







## Dal Rapporto ACLI, CAF ACLI, NeXt Economia e Università Tor Vergata, emerge il “razionamento implicito” delle cure per le fasce più povere

Nonostante il carattere universalistico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), l'accesso alle cure in Italia è oggi fortemente condizionato dalla capacità economica dei singoli. È quanto emerge dal rapporto “Quando i soldi non bastano – Il razionamento sanitario in Italia”, realizzato da ACLI, CAF ACLI, NeXt Nuova Economia per Tutti ed all'Università di Roma Tor Vergata e con il supporto di Comipa, Federcasse BCC, Federazione Lombarda BCC e Federazione Toscana BCC e IREF.

La ricerca, basata sull'analisi di oltre 8 milioni di dichiarazioni dei redditi (modello 730) tra il 2019 e il 2024, documenta l'esistenza di un razionamento sanitario implicito. Dividendo la popolazione in 5 scaglioni di reddito, dal più basso al più alto, la spesa media “di tasca propria” (out of pocket) ed escludendo i ticket sanitari, evidenzia che i contribuenti con i redditi più elevati spendono mediamente fra quattro e cinque volte in più rispetto ai contribuenti con i redditi più bassi. Un fenomeno dovuto ai limiti di accesso alla sanità pubblica (lunghi tempi di attesa e carenze nei servizi di cura non emergenziale) che spingono chi può permetterselo verso il privato, lasciando indietro le fasce più fragili.

### I dati chiave del rapporto

- **Divario di spesa:** A parità di condizioni di salute, i contribuenti più poveri spendono tra i 1.000 e i 2.000 euro in meno all'anno in cure sanitarie rispetto ai più abbienti.
- **Rinuncia totale:** circa il 57% dei contribuenti appartenenti allo scaglione di reddito più basso non dichiara alcuna spesa sanitaria privata. Nel sottocampione degli anziani la differenza tra basso e alto reddito si fa più evidente: il 55-60% non dichiara alcuna spesa sanitaria privata, contro il 7-15% dei coetanei più ricchi.
- **La spesa in farmaci:** il valore medio annuo della spesa farmaceutica passa da circa 278 euro nello scaglione di reddito più basso a oltre 415 euro nello scaglione più elevato; queste differenze non riguardano solo la probabilità di acquistare farmaci, ma anche il valore medio della spesa sostenuta.
- **L'effetto del reddito sulla spesa:** un aumento di reddito per chi si trova negli scaglioni più bassi aumenta la spesa sanitaria di più di quanto avviene per chi si trova negli scaglioni più elevati evidenziando il peso maggiore di bisogni insoddisfatti.
- **Effetto Pandemia:** Il COVID-19 ha agito come amplificatore delle disuguaglianze. Mentre i redditi alti hanno recuperato rapidamente i livelli di spesa sanitaria pre-pandemici, per i ceti fragili, gli anziani e le donne il recupero è ancora incompleto.
- **Territori e LEA:** dove i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono più alti, funzionano meglio prevenzione e servizio pubblico e il ricorso forzato al privato diminuisce sensibilmente.

«In sanità – ha spiegato Saverio Mennini, capo Dipartimento Programmazione del Ministero della Salute – c'è un problema di equità nell'accesso, riscontrato negli ultimi 20 anni. Con questo Ministero abbiamo posto in essere una serie di azioni, quali l'aggiornamento annuale dei LEA, l'incremento del finanziamento, il decreto sulle liste d'attesa, la delega delle professioni sanitarie e sull'assistenza ospedaliera e territoriale, che tendono ad eliminare la disomogeneità d'accesso alle cure. Questa è la questione da affrontare con attenzione».

«I dati mostrano una realtà preoccupante. Il nostro Servizio Sanitario sulla carta è universale, ma, fuori dall'emergenza e dai codici rossi, barriere economiche e lunghi tempi d'attesa costringono i più fragili a rinunciare alle cure – dichiara Leonardo Becchetti, fondatore di NeXt Economia e professore

