spese sanitarie di cui dentista	8065674	240,230	923,970	0	100000
Numero di fatture per dentista	2107035	2,360	1,890	1	47
Spese sanitarie di cui ottico	8065674	29,140	137,140	0	34265
Numero di fatture per ottico	71949	1,740	1,500	1	43
Spese sanitarie di cui dispositivi medici	8065674	61,450	355,620	0	48771,01
Numero di fatture per dispositivi medici	1087828	2,290	3,020	1	156
Spese sanitarie per prestazioni specialistiche	8065674	173,980	748,920	0	1000000
Numero di fatture per prestazioni specialistiche	3178614	3,980	4,370	1	162
Spese sanitarie per interventi	8065674	11,950	337,710	0	121658,1
Numero fatture per interventi	34425	1,580	1,380	1	87
Spese sanitarie per ricoveri	18438	6009,430	6858,610	0.7	261223,6
Numero fatture per ricoveri	18438	1,350	1,220	1	34
Spese sanitarie altre	8065674	47,980	395,100	0	106525
Numero fatture per altre	949086	3,550	4,230	1	175
Spese sanitarie per protesi	8065674	8,050	148,000	0	32801,6

Tabella 1 – Statistiche descrittive del campione

Variabile	Osservazioni	Media	Deviazione Standard	Min	Max
Spese sanitarie per farmaci	8065674	205,820	1807,040	0	5053933
Numero fatture per farmaci	4875068	18,320	15,060	1	445
Spese sanitarie per disabilità di cui sussidi tecnici e informatici	8065674	0,380	26,780	0	15146,56
Numero fatture per disabilità per sussidi tecnici e informatici	3574	1,600	2,080	1	49
Spese sanitarie per disabilità di cui mezzi per deambulazione	8065674	1,380	72,020	0	31036
Numero fatture per disabilità per mezzi per deambulazione	20105	2,180	2,370	1	60
Spese sanitarie per disabilità di cui spese mediche generiche	8065674	7,150	287,780	0	187786
Numero fatture per disabilità per spese mediche generiche	18125	5,330	9,480	1	171
Spese sanitarie per disabilità per assistenza specifica	8065674	83,120	1197,910	0	1439560
Numero fatture per disabilità per assistenza specifica	91593	1,770	2,640	1	92
Numero fatture farmaci da banco	100369	19,980	16,670	1	330
Spesa media per farmaci per singola fattura	4875068	20,582	180,955	0,01	388764
Punteggio medio LEA	6638460	82.962	9.724	43.117	95.067
LEA (assistenza territoriale)	6638460	84.971	13.222	34.5	98.37
LEA (assistenza di prevenzione)	6638460	81.840	12.345	32.73	96.13
LEA (assistenza ospedaliera)	6638460	82.075	8.443	41.94	94.66
Piemonte	8065674	0,070	0,260	0	1
Valle d'Aosta	8065674	0,000	0,060	0	1
Lombardia	8065674	0,310	0,460	0	1
Liguria	8065674	0,090	0,280	0	1
Trentino - Alto Adige	8065674	0,120	0,320	0	1
Veneto	8065674	0,020	0,150	0	1
Friuli - Venezia Giulia	8065674	0,030	0,160	0	1
Emilia - Romagna	8065674	0,110	0,320	0	1
Toscana	8065674	0,050	0,220	0	1
Umbria	8065674	0,010	0,100	0	1
Marche	8065674	0,020	0,150	0	1
Lazio	8065674	0,030	0,170	0	1
Abruzzo	8065674	0,010	0,120	0	1
Molise	8065674	0,000	0,070	0	1
Campania	8065674	0,010	0,120	0	1
Puglia	8065674	0,040	0,200	0	1

Tabella 1 – Statistiche descrittive del campione

Variabile	Osservazioni	Media	Deviazione Standard	Min	Max
Calabria	8065674	0,000	0,060	0	1
Sicilia	8065674	0,030	0,160	0	1
Sardegna	8065674	0,020	0,150	0	1
Nord Ovest	8065674	0,450	0,460	0	1
Sud	8065674	0,080	0,270	0	1
Isole	8065674	0,050	0,220	0	1
Nord Est	8065674	0,340	0,480	0	1
Centro	8065674	0,110	0,320	0	1

Fonte: elaborazione propria

1.2. Spesa sanitaria out of pocket e scaglioni di reddito

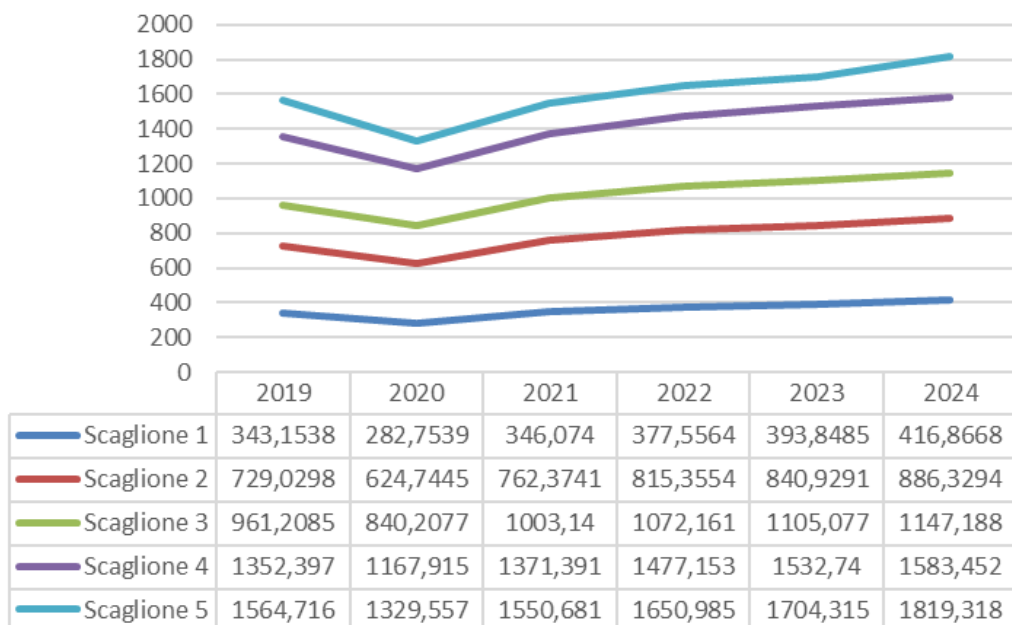
Dalle analisi descrittive emerge con grande chiarezza che la spesa sanitaria “non equa” – cioè la spesa out of pocket al netto dei ticket SSN – cresce monotonamente al crescere dello scaglione di reddito, confermando l’idea di un razionamento economico delle cure per i contribuenti meno abbienti.

Guardando ai dati del campione CAF ACLI, che si estendono su un arco temporale di sei anni, la gerarchia di spesa per scaglioni appare estremamente stabile (Figura 1). Nel primo anno osservato la spesa media annua passa da circa 343 euro nel primo scaglione di reddito⁴ a circa 1.565 euro nel quinto, con un differenziale di oltre 1.200 euro tra il gruppo meno abbiente e quello più ricco. Nel secondo anno, 2020, che coincide con la fase più acuta della pandemia, i livelli si riducono per tutti (circa 283 euro nel primo scaglione e 1.330 nel quinto), ma il gradiente rimane intatto. Negli anni successivi la spesa cresce progressivamente per tutte le fasce: nell’ultimo anno disponibile (2024) la media va da circa 417 euro nel primo scaglione a 1.819 euro nel quinto, ampliando il divario assoluto tra scaglione di reddito massimo e minimo a circa 1.400 euro annui. **In termini relativi, questo significa che i contribuenti dei redditi più elevati spendono mediamente tre volte e mezzo di più dei contribuenti nei redditi più bassi in spesa sanitaria “non equa”.** Non si tratta quindi di piccoli aggiustamenti marginali, ma di un vero e proprio salto di ordine di grandezza che riflette opportunità molto diverse di completare le cure offerte dal SSN con prestazioni aggiuntive sul mercato privato. Questo avviene attraverso un meccanismo di complementarità: come è noto il SSN garantisce l’accesso universale alle cure acute, come interventi salvavita o trattamenti urgenti, ma spesso non copre interamente il percorso di cura necessario per patologie meno critiche o per terapie continuative. I contribuenti con redditi più elevati possono integrare facilmente queste cure pubbliche con prestazioni private — visite specialistiche, terapie aggiuntive, farmaci o dispositivi non forniti dal SSN — mentre chi ha redditi più bassi può affrontare difficoltà ad accedere a

⁴In tutto il rapporto si fa riferimento ai seguenti scaglioni di reddito: scaglione 1: 0-15.000 euro; scaglione 2: 15.000-28.000 euro; scaglione 3: 28.000-50.000 euro; scaglione 4: 50.000-100.000 euro; scaglione 5: >100.000 euro.

questo “proseguimento” delle cure. In questo modo, il reddito diventa un fattore determinante non per l’urgenza delle cure, ma per la possibilità di completare e arricchire il percorso terapeutico, creando differenze significative nella quantità e qualità dell’assistenza effettivamente ricevuta. Il fatto che tali differenze rimangano sostanzialmente stabili lungo tutto l’orizzonte temporale suggerisce che il **meccanismo di razionamento non sia episodico** o legato a un singolo shock, **ma strutturale**.

Figura 1 – Evoluzione negli anni della spesa non equa per scaglioni di reddito

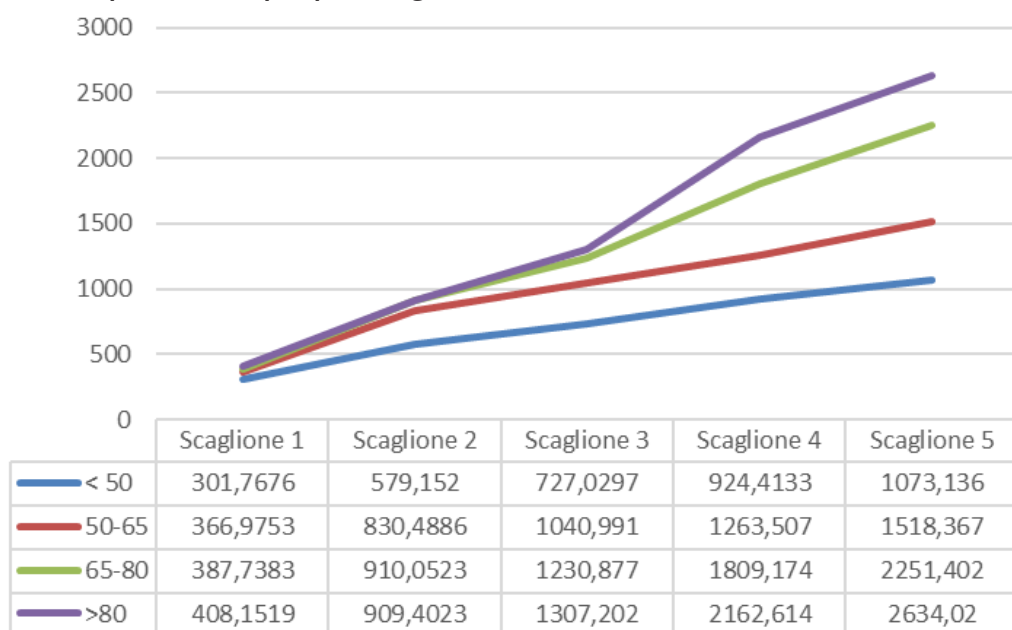


Fonte: elaborazione propria

Il gradiente per scaglioni di reddito diventa ancora più marcato se si guarda alle classi di età (Figura 2). Sotto i 50 anni la spesa media “non equa” passa da circa 302 euro nel primo scaglione a poco più di 1.073 euro nel quinto; tra i 65 e i 79 anni (con l’aumento delle esigenze di spesa sanitaria) il gradiente spesa/classe di età si fa molto più ripido: si va da circa 388 euro nel primo scaglione a oltre 2.251 euro nel quinto. Sopra gli 80 anni, infine, la spesa media va da circa 408 a circa 2.634 euro fra primo e quinto scaglione (il rapporto medio del campione di 3 volte e mezzo diventa più di 6 volte). In altri termini, **con l’avanzare dell’età**

non solo aumentano i livelli di spesa per tutti, ma aumentano soprattutto le differenze fra ricchi e poveri: i bisogni sanitari si fanno più intensi, ma solo chi ha redditi più elevati riesce a tradurli in maggiori esborsi privati.

Figura 2 – Spesa non equa per scaglioni di reddito e classi di età

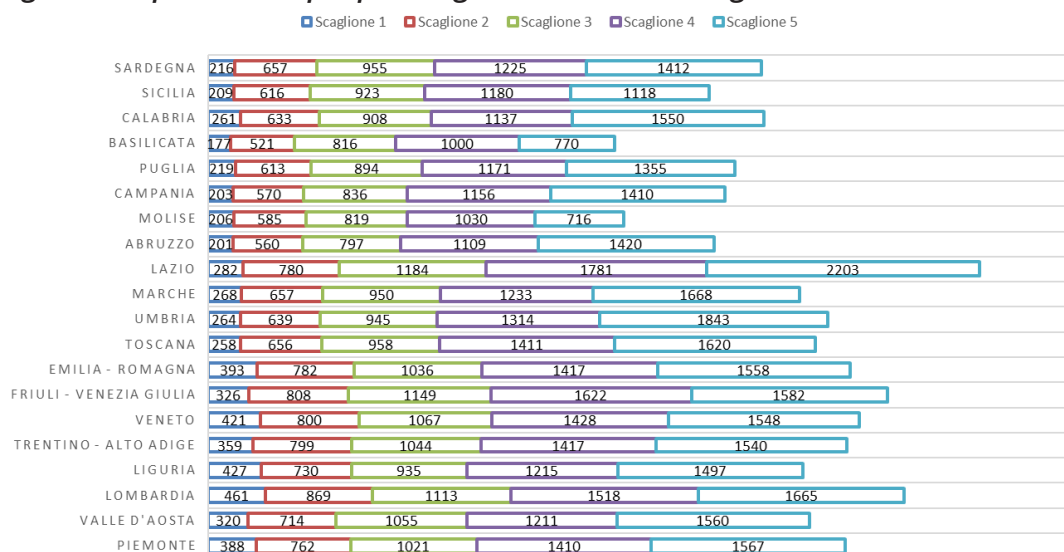


Fonte: elaborazione propria

Anche le analisi per contesto regionale e per gruppi di regioni a “bassi LEA” e ad “alti LEA” (sopra e sotto la mediana dell’indicatore⁵) confermano un quadro di forte disuguaglianza verticale (Figura 3). Nel primo scaglione la Regione con la spesa più alta è la Lombardia (461 euro), mentre quella con la spesa più bassa è la Basilicata (177 euro): quasi 300 euro di differenza. Nel quinto scaglione la Regione con la spesa più alta è il Lazio (2203 euro), mentre quella con la spesa più bassa è il Molise (770 euro): quasi 1500 euro di gap. In questo senso si può parlare di una doppia disuguaglianza o di un doppio razionamento: per scaglioni di reddito all’interno della stessa regione e fra regioni all’interno dello stesso scaglione di reddito.

⁵Nelle analisi contenute nel presente rapporto le regioni con alti livelli di LEA sono: Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Marche. Quelle con bassi livelli di LEA sono: Valle d’Aosta, Calabria, Sardegna, Molise e Campania.

Figura 3 – Spesa non equa per scaglioni di reddito e Regioni



Fonte: elaborazione propria

Inoltre, nelle regioni a basso livello di adempimento LEA la spesa media “non equa” nel primo scaglione è di circa 240 euro e sale a oltre 1.330 euro nel quinto; nelle regioni ad alto LEA, a fronte di livelli più alti in tutti gli scaglioni, il gradiente resta molto pronunciato (da circa 360 euro nel primo scaglione a circa 1.612 nel quinto). Questo suggerisce che la disuguaglianza per reddito nella spesa privata aggiuntiva non è un fenomeno esclusivo dei contesti più fragili dal punto di vista dell’offerta sanitaria, ma attraversa l’intero Paese. La spesa complessivamente maggiore nelle regioni ad alto LEA dipende da una combinazione di fattori (reddito più elevato ma anche complementarità pubblico-privato, il tema sarà esplorato nel Capitolo 3, che approfondirà il rapporto tra LEA e spesa sanitaria privata). Complessivamente, queste evidenze descrittive indicano che, a parità di condizioni, i contribuenti con redditi dichiarati più bassi sono in grado di sostenere una spesa out of pocket “non equa” molto inferiore a quella dei contribuenti più ricchi.

Dato il profilo di bisogni sanitari crescenti nelle età avanzate e la sostanziale universalità formale del SSN, è poco plausibile interpretare questo divario come segnale di “migliore salute” dei poveri. I risultati empirici di lavori su campioni rappresentativi della popolazione indicano di fatto il

contrario. Becchetti et al. (2025)⁶ sviluppano a questo proposito un'analisi basata su dati originali raccolti tramite una survey rappresentativa della popolazione italiana adulta per genere, istruzione e area geografica. Il campione è composto da oltre 5.300 individui intervistati nel 2024, con informazioni dettagliate su reddito, spese sanitarie out-of-pocket, patologie diagnosticate, stato di salute auto-percepito (Self-Assessed Health), caratteristiche socio-demografiche e copertura assicurativa. La spesa considerata include tutti i costi sanitari sostenuti privatamente e non rimborsati, come visite mediche, farmaci, dispositivi sanitari e trasporti sanitari.

Uno dei principali risultati che conferma le evidenze di questo rapporto è che, a parità di condizioni di salute, i cittadini con redditi più alti spendono significativamente di più per curarsi. In media, chi dichiara un reddito compreso tra 50.600 e 70.400 euro spende circa 690 euro annui, contro i 391 euro di chi si colloca nella fascia più bassa (fino a 11.700 euro). Questo accade nonostante i redditi più alti abbiano meno patologie: il numero medio di malattie croniche dichiarate nella fascia di reddito più povera è 1,6, contro 0,6 per quella di reddito più ricca⁷. L'incidenza di ipertensione e diabete è doppia o tripla tra i più poveri. Anche l'autovalutazione dello stato di salute segue lo stesso schema: i soggetti a basso reddito dichiarano condizioni peggiori.

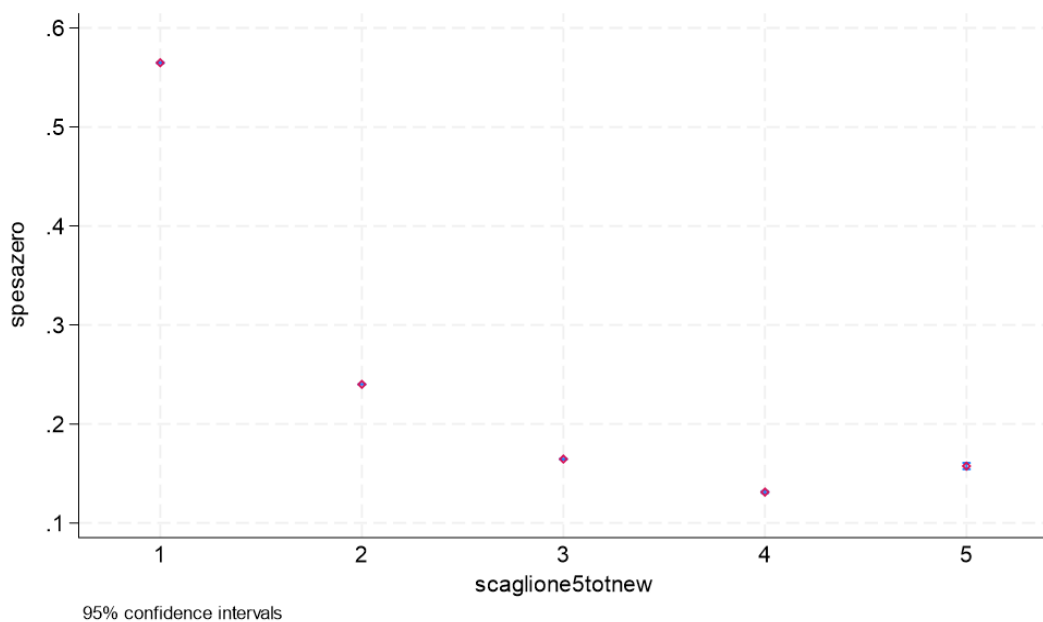
I dati di questo studio indicano chiaramente che la minore spesa sanitaria dei poveri non riflette una migliore salute, bensì una mancata possibilità economica di accedere a cure necessarie, segnalando la presenza di un razionamento sanitario implicito. Il modello econometrico sviluppato in quel lavoro conferma che il reddito ha un effetto positivo e significativo sulla probabilità di sostenere spese sanitarie, anche controllando per tutte le variabili di salute e background. Il sistema sanitario universalistico italiano, pur formalmente accessibile a tutti, non riesce oggi a garantire un accesso equo, lasciando spazio a un meccanismo di esclusione silenziosa, in cui chi ha meno risorse è costretto a rinviare o rinunciare alle cure.

⁶Becchetti, L., & Solferino, N. (2025). Testing health expenditure rationing under universal healthcare coverage: the case of Italy. arXiv preprint arXiv:2508.13102.

⁷Il riferimento riguarda la media delle patologie dichiarate nei due gruppi redditi bassi e redditi alti

È coerente, dunque, leggere il dato del nostro rapporto come indicatore di razionamento implicito: una parte non trascurabile dei bisogni sanitari dei ceti meno abbienti resta insoddisfatta perché il vincolo di reddito impedisce di integrare l'offerta pubblica con spesa privata aggiuntiva. In questa prospettiva, il differenziale di spesa tra scaglione minimo e massimo diventa un vero e proprio indicatore sintetico di diseguaglianza sanitaria e di razionamento economico delle cure nel nostro sistema.

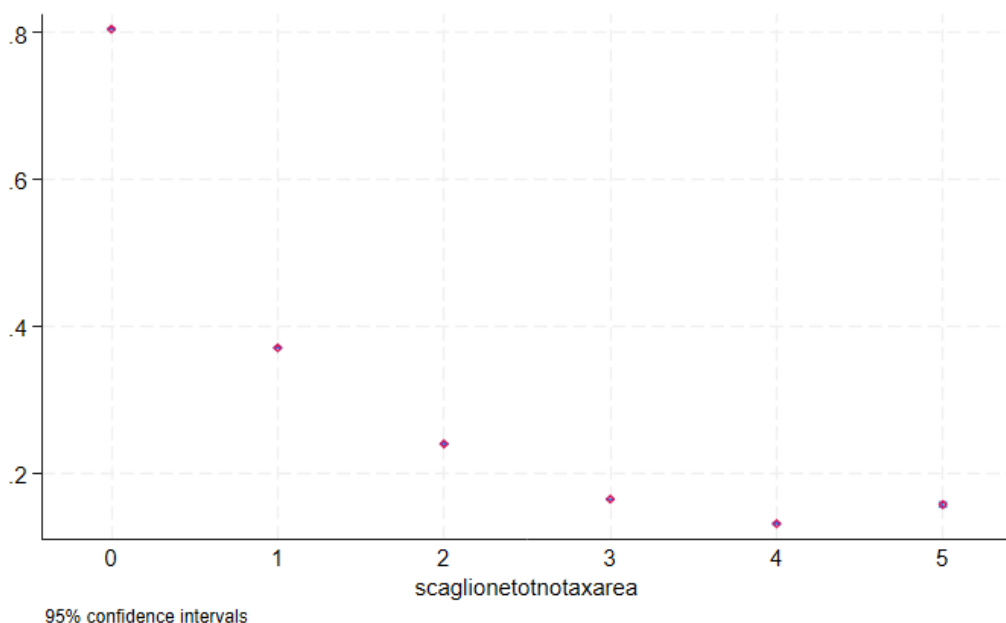
Figura 4 - Spesa zero per scaglioni di reddito



Fonte: elaborazione propria

Nelle analisi che seguono la validità di quest'interpretazione viene dimostrata attraverso stime econometriche, controllando per fattori concomitanti ed altre possibili interpretazioni.

Figura 5 – Spesa zero per scaglioni di reddito (inclusa la no tax area)



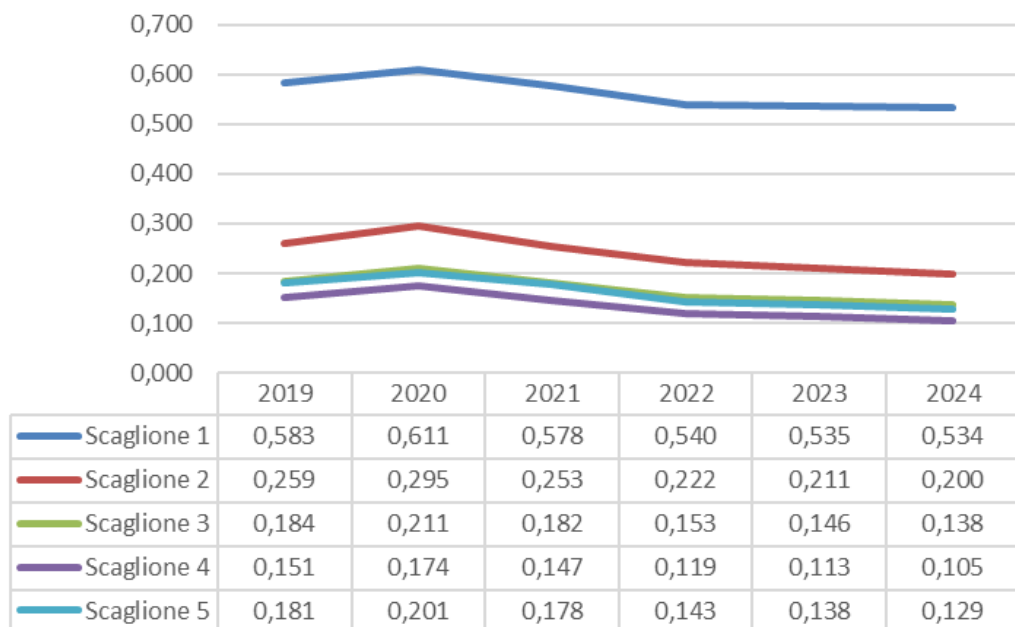
Fonte: elaborazione propria

1.3. Quota di cittadini che non accedono al sistema sanitario privato e scaglioni di reddito

Un ulteriore e particolarmente incisivo segnale di razionamento sanitario emerge dall'analisi della quota di individui del campione CAF ACLI che non dichiarano alcuna spesa sanitaria privata nel corso dell'anno. Le statistiche descrittive mostrano, relativamente a questo dato, un gradiente per reddito estremamente netto e stabile nel tempo, difficilmente riconducibile a differenze nello stato di salute (Figura 6).

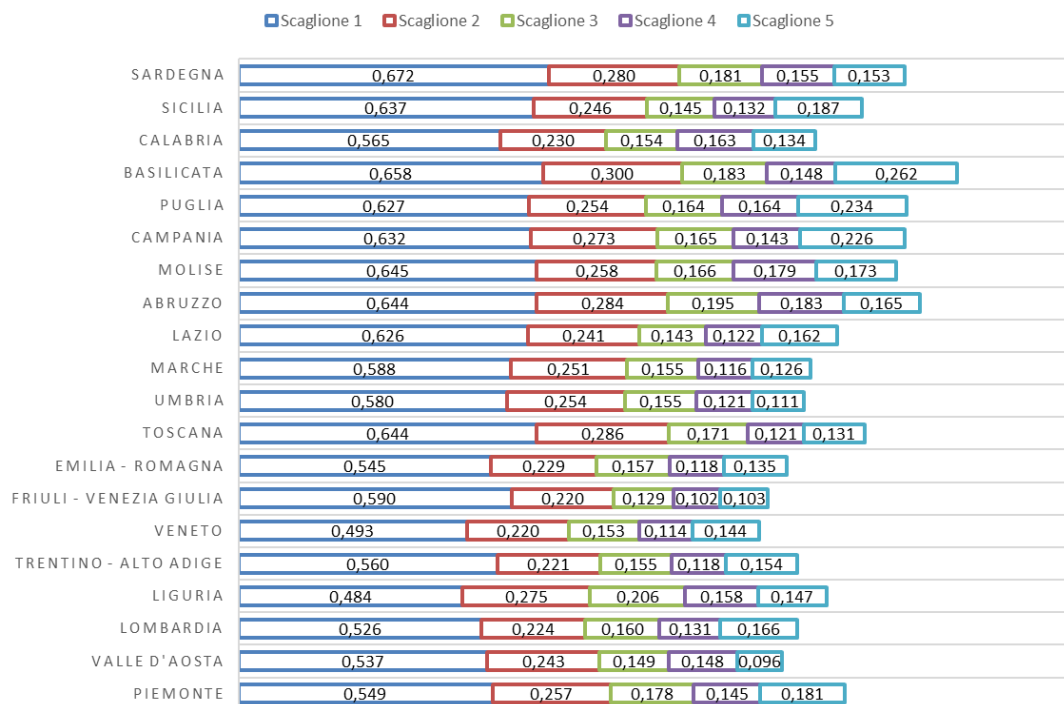
Considerando l'intero campione, circa il 56% dei contribuenti appartenenti allo scaglione di reddito più basso non dichiara alcuna spesa sanitaria privata, contro valori che scendono progressivamente al 24% circa nel secondo scaglione, fino a raggiungere il 15,7% nello scaglione di reddito più elevato (Figura 4). In altri termini, un individuo a basso reddito ha una probabilità di non sostenere alcuna spesa sanitaria privata che è oltre quattro volte superiore rispetto a quella di un contribuente collocato nello scaglione più alto. Si consideri da questo punto di vista che lo scaglione più basso da noi considerato (soglia di

Figura 6 – Evoluzione negli anni della spesa zero per scaglioni di reddito



Fonte: elaborazione propria

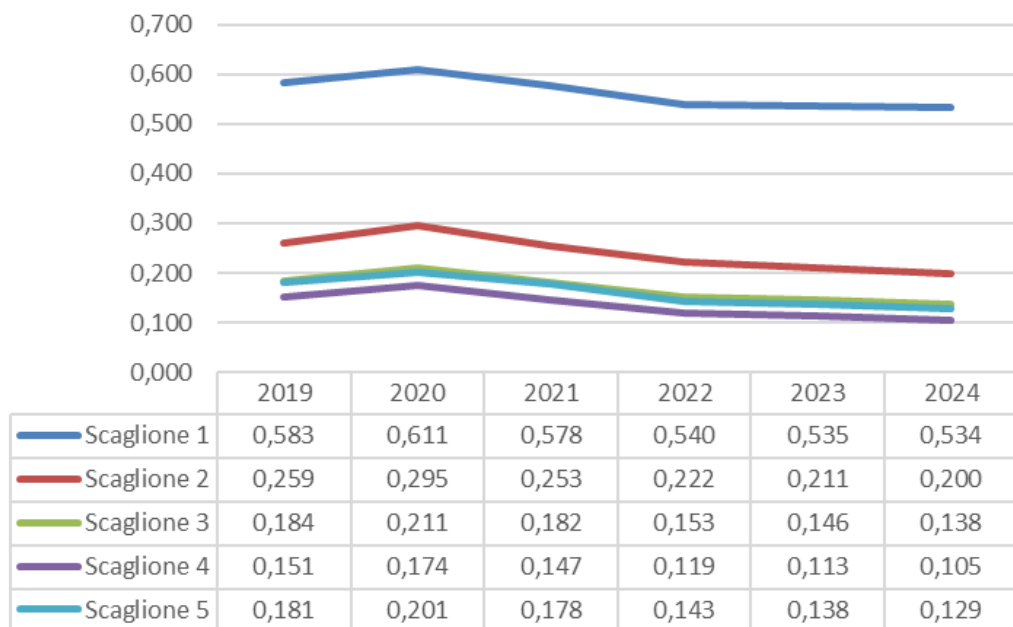
Figura 7 – Spesa zero per scaglioni di reddito e Regioni



Fonte: elaborazione propria

15mila euro) contiene la no tax area effettiva di contribuenti sotto gli 8500 euro per i quali in genere l'IRPEF si azzerava. Chi arriva però alla soglia di 15 mila euro paga mediamente un IRPEF di 1700 euro considerate le detrazioni applicabili e quindi è pienamente in corsa per le detrazioni sanitarie. Considerando solo le dichiarazioni tra 8500 e 15000 (1 milione e 200mila circa) la quota di cittadini che ha spese sanitarie zero è del 37% mentre quella per chi è tra 0 e 8500 è attorno all'80% (Figura 5). Dati i livelli di reddito di quest'ultima categoria il gruppo va effettivamente considerato a spesa zero. Il profilo per anno conferma la natura strutturale del fenomeno (Figura 6). Nel primo anno osservato la quota di "zero spesa" nello scaglione più basso è pari a circa il 58%, sale a oltre 61% nel 2020, durante la fase più acuta della pandemia, e rimane stabilmente al di sopra del 53-54% negli anni successivi. Nello stesso periodo, per lo scaglione di reddito più elevato la quota oscilla invece in un intervallo molto più contenuto, tra il 12% e il 20%, senza mai avvicinarsi ai livelli osservati tra i redditi bassi. La pandemia ha quindi aumentato la probabilità di rinuncia alle cure per tutti, ma in misura nettamente maggiore per i contribuenti meno abbienti, ampliando temporaneamente il divario.

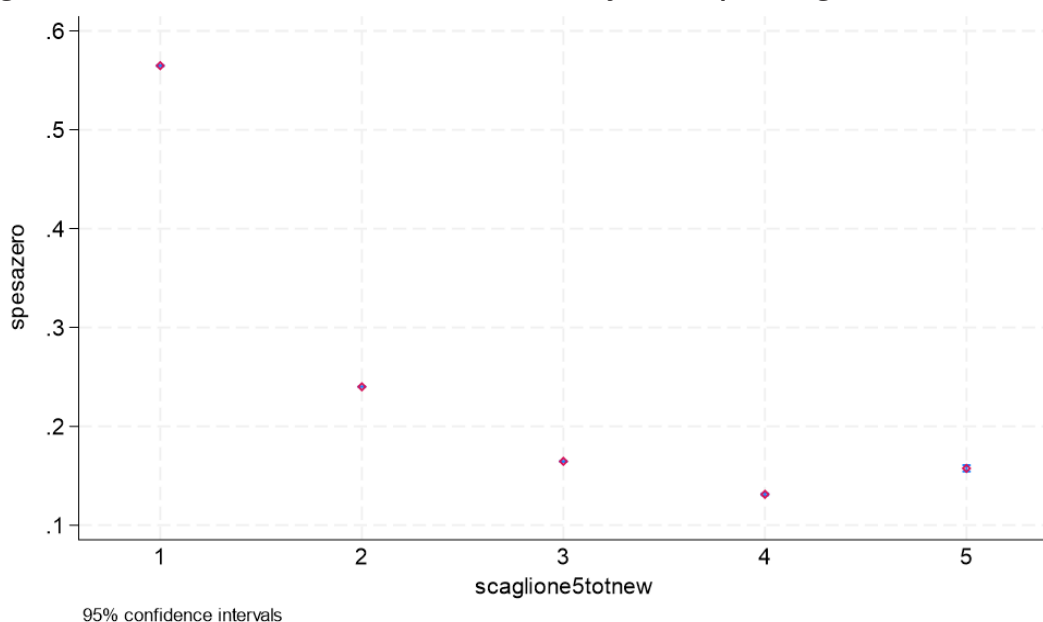
Figura 8 – Spesa zero per scaglioni di reddito e classi di età



Fonte: elaborazione propria

Anche le disaggregazioni territoriali mostrano valori coerenti con questa interpretazione (Figura 7). In molte regioni la quota di individui a basso reddito con spesa sanitaria privata nulla supera il 60%, mentre raramente scende sotto il 50%, a fronte di valori che rimangono generalmente inferiori al 20% per i redditi più elevati. Il differenziale per reddito è dunque presente in tutte le aree del Paese, sebbene risulti più accentuato nei contesti territoriali caratterizzati da minori livelli di adempimento dei LEA: 66 per cento in Basilicata, 67 per cento in Sardegna.

Figura 9 – Numero medio di ricette (scontrini e fatture) per scaglioni di reddito



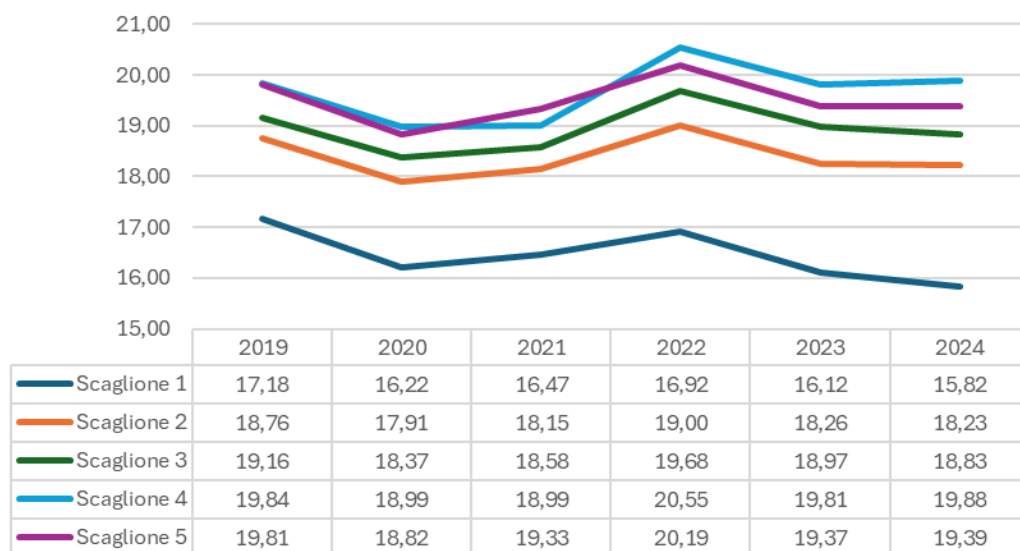
Fonte: elaborazione propria

Il dato diventa ancora più allarmante se si considerano le classi di età (Figura 8). Tra gli anziani (gli over50) a basso reddito, la quota di individui che non sostiene alcuna spesa sanitaria privata rimane molto elevata, spesso prossima o superiore al 55–60%, nonostante l’aumento fisiologico dei bisogni di cura con l’età. Al contrario, tra gli anziani collocati negli scaglioni di reddito più elevati, la percentuale di “zero spesa” si riduce drasticamente, attestandosi intorno al 7–15%. Interessante notare come nel primo scaglio-

ne la percentuale di persone che non sostengono spese sanitarie aumenta con l'età, mentre nell'ultimo diminuisce sensibilmente: i più poveri all'aumentare del bisogno di cura non possono farlo, mentre i più ricchi sì.

Nel complesso, queste evidenze indicano che la presenza di una quota così ampia di individui con spesa sanitaria privata nulla nelle fasce di reddito più basse non può essere interpretata come segnale di migliore salute (o di domanda di cure interamente soddisfatta dal sistema sanitario nazionale conoscendo i suoi limiti e i tempi delle liste d'attesa). Al contrario, essa rappresenta uno degli indicatori più chiari di razionamento sanitario implicito: una parte consistente della popolazione a basso reddito rinuncia del tutto a integrare l'offerta pubblica con cure private, anche in presenza di bisogni sanitari importanti che restano plausibilmente non soddisfatti.

Figura 10 - Evoluzione negli anni del numero medio di ricette (scontrini e fatture) per scaglioni di reddito

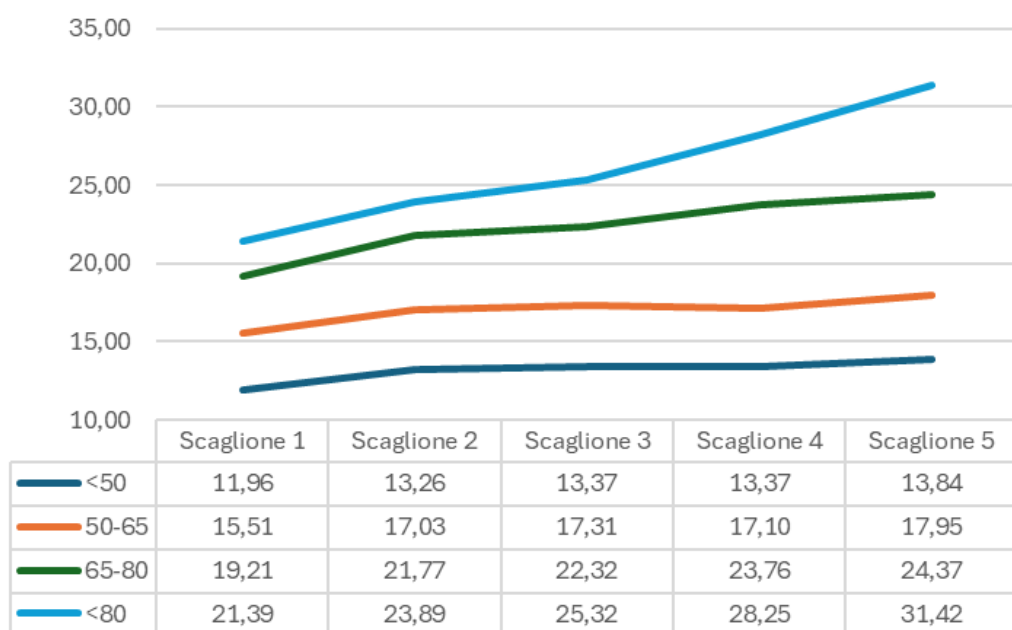


Fonte: elaborazione propria

1.4. Numero di fatture di farmaci e scaglioni di reddito

Prima di commentare i risultati relativi al numero di ricette di farmaci, è opportuno chiarire la natura dell'informazione utilizzata. I dati non fanno riferimento al **numero di singoli farmaci acquistati, ma al numero di documenti fiscali (scontrini o fatture) relativi all'acquisto di farmaci**, così come vengono **aggregati e trasmessi dai commercianti** ai fini della dichiarazione dei redditi. Ogni documento può quindi includere **più confezioni e più tipologie di farmaci**, acquistate nello stesso momento o raggruppate in un'unica ricevuta.

Figura 11 – Numero medio di ricette (scontrini e fatture) per scaglioni di reddito e classi di età

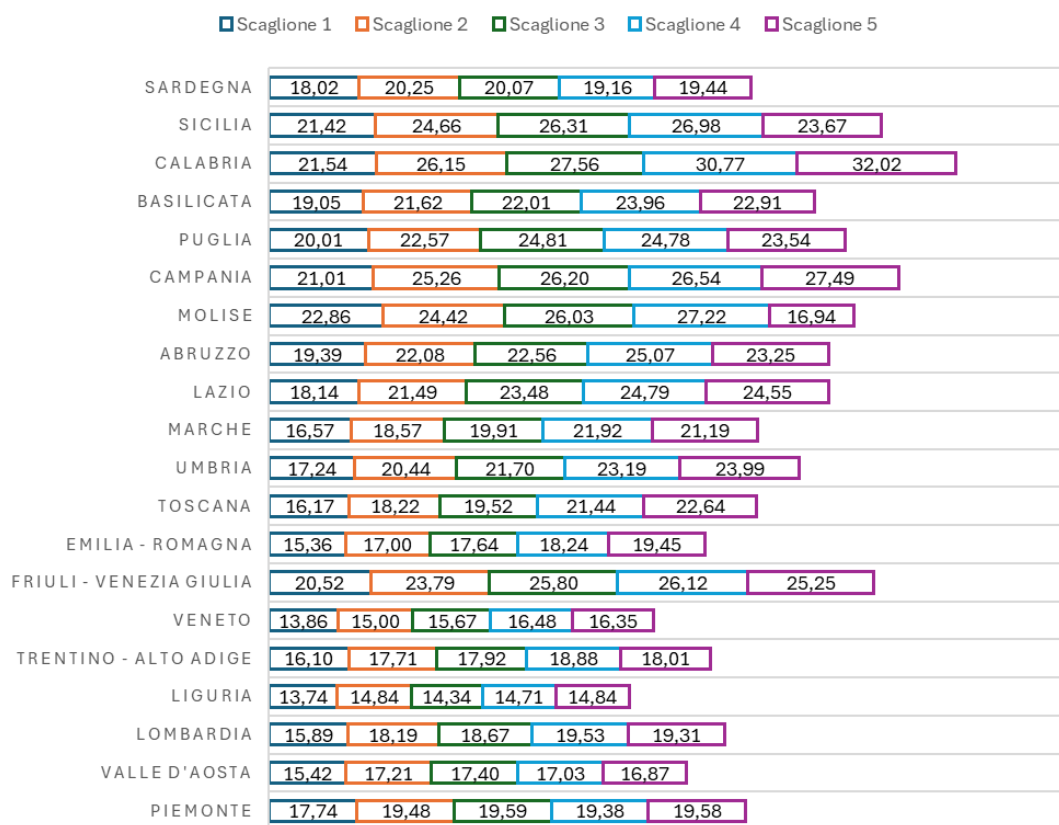


Fonte: elaborazione propria

Di conseguenza, il numero medio di "ricette" osservato nei dati disponibili nel Panel Redditi ACLI è **inferiore al numero effettivo di farmaci acquistati** nel corso dell'anno, mentre il valore medio per documento risulta relativamente elevato. Questa caratteristica del dato non ne ri-

duce la rilevanza analitica: al contrario, rende il numero di documenti un indicatore informativo della **frequenza con cui gli individui accedono all'acquisto di farmaci**, permettendo confronti coerenti tra gruppi di reddito e nel tempo. Il prodotto tra numero medio di documenti fiscali e il loro valore medio consente infatti di risalire al totale dichiarato di spesa per farmaci. Non essendoci ragioni per un comportamento significativamente diverso nell'aggregazione delle fatture dipendente dal reddito del contribuente anche i dati disaggregati di numero di documenti fiscali per farmaci e loro valore monetario medio forniscono informazioni rilevanti. Un'ulteriore e particolarmente istruttiva dimensione della disuguaglianza sanitaria emerge dunque dall'analisi del **numero medio di documenti fiscali ("ricette") per farmaci** dichiarate dai contribuenti.

Figura 12 – Numero medio di ricette (scontrini e fatture) per scaglioni di reddito e Regioni



Fonte: elaborazione propria

Le statistiche descrittive mostrano, anche in questo caso, un **gradiente per reddito chiaro e sistematico**. Considerando l'intero campione, il numero medio annuo di "ricette" di farmaci passa da circa **16,5 nello scaglione di reddito più basso** a circa **19,5-19,7 negli scaglioni di reddito più elevati** (Figura 9). Il differenziale tra i due estremi della distribuzione è quindi di circa **3 ricette l'anno per individuo**, pari a un numero di acquisti farmacologici **superiore di circa il 18-20%** per i contribuenti più ricchi rispetto a quelli più poveri.

Questo andamento è estremamente stabile nel tempo (Figura 10). Nel primo anno osservato, il numero medio di ricette varia da circa **17,2 nello scaglione più basso** a quasi **19,8 in quello più alto**; durante la fase pandemica del 2020 il livello medio si riduce per tutti, ma il gradiente rimane intatto (da circa **16,2** a circa **18,8**). Negli anni successivi, con il progressivo ritorno a livelli più elevati di utilizzo di farmaci, il divario persiste: nell'ultimo anno disponibile (2024) il numero medio di ricette oscilla tra circa **16,1** per i redditi più bassi e circa **19,4-19,8** per quelli più elevati. Anche in questo caso, dunque, il fenomeno non appare episodico o legato a shock temporanei, ma strutturale.

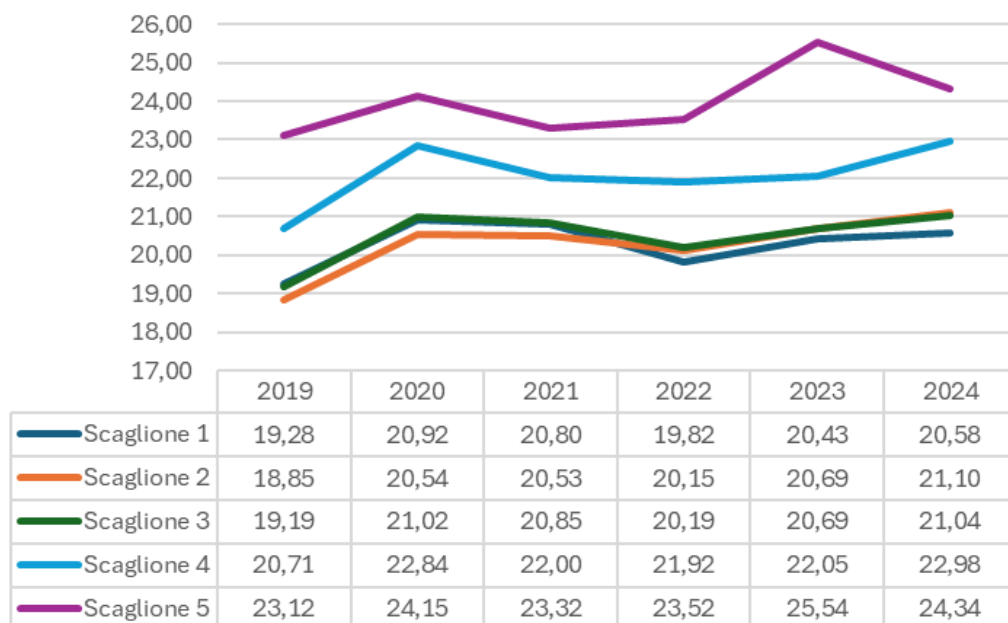
Il profilo per età rafforza ulteriormente l'interpretazione in termini di razionamento (Figura 11). Tra i soggetti con meno di 50 anni, il numero medio di ricette passa da circa **12 nello scaglione più basso** a circa **14 in quello più alto**. Nelle classi di età più avanzate, dove i bisogni di cura sono significativamente maggiori, il differenziale diventa molto più ampio. Tra i 65 e i 79 anni, ad esempio, il numero medio di ricette varia da circa **19,2 nei redditi più bassi** a oltre **24,4 nei redditi più elevati**; tra gli ultraottantenni, il divario cresce ulteriormente, passando da circa **21,4 ricette annue** nello scaglione più basso a oltre 31 ricette nello scaglione più alto. In altri termini, **proprio nelle fasce di popolazione con maggiore fabbisogno sanitario**, i contribuenti a basso reddito risultano sistematicamente meno in grado di tradurre tali bisogni in acquisti effettivi di farmaci. La figura evidenzia un chiaro paradosso: i meno abbienti anziani hanno consumi di farmaci molto inferiori persino agli abbienti più giovani, del tutto presumibilmente con

minori problemi di salute. Anche le disaggregazioni territoriali confermano questo quadro (Figure 12). In tutte le regioni e macroaree del Paese il numero medio di ricette cresce al crescere del reddito, sebbene con livelli medi differenti legati a fattori demografici e organizzativi locali. Nelle regioni con livelli più bassi di adempimento dei LEA, ad esempio, il numero medio di ricette per lo scaglione più basso è intorno a **19**, mentre per i redditi più elevati si colloca tra **22** e **23**. Nelle regioni ad alto LEA i livelli medi sono più contenuti, ma il gradiente per reddito resta comunque chiaramente visibile (da 15,7 a 19,6).

Queste evidenze sono particolarmente rilevanti perché il numero di ricette di farmaci è difficilmente interpretabile come una semplice scelta di consumo discrezionale. Al contrario, esso riflette in larga misura la **continuità e l'adeguatezza dei percorsi terapeutici**. Il fatto che i contribuenti più poveri acquistino sistematicamente meno farmaci rispetto ai più ricchi, anche nelle età avanzate e in contesti territoriali diversi, suggerisce che il vincolo di reddito operi non solo sul valore delle cure, ma anche sulla **quantità di trattamenti farmacologici effettivamente seguiti**.

Nel complesso, il dato sul numero di ricette si affianca coerentemente alle evidenze sulla spesa totale, sulla quota di individui con "zero spesa" e sul valore medio delle fatture di farmaci. Tutti questi indicatori puntano nella stessa direzione: **i contribuenti con redditi più elevati non solo spendono di più, ma accedono anche a un numero maggiore di prestazioni e trattamenti**, mentre i contribuenti a basso reddito risultano razionati sia sul piano quantitativo sia su quello qualitativo. Anche in un ambito fortemente regolato come quello dei farmaci, il principio di universalità del sistema sanitario si traduce dunque in un accesso diseguale alle cure, con potenziali conseguenze rilevanti sulla salute presente e futura delle fasce più fragili della popolazione.

Figura 13 – Evoluzione negli anni del valore medio delle ricette per scaglioni di reddito



Fonte: elaborazione propria

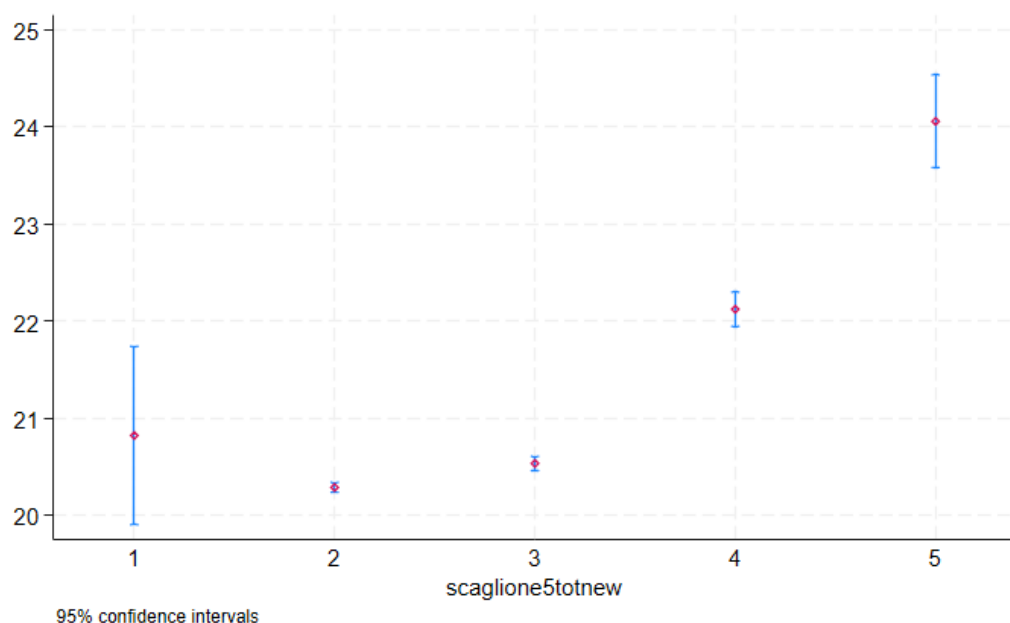
1.5. Valore medio dello scontrino per farmaci e scaglioni di reddito

Un ulteriore elemento che rafforza l'ipotesi di razionamento sanitario emerge dall'analisi del **valore medio della spesa per farmaci per scontrino**, misurato come valore medio degli scontrini consegnati al CAF ACLI. Anche in questo caso si osserva un gradiente per reddito netto, regolare e stabile nel tempo (Figura 13) che emerge evidente fra il terzo e il quarto scaglione di reddito (oltre un euro di differenza per ogni scontrino) e fra il quarto e il quinto (nel 2023 oltre due euro di differenza per ogni scontrino). In generale, i dati mostrano che non solo la spesa totale per farmaci varia in base al reddito, ma anche il valore medio del singolo acquisto ("scontrino") differisce sensibilmente (Figura 14): in media, i cittadini appartenenti allo scaglione più basso spendono circa **20,8 €** per acquisto, mentre quelli nel quinto scaglione arrivano a **24,1 €**.

La differenza è ancora più marcata in alcune regioni (come la Lombardia) dove il valore medio per il quinto scaglione supera i **24,1 €**, mentre per il primo si ferma sotto i **20 €** (Figura 15). Importante evidenziare anche come il valore

medio delle ricette e degli scontrini per scaglione di reddito sia più alto in Campania e Puglia (e nel Sud in generale) principalmente a causa di un maggior consumo di farmaci, in particolare di classe A e generici. Questo fenomeno è legato a un'incidenza superiore di patologie croniche, un minor utilizzo di farmaci equivalenti e, paradossalmente, una maggiore compartecipazione alla spesa (ticket) in regioni con reddito pro capite inferiore (Rapporto AIFA 2023)⁸.

Figura 14 – Valore medio delle ricette per scaglioni di reddito



Fonte: elaborazione propria

A parità di altri fattori concomitanti il dato suggerisce che, al di là dei volumi complessivi, esistono anche **diseguaglianze qualitative nell'accesso ai farmaci**: chi ha redditi più bassi tende a contenere l'importo delle singole spese, potenzialmente acquistando meno farmaci per volta o optando per quelli meno costosi, compatibilmente con la disponibilità economica. Ricordiamo sempre che le evidenze citate e commentate nel rapporto indicano che mediamente chi ha redditi più elevati dichiara meno patologie. Questo comportamento potrebbe riflettere sia una maggiore attenzione ai prezzi

⁸AIFA (2024), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OsMed 2023, https://www.aifa.gov.it/documents/20142/2594020/AIFA_Rapporto%20OsMed_2023.pdf

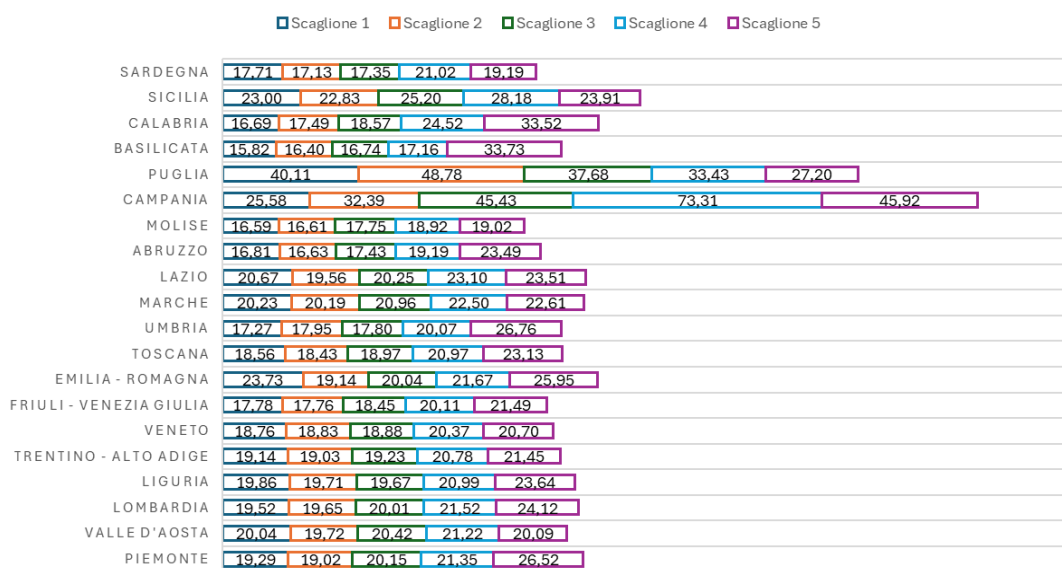
sia, in alcuni casi, una vera e propria **rinuncia o frammentazione degli acquisti** per ragioni di liquidità.

Il divario è particolarmente evidente tra gli **over 80**, dove il valore medio dello scontrino passa da circa **21,4 €** nel primo scaglione di reddito a **24,9 €** nel quinto, con una differenza di oltre **3,5 €** (Figura 16).

Si tratta della forbice più ampia osservata tra le classi d'età, che conferma la vulnerabilità economica delle persone anziane meno abbienti anche rispetto ai comportamenti terapeutici. La dinamica si conferma lungo il periodo osservato, con uno scarto tra gli estremi di reddito che oscilla tra i **3 e i 5 euro a scontrino**, costante in tutte le annualità analizzate.

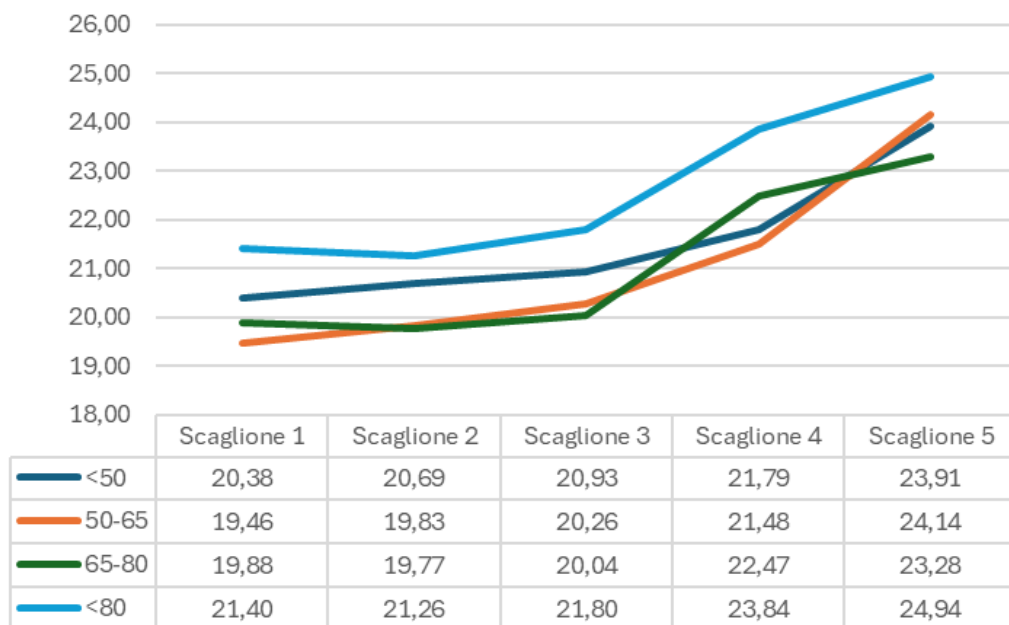
Il dato rafforza l'evidenza di un gradiente economico anche nel comportamento d'acquisto e merita attenzione in ottica di politiche di sostegno all'accesso equo ai farmaci.

Figura 15 – Valore medio delle ricette per scaglioni di reddito e Regione



Fonte: elaborazione propria

Figura 16 – Valore medio delle ricette per scaglioni di reddito e classi di età



Fonte: elaborazione propria

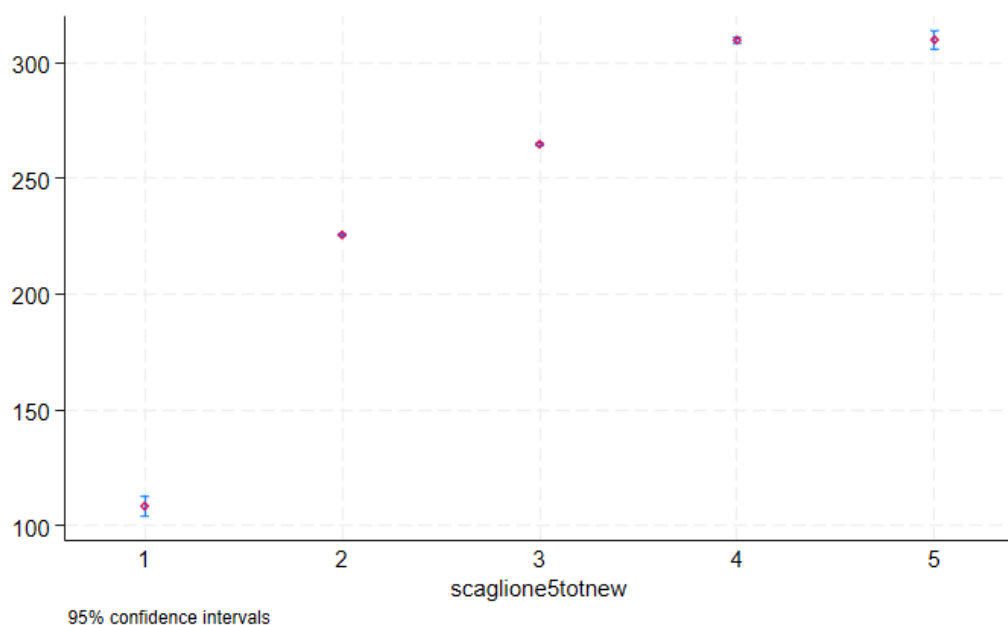
1.6. Spesa totale per farmaci e scaglioni di reddito

La spesa media per farmaci sostenuta dagli individui nel Panel Redditi ACLI è pari a circa 216 euro annui, con variazioni significative lungo le principali dimensioni strutturali. Il gradiente per scaglione di reddito è netto: si passa da una media di 108 € tra i soggetti nel primo quintile, a oltre 309 € nel quinto, con una crescita progressiva che riflette sia una maggiore propensione all'acquisto di farmaci non mutuabili sia una maggiore possibilità economica di affrontare spese sanitarie fuori dal perimetro pubblico (Figura 17). La spesa varia fortemente anche per età, registrando un aumento in tutti gli scaglioni di reddito con il progredire della stessa (Figura 18). L'aumento diviene più marcato negli scaglioni più elevati. Importante evidenziare come la spesa per farmaci negli over80 del primo scaglione di reddito sia più bassa di quella degli under50 degli altri scaglioni. Secondo i dati analizzati, gli individui over80 appartenenti allo scaglione di reddito più basso spendono mediamente circa **137 €** annui, mentre quelli nel quinto scaglione (più alto) spendono **575 €**, con una differenza di più di **400 €**. Questa forbice è tra le più ampie osservate in tutte le classi di

età, segnalando che proprio nella fascia più fragile dal punto di vista sanitario, la capacità di spesa per farmaci è fortemente condizionata dal reddito disponibile. Il dato suggerisce potenziali disuguaglianze nell'accesso ai trattamenti e un rischio concreto di rinuncia alla cura tra gli anziani meno abbienti.

A livello territoriale (Figura 19), la spesa totale per farmaci oscilla fra i 69 euro della Sardegna nello scaglione più basso di reddito – dove il valore massimo si registra in Lombardia (125 euro) - ai 402 euro della Calabria nello scaglione più alto – dove il valore minimo si registra in Molise (190 euro). Tale eterogeneità di spesa conferma il doppio livello di disuguaglianze già evidenziato nei paragrafi precedenti: sia fra le regioni nella stessa fascia di reddito, sia fra le diverse fasce di reddito all'interno della stessa regione.

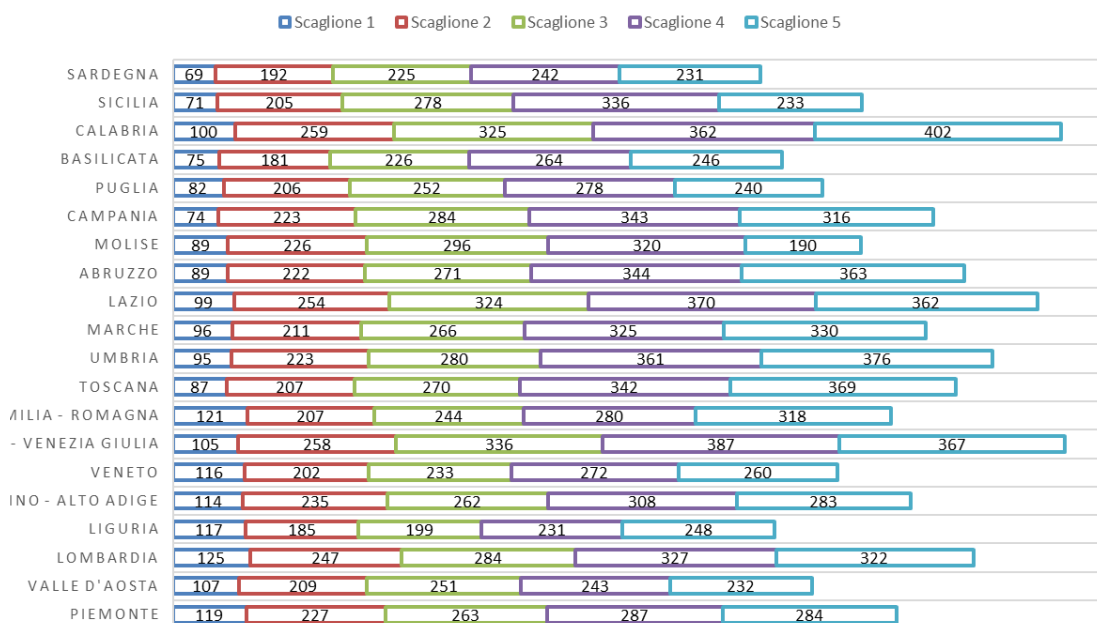
Figura 17 – Spesa totale per farmaci per scaglioni di reddito



Fonte: elaborazione propria

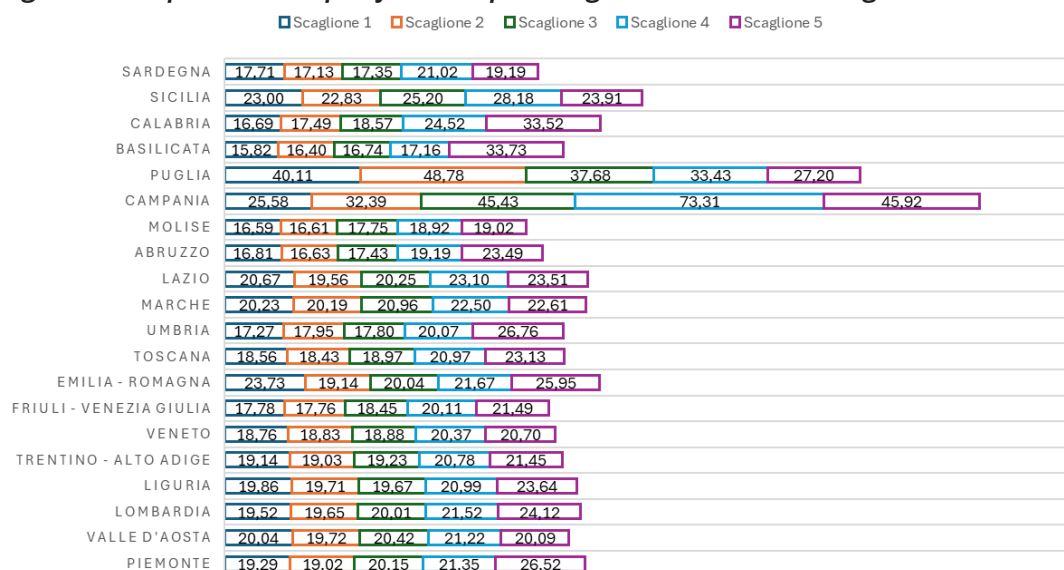
Infine, la dinamica temporale è stabile: tra il 2019 e il 2024 la spesa media annuale oscilla tra i 111 e i 104 euro nello scaglione più basso di reddito e fra i 306 e i 295 euro in quello più alto, senza variazioni rilevanti, suggerendo una tenuta dei comportamenti di consumo farmacologico nel periodo post-pandemico (Figura 20). Da rilevare in questo punto che gli scaglioni 4 e 5 si muovono sostanzialmente sugli stessi valori indicando come già al livello di scaglione di reddito 4 si raggiunge una saturazione della spesa sanitaria target. Nel complesso, il dato conferma che la spesa farmaceutica – pur essendo in parte coperta dal SSN – rimane un’area in cui le differenze di reddito e territorio incidono in modo strutturale sull’accesso e sulla cura. L’evidenza sul valore della spesa farmaceutica si affianca a quella sulla quota di individui con spesa sanitaria nulla e rafforza la diagnosi di **razionamento sanitario implicito**: anche in un ambito cruciale e relativamente standardizzato come quello dei farmaci, il vincolo di reddito si traduce in un accesso diseguale alle cure.

Figura 18 – Spesa totale per farmaci per scaglioni di reddito e classi di età



Fonte: elaborazione propria

Figura 19 – Spesa totale per farmaci per scaglioni di reddito e Regioni



Fonte: elaborazione propria

Ciò suggerisce un possibile **razionamento qualitativo**: i contribuenti a basso reddito non solo acquistano meno farmaci o rinviando le cure, ma tendono anche a sostenere una spesa media per farmaci verosimilmente rinunciando a terapie più costose, a trattamenti continuativi o a farmaci non pienamente coperti dal Servizio Sanitario Nazionale nonostante i dati indichino che hanno più patologie dei contribuenti ad alto reddito.

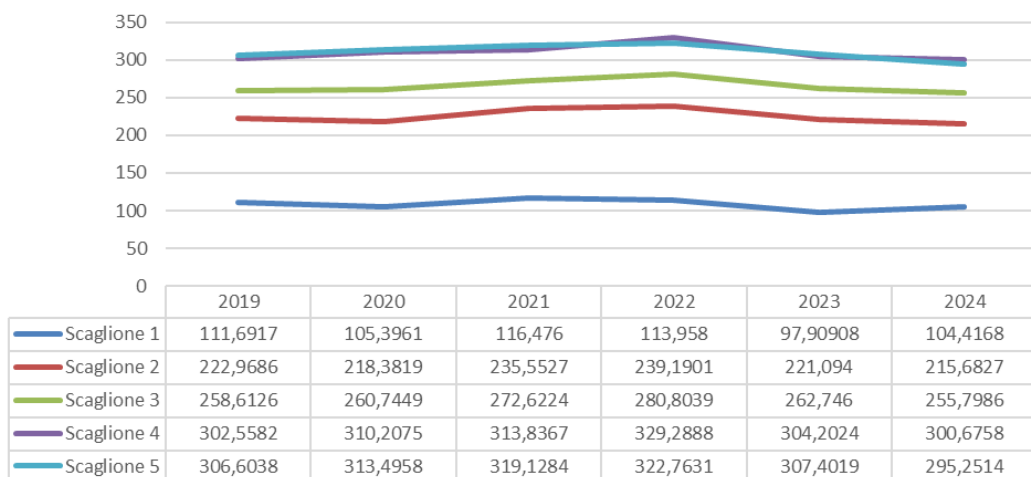
1.7. Oltre le statistiche descrittive: evidenze robuste di razionamento sanitario

Le statistiche descrittive presentate nei paragrafi precedenti forniscono un quadro molto chiaro di disuguaglianza nell'accesso alle cure sanitarie private in Italia. Tuttavia, un'obiezione naturale è che tali differenze possano riflettere altri fattori oltre al reddito: ad esempio, differenze nello stato di salute, nella composizione demografica, nelle abitudini di consumo o nelle modalità di dichiarazione fiscale delle spese sanitarie.

Per questo motivo, in un lavoro di approfondimento successivo, gli stessi dati amministrativi vengono analizzati mediante **modelli econometrici multiva-**

riati e longitudinali, con l'obiettivo di verificare se le evidenze descrittive di razionamento sanitario **reggano anche una volta controllati gli effetti di una vasta gamma di fattori concorrenti**. I risultati di tali analisi confermano in modo netto l'interpretazione proposta in questo rapporto.

Figura 20 – Evoluzione negli anni della spesa totale per farmaci per scaglioni di reddito



Fonte: elaborazione propria

1.7.1. Analisi multivariata della spesa sanitaria privata

Il primo passo (Tabelle A5.1 e A5.2 – 3.1 e 3.2) consiste nello stimare il legame tra reddito e spesa sanitaria privata utilizzando modelli che tengono conto simultaneamente di molte caratteristiche individuali (Box 1): età, genere, composizione familiare, condizione professionale (lavoro dipendente, pensione, lavoro temporaneo), area geografica, anno di osservazione e altre variabili rilevanti. In questo modo è possibile isolare l'effetto del reddito sulla spesa sanitaria "non equa", ovvero quella componente di spesa out-of-pocket che non riflette una maggiore contribuzione al SSN tramite ticket, ma un ricorso aggiuntivo al mercato privato.

I risultati mostrano che il **gradiente per reddito osservato nelle descrittive rimane ampio, monotono e statisticamente significativo** anche dopo aver

controllato per tutte queste variabili. A parità di caratteristiche osservabili, i contribuenti collocati negli scaglioni di reddito più bassi spendono in media **oltre mille euro in meno all'anno** in spesa sanitaria privata rispetto a quelli collocati negli scaglioni più elevati. L'ordine di grandezza del divario è molto simile a quello emerso dalle semplici medie, segnalando che le disuguaglianze osservate non sono spiegate da differenze demografiche o di composizione del campione.

Box 1 - Metodologia: stima pooled (OLS)

Nella stima pooled i dati panel (individui osservati in più anni) vengono trattati come un unico grande campione, stimando una regressione in cui la variabilità tra individui e nel tempo viene sfruttata congiuntamente. In pratica, si analizza come la spesa sanitaria dichiarata cambi al variare del reddito e delle altre caratteristiche osservabili, controllando per un insieme ricco di covariate socio-demografiche, oltre a dummy regionali (per catturare differenze territoriali nei sistemi sanitari) e dummy annuali (per catturare shock macro e cambiamenti comuni nel tempo).

Questo approccio permette di quantificare il gradiente reddito-spesa sanitaria "medio" nel campione, ma può essere influenzato dalla presenza di eterogeneità non osservata tra individui (ad esempio differenze persistenti in condizioni di salute, stili di vita, istruzione o comportamenti di reporting fiscale) che possono essere correlate sia al reddito sia alla spesa sanitaria.

1.7.2. Evidenze longitudinali: cosa succede quando il reddito cambia

Un arricchimento della nostra analisi consiste nell'analizzare le variazioni di spesa sanitaria **all'interno degli stessi individui nel tempo** (Tabelle A5.3 e A5.4). Utilizzando modelli a effetti fissi individuali (Box 2), è possibile confrontare ciascun contribuente con sé stesso in anni diversi, eliminando l'influenza di caratteristiche personali non osservabili ma stabili nel tempo (come preferenze, atteggiamenti verso la salute o propensione alla spesa).

Anche in questo caso i risultati sono molto chiari. **Quando il reddito di un individuo aumenta, la sua spesa sanitaria privata aumenta**, e lo fa in misura tanto maggiore quanto più basso era il livello iniziale di reddito. Per i contribuenti appartenenti agli scaglioni più bassi, un incremento del reddito si traduce in un aumento consistente della spesa sanitaria, segnalando la presenza di **bisogni di cura latenti** che vengono soddisfatti solo quando le risorse economiche lo consentono.

Al contrario, per i contribuenti più abbienti la spesa sanitaria risulta **poco sensibile alle variazioni di reddito**: anche quando il reddito aumenta, la spesa cresce di poco o rimane sostanzialmente stabile. Questo comportamento suggerisce che i bisogni sanitari essenziali di questi individui siano già stati ampiamente soddisfatti.

In termini economici, ciò si traduce in una **forte differenza di elasticità della spesa sanitaria rispetto al reddito** (Box 3): per i redditi bassi l'elasticità è più elevata rispetto a quella dei redditi alti (Tabella A5.5).

Oltre alla differenza tra gruppi di reddito nell'intero campione (elasticità **0.238*** per redditi <25k contro **0.141*** per redditi >50k), la stessa evidenza **rimane anche tra gli ultraottantenni**. In particolare, tra gli **over 80** l'elasticità al reddito è **più alta per i poveri (0.813*** per reddito inferiore ai 25.000 euro e età superiore agli 80 anni) rispetto ai ricchi (**0.696*** per reddito superiore ai 50.000 euro e età superiore agli 80 anni). Questo rafforza l'interpretazione in termini di **razionamento**: anche nella fascia più anziana, i soggetti a reddito basso risultano più vincolati e quindi più sensibili a variazioni del reddito, mentre quelli ad alto reddito mostrano una risposta più attenuata, coerente con una minore esposizione a vincoli di risorse.

Box 2 - Metodologia: stima a effetti fissi (Fixed Effects)

La stima con effetti fissi individuali (FE) sfrutta la natura panel del dataset e identifica la relazione tra reddito e spesa sanitaria utilizzando esclusivamente la variazione "within", cioè all'interno dello stesso individuo nel tempo. In questo modo, il modello controlla automaticamente per tutte le caratteristiche individuali invarianti nel tempo (osservate e non osservate), come ad esempio propensioni stabili al consumo sanitario, tratti di salute persistenti, preferenze o abitudini di dichiarazione.

L'interpretazione della stima FE è quindi più "causale" rispetto alla pooled: misura come cambia la spesa sanitaria dichiarata quando cambia il reddito della stessa persona tra un anno e l'altro, a parità di trend comuni (dummy annuali) e differenze strutturali territoriali (dummy regionali). Questo rende i risultati particolarmente utili per valutare se l'associazione positiva tra reddito e spesa sanitaria sia coerente con l'ipotesi di razionamento della spesa sanitaria (cioè bisogni latenti che emergono quando aumenta la capacità di spesa).

Box 3 — Interpretazione: stima delle elasticità (specificazione log-log)

Per misurare l'intensità della relazione tra reddito e spesa sanitaria in modo comparabile tra gruppi diversi, si utilizza una specificazione log-log, in cui sia la spesa sanitaria sia il reddito entrano in forma logaritmica. In questo caso, il coefficiente stimato associato a log (reddito) si interpreta direttamente come elasticità: indica di quanto varia (in percentuale) la spesa sanitaria dichiarata a fronte di un aumento dell'1% del reddito, a parità delle altre variabili di controllo.

Questa scelta metodologica consente di leggere i risultati in modo immediato e robusto anche quando i livelli di spesa e reddito sono molto differenti tra individui o fasce di età. Inoltre, l'approccio permette di verificare se l'elasticità sia sistematicamente più elevata per alcuni sottogruppi (ad esempio individui a basso reddito o anziani), fornendo evidenza coerente con meccanismi di razionamento o vincoli di capacità di spesa.

1.7.3. La probabilità di non spendere nulla: estensivo e intensivo

Con l'utilizzo di un modello a due parti le analisi multivariate consentono inoltre di distinguere tra due dimensioni del razionamento (Tabella A5.6):

- la **probabilità di sostenere almeno una spesa sanitaria privata** (margine estensivo);
- l'**ammontare della spesa sostenuta**, una volta che la decisione di spendere è stata presa (margine intensivo).

La stima in due parti (Box 4) conferma e rafforza l'interpretazione dei risultati di statistica descrittiva: le differenze osservate nella spesa sanitaria out-of-pocket non derivano solo dal livello medio della spesa, ma riflettono due meccanismi distinti e coerenti con l'ipotesi di razionamento economico.

Primo, il reddito incide in modo significativo sulla **probabilità stessa di registrare una spesa positiva**: i contribuenti nei livelli di reddito più bassi mostrano una probabilità molto più elevata di "restare a zero", compatibile con l'idea che vincoli finanziari (o, in parte, minori incentivi/possibilità di dichiarazione) comprimano l'accesso effettivo alla spesa sanitaria privata.

Secondo, anche **condizionatamente al fatto di spendere**, permane un forte gradiente di reddito: tra chi sostiene una spesa positiva, gli individui dei gruppi più poveri spendono comunque importi inferiori, segnalando che la differenza non riguarda soltanto l'entrata nel consumo, ma anche l'intensità del consumo stesso.

Combinando i due canali (decisione di spendere e intensità della spesa), l'effetto complessivo stimato dal two-part model indica che **gli individui nello scaglione minimo di reddito (<15.000€) spendono in media circa 881 euro in meno all'anno** rispetto agli individui nello scaglione massimo ($\geq 100.000\text{€}$), a parità di controlli osservabili e includendo effetti fissi territoriali e temporali.

Questa differenza è **statisticamente molto significativa** e rappresenta una misura quantitativa diretta del divario di spesa "incondizionato", cioè valutato sull'intera popolazione (inclusi gli zeri), che il two-part model ricostruisce in modo coerente con la struttura dei dati.

Nel complesso, i risultati della stima in due parti mostrano che il gap tra poveri e ricchi non è spiegabile solo come differenza di "livelli" tra chi spende, ma è dovuto anche al fatto che, nei redditi più bassi, aumenta la quota di soggetti che non sostiene (o non dichiara) alcuna spesa sanitaria. Infatti, anche in un sistema formalmente universale, i **vincoli economici riducono sia l'accesso (margine estensivo) sia l'entità della spesa (margine intensivo)**, configurando un razionamento "implicito" della spesa sanitaria privata.

Box 4 - La stima "in due parti" (Two-part o Hurdle Model)

Le spese sanitarie out-of-pocket osservate nei dati (in particolare quelle ricavate da archivi fiscali) presentano spesso due caratteristiche: molti individui risultano con spesa pari a zero e, tra chi spende, gli importi sono molto dispersi e concentrati a destra (pochi valori molto alti). In questo contesto, stimare un unico modello "in un colpo solo" può essere poco adatto, perché mescola due fenomeni diversi: la probabilità di avere una spesa positiva e l'ammontare della spesa una volta che questa c'è.

Per questo utilizziamo un modello in due parti (two-part model), che separa i due passaggi.

Prima parte (margine estensivo): si stima la probabilità che l'individuo abbia/dichiari una spesa positiva rispetto allo zero. Questa componente è importante perché lo "zero" può riflettere non solo assenza di bisogno, ma anche comportamenti e vincoli specifici dei dati fiscali (ad esempio convenienza a dichiarare, sotto-dichiarazione, o altre ragioni istituzionali). In pratica, qui si chiede: chi entra nel gruppo di chi sostiene/dichiara una spesa?

Seconda parte (margine intensivo): si stima l'importo della spesa considerando solo gli individui con spesa positiva. Per questa parte si usa una specificazione adatta a variabili monetarie positive e asimmetriche (nel paper: un modello Gamma/GLM con link log). Qui la domanda è: quanto spende chi ha già "superato" la soglia dello zero?

Controlli e specificazione: entrambe le parti includono lo stesso set di controlli socio-demografici e familiari, stato civile e lavorativo, e effetti fissi di anno e regione; la stima utilizza pesi di stratificazione ed errori standard robusti clusterizzati sull'identificativo del contribuente, in modo coerente con la struttura dei dati.

Effetto complessivo: il punto di forza del two-part model è che permette di ricostruire l'effetto del reddito sulla spesa media complessiva combinando i due canali: i) l'effetto del reddito sulla probabilità di avere una spesa positiva; ii) l'effetto del reddito sull'importo medio tra chi spende.

In questo modo si ottiene un impatto "totale" che è direttamente confrontabile con quello stimato nei modelli principali, ma è più robusto quando la variabile dipendente ha molti zeri e una distribuzione molto sbilanciata. Nel nostro caso, i risultati del modello in due parti confermano l'evidenza delle stime benchmark: il reddito incide sia sulla probabilità di spesa positiva sia sull'intensità della spesa tra i positivi, coerentemente con l'ipotesi di razionamento finanziario anche in un sistema formalmente universale.

1.7.4. Farmaci e razionamento qualitativo

Un'ulteriore conferma proviene dall'analisi della spesa per farmaci, una categoria particolarmente informativa perché meno soggetta a comportamenti di sotto-dichiarazione e fortemente legata a bisogni di salute concreti. Anche nei modelli multivariati, il valore medio della spesa farmaceutica risulta significativamente più elevato per i contribuenti con redditi alti rispetto a quelli con redditi bassi, a parità di altre condizioni.

Questo risultato è coerente con l'ipotesi di un **razionamento non solo quan-**

titativo ma anche qualitativo delle cure: i contribuenti meno abbienti non solo acquistano meno farmaci, ma tendono anche a sostenere una spesa media inferiore per farmaco, verosimilmente rinunciando a terapie più costose, a trattamenti continuativi o a farmaci non completamente coperti dal Servizio Sanitario Nazionale. Il fenomeno è particolarmente marcato tra gli anziani, per i quali il divario di spesa per farmaci tra redditi alti e bassi diventa molto ampio, nonostante l'aumento generalizzato dei bisogni di cura con l'età.

1.7.5. Sintesi dei risultati

Nel complesso, le analisi multivariate e longitudinali confermano pienamente le evidenze descrittive presentate nelle sezioni precedenti del rapporto. Il legame tra reddito e spesa sanitaria privata:

- **persiste** dopo aver controllato per un ampio insieme di caratteristiche individuali e territoriali;
- **emerge anche nel confronto degli stessi individui nel tempo**, quando il reddito cambia;
- **si manifesta sia sul margine estensivo che su quello intensivo**;
- **è particolarmente forte tra gli anziani e nelle voci di spesa più direttamente legate alla qualità delle cure**, come i farmaci.

Questi risultati indicano che il sistema sanitario italiano, pur formalmente universalistico, **non riesce a garantire un accesso effettivamente equo alle cure**. Una parte non trascurabile della popolazione, in particolare nelle fasce di reddito più basse, sperimenta una forma di razionamento sanitario implicito: rinuncia alle cure, le rinvia nel tempo o accede a prestazioni di qualità inferiore perché il vincolo economico impedisce di integrare l'offerta pubblica con spesa privata aggiuntiva.

CAPITOLO DUE. L'effetto della pandemia

2.1. La pandemia da COVID-19 come stress test del sistema sanitario: spesa privata, diseguaglianze e razionamento delle cure

La pandemia da COVID-19 ha rappresentato uno shock senza precedenti per il sistema sanitario italiano, non solo per l'impatto diretto sulla mortalità e sulla morbilità, ma anche per le profonde conseguenze sull'organizzazione dell'offerta di cure e sulle modalità di accesso ai servizi sanitari. In un contesto caratterizzato da riconversione delle strutture sanitarie, sospensione o rinvio di prestazioni non urgenti e allungamento delle liste di attesa, la spesa sanitaria privata ha assunto un ruolo centrale come possibile canale alternativo di accesso alle cure. Analizzare come tale spesa sia cambiata durante e dopo la pandemia consente quindi di valutare se e in che misura lo shock COVID-19 abbia inciso sulle diseguaglianze sanitarie preesistenti e abbia rafforzato i meccanismi di razionamento implicito già emersi nelle analisi descrittive.

Questo capitolo ricostruisce in modo sistematico l'evoluzione della spesa sanitaria privata attraverso i dati CAF ACLI nel periodo che va dagli anni immediatamente precedenti la pandemia alla fase di emergenza e al successivo recupero. L'obiettivo è duplice: da un lato, descrivere l'andamento medio della spesa; dall'altro, mostrare come tale andamento sia stato profondamente diseguale per reddito, età, genere e territorio, evidenziando come la pandemia abbia agito da potente amplificatore delle diseguaglianze di accesso alle cure.

2.2. Dati e impostazione metodologica

L'analisi si basa su dati amministrativi individuali di dichiarazione dei redditi messe a disposizione dal CAF ACLI, che permettono di osservare con continuità nel tempo la spesa sanitaria privata fiscalmente detraibile sostenuta da ciascun contribuente. Questo tipo di dato presenta vantaggi rilevanti rispetto alle indagini campionarie: copre una quota molto ampia della popolazione, consente analisi

dettagliate per sottogruppi e misura la spesa effettivamente sostenuta e documentata, riducendo problemi di memoria o di risposta soggettiva.

Il periodo di osservazione comprende gli anni precedenti la pandemia, l'anno 2020 e gli anni successivi, rendendo possibile un confronto diretto tra la situazione pre-COVID-19 e quella durante e dopo lo shock sanitario. Per ogni individuo sono disponibili informazioni socio-demografiche di base, indicatori reddituali e variabili territoriali. La struttura longitudinale del dataset consente di seguire gli stessi contribuenti nel tempo, un aspetto cruciale per distinguere tra differenze strutturali tra persone e cambiamenti effettivamente indotti dalla pandemia.

Un elemento centrale della strategia empirica è la misura dell'intensità con cui la pandemia ha colpito i diversi territori. A questo scopo viene utilizzato un indicatore di **ecceso di mortalità a livello comunale**, costruito confrontando il numero di decessi osservati durante la pandemia con quello atteso sulla base dei valori degli anni precedenti. Tale indicatore cattura in modo sintetico la pressione esercitata dal COVID-19 sul sistema sanitario locale, includendo sia gli effetti diretti dell'infezione sia quelli indiretti legati alla saturazione delle strutture ospedaliere e alla riorganizzazione dei servizi.

Più in dettaglio, seguendo la metodologia sviluppata in Becchetti et al. (2022)⁹, la nostra misura di mortalità in eccesso è costruita utilizzando i dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), che riporta il numero di decessi giornalieri in ciascun comune. Per ogni giorno del 2020, calcoliamo la differenza tra i decessi osservati e la corrispondente media quinquennale del periodo 2015–2019. Questo approccio fornisce un indicatore più affidabile dell'impatto locale della pandemia rispetto ai decessi ufficialmente registrati come COVID-19.

Le statistiche ufficiali soffrono infatti di limitazioni ben note: distinguere i decessi "per COVID-19" da quelli "con COVID-19" non è affatto semplice nel sistema sanitario nazionale, dove l'autonomia delle politiche sanitarie regionali determina una forte eterogeneità nelle regole e prassi di certificazione. Inoltre, durante i mesi di picco di marzo e aprile 2020, il sovraffollamento degli ospe-

⁹Becchetti, L., Beccari, G., Conzo, G., Conzo, P., De Santis, D., and Salustri, F. (2022). Particulate matter and COVID-19 excess deaths: Decomposing long-term exposure and short-term effects. *Ecological Economics*, 194, 107340.

dali ha fatto sì che molte persone decedute a causa del COVID-19 non ricevessero una diagnosi formale, con conseguente sottostima dei decessi. La misura di mortalità in eccesso attenua quindi queste fonti di errore di misurazione, catturando lo shock complessivo di mortalità associato alla pandemia a livello locale.

L'eccesso di mortalità viene utilizzato come proxy della severità dello shock sanitario a livello locale. L'ipotesi di fondo è che, a parità di caratteristiche individuali, vivere in un territorio più colpito dal COVID-19 abbia reso più difficile l'accesso alle cure, sia attraverso il canale pubblico sia attraverso quello privato. Questo consente di distinguere gli effetti medi della pandemia, comuni a tutto il Paese, dagli effetti specifici legati alla gravità dello shock nei singoli territori.

Dal punto di vista analitico, l'approccio adottato combina più livelli di analisi. In una prima fase, vengono stimati modelli che confrontano individui diversi nello stesso anno, controllando per età, genere, reddito, area geografica e anno di osservazione. Questo consente di stimare come, in media, la spesa sanitaria privata cambi nel 2020 e negli anni successivi rispetto al periodo pre-pandemico.

In una seconda fase, l'analisi si concentra sulle variazioni della spesa all'interno degli stessi individui nel tempo. Confrontando ciascun contribuente con sé stesso in anni diversi, è possibile eliminare l'influenza di caratteristiche individuali non osservabili ma stabili, come preferenze, stili di vita o atteggiamenti verso la salute. Questo approccio rafforza l'interpretazione dei risultati come effetto diretto dello shock pandemico, piuttosto che come riflesso di differenze strutturali tra individui.

Un ulteriore passaggio metodologico riguarda l'interazione tra la dimensione temporale e l'intensità territoriale della pandemia. L'analisi verifica se la riduzione della spesa nel 2020 e il successivo recupero siano stati più o meno intensi nei comuni caratterizzati da maggiore eccesso di mortalità. Infine, i modelli vengono stimati separatamente per diversi gruppi di popolazione – per classi di reddito, età, genere e condizione lavorativa – al fine di valutare in che misura gli effetti della pandemia siano stati eterogenei e abbiano inciso in modo diverso sulle diverse componenti della società.

2.3. Il 2020: una contrazione senza precedenti della spesa sanitaria privata

I risultati mostrano in modo netto che il 2020 rappresenta un punto di rottura rispetto alla dinamica registrata nel periodo precedente. Rispetto al 2019, la spesa sanitaria privata registra una **riduzione media di circa 90 euro per contribuente**. Quando si confrontano gli stessi individui nel tempo, la stima della riduzione rimane molto simile, attestandosi intorno agli **80 euro**, a conferma che il calo non è dovuto a cambiamenti nella composizione del campione, ma a una reale compressione della spesa a livello individuale.

Questa contrazione riflette l'effetto combinato di diversi fattori: la sospensione di molte prestazioni sanitarie non urgenti, le difficoltà organizzative del sistema sanitario, le restrizioni alla mobilità e il timore del contagio. In questo contesto, anche il settore privato delle cure, che in condizioni normali può fungere da valvola di sfogo rispetto alle carenze del sistema pubblico, subisce una forte riduzione di attività.

Un aspetto particolarmente rilevante è che la contrazione della spesa privata nel 2020 è **significativamente più marcata nei territori maggiormente colpiti dalla pandemia**. Nei comuni con livelli più elevati di eccesso di mortalità, la riduzione della spesa sanitaria privata risulta più ampia, suggerendo che dove il sistema sanitario è stato sottoposto a maggiore stress, l'accesso alle cure si è ridotto in misura più pronunciata. In particolare, una mortalità in eccesso del 10% ha ridotto la spesa OoP - Out-of-Pocket di ulteriori €34-55 per persona. Questo risultato rafforza l'interpretazione del COVID-19 come fattore di razionamento sanitario, capace di limitare l'effettiva fruizione delle cure anche per chi, in condizioni normali, avrebbe potuto ricorrere al settore privato.

2.4. La fase di recupero: rimbalzo della spesa e nuove diseguaglianze

A partire dal 2021, la dinamica della spesa sanitaria privata cambia in modo sostanziale. Dopo il crollo del 2020, si osserva un primo recupero, pari in media a circa **20-30 euro per contribuente**. Negli anni successivi il recupero diventa

molto più marcato: nel 2022 la spesa aumenta di circa **70-85 euro**, mentre nel 2023 l'incremento supera i **100-130 euro** rispetto ai livelli pre-pandemici.

Nel complesso, nel 2023 la spesa sanitaria privata media risulta nettamente superiore a quella osservata prima della pandemia. Questo andamento è coerente con l'ipotesi di un recupero delle cure rimandate durante la fase acuta dell'emergenza, ma suggerisce anche un aumento strutturale del ricorso al settore privato, probabilmente legato alle difficoltà persistenti del sistema pubblico nel garantire tempi di accesso adeguati.

Anche nella fase di recupero, il territorio continua a svolgere un ruolo cruciale. Nei comuni che avevano sperimentato una maggiore intensità della pandemia nel 2020, la crescita della spesa privata negli anni successivi è più forte. In termini percentuali, un aumento significativo dell'eccesso di mortalità nel 2020 è associato a un incremento della spesa sanitaria privata nell'anno successivo dell'ordine del **5%**. Questo risultato indica che lo shock pandemico ha avuto effetti duraturi sulla domanda e sull'offerta locale di cure, modificando in modo persistente i comportamenti di ricorso al settore privato.

2.5. Reddito, età e genere: chi recupera e chi resta indietro

L'analisi delle eterogeneità mostra che la pandemia non ha colpito tutti allo stesso modo. In termini assoluti, nel 2020 la riduzione della spesa sanitaria privata è più ampia tra i contribuenti ad alto reddito, che registrano un calo medio superiore ai **200 euro**, contro una riduzione di circa **45-50 euro** per i contribuenti a basso reddito. Questa differenza riflette principalmente i diversi livelli di spesa di partenza e non deve essere interpretata come segnale di minore vulnerabilità dei redditi bassi.

Per i contribuenti a basso reddito, che già prima della pandemia presentavano livelli di spesa sanitaria privata molto contenuti, anche una riduzione relativamente modesta può tradursi in una **rinuncia sostanziale alle cure**, piuttosto che in un semplice rinvio. La fase di recupero rende questo divario ancora più evidente: i redditi più elevati mostrano una ripresa rapida e intensa della spesa, arrivando a superare ampiamente i livelli

pre-pandemici, mentre per i redditi più bassi il recupero è più lento e spesso incompleto.

Le differenze per genere e per età rafforzano ulteriormente questa lettura. Le donne risultano più sensibili alla severità della pandemia a livello territoriale, con una riduzione più marcata della spesa nel 2020 e un recupero più debole negli anni successivi, soprattutto nelle aree più colpite. Gli anziani, in particolare gli ultraottantenni, mostrano una forte contrazione della spesa nel 2020 e un recupero solo parziale negli anni successivi, con livelli di spesa che in molti casi rimangono inferiori a quelli pre-pandemici anche nel 2023. Per gli ultraottantenni il calo persistente della spesa può dipendere da più fattori che si sommano. Il rischio percepito e reale resta più alto, quindi l'accesso "in presenza" continua a essere evitato anche dopo la pandemia. Inoltre, le barriere di accesso sono aumentate (liste d'attesa, capacità ridotta, riorganizzazione dei servizi) e per gli anziani è più difficile orientarsi in un sistema più complesso. A questo si aggiunge il digital divide: prenotazioni online, SPID e telemedicina possono escludere chi non ha competenze o supporto. Infine, la pandemia può aver lasciato cicatrici di salute e mobilità (anche psicologiche), che hanno reso più difficile usufruire delle cure.

Proprio nelle fasce di popolazione con maggiori bisogni sanitari, la pandemia sembra dunque aver lasciato **cicatrici persistenti**.

2.6. Conclusioni di policy: la pandemia come amplificatore del razionamento sanitario

Nel complesso, l'evidenza empirica indica che la pandemia da COVID-19 ha agito come un potente stress test del sistema sanitario italiano. Nel breve periodo ha determinato una compressione generalizzata della spesa sanitaria privata, mentre nel medio periodo ha prodotto un forte rimbalzo e un aumento strutturale del ricorso al settore privato. Tuttavia, questi effetti non sono stati distribuiti in modo uniforme.

I gruppi economicamente e socialmente più avvantaggiati hanno recuperato rapidamente e in misura più che proporzionale, mentre le fasce più vulnerabili – in particolare i redditi bassi, gli anziani e le donne – mostrano segnali di

un recupero incompleto. In questo senso, la pandemia non solo ha rivelato le diseguaglianze sanitarie preesistenti, ma rischia di averle rafforzate, trasformando uno shock temporaneo in un ampliamento duraturo del razionamento sanitario implicito.

Dal punto di vista delle politiche pubbliche, questi risultati suggeriscono che la resilienza del sistema sanitario non può essere valutata solo in termini di capacità di risposta all'emergenza, ma anche in termini di equità nell'accesso alle cure durante e dopo la crisi. Rafforzare la sanità pubblica, ridurre i tempi di attesa e garantire continuità di cura, soprattutto nei territori e per i gruppi più vulnerabili, appare essenziale per evitare che shock futuri si traducano nuovamente in un aumento delle diseguaglianze di salute e in una maggiore dipendenza dalla capacità individuale di pagare per accedere alle cure. In assenza di interventi mirati, ogni shock al sistema sanitario rischia altrimenti di trasformarsi in un ampliamento duraturo delle disuguaglianze nell'accesso alle cure.

CAPITOLO TRE. Razionamento e Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

3.1. Livelli Essenziali di Assistenza, spesa sanitaria privata e diseguaglianze di accesso alle cure

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano è fondato su un principio universalistico: a tutti i cittadini devono essere garantiti i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che definiscono le cure e i servizi minimi che ogni cittadino deve poter ricevere, dalle visite e prestazioni ospedaliere ai farmaci e alle cure preventive, indipendentemente dal luogo di residenza e dalla condizione economica. Nella pratica, tuttavia, l'effettiva implementazione dei LEA varia in modo significativo tra regioni, riflettendo differenze storiche di capacità amministrativa, risorse finanziarie, organizzazione dei servizi e qualità della governance sanitaria. Questa eterogeneità territoriale solleva una questione cruciale per l'equità del sistema: **in che misura una migliore attuazione dei LEA riduce il ricorso alla spesa sanitaria privata e attenua le diseguaglianze di accesso alle cure?**

Da un punto di vista teorico, il rapporto tra qualità del servizio pubblico e spesa privata non è univoco.

Da un lato, un sistema pubblico efficace può sostituire il ricorso al mercato privato, riducendo la necessità di pagare di tasca propria per ottenere cure tempestive e appropriate.

Dall'altro, un sistema sanitario ben funzionante può aumentare i contatti con i servizi, migliorare la diagnosi e far emergere bisogni latenti, generando una domanda complementare di prestazioni private, soprattutto tra i cittadini a più alto reddito (per un approfondimento si vedano le Appendici 3 e 4).

Comprendere quale di questi meccanismi prevalga nel contesto italiano è fondamentale per valutare il ruolo dei LEA come strumento di protezione finanziaria e di riduzione delle diseguaglianze sanitarie.

Questo capitolo affronta tale questione utilizzando dati amministrativi di ampia scala e un indicatore composito della qualità dei LEA, con l'obiettivo di valutare se e come le differenze territoriali nella loro attuazione si riflettano sulla spesa sanitaria privata delle famiglie e sulla sua distribuzione tra gruppi sociali.

3.2. Dati e strategia di analisi

Per misurare la qualità dell'attuazione dei LEA a livello regionale viene utilizzato l'indice ufficiale prodotto dal Ministero della Salute nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia. L'indice sintetizza, in un unico punteggio, le performance regionali in tre grandi ambiti: 1) prevenzione e sanità pubblica; 2) assistenza territoriale e distrettuale; 3) assistenza ospedaliera. Valori più elevati dell'indice indicano una maggiore capacità del sistema sanitario regionale di garantire in modo efficace e appropriato i servizi essenziali previsti a livello nazionale¹⁰.

Un elemento importante dell'impostazione è l'utilizzo nelle stime econometriche dell'indice LEA **ritardato di un anno**. In questo modo, la spesa sanitaria privata osservata in un certo anno viene messa in relazione con il livello di attuazione dei LEA dell'anno precedente. Questa scelta riduce il rischio di confondere la direzione del nesso causale e consente di interpretare i risultati come l'effetto di una migliore (o peggiore) qualità del servizio pubblico sulle decisioni di spesa delle famiglie.

Dal punto di vista metodologico, l'analisi combina diversi approcci. In primo luogo, a partire da dati CAF ACLI, vengono stimati modelli che confrontano individui diversi nello stesso periodo, controllando per reddito, età, genere, composizione familiare, condizione lavorativa e regione. In secondo luogo, vengono utilizzati modelli che confrontano gli stessi individui nel tempo, isolando l'effetto delle variazioni della qualità dei LEA all'interno della stessa regione. Questo secondo approccio consente di eliminare l'influenza di caratteristiche individuali stabili, come le preferenze per la salute o la presenza di patologie croniche, rafforzando l'interpretazione dei risultati.

Infine, data la presenza di un'elevata quota di individui con zero spesa sanitaria privata e di una distribuzione fortemente asimmetrica della spesa positiva,

¹⁰Per un approfondimento si veda l'Appendice 7.

con la stima ulteriore del “modello a due parti” l’analisi distingue tra due dimensioni: la probabilità di sostenere **qualunque** spesa privata e l’ammontare speso **condizionatamente** al fatto di spendere. Questo consente di valutare se una migliore attuazione dei LEA riduca il numero di persone costrette a ricorrere al mercato privato, l’intensità della spesa tra chi vi ricorre, o entrambe le cose.

3.3. LEA e spesa sanitaria privata: evidenze di un effetto di sostituzione

I risultati (Tabella A6.1) mostrano in modo chiaro e coerente che una migliore attuazione dei LEA è associata a **livelli più bassi di spesa sanitaria privata individuale**. In media, un aumento di un punto dell’indice LEA regionale è associato a una riduzione della spesa sanitaria privata annua compresa tra circa **0,4 e 0,8 euro per persona**, a seconda del modello utilizzato. Considerando che le differenze di punteggio LEA tra regioni possono facilmente raggiungere i 20–30 punti, questo implica che vivere in una regione con LEA ben implementati può ridurre la spesa sanitaria privata di **15–25 euro all’anno per individuo**.

Se questo effetto viene considerato su scala regionale, le implicazioni diventano rilevanti. In una regione di medie dimensioni, un miglioramento sostanziale dei LEA può tradursi in **decine di milioni di euro di minore spesa privata complessiva**, con un impatto diretto sulla protezione finanziaria delle famiglie. Questi risultati indicano che, nel contesto italiano, la migliore qualità del servizio pubblico tende a **sostituire** il ricorso al settore privato, piuttosto che stimolarlo.

Un aspetto cruciale è che questo risultato rimane valido anche quando si confrontano gli stessi individui nel tempo. Ciò significa che non si tratta semplicemente di un effetto di selezione (ad esempio, persone più sane che vivono in regioni più efficienti), ma di una relazione dinamica: quando la qualità dei LEA migliora, la stessa persona tende a ridurre la propria spesa sanitaria privata.

3.4. Prevenzione come canale chiave di riduzione della spesa privata

Un'analisi più dettagliata (Tabella A6.2) mostra che l'effetto di riduzione della spesa privata è trainato in larga misura dalla componente di **prevenzione** dei LEA.

Sul piano quantitativo, i risultati stimano che **un aumento di 1 punto nell'indice LEA di prevenzione (LEA_prev)** è associato a una **riduzione della spesa sanitaria privata annua di circa 0,38 euro per individuo** (stima pooled) e di **circa 0,37 euro** quando si sfruttano le variazioni della stessa persona nel tempo (fixed effects). In un modello a due stadi che distingue tra **probabilità di avere spesa positiva e ammontare condizionato**, l'effetto medio complessivo è pari a **-0,72 euro per punto**: differenze territoriali realistiche di **20-30 punti** nella prevenzione implicano quindi **circa 14-22 euro in meno di spesa privata annua per individuo**, confermando che la prevenzione è il canale più robusto di "protezione finanziaria" offerto dai LEA.

L'interpretazione è che migliori performance regionali in ambiti come vaccinazioni, screening oncologici, controlli di sanità pubblica e promozione di stili di vita sani sono associate a una riduzione significativa sia della probabilità di sostenere spesa privata sia dell'ammontare speso.

Questo risultato è particolarmente intuitivo dal punto di vista economico e sanitario. Servizi di prevenzione efficaci riducono il bisogno di visite, esami e trattamenti a pagamento, intercettando precocemente i problemi di salute e riducendone la gravità. In questo senso, la prevenzione pubblica agisce come un potente strumento di **riduzione della domanda privata di cure**, con effetti benefici sia in termini di salute sia di equità.

Al contrario, le componenti di assistenza territoriale e ospedaliera mostrano effetti meno stabili e meno netti (Tabelle A6.3 e A6.4). In questi ambiti, è plausibile che coesistano meccanismi di sostituzione e di complementarità: migliori servizi pubblici possono ridurre alcune spese private, ma allo stesso tempo aumentare i contatti con il sistema sanitario e far emergere bisogni complessi che si traducono in prestazioni private aggiuntive.

Una possibile obiezione ai risultati riguarda la dimensione quantitativa dell'effetto medio dei LEA sulla spesa sanitaria privata, che può apparire contenuta se espressa in euro pro-capite. Questa lettura, tuttavia, è fuorviante per almeno tre ragioni. In primo luogo, l'effetto stimato è una **media sull'intera popolazione**, che include una quota molto ampia di individui relativamente sani, con bisogni sanitari limitati e spesso con spesa privata nulla. In presenza di una distribuzione fortemente asimmetrica della spesa sanitaria, con molti zeri e pochi grandi utilizzatori, è naturale che l'effetto medio risulti attenuato; non a caso, modelli che tengono conto esplicitamente di questa struttura (two-part models) restituiscono effetti più ampi rispetto alle stime lineari aggregate (Colonna 3 e 4 delle tabelle in Appendice 6). Le altre due ragioni sono approfondite nel paragrafo successivo e attengono all'eterogeneità territoriale e per gruppi sociali (età e reddito).

3.5. Eterogeneità territoriali e sociali: dove i LEA contano di più

L'effetto protettivo dei LEA non è uniforme sul territorio. Esso risulta **più forte nelle regioni con livelli iniziali di LEA più bassi**, tipicamente concentrate nel Mezzogiorno (Tabelle A6.5 e A6.6). In queste aree, anche miglioramenti relativamente contenuti nella qualità dei servizi pubblici sono associati a riduzioni più marcate della spesa sanitaria privata. Questo suggerisce un meccanismo di convergenza: rafforzare i LEA nelle regioni in ritardo produce benefici proporzionalmente maggiori, contribuendo a ridurre i divari territoriali nella protezione finanziaria.

L'analisi per gruppi sociali mostra inoltre che l'effetto dei LEA è particolarmente evidente tra gli anziani (over69) e tra i contribuenti a reddito medio-alto (>28.000 euro) - Tabelle A6.7, A6.8 e A6.9 -, che sono i due gruppi con maggiore propensione a ricorrere al settore privato quando il servizio pubblico è carente. Al contrario, tra i redditi più bassi l'effetto osservato sulla spesa può essere più contenuto, non perché i LEA siano meno rilevanti, ma perché queste famiglie hanno una capacità limitata di pagare e quindi una minore possibilità di sostituire il pubblico con il privato (Tabella A6.10). In questi casi, il miglioramento dei LEA può tradursi più in una riduzione dei bisogni insoddisfatti che in una diminuzione osservabile della spesa.

In particolare, quando l'analisi si concentra sui **gruppi per i quali i bisogni sanitari sono più rilevanti** l'impatto dei LEA – e in particolare della prevenzione – diventa quantitativamente molto più significativo. Ad esempio, **tra gli anziani (over69) l'effetto combinato stimato è pari a circa -2,7 euro di spesa sanitaria privata annua per individuo per ogni punto di LEA, un valore circa quattro volte superiore** a quello osservato sulla popolazione complessiva (Tabella A6.7). Analogamente, l'effetto risulta più che raddoppiato nelle regioni con livelli di LEA inizialmente più bassi (Tabelle A6.5 e A6.6).

Questo indica che il miglioramento dei LEA agisce soprattutto dove il rischio di razione implicito è maggiore, coerentemente con l'interpretazione in termini di protezione finanziaria dei gruppi più fragili.

Inoltre, anche effetti apparentemente piccoli a livello individuale diventano **rilevanti in termini di policy** quando vengono valutati alla scala appropriata. Le differenze realistiche nei punteggi di prevenzione tra regioni italiane sono dell'ordine di 20–30 punti: applicando a questi divari l'effetto stimato, si ottiene una riduzione della spesa sanitaria privata attesa di circa 14–22 euro annui per individuo nella popolazione complessiva e di **oltre 50–80 euro annui tra gli anziani**. Moltiplicata per milioni di residenti, questa cifra si traduce in **decine di milioni di euro di minore spesa privata complessiva**, concentrata proprio nei territori e nei gruppi più esposti alla rinuncia alle cure. In questa prospettiva, la dimensione dell'effetto non va valutata come un semplice coefficiente medio, ma come indicatore di un meccanismo strutturale: quando la prevenzione e l'offerta pubblica funzionano meglio, il ricorso forzato al privato si riduce in modo selettivo, migliorando l'equità del sistema più di quanto suggerisca il solo dato medio aggregato.

3.6. Implicazioni di policy: i LEA come strumento di equità e protezione finanziaria

Nel complesso, le evidenze indicano che una migliore attuazione dei LEA svolge un ruolo chiave nel ridurre la spesa sanitaria privata e nel mitigare le disuguaglianze di accesso alle cure. Lontano dall'essere un semplice adempimento formale, il rispetto sostanziale dei LEA si configura come un **meccanismo di**

protezione finanziaria, particolarmente rilevante in un contesto di forte decentramento regionale.

Dal punto di vista delle politiche pubbliche, questi risultati suggeriscono che rafforzare i LEA nelle regioni in ritardo non è solo una questione di equità territoriale, ma anche uno strumento efficace per ridurre il ricorso forzato alla spesa privata e il rischio di rinuncia alle cure. Investimenti mirati in prevenzione, assistenza territoriale e riduzione dei tempi di attesa possono contribuire in modo significativo a limitare il razionamento sanitario implicito e a garantire un accesso più equo alle prestazioni essenziali.

In continuità con quanto emerso nel capitolo dedicato alla pandemia, il messaggio complessivo è chiaro: **quando il servizio pubblico funziona meglio, la disuguaglianza sanitaria si riduce**. I LEA rappresentano quindi non solo uno standard minimo da rispettare, ma una leva strategica per rafforzare l'universalismo del sistema sanitario italiano e contrastare l'aumento delle disuguaglianze di salute e di spesa osservate negli ultimi anni.

CAPITOLO QUATTRO. Razionamento e comunità: la via per un SSN universale, perché civile

4.1. SSN, razionamento e comunità: primi ragionamenti e metodologia di analisi

Il tema del razionamento sanitario, dipendente dalla ricchezza e conseguentemente dalla possibilità di accedere alla sanità privata nei casi di malfunzionamento del SSN pubblico, apre il dibattito su quale modello di SSN sia preferibile e a quali condizioni.

È solo la variabile della disponibilità economica a determinare la preferenza di un modello universalista concreto e realizzato o di un modello maggiormente dedicato ai soggetti in condizioni di vulnerabilità (lasciando intendere che chi è più abbiente possa anche rivolgersi a strutture private e/o non sussidiate)?

La nostra opinione cambia a seconda delle condizioni di salute nelle quali ci troviamo (presenza o assenza di una o più malattie croniche)?

Ci sono dei fattori di economia civile che rendono possibile una convergenza su uno dei due modelli, rendendo, di fatto, praticabile una soluzione palese e civile della questione, uscendo dalla prospettiva di competizione (e del dualismo Stato-Mercato) per accedere a servizi funzionali alla tutela effettiva del diritto alla salute?

Per rispondere a queste domande proponiamo un'analisi su un campione rappresentativo della popolazione italiana¹¹ che ha indagato, fra le altre cose, la preferenza sul modello di SSN desiderato.

In particolare, le opzioni di risposta sono:

1. L'accesso alla salute dovrebbe essere garantito dallo Stato a tutte le persone a prescindere dalle loro condizioni sociali o economiche;
2. L'accesso alla salute dovrebbe essere garantito dallo Stato sola-

mente alle fasce di popolazione più povere;

3. L'accesso alla salute non deve necessariamente essere garantito dallo Stato;
4. Non so/nessuna delle precedenti.

Dato che la somma delle preferenze date alle ultime due non arriva all'1%, evidenziando il fatto che, ad oggi, fra i cittadini italiani l'opzione di un settore pubblico che faccia un passo indietro sull'accesso alla salute non è contemplata, il confronto sarà condotto fra le prime due.

La prima rappresenta l'opzione "universale" – preferita in media dall'88,38% del campione -, mentre la seconda quella "sussidiaria al privato" – indicata dal 10,71% -¹².

L'opzione di SSN - Sistema Sanitario Nazionale "universale", che rappresenta la nostra variabile dipendente, viene messa in relazione – tramite tecniche di statistica inferenziale - con i livelli di ricchezza, di presenza/assenza di malattie croniche, di empatia (intelligenza emotiva e propensione alla comunità), di visione di società giusta legata all'approccio del personalismo comunitario¹³ (visione di ordine sociale fondato sulla comunità) e di convivialità (concretezza quotidiana della comunità)¹⁴. In particolare, questi ultimi tre elementi costituiscono aspetti diversi della dimensione di comunità. Una dimensione che si deve inserire, nella prospettiva dell'economia civile,

¹¹L'indagine è stata realizzata all'interno dell'annuale Rapporto sul BenVivere e la Generatività dei Territori Italiani, realizzato da NeXt Economia (riferimento completo a margine della nota) per il Festival Nazionale dell'Economia Civile. In particolare, la rilevazione diretta con metodologia CATI è stata condotta per il tramite della somministrazione da parte di azienda specializzata nel settore di un questionario ad oltre 5300 cittadini e cittadine – rappresentativi per genere, età, istruzione, condizione professionale e provenienza geografica. Centro Studi e Valutazioni di NeXt Economia (a cura di Becchetti, L., Bova, D. M., Raffaele, L., & Semplici, L.). (2025). Rapporto sul BenVivere e la Generatività dei Territori (Aree Vaste) 2025: Il contributo delle 7 leve dell'economia civile sulla felicità, sulla partecipazione politica e sulla riduzione delle diseguaglianze. Roma: Ecra.

¹²Per un approfondimento delle statistiche descrittive delle variabili utilizzate nel capitolo si veda l'Appendice 8, Tabella A8.1.

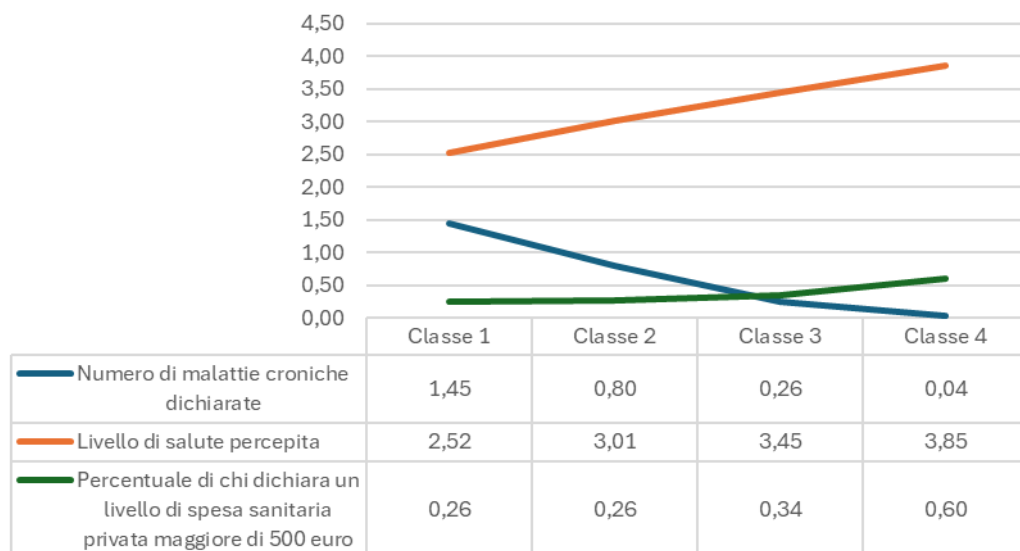
¹³Visione secondo cui una società è giusta quando al suo interno la libertà individuale è intenzionalmente orientata al conseguimento dell'interesse generale. Dove con l'intenzionalità si apre la necessità di un pensiero pensante nell'agire e, quindi, una capacità di intelligenza esistenziale, contempl-attiva sociale e individuale (rispettivamente: fermarsi a pensare; riflettere sull'impatto dei fatti di cronaca sul bene comune; riflettere sull'impatto delle scelte personali sul bene comune).

per interrompere il dualismo fra Stato e Mercato (fra pubblico e privato), aprendo lo spazio alla relazione, alla reciprocità e, dunque al civile.

I risultati sono poi testati con un'analisi econometrica (modello logit) che controlla per le classiche variabili socio-demografiche: genere, età, istruzione, provenienza geografica (regione), condizione professionale, relazioni (stabilità con il partner, presenza di figli e/o nipoti), partecipazione (politica, sociale, culturale e sportiva), volontariato ed aspettative.

Da ultimo, prima di procedere con la presentazione delle evidenze, si sottolinea che, anche all'interno di questo ulteriore database analizzato, è possibile mettere in luce il fenomeno del razionamento sanitario, sia non solo da un punto di vista di scaglioni di spesa, ma anche per quanto riguarda il numero complessivo di malattie croniche dichiarate e la percezione della salute. In altri termini, è possibile aggiungere la dimensione delle condizioni oggettive e percepite di salute al tema della relazione fra spesa privata e livello di reddito. Le Figure 4.1 illustrano quanto appena detto¹⁵.

Figura 4.1 – Le dinamiche multiple del razionamento sanitario



Fonte: elaborazione propria

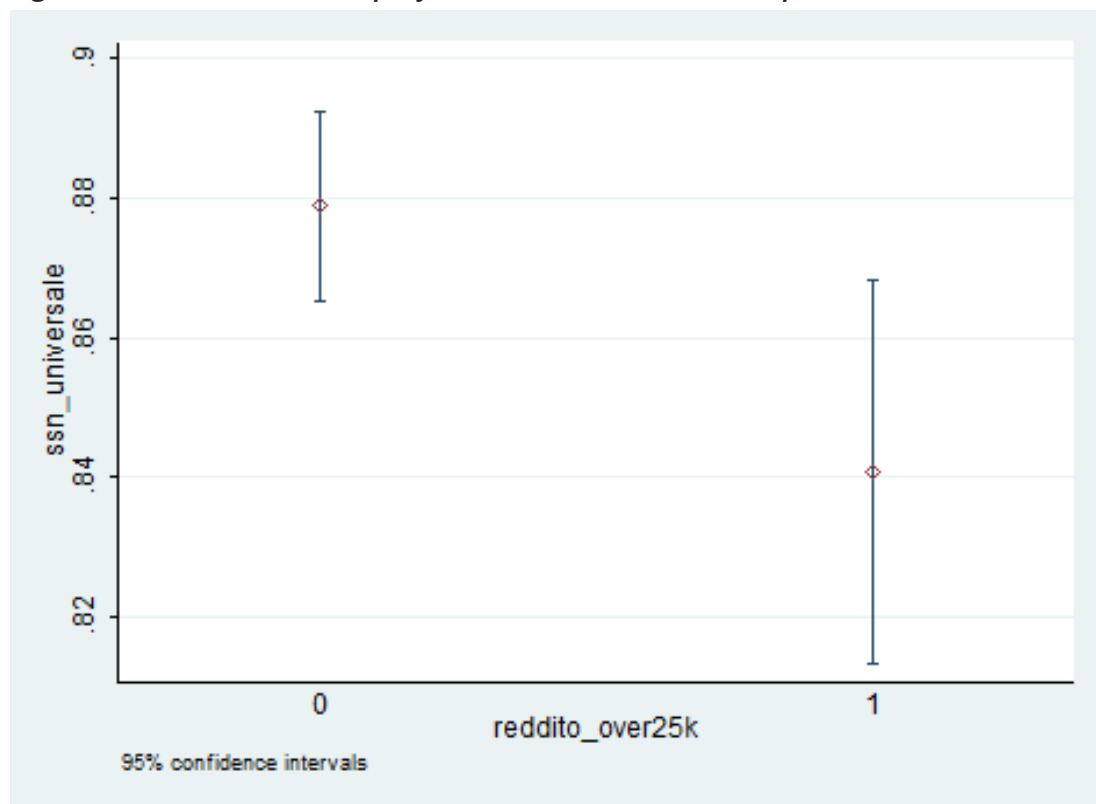
¹⁴Per un approfondimento sulle variabili utilizzate nel capitolo si veda l'Appendice 8, Tabella A8.2.

¹⁵In questo caso le classi di reddito sono quattro e corrispondono ai seguenti valori: classe 1, X<15.000; classe 2, 15.000 euro<X<25.000 euro; classe 3, 25.000 euro<X<35.000 euro; classe 4: X>35.000 euro.

4.2. I risultati descrittivi ed econometrici

I dati pongono in evidenza come non esista una differenza statisticamente significativa (Figura 4.2) in termini di percentuale di preferenza del SSN “universale” – e per sottrazione del SSN “di sussidiarietà al privato” - fra chi ha un reddito superiore ai 25.000 euro (84%) e chi, al contrario, ne ha uno al di sotto di tale soglia (88%).

Figura 4.2 – Percentuale di preferenza del SSN universale per livello di reddito

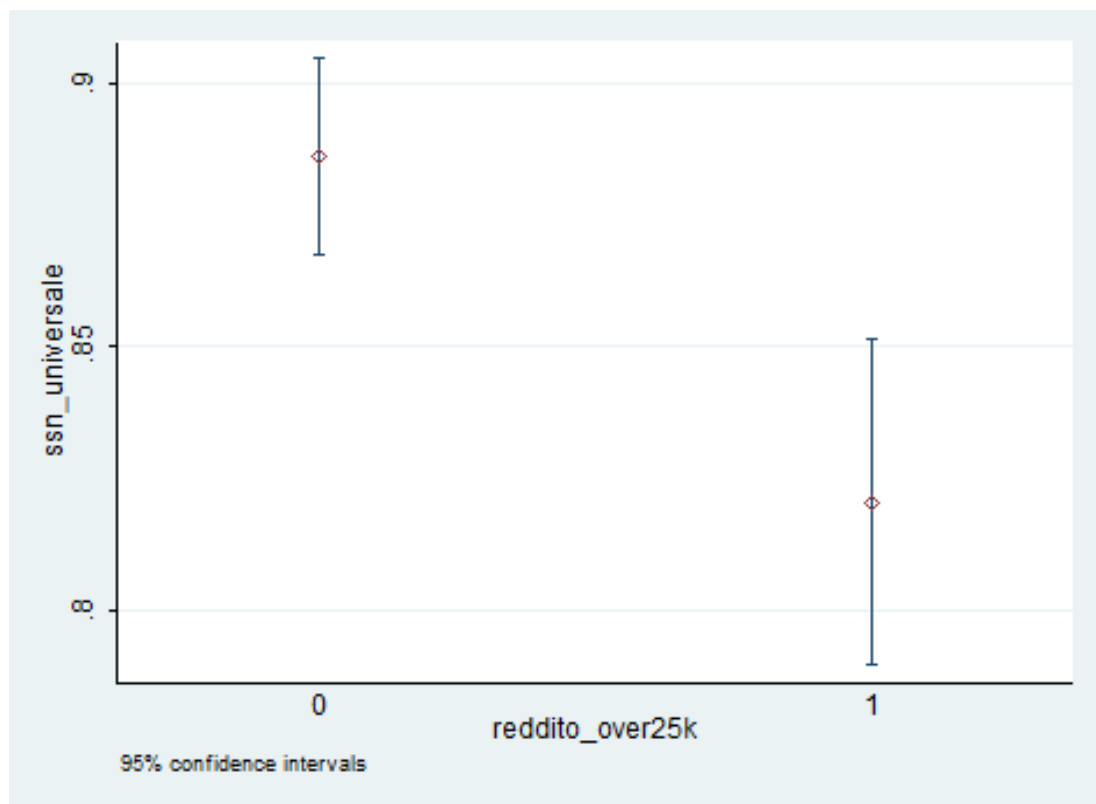


Fonte: elaborazione propria

La situazione cambia se alla variabile economica aggiungiamo quella della condizione di salute (Figura 4.3). Chi ha una condizione reddituale migliore e non dichiara nessuna malattia cronica ha una preferenza per il SSN “universale” (rispetto a quello di “sussidiarietà al privato”) più bassa di chi, pur perfettamente in salute (nessuna malattia cronica) ha un reddito più bas-

so: 82% vs 89%. Passando al confronto fra chi dichiara almeno una malattia cronica il risultato viene capovolto: i più ricchi preferiscono in una percentuale superiore ai più poveri il SSN "universale" (96% vs 87%, Figura 4.4).

Figura 4.3 – Percentuale di preferenza del SSN universale per livello di reddito e assenza di almeno una malattia cronica



Fonte: elaborazione propria

La ragione di questa opposta dinamica, con ogni probabilità, è da attribuirsi al fatto che chi, consapevole di una condizione economica peggiore, ma non ancora in una situazione di necessità da un punto di vista sanitario, è orientato a un modello che lo garantisce, invece chi economicamente si sente meno vulnerabile e si trova in una condizione ottimale di salute si sente più propenso a una generosità (o di senso di superiorità e di intoccabilità) di lasciare ai meno fortunati le cure del pubblico. Tuttavia, nel momento in cui subentra almeno una malattia cronica che, presumibilmente richiede

una serie costante di spesa sanitaria, i più ricchi si spostano sull'universale perché hanno bisogno del SSN e non vorrebbero spendere (non perché non ne abbiano la possibilità, ma perché significherebbe distogliere risorse da spese sostenute fino all'insorgere della cronicità, segnando un cambio di routine e, forse, almeno a livello di percezione, di status). Al contrario, se sono povero e sono soggetto a una condizione di malattia cronica preferisco un SSN concentrato su chi, come me, è un soggetto economicamente fragile: sono piegato su me stesso e desidero che lo Stato pensi a me, subito.

Figura 4.4 – Percentuale di preferenza del SSN universale per livello di reddito e presenza di almeno una malattia cronica

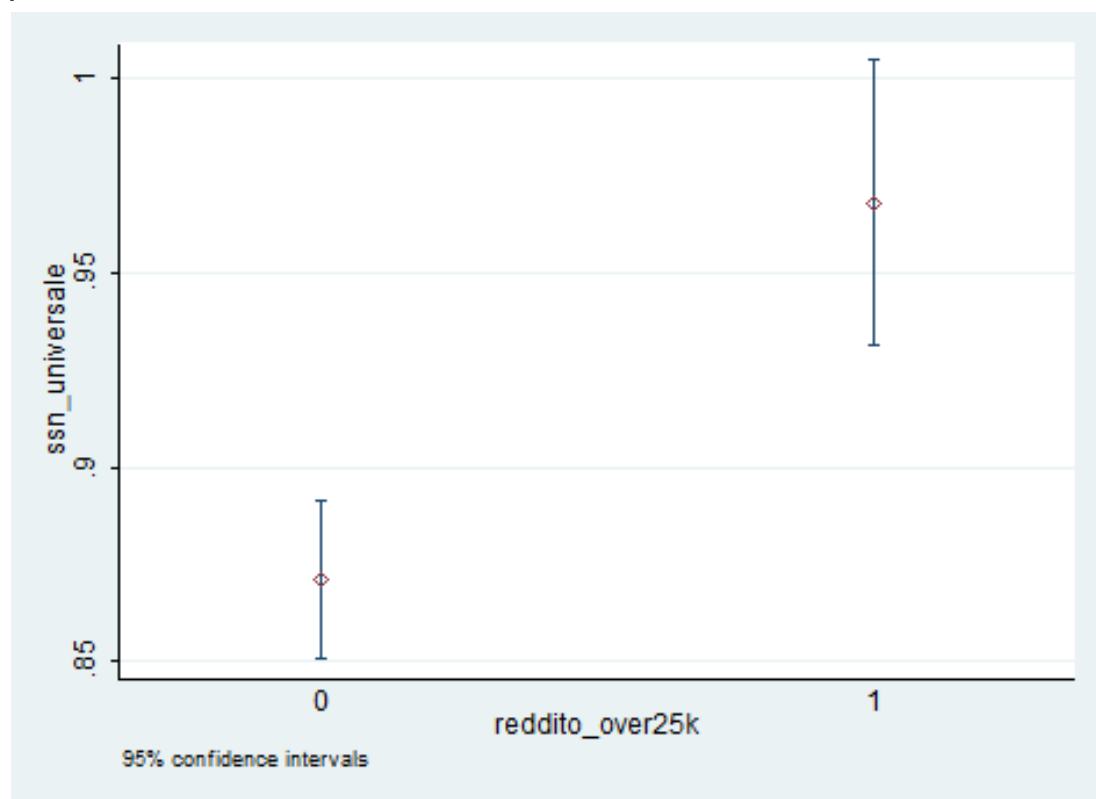
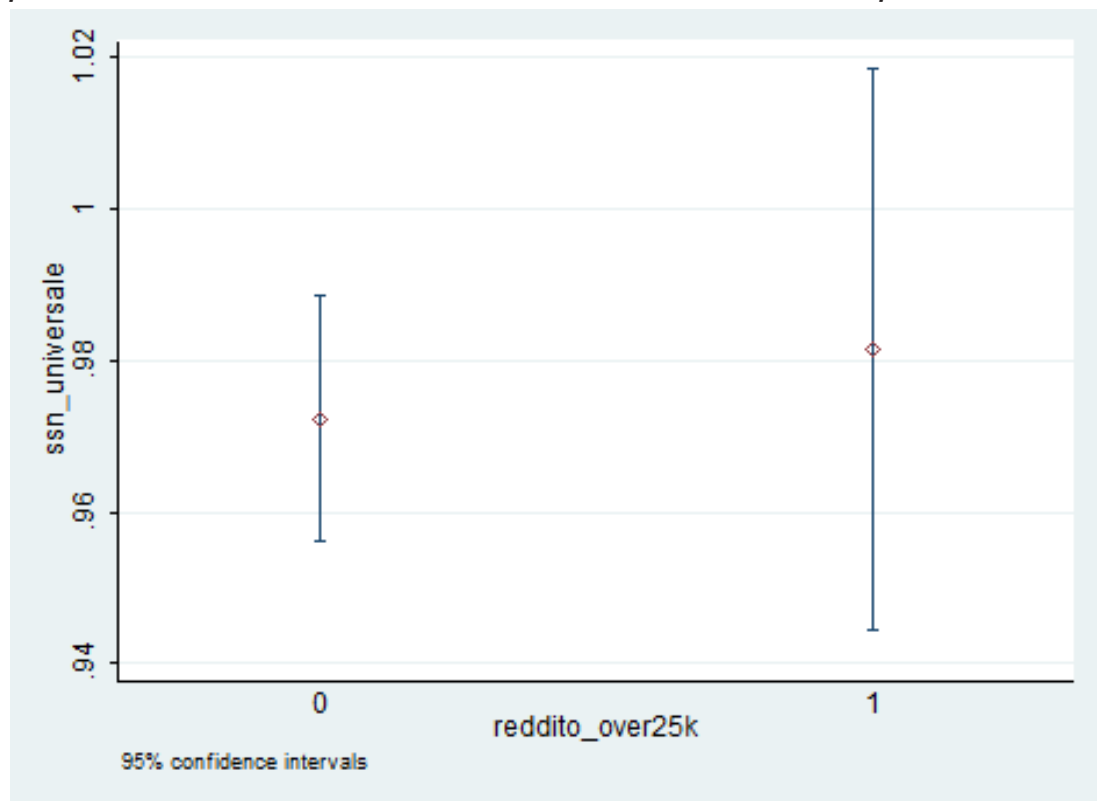


Figura 4.5 – Percentuale di preferenza del SSN universale per livello di reddito, presenza di almeno una malattia cronica e indice di comunità sopra la media



Fonte: elaborazione propria

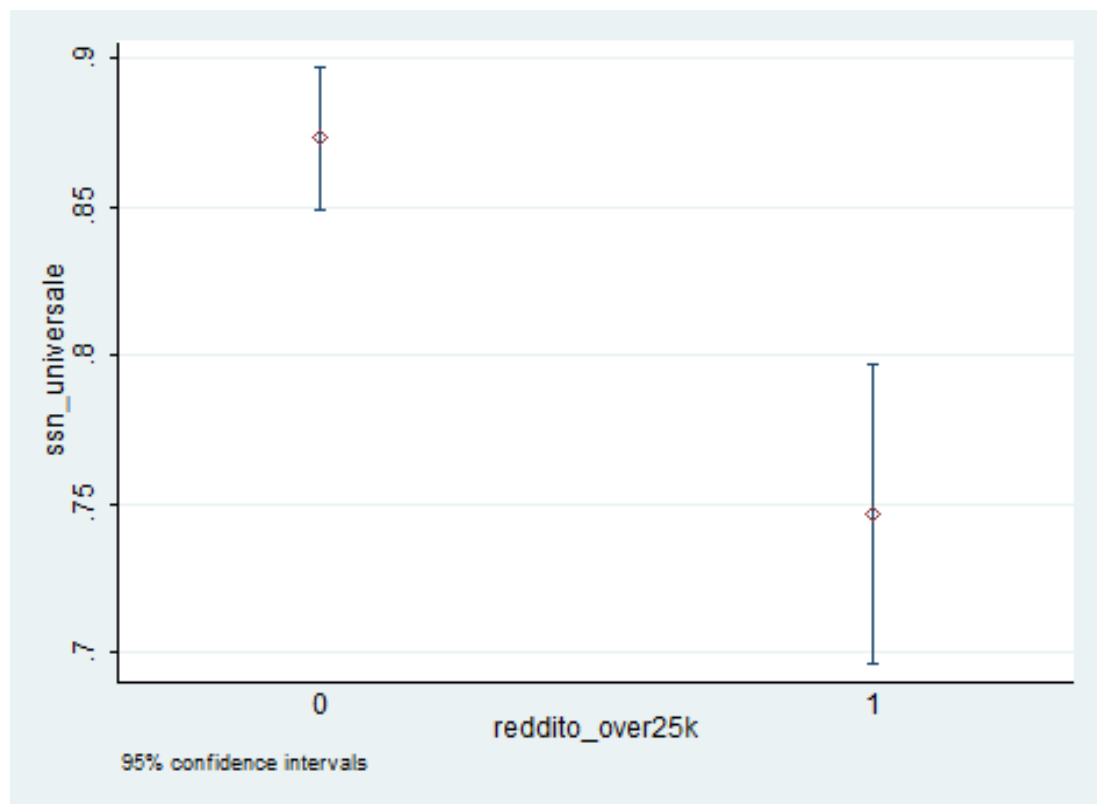
Aggiungendo i fattori di economia civile con i quali si è proceduto alla costruzione di un indicatore di comunità¹⁶, è possibile notare come, anche in presenza di una condizione di malattia cronica, si torni a differenze non statisticamente significative fra le due condizioni economiche, se il livello di comunità è superiore alla media (Figura 4.5). Al contrario, in presenza di livelli di comunità inferiori alla media, condizione economica e di salute fanno la differenza nel livello di percentuale con la quali i rispondenti dichiarano la propria preferenza per il SSN universale.

In particolare, l’essere sano ma con un basso livello di comunità fa diminuire la propensione di chi ha un reddito maggiore verso il SSN universale rispetto a chi dichiara un reddito più basso (74% vs 87%, Figura 4.6). Vice-

¹⁶Somma delle tre variabili dummy utilizzate nell’indagine sulla Generatività di NeXt Economia (alto livello di empatia, approccio alla giustizia sociale legata al personalismo comunitario, alto livello di convivialità – fare almeno un pasto al giorno in compagnia -).

versa, l'averne almeno una malattia cronica e un basso livello di comunità fa propendere maggiormente i meno abbienti verso il SSN di sussidiarietà al privato, rispetto ai più benestanti (80% vs 94%, Figura 4.7). Queste doppie differenze fra i sotto-campioni perdono la loro significatività statistica – facendo registrare anche percentuali sensibilmente superiori verso la propensione al SSN universale – quando i rispondenti registrano alti livelli nell'indicatore di comunità: 91% vs 89% - rispettivamente per i redditi più bassi e alti nel caso di assenza di malattia (Figura 4.8) - e 97% vs 98% - rispettivamente per i redditi più bassi e alti nel caso di presenza di almeno una cronicità (Figura 4.5).

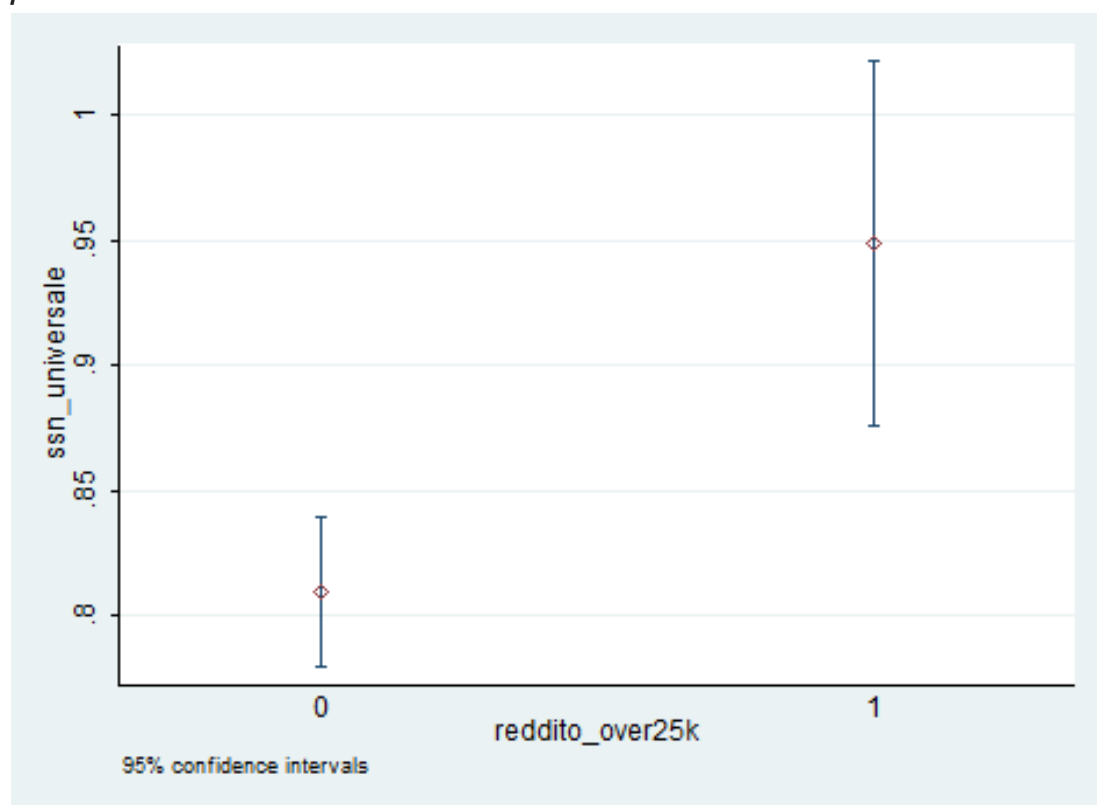
4.6 – Percentuale di preferenza del SSN universale per livello di reddito, assenza di almeno una malattia cronica e indice di comunità sotto la media



Fonte: elaborazione propria

Dunque, le diverse dimensioni della comunità combinate nell'indice di comunità, se presenti contemporaneamente, consentono di costruire una consapevolezza condivisa del ruolo dello Stato all'interno del SSN, che dalle nostre analisi emerge come orientata a un effettivo universalismo¹⁷.

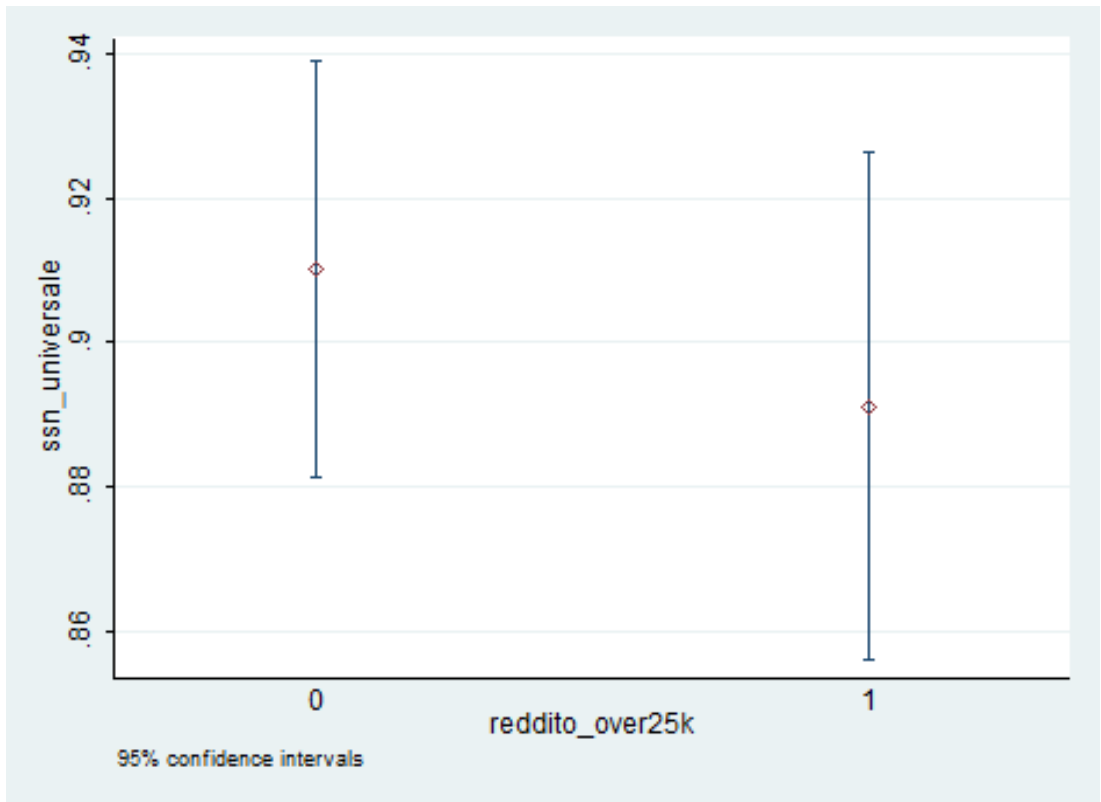
Figura 4.7 – Percentuale di preferenza del SSN universale per livello di reddito, presenza di almeno una malattia cronica e indice di comunità sotto la media



Fonte: elaborazione propria

¹⁷Le stime econometriche confermano quanto rilevato a livello descrittivo sul ruolo giocato dall'indice di comunità. Si veda la Tabella A8.3 in Appendice 8.

Figura 4.8 – Percentuale di preferenza del SSN universale per livello di reddito, assenza di almeno una malattia cronica e indice di comunità sopra la media



Fonte: elaborazione propria

4.3. Verso un Servizio Sanitario Nazionale Civile

Ma quale può essere un “effettivo universalismo”? Nell’approccio dell’economia civile, fondato sulla compresenza di Stato-Mercato-Comunità, l’accesso universale alle cure sanitarie non può essere delegato/demandato a uno solo di questi soggetti.

I fallimenti di un meccanismo solo basato sul servizio pubblico sono ampiamente documentati all’interno del presente rapporto. Parimenti, gli effetti disastrosi di un sistema unicamente privato non solo non risponderebbero ai desiderata della maggioranza dei cittadini, ma sarebbero in contrasto con i principi costituzionali e, in ogni caso, non risultano essere più efficaci ed efficienti in termini di accesso equo. Anche prendere in esame solo il tema del “welfare sanitario di comunità”, senza un’adeguata compresenza degli

elementi pubblici e privati, rischia di creare delle storture di funzionamento, scaricando il problema sui territori e con una forte possibilità di ampliamento delle diseguaglianze in termini di disponibilità di prestazioni di qualità, oltre a possibili ulteriori ampliamenti nei divari territoriali.

Come fare? Occorre immaginare politiche capaci di costruire e tenere insieme un ordine sociale, anche in termini sanitari, basato su Stato, Mercato e Comunità.

Il consenso sociale verso un SSN universalistico resta solido e può essere rafforzato quando il sistema è inserito in un tessuto comunitario capace di generare fiducia, reciprocità e responsabilità condivisa.

Dunque, da questa prospettiva, contrastare il razionamento sanitario non può limitarsi a un'espansione quantitativa dell'offerta pubblica né a una deregulation dell'integrazione pubblico-privato. È necessario adottare un approccio più ampio, che combini strumenti fiscali progressivi, una governance attenta dell'integrazione tra SSN e privato accreditato e un rafforzamento deciso della sanità territoriale e della prevenzione.

Il contributo dato nel presente capitolo consiste nel mostrare che la sostenibilità dell'universalismo sanitario dipende anche da fattori extra-economici. La comunità, intesa come spazio di relazioni, norme condivise e orientamento al bene comune, rappresenta una risorsa fondamentale per rendere politicamente e socialmente praticabile un SSN equo. In questa prospettiva, l'idea di un "SSN civile" non si configura come una terza via residuale, ma come un modello capace di integrare Stato, Mercato e Comunità in modo coerente con i principi costituzionali e con le preferenze espresse dalla popolazione.

Rendere visibile e misurabile il razionamento sanitario, investire nella prevenzione e ricostruire legami comunitari non sono dunque obiettivi separati, ma parti di una stessa strategia: rafforzare l'universalismo sostanziale del SSN per evitare che le diseguaglianze di oggi si traducano nei divari di salute di domani.

Nel capitolo successivo, che chiude il presente rapporto, si provano a delineare alcuni passi operativi per valorizzare quanto di buono è già stato fatto in questa direzione e rilanciare le traiettorie di un sistema sanitario universale, perché civile.

CAPITOLO CINQUE. Politiche per contrastare le diseguaglianze sanitarie e il razionamento implicito delle cure

Le evidenze presentate in questo rapporto mostrano in modo coerente che la formale universalità del Servizio Sanitario Nazionale non garantisce automaticamente un accesso equo alle cure. L'analisi della spesa sanitaria privata, della quota di individui con spesa nulla, del numero e del valore delle ricette farmaceutiche, così come gli approfondimenti sul periodo pandemico e sulla diversa attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), convergono nell'indicare l'esistenza di un **razionamento sanitario implicito** che colpisce in misura maggiore le fasce di reddito più basse e alcune aree del Paese.

In un sistema in cui le prestazioni pubbliche sono gratuite o fortemente sussidiate, il fatto che i cittadini più poveri spendano sistematicamente meno per la salute non può essere interpretato come un segnale di minori bisogni (o di loro piena soddisfazione da parte del SSN). Al contrario, l'evidenza empirica suggerisce che chi ha meno reddito ha livelli di salute dichiarate inferiori e maggior numero di patologie. Inoltre, la minore spesa riflette **vincoli economici**, tempi di attesa più lunghi, difficoltà di accesso e rinuncia alle cure. La forte elasticità della spesa sanitaria rispetto al reddito nelle fasce più basse indica l'esistenza di bisogni latenti che emergono solo quando le risorse economiche lo consentono, mentre i redditi più elevati mostrano un profilo di spesa quasi saturo.

Il periodo della pandemia ha reso questi meccanismi particolarmente visibili. Durante il COVID-19, la compressione dell'offerta sanitaria non urgente ha ridotto la possibilità di ricorrere al settore privato e ha temporaneamente attenuato le differenze di spesa tra gruppi di reddito. Tuttavia, questa riduzione delle diseguaglianze è avvenuta "verso il basso", attraverso una contrazione dell'accesso complessivo alle cure, e non attraverso un miglioramento delle condizioni dei più svantaggiati. Al termine della fase più acuta dell'emergenza, le diseguaglianze sono rapidamente riemerse, confermando che esse hanno radici strutturali e non congiunturali.

Anche l'analisi dei LEA fornisce indicazioni rilevanti per l'azione pubblica. Le regioni che garantiscono livelli più elevati di attuazione dei servizi essenziali mostrano una minore dipendenza dalla spesa sanitaria privata e una maggiore capacità di proteggere i cittadini dal ricorso forzato al mercato. In particolare, la prevenzione emerge come una leva cruciale: dove screening, medicina territoriale e sanità pubblica funzionano meglio, la necessità di sostenere spese private si riduce e l'accesso alle cure diventa meno dipendente dal reddito.

Nel loro insieme, questi risultati suggeriscono che il razionamento sanitario non può essere affrontato con un unico strumento, ma richiede una **strategia integrata di policy**, capace di agire simultaneamente sul lato dell'offerta pubblica, sui meccanismi di protezione finanziaria e sulle diseguaglianze territoriali.

Un primo ambito cruciale riguarda il **potenziamento diretto del servizio pubblico**, in coerenza con il dettato costituzionale¹⁸, a favore di sistemi universalistici, globali e solidali: molto deve essere ancora fatto per dare piena attuazione ai principi della legge 833/1978 e ai tanti provvedimenti che nei decenni a seguire non sono stati spesso sostenuti da adeguati finanziamenti. La presente ricerca evidenzia in particolare che il potenziamento va fatto nei settori che più incidono sul razionamento implicito. Le analisi suggeriscono che i colli di bottiglia non si concentrano tanto sulle emergenze, quanto sulle prestazioni differibili ma essenziali: visite specialistiche, diagnostica, follow-up e cure croniche. **Ridurre i tempi di attesa** in questi ambiti significa ridurre la necessità di ricorrere al privato. In questa prospettiva, investimenti mirati nella **sanità territoriale**, nel **personale sanitario** e nelle **strutture intermedie** possono produrre effetti redistributivi significativi, soprattutto nelle aree e tra i gruppi sociali più vulnerabili. Inoltre, il capitolo sui LEA indica che **le politiche di prevenzione** rappresentano uno degli strumenti più efficaci per contrastare le diseguaglianze sanitarie. Rafforzare screening, campagne vaccinali, medicina di iniziativa e presa in carico precoce delle patologie croniche non solo migliora gli esiti di salute, ma riduce anche la spesa privata futura e la probabilità di rinuncia alle cure. In questo senso, la prevenzione va considerata non come un costo aggiuntivo, ma come un investimento con ritorni sia sanitari sia

¹⁸Si rimanda all'art. 3 della Costituzione, ma anche alla sentenza della Corte Costituzionale num. 275/2016 che afferma che è "la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio e non l'equilibrio di questo a condizionare la doverosa erogazione"

distributivi. **Una migliore attuazione dei LEA, in particolare della componente prevenzione**, è fondamentale per contenere la spesa sanitaria privata individuale e dunque occorre sostenere le Regioni nel miglioramento delle performance anche ad esempio nell'ambito delle vaccinazioni, degli screening oncologici, dei controlli sanitari pubblici, al fine di intercettare precocemente i problemi di salute, riducendone la gravità, con effetti benefici sia in termini di salute e sia di equità. Questa prospettiva è altrettanto importante per quelle regioni che presentano livelli iniziali di LEA più bassi, in quanto rafforzare lì i LEA produce benefici proporzionalmente maggiori. I LEA sono dunque una leva strategica per rafforzare l'universalismo del sistema sanitario italiano e contrastare l'aumento delle disuguaglianze di salute.

Un secondo ambito di intervento riguarda il **rafforzamento dell'equità nella fiscalità sanitaria**. L'attuale sistema di detrazioni per spese mediche è proporzionale, non rimborsabile e soggetto a una franchigia fissa. Questo implica che i contribuenti nella no-tax area non ne beneficiano affatto, mentre quelli a reddito medio-basso ottengono un vantaggio limitato. Una riforma orientata all'equità dovrebbe rendere le agevolazioni fiscali più progressive e introdurre meccanismi rimborsabili per i redditi bassi.

Un terzo asse riguarda **la sanità territoriale** e quell'insieme di cure e servizi che intervengono prima e dopo le cure ospedaliere e che sono fondamentali in particolare per chi vive problemi sanitari di tipo cronico. In questo quadro, fondamentale è favorire lo sviluppo delle Case della Comunità¹⁹, luoghi di fattiva collaborazione tra le diverse risorse organizzative, professionali e sociali presenti sul territorio, luogo di integrazione tra sociale e sanitario, luogo in cui la persona viene riconosciuta, accolta e presa in cura a partire dal proprio diritto alla salute, ambulatori polivalenti in cui i cittadini potranno accedere per visite, screening e trattamenti che non richiedono il ricovero, oltre che per servizi di varia natura di carattere sociale e di assistenza territoriale. Al 30 giugno 2025²⁰, rispetto alle complessive 1723 Case della Comunità (riconducibili alla programmazione Cis ed Extra Cis) sono 660 le Case della Comunità dichiarate con almeno un servizio attivo dalle Asl e dalle Regioni/PP.AA.

¹⁹Si veda l'associazione Prima la Comunità, che promuove l'idea di salute intesa come bene comune, costituita da 10 associazioni tra cui le ACLI aps.

²⁰Rapporto Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, REPORT NAZIONALE DI SINTESI DEI RISULTATI DEL MONITORAGGIO DM 77/2022 I SEMESTRE 2025

In questo quadro si evidenzia in particolare il ruolo fondamentale che il **Terzo Settore e le reti sociali** giocano nel garantire alle persone il proprio diritto alla salute, inteso nella sua complessità, come benessere fisico, psichico, sociale, relazionale complessivo, radicato in una comunità di vita; un benessere che si esprime non solo nella ricezione di servizi e prestazioni, ma soprattutto nella capacità di sentirsi parte e di esprimere un protagonismo sociale e relazionale. Il fine ultimo del mondo del terzo settore è infatti quello di produrre valore sociale, beni relazionali, rapporti di mutualità e reciproco sostegno, costruzione di fiducia e capitale sociale, prossimità, vicinanza, reciprocità. Infrastrutture sociali diffuse nel territorio, come quelle che costituiscono le realtà ACLI territoriali (rappresentate da circoli, associazioni, servizi al cittadino, servizi educativi e formativi), e esperienze di welfare di comunità condotte dal mondo del terzo settore - spesso insieme a enti locali (anche attraverso lo strumento della co-progettazione e dell'amministrazione condivisa), enti benefici, realtà ecclesiali, mondo della scuola, istituzioni - svolgono già, e possono svolgere sempre più, un ruolo strategico: ad esempio una funzione di accompagnamento nella tessitura delle diverse opportunità e risorse territoriali; un compito di ascolto, orientamento, presenza, contenimento dell'isolamento vissuto dalle persone; sviluppo della salute come cura e prevenzione. Si moltiplicano nei territori esperienze di welfare integrato; esperienze di socialità e mutualità che si originano da bisogni di salute e che rendono protagonisti quelli che inizialmente erano solo destinatari di prestazioni; sportelli di orientamento che operano in rete con altri soggetti sociali e istituzionali, in una logica di network sociale complesso; servizi itineranti e domiciliari che si radicano nella comunità, che attivano esperienze di "abitare" più ampio e di esperienze di "cura della salute" più complesse.

Un quarto asse di policy riguarda il **ruolo del sistema assicurativo complementare**. Le evidenze mostrano che il ricorso alla sanità privata non è una scelta libera per tutti, ma una necessità per chi può permetterselo. In questo contesto, il rafforzamento di forme di assicurazione sanitaria integrativa a carattere mutualistico e non profit potrebbe contribuire a ridurre le diseguaglianze, offrendo una copertura accessibile

anche a lavoratori precari, anziani e famiglie a basso reddito. Ciò richiede interventi volti a ridurre le barriere all'ingresso, favorire economie di scala e introdurre regole che incentivino la concorrenza su qualità e costi, evitando segmentazioni del rischio basate su età e condizioni di salute (si veda su questo l'approfondimento in Appendice 3 e 4).

In questo contesto assume un ruolo strategico l'esperienza delle Mutue, che si configurano come uno strumento intermedio capace di accompagnare e governare le trasformazioni in atto nei sistemi di welfare sanitario, senza porsi in alternativa al Servizio Sanitario Nazionale. Le Mutue si distinguono nettamente sia dalle polizze assicurative sanitarie, generalmente caratterizzate da costi elevati e rivolte a chi dispone di una piena capacità di spesa, sia dalle casse sanitarie aziendali, riservate ai dipendenti di imprese che offrono tale beneficio. Esse si rivolgono anche a quella fascia di popolazione che non ha accesso a queste forme di copertura e che, allo stesso tempo, si trova sempre più spesso nella necessità di ricorrere al settore privato per rispondere ai propri bisogni di salute.

La trasformazione dei sistemi di welfare e, in particolare, della sanità pubblica sta riportando al centro il territorio come spazio privilegiato di risposta ai bisogni di cura. La sanità territoriale si fonda sull'idea che l'accesso alle prestazioni non possa essere garantito esclusivamente attraverso grandi strutture ospedaliere, ma richieda reti locali, servizi di prossimità e forme di integrazione tra attori pubblici, privati e del Terzo Settore. In questo quadro, l'esperienza delle Mutue offre elementi rilevanti per comprendere come strumenti mutualistici possano contribuire a rafforzare l'ecosistema territoriale della salute. L'aumento della domanda sanitaria e le difficoltà di accesso alle prestazioni pubbliche stanno infatti spingendo una parte crescente della popolazione verso il ricorso al settore privato. Questo passaggio avviene spesso in modo individuale e non accompagnato, con il rischio di ampliare le disuguaglianze e di frammentare i percorsi di cura.

Le Mutue intervengono in questo spazio intermedio, offrendo una risposta collettiva e territorialmente radicata a bisogni che altrimenti

verrebbero affrontati esclusivamente su base privata. Ad esempio, il modello delle Mutue BCC, associazioni mutualistiche locali promosse e sostenute dalle Banche di Credito Cooperativo, si fonda sull'obiettivo di offrire un supporto accessibile e di prossimità ai bisogni sanitari delle comunità di riferimento. Dal punto di vista operativo, esse prevedono proprio grazie al supporto delle BCC, quote associative contenute e rimborsi di importo limitato, definiti come una percentuale della spesa sostenuta entro un plafond annuale. Per i soggetti che dispongono già di una polizza assicurativa o di una cassa sanitaria aziendale, il contributo delle Mutue BCC risulta inoltre cumulabile, rafforzando la copertura complessiva. Un elemento centrale di questa buona pratica di mutualismo riguarda il loro rapporto con il sistema sanitario pubblico. Accanto al rapporto con il sistema sanitario, le Mutue BCC sviluppano relazioni significative con il privato sociale – tra cui Misericordie, Pubbliche Assistenze e cooperative – che in molti contesti territoriali rappresenta un presidio fondamentale per i servizi alle comunità, soprattutto nelle aree più periferiche o marginali. Queste collaborazioni, sostenute da un soggetto cooperativo quale la BCC, contribuiscono a rafforzare ulteriormente la dimensione di prossimità, ad esempio attraverso servizi di accompagnamento o trasporto verso le strutture sanitarie.

A livello generale, le Mutue possono essere lette come un'esperienza di auto-organizzazione dal basso, capace di costruire risposte collettive a bisogni primari come la salute. Esse valorizzano reti locali, relazioni di fiducia e logiche di solidarietà, configurandosi come un esempio di economia sociale e territoriale. In questo senso, le Mutue possono essere considerate una vera e propria infrastruttura sociale di prossimità, in grado di integrare l'azione del sistema sanitario pubblico senza sostituirlo e di contribuire, al contempo, alla coesione sociale e allo sviluppo di forme di economia civile fondate su un patto di comunità locale.

Un quinto ambito di intervento, spesso trascurato nel dibattito sulle diseguaglianze sanitarie ma potenzialmente rilevante per liberare risorse a favore dell'equità, riguarda la **riduzione degli sprechi e delle inefficienze negli acquisti di beni e dispositivi sanitari**. La letteratura sul procurement sanitario mostra, infatti, che i prezzi pagati dagli acquiren-

ti pubblici possono variare in modo significativo anche per dispositivi standardizzati, suggerendo che una parte della spesa dipenda non solo dai volumi e dalla qualità, ma anche da fattori organizzativi come competenza del buyer, capacità di progettare correttamente le gare, frammentazione degli acquisti e grado di trasparenza. Studi empirici basati su gare pubbliche italiane documentano un'ampia dispersione dei prezzi per dispositivi medici comparabili e mostrano che differenze nelle caratteristiche e nelle scelte degli acquirenti possono spiegare una quota importante di tale variabilità. In parallelo, organizzazioni internazionali come l'OCSE sottolineano che il procurement pubblico è tra le attività più esposte a rischi di spreco, cattiva gestione e corruzione, proprio per la complessità tecnica, l'elevato numero di transazioni e l'interazione stretta tra pubblico e privato. In sanità, questi rischi possono manifestarsi anche sotto forma di sovrapprezzi o contratti poco efficienti, soprattutto in condizioni emergenziali o in mercati con forte asimmetria informativa.

In questa prospettiva, politiche di contrasto alle diseguaglianze non dovrebbero agire solo sul lato dell'accesso alle cure, ma anche sul lato dell'efficienza della spesa pubblica: migliorare la qualità degli acquisti significa **liberare risorse** che possono essere reinvestite nella riduzione delle liste d'attesa, nella sanità territoriale e nella prevenzione, cioè proprio nelle aree che incidono maggiormente sul razionamento implicito. Strumenti utili includono una maggiore standardizzazione e tracciabilità dei prezzi, l'uso sistematico di dati di benchmark, la professionalizzazione delle stazioni appaltanti, forme di centralizzazione quando efficaci e la piena trasparenza dei dati di acquisto. Su questo punto esistono anche basi informative ufficiali che vanno nella direzione della misurazione e comparazione della spesa per dispositivi medici acquistati dalle strutture del SSN, favorendo il monitoraggio e il confronto tra amministrazioni.

Alla luce di queste evidenze, le politiche di contrasto alle diseguaglianze non dovrebbero limitarsi ad agire sul lato dell'accesso alle cure, ma intervenire anche sul lato della qualità della spesa pubblica. Migliorare il procurement significa liberare risorse da reinvesti-

re nella riduzione delle liste d'attesa, nel rafforzamento della sanità territoriale e nella prevenzione; allo stesso tempo, significa utilizzare la domanda pubblica come leva per orientare il sistema produttivo verso modelli più sostenibili e inclusivi. In questa prospettiva, il procurement sanitario può diventare uno strumento strategico di politica industriale e sociale, capace di valorizzare filiere dell'economia sociale e civile, a partire da quelle cooperative, che operano secondo principi di inclusione sociale e sviluppo sostenibile. Nel quadro delle politiche volte a migliorare la qualità della spesa pubblica in sanità, l'esperienza delle filiere cooperative rappresenta infatti un riferimento rilevante. In particolare, se prendiamo come esempio le buone pratiche sviluppate nell'ambito di Confcooperative Sanità o del Distretto Sociale Diffuso, si dimostra come sia possibile coniugare efficienza economica, qualità dei servizi e impatto sociale, valorizzando modelli organizzativi fondati sulla cooperazione e sul radicamento territoriale. Il coinvolgimento di imprese cooperative e di soggetti dell'economia sociale e civile nelle filiere di fornitura sanitaria può contribuire a rafforzare la resilienza dei sistemi locali, riducendo la dipendenza da catene di approvvigionamento opache o scarsamente controllabili e favorendo una maggiore tracciabilità dei materiali e dei processi. In questo senso, la qualità della spesa pubblica si misura non solo in termini di efficienza economica immediata, ma anche in relazione alla capacità di generare valore pubblico nel medio-lungo periodo, attraverso investimenti coerenti con gli obiettivi di sostenibilità e coesione sociale.

Strumenti operativi in questa direzione includono una maggiore standardizzazione e trasparenza dei prezzi, l'uso sistematico di dati di benchmark, la professionalizzazione delle stazioni appaltanti, forme di centralizzazione degli acquisti quando efficaci e la piena accessibilità dei dati di spesa. A ciò si affianca la possibilità di progettare gare pubbliche che favoriscano la partecipazione di reti e consorzi di imprese cooperative e sociali, valorizzando logiche di filiera e di collaborazione piuttosto che esclusivamente dinamiche competitive di breve periodo. Su questo terreno esistono già basi informative uf-

ficiali che consentono la misurazione e la comparazione della spesa per dispositivi medici acquistati dalle strutture del SSN.

Infine, i risultati del rapporto suggeriscono l'utilità di dotarsi di **strumenti permanenti di monitoraggio delle disuguaglianze sanitarie**. La possibilità di stimare il gap di spesa sanitaria privata tra gruppi di reddito e di tradurlo in grandezze aggregate offre un indicatore potente e facilmente aggiornabile del razionamento implicito. Indicatori di questo tipo potrebbero essere utilizzati per orientare le politiche regionali, valutare l'impatto delle riforme e collegare parte del finanziamento sanitario al miglioramento dell'equità di accesso, in una logica di responsabilizzazione e trasparenza. L'Appendice 2 contiene una prima proposta, utilizzata anche in parte nelle analisi del presente Rapporto.

In questo quadro sia le ACLI, insieme al proprio CAF e al proprio Istituto di ricerca IREF, con il lavoro di analisi del proprio database (Panel Redditi ACLI), che NeXt Economia con il suo osservatorio nazionale sul Ben Vivere e la Generatività dei territori, mirano a proseguire i lavori di ricerca attraverso una azione di monitoraggio costante nel tempo.

In conclusione, le politiche per contrastare le disuguaglianze sanitarie devono riconoscere che il problema non è solo quanto si spende in sanità, ma **come** si spende e **con quali effetti distributivi**. Rafforzare il servizio pubblico, rendere più equa la protezione finanziaria, ridurre i divari territoriali nei LEA e investire in prevenzione sono strategie complementari e non alternative. Solo un approccio integrato può trasformare l'universalismo formale del sistema sanitario in un universalismo effettivo, capace di garantire pari opportunità di cura indipendentemente dal reddito, dal luogo di residenza e dalle condizioni di partenza.

Appendice 1. La metodologia per costruire i pesi del campione

Poiché il campione non è probabilistico – gli individui hanno scelto volontariamente di rivolgersi al CAF ACLI – presenta potenziali distorsioni di rappresentatività rispetto alla popolazione nazionale dei contribuenti.

Per correggere questi squilibri abbiamo implementato una strategia di **post-stratificazione**, sfruttando le tavole ufficiali pubblicate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF).

Abbiamo confrontato la distribuzione dei contribuenti nel nostro campione con quella nazionale, utilizzando tre dimensioni: classe di reddito per fascia d'età, per regione e per genere. È emerso che il Panel Redditi ACLI sovra-rappresenta le regioni del Nord e i contribuenti con redditi più alti; alcune fasce di reddito risultano assenti in alcune regioni del Sud. Le donne sono sovra-rappresentate nelle fasce a reddito medio-basso, mentre i giovani con redditi bassi sono sottorappresentati; al contrario, gli over 65 risultano sovra-rappresentati, coerentemente con il profilo tipico dell'utenza dei CAF.

Per correggere queste distorsioni abbiamo costruito dei **pesi di post-stratificazione**. Il MEF suddivide i redditi in 34 classi, ma per garantire sufficiente numerosità nelle celle del nostro campione, le abbiamo aggregate secondo gli scaglioni IRPEF del 2023: <15.000€, 15.000–27.999€, 28.000–49.999€, e ≥50.000€. Le fasce d'età del MEF includono anche i 15–24 anni, ma poiché il nostro campione comprende solo maggiorenni, abbiamo assunto che la fascia 15–24 del MEF corrispondesse alla popolazione 18–24, un'approssimazione giustificata dalla bassa incidenza di contribuenti under 18.

I pesi di post-stratificazione sono stati calcolati come **rapporto tra la numerosità della popolazione MEF e quella ACLI** per ogni combinazione di fascia (post-strato). Il peso finale per ciascun individuo è la **media geometrica dei pesi** ottenuti per età, regione e genere. Per evitare instabilità dovute a celle con bassa numerosità (soprattutto nella dimensione regionale), abbiamo **tagliato (trimmed)** i pesi oltre il 95° percentile.

La bontà dell'operazione è stata verificata tramite test di validazione sul dataset 2024. Per ciascuna stratificazione, abbiamo confrontato le distribuzioni ACLI ponderate con quelle MEF, utilizzando differenze percentuali medie, correlazioni di Pearson e regressioni lineari. I risultati mostrano un elevato grado di allineamento tra campione e popolazione:

- Per età × reddito (16 combinazioni): differenza media assoluta 1,75%, correlazione 0,87, $R^2 = 0,75$;
- Per genere × reddito (8 combinazioni): differenza 3,55%, correlazione 0,77, $R^2 = 0,60$;
- Per regione × reddito (80 combinazioni): differenza 0,71%, correlazione 0,77, $R^2 = 0,59$.

In tutti i casi, le regressioni mostrano pendenze vicine a 1 e intercette prossime a 0, a conferma dell'efficacia del ricalcolo. In sintesi, l'utilizzo di questi pesi consente di correggere i principali squilibri campionari, **rendendo i risultati dell'analisi statisticamente validi e rappresentativi della popolazione dei contribuenti italiani.**

Appendice 2. Il cruscotto di indicatori per monitorare le diseguaglianze sanitarie: una prima proposta

Le analisi presentate in questo rapporto mostrano che le diseguaglianze sanitarie non sono un fenomeno episodico, ma una componente strutturale del funzionamento del sistema sanitario italiano. Esse emergono in modo coerente attraverso molteplici dimensioni: livelli di spesa sanitaria privata, probabilità di rinuncia alle cure, intensità e qualità del consumo di farmaci, differenze territoriali nella qualità dei servizi e capacità di risposta a shock sistemici come la pandemia da COVID-19. Alla luce di queste evidenze, una delle principali implicazioni di policy del rapporto è la necessità di **rendere le diseguaglianze sanitarie misurabili, monitorabili e comparabili nel tempo.**

In questa prospettiva, proponiamo la costruzione di un **cruscotto di indicatori di diseguaglianza sanitaria**, basato sui dati amministrativi utilizzati nel rapporto, con l'obiettivo di affiancare agli indicatori tradizionali di spesa e performance del sistema sanitario una misura diretta del **razionamento sanitario implicito**. L'idea di fondo è semplice: se il sistema sanitario funzionasse in modo equo, l'accesso alle cure non dovrebbe dipendere in modo sistematico dal reddito, dal luogo di residenza o dalla capacità di sostenere spese private. Quando invece tali di-

pendenze emergono in modo persistente, esse segnalano un problema strutturale di equità.

Il primo nucleo del cruscotto riguarda la **dimensione monetaria del razionamento**. A tal fine, l'indicatore centrale è il divario di spesa sanitaria non equa tra gruppi di reddito, definita come la differenza tra la spesa sanitaria privata sostenuta dai contribuenti appartenenti agli scaglioni di reddito più elevati e quella sostenuta dai contribuenti nei livelli di reddito più bassi. Questo indicatore misura in modo diretto quanta "sanità privata necessaria" risulta di fatto inaccessibile alle fasce più fragili della popolazione. Il divario può essere espresso sia in termini assoluti (euro pro capite) sia in termini relativi, facilitando il confronto nel tempo e tra territori.

Accanto a questa misura, il cruscotto include un indicatore di **esclusione dal mercato delle cure**, basato sulla quota di individui che non dichiarano alcuna spesa sanitaria privata nel corso dell'anno. Un'elevata incidenza di "spesa zero" tra i redditi bassi, soprattutto nelle fasce di età più avanzate, rappresenta uno dei segnali più chiari di razionamento implicito. Il confronto tra gruppi di reddito consente di quantificare la probabilità relativa di rinuncia alle cure e di monitorarne l'evoluzione nel tempo.

Una terza dimensione riguarda l'**intensità del consumo di cure private** tra coloro che riescono ad accedervi. Confrontare la spesa sanitaria non equa condizionata al fatto di sostenere una spesa positiva permette di distinguere tra chi è completamente escluso dal mercato delle cure e chi, pur accedendovi, è costretto a limitare l'intensità o la continuità dei trattamenti per ragioni economiche. Questa distinzione è cruciale per comprendere la natura delle diseguaglianze osservate e per disegnare interventi mirati.

Il cruscotto include inoltre una dimensione di **razionamento qualitativo**, basata sugli indicatori relativi alla spesa farmaceutica. L'analisi congiunta del valore complessivo della spesa per farmaci, del numero di documenti di acquisto e del valore medio per documento consente di cogliere differenze non solo nella quantità, ma anche nella possibile

qualità e appropriatezza dei trattamenti seguiti. Differenze persistenti lungo la distribuzione del reddito, soprattutto tra gli anziani, segnalano che il vincolo economico può incidere anche sulle scelte terapeutiche.

Per rendere questi indicatori facilmente utilizzabili a fini di policy, proponiamo la sintesi delle principali dimensioni in un **Indice composito di razionamento sanitario**, costruito aggregando in modo trasparente le misure chiave di disuguaglianza monetaria, esclusione e intensità di utilizzo. L'indice, normalizzato su una scala comune, consente confronti immediati tra regioni e nel tempo, facilitando l'identificazione delle aree più critiche e il monitoraggio degli effetti delle politiche adottate.

Un ulteriore valore aggiunto del cruscotto deriva dall'integrazione con gli indicatori istituzionali già esistenti, in particolare quelli relativi ai Livelli Essenziali di Assistenza. Affiancare alle misure di performance dei LEA un indicatore di disuguaglianza sanitaria consente di valutare non solo se i servizi essenziali siano formalmente garantiti, ma anche **per chi** essi funzionino effettivamente. In questa prospettiva, la riduzione del gradiente di reddito nella spesa sanitaria privata diventa un obiettivo misurabile e monitorabile, rafforzando il legame tra qualità dell'offerta pubblica ed equità.

Infine, il cruscotto consente di valutare la **resilienza del sistema sanitario agli shock**, come mostrato dall'analisi del periodo pandemico. Indicatori che misurano se e quanto le disuguaglianze si ampliano durante le crisi e se il recupero successivo è simmetrico tra gruppi sociali permettono di individuare tempestivamente i gruppi più vulnerabili e di orientare interventi anticiclici mirati.

Nel complesso, la costruzione e il monitoraggio sistematico di questi indicatori rappresentano una proposta concreta di policy. Rendere visibili le disuguaglianze sanitarie significa renderle politicamente rilevanti, consentendo di valutare l'efficacia delle politiche non solo in termini di spesa complessiva o di output sanitari medi, ma anche in termini di **equità di accesso alle cure**. In questo senso, il cruscotto di indicatori proposto non è un semplice strumento statistico, ma una leva per rafforzare l'universalismo sostanziale del sistema sanitario italiano.

Tabella A2.1 - Gli indicatori proposti

NOME INDICATORE	DEFINIZIONE SINTETICA	COSA MISURA
<p>INDICATORE DI RAZIONAMENTO MONETARIO: GAP DI SPESA NON EQUA</p>	<p>Differenza di spesa privata non SSN tra redditi alti e bassi</p> <p>Definizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $NE = \text{spesa sanitaria non equa}$ (spesa privata totale - ticket SSN), già nel rapporto. • Gap assoluto: $\Delta NE = \dot{NE}_{Q5} - \dot{NE}_{Q1}$ (o top vs bottom scaglione). • Gap relativo: $R_{NE} = \dot{NE}_{Q5} / \dot{NE}_{Q1}$. 	<p>Razionamento monetario delle cure</p>
<p>INDICATORE DI ESCLUSIONE DAL MERCATO DELLE CURE: TASSO DI "ZERO SPESA"</p>	<p>Differenza nella quota di individui con spesa sanitaria zero</p> <p>Definizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $Z = 1$ se spesa privata (o NE) = 0, altrimenti 0. • Tasso: $p_z(q) = P(Z = 1 / q)$. • Indice di disuguaglianza: <ul style="list-style-type: none"> ○ Differenza: $p_z(Q1) - p_z(Q5)$ ○ oppure rapporto: $p_z(Q1) / p_z(Q5)$. 	<p>Esclusione dal mercato delle cure</p>
<p>INDICATORE INTENSIVO: SPESA CONDIZIONATA AL FATTO DI SPENDERE</p>	<p>Spesa non equa media tra chi sostiene spesa positiva</p> <p>Definizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $N'E^+(q) = E[NE / NE > 0, q]$ • Gap assoluto/relativo tra quintili. 	<p>Sotto-consumo condizionato</p>
<p>INDICE DI ACCESSO AI FARMACI</p>	<p>Differenze per reddito in valore e numero di acquisti di farmaci e si articola in due dimensioni molto informative:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. valore medio dei farmaci (fatture/scontrini aggregati) 2. numero medio di scontrini (proxy di frequenza/continuità terapeutica) <p>Definizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $V_F(q)$ = valore medio annuo farmaci (o totale farmaci). • $N_F(q)$ = numero medio annuo di scontrini farmaci (tra chi ha spesa farmaci). • Costo medio per documento: $C_F(q) = V_F(q) / N_F(q)$ (attenzione: è "per documento aggregato", come avete spiegato). <p>Indicatori di disuguaglianza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $\Delta V_F, \Delta N_F, \Delta C_F$. 	<p>Razionamento quantitativo e qualitativo</p>

Tabella A2.1 - Gli indicatori proposti

NOME INDICATORE	DEFINIZIONE SINTETICA	COSA MISURA
INDICE COMPOSITO DI RAZIONAMENTO SANITARIO	Media semplice o pesata degli indicatori chiave su scala 0-100. Procedura di normalizzazione degli indicatori elementari (quelli contenuti nelle righe precedenti) Min-Max	Sintesi territoriale e temporale
INDICE LEA-EQUITÀ	Relazione tra punteggio LEA e gradiente di reddito nella spesa	Capacità del SSN di ridurre disuguaglianze
INDICE DI RESILIENZA SANITARIA	<p>Variazione delle disuguaglianze durante e dopo uno shock (es. COVID)</p> <p>Definizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calcoli per ciascun anno: $\Delta N E_{2020} - \Delta N E_{2019}$ e poi la stessa cosa 2021-2023. • Oppure un indicatore di recupero diseguale: $RecoveryGap = (NE_{Q5,2023} - NE_{Q5,2019}) - (NE_{Q1,2023} - NE_{Q1,2019})$ 	Vulnerabilità del sistema

Appendice 3. Assicurazioni sanitarie, concorrenza e diseguaglianze: problemi e riforme possibili

A3.1. Fallimenti del mercato nel settore assicurativo sanitario

Il mercato assicurativo sanitario presenta **fallimenti strutturali** che ne limitano la capacità di offrire coperture ampie, eque ed efficienti che potrebbero essere di valido aiuto nella riduzione delle diseguaglianze sanitarie.

In primo luogo, **asimmetrie informative e selezione avversa** inducono le compagnie a privilegiare i soggetti a basso rischio e a scoraggiare o escludere individui anziani, cronici o con condizioni pregresse. Ne deriva il paradosso per cui è difficile assicurarsi proprio contro i rischi sanitari più rilevanti.

In secondo luogo, il settore è caratterizzato da **elevate barriere all'ingresso** (requisiti patrimoniali, gestione del rischio, complessità regolatoria), che favoriscono un **oligopolio di grandi operatori**. La concorrenza tende così a concentrarsi su marketing e selezione dei clienti, piuttosto che su riduzione dei costi e miglioramento della qualità delle prestazioni.

Il risultato è un equilibrio con **premi elevati**, coperture frammentate e **accesso diseguale** alla sanità privata integrativa, che finisce per riflettere e amplificare le diseguaglianze socio-economiche.

A3.2. Risposte possibili in via teorica

La teoria economica mostra che la concorrenza nel settore assicurativo sanitario può funzionare solo se accompagnata da **meccanismi di correzione del rischio**.

Gli strumenti principali includono:

- **Premi comunitari o bande di prezzo limitate**, per evitare una tariffazione pienamente individuale del rischio;

- **Open enrollment (l'assicuratore non può rifiutare l'adesione** di una persona che chiede di essere assicurata per una determinata copertura standard) e limiti alle esclusioni per condizioni preesistenti;
- **Compensazione del rischio (risk equalization)** tra assicuratori o fondi, per neutralizzare i vantaggi competitivi derivanti dalla selezione dei clienti più sani;
- **Riassicurazione pubblica** per i rischi ad altissimo costo, che riduce la necessità di capitalizzazioni proibitive e favorisce l'ingresso di operatori mutualistici e non profit.

In assenza di questi strumenti, la concorrenza tende a produrre selezione, non efficienza.

A3.3. Best practices internazionali

Diversi paesi europei mostrano che solidarietà e concorrenza non sono incompatibili, se ben regolate.

- **Germania:** la concorrenza tra casse è resa possibile da un sistema avanzato di risk structure compensation che redistribuisce le risorse tra le compagnie assicurative in base al profilo di rischio degli assicurati, sulla base di un sofisticato sistema di calcolo del profilo di rischio del portafoglio di assicurati.
- **Paesi Bassi:** obbligo di accettazione, premi comunitari e sofisticati meccanismi di risk adjustment permettono la competizione su efficienza e qualità.
- **Svizzera:** premi comunitari, compensazione del rischio e sussidi pubblici per i redditi bassi garantiscono ampia copertura con pluralità di assicuratori.
- **Francia:** la diffusione della sanità complementare attraverso il canale aziendale ha ampliato la copertura, pur richiedendo correttivi per evitare esclusioni dei lavoratori più fragili.

A3.4. Cosa proporre in Italia

Per rafforzare il ruolo della sanità integrativa come strumento di riduzione delle diseguaglianze, una riforma coerente dovrebbe prevedere:

1. Un **paniere nazionale standard di coperture integrative**, con contratti comparabili e trasparenti;
2. **Open enrollment** sul paniere standard e limiti stringenti a esclusioni e carenze;
3. Un **meccanismo nazionale di compensazione del rischio** alla tedesca tra fondi e assicuratori sanitari;
4. **Riassicurazione pubblica** per i rischi rari e ad altissimo costo;
5. Regole prudenziali proporzionate e **infrastrutture comuni** (centrali servizi) per favorire la crescita di mutue e fondi non profit;
6. Un ruolo del **welfare aziendale** incardinato in fondi di categoria o territoriali, con portabilità e continuità della copertura.

A3.5. Cosa succederebbe migliorando il mercato italiano

Un mercato assicurativo sanitario meglio regolato produrrebbe **doppi benefici**.

Per i cittadini:

- maggiore accesso alla copertura, anche per anziani, precari e famiglie a basso reddito;
- premi più prevedibili e contratti più semplici;
- riduzione delle diseguaglianze nell'accesso alle cure.

Per il sistema assicurativo:

- minore dipendenza da rendite da selezione del rischio;
- maggiore scala, stabilità e produttività;

- profitti più sostenibili nel lungo periodo, orientati a investimenti utili al sistema.

In questo quadro, gli **utili delle compagnie** non dovrebbero essere interpretati solo come risorse da distribuire agli azionisti, ma come **leva di investimento collettivo**: rafforzamento patrimoniale, innovazione organizzativa, acquisto efficiente di prestazioni e **contributo strutturale alla prevenzione**.

In particolare, si può valutare il coinvolgimento del settore assicurativo nel **finanziamento e nello sviluppo del pilastro prevenzione dei LEA**, allineando l'interesse delle compagnie (ridurre rischi e costi futuri) con l'obiettivo pubblico di migliorare la salute e ridurre le diseguglianze.

A3.6. Principio di proporzionalità e requisiti di capitalizzazione

L'introduzione di un criterio di proporzionalità nella disciplina prudenziale implica che i requisiti di capitalizzazione, di governance e di compliance siano commisurati alla dimensione, alla complessità e al profilo di rischio effettivo degli operatori. Sebbene il quadro regolatorio vigente riconosca formalmente il principio di proporzionalità e una logica risk-based dei requisiti patrimoniali, nella pratica tali requisiti risultano poco sensibili alle differenze nel profilo di rischio dei portafogli assicurati, soprattutto per operatori di piccola e media dimensione. A ciò si aggiunge il peso di **costi fissi di compliance e di governance largamente indipendenti dal rischio**, che risultano regressivi rispetto alla dimensione degli operatori. In assenza di un'applicazione più stringente del criterio di proporzionalità anche su questi aspetti, regole tarate sui grandi assicuratori for-profit finiscono per applicarsi indistintamente anche a mutue e soggetti non profit, che operano su scala ridotta, con prodotti standard e rischi più contenuti. Ne derivano barriere all'ingresso e alla crescita che limitano la concorrenza e penalizzano proprio i modelli più orientati all'inclusione e alla condivisione del rischio.

A3.7. Il ruolo dello Stato: usare risorse pubbliche in modo non distortivo

Il coinvolgimento dello Stato nel rafforzamento della sanità integrativa deve avvenire in modo complementare alla spesa sanitaria diretta e non come suo sostituto. Risorse pubbliche destinate a questo ambito risultano efficienti solo se utilizzate come leva regolatoria e assicurativa, piuttosto che come sussidio generalizzato alla domanda, che rischierebbe di gonfiare i prezzi e di avvantaggiare prevalentemente i gruppi già coperti. In questa prospettiva, gli interventi pubblici più efficaci sono quelli mirati alla riduzione del rischio sistemico e delle barriere strutturali: meccanismi di riassicurazione per i casi ad altissimo costo, contributi selettivi per l'accesso delle fasce a basso reddito al paniere integrativo di base, investimenti in infrastrutture comuni e standardizzazione dei processi. Tali strumenti consentono di ampliare l'accesso e ridurre le diseguaglianze senza indebolire gli incentivi all'efficienza né compromettere il ruolo centrale del SSN.

Quando si parla di investimenti pubblici a supporto del mercato assicurativo sanitario, il riferimento non è a sussidi diretti alle compagnie o a un trasferimento della spesa pubblica verso il settore privato, bensì alla creazione di **infrastrutture comuni e standard di funzionamento** che riducano i costi fissi, migliorino la trasparenza e rafforzino l'efficienza complessiva del sistema. In concreto, ciò può includere piattaforme interoperabili per la gestione amministrativa e dei sinistri, standard tecnologici condivisi per lo scambio sicuro di informazioni con il Servizio sanitario nazionale, nonché centrali di servizio consortili per attività come auditing clinico, antifrode e formazione. Si tratta di beni collettivi di sistema che consentono anche a mutue e operatori di piccola e media dimensione di operare con livelli adeguati di solidità tecnica e organizzativa, senza replicare costose strutture individuali.

Accanto a queste infrastrutture, la **standardizzazione dei processi** – in particolare dei contratti e dei protocolli di intervento – rappresenta un ulteriore strumento non distortivo di policy. Definizioni comuni di prestazioni, franchigie e massimali per un paniere integrativo di base, così

come linee guida condivise per programmi di prevenzione e gestione delle cronicità, aumentano la confrontabilità delle offerte e spostano la concorrenza su prezzo e qualità effettiva dei servizi. In questo modo, l'intervento pubblico non altera il gioco competitivo né seleziona vincitori, ma crea le condizioni affinché il mercato assicurativo sanitario contribuisca in modo più efficiente ed equo al rafforzamento del sistema di welfare e alla riduzione delle diseguaglianze sanitarie.

A3.8. Il contributo delle compagnie: sostenere i LEA senza distorsioni

Anche il contributo del settore assicurativo al rafforzamento dei Livelli Essenziali di Assistenza può essere disegnato in modo non distorsivo e coerente con l'interesse pubblico. Piuttosto che attraverso forme di finanziamento opache o di integrazione selettiva, il coinvolgimento delle compagnie dovrebbe concentrarsi su ambiti in cui esiste un chiaro allineamento di incentivi, in primo luogo la prevenzione e la gestione delle cronicità. Contributi vincolati o obblighi regolati, proporzionati ai premi raccolti e destinati a programmi di prevenzione misurabili e standardizzati, permetterebbero di rafforzare il pilastro preventivo dei LEA riducendo il rischio sanitario futuro. In questo modo, gli utili del settore assicurativo verrebbero reinvestiti in attività che migliorano la salute della popolazione, riducono la spesa sanitaria nel medio-lungo periodo e contribuiscono a una maggiore equità, evitando che il sostegno ai LEA si traduca in nuove forme di segmentazione o in vantaggi selettivi per pochi gruppi di assicurati.

A3.9. Implicazioni per concorrenza, equità e stabilità del sistema

Una proporzionalità ben disegnata non comporta un allentamento della vigilanza, ma una sua maggiore efficacia, rendendo i requisiti prudenziali e gli oneri amministrativi più aderenti al rischio effettivamente assunto e meno distorsivi rispetto alla dimensione degli operatori. In particolare, la riduzione dei costi fissi può essere perseguita **senza aumentare il rischio di sistema**, attraverso infrastrutture comuni,

centrali di servizio, standardizzazione dei processi e meccanismi di riassicurazione, che consentono di mantenere elevati livelli di controllo e trasparenza. Ciò permetterebbe a mutue e fondi sanitari integrativi di svilupparsi gradualmente e di beneficiare di economie di scala, rafforzando la concorrenza su costi e qualità, riducendo il potere oligopolistico degli operatori dominanti e ampliando l'accesso alla copertura per anziani, lavoratori precari e famiglie a basso reddito. In questo modo, la regolazione prudenziale diventerebbe uno strumento coerente con gli obiettivi di riduzione delle diseguaglianze sanitarie, senza compromettere la stabilità finanziaria del settore.

A3.10. Un orizzonte di riforma win-win per sistema, operatori e cittadini

L'orizzonte verso cui orientare la riforma è quello di un assetto **complementare e cooperativo** tra soggetti mutualistici, grandi operatori assicurativi e settore pubblico. In tale equilibrio, mutue e fondi non profit, rafforzati da regole di proporzionalità, compensazione del rischio e infrastrutture comuni, potrebbero assicurare un paniere integrativo di base a platee ampie e socialmente eterogenee, contribuendo a ridurre le diseguaglianze nell'accesso alle cure. I grandi player for-profit continuerebbero a operare su segmenti aggiuntivi e servizi a maggiore personalizzazione, competendo su efficienza, qualità e innovazione, senza fondare la propria redditività sulla selezione del rischio. Per lo Stato, questo assetto consentirebbe un uso più efficiente delle risorse pubbliche, affiancando alla spesa sanitaria diretta strumenti assicurativi regolati, riassicurazione dei rischi estremi e investimenti mirati in prevenzione, con effetti di riduzione dei costi futuri e di alleggerimento della pressione sul SSN. Nel complesso, un mercato assicurativo sanitario meglio disegnato può diventare non un fattore di frammentazione, ma una leva strutturale per **umentare l'accesso, migliorare le condizioni per i cittadini e ridurre le diseguaglianze sanitarie**, rafforzando al contempo la sostenibilità del sistema e la solidità degli operatori.

Appendice 4. Perché pubblico e privato sono già integrati nei percorsi di cura

In molti ambiti, il sistema sanitario italiano funziona già come un sistema misto, in cui il Servizio Sanitario Nazionale garantisce l'accesso alle fasi acute e più critiche della cura, mentre il completamento del percorso terapeutico richiede spesso il ricorso a prestazioni private. Questa integrazione di fatto non è il risultato di una scelta esplicita di policy, ma emerge come risposta alle carenze di offerta, ai tempi di attesa e alle difficoltà organizzative del sistema pubblico. Alcuni esempi chiariscono il meccanismo.

Esempio 1: intervento cardiaco e riabilitazione. Un intervento cardiocirurgico viene effettuato in ospedale pubblico con accesso universale. Tuttavia, la riabilitazione cardiologica post-operatoria, i controlli ravvicinati e il recupero funzionale richiedono spesso prestazioni non tempestivamente disponibili nel canale pubblico. Il ricorso a centri di riabilitazione e follow-up privati diventa quindi determinante per l'esito clinico, ma è accessibile solo a chi può sostenere la relativa spesa.

Esempio 2: percorso oncologico e follow-up. Diagnosi e terapie oncologiche sono garantite dal SSN, ma il monitoraggio successivo – visite di controllo frequenti, esami diagnostici ravvicinati, supporto nutrizionale e psicologico – presenta spesso tempi di attesa incompatibili con le esigenze cliniche. I pazienti con maggiori risorse economiche integrano il percorso con prestazioni private, mentre quelli a basso reddito tendono a rinviare o ridurre i controlli.

Esempio 3: ortopedia e recupero funzionale. Dopo interventi come la protesi d'anca o di ginocchio, l'efficacia della cura dipende dalla continuità e dall'intensità della fisioterapia. In molte aree del Paese l'offerta pubblica è limitata o frammentata, rendendo la fisioterapia privata una condizione necessaria per il pieno recupero, ma non universalmente accessibile.

Esempio 4: malattie croniche. Per patologie come diabete o malattie cardiovascolari, il SSN garantisce farmaci e visite di base, ma una

gestione ottimale richiede controlli frequenti, dispositivi, educazione terapeutica e monitoraggi che spesso implicano spesa privata. Chi ha redditi più elevati riesce a integrare il percorso, mentre i pazienti più fragili rischiano un controllo sub-ottimale della malattia.

Esempio 5: salute mentale. Il servizio pubblico svolge un ruolo cruciale nella presa in carico iniziale, ma fatica a garantire continuità e intensità dei percorsi psicoterapeutici. La psicoterapia privata diventa quindi una componente essenziale del trattamento per chi può permettersela, accentuando le diseguaglianze di accesso.

In sintesi, il sistema sanitario italiano è già caratterizzato da un'integrazione pubblico-privato nei percorsi di cura. Quando tale integrazione non è regolata, essa tende a dipendere dalla capacità di spesa individuale e a produrre diseguaglianze negli esiti di salute, configurando una forma di razionamento sanitario implicito.

Appendice 5. Stime econometriche del Capitolo 1

Tabella A2.1 - Gli indicatori proposti

Variabili	Spesa sanitaria totale (no spese per disabilità)	Spesa sanitaria per ticket SSN	Spesa sanitaria no equa e no disabilità	Spesa sanitaria specialistica	Spesa sanitaria per interventi chirurgici	Spesa sanitaria per protesi	Spesa sanitaria per dentista	Spesa sanitaria per ottico	Spesa sanitaria per disabilità	Spesa sanitaria per farmaci	Spesa sanitaria per dispositivi medici
Reddito imponibile	0.0139*** (0.000620)	0.000460* ** (2.20e-05)	0.0135*** (0.000599)	0.00346** * (0.000156)	0.000651* ** (3.79e-05)	0.000144* ** (7.70e-06)	0.00270** * (0.000125)	0.000430* ** (2.00e-05)	0.000859* ** (2.98e-05)	0.00215** * (0.000102)	0.000958* ** (1.21e-05)
Dummy Regioni	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Dummy Anni	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Constant	-326.9*** (9.383)	-11.21*** (0.546)	-315.7*** (9.271)	-46.49*** (2.361)	-1.546 (1.115)	4.725*** (0.369)	-0.512 (2.371)	6.470*** (0.377)	214.2*** (4.586)	-19.56*** (5.420)	-11.10*** (0.782)
Osservazioni	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112
R-quadro	0.025	0.015	0.023	0.013	0.002	0.003	0.023	0.016	0.045	0.002	0.013

Nota 1: Variabili socio-dem di controllo: età, stato civile, figli a carico, altri parenti a carico, genere.

Nota 2: Benchmark omo: single, residente in Piemonte, senza figli fiscalmente a carico e senza altri membri del nucleo familiare, anno 2019.

Nota 3: Errore standard robusto fra parentesi. Significatività: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

Tabella A5.2 - Razionamento della spesa sanitaria (stime pooled, scaglioni di reddito)

Variabili	Spesa sanitaria totale (no spese per disabilità)	Spesa sanitaria per ticket SSN	Spesa sanitaria no equa e no disabilità	Spesa sanitaria specialistica	Spesa sanitaria per interventi chirurgici	Sesa sanitaria per protesi	Spesa sanitaria per dentista	Spesa sanitaria per ottico	Spesa sanitaria per disabilità	Spesa sanitaria per farmaci	Spesa sanitaria per dispositivi medici
Scaglione 2	530.2*** (3.721)	22.93*** (0.200)	507.3*** (3.707)	92.82*** (0.866)	6.673*** (0.248)	4.404*** (0.122)	114.5*** (0.788)	16.30*** (0.117)	-69.28*** (2.772)	31.82*** (0.289)	107.5*** (2.980)
	Scaglione 3	801.5*** (3.956)	35.59*** (0.268)	765.9*** (3.929)	168.8*** (0.913)	15.59*** (0.409)	7.391*** (0.173)	188.0*** (1.148)	25.92*** (0.174)	-3.230 (2.506)	48.92*** (0.414)
Scaglione 4		1,200*** (7.671)	44.67*** (0.672)	1,155*** (7.559)	306.3*** (2.560)	57.02*** (1.882)	12.57*** (0.407)	245.6*** (2.611)	38.00*** (0.434)	-13.02*** (2.506)	71.02*** (0.901)
	Scaglione 5	1,366*** (19.92)	29.15*** (1.549)	1,337*** (19.67)	367.7*** (7.320)	87.84*** (6.997)	16.33*** (1.233)	244.5*** (7.030)	44.99*** (1.310)		85.98*** (2.343)
Dummy Regioni		Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Dummy Anni	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Constant	-382.7*** (8.043)	-14.95*** (0.529)	-367.7*** (7.986)	-47.75*** (2.042)	2.002* (1.044)	4.509*** (0.364)	-15.67*** (2.203)	4.772*** (0.352)	269.5*** (5.461)	-13.25*** (0.774)	-36.39*** (4.716)
Osservazioni	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112
R-quadro	0.029	0.017	0.027	0.015	0.002	0.003	0.025	0.018	0.046	0.013	0.002

Nota 1: Variabili socio-dem di controllo: età, stato civile, figli a carico, altri parenti a carico, genere,

Nota 2: Benchmark omesso: single, residente in Piemonte, senza figli fiscalmente a carico e senza altri membri del nucleo familiare, anno 2019, scaglione di reddito (<15.000).

Nota 3: Errore standard robusto fra parentesi. Significatività: * p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.**

Tabella A5.3 - Razionamento della spesa sanitaria (stime effetti fissi, reddito continuo)

Variabili	Spesa sanitaria totale (no spese per disabilità)	Spesa sanitaria per ticket SSN	Spesa sanitaria no equa e no disabilità	Spesa sanitaria specialistica	Spesa sanitaria per interventi chirurgici	Sesa sanitaria per protesti	Spesa sanitaria per dentista	Spesa sanitaria per ottico	Spesa sanitaria per disabilità	Spesa sanitaria per farmaci	Spesa sanitaria per dispositivi medici
Reddito imponibile	0.0113***	0.000211**	0.0111***	0.00120**	0.000123*	4.61e-05**	0.00121**	0.000168*	0.00246**	0.000352*	0.000958*
	(0.00201)	(3.90e-05)	(0.00197)	(0.000226)	(6.50e-05)	(1.08e-05)	(0.000222)	(3.08e-05)	(9.23e-05)	(7.48e-05)	(0.000212)
Dummy Regioni	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Dummy Anni	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Constant	144.4	52.24***	92.17	45.65*	15.04***	1.999	191.4***	47.11**	209.5***	55.00	60.53**
	(106.2)	(17.05)	(107.8)	(23.38)	(5.807)	(2.237)	(57.33)	(19.27)	(21.09)	(47.58)	(28.95)
Osservazioni (individui ripetuti negli anni)	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112
R-quadro	0.003	0.001	0.003	0.002	0.000	0.000	0.001	0.001	0.005	0.001	0.000
Numero di individui	1,997,297	1,997,297	1,997,297	1,997,297	1,997,297	1,997,297	1,997,297	1,997,297	1,997,297	1,997,297	1,997,297

Nota 1: Variabili socio-dem di controllo: età, stato civile, figli a carico, altri parenti a carico, genere,

Nota 2: Benchmark omesso: single, residente in Piemonte, senza figli fiscalmente a carico e senza altri membri del nucleo familiare, anno 2019.

Nota 3: Errore standard robusto fra parentesi. Significatività: * p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.**

Tabella A5.4 - Razionamento della spesa sanitaria (stime effetti fissi, scaglioni di reddito)

Variabili	Spesa sanitaria totale (no spese per disabilità)	Spesa sanitaria per ticket SSN	Spesa sanitaria no equa e no disabilità	Spesa sanitaria specialistica	Spesa sanitaria per interventi chirurgici	Spesa sanitaria per protesi	Spesa sanitaria per dentista	Spesa sanitaria per ottico	Spesa sanitaria per disabilità	Spesa sanitaria per farmaci	Spesa sanitaria per dispositivi medici
Scaglione 2	341.5*** (4.263)	7.334*** (0.298)	334.1*** (4.248)	32.47*** (0.934)	2.285*** (0.491)	1.397*** (0.203)	40.18*** (1.401)	5.300*** (0.213)	-76.32*** (4.444)	9.931*** (0.520)	34.32*** (2.213)
Scaglione 3	520.7*** (6.642)	8.752*** (0.464)	511.9*** (6.618)	52.81*** (1.553)	4.542*** (0.968)	1.419*** (0.344)	58.69*** (2.304)	7.065*** (0.364)	-20.77*** (3.663)	17.79*** (0.854)	45.63*** (3.832)
Scaglione 4	760.0*** (13.20)	12.21*** (1.186)	747.8*** (13.14)	93.15*** (3.498)	12.72*** (3.593)	2.930*** (0.802)	76.78*** (5.231)	9.599*** (0.866)	-6.864** (3.325)	28.09*** (1.847)	59.70*** (4.966)
Scaglione 5	924.2*** (29.71)	11.73*** (3.078)	912.4*** (29.65)	109.8*** (10.20)	31.45** (12.91)	4.342** (2.141)	104.2*** (13.30)	12.13*** (2.154)		41.47*** (4.549)	63.84*** (6.574)
Dummy Regioni	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Dummy Anni	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Constant	109.1 (103.8)	51.11*** (17.19)	58.02 (104.5)	43.47* (23.67)	15.75*** (5.775)	1.896 (2.233)	186.3*** (57.00)	46.54** (19.23)	288.5*** (21.56)	54.36 (47.63)	54.95* (28.98)
Osservazioni (individui ripetuti negli anni)	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112	7,903,112
R-quadro	0.004	0.001	0.003	0.002	0.000	0.000	0.001	0.001	0.005	0.001	0.000
Numero di individui	1,997,297	1,997,297	1,997,297	1,997,297	1,997,297	1,997,297	1,997,297	1,997,297	1,997,297	1,997,297	1,997,297

Nota 1: Variabili socio-dem di controllo: età, stato civile, figli a carico, altri parenti a carico, genere,

Nota 2: Benchmark omissio: single, residente in Piemonte, senza figli fiscalmente a carico e senza altri membri del nucleo familiare, anno 2019, scaglione di reddito (<15.000).

Nota 3: Errore standard robusto fra parentesi. Significatività: * p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.**

Tabella A5.5 — Elasticità per gruppi di età e reddito²¹

Variabili	Reddito <25k	Reddito >50k	Under60	Età 60-80	Over80	Reddito<25k e over80	Reddito>50k e over80
Log reddito imponibile	0.238*** (0.00462)	0.141*** (0.0223)	0.187*** (0.00457)	0.211*** (0.00739)	0.787*** (0.0143)	0.813*** (0.0191)	0.696*** (0.217)
	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Dummy annuali	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	-63.83*** (9.480)	11.44*** (0.577)	-75.27*** (9.176)	0.0256 (2.448)	1.518* (0.913)	5.488*** (0.323)	69.22*** (2.584)
Osservazioni	6,638,460	6,638,460	6,638,460	6,638,460	6,638,460	6,638,460	6,638,460
R-quadro	0.052	0.013	0.049	0.015	0.002	0.003	0.021

Nota 1: Variabili socio-dem di controllo: età, stato civile, figli a carico, altri parenti a carico, genere,

Nota 2: Benchmark omissio: single, residente in Piemonte, senza figli fiscalmente a carico e senza altri membri del nucleo familiare, anno 2019.

*Nota 3: Errore standard robusto fra parentesi. Significatività: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.*

²¹ La Tabella A5.5 fa riferimento alle stime condotte sul campione per gli anni 2019-2023.

Tabella A5.6 – Razionamento della spesa sanitaria (stime pooled con il two-part model, scaglioni di reddito)

	Parte 1 (logit)	Parte 2 (g/m)	Combinato
Scaglioni margine estensivo (variabile dipendente decisione di spesa sanitaria - speso zero)			
Scaglione 2	1.308*** (0.00327)		
Scaglione 3	1.724*** (0.00429)		
Scaglione 4	1.979*** (0.00865)		
Scaglione 5	1.717*** (0.0208)		
Scaglioni margine intensivo (variabile dipendente ammontare di spesa sanitaria al netto delle spese per i tickets e per la disabilità)			
Scaglione 2		0.229*** (0.00731)	
Scaglione 3		0.424*** (0.00707)	
Scaglione 4		0.715*** (0.00798)	
Scaglione 5		0.895*** (0.0133)	
Effetto marginale combinato			
Scaglione 2			375.3003 (3.12105)

Tabella A5.6 – Razionamento della spesa sanitaria (stime pooled con il two-part model, scaglioni di reddito)

	Parte 1 (logit)	Parte 2 (glm)	Combinato
Scaglione 3			615.9294 (3.21622)
Scaglione 4			1007.189 (6.619526)
Scaglione 5			1217.282 (18.56888)
Dummy regioni	sì	sì	
Dummy anni	sì	sì	
Costante	sì	sì	
Pseudo R ²	0.0161		
Log pseudolikelihood		-1000394 939	
Osservazioni	7,903,109	5,469,442	7,903,109

Nota 1: Variabili socio-dem di controllo: età, stato civile, figli a carico, altri parenti a carico, genere,

Nota 2: Benchmark omissio: single, residente in Piemonte, senza figli fiscalmente a carico e senza altri membri del nucleo familiare, anno 2019, scaglione di reddito (<15.000).

*Nota 3: Errore standard robusto fra parentesi. Significatività: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.*

Appendice 6. Stime econometriche del Capitolo 3

Tabella A6.1 – Stime econometriche sull'effetto dei LEA sulla spesa sanitaria non equa privata (spesa sanitaria dichiarata al netto di quella per i tickets)²²

	Pooled	Fixed effects	Pooled two parts	Fixed effects two parts
LEA	-0.742 *** (0.136)	-0.409*** (0.142)		
LEA margine estensivo (decisione di spesa zero)			-0.0082*** (0.0003)	-0.0070*** (0.0003)
LEA margine intensivo (ammontare di spesa equa)			-0.0007*** (0.0002)	-0.0010*** (0.0002)
Effetto marginale combinato			-1.856*** (0.167)	-1.828*** (0.231)
Goodness of fit	R ² 0.11	R ² (overall) 0.05	Logit Pseudo R ² 0.1622	Logit Pseudo R ² 0.1682
Osservazioni	6,638,460	6,638,460	GLM (Log pseudo) -993794470.9	GLM (Log pseudo) -1.046e+08
Gruppi		1,997,297	6,638,460	6,638,460
				1,997,297

Nota 1: Variabili socio-dem di controllo: età, stato civile, figli a carico, altri parenti a carico, genere,

Nota 2: Benchmark omissio: single, residente in Piemonte, senza figli fiscalmente a carico e senza altri membri del nucleo familiare, anno 2019.

Nota 3: Errore standard robusto fra parentesi. Significatività: *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$.

²² Le Tabelle della seguente appendice fanno riferimento alle stime condotte sul campione per gli anni 2019-2023.

Tabella A6.2 - Stime econometriche sull'effetto della componente di prevenzione dei LEA sulla spesa sanitaria non equa privata (spesa sanitaria dichiarata al netto di quella per i tickets)

	Pooled	Fixed effects	Pooled two parts	Fixed effects two parts
LEA_prevenzione	-0.383 *** (0.059)	-0.373 *** (0.061)		
LEA_prevenzione margine estensivo(decisione di spesa zero)			-0.003 *** (0.000)	-0.003 *** (0.000)
LEA_prevenzione margine intensivo (ammontare di spesa equa)			-0.000 *** (0.000)	-0.000 *** (0.000)
Effetto marginale combinato			-0.716 *** (0.071)	-0.809 (4.177)
Goodness of fit	R ² 0.11	R ² (overall) 0.05	Logit Pseudo R ² 0.1622	Logit Pseudo R ² 0.1682
Osservazioni	6,638,460	6,638,460	GLM (Log pseudo) -993794490.2	GLM (Log pseudo) -993670942.5
Gruppi		1,997,297	6,638,460	6,638,460
				1,997,297

Nota 1: Variabili socio-dem di controllo: età, stato civile, figli a carico, altri parenti a carico, genere,

Nota 2: Benchmark omissio: single, residente in Piemonte, senza figli fiscalmente a carico e senza altri membri del nucleo familiare, anno 2019.

Nota 3: Errore standard robusto fra parentesi. Significatività: * p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.**

Tabella A6.3 – Stime econometriche sull'effetto della componente di assistenza territoriale dei LEA sulla spesa sanitaria non equa privata (spesa sanitaria dichiarata al netto di quella per i tickets)

	Pooled	Fixed effects	Pooled two parts	Fixed effects two parts
LEA_ass_terr	-0.136 (0.088)	0.307 *** (0.094)		
LEA_ass_terr margine estensivo (decisione di spesa zero)			-0.005 *** (0.000)	-0.005 *** (0.000)
LEA_ass_terr margine intensivo (ammontare di spesa equa)			-0.000 *** (0.000)	-0.000 *** (0.000)
Effetto marginale combinato			-1.212 *** (0.125)	-1.066 (6.529)
Goodness of fit	R ² 0.11	R ² (overall) 0.05	Logit Pseudo R ² 0.1622	Logit Pseudo R ² 0.1682
Osservazioni	6,638,460	6,638,460	GLM (Log pseudo) -993794499.0	GLM (Log pseudo) -993671234.6
Gruppi		1,997,297	6,638,460	6,638,460
				1,997,297

Nota 1: Variabili socio-dem di controllo: età, stato civile, figli a carico, altri parenti a carico, genere,

Nota 2: Benchmark omissio: single, residente in Piemonte, senza figli fiscalmente a carico e senza altri membri del nucleo familiare, anno 2019.

*Nota 3: Errore standard robusto fra parentesi. Significatività: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.*

Tabella A6.4 – Stime econometriche sull'effetto della componente di assistenza ospedaliera dei LEA sulla spesa sanitaria non equa privata (spesa sanitaria dichiarata al netto di quella per i tickets)

	Pooled	Fixed effects	Pooled two parts	Fixed effects two parts
LEA_ass_osp	0.087 (0.120)	0.047 (0.128)		
LEA_ass_osp margine estensivo (decisione di spesa zero)			0.004 *** (0.000)	0.004 *** (0.000)
LEA_ass_osp margine intensivo (ammontare di spesa equa)			0.000 * (0.000)	0.001 ** (0.000)
Effetto marginale combinato			0.921 *** (0.175)	
Goodness of fit	R ² 0.11	R ² (overall) 0.05	Logit Pseudo R ² 0.1622	Logit Pseudo R ² 0.1681
Osservazioni	6,638,460	6,638,460	GLM (Log pseudo) -993794627.1	GLM (Log pseudo) -993671372.2
Gruppi		1,997,297	6,638,460	1,997,297

Nota 1: Variabili socio-dem di controllo: età, stato civile, figli a carico, altri parenti a carico, genere,

Nota 2: Benchmark omissio: single, residente in Piemonte, senza figli fiscalmente a carico e senza altri membri del nucleo familiare, anno 2019.

*Nota 3: Errore standard robusto fra parentesi. Significatività: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.*

Tabella A6.5 – Stime econometriche sull'effetto dei LEA sulla spesa sanitaria non equa privata (spesa sanitaria dichiarata al netto di quella per i tickets) per le Regioni con alti livelli di LEA (sopra il livello mediano)

	Pooled OLS	Fixed effects	Pooled two parts	Fixed effects two parts
LEA	0.893 (0.573)	1.736*** (0.596)	—	—
LEA margine estensivo (decisione di spesa zero)	—	—	-0.0021 (0.0013)	—
LEA margine intensivo (ammontare di spesa equa)	—	—	0.0017* (0.0008)	—
Effetto marginale combinato	—	—	0.937 (0.669)	—
R ²	0.1012	—	—	—
Osservazioni	3,428,431	3,428,431	3,428,425	—

Nota 1: Variabili socio-dem di controllo: età, stato civile, figli a carico, altri parenti a carico, genere,

Nota 2: Benchmark omissio: single, residente in Piemonte, senza figli fiscalmente a carico e senza altri membri del nucleo familiare, anno 2019.

Nota 3: Errore standard robusto fra parentesi. Significatività: * p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.**

Tabella A6.6 - Stime econometriche sull'effetto dei LEA sulla spesa sanitaria non equa privata (spesa sanitaria dichiarata al netto di quella per i tickets) per le Regioni con bassi livelli di LEA (sotto il livello mediano)

	Pooled OLS	Fixed effects	Pooled two parts	Fixed effects two parts
LEA	-0.445*** (0.168)	-0.478*** (0.177)	—	—
LEA margine estensivo (decisione di spesa zero)	—	—	-0.0055*** (0.0004)	-0.0074*** (0.0004)
LEA margine intensivo (ammontare di spesa equa)	—	—	-0.0008*** (0.0003)	-0.0007** (0.0003)
Effetto marginale combinato	—	—	-1.409*** (0.212)	-1.644*** (0.215)
R ²	0.1162	0.0561	—	—
Osservazioni	3,210,029	3,210,029	3,210,028	3,210,028

Nota 1: Variabili socio-dem di controllo: età, stato civile, figli a carico, altri parenti a carico, genere,

Nota 2: Benchmark omezzo: single, residente in Piemonte, senza figli fiscalmente a carico e senza altri membri del nucleo familiare, anno 2019.

*Nota 3: Errore standard robusto fra parentesi. Significatività: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.*

Tabella A6.7 - Stime econometriche sull'effetto dei LEA sulla spesa sanitaria non equa privata (spesa sanitaria dichiarata al netto di quella per i tickets) per i più anziani (over69)

	Pooled	Fixed effects	Pooled two parts	Fixed effects two parts
LEA	-1,045 *** (0.260)	-0,588 ** (0.263)		
LEA margine estensivo (decisione di spesa zero)			-0,0094 *** (0.0005)	-0,0075 *** (0.0005)
LEA margine intensivo (ammontare di spesa equa)			-0,0015 *** (0.0004)	-0,0015 *** (0.0004)
Effetto marginale combinato			-2,742 *** (0.317)	
Goodness of fit	R2 0.1172	R2 (overall) 0.0742	Logit Pseudo R2 0.1996	Logit Pseudo R2 0.2016
GLM (Log pseudo)			GLM (Log pseudo) -330917006.0	GLM (Log pseudo) -330896559.3
Osservazioni	2,243,504	2,243,504	2,243,504	2,243,504
Gruppi		659,047		659,047

Nota 1: Variabili socio-dem di controllo: età, stato civile, figli a carico, altri parenti a carico, genere,

Nota 2: Benchmark omoeso: single, residente in Piemonte, senza figli fiscalmente a carico e senza altri membri del nucleo familiare, anno 2019.

*Nota 3: Errore standard robusto fra parentesi. Significatività: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.*

Tabella A6.8 - Stime econometriche sull'effetto dei LEA sulla spesa sanitaria non equa privata (spesa sanitaria dichiarata al netto di quella per i tickets) per i più giovani (under70)

	Pooled	Fixed effects	Pooled two parts	Fixed effects two parts
LEA	-0.628 *** (0.160)	-0.533 *** (0.169)		
LEA margine estensivo (decisione di spesa zero)			-0.0085 *** (0.0004)	-0.0084 *** (0.0004)
LEA margine intensivo (ammontare di spesa equa)			-0.0003 (0.0003)	-0.0011 *** (0.0003)
Effetto marginale combinato			-1.491 *** (0.196)	-2.009 (3.318)
Goodness of fit	R2 0.1127	R2(overall) 0.0112	Logit Pseudo R2 0.1644	Logit Pseudo R2 0.1722
GLM (Log pseudo)			GLM (Log pseudo) -662512654.4	GLM (Log pseudo) -662411275.4
Osservazioni	4,394,956	4,394,956	4,394,956	4,394,956
Gruppi		1,424,605		1,424,605

Nota 1: Variabili socio-dem di controllo: età, stato civile, figli a carico, altri parenti a carico, genere,

Nota 2: Benchmark omezzo: single, residente in Piemonte, senza figli fiscalmente a carico e senza altri membri del nucleo familiare, anno 2019.

*Nota 3: Errore standard robusto fra parentesi. Significatività: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.*

Tabella A6.9- Stime econometriche sull'effetto dei LEA sulla spesa sanitaria non equa privata (spesa sanitaria dichiarata al netto di quella per i tickets) per i più ricchi (sopra i 28.000 euro)

	Pooled	Fixed effects	Pooled two parts	Fixed effects two parts
LEA	-2.739 *** (0.354)	-1.885 *** (0.371)		
LEA margine estensivo (decisione di spesa zero)			-0.0095 *** (0.0008)	-0.0090 *** (0.0008)
LEA margine intensivo (ammontare di spesa equa)			-0.0018 *** (0.0003)	-0.0016 *** (0.0003)
Effetto marginale combinato			-3.266 *** (0.362)	
Goodness of fit	R2 0.0628	R2(overall) 0.0002	Logit Pseudo R2 0.0669	Logit Pseudo R2 0.0678
GLM (Log pseudo)			GLM (Log pseudo) -307372767.5	GLM (Log pseudo) -307337242.3
Osservazioni	1,848,275	1,848,275	1,848,275	1,848,275
Gruppi		607,142		607,142

Nota 1: Variabili socio-dem di controllo: età, stato civile, figli a carico, altri parenti a carico, genere,

Nota 2: Benchmark omo: single, residente in Piemonte, senza figli fiscalmente a carico e senza altri membri del nucleo familiare, anno 2019.

*Nota 3: Errore standard robusto fra parentesi. Significatività: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.*

Tabella A6.10 - Tabella A6.9- Stime econometriche sull'effetto dei LEA sulla spesa sanitaria non equa privata (spesa sanitaria dichiarata al netto di quella per i tickets) per i più poveri (sotto i 28.000 euro)

	Pooled	Fixed effects	Pooled two parts	Fixed effects two parts
LEA	-0.365 ** (0.144)	-0.195 (0.151)		
LEA margine estensivo (decisione di spesa zero)			-0.0078 *** (0.0004)	-0.0066 *** (0.0004)
LEA margine intensivo (ammontare di spesa equa)			-0.0001 (0.0003)	-0.0005 * (0.0003)
Effetto marginale combinato			-1.362 *** (0.178)	-1.350 (9.847)
Goodness of fit	R2 0.0782	R2(overall) 0.0428	Logit Pseudo R2 0.1405	Logit Pseudo R2 0.1472
GLM (Log pseudo)			GLM (Log pseudo) -686229981.7	GLM (Log pseudo) -686132501.1
Osservazioni	4,790,185	4,790,185	4,790,185	4,790,185
Gruppi		1,588,157		1,588,157

Nota 1: Variabili socio-dem di controllo: età, stato civile, figli a carico, altri parenti a carico, genere,

Nota 2: Benchmark omezzo: single, residente in Piemonte, senza figli fiscalmente a carico e senza altri membri del nucleo familiare, anno 2019.

*Nota 3: Errore standard robusto fra parentesi. Significatività: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.*

Appendice 7. Indicatori aggregati ed elementari dei LEA

In Italia, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono definiti come l'insieme delle prestazioni e dei servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i residenti. I LEA sono articolati in tre grandi macro-aree: (a) sanità pubblica e prevenzione collettiva, (b) assistenza distrettuale e territoriale, e (c) assistenza ospedaliera (Torbica e Fattore, 2005; DM 12 marzo 2019)²³. Per il monitoraggio dell'adempimento regionale, il Ministero della Salute ha storicamente utilizzato un sistema di indicatori compositi noto come Griglia LEA, successivamente affiancato e in parte sostituito dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), introdotto con il decreto del 12 marzo 2019 (Ministero della Salute, 2023)²⁴.

Nel periodo considerato in questo studio, il rispetto dei LEA è misurato attraverso il punteggio relativo agli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia – NSG (nelle Tabelle A7.1, A7.2, A7.3 e A7.4 sono evidenziati in grassetto). Per un approfondimento si veda Osservatorio GIMBE (2022) e Ministero della Salute (2024)²⁵.

Con l'obiettivo di rendere confrontabili i punteggi di tutti gli indicatori appartenenti al sottoinsieme CORE, come riportato nel Rapporto del Ministero citato, è stata elaborata una specifica funzione di valorizzazione che, dato il valore dell'indicatore, calcola un punteggio su una scala da 0 a 100, con il punteggio 60 corrispondente al valore soglia (ovvero di sufficienza) dell'indicatore.

Ai fini empirici, il lavoro utilizza la Griglia LEA ufficiale regionale pubbli-

²³Torbica, A., and Fattore, G. (2005). The “Essential Levels of Care” in Italy: When being explicit serves the devolution of powers. *The European Journal of Health Economics*, 6(Suppl. 1), 46–52. Ministero della Salute. (2019). Decreto Ministeriale 12 marzo 2019. https://www.astrid-online.it/static/upload/mini/ministero-della-salute_decreto-12-marzo-2019.pdf

²⁴Ministero della Salute. (2023). Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Relazione 2023. https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2025-08/Relazione%20NSG_31_07_2025_per_portale_copertine%20%281%29.pdf

²⁵GIMBE Observatory. (2022). Report Osservatorio GIMBE 2/2022: Livelli Essenziali di Assistenza: le disuguaglianze regionali in sanità. Fondazione GIMBE.

Lispi L., Di Fonzo G., Gallo M., Giordani C., Ceccolini C., Cicchetti A., Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Relazione 2022. Ministero della Salute, 2024

cata annualmente dal Ministero della Salute. Ove necessario, i punteggi sono ricondotti a una scala 0–100 per facilitare l’interpretazione e la confrontabilità tra le diverse specificazioni empiriche. La principale variabile esplicativa è pertanto una misura continua della performance LEA, interpretata come proxy del grado di effettiva attuazione del pacchetto di prestazioni definito a livello nazionale in ciascuna regione (Perilli et al., 2024; Signorelli et al., 2025)²⁶. Questo approccio si inserisce nel solco della letteratura che utilizza indicatori basati sui LEA per valutare l’equità territoriale e monitorare il grado di realizzazione dell’obiettivo costituzionale di garanzia universale dei livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale (Torbica e Fattore, 2005; Ministero della Salute, 2025)²⁷.

Tabella A7.1 - Definizione aggregata dei LEA

Codice	Definizione
LEA	Insieme delle attività, dei servizi e delle prestazioni sanitarie che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, nel rispetto dei principi di appropriatezza, qualità ed equità, secondo quanto previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia (DM 12 marzo 2019).

²⁶Perilli, A., Adduci, A., Ricciardi, W., de Belvis, A. G., & Cadeddu, C. (2024). Towards planetary health systems: a manifesto for a revised quadruple aim for healthcare improvement. *Global Sustainability*, 7, e40

Signorelli, C., Blandi, L., Cuciniello, R., Calabretta, R., Pregliasco, F., Odone, A., Gelatti U. and Pelissero, G. (2025). The New Guarantee System for Monitoring Healthcare Services Delivery in Italy: technical remarks and recommendations. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità*.

²⁷Ministero della Salute. (2025). Livelli essenziali di assistenza (LEA) e Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/il-nuovo-sistema-di-garanzia-nsg/>

Tabella A7.2 - Sanità pubblica e prevenzione

Codice	Definizione
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per il ciclo vaccinale obbligatorio di base.
P02C	Copertura vaccinale per la prima dose di vaccino morbillo-parotite-rosolia (MPR) a 24 mesi.
P03C	Copertura vaccinale antipneumococcica.
P04C	Copertura vaccinale antimeningococcica C.
P05C	Copertura vaccinale contro il papillomavirus umano (HPV).
P06C	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione anziana.
P07C	Monitoraggio degli infortuni sul lavoro e delle attività di prevenzione e vigilanza.
P08Z	Controlli ufficiali sui prodotti chimici ai sensi dei regolamenti REACH e CLP.
P09Z	Attività di sorveglianza, controllo ed eradicazione delle malattie zoonotiche animali.
P10Z	Controlli su identificazione animale, mangimi e uso dei medicinali veterinari.
P11Z	Controlli sul benessere animale negli allevamenti e nei macelli.
P12Z	Controlli sulla contaminazione degli alimenti di origine animale e vegetale.
P13Z	Controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare lungo la filiera produttiva.
P14C	Indicatore composito sugli stili di vita a rischio per la salute.
P15C	Adesione agli screening oncologici organizzati (cervice uterina, mammella, colon-retto).
P16C	Tumori della mammella in stadio avanzato rilevati nei round successivi di screening.

Tabella A7.3 - Assistenza distrettuale e territoriale

Codice	Definizione
D01C	Eventi cardiovascolari o cerebrovascolari maggiori o decesso entro 12 mesi da infarto miocardico acuto.
D02C	Eventi cardiovascolari o cerebrovascolari maggiori o decesso entro 12 mesi da ictus ischemico.
D03C	Tasso standardizzato di ospedalizzazione per complicanze di diabete, BPCO e scompenso cardiaco.
D04C	Tasso standardizzato di ospedalizzazione pediatrica per asma e gastroenterite.
D05C	Accessi diurni feriali al pronto soccorso con codici non urgenti (adulti).
D06C	Accessi diurni feriali al pronto soccorso con codici non urgenti (minori).
D07C	Accessi notturni o festivi al pronto soccorso con codici non urgenti indicativi di difficoltà di accesso alle cure primarie.
D08C	Quota di emergenze del Quintetto della Prima Ora gestite con mezzi di soccorso avanzati.
D09Z	Tempo di risposta dei servizi di emergenza sanitaria dal momento dell'allarme al target.
D10Z	Prestazioni ambulatoriali erogate entro i tempi massimi per la classe di priorità B.
D11Z	Prestazioni ambulatoriali erogate entro i tempi massimi per la classe di priorità D.
D12C	Consumo pro capite di prestazioni di laboratorio.
D13C	Utilizzo di risonanza magnetica osteo-articolare nella popolazione anziana.
D14C	Consumo territoriale di antibiotici come farmaci sentinella.
D15C	Consumo territoriale di antidepressivi.
D16C	Consumo territoriale di inibitori di pompa protonica.
D17C	Consumo territoriale di farmaci antipertensivi.
D18C	Consumo territoriale di statine.
D19C	Donne sottoposte a più di quattro ecografie nel corso della gravidanza.
D20Z	Adulti assistiti in assistenza domiciliare integrata con livello base di CIA.
D21Z	Minori assistiti in assistenza domiciliare integrata con livello base di CIA.
D22Z	Assistiti in cure domiciliari ai livelli di intensità CIA1, CIA2 e CIA3.
D23Z	Presa in carico complessiva in assistenza domiciliare ai livelli CIA1, CIA2 e CIA3.
D24C	Interruzioni volontarie di gravidanza ripetute.
D25C	IVG certificate dai consultori familiari.
D26C	Tasso di ospedalizzazione per disturbi psichiatrici.
D27C	Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in ambito psichiatrico.
D28C	Trattamenti sanitari obbligatori (TSO).
D29C	Ricoveri psichiatrici in età pediatrica.
D30Z	Pazienti oncologici assistiti dalla rete di cure palliative domiciliari.
D31C	Rapporto tra giornate di cure palliative domiciliari e decessi per tumore.
D32Z	Ricoveri in hospice con durata pari o inferiore a sette giorni.
D33Z	Anziani non autosufficienti in strutture residenziali e semiresidenziali per livello di intensità assistenziale.

Tabella A7.4 - Assistenza ospedaliera

Codice	Definizione
H01Z	Tasso standardizzato di ospedalizzazione in regime ordinario e diurno.
H02Z	Interventi chirurgici per tumore della mammella eseguiti in strutture con volumi superiori a 150 casi annui.
H03C	Ripetizione di chirurgia conservativa della mammella entro 120 giorni dal primo intervento.
H04Z	Rapporto tra DRG ad alto rischio di inappropriatazza e DRG appropriati.
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni.
H06Z	Ricoveri ospedalieri in regime diurno per attività medico-diagnostiche.
H07Z	Ricoveri in day-hospital medico.
H08Z	Indicatori dell'attività trasfusionale e dell'autosufficienza in emocomponenti e plasmaderivati.
H09Z	Indicatori di donazione di organi e accertamento di morte encefalica.
H10Z	Indicatori delle liste di attesa per trapianto di organi.
H11Z	Indicatori di donazione di tessuti per tipologia.
H12C	Ricoveri ripetuti entro 30 giorni con la stessa MDC.
H13C	Pazienti di età pari o superiore a 65 anni con frattura del femore operati entro 48 ore.
H14C	Ricoveri riabilitativi post-acuti clinicamente inappropriati.
H15S	Tasso di embolia polmonare e trombosi venosa profonda post-operatoria.
H16S	Tasso di infezioni post-operatorie.
H17C	Tagli cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti annui.
H18C	Tagli cesarei primari in strutture con almeno 1.000 parti annui.
H19S	Nati estremamente pretermine (22-31 settimane) in strutture prive di terapia intensiva neonatale.
H20S	Nati pretermine tardivi (34-36 settimane).
H21S	Punti nascita con meno di 500 parti annui privi di deroga autorizzata.
H22C	Mortalità entro 30 giorni dopo intervento di bypass aorto-coronarico.
H23C	Mortalità entro 30 giorni dopo ictus ischemico.
H24C	Mortalità entro 30 giorni dopo riacutizzazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

Appendice 8. Stime econometriche del Capitolo 4

Tabella A8.1 - Statistiche descrittive

Variabili	Osservazioni	Media	Deviazione Standard	Min	Max
Variabili del Razionamento Sanitario e del SSN Desiderato					
SSN Privato	5361	0,0085805	0,0922413	0	1
SSN non so	5361	0,0005596	0,0236514	0	1
SSN Universale	5361	0,8837903	0,3205061	0	1
SSN di sussidiarietà al privato	5361	0,1070696	0,3092305	0	1
Dummy malattie croniche	5361	0,3823913	0,4860167	0	1
Livello di salute percepito	5361	2,992912	0,8305872	1	5
Numero di malattie croniche	5361	0,8891998	1,315109	0	10
Classi di reddito					
<15.000 euro	5361	0,2251446	0,4177165	0	1
Fra 15.000 euro e 25.000 euro	2855	0,3376532	0,4729925	0	1
Fra 25.000 euro e 35.000 euro	2855	0,1915937	0,393624	0	1
>35.000 euro	2855	0,047986	0,213774	0	1
Reddito superiore a 25.000 euro	2855	0,2395797	0,4269017	0	1
Variabili per l'Indice di Comunità					
Indice di comunità alto	5361	0,4068271	0,4912879	0	1
Indice di comunità	5361	1,355717	0,8200664	0	3
Alta empatia	5361	0,6034322	0,4892304	0	1
Convivialità	5361	0,556053	0,4968945	0	1
Approccio alla visione di società giusta: personalismo comunitario	5361	0,196232	0,3971832	0	1
Empatia	5361	3,591308	0,6437928	1	5
Condivisione dei pasti	5361	3,046447	1,269287	0	4
Variabili Socio-Demografiche					
Figli	5361	0,7224398	0,4478369	0	1
Relazione stabile	5361	0,751912	0,4319435	0	1
Nipoti	5361	0,4385376	0,4962543	0	1
Condizione professionale					
Casalengo/a	5361	0,1169558	0,3213976	0	1
Disoccupato/a	5361	0,0244449	0,1544401	0	1
In cerca di occupazione	5361	0,0111961	0,1052275	0	1
Occupato/a	5361	0,3711513	0,4831579	0	1
Pensionato/a	5361	0,3405486	0,4739379	0	1
Studente/essa	5361	0,1356596	0,3424587	0	1

Tabella A8.1 - Statistiche descrittive

Variabili Socio-Demografiche					
Volontariato	5361	1,335012	0,6832645	1	5
Partecipazione politica	5361	2,767581	1,080043	1	5
Partecipazione sociale	5361	2,843313	1,083318	1	5
Partecipazione sportiva	5361	2,993844	1,181859	1	5
Partecipazione culturale	5361	3,293788	0,9120138	1	5
Femmina	5361	0,5140832	0,4998482	0	1
Over55	5361	0,4788286	0,4995982	0	1
Abruzzo	5361	0,037493	0,1899842	0	1
Basilicata	5361	0,0186532	0,1353097	0	1
Calabria	5361	0,0563328	0,2305847	0	1
Campania	5361	0,074986	0,2633933	0	1
Emilia-Romagna	5361	0,0559597	0,2298653	0	1
Friuli-Venezia Giulia	5361	0,0373065	0,1895294	0	1
Lazio	5361	0,0561462	0,2302254	0	1
Liguria	5361	0,0373065	0,1895294	0	1
Lombardia	5361	0,0934527	0,291093	0	1
Marche	5361	0,0186532	0,1353097	0	1
Molise	5361	0,0188398	0,1359716	0	1
Piemonte	5361	0,0559597	0,2298653	0	1
Puglia	5361	0,0682708	0,2522336	0	1
Sardegna	5361	0,0529752	0,2240049	0	1
Sicilia	5361	0,0747995	0,2630921	0	1
Toscana	5361	0,0744264	0,262488	0	1
Trentino-Alto Adige	5361	0,0376795	0,1904378	0	1
Umbria	5361	0,0186532	0,1353097	0	1
Val d'Aosta	5361	0,0186532	0,1353097	0	1
Veneto	5361	0,0934527	0,291093	0	1
Livello d'istruzione					
Primario	5361	0,4404029	0,4964818	0	1
Secondario	5361	0,4288379	0,4949562	0	1
Terziario	5361	0,1307592	0,3371682	0	1
Aspettative	5361	8,163775	1,84483	0	10

Tabella A8.2 - Legenda delle variabili

Variabili del razioneamento sanitario	
<i>Sistema Sanitario Nazionale desiderato</i>	<p>Variabile categorica splittata in quattro in variabile dummy che assume di volta in volta valore pari a 1 o a 0 a seconda della risposta data alla seguente domanda "Quale frase descrive meglio il suo pensiero sul sistema sanitario nazionale".</p> <p>Le opzioni di risposta sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'accesso alla salute dovrebbe essere garantito dallo Stato a tutte le persone a prescindere dalle loro condizioni sociali o economiche. • L'accesso alla salute dovrebbe essere garantito dallo Stato solamente alle fasce di popolazione più povere. • L'accesso alla salute non deve necessariamente essere garantito dallo Stato. • Non so/nessuna delle precedenti
<i>Sistema Sanitario Nazionale Universale</i>	<p>Variabile dummy che assume valore 1 se il rispondente indica come opzione di risposta di cui sopra la prima (L'accesso alla salute dovrebbe essere garantito dallo Stato a tutte le persone a prescindere dalle loro condizioni sociali o economiche). Assume valore 0 altrimenti.</p>
<i>Sistema Sanitario Nazionale di sussidiarietà al privato</i>	<p>Variabile dummy che assume valore 1 se il rispondente indica come opzione di risposta di cui sopra la prima (L'accesso alla salute dovrebbe essere garantito dallo Stato solamente alle fasce di popolazione più povere). Assume valore 0 altrimenti.</p>
<i>Livello di spesa sanitaria privata</i>	<p>Variabile dummy che assume valore 0 se il rispondente dichiara una spesa inferiore ai 500 euro annui e 1 se superiore.</p>
<i>Numero di malattie croniche dichiarate</i>	<p>Variabile continua che indica il numero complessivo di malattie croniche dichiarate. Il range di risposta va da 0 (nessuna malattia) a 10. Le possibili malattie indagate sono: cardiopatia ischemica, ipertensione, malattie polmonari, cancro, artrite, asma, alzheimer e demenza senile, fibrosi cistica, diabete e osteoporosi.</p>
<i>Dummy malattie croniche</i>	<p>Variabile dummy che assume valore 1 se il rispondente dichiara almeno una malattia cronica e 0 altrimenti.</p>
<i>Livello percepito di salute</i>	<p>Variabile categorica che assume valore 1 se il rispondente dichiara di avere un pessimo livello di salute, 2 discreta, 3 buona, 4 ottima e 5 eccellente.</p>
<i>Classi di reddito</i>	<p>Variabile categorica che assume valore 1 se $X < 15.000$, 2 se $15.000 \text{ euro} < X < 25.000 \text{ euro}$, 3 se $25.000 \text{ euro} < X < 35.000 \text{ euro}$ e 4 se $X > 35.000 \text{ euro}$</p>
<i>Reddito over25k</i>	<p>Variabile dummy che assume valore 0 se il rispondente dichiara un reddito inferiore ai 25.000 euro e 1 altrimenti.</p>
Variabili di controllo indipendenti socio-dem	
<i>Femmina</i>	<p>Variabile dummy che assume valore 1 se il rispondente dichiara di essere femmina e 0 altrimenti.</p>
<i>Over55</i>	<p>Variabile dummy che assume valore 1 se il rispondente ha più di 55 anni.</p>
<i>Istruzione</i>	<p>Variabile categorica che assume valore 1 se il rispondete dichiara di avere un livello di istruzione primario, 2 se secondario, 3 se terziario.</p>

Tabella A8.2 - Legenda delle variabili

Variabili di controllo indipendenti socio-dem	
<i>Regione</i>	Variabile categorica che assume valore fra 1 e 20 a seconda della regione di appartenenza. In particolare, l'ordine crescente corrisponde all'ordine alfabetico delle regioni, quindi: 1, Abruzzo; 2, Basilicata;; 19, Valle d'Aosta; 20, Veneto.
<i>Aspettative</i>	Variabile categorica che assume valori compresi fra 1 e 10 a seconda della risposta data alla seguente domanda: "A che altezza metteresti l'asticella delle tue aspettative/ambizioni nella vita, cioè cosa ti aspetti di raggiungere? Indica un valore fra 0 (mi accontento di quello che viene) e 10 (ho ambizioni e aspettative molto elevate)".
<i>Partecipazione Politica</i>	Variabile categorica che può assumere valori compresi fra 1 e 5, a seconda della tipologia di risposta data alla seguente affermazione "Sono una persona che partecipa all'attività politica del mio territorio (es. relazione con politici o funzionari pubblici, partecipazione - anche tramite donazioni - ad attività di un partito politico o di un gruppo di pressione, postato o condiviso online qualcosa di politica - su blog, per e-mail, sui social media -)". In particolare: 1, Completamente in disaccordo; 2, In disaccordo; 3, Né in accordo né in disaccordo; 4, In accordo; 5, Completamente in accordo.
<i>Partecipazione sociale</i>	Variabile categorica che può assumere valori compresi fra 1 e 5, a seconda della tipologia di risposta data alla seguente affermazione "Sono una persona che partecipa all'attività civica e sociale del mio territorio (manifestazioni pubbliche, iscrizione a un'associazione, firmato una petizione, partecipato attivamente a una campagna per qualcosa mettendone in mostra il simbolo, postato o condiviso online qualcosa sulle tematiche sociali - su blog, per e-mail, sui social media -)". In particolare: 1, Completamente in disaccordo; 2, In disaccordo; 3, Né in accordo né in disaccordo; 4, In accordo; 5, Completamente in accordo.
<i>Partecipazione culturale</i>	Variabile categorica che può assumere valori compresi fra 1 e 5, a seconda della tipologia di risposta data alla seguente affermazione "Sono una persona che partecipa ad attività culturali come mostre, musei, siti archeologici, concerti e teatro". In particolare: 1, Completamente in disaccordo; 2, In disaccordo; 3, Né in accordo né in disaccordo; 4, In accordo; 5, Completamente in accordo.
<i>Partecipazione sportiva</i>	Variabile categorica che può assumere valori compresi fra 1 e 5, a seconda della tipologia di risposta data alla seguente affermazione "Sono una persona che pratica attività fisica o sportiva". In particolare: 1, Completamente in disaccordo; 2, In disaccordo; 3, Né in accordo né in disaccordo; 4, In accordo; 5, Completamente in accordo.
<i>Figli</i>	Variabile dummy che assume valore 1 se il rispondente ha almeno un figlio/a e 0 altrimenti
<i>Nipoti</i>	Variabile dummy che assume valore 1 se il rispondente ha almeno un nipote e 0 altrimenti
<i>Condizione professionale</i>	Variabile categoria che assume valore 1 se il rispondente dichiara di essere casalingo/a, 2 se disoccupato/a, 3 se in cerca di occupazione, 4 se occupato/a, 5 se pensionato/a, 6 se studente/essa.
<i>Relazione stabile</i>	Variabile dummy che assume valore 1 se il rispondente dichiara di avere una relazione molto o abbastanza stabile.
<i>Volontariato</i>	Variabile dummy che assume valore 1 se il rispondente dichiara di aver fatto attività di volontariato con cadenza almeno settimanale.

Tabella A8.2 - Legenda delle variabili

Variabili dell'Indice di Comunità	
<i>Approccio alla visione di società giusta: personalismo comunitario</i>	Variabili dummy che assume valore 1 se l'intervistato dichiara che "Una società è giusta se la libertà individuale viene intenzionalmente orientata al conseguimento dell'interesse generale" e 0 altrimenti.
<i>Condivisione dei pasti</i>	Variabile categorica che assume valori compresi fra 1 e 5 a seconda della risposta data alla seguente domanda: "Quanti pasti a settimana, in media, fa con persone che conosce?". In particolare: 1, nessuno; 2, almeno due volte a settimana; 3 almeno cinque volte a settimana; 4, almeno una volta tutti i giorni; 5, più di una volta tutti i giorni.
<i>Convivialità</i>	Variabile dummy che assume valore 1 se la variabile condivisione dei pasti assume valore 4 o 5, 0 altrimenti.
<i>Empatia</i>	Variabile categorica che assume valore 1 se il rispondente si dichiara completamente in disaccordo con la seguente affermazione "Quando qualcuno mi racconta un evento importante della sua vita, mi sembra quasi di averlo personalmente vissuto", 2 se in disaccordo, 3 se né in accordo né in disaccordo, 4 se in accordo, 5 se completamente d'accordo.
<i>Alta empatia</i>	Variabile dummy che assume valore 1 se il rispondente dichiara alla variabile di cui alla riga precedente valori pari a 4 o 5, 0 altrimenti.
<i>Indice di comunità</i>	Somma degli indicatori: approccio alla visione di società giusta, convivialità, alta empatia
<i>Indice di comunità alto</i>	Variabile dummy che assume valore 1 se l'indice di comunità è superiore alla media e 0 altrimenti.

Tabella A8.3 – Stime econometriche sulla percentuale di preferenza del SSN Universale (logit)

VARIABILI	Probabilità che la percentuale di preferenza per il SSN Universale aumenti		
Rispondenti con reddito >25.000 €	-0.138		
	(0.166)		
Rispondenti con reddito <25.000 € e nessuna malattia		0.000	
		(0.000)	
Rispondenti con reddito <25.000 € livello di reddito e almeno una malattia		-0.205**	
		(0.176)	
Rispondenti con reddito >25.000 € e nessuna malattia		-0.382**	
		(0.178)	
Rispondenti con reddito >25.000 € livello di reddito e almeno una malattia		1.625***	
		(0.620)	
Rispondenti con reddito <25.000 €, nessuna malattia e livello di comunità basso			0.000
			(0.000)
Rispondenti con reddito <25.000 € livello di reddito, nessuna malattia e livello di comunità alto			0.491**
			(0.221)
Rispondenti con reddito <25.000 € livello di reddito, almeno una malattia e livello di comunità basso			-0.497**
			(0.196)
Rispondenti con reddito <25.000 € livello di reddito, almeno una malattia e livello di comunità alto			1.425***
			(0.356)
Rispondenti con reddito >25.000 €, nessuna malattia e livello di comunità basso			-0.612***
			(0.202)
Rispondenti con reddito >25.000 € livello di reddito, nessuna malattia e livello di comunità alto			0.358
			(0.255)
Rispondenti con reddito >25.000 € livello di reddito, almeno una malattia e livello di comunità basso			1.343*
			(0.742)
Rispondenti con reddito >25.000 € livello di reddito, almeno una malattia e livello di comunità alto			2.307**
			(1.071)
Variabili socio-demografiche di controllo (età, istruzione, genere, condizione professionale, aspettative)	Si	Si	Si

Tabella A8.3 – Stime econometriche sulla percentuale di preferenza del SSN Universale (logit)

VARIABILI	Probabilità che la percentuale di preferenza per il SSN Universale aumenti		
	Si	Si	Si
Dummy Regioni			
Costante	2.575***	2.795***	2.555***
	(0.671)	(0.689)	(0.684)
Osservazioni	2,854	2,854	2,854
Pseudo R2	0.127	0.127	0.127

Nota 1: Variabili socio-dem di controllo: età, istruzione, genere, condizione professionale, aspettative, livelli di partecipazione politica, sociale, culturale, sportiva, volontariato, l'aver almeno un figlio, l'aver almeno un nipote e l'aver una relazione stabile.

Nota 2: Benchmark omesso: residente in Abruzzo, casalingo/a, livello di istruzione primaria.

*Nota 3: Errore standard robusto fra parentesi. Significatività: *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$.*

Nota 4: VIF=1.99 (calcolato dopo stima OLS del terzo modello).

Nota 5: Fra le variabili socio-demografiche registrano un effetto positivo e significativo (99%) il volontariato, la partecipazione sociale e l'aver una relazione stabile, tutte variabili che sono riconducibili al framework della generatività.



979-12-243-1969-6