

Cerca nel sito

7 Aprile 2026 12:21

# quotidianosanità.it

## Lettere al direttore

Cronache Governo e Parlamento Regioni e Asl Lavoro e Professioni Scienza e Farmaci Studi e Analisi Lettere al direttore  
Edizioni Regionali QS Pro Professionisti Sanitari. AI

[QS Club](#) [Newslet](#)

[QS» Lettere al direttore](#) » Se il Ssn non basta più: quando la salute dipende dal reddito (e dalla famiglia)


[Stampa](#)

## Se il Ssn non basta più: quando la salute dipende dal reddito (e dalla famiglia)



**Gentile Direttore, c'è un paradosso che riguarda oggi il Ssn: mentre continuiamo a definirlo universalistico, l'accesso reale alle cure sta diventando sempre più diseguale. Non si tratta di una rottura improvvisa, ma di una trasformazione progressiva.**

*Gentile Direttore, c'è un paradosso che riguarda oggi il Ssn: mentre continuiamo a definirlo universalistico,*

l'accesso reale alle cure sta diventando sempre più diseguale. Non si tratta di una rottura improvvisa, ma di una trasformazione progressiva. Il Ssn continua a funzionare bene, nelle condizioni di emergenza, nei "codici rossi", dove il principio di uguaglianza regge ancora. Ma fuori da quell'ambito, nei percorsi ordinari, nella gestione della cronicità, nella prevenzione, il sistema mostra crepe sempre più evidenti. È lì che il reddito torna ad essere un fattore determinante.

### Il "razionamento implicito" in sanità

È la limitazione dell'accesso alle cure non tramite regole esplicite, ma attraverso ostacoli indiretti come lunghe liste d'attesa, carenza di personale o costi a carico del paziente. Questo fenomeno, spesso invisibile, trasforma il diritto alla salute in un privilegio legato al reddito.

Caratteristiche principali del razionamento implicito:

**Liste d'attesa:** Sono la forma più comune di razionamento, che spinge i pazienti a rinunciare alle cure o a rivolgersi al privato.

**Disuguaglianza economica:** Colpisce maggiormente le fasce più povere, creando una sanità a "doppio binario".

**Rifiuto o rinvio delle cure:** Infermieri e medici sono talvolta costretti a non erogare misure necessarie per mancanza di risorse.

**Tagli "invisibili":** Il contenimento della spesa pubblica non avviene tramite una razionalizzazione pianificata, ma attraverso il progressivo deterioramento dei servizi.

### Gli speciali



Sanità digitale per garantire più salute e sostenibilità. Ma servono standard e condivisione

[Tutti gli speciali](#)

### I più letti

[7 giorni] [30 giorni]

**La sanità pubblica (sempre più defanziata) perde terreno mentre avanzano privato e assicurazioni. Upb: "Il Ssn è sempre più un sistema ibrido"**

**La guerra in Medio Oriente ferma un terzo della produzione mondiale di olio. Ecco come le risonanze magnetiche rischiano di spegnersi**

**Cup Lombardia. Pd: "Privati non aderiscono". La Regione: "Disponibilità di tutti, procedure già avviate"**

**Lecce. Intramoenia irregolare: visite private fuori Cup, arresti domiciliari per medico e infermiera**

**Autonomia differenziata. Via libera della Conferenza Unificata alle pre-intese con quattro Regioni del Nord. "No" compatto dalle sei Regioni guidate dal Centrosinistra**

Il fenomeno è strettamente legato al sottofinanziamento del sistema sanitario pubblico, che porta a un aumento della spesa di tasca propria per i cittadini. Questo approccio crea un "razionamento *selettivo*" basato sulla capacità economica di ciascuno. A differenza del razionamento esplicito (come l'esclusione di certi farmaci dai prontuari), quello "*implicito*" avviene "*silenziosamente*" attraverso barriere che rendono difficile l'accesso al servizio.

Il razionamento implicito mina i principi di *universalità ed equità* del [Servizio Sanitario Nazionale](#). Secondo recenti report (come il [Rapporto CREA Sanità 2026](#)), questo fenomeno sta trasformando il reddito nel principale determinante dell'accesso alle cure in Italia. Le forme di razionamento "*implicito*" sono anche il presupposto di uno processo di razionalizzazione della spesa privata (che ha raggiunto € 43,3 mld., quasi 1/4 del totale), questo tramite una lenta ma costante crescita della quota "*intermediata*" da Assicurazioni e Mutue a scapito di quella "*out of pocket*".

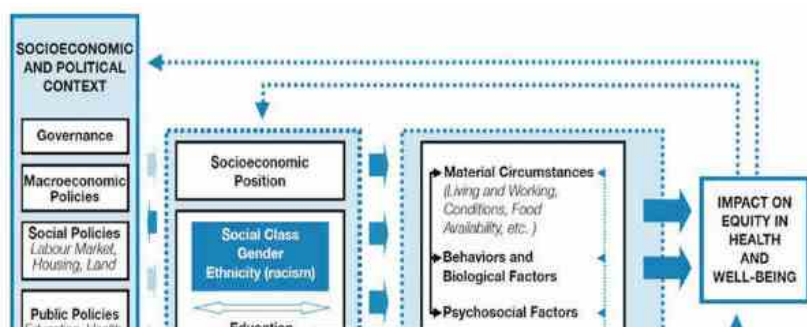
Analizzare l'evoluzione della quota pubblica è più complessa ... Si discute molto adeguatezza o meno della quota di PIL destinata alla Sanità pubblica. Però questo potrebbe essere un indicatore impreciso, perché non considera alcune componenti quali il contributo della spesa privata, la quota di PIL non disponibile perché vincolato alla copertura degli oneri connessi al servizio del debito pubblico e, infine, l'incidenza dell'economia sommersa (circa 300 miliardi), che non produce introiti per finanziare anche il welfare e la sanità.

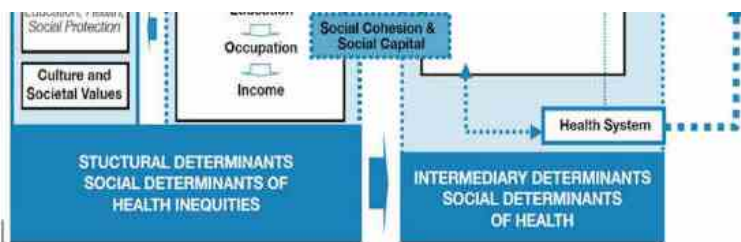
Nei confronti internazionali la spesa italiana risulta inferiore al "*possibile*" (in termini macroeconomici) di circa il 10%. Si tratta di un incremento difficile da recuperare, perché sono molti i settori in competizione per l'allocazione delle risorse pubbliche (in primis l'istruzione, gravemente sottofinanziata). In ogni caso, la spesa italiana anche se aumentasse di quanto indicato, rimarrebbe inferiore a quella dei principali Paesi europei (ad esempio del 30/40% rispetto a Francia e Germania) e non sufficiente per riallineare gli organici (e le relative retribuzioni) agli standard europei.

Un'analisi recente su milioni di dichiarazioni fiscali ha messo in luce un fenomeno che possiamo definire senza esitazione "razionamento implicito": a parità di condizioni di salute, la spesa sanitaria privata cresce in modo significativo con il reddito, con differenze che arrivano fino a 2.000 euro annui tra i più ricchi e i più poveri. Non è una scelta libera. È una risposta obbligata a tempi di attesa incompatibili con i bisogni o, anche solo le aspettative, di cura. Chi può, esce dal sistema pubblico. Chi non può, resta in attesa o rinuncia. L'analisi citata, basata su oltre 8 milioni di dichiarazioni dei redditi (modello 730) tra il 2019 e il 2024, conferma l'esistenza di un razionamento sanitario implicito in Italia.

Lo studio, realizzato da ACLI, CAF ACLI, NeXt Economia e Università Tor Vergata, evidenzia una forte correlazione tra reddito e spesa sanitaria privata ("*out-of-pocket*"), portando alle seguenti conclusioni. A parità di condizioni di salute, i contribuenti appartenenti alle fasce di reddito più alte spendono significativamente di più per la sanità privata rispetto ai più poveri, con divari che evidenziano una disuguaglianza nell'accesso alle cure. Per le fasce più povere, il reddito diventa il principale fattore di limitazione, portando a un razionamento invisibile delle cure. In particolare, tra gli anziani, si osserva che una percentuale alta di persone a basso reddito non dichiara spese sanitarie private, spesso a causa dell'impossibilità di sostenerle. In sintesi, l'analisi dimostra che il sistema sanitario sta subendo una polarizzazione dove la capacità di spesa privata condiziona l'accesso alle prestazioni.

Figura 1 - I determinanti di salute





### La trasformazione delle condizioni socio-economiche

Questo fenomeno non si genera esclusivamente dentro il sistema sanitario ma entra in gioco un secondo elemento, spesso sottovalutato: la trasformazione delle condizioni socio-economiche. Non stiamo assistendo a un'esplosione della marginalità estrema ma qualcosa di più sottile e, per certi versi, più insidioso: l'allargamento dell'area dell'insicurezza economica. L'allargamento dell'area dell'insicurezza economica è un fenomeno complesso e crescente, che si manifesta attraverso l'espansione delle aree di vulnerabilità sociale e la percezione diffusa di instabilità, spesso alimentata da crisi geopolitiche e trasformazioni strutturali.

### Ecco le dinamiche principali che determinano la trasformazione delle condizioni economiche:

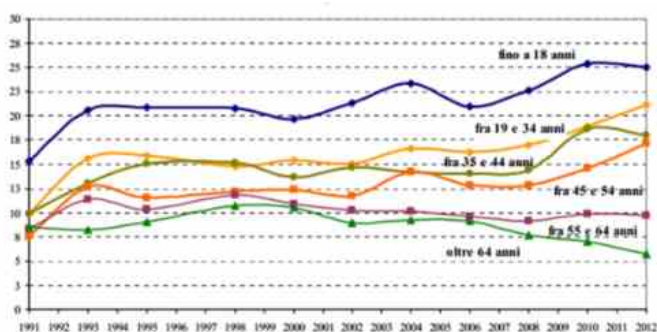
L'insicurezza economica agisce spesso da detonatore per un'insicurezza sociale più generalizzata. La crisi legata alla "grande incertezza" ha visto un allargamento di queste zone di vulnerabilità, influenzando il dibattito scientifico e politico successivo alla Grande Recessione.

La crescita dell'incertezza globale è direttamente legata ai conflitti in corso e alle instabilità geopolitiche. Tali rischi creano un "premio di rischio" che le aziende europee devono integrare nei loro piani, aumentando i costi a lungo termine. La Commissione Europea ha annunciato approcci strategici per rafforzare la sicurezza economica dell'Europa. Questo include la gestione delle dipendenze da fornitori unici per tecnologie critiche, terre rare e minerali, diversificando le fonti.

Si osserva una crescente competizione tra i diversi capitalismi (spesso basata sul modello "capitalismo contro capitalismo"), che porta a una maggiore instabilità e alla percezione di "capitalismi fragili".

L'allargamento dell'area di insicurezza economica colpisce direttamente la fiducia dei cittadini e la resilienza del sistema sociale ed economico. In sintesi, l'insicurezza economica non è più un fenomeno limitato, ma un elemento strutturale in espansione che richiede una risposta strategica coordinata, in particolare a livello di sicurezza degli approvvigionamenti e di coesione sociale in Europa.

Figura 2 - Individui al di sotto della soglia di povertà per classe di età



Fonte: Elaborazioni sull'archivio storico dell'Indagine sui bilanci delle famiglie italiane, versione 8.0  
(\*) Percentuali di individui al di sotto della soglia definita come la metà della mediana del reddito equivalente.

### Le nuove vulnerabilità e i "quasi poveri"

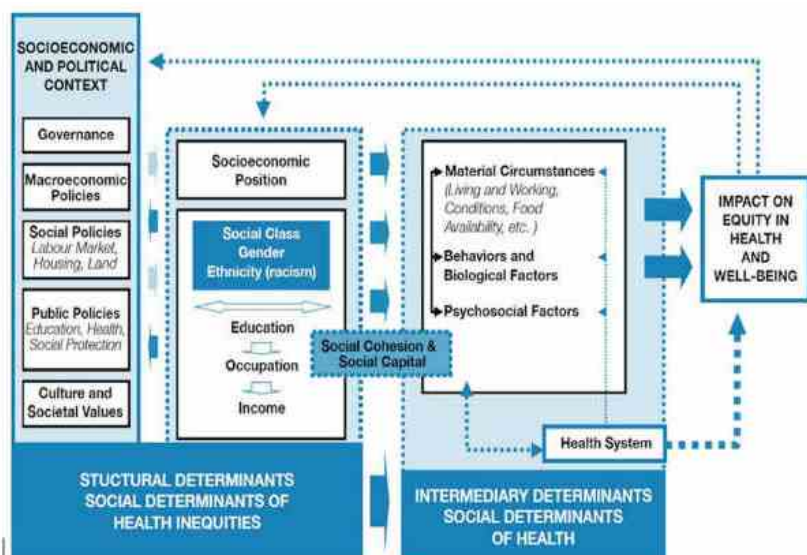
Accanto alle famiglie povere in senso stretto cresce una vasta zona intermedia di "quasi poveri", nuclei che vivono poco sopra la soglia di povertà e che possono scivolare al di sotto per eventi anche minimi. In questa area rientrano lavoratori precari, part-time involontari, famiglie con figli, giovani coppie.

La crescita di una vasta zona intermedia di "quasi poveri" o nuovi vulnerabili è un fenomeno strutturale significativo nel panorama socio-economico italiano, indicando una fascia di popolazione che vive in bilico, a rischio di scivolamento verso la povertà assoluta. Questa area comprende chi si trova appena sopra la soglia di povertà relativa o assoluta, con redditi instabili che non garantiscono una vita pienamente dignitosa o la capacità di far fronte a imprevisti economici. Studi recenti indicano che i "quasi poveri", che a fine anni '80 rappresentavano una percentuale esigua, sono cresciuti drasticamente, arrivando a coprire una parte consistente della popolazione considerata a rischio. Spesso si tratta di famiglie o individui che entrano ed escono dallo stato di povertà, lavoratori poveri (*in-work poverty*) o persone che, pur lavorando, non superano la soglia di rischio.

Questa fascia di "nuovi vulnerabili" rappresenta una zona critica per il welfare e la democrazia, poiché vive in una condizione di precarietà lavorativa e sociale. In Italia, oltre 1 lavoratore su 10 (10,2%) è a rischio povertà, un dato superiore alla media europea (8,2%), evidenziando che avere un lavoro non garantisce sempre la sicurezza economica.

Questa situazione riflette un'eclissi del ceto medio e una trasformazione del welfare, sempre più chiamato a intervenire su nuove povertà emergenti.

Figura 3 - La povertà assoluta individuale per classi di età (2014-2024)



In sociologia ed economia, l'espressione descrive la crescita di una fascia di popolazione che, pur non essendo tecnicamente in stato di "povertà assoluta", vive in una condizione di vulnerabilità economica costante. I "quasi poveri" si collocano solitamente in un'area grigia definita da parametri specifici. Sono nuclei familiari che riescono a coprire le spese correnti ma non hanno risparmi o reti di sicurezza. Qualsiasi evento imprevisto (una spesa medica, un guasto all'auto, la perdita temporanea di ore di lavoro) può farli precipitare istantaneamente nella povertà effettiva. Questo fenomeno è strettamente legato allo scivolamento verso il basso di segmenti del ceto medio, causato da salari stagnanti, inflazione e precarietà lavorativa. Molti "quasi poveri" sono lavoratori (i cosiddetti *working poor*) che, nonostante un impiego, non percepiscono un reddito sufficiente a garantire una stabilità duratura.

Questa "zona intermedia" rappresenta oggi una sfida critica per i sistemi di welfare, poiché queste persone spesso non hanno diritto ai sussidi destinati agli indigenti, pur vivendo in una condizione di fragilità permanente. Secondo i dati Istat più recenti (riferiti al 2023-2024), circa l'8,2% delle famiglie italiane vive in questa "area pericolosa". Aggiungendo l'8,2% di famiglie "quasi povere" al 10,9% già in povertà assoluta, si ottiene una quota significativa di popolazione che vive in condizioni di alta vulnerabilità economica.

Nel 2023-2024, la povertà assoluta ha coinvolto oltre 2,2 milioni di famiglie e circa 5,7 milioni di individui (9,7% della popolazione), numeri stabili ma elevati. Nonostante un miglioramento

dell'occupazione, l'aumento dei prezzi ha eroso il potere d'acquisto, contrastando la riduzione della povertà e spingendo più famiglie verso la soglia critica. Considerando il rischio di povertà o esclusione sociale, la percentuale sale al 25,2% della popolazione (14,83 milioni di persone). La povertà in Italia si sta estendendo anche al Nord e colpisce in particolare le famiglie con minori e quelle straniere. I dati evidenziano una scarsa mobilità sociale: chi entra in povertà ha difficoltà ad uscirne, con solo il 31,5% che riesce a migliorare la propria condizione l'anno successivo. I dati indicano un paese in cui una parte considerevole della classe media o medio-bassa si trova in bilico, con alta esposizione a shock economici improvvisi.

### Le famiglie, gli anziani e il "welfare familiare"

C'è poi un terzo elemento, meno visibile ma altrettanto rilevante: il ruolo delle famiglie, e in particolare degli anziani, come ammortizzatori sociali. Negli ultimi decenni una parte significativa dell'equilibrio sociale italiano si è retta su un welfare familiare informale: pensioni relativamente stabili che hanno sostenuto figli e nipoti, consentendo l'accesso alla casa, alla cura dei figli, talvolta anche alle spese sanitarie.

Questo equilibrio è destinato a cambiare. Le future coorti di anziani avranno pensioni più basse e carriere lavorative più discontinue alle spalle. Parallelamente, le dinamiche demografiche ridurranno la disponibilità di reti familiari di supporto. Quando questo avverrà, perderemo un elemento di compensazione che oggi attenua - in modo silenzioso - molte diseguaglianze.

Infatti nel nostro Paese, le famiglie e in particolare gli anziani svolgono un ruolo fondamentale come vero e proprio ammortizzatore sociale e welfare sostitutivo, sostenendo il bilancio familiare e la cura dei membri più giovani, spesso sopperendo alle carenze del sistema di welfare pubblico. Questo fenomeno, definito "welfare familiare", muove risorse enormi, contribuendo al risparmio statale di circa 17 miliardi di euro per la non autosufficienza. Gli anziani, grazie alla stabilità delle pensioni, supportano figli e nipoti in periodi di crisi lavorativa o instabilità economica. Il 76,1% degli anziani è proprietario della casa in cui vive, riducendo le spese abitative per l'intero nucleo.

Si stima che i nonni spendano in media 1.650 euro all'anno per i nipoti, intervenendo concretamente nel bilancio familiare. In Italia, gli anziani sono spesso tra i più "ricchi" in termini di patrimonio, con redditi medi aumentati nel tempo, contrapposti alla diminuzione dei redditi dei giovani. Inoltre il 74% dei nonni supporta sistematicamente i propri figli nella gestione dei nipoti, svolgendo un ruolo indispensabile per i genitori lavoratori. Gli anziani spesso assistono il coniuge o altri anziani in famiglia, offrendo aiuto familiare e supporto, evitando il ricorso a badanti o strutture esterne.

Questo supporto, consistente in tempo e cura, rappresenta una colonna portante della società italiana. Tant'è che un recente orientamento (Sentenza 28627/2025) ha riconosciuto che i nonni che mantengono i nipoti conviventi possono avere diritto all'assegno familiare, consolidando il loro ruolo economico riconosciuto anche dalla legge. Il contributo degli over 65, se supportato da politiche di invecchiamento attivo, è considerato una risorsa strategica, non un peso.

Nonostante il loro ruolo prezioso, la dipendenza eccessiva dal welfare familiare può generare rischi, tra cui il sovraccarico di cura sui nonni anziani e la loro esposizione a problemi di salute (il 25% degli over 65 soffre di patologie croniche multiple). In sintesi, gli anziani in Italia non sono solo destinatari di prestazioni, ma diventano protagonisti del welfare, sostenendo economicamente e praticamente la famiglia, agendo come una rete di sicurezza essenziale

### La possibile "dualizzazione" della sanità

Se mettiamo insieme questi tre fattori - razionamento implicito, diffusione della povertà lavorativa, indebolimento del welfare familiare - emerge un quadro che non è catastrofico, ma è chiaramente orientato: il rischio non è il collasso del SSN, ma la sua progressiva "dualizzazione".

Da un lato, un sistema pubblico che garantisce una base universale di assistenza. Dall'altro, un accesso differenziato per tempi e qualità delle cure, sempre più legato alla capacità di spesa individuale. In mezzo, una fascia crescente di popolazione che oscilla tra accesso e rinuncia. La salute non dipende solo dalle cure mediche (solo per il 25%), ma è influenzata per il 30-55% dai determinanti sociali, tra cui reddito, istruzione, condizioni di lavoro e contesto abitativo. Più si

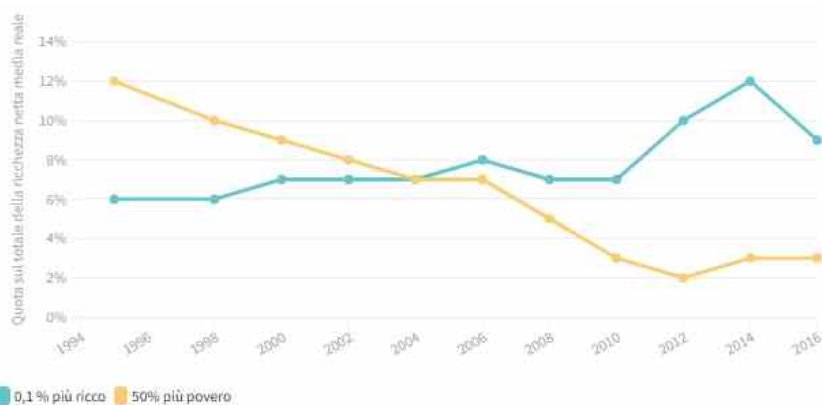
scende nella scala sociale, più aumentano i tassi di mortalità e malattie, creando un circolo vizioso in cui problemi finanziari peggiorano lo stato di salute, che a sua volta riduce le capacità economiche. Le persone con un reddito e un livello di istruzione più bassi sono statisticamente più esposte a fattori di rischio (come il fumo, l'obesità o una cattiva alimentazione), che incidono sulla mortalità e sulla morbilità. La forbice tra ricchi e poveri nella spesa sanitaria in Italia si sta allargando, trasformando il reddito nel principale fattore di accesso alla salute e rendendo di fatto la sanità un bene di lusso. La spesa sanitaria a carico delle famiglie ha raggiunto quasi i 37 miliardi di euro nel 2022, con una media di circa 1.362 euro a famiglia.

In sintesi, sebbene l'art. 32 della Costituzione italiana tuteli la salute come diritto fondamentale, le condizioni economiche attuali rendono il reddito familiare un fattore determinante per la qualità e la tempestività delle cure ricevute. Nel 2023, il 58% delle strutture sanitarie censite dal Ministero della Salute risultano "private accreditate". Il privato prevale soprattutto in aree critiche come la specialistica ambulatoriale (59,7%) e la riabilitazione (78,4%). Le persone a minor reddito riferiscono uno stato di salute "non buono" più spesso di quelle ad alto reddito, con un divario superiore al 10% nelle fasce d'età più anziane. Il divario è accentuato anche dalla distribuzione dei servizi: mentre alcune Regioni (come Veneto, Emilia-Romagna e Toscana) mantengono performance elevate, in altre, specialmente al Sud, la carenza di servizi pubblici spinge le famiglie verso la spesa privata o, più spesso, verso l'abbandono delle cure.

Le liste d'attesa nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non sono solo un problema di efficienza, ma costituiscono uno dei principali motori delle disuguaglianze di salute tra le regioni italiane, in particolare tra Nord e Sud. Queste differenze strutturali limitano l'universalismo delle cure, trasformando un diritto costituzionale in un privilegio accessibile solo a chi ha risorse economiche o geografiche favorevoli.

Le analisi evidenziano un divario netto, con il Centro-Sud che registra attese medie più lunghe rispetto al Nord-Ovest. La complessità gestionale delle ASL meridionali, spesso soggette a piani di rientro (Calabria, Campania, Sicilia), porta a un'offerta minore o meno efficiente di prestazioni specialistiche. Nei territori più in difficoltà, il fenomeno delle "agende chiuse" (impossibilità di prenotare una visita) è più frequente, negando di fatto l'accesso alla cura invece di posticiparlo soltanto. Le lunghissime liste d'attesa al Sud spingono i cittadini a spostarsi verso le regioni del Nord (Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto) che offrono tempi di risposta più brevi.

Figura 4 - Confronto andamento delle ricchezze tra 0,1% più ricco della popolazione e 50% più povero



In Italia, il 10% più ricco detiene quasi il 60% della ricchezza nazionale, mentre alla metà più povera resta solo il 7,4%. Questo squilibrio si riflette direttamente sulla capacità di accedere a cure private per evitare le lunghe liste d'attesa del pubblico. Questo fenomeno aumenta il carico sulle regioni del Nord, che possono vedere le proprie liste allungarsi, mentre quelle del Sud perdono risorse economiche (mobilità passiva) che potrebbero essere reinvestite per migliorare l'offerta locale, perpetuando lo svantaggio. Chiaramente di fronte a mesi di attesa nel pubblico, chi può permetterselo ricorre alla sanità privata (spesa out-of-pocket), che in Italia ha raggiunto i 40 miliardi di euro. La capacità di pagare la prestazione privata è inferiore nel Sud Italia, dove la povertà relativa è maggiore. Di conseguenza, le liste d'attesa causano una rinuncia alle cure più alta al Sud, che si traduce in diagnosi tardive e peggiori risultati di salute (es. in oncologia).

Per altro le Regioni sottoposte a Piani di Rientro (come Calabria, Sicilia, Campania, quest'ultima forse in uscita in questi giorni dalla procedura) hanno restrizioni di budget che limitano le assunzioni di personale, causa primaria delle liste d'attesa. Mentre al contrario Regioni benchmark (es. Emilia-Romagna, Veneto) riescono, nonostante la domanda, a garantire tempi di attesa più brevi grazie a una migliore organizzazione e pianificazione. Comunque abbiamo nel 2025, circa 13,6 milioni di italiani che hanno rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria, con le liste d'attesa indicate come causa principale (6,8%). Chi può permetterselo ricorre al privato, mentre chi non ha risorse è costretto ad aspettare o a desistere, accentuando le disuguaglianze sociali. Se poi teniamo conto delle diverse agibilità ai LEA nelle Regioni italiane e alle differenze di reddito regionali, abbiamo quasi tutti gli elementi utili per capire la "dualizzazione" non tanto strisciante del SSN e dei SSR.

### Considerazioni conclusive

È importante essere chiari: le riforme sanitarie, da sole, non possono invertire questa tendenza. Possono attenuarla, non eliminarla. Perché le disuguaglianze di salute, come abbiamo visto, sono il riflesso di disuguaglianze sociali più ampie. Questo non significa che non ci siano margini di azione. Al contrario, esistono leve concrete che possono rendere il sistema più equo:

La prima riguarda la riduzione del razione implicito: garantire, al netto di una ritrovata appropriatezza della domanda, realmente tempi massimi di attesa, utilizzare in modo mirato sia l'erogazione diretta che l'acquisto di prestazioni dal privato, rendere trasparenti e verificabili i criteri di priorità clinica.

La seconda riguarda la progressività degli strumenti: rivedere le detrazioni fiscali per le spese sanitarie in senso più equo, rafforzare forme mutualistiche no profit evitando meccanismi selettivi basati sul rischio.

La terza riguarda l'integrazione socio-sanitaria, spesso evocata ma raramente realizzata: costruire percorsi di presa in carico che tengano insieme bisogni sanitari e condizioni sociali, valorizzando il ruolo del territorio e del terzo settore.

La quarta, infine, esce dal perimetro sanitario, ma ne determina in larga parte gli esiti: politiche sul lavoro, sui salari, sull'abitare, sulla conciliazione tra tempi di vita e di cura.

Superare il "razionamento implicito" in sanità richiede un approccio strutturale volto a garantire equità, riducendo le liste d'attesa, potenziando la medicina territoriale e riformando le agevolazioni fiscali. Le strategie chiave includono l'efficientamento della spesa, l'integrazione tra stato, terzo settore e sanità non-profit, e l'adozione di politiche di "appropriatezza" terapeutica.

### Ecco le principali azioni individuate per superare il fenomeno:

**Rafforzamento della Sanità Territoriale:** Investire nelle [Case di Comunità](#), nell'assistenza domiciliare e nella medicina di prossimità per decongestionare gli ospedali e prendere in carico i pazienti cronici, evitando che i costi si riversino sulle famiglie.

**Riduzione delle Liste d'Attesa:** Abbattere i tempi per visite specialistiche, diagnostica e follow-up, intervenendo in particolare su prestazioni differibili ma essenziali, causa principale del ricorso al privato. Implementare sistemi di monitoraggio pubblico per ridurre la discrezionalità e garantire un [accesso equo](#) basato sull'urgenza clinica e non sulla capacità di orientarsi nel sistema.

**Revisione dei LEA e della Fiscalità:** Potenziare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), specie nella prevenzione, e rendere le agevolazioni fiscali sulle spese sanitarie più eque, introducendo detrazioni rimborsabili per chi si trova nella "no-tax area".

**Gestione Efficiente e Trasparente:** Ridurre gli sprechi negli appalti sanitari, approvando e applicando rigorosamente i costi standard per garantire uniformità di trattamento tra le Regioni.

**Assicurazioni Mutualistiche No-Profit:** Promuovere forme di assicurazione integrativa non orientate al profitto per ampliare la copertura per anziani, precari e fasce vulnerabili, vedere

l'esperienza del Fondo Non Autosufficienza in Germania.

**Appropriatezza delle Cure:** Sostituire la logica del mero taglio (selettività) con quella dell'appropriatezza, utilizzando solo trattamenti di provata efficacia, evitando sprechi e ponendo il paziente al centro del percorso terapeutico. Sostituire le scelte arbitrarie con criteri di [appropriatezza clinica](#) espliciti. Un intervento è considerato appropriato se è di efficacia provata e viene somministrato al paziente giusto nel momento giusto.

**Indicatori di performance:** Utilizzare strumenti di misurazione oggettivi (medie, tassi di successo, tempi medi) per identificare dove il sistema fallisce e intervenire in modo mirato anziché lineare.

**Task Shifting:** Ridistribuire i compiti all'interno dell'equipe sanitaria. Delegare competenze specifiche da medici a infermieri o altri operatori qualificati può liberare risorse e ridurre i colli di bottiglia.

**Umanizzazione e benessere degli operatori:** Ridurre il burnout del personale sanitario è fondamentale. Un'equipe in salute e cooperativa è più incline a una comunicazione trasparente, evitando che il silenzio sugli errori o sulle inefficienze alimenti il razionamento "di fatto".

**Coinvolgimento della comunità:** Promuovere la [partecipazione dei pazienti](#) e delle comunità locali per ricomporre le tensioni generate dalla scarsità di fondi.

**Contrasto alle disuguaglianze di reddito:** Poiché il reddito è diventato un fattore determinante per l'accesso (chi ha soldi ricorre al privato, gli altri attendono), sono necessarie policy che tutelino le fasce più povere per evitare che la sanità cessi di essere universale.

In sintesi, il superamento del razionamento implicito mira a trasformare il sistema attuale, in cui il reddito influisce sull'accesso alle cure, in un modello basato sull'equità e la responsabilità sociale.

Senza interventi su questi ambiti, il sistema sanitario è destinato a rincorrere gli effetti, senza incidere sulle cause. Il punto, in definitiva, non è se il Servizio Sanitario Nazionale continuerà a esistere. È molto probabile che continuerà a farlo. Il punto è quale forma assumerà. Resterà uno strumento di equità sostanziale, capace di ridurre le disuguaglianze? Oppure diventerà sempre più un sistema di base, affiancato da percorsi differenziati per chi può permetterseli? È su questa domanda che si gioca oggi il futuro del SSN. E, più in generale, la qualità del nostro patto sociale.

Si ringrazia il collega Andrea Vannucci per i contributi forniti.

**Giorgio Banchieri,**

*Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DISSE, Univ. "sapienza, Roma*

#### Riferimenti

CREA Sanità (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità): *21° Rapporto Sanità (2025/2026)*: Affronta le tematiche di sostenibilità del SSN e le forme di razionamento, inclusa la fuga verso la sanità privata.

- CREA Sanità (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità): *Ricerca sul "Razionamento Sanitario Implicito" (2026)*: Presentata al Festival Nazionale dell'Economia Civile, evidenzia il razionamento per le fasce più povere.
- SaluteInternazionale.info (Slow Medicine): Domenighetti, G., & Vernero, S. (2013). *Cittadini e attese verso il sistema sanitario*. Tratta del razionamento implicito e dell'appropriatezza. Diritto.it: *Il concetto di razionamento in sanità* (2005). Diritto.it: *Il razionamento in ambito sanitario: la governance sanitaria* (2025). Recentiprogredi.it: *Le priorità nella medicina e la priorità della salute*.

Rivista AIC: Razzano, G. (2020). *DAT e contesti emergenziali* (tratta indirettamente le scelte di razionamento in emergenza).

GIMBE (Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze): Analisi sul governo della domanda e sulle attese come strumento di razionamento implicito.

- Bressan, M. *Università degli Studi di Padova* – Analisi dei tempi d'attesa come strumento di razionamento.

Fabbretti, G. *Università Politecnica delle Marche* – *Fabbisogno di personale infermieristico e Missed Nursing Care.*

**di Giorgio Banchieri**

**07 Aprile 2026**

**© Riproduzione riservata**

## Potrebbe interessarti in Lettere al direttore



### Sicurezza sul lavoro e disabilità: un'opportunità normativa per le Aziende Sanitarie

Gentile Direttore, con l'introduzione della norma UNI EN ISO 45001:23 nell'art. 30 del d.lgs. 81/08, come indicato dall'ultima legge in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro dello scorso anno, si...



### Le professioni sanitarie e un segnale che il sistema non può più ignorare

Gentile direttore, negli ultimi anni le professioni sanitarie italiane hanno attraversato una trasformazione silenziosa ma profonda. Sono cambiate le competenze, si sono ampliati i confini della responsabilità, si sono moltiplicati gli...



### Il miglior scudo penale per il medico? L'ascolto del paziente

Gentile Direttore, c'è una domanda che viene fatta frequentemente durante i corsi ECM e cioè: qual è il migliore scudo penale? Prevenire è meglio che curare, dice un noto aforisma di...



### Pnrr e Adi, il paradosso della copertura senza cura. Un'occasione mancata per la cronicità e la non autosufficienza

Gentile Direttore, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rappresentava uno dei pilastri strategici del PNRR per la riorganizzazione territoriale del Servizio Sanitario Nazionale. L'obiettivo era chiaro: spostare il baricentro dell'assistenza verso il...

**Edizioni Regionali**

**Abruz Venet Piem di Valle  
Basilic Giulia Provi Trent D'Ao  
Calab Lazio Autor Pugli Venet  
Camp Liguri di Sarde  
Emilia Lomb Bolza Sicilia**

**Roma Marci Provi Toscana**  
**Friuli Molise Aitor Umbria**

sanità

Quotidiano online  
d'informazione sanitaria

**Direttore responsabile**

Luciano Fassari

**Direttore editoriale**

Francesco Maria Avitto

**Sede legale e operativa:**

Via della Stelletta, 23, 00186 - Roma

**Sede operativa:**

Via Luigi Galvani, 24, 20124 - Milano

**Tel:** (+39) 06 45209 715

**Email:** [info@homnya.com](mailto:info@homnya.com)

**Coordinamento Pubblicità**

[commerciale@homnya.com](mailto:commerciale@homnya.com)

**Redazione**

[redazione@homnya.com](mailto:redazione@homnya.com)



Copyright 2013-2026 © Homnya  
Srl

Tutti i diritti sono riservati

P.I. e C.F. 13026241003

Iscrizione al ROC n.34308  
Iscrizione Tribunale di Roma  
n.115/2013 del 22/05/2013

Riproduzione riservata

[Privacy Policy](#)

[Cookie Policy](#)

[Accessibilità](#)