

# Il sistema sanitario italiano tra divari territoriali e disuguaglianze socioeconomiche

Carlotta Piazzoni

Università degli Studi di Milano-Bicocca, Italia

Marco Terraneo

Università degli Studi di Milano-Bicocca, Italia

**Abstract** The Italian healthcare system shows significant territorial inequalities in service access, with a pronounced North-South divide. Results from this chapter highlight critical challenges in the South and Islands, exacerbated by structural and socio-economic deficiencies. Women in the South are particularly disadvantaged, even with adequate financial resources. Inequalities driven by income, gender, and territorial challenge the equity of the universal model, underscoring the need for targeted policies to rebalance resources and services.

**Keywords** Equitable access. Healthcare accessibility. Territorial disparities. Socioeconomic determinants. Italy.

**Sommario** 1 Trasformazione del sistema sanitario italiano e disuguaglianze. – 2 Disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sanitari. – 3 Disuguaglianze territoriali nella rinuncia ai servizi sanitari. – 4 Prospettive di equità e disuguaglianze territoriali nel sistema sanitario italiano.

---

## 1 Trasformazione del sistema sanitario italiano e disuguaglianze

Il sistema sanitario italiano mostra evidenti divari territoriali nel garantire un'equa assistenza sanitaria a tutti i cittadini e questi divari nella maggior parte dei casi prendono la forma di quella che è stata definita una frattura tra Nord e Sud del paese (Toth 2014; Sarti 2017).

Nel mese di novembre del 2024, AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali 2024) ha presentato i dati aggiornati all'anno 2023 del modello di valutazione multidimensionale della performance manageriale delle aziende sanitarie pubbliche territoriali. La figura 1 mostra la performance complessiva delle 110 Aziende Sanitarie Territoriali (ATS), basata sulla valutazione di 34 indicatori classificati in 6 aree (prevenzione; assistenza distrettuale; assistenza ospedaliera; sostenibilità economica-patrimoniale; investimenti; esiti) e 12 sub-aree.<sup>1</sup> Il risultato della combinazione di tutte le aree analizzate porta all'individuazione di 27 aziende con una valutazione complessiva alta (in verde nella figura), 53 con valutazione media (in giallo nella figura), 30 con una valutazione bassa (in rosso nella figura).

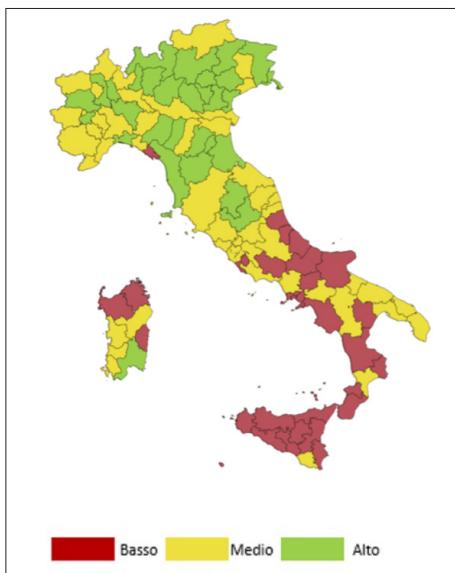
A colpo d'occhio emerge in modo lampante la disparità tra le varie aree del Paese: con una sola eccezione, tutte le ATS con performance bassa si collocano in prevalenza al Sud o nelle Isole.

Questo risultato evidenzia come anche nel settore dell'assistenza sanitaria i divari territoriali abbiano un impatto significativo. Si deve inoltre sottolineare che sebbene l'attenzione al sistema sanitario sia rilevante, in primo luogo, per il suo impatto diretto sul benessere individuale e sull'equità, l'interesse verso questo ambito è certamente più ampia. Se creare salute è l'obiettivo primario di ogni sistema sanitario, occorre ricordare che esso, nell'immediato, genera, scambia e consuma beni e servizi (Mapelli 2012). Analizzare il funzionamento del sistema sanitario, quindi, significa esaminare anche le dimensioni politico-istituzionali ed economico-finanziarie della società, dimensioni che, peraltro, risultano strettamente interconnesse.

Un chiaro esempio della interazione tra differenti dimensioni, oltre al dato riportato in apertura del capitolo, che conferma come le disparità territoriali relative all'assistenza sanitaria si possano leggere su una molteplicità di piani (cf. Consolazio, Sarti, Terraneo 2020), è rappresentato da uno dei fenomeni per noi più impressionanti delle profonde iniquità del sistema sanitario italiano, la mobilità sanitaria interregionale. I cittadini italiani sono liberi di farsi curare in tutte le strutture pubbliche che operano sul territorio

---

**1** Per l'accesso a informazioni più dettagliate sulla valutazione condotta da AGENAS si veda il sito: <https://stat.agenas.it/web/index.php?r=public%2Findex&report=32>.

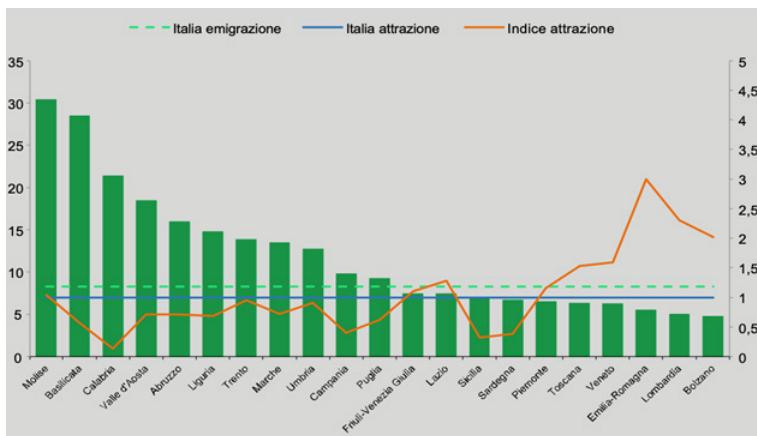


**Figura 1**  
Performance complessiva (sei aree)  
delle 110 Aziende Sanitarie Territoriali.  
Fonte: AGENAS

nazionale. Quando un cittadino decide di spostarsi in una regione diversa da quella in cui risiede per ricevere l'assistenza di cui ha bisogno, siamo di fronte alla cosiddetta mobilità sanitaria. Pertanto, è possibile considerare la scelta del paziente (quando ovviamente tale scelta non dipenda da causa di forza maggiore, ma da situazioni contingenti, come un ricovero d'urgenza quando ci si trova fuori regione) di utilizzare dei servizi di un'altra regione come un indicatore dell'efficacia e della qualità dei servizi sanitari (Messina et al. 2008; Glinos et al. 2010). Più la qualità dei servizi offerti dal proprio sistema sanitario è buona, più difficile è immaginare che un paziente decida di farsi curare in un'altra regione. Va inoltre ricordato che i flussi di pazienti tra le regioni sono anche flussi economici, che impoveriscono i sistemi sanitari che perdono pazienti e arricchiscono quelli in cui i pazienti arrivano. Infatti, le prestazioni erogate in una regione a un cittadino residente in un'altra regione, sono frutto di compensazione interregionale, ossia la regione in cui risiede il cittadino che si sposta è tenuta a pagare alla regione che si fa carico delle cure la prestazione che quest'ultima ha erogato al cittadino proveniente da fuori regione. Questo riparto si basa su quella che si chiama matrice della mobilità

extraregionale, che di norma si riferisce a quanto accaduto due anni precedenti.<sup>2</sup>

Come mostra chiaramente la figura 2, con riferimento all'anno 2022, le regioni del Nord (in particolare Emilia-Romagna, Lombardia, la provincia autonoma di Bolzano, il Veneto) attraggono pazienti, quelle del Sud li cedono (in particolare, Calabria, Basilicata e Campania), segno, come abbiamo detto, di rilevanti differenziali nella qualità dei servizi di assistenza sanitaria (nello specifico ospedaliera) offerti dai differenti sistemi sanitari regionali.



**Figura 2** Emigrazione ospedaliera (asse sinistro) e indice di attrazione (asse destro)\* dei ricoveri ordinari per acuti per regione (anno 2022, val. %).

Fonte: elaborazioni Istat su dati Ministero della Salute – Scheda di dimissioni ospedaliere (SDO).

\* Rapporto tra la percentuale di immigrazione e la percentuale di emigrazione. Valori superiori a 1 indicano flussi in entrata maggiori dei flussi in uscita e, viceversa, valori inferiori a 1 indicano flussi in uscita maggiori dei flussi in entrata

C'è un sostanziale accordo nell'affermare che un sistema sanitario è equo quando si connota per un giusto impiego delle risorse disponibili a beneficio dell'intera popolazione (Whitehead 1991). D'altra parte, questa enunciazione è talmente generale che diventa poi difficile utilizzarla sul piano operativo per 'misurare' l'equità di un sistema

**2** Secondo il Rapporto AGENAS sulla mobilità sanitaria la spesa a carico delle Regioni è stata di poco inferiore a 3 miliardi di euro nel 2023, 7 con saldo attivo, mentre erano 14 le regioni che presentavano un saldo negativo (ovvero che hanno speso di più per le cure fuori regione dei loro cittadini rispetto a quanto abbiano incassato per i cittadini che sono venuti a farsi curare da altre regioni). In questa graduatoria l'Emilia-Romagna e la Lombardia sono le regioni che primeggiavano, con un saldo positivo di circa 380 milioni di euro ciascuna. Al terzo posto il Veneto con circa 115 milioni, seguita dalla Toscana e dal Piemonte con 26 e 23 milioni rispettivamente. Tra le regioni che invece hanno avuto un saldo negativo i valori più rilevanti si registrano per la Campania (-211 milioni), seguita dalla Calabria (-192 milioni), dalla Sicilia (-140 milioni) e dalla Puglia (-127 milioni).

sanitario. Culyer e Wagstaff (1993) presentano e discutono quattro definizioni di equità nell'ambito dell'assistenza sanitaria: uguaglianza nella spesa pro capite; distribuzione secondo il bisogno; uguaglianza di accesso; uguaglianza di salute (per approfondimenti cf. Terraneo 2018). Si tratta di definizioni ampiamente discusse in letteratura e impiegate nella ricerca empirica, sebbene vadano riconosciuti i limiti insiti in ciascuna di esse.

Certo è che tra i principi ispiratori della nascita del Sistema Sanitario Nazionale,<sup>3</sup> il tema dell'equità trova ampio spazio. È (sulla carta), infatti, un sistema sanitario universalistico che garantisce il diritto all'assistenza sanitaria a tutta la popolazione e per tutte le malattie, senza discriminazioni e vincoli di tempo e costo; che favorisce l'uguaglianza di trattamento, secondo cui, a parità di bisogno, tutti i cittadini dovrebbero essere curati nello stesso modo e trovare risposte adeguate in tutte le aree del paese; che eroga una globalità di prestazioni, facendosi carico di tutte le esigenze di salute, queste ultime intese in senso ampio, non limitandosi alla cura della malattia, ma intervenendo anche sui fattori che influenzano la salute dei cittadini e della collettività; infine, che assicura l'equità del finanziamento, fondato in buona misura sulla fiscalità generale, a garanzia che ognuno contribuisca in base alle sue capacità e riceva in virtù dei propri bisogni. Ma il Sistema Sanitario Nazionale oggi appare profondamente diverso rispetto a quello istituito quasi cinquant'anni fa. Sin dalla sua nascita, alcune delle promesse iniziali sono state parzialmente disattese, e i principi fondativi sono stati messi in discussione, anche a causa di numerose riforme che ne hanno alterato significativamente lo spirito e il funzionamento originario. Uno dei cambiamenti più rilevanti, derivante dai processi di *devolution* e dall'impatto delle normative sul federalismo fiscale, è la trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale in una sorta di 'federazione' di Sistemi Sanitari Regionali (SSR). Si tratta, quindi, di un sistema sanitario caratterizzato da una marcata articolazione e differenziazione tra le regioni, sia sul piano organizzativo che su quello economico-finanziario. Questa trasformazione ha avuto e continua ad avere significative ripercussioni sulla capacità di

---

**3** Il Sistema Sanitario Nazionale, come noto, nasce nel 1978, con la legge n. 833. Questo fondamentale passaggio per il nostro sistema sanitario arriva come superamento di due lunghe fasi precedenti, quella delle assicurazioni volontarie contro la malattia, fino a circa gli anni Venti del secolo scorso, in cui la tutela della salute era affidata per lo più alle singole famiglie e agli enti caritatevoli (soprattutto religiosi) e quella che dal 1920 circa arriva al 1977, dove prevaleva un modello di assicurazione sociale di malattia, in cui la difesa della salute era garantita dalle casse di malattia, organizzazioni senza scopo di lucro che raccoglievano i contributi dei lavoratori e dei datori di lavoro su base categoriale o territoriale. Con il SSN, dunque, l'assistenza sanitaria da tutela del lavoratore diviene diritto di cittadinanza.

rispondere ai bisogni di salute della popolazione italiana, accentuando disuguaglianze che in passato erano più contenute.

Disporre di un'assistenza di alta qualità rappresenta un notevole vantaggio per chi affronta una malattia. Un servizio sanitario migliore si traduce in maggiori probabilità di guarigione e di recupero completo, sia dal punto di vista fisico che sociale. Un sistema sanitario efficiente, oltre a promuovere il ripristino della salute, potrebbe contribuire a ridurre le disuguaglianze, garantendo che le condizioni di salute e i rischi legati alla malattia dei gruppi sociali meno avvantaggiati siano quanto più simili possibile a quelli delle fasce con uno status socioeconomico più elevato (Mackenbach 1994).

Vero è che numerosi studi hanno documentato rilevanti disuguaglianze nell'utilizzo dei servizi sanitari in relazione al reddito (Devaux 2013; Manderbacka et al. 2009; Masseria, Giannoni 2010; van Doorslaer, Masseria, Koolman 2006), alla posizione sociale (Palència et al. 2013), all'istruzione (Terraneo 2015), nonché a una combinazione di questi fattori con altri, quali l'appartenenza etnica o il contesto di residenza (Regidor et al. 2008). Tali disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari si traducono in un maggior rischio di malattia per gli individui che ne fanno meno ricorso e in un aumento delle disparità sociali nelle condizioni di salute (Terraneo 2015). Per l'Italia, sappiamo che dal punto di vista delle risorse socio-economiche di cui dispongono gli individui, emerge che i soggetti più svantaggiati subiscono un maggior numero di ricoveri, soprattutto di urgenza, e a uno stadio di gravità più avanzato, a dimostrazione di una peggiore gestione della malattia nelle fasi iniziali di insorgenza e di primo contatto con le strutture sanitarie. Le classi più svantaggiate risultano inoltre essere più esposte al rischio di ricoveri inappropriati e avere un minor accesso a procedure innovative di sicura efficacia (Spadea, Venturini 2004).

A partire dal quadro di riferimento qui tracciato, in questo capitolo guarderemo in prima battuta al tema dell'equità del sistema sanitario italiano focalizzandoci sulla dimensione territoriale - le disparità tra le differenti aree del Paese - in merito al ricorso a visite ed esami diagnostici, nonché alle ragioni - per costo o lunghezza dei tempi di attesa - della rinuncia alle prestazioni sanitarie. Al contempo, proveremo anche a considerare se e in che misura le caratteristiche individuali, nello specifico il genere e le risorse economiche familiari, possano modificare le tendenze generali che emergono dall'analisi territoriale.<sup>4</sup>

---

**4** Sul ruolo dei fattori individuali, nello specifico genere e risorse economiche, in interazione con la dimensione territoriale per dar conto delle iniquità di uso del sistema sanitario, si rimanda a quanto da noi già discusso in questo volume nel capitolo «Le disuguaglianze territoriali di salute in Italia», in cui questo stesso approccio è stato trattato con riferimento alle disuguaglianze sociali di salute.

Per il raggiungimento degli obiettivi sopra menzionati, sono stati utilizzati i dati provenienti dall'ultima Indagine Multiscopo Sulle Famiglie - Aspetti Della Vita Quotidiana, ovvero i dati relativi al 2021 (Istat 2021). La banca dati fornisce informazioni utili per questo capitolo, in particolare sull'accesso ai servizi sanitari. Tra i temi trattati infatti, oltre agli aspetti della vita quotidiana e alle condizioni di salute dei soggetti, emergono dati rilevanti sul ricorso a esami specialistici e visite mediche o alla loro rinuncia per diverse cause, che consentono di analizzare l'accessibilità ai servizi da parte degli individui. Per questo capitolo, l'attenzione sarà focalizzata sui seguenti aspetti: il ricorso a esami specialistici o visite mediche negli ultimi 12 mesi; la rinuncia a visite o accertamenti specialistici negli ultimi 12 mesi, in particolare per motivi economici o per l'eccesiva lunghezza delle liste d'attesa.

Nei paragrafi seguenti saranno presentate analisi mirate a delineare un quadro generale della situazione di accesso ai servizi sanitari della popolazione relativa all'ultima annata dell'indagine Istat (2021) nelle diverse macroaree geografiche (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud, Isole), attraverso l'impiego di modelli di regressione logistica stratificati prima per genere e poi anche per risorse economiche familiari degli ultimi 12 mesi (differenziando tra risorse economiche scarse - insufficienti o scarse - e risorse economiche adeguate - ottime o adeguate). I sopraccitati modelli vedranno inoltre l'introduzione di alcune variabili di controllo: l'età, lo stato civile e lo status occupazionale degli individui. Come anticipato, si prevede di osservare discrepanze territoriali sia nell'accesso ai servizi sanitari, sia nella rinuncia ad essi.

## 2 Disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sanitari

Per quanto riguarda il ricorso a esami specialistici e visite mediche [fig. 3], i dati mostrano differenziali territoriali significativi. In particolare, sia per gli uomini che per le donne, gli individui residenti nelle regioni del Sud e nelle Isole presentano una probabilità inferiore di usufruire di tali servizi rispetto al resto del Paese. Inoltre, tra le donne, emerge un'ulteriore differenza: il ricorso a esami e visite è leggermente meno frequente nelle regioni del Nord-Ovest rispetto a quelle del Nord-Est.

Analizzando il ricorso a visite specialistiche in base alla disponibilità di risorse economiche [fig. 4], si osserva che tali risorse non incidono in modo sostanziale sul divario territoriale precedentemente rilevato. Infatti, la probabilità di accedere a visite specialistiche continua a essere inferiore per gli individui residenti nel Sud e nelle Isole rispetto a quelli di altre aree geografiche, indipendentemente dal genere. Tuttavia, come prevedibile, tra le persone con risorse economiche adeguate, la probabilità di ricorrere a visite specialistiche risulta complessivamente più alta rispetto a coloro che dispongono di risorse scarse, confermando le ipotesi iniziali.

Passando agli esami diagnostici [fig. 5], l'analisi stratificata per risorse economiche evidenzia che, tra le donne, anche quelle con risorse adeguate continuano a mostrare il divario territoriale già osservato. Inoltre, nelle regioni del Sud, la probabilità di accedere a esami diagnostici rimane intorno al 30%, sia per chi dispone di risorse economiche scarse sia per chi dispone di risorse adeguate. Un risultato analogo si osserva tra gli uomini: sebbene vi sia un lieve aumento della probabilità di accesso agli esami diagnostici per coloro che hanno risorse adeguate, nel Sud questa probabilità rimane stabilmente al di sotto del 25%, indipendentemente dal livello di risorse.

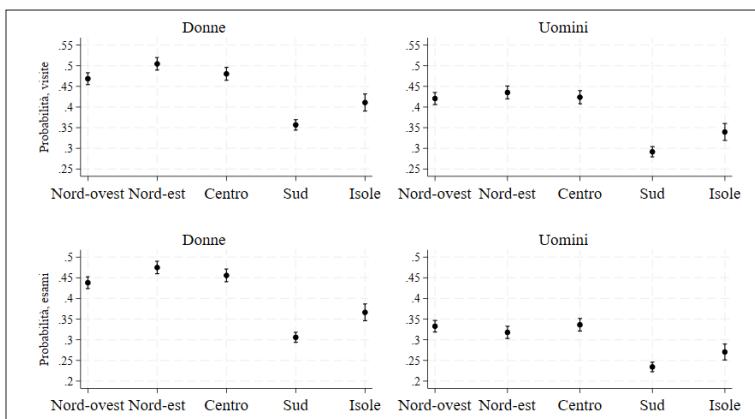


Figura 3 Probabilità di fare ricorso a visite o esami specialistici, per genere, stimate tramite regressione logistica

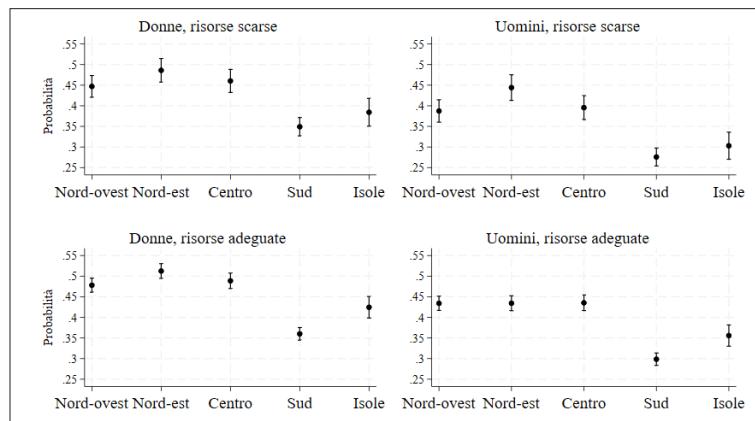


Figura 4 Probabilità di fare ricorso a visite specialistiche, per risorse e genere, stimate tramite regressione logistica

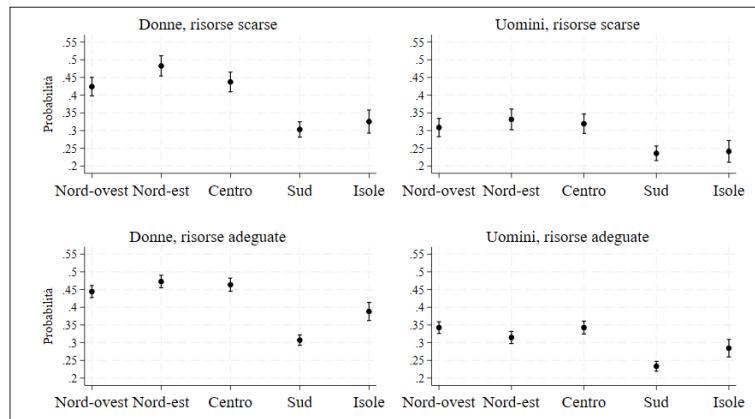
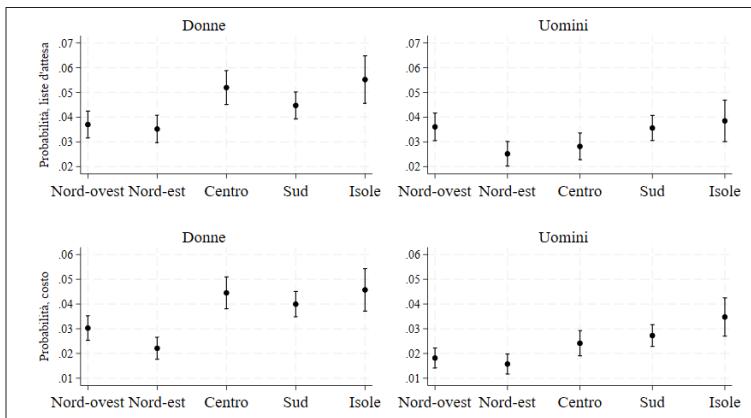


Figura 5 Probabilità di fare ricorso a esami specialistici, per risorse e genere, stimate tramite regressione logistica

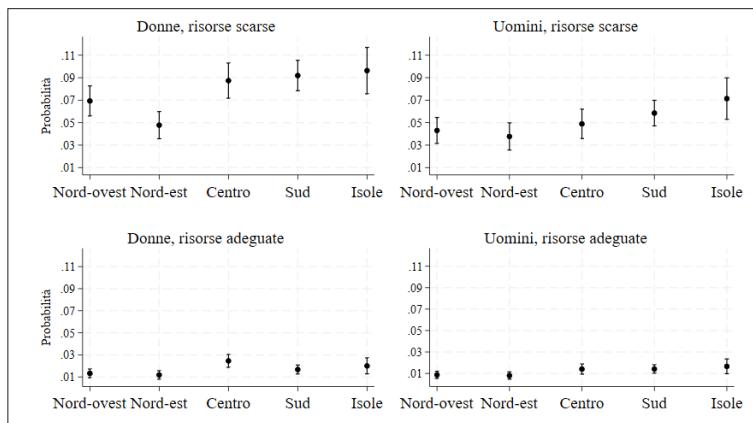
### 3 Disuguaglianze territoriali nella rinuncia ai servizi sanitari

Per quanto riguarda la rinuncia a visite o esami specialistici [fig. 6], sia per motivi economici sia a causa della lunghezza delle liste d'attesa, i risultati evidenziano significative differenze territoriali. Tra le donne, le regioni del Centro, Sud e Isole mostrano una probabilità più elevata di rinunciare ai servizi per entrambe le motivazioni. Tra gli uomini, invece, le lunghe liste d'attesa rappresentano un problema non solo per il Sud e le Isole, ma anche per le regioni del Nord-Ovest. Sul fronte dei costi, le regioni del Centro, Sud e Isole continuano a registrare una probabilità più elevata di rinuncia tra gli uomini, anche se con un differenziale meno marcato rispetto alle donne.



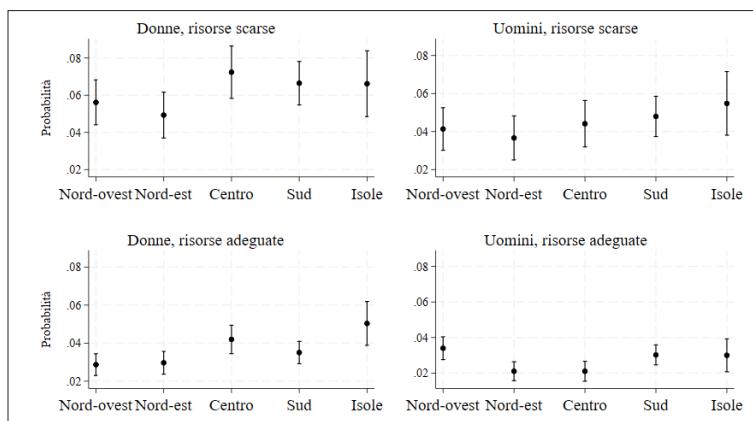
**Figura 6** Probabilità di rinuncia a visite o esami specialistici per causa (costo o lista d'attesa) e genere, stimate tramite regressione logistica

Considerando la probabilità di rinuncia per motivi economici, differenziata in base alla disponibilità di risorse economiche [fig. 7], emerge un risultato atteso ma significativo: sia per gli uomini che per le donne, il possesso di risorse economiche adeguate riduce quasi completamente il divario territoriale, rendendo la probabilità di rinuncia pressoché nulla. Tra le donne prive di risorse adeguate, il divario territoriale persiste: quelle residenti nel Centro, Sud e Isole mostrano una probabilità significativamente più alta di rinuncia. Tra gli uomini, invece, le differenze territoriali sono meno evidenti, sebbene anche in questo caso chi risiede nel Sud e nelle Isole risulti più svantaggiato.



**Figura 7** Probabilità di rinuncia a visite o esami specialistici per costo, per risorse e genere, stimate tramite regressione logistica

Infine, analizzando la rinuncia a causa delle liste d'attesa eccessivamente lunghe [fig. 8], emerge che le donne residenti nel Centro, Sud e Isole hanno una probabilità più elevata di rinuncia rispetto al Nord. Sebbene tale probabilità si riduca leggermente tra chi possiede risorse economiche adeguate, il divario territoriale rimane evidente, soprattutto nelle Isole. Tra gli uomini, le differenze territoriali sono meno marcate, indipendentemente dalle risorse economiche. Tuttavia, si osserva un dato peculiare: nel Nord-Ovest, la probabilità di rinuncia a causa delle liste d'attesa è tra le più elevate, anche tra coloro che dispongono di risorse economiche adeguate.



**Figura 8** Probabilità di rinuncia a visite o esami specialistici per lista d'attesa, per risorse e genere, stimate tramite regressione logistica

---

## 4    **Prospettive di equità e disuguaglianze territoriali nel sistema sanitario italiano**

L'analisi condotta ha permesso di delineare un quadro dettagliato e articolato delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari in Italia, mettendo in luce le profonde differenze territoriali e il ruolo delle risorse economiche di cui gli individui dispongono. I risultati evidenziano come i divari territoriali continuino a rappresentare una sfida cruciale per il sistema sanitario nazionale, nonostante i principi di universalità ed equità che ne sono alla base.

Un primo aspetto che emerge chiaramente è la minore probabilità di ricorso a esami specialistici e diagnostici nelle regioni del Sud e delle Isole rispetto al Centro-Nord. Questo fenomeno, osservabile sia tra gli uomini che tra le donne, evidenzia il persistere di una disparità strutturale nell'offerta e nella fruizione dei servizi sanitari. Le differenze non si limitano al semplice accesso, ma riflettono un problema più ampio di disuguaglianza nella distribuzione delle risorse sanitarie, nella qualità dell'assistenza e nelle condizioni socioeconomiche delle diverse aree del Paese (Istat 2024). In particolare, le donne del Sud sembrano essere particolarmente penalizzate, poiché mostrano una probabilità di uso dei servizi specialistici e diagnostici inferiore rispetto alle donne del Nord, anche quando dispongono di risorse economiche adeguate. Questo risultato suggerisce che i fattori territoriali non siano unicamente legati alla disponibilità di risorse personali, ma riflettano ostacoli strutturali, come la carenza di infrastrutture sanitarie, la scarsa presenza di personale medico o una limitata capacità di risposta alle esigenze della popolazione.

Un secondo elemento di rilievo è rappresentato dall'impatto della disponibilità di risorse economiche. Nonostante l'universalità del sistema, le persone con risorse adeguate hanno una probabilità significativamente maggiore di accedere ai servizi specialistici rispetto a chi vive in condizioni di difficoltà economica. Tuttavia, questa differenza non sempre è sufficiente a eliminare il divario territoriale: anche tra coloro che dispongono di risorse adeguate, chi risiede nel Sud e nelle Isole continua a essere svantaggiato rispetto agli abitanti del Centro-Nord. Ciò sottolinea l'importanza di interventi di politica sanitaria volti a riequilibrare l'accesso ai servizi in tutto il Paese, indipendentemente dalla condizione economica degli individui.

Le analisi relative alla rinuncia ai servizi specialistici forniscono ulteriori spunti di riflessione. In generale, la rinuncia a causa dei costi o delle lunghe liste d'attesa risulta più frequente nel Sud e nelle Isole, con una differenza particolarmente marcata tra le donne. Ancora una volta questo dato evidenzia un problema strutturale nel sistema sanitario, che sembra non essere in grado di garantire un accesso equo ai servizi. La disponibilità di risorse economiche si conferma un

fattore determinante per ridurre la probabilità di rinuncia, annullando il divario territoriale per quanto riguarda la rinuncia a causa dei costi. Tuttavia, per quanto riguarda le liste d'attesa, il problema persiste anche tra chi dispone di risorse adeguate, specialmente nelle Isole e nel Nord-Ovest. Un risultato interessante è relativo alla diversa espressione del problema delle liste d'attesa tra uomini e donne. Le donne residenti nelle regioni del Centro, Sud e Isole appaiono maggiormente penalizzate, mentre tra gli uomini il divario territoriale è meno marcato. Questo potrebbe riflettere una diversa sensibilità alle difficoltà di accesso, una maggiore propensione delle donne a ricorrere ai servizi sanitari o una combinazione di questi fattori. In ogni caso, il dato sottolinea l'esigenza di politiche mirate che considerino anche le differenze di genere nell'accesso e nell'uso dei servizi sanitari.

Le evidenze emerse richiedono una riflessione approfondita sulle cause di queste disuguaglianze e sulle possibili strategie per affrontarle. Il sistema sanitario italiano, basato su un modello universalistico, dovrebbe garantire un accesso equo ai servizi per tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro residenza o dalla loro condizione economica. Tuttavia, i risultati mostrano chiaramente che questo obiettivo non è ancora pienamente raggiunto. Le disuguaglianze territoriali e socioeconomiche rappresentano una sfida complessa, che richiede interventi mirati a più livelli (Lo Scalzo et al. 2009). Qui si innesta il tema della spesa sanitaria privata, nota come spesa *out-of-pocket*, ovvero quella quota di spesa che i cittadini italiani devono sostenere personalmente per accedere ai servizi legati alla tutela della salute. Nel 2019, la spesa privata rappresentava il 23,3% del totale della spesa sanitaria, incidendo significativamente sulle risorse economiche delle famiglie. Questa spesa privata deriva principalmente da quattro fattori: pagamento diretto di prestazioni escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); applicazione pervasiva di una politica di compartecipazione alla spesa sanitaria (il ticket); il sistema di compartecipazione (*cost-sharing*) richiede ai cittadini di contribuire economicamente anche per prestazioni incluse nei LEA; il ricorso al settore privato per evitare le lunghe liste d'attesa; la volontà di farsi curare da un determinato specialista visto che nel pubblico tale scelta è preclusa.

Questi fattori generano significative disparità tra la popolazione italiana. In particolare, le famiglie con minori risorse economiche, che, come sappiamo, sono più numerose nel Sud e nelle Isole del Paese, possono trovarsi in difficoltà a sostenere questi costi, arrivando a rinunciare alle cure necessarie. In alcuni casi, il peso finanziario può essere così elevato da obbligare le famiglie a sacrificare altre necessità, contrarre debiti (le cosiddette 'spese catastrofiche') o affrontare lunghi tempi di attesa nel sistema pubblico, compromettendo così i benefici attesi dalle cure stesse.

Da tutto ciò discende, sul piano delle politiche, che da un lato è necessario migliorare la distribuzione delle risorse sanitarie sul territorio, potenziando l'offerta di servizi specialistici e diagnostici nelle regioni del Sud e delle Isole. Questo potrebbe includere l'aumento del personale medico, l'ammodernamento delle infrastrutture sanitarie e l'introduzione di tecnologie avanzate. Dall'altro lato, occorre affrontare le barriere economiche che limitano l'accesso ai servizi, ad esempio attraverso l'introduzione di misure di sostegno per le famiglie a basso reddito o la riduzione dei costi per alcune tipologie di prestazioni. Un altro elemento cruciale riguarda la gestione delle liste d'attesa. L'eccessiva lunghezza dei tempi di attesa rappresenta un problema non solo nelle regioni del Sud e delle Isole, ma anche in alcune aree del Nord. Questo suggerisce la necessità di rivedere i processi organizzativi e gestionali del sistema sanitario, introducendo meccanismi più efficienti di prenotazione e monitoraggio delle prestazioni. Inoltre, potrebbe essere utile sviluppare programmi di telemedicina e soluzioni digitali per ridurre i tempi di attesa e migliorare l'accessibilità ai servizi. Infine, è importante considerare il ruolo delle politiche sociali e dell'educazione sanitaria. La promozione di una maggiore consapevolezza sull'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce potrebbe contribuire a ridurre le disuguaglianze nell'accesso e uso dei servizi. Allo stesso tempo, interventi di politica sociale volti a ridurre le disuguaglianze economiche e a migliorare le condizioni di vita delle persone potrebbero avere un impatto positivo anche sull'equità del sistema sanitario.

Una riflessione conclusiva merita la recente introduzione della legge sull'autonomia differenziata (legge 26 giugno 2024, n. 86) che potrebbe avere un impatto significativo, sebbene controverso, sul sistema sanitario nazionale (Davoli, Gabriele, Pallante 2024). Da un lato, potrebbe consentire alle regioni più avanzate di innovare e migliorare l'efficienza dei loro servizi; dall'altro, rischia di aggravare le disuguaglianze territoriali già esistenti. Le regioni più ricche, grazie a maggiori risorse economiche e amministrative, potrebbero potenziare il proprio sistema sanitario, mentre quelle più svantaggiate, soprattutto al Sud e nelle Isole, potrebbero rimanere al palo. Un aspetto critico è il finanziamento del sistema sanitario. Se l'autonomia differenziata permettesse alle regioni di trattenere una quota maggiore del gettito fiscale, il principio di solidarietà che caratterizza il Servizio Sanitario Nazionale potrebbe essere compromesso, penalizzando le aree con minori risorse. Anche la gestione delle liste d'attesa e delle infrastrutture rischia di seguire questa dinamica, con le regioni più ricche capaci di investire in ammodernamenti e personale, lasciando indietro le altre. Inoltre, la riforma potrebbe accentuare il peso delle risorse economiche individuali nell'accesso ai servizi sanitari. Se le regioni

con bilanci limitati non riuscissero a garantire standard minimi uniformi, i cittadini delle aree più svantaggiate potrebbero essere costretti a ricorrere al privato o a rinunciare ai servizi, aggravando ulteriormente le disparità. Solo un'attenta regolamentazione e politiche inclusive possono assicurare che l'autonomia differenziata diventi un'opportunità per migliorare il sistema sanitario senza sacrificare il diritto universale alla salute.

In conclusione, i risultati di questa analisi evidenziano l'urgenza di interventi mirati a ridurre le disuguaglianze territoriali e socioeconomiche nell'accesso ai servizi sanitari in Italia. Sebbene il sistema sanitario nazionale sia fondato su principi di equità e universalità, permangono ostacoli significativi che limitano la fruizione dei servizi da parte di alcune categorie di cittadini, in particolare nelle regioni del Sud e delle Isole. Affrontare queste sfide richiede un impegno congiunto da parte delle istituzioni, degli operatori sanitari e della società nel suo complesso, con l'obiettivo di garantire un accesso equo e universale ai servizi sanitari per tutti.

## Bibliografia

- AGENAS (2023). *Mobilità sanitaria*. <https://stat.agenas.it/web/index.php?r=public%2Findex&report=10>.
- AGENAS (2024). *Modello di valutazione multidimensionale della performance manageriale nelle aziende ospedaliere e territoriali pubbliche*. <https://stat.agenas.it/web/index.php?r=public%2Findex&report=32>.
- Consolazio, D.; Sarti, S.; Terraneo, M. (2020). «Disuguaglianze di accesso alle cure e all'assistenza nelle regioni italiane prima e dopo la crisi». *Autonomie locali e servizi sociali*, 2, 279-98. <https://www.rivisteweb.it/doi/10.1447/98721>.
- Culyer, A.J.; Wagstaff, A. (1993). «Equity and Equality in Health and Health Care». *Journal of Health Economics*, 12(4), 431-57. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(93\)90004-x](https://doi.org/10.1016/0167-6296(93)90004-x).
- Davoli, M.; Gabriele, S.; Pallante, F. (2024). «Il diritto alla salute a pezzi: autonomia differenziata e sanità». *Giornate residenziali di politica sanitaria*. 2a ed. Fiesole: Laboratorio su salute e sanità. <https://www.saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2024/09/Il-diritto-all-a-salute-a-pezzi-autonomia-differenziata-e-sanita.pdf>.
- Devaux, M. (2013). «Income-Related Inequalities and Inequities in Health Care Services Utilisation in 18 Selected OECD Countries». *The European Journal of Health Economics*, 16(1), 21-33. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0546-4>.
- Glinos, I.A.; Baeten, R.; Helble, M.; Maarse, H. (2010). «A Typology of Cross-Border Patient Mobility». *Health & Place*, 16(6), 1145-55. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.08.001>.
- Istat (2021). *Aspetti della vita quotidiana*. UniData – Bicocca Data Archive, Milano. Codice indagine SN240. Versione del file di dati 1.0. <https://www.istat.it/informazioni-sulla-rilevazione/aspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno-2013/>.

- Istat (2024). *Rapporto annuale 2024 – La situazione del Paese*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/05/Rapporto-Annuale-2024.pdf>.
- Lo Scalzo, A. et al. (2009). «Italy: Health System Review». *Health system in Transition*, 11(6), 1-216. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330338/HIT-11-6-2009-eng.pdf>.
- Mackenbach, J.P. (1994). «The Epidemiologic Transition Theory». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48(4), 329-31.
- Manderbacka, K.; Arffman, M.; Leyland, A.; McCallum, A.; Keskimäki, I. (2009). «Change and Persistence in Healthcare Inequities: Access to Elective Surgery in Finland in 1992 e 2003». *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 131-8. <https://doi.org/10.1177/1403494808098509>.
- Mapelli, V. (2012). *Il Sistema sanitario*. Bologna: il Mulino.
- Masseria, C.; Giannoni, M. (2010). «Equity in Access to Health Care in Italy: A Disease Based Approach». *European Journal of Public Health*, 20(5), 504-10. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq029>.
- Messina, G. et al. (2008). «Patient Migration among the Italian Regions in 2003». *Italian Journal of Public Health*, 5(1), 45-52. <https://doi.org/10.2427/5854>.
- Palència, L.; Espelt, A.; Rodríguez-Sanz, M. et al. (2013). «Trends in social class inequalities in the use of health care services within the Spanish National Health System, 1993-2006». *Eur J Health Econ*, 14, 211-19. <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0362-7>.
- Regidor, E.; Martínez, D.; Calle, M.E. et al. (2008). «Socioeconomic Patterns in the Use of Public and Private Health Services and Equity in Health Care». *BMC Health Services Research*, 8, 183. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-183>.
- Sarti, S. (2017). «Salute e crisi: convergenze e divergenze nei sistemi regionali tra il 2005 e il 2013». *Autonomie locali e Servizi sociali*, 2, 201-20. <https://www.rivisteweb.it/doi/10.1447/88331>.
- Spadea, T.; Venturini, L. (2004). «I percorsi di cura». *Epidemiologia e Prevenzione*, 28(3), 103-9. [http://www.epidemiologiaeperprevizione.it/materiali/ARCHIVIO\\_PDF/Suppl/2004/EP\\_V28I3S.pdf#page=113](http://www.epidemiologiaeperprevizione.it/materiali/ARCHIVIO_PDF/Suppl/2004/EP_V28I3S.pdf#page=113).
- Terraneo, M. (2015). «Inequities in Health Care Utilization by People Aged 50+: Evidence from 12 European Countries». *Social Science & Medicine*, 126, 154-63. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.028>.
- Terraneo, M. (2018). *La salute negata. Le sfide dell'equità in prospettiva sociologica*. Milano: FrancoAngeli.
- Toth, F. (2014). *La sanità in Italia*. Bologna: il Mulino.
- van Doorslaer, E.; Masseria, C.; Koolman, X. (2006). «Inequalities in Access to Medical Care by Income in Developed Countries». *Canadian Medical Association Journal*, 174(2), 117-83. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050584>.
- Whitehead, M. (1991). «The Concepts and Principles of Equity and Health». *Health Promotion International*, 6(3), 217-28. <https://doi.org/10.1093/heapro/6.3.217>.