

# Quando i soldi non bastano

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

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



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 materia<sup>1</sup> 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

---

<sup>1</sup>Fazekas, 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 Maeseeneer, 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 mondo<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> 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].