FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

Fondazione RiES
Fondazione per la Ricerca Economica e Sociale ETS

Fragilità economica, Welfare sanitario e Mezzogiorno

Strumenti attuativi per la valorizzazione delle componenti socioeconomiche della Vicinanza della Salute

Duilio Carusi[1], Rossella Boccia[2], Giulia D'Avanzo[3], Ludovica Romoli[4]

8 aprile 2026

Abstract: In attuazione delle priorità individuate dall'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza attraverso la propria indagine sulla "Vicinanza della Salute", adottando una prospettiva Health in All Policies, si propone una visione integrata in cui le politiche industriali e quelle sociali e di salute siano allineate, in modo da incentivare attraverso lo sviluppo economico anche lo sviluppo di un sistema di welfare nei territori del Mezzogiorno, con effetti positivi sull'occupazione, sulla qualità del lavoro, sull'inclusione sociale e sullo stato di salute e benessere della popolazione. In Italia, si assiste in questi anni ad una crescente diffusione di vecchie e nuove forme di povertà (economica, energetica, educativa, lavorativa, per citarne alcune) che si distribuiscono in maniera asimmetrica sul territorio nazionale, ricalcando la capacità produttiva espressa dal territorio. Ne conseguono criticità strutturali non solo di natura socioeconomica, ma anche sotto il profilo di salute e benessere in termini di fenomeni di migrazione interna e di capacità di accesso alle cure. Le iniziative di sviluppo industriale e produttivo in Italia risultano fortemente concentrate nelle aree del Centro-Nord, in particolare nel Nord-Est e nel Lazio, a cui fa seguito proporzionalmente la diffusione delle iniziative di welfare privato, come Fondi Sanitari integrativi, fondi pensione e altri benefit aziendali. Tale concentrazione asimmetrica del tessuto produttivo riproduce nel tempo e, in alcuni casi, amplifica i divari sociali, economici, culturali e di accesso alla salute ormai divenuti strutturali tra le diverse macroaree del Paese, lasciando il Mezzogiorno in una posizione di persistente svantaggio. Il presente lavoro evidenzia come la transizione industriale identificata per il Sud Italia, favorita dalla nuova programmazione europea e da politiche di coesione più mirate che trovano nella ZES Unica un caso applicativo esemplare,

[1] Coordinatore della ricerca. Coordinatore scientifico dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione RiES; Adjunct Professor, Luiss Business School. Articolo **non** sottoposto a *double-blind peer review* ai fini della pubblicazione quale articolo di Fascia A.
[2] Research fellow dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione RiES.
[3] Research fellow dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione RiES.
[4] Research fellow dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione RiES

possa rappresentare una leva cruciale non solo per lo sviluppo economico, ma anche per migliorare lo stato di salute e benessere della popolazione inducendo una maggiore diffusione degli strumenti di welfare sanitario integrativo in grado di ridurre sensibilmente il fenomeno di rinuncia alle cure per motivi economici.

In line with the priorities identified by the Health, Wellbeing and Resilience Observatory through its "Nearness of Health" analysis, and adopting a Health in All Policies perspective, this contribution proposes an integrated vision in which industrial, social and health policies are brought into coherence. Such alignment seeks to harness economic development as a driver for strengthening territorial welfare systems across Southern Italy, thereby generating positive effects on employment, job quality, social inclusion, and the overall health and well-being of the population. In recent years, Italy has witnessed a growing diffusion of both traditional and emerging forms of poverty (economic, energy-related, educational and labour-related, among others) which are unevenly distributed across the country and mirror territorial disparities in productive capacity. These dynamics generate structural vulnerabilities not only of a socioeconomic nature, but also in terms of health and well-being, as reflected in internal migration flows and differential access to healthcare services. Industrial and productive development initiatives in Italy remain heavily concentrated in Central and Northern regions, particularly in the North-East and in Lazio. This territorial pattern corresponds to the distribution of private welfare instruments, such as supplementary Health Funds, Pension Funds and corporate benefit schemes, which expand proportionally within more developed productive ecosystems. Over time, this asymmetric concentration of industrial capacity reproduces and, in some cases, exacerbates structural social, economic, cultural and health-access divides among the country's macro-areas, perpetuating the enduring disadvantage of the Mezzogiorno. This study illustrates how the industrial transition envisioned for Southern Italy, supported by the new European programming cycle and by more targeted cohesion policies, exemplified by the establishment of the Single Special Economic Zone (Single SEZ), may constitute a pivotal lever not only for economic development but also for improving population health and well-being. Specifically, it argues that such a transition could foster a broader diffusion of supplementary health welfare tools capable of substantially reducing the incidence of unmet healthcare needs due to financial constraints.

Sommario: 1. Vicinanza della salute e determinanti socioeconomiche. - 1.1 La Vicinanza della salute come framework di riferimento. - 1.2 Misurare la Vicinanza per orientare gli interventi. - 1.3 Dominio "Fragilità economica". - 1.4 Dominio "Omogeneità territoriale". - 2. Fragilità economica e disuguaglianze territoriali. - 2.1. Forme di povertà vecchie e nuove. - 2.1.1 Rinuncia a prestazioni sanitarie. - 2.1.2 Persone in condizione di povertà assoluta. - 2.1.3 Persone in condizione di povertà energetica. - 2.1.4 Lavoratori dipendenti con bassa paga. - 2.1.5 Persone a rischio di povertà. - 2.1.6 Persone in condizione di grave deprivazione materiale e sociale. - 2.2. L'impatto della Fragilità economica sulla rinuncia alle cure. - 2.3 Scenari di rischio tra Fragilità economica e povertà in Italia. - 3. Welfare sanitario e Mezzogiorno. -3.1. Il ruolo del welfare sanitario nella riduzione delle disuguaglianze di salute. - 3.2. Lo sviluppo del welfare sanitario nel Mezzogiorno. - 3.3. Lo sviluppo industriale e le opportunità per il Mezzogiorno. - 4. Conclusioni e Proposte di policy.

1 Vicinanza della salute e determinanti socioeconomiche.

Con questo lavoro ci si propone di indagare le dinamiche che collegano Fragilità economica, disuguaglianze territoriali e diffusione del welfare integrativo, con un focus specifico sul Mezzogiorno italiano. In un contesto socioeconomico segnato da profonde disparità regionali, lo sviluppo del tessuto economico-sociale e del welfare integrativo rappresenta una delle sfide più complesse e al tempo stesso strategiche per rafforzare la coesione territoriale.

L'idea di approfondire le tematiche proposte in questo documento ritrova la sua origine nell'analisi dei risultati della ricerca sulla "Vicinanza della salute" che l'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza della Fondazione RiES conduce annualmente e che rende liberamente accessibile attraverso la pubblicazione dei propri Rapporti.

Lo sforzo di ampliare il perimetro della salute al di là della sola componente sanitaria, integrando le componenti proprie della sfera economica, sociale e culturale in un unico approccio di visione della salute in tutte le politiche, ha portato ad interrelare due dimensioni cardine della Vicinanza della Salute come la "Fragilità economica" e l'"Omogeneità territoriale".

Si è ipotizzato un *trait-d'union* tra le due dimensioni e le relative criticità, ritrovandone una possibile soluzione comune nella diffusione nel Mezzogiorno del Welfare integrativo a partire dalla sua componente sanitaria che trova negli strumenti di coesione e sviluppo economico sociale un fattore abilitante cruciale.

1.1 La Vicinanza della salute come framework di riferimento.

L'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, da ultimo nel proprio Rapporto 2024 "**Nuove proporzioni: sinergie per la salute in un mondo trasformato**", muove la sua attività di ricerca dalla presa d'atto dei **nuovi connotati** che si sono definiti e sedimentati dopo la pandemia a livello globale e nazionale e che costituiscono ad oggi la necessaria base concettuale di partenza per sviluppare riflessioni di carattere programmatorio volte a promuovere scelte strategiche e strumenti operativi per la salvaguardia della salute.

In tale prospettiva si sottolinea l'importanza dell'**integrazione sinergica** delle diverse componenti e dell'azione dei diversi attori, riconoscendo che "fare cose vecchie in modo nuovo" non costituisce la migliore strategia per garantire la tutela della salute della popolazione. Oggi si è di fronte a uno scenario che impone un completo ripensamento del sistema salute, sia comportando la revisione di ruoli e funzioni degli attori della salute,

sia attivando un ragionamento nativamente olistico che integri la prospettiva *One Health* con il quadro concettuale dei determinanti sociali della salute.
L'Osservatorio ha dunque tra i suoi mandati quello di intercettare e descrivere i connotati di un sistema salute in trasformazione e, di conseguenza, evidenziare aree che necessitano di un intervento mirato e prioritario, attraverso la promozione del dibattito e di proposte di policy condivise tra gli attori del sistema salute volte all'implementazione di un **nuovo trasferimento culturale** realizzabile tramite un'estensione del sistema salute a nuove componenti e conoscenze.
Per perseguire compiutamente la tutela della salute in questo scenario trasformato si ritrova la necessità di gettare nuove fondamenta: per la progettazione di **infrastrutture di base** per la garanzia della salute; per lo sviluppo di **supply chain strategiche** al mantenimento della salute della popolazione; per la garanzia di una **assistenza alla persona** che sia in linea con le necessità correnti.
Al fine di intercettare queste dinamiche e la portata della trasformazione in corso in Italia, l'***Osservatorio Salute Benessere e Resilienza*** ha coniato il concetto di "*Vicinanza della salute"* definito come "*la relazione che sussiste tra la persona ed il bene salute nello spazio, nel tempo e nella possibilità di poterne effettivamente fruire"*. [5]
Un simile concetto si traduce, ad esempio, in un accesso equo e universale a un'istruzione di qualità a tutti i livelli, all'assistenza sanitaria e alla protezione sociale, delineando una società in cui il benessere fisico, mentale e sociale siano assicurati a 360° e omogeneamente disponibili su tutto il territorio nazionale. Oltre agli obiettivi prioritari di sviluppo, come l'eliminazione della povertà, la tutela del diritto all'istruzione, la promozione della sicurezza alimentare e della nutrizione, stabilisce un'ampia gamma di obiettivi economici, sociali e ambientali. La sfera semantica è, dunque, quella della solidarietà, della inclusività, della integrazione e del mutuo soccorso sociale e relazionale.

1.2 Misurare la Vicinanza per orientare gli interventi.

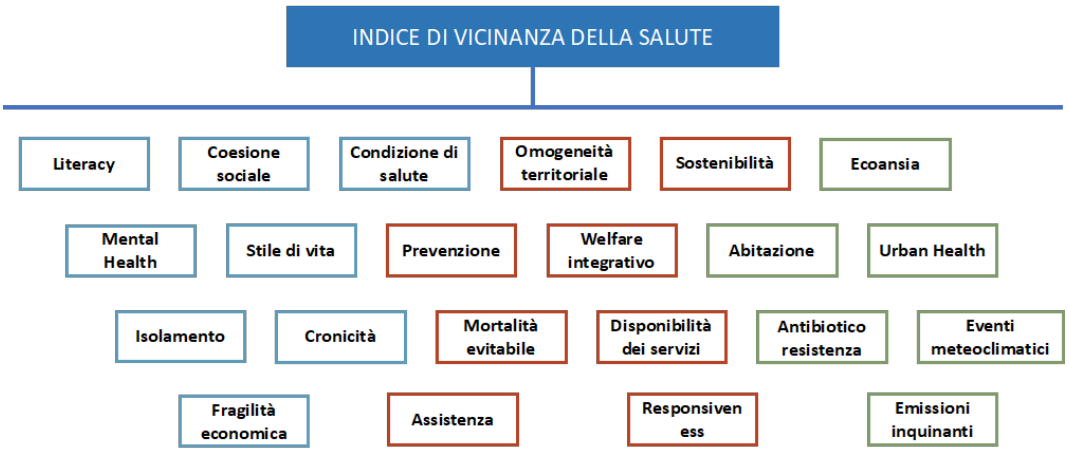
Per rispondere alla domanda sempre più incalzante di disporre di misure e parametri di semplice interpretazione, ma efficaci per definire interventi e riforme da attuare sul territorio e monitorarne la corretta implementazione, in un'ottica che tenga conto di vari

[5] D. Carusi (a cura di), A.Ceddia, C. Cioffi, V. Martinelli, C. Russo, I Rapporto Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, *Orientarsi nella Trasformazione*, Fondazione per la ricerca economica e sociale, Roma, 2022.

fattori tra loro interdipendenti e multilivello, l'Osservatorio ha sviluppato l'"*Indice di Vicinanza della Salute*".[6]

L'Indice di Vicinanza della salute è una misura sintetica costruita al fine di rilevare la sussistenza di condizioni e interventi ritenuti variabili positive per la salute e quindi anche, per converso, di rilevare *gap* e *delay* che allontanano la disponibilità del bene salute dall'individuo. La struttura tassonomica dell'Indice consente di dirigere l'analisi sia secondo una lettura olisticamente integrata, sia secondo una lettura differenziata per contesti e domini: potendo scegliere, di volta in volta, di adottare una visione d'insieme oppure disaggregata con focus mirati ai vari temi e fenomeni trattati secondo ambiti tematici che lo compongono e che vengono definiti Domini.

Figure 1: Domini che compongono la Tassonomia dell'Indice di Vicinanza della salute



Fonte: Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione RiES

[6] Ibidem

1.3 Dominio "Fragilità economica".

Il concetto di *Fragilità economica* è stato definito per analizzare specifici disagi e problematiche sociali che, soprattutto negli ultimi anni, determinano un senso di maggiore instabilità e precarietà nella popolazione. Fattori come la sempre più diffusa instabilità reddituale o la marcata presenza di lavori temporanei, soprattutto tra le nuove generazioni, contribuiscono a generare disagio economico, e quindi una condizione di fragilità; questo, nei casi più estremi, comporta la difficoltà di far fronte a spese di importanza primaria e ad avere accesso a beni e servizi sociali essenziali e primari.

In generale, negli ultimi quarant'anni alcuni grandi cambiamenti socio-demografici e occupazionali hanno modificato la struttura e la natura dei rischi sociali, facendo emergere nuovi bisogni e problematiche: la riduzione della dimensione media familiare e la fragilità delle unioni familiari hanno, infatti, ridotto sensibilmente la possibilità di fare affidamento sulle reti parentali in caso di problemi economici ed esigenze di cura diminuendo il ruolo di ammortizzatore sociale storicamente svolto dalla famiglia .

Analizzando i vari determinanti della salute si può notare come la prosperità economica abbia ricadute su diversi aspetti della vita sociale: in letteratura si evidenzia come sussista un forte gradiente tra il livello economico e di istruzione con il livello di salute degli individui e come al depauperamento economico conseguano ricadute in termini di salute individuale e collettiva.

Figure 2: Andamento del dominio "Fragilità Economica", 2010-2023 – IVS 2024

Fonte: Elaborazione a cura dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione RiES

Il dominio *Fragilità economica,* dopo la ripresa dalla debacle conseguente alla crisi del debito sovrano del 2012, fa segnare a partire dal 2019 un arresto nel miglioramento dei valori registrando negli ultimi due anni un punteggio di 79, con oltre venti punti in meno rispetto all'anno di riferimento iniziale della ricerca. In tutto il periodo di analisi si assiste ad una deriva preoccupante del fenomeno della componente "povertà assoluta" a livello Paese. [7]

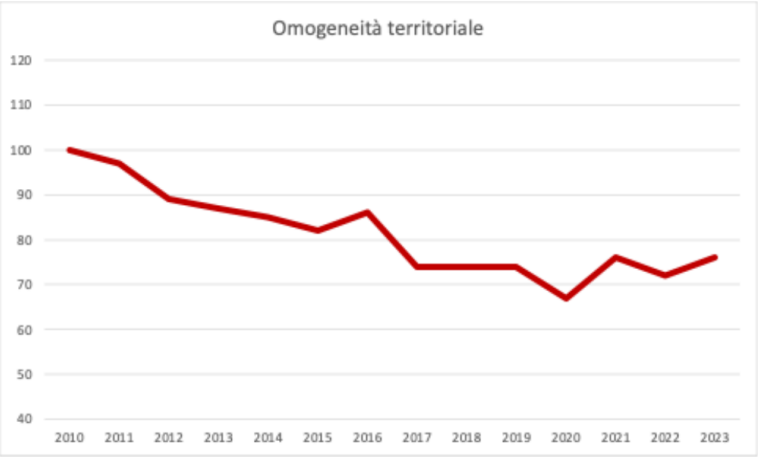
1.4 Dominio "Omogeneità territoriale".

Nel quadro teorico di riferimento dell'Indice composito, il concetto di Omogeneità territoriale si riferisce all'obiettivo di sviluppare e mirare ad una completa equità, uguaglianza e quindi maggiore coesione tra tutte le aree del nostro Paese al fine di garantire che la Vicinanza della salute risulti omogeneamente distribuita su tutto il territorio nazionale.

In particolare, tale Dominio intende osservare le possibili problematiche insite nelle disparita di distribuzione ed efficienza dei servizi e delle prestazioni erogate in tutto il nostro territorio; una tra tutte: la tendenza dei cittadini, sempre più diffusa, a spostarsi da una regione ad un'altra – tipicamente secondo un flusso migratorio dal Sud verso il Nord – per soddisfare necessità di salute. Tale fenomeno viene misurato dall'indicatore Emigrazione ospedaliera in altra regione, che elabora il rapporto tra la mobilità sanitaria delle varie aree del Paese.

[7] D. Carusi (a cura di), III Rapporto Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, *Nuove proporzioni: sinergie per la salute in un mondo trasformato,* Fondazione per la ricerca economica e sociale, Roma, 2024.

Figure 3: Andamento del dominio "Omogeneità territoriale", 2010-2023 – IVS 2024



Fonte: Elaborazione a cura dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione RiES

Il dominio *Omogeneità territoriale* mostra un andamento di costante declino e perdita di Vicinanza della salute con uno sbilanciamento territoriale sul fronte sanitario che arriva da ultimo ad un valore di 76 punti con -24 punti rispetto al valore 100 del 2010, anno di riferimento iniziale della ricerca. In tutto il periodo di analisi resta costante il divario reddituale individuale (rilevato tramite gettito Irpef) tra cittadini residenti in Nord Italia e cittadini del Mezzogiorno.[8]

[8] Ibidem.

2. Fragilità economica e disuguaglianze territoriali.

Il dualismo economico e sociale tra Nord e Sud rappresenta una costante della struttura territoriale italiana, così come rilevato dall'Indice di Vicinanza della salute.

L'incidenza della povertà assoluta nel Mezzogiorno è pari al 12%, a fronte di una media nazionale del 9,7%. Il fenomeno è aggravato da elevati tassi di disoccupazione giovanile e femminile, da una diffusa deprivazione materiale e da un accesso fortemente limitato ai servizi di welfare pubblico e privato. [9]

L'**occupazione femminile** in molte province meridionali si attesta su livelli inferiori al 35%, evidenziando una marginalizzazione strutturale delle donne non solo nel mercato del lavoro, ma anche nei percorsi di accesso alle tutele sociali e sanitarie. A ciò si aggiunge una carenza marcata di **competenze digitali**: i cittadini con competenze almeno di base si attestano rispettivamente al 50% al Nord e al 36,1 al Mezzogiorno, secondo il rapporto annuale ISTAT 2025[10], limitando così anche la fruizione dei principali **strumenti digitali di servizi al cittadino**, come SPID, ISEE, Fascicolo Sanitario Elettronico e i portali INPS e INAIL.

In ambito sanitario, il quadro si fa ancora più critico. Secondo l'Istat la quota di persone che ha dovuto rinunciare ad una prestazione sanitaria di cui aveva bisogno è passata dal 6,3% del 2019 al 9,9% del 2024.[11] Le motivazioni principali sono le lunghe liste di attesa e le difficoltà logistiche di accesso alle strutture sanitarie. La rinuncia alle cure non è un fenomeno omogeneo: colpisce in particolare donne, disoccupati, lavoratori precari e soggetti con basso livello di istruzione.

In questo contesto, risulta pertanto cruciale analizzare le più recenti dinamiche socio-economiche che interessano il Paese, ponendo attenzione agli indicatori di **povertà assoluta e relativa, deprivazione materiale e fragilità sociale**, nonché alle nuove forme di vulnerabilità economica, come quella dei cosiddetti *"working poor"* (lavoratori poveri).

L'effetto cumulativo di tali disuguaglianze si traduce in un vero e proprio circolo vizioso: la debolezza del sistema produttivo locale alimenta la fragilità occupazionale e, di conseguenza, limita la possibilità di ricorrere a strumenti in grado di aumentare l'accesso alle cure, come il welfare sanitario integrativo, contribuendo alla marginalizzazione sociale ed economica delle aree più svantaggiate, in particolare quelle meridionali.

---

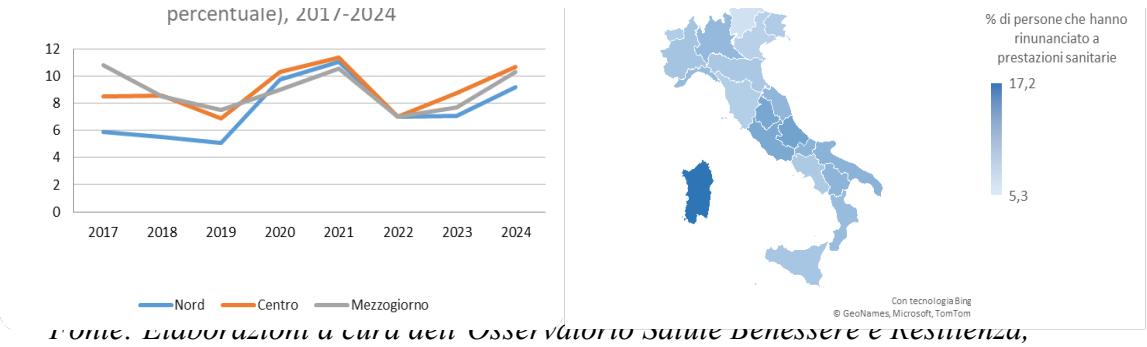
[9] ISTAT, *La povertà in Italia*, 2024.
[10] ISTAT, Rapporto annuale 2025, *La situazione del Paese*, Roma, 2025, pag. 82.
[11] Ibidem

2.1 Forme di povertà vecchie e nuove.

2.1.1 Rinuncia a prestazioni sanitarie.

Con il tasso di rinuncia a prestazioni sanitarie, si identifica la quota di persone rispetto alla popolazione totale che ha dichiarato di aver rinunciato a visite o accertamenti medici negli ultimi 12 mesi per motivi economici, difficoltà di raggiungimento della struttura o per liste d'attesa troppo lunghe[12].

Figure 4: Rinuncia a prestazioni sanitarie, 2017-2024



Fonte: Elaborazioni a cura dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione RiES, su base dati ISTAT

Il grafico mostra la percentuale di persone rispetto alla popolazione totale che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie nel quinquennio 2019-2024. Nel 2020 e 2021 si osserva un aumento generale della rinuncia alle prestazioni sanitarie, probabilmente influenzato dalla pandemia di COVID-19, che ha reso più difficile l'accesso alle cure, con un picco nel 2021 pari a 11,1% nel nord, a 11,4% nel centro e 10,6 nel Mezzogiorno. A seguito del COVID, la quota raggiunge il minimo del quinquennio in tutte le aree (circa 7% nel 2022). Negli anni successivi, l'andamento però torna a crescere: nel 2024 la rinuncia si attesta intorno al 9% nel Nord, 10% nel Centro e 9,6% nel Mezzogiorno, avvicinandosi nuovamente ai livelli raggiunti durante la pandemia.[13]

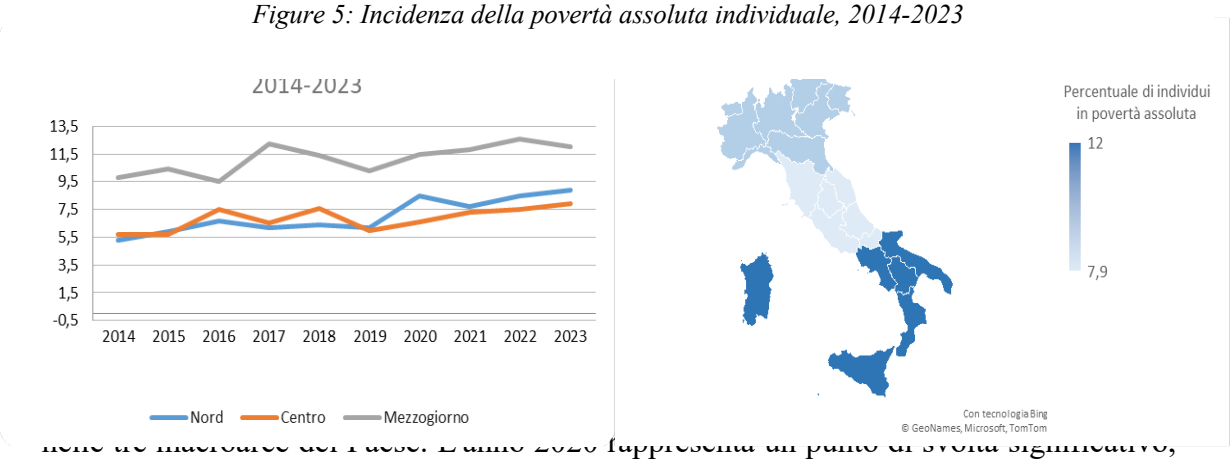
Nonostante il centro presenti la percentuale più alta di rinuncia alle prestazioni sanitarie, le differenze tra le tre macroaree del Paese non sono particolarmente marcate.

2.1.2 Persone in condizione di povertà assoluta.

[12] Ibidem
[13] ISTAT, Il Bes dei territori, 2025.

Sono considerate in povertà assoluta le famiglie la cui spesa mensile per i consumi è inferiore al valore di un paniere di beni e servizi essenziali, calcolato dall'Istat e considerato indispensabile per mantenere uno standard di vita accettabile e per evitare l'esclusione sociale; il parametro varia in base alla dimensione e alla composizione del nucleo familiare[14], nonché in base alla regione e alla tipologia del comune di residenza delle famiglie.[15][16]

Figure 5: Incidenza della povertà assoluta individuale, 2014-2023



nelle tre macroaree del Paese. L'anno 2020 rappresenta un punto di svolta significativo, con un marcato peggioramento in particolare nelle regioni settentrionali. Nel periodo post-pandemico si registra una parziale stabilizzazione, senza però un ritorno ai livelli pre-crisi.

Il Mezzogiorno mantiene la posizione più critica, con tassi di povertà che oscillano tra l'11,4% del 2018 e il 12% del 2023, raggiungendo il picco massimo nel 2022 (12,6%). Il Nord, pur mantenendo percentuali più basse, registra l'incremento percentuale più rilevante (+2,5 p.p. tra il 2018 e il 2023), con un incremento particolarmente accentuato nel 2020. Il Centro presenta i livelli più bassi a livello nazionale, pur vedendo un peggioramento costante dei propri valori[17].

In termini assoluti nel 2023 erano in condizione di povertà assoluta poco più di 2,2 milioni di famiglie e quasi 5,7 milioni di individui.

[14] A livello nazionale, il fenomeno è particolarmente marcato in famiglie con almeno uno straniero e per i minori. Si stima che nel 2023 l'incidenza della povertà assoluta fra le famiglie con almeno uno straniero fosse pari al 30,4% nel 2023. La percentuale di minori sotto la soglia della povertà assoluta è pari al 13,8% nello stesso anno

[15] ISTAT, Rapporto annuale 2025, *La situazione del Paese*, Roma, 2025, pag. 97.

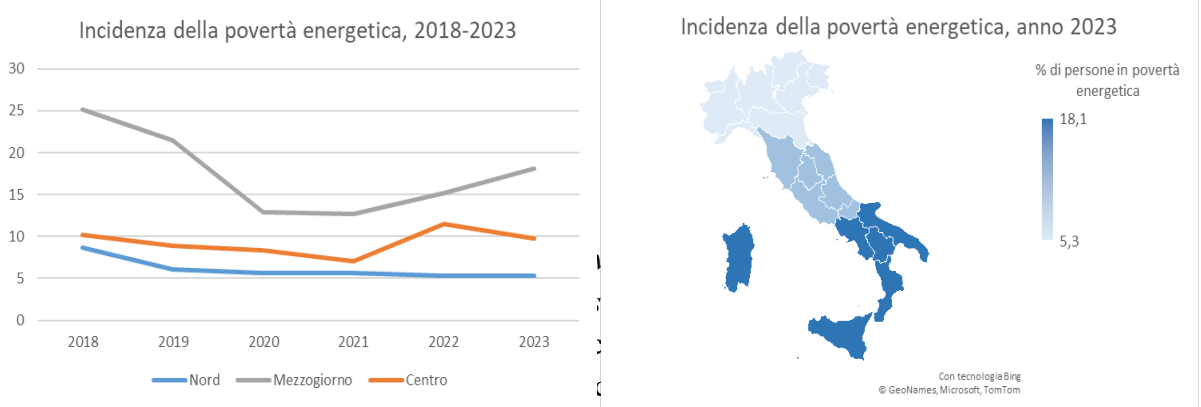
[16] ISTAT, Calcolo della soglia di povertà assoluta, 2025.

[17] ISTAT, Il Bes dei territori, 2025.

2.1.3 Persone in condizione di povertà energetica.

La povertà energetica è una condizione in cui una famiglia o un individuo non può permettersi, a causa di reddito insufficiente o di altre vulnerabilità, di acquistare un

Figure 6: Incidenza della povertà energetica, 2018-2023



leggero ma costante miglioramento, con i valori che passano dall'8,7% del 2018 al 5,3% del 2023.Il Mezzogiorno presenta invece un andamento a due fasi distinte: una prima fase di netto miglioramento tra il 2018 e il 2021, con un calo dal 25,2% al 12,7%, seguita da una preoccupante inversione di tendenza negli ultimi due anni che riporta il valore al 18,1% nel 2023.

Il 2023 mostra una fotografia con differenze territoriali ancora marcate: il Nord mantiene la posizione migliore (5,3%), il Centro si attesta a livelli intermedi (9,8%), mentre il Mezzogiorno continua a soffrire di un disagio energetico particolarmente acuto (18,1%). La crisi energetica del 2022 dovuta all'aumento dei prezzi dell'energia a seguito del conflitto Russo-Ucraino ha colpito soprattutto il Centro, mentre al Nord gli effetti sono stati più contenuti.[19]

2.1.4 Lavoratori dipendenti con bassa paga.

I dipendenti con bassa paga sono i dipendenti con una retribuzione oraria inferiore a 2/3 di quella mediana[2021].

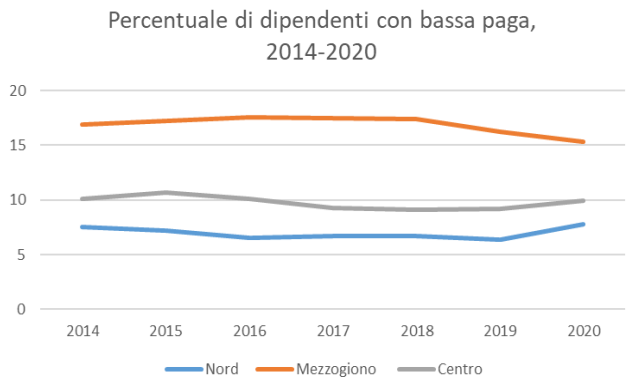
Figure 7: Percentuale di dipendenti con bassa paga, 2014-2020

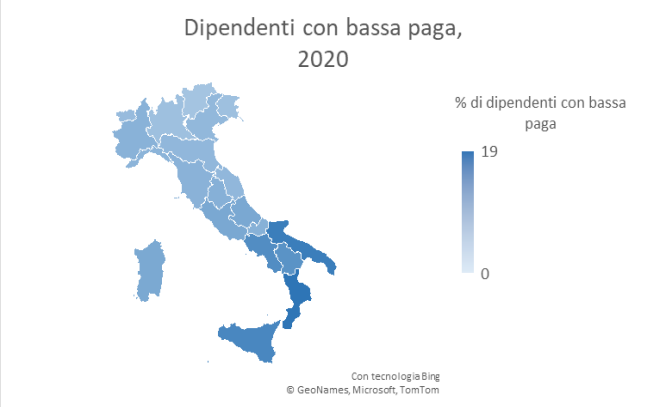
[21] ISTAT, Differenziali retributivi, 2019.

FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police





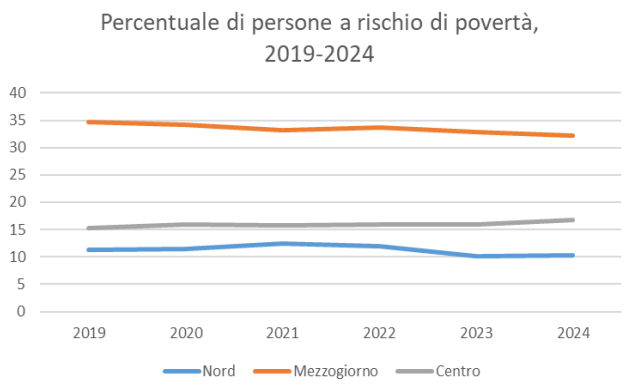
divario Nord-Sud, pur rimanendo significativo, si sia leggermente attenuato nel periodo considerato. Se nel 2015 la differenza tra Mezzogiorno e Nord era di 10 p.p. (17,2% contro 7,2%), nel 2020 questa si riduce a 7,5 punti (15,3% contro 7,8%). Il Centro Italia mantiene una posizione intermedia, avvicinandosi progressivamente ai valori del Nord[22]. Alcune Regioni del Mezzogiorno particolarmente interessate da questo fenomeno, scontano inoltre anche il grave problema della fuga delle giovani generazioni più preparate, in cerca di collocazione e posizioni meglio retribuite[23].

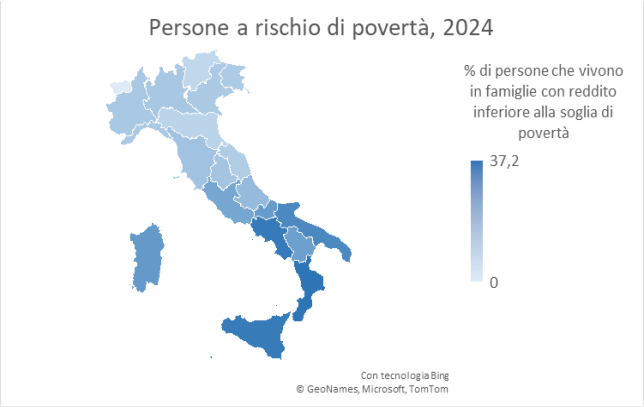
Secondo Eurostat, nel 2024 gli occupati con un reddito inferiore al 60% di quello mediano nazionale al netto dei trasferimenti sociali sono in Italia il 9%, in aumento dall'8,7% registrato nel 2023[24].

2.1.5 Persone a rischio di povertà.

Per rischio di povertà, si intende la percentuale di persone che vivono in famiglie con un reddito netto equivalente inferiore a una soglia di rischio di povertà, fissata al 60 per cento della mediana della distribuzione individuale del reddito netto equivalente[25].

Figure 8: Percentuale di persone a rischio povertà, 2019-2024





Fonte: Elaborazioni a cura dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione RiES, su base dati ISTAT.

Al Nord, il rischio di povertà è cresciuto sensibilmente tra il 2019 e il 2021, passando dall'11,2% al 12,5%, con un picco che riflette probabilmente l'impatto della pandemia. Tuttavia, dal 2021 si osserva un miglioramento, con una riduzione al 10,1% nel 2023 e una lieve ripresa al 10,3% nel 2024.

Il Sud Italia, pur mantenendo i valori più alti di rischio povertà, mostra un trend positivo, con un calo costante dal 34,7% del 2019 al 32,2% del 2024. La diminuzione, seppur graduale (-2,5 p.p. in sei anni), indica un possibile miglioramento delle condizioni socioeconomiche.

Il Centro presenta un andamento più stabile, ma con una tendenza all'aumento: dal 15,3% del 2019 si passa al 16,7% nel 2024[26].

Nonostante il miglioramento per il Mezzogiorno, il divario Nord-Sud rimane ampio: nel 2024, il Mezzogiorno registra un rischio di povertà tre volte superiore a quello del Nord (32,2% contro 10,3%). Il Centro, pur avendo valori intermedi, si avvicina progressivamente alle criticità del Mezzogiorno, con un rischio di povertà che supera il 16%.

Al Nord si può notare come un elevato rischio di povertà si riscontri anche in Regioni caratterizzate da un'alta produttività industriale, elemento che fa riflettere sul ruolo che riveste la struttura del sistema sociale come fattore determinante per l'andamento della povertà[27].

2.1.6 Persone in condizione di grave deprivazione materiale e sociale.

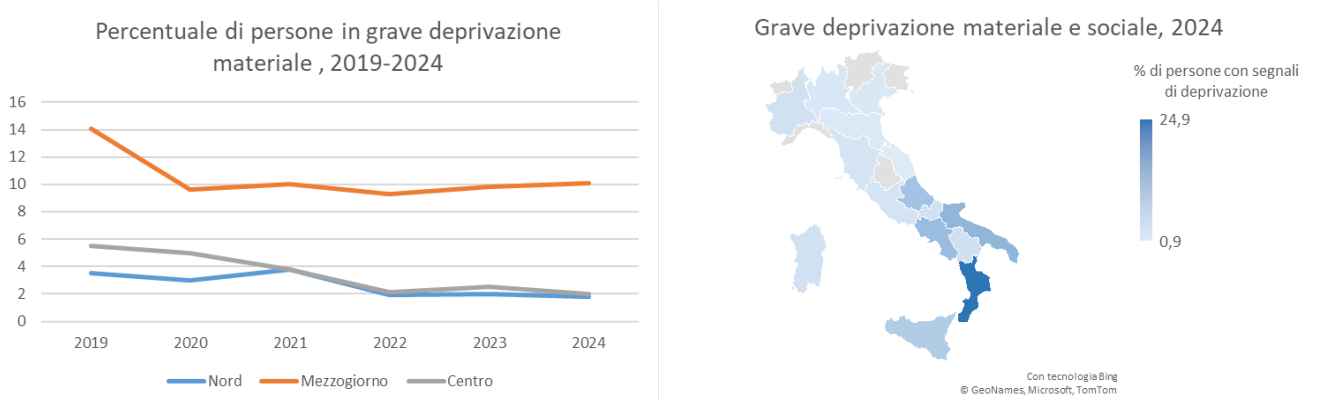
Per grave deprivazione materiale e sociale, si intende la percentuale di persone che registrano almeno sette segnali di deprivazione materiale e sociale su una lista di tredici, di cui sette relativi alla famiglia e sei relativi all'individuo. I segnali includono:

1. non poter sostenere una spesa imprevista;
2. non poter permettersi una settimana di vacanza;
3. essere in arretrato con bollette, affitto o mutuo;
4. non potersi permettere un pasto proteico ogni due giorni;

[26] ISTAT, Il Bes dei territori, 2025.
[27] ISTAT, Il Bes dei territori, 2025.

5. non poter riscaldare adeguatamente l'abitazione;
6. non potersi permettere un'automobile
7. non poter sostituire mobili danneggiati;
8. non avere una connessione internet a casa;
9. non poter sostituire abiti consumati;
10. non avere due paia di scarpe decenti;
11. non avere una piccola somma per sé
12. non svolgere attività ricreative non pagate;
13. non incontrare amici per un pasto almeno una volta al mese[28].

Figure 9: grave deprivazione materiale e sociale, 2019-2024



probabilmente legato agli effetti della pandemia, la situazione è nettamente migliorata negli anni successivi, scendendo all'1,8% nel 2024. Il Centro dal 2021 ricalca valori e andamento del Nord, e ha registrato un calo costante della deprivazione, passando dal 5,5% nel 2019 al 2% nel 2024. Il miglioramento più marcato si è verificato tra il 2021 e il 2022 (da 3,8% a 2,1%). Il Mezzogiorno, pur partendo da livelli molto più elevati (14,05% nel 2019), ha mostrato un miglioramento iniziale durante la pandemia (9,65% nel 2020), forse grazie a misure di sostegno straordinarie, presentando poi una sostanziale stabilizzazione su quei livelli[29].

[28] Ibidem.
[29] Ibidem.

Nonostante i progressi, il divario tra Nord e Mezzogiorno rimane ampio: nel 2024, il Sud ha un tasso di deprivazione quasi sei volte superiore a quello del Nord (10,1% contro 1,8%). Il Centro, invece, si avvicina ai livelli del Nord[30].

[30] Ibidem.

2.2 L'impatto della Fragilità economica sulla rinuncia alle cure

Il fenomeno di rinuncia alle cure nel nostro Paese si sta facendo di anno in anno più evidente. La ricaduta in termini di salute di questo fenomeno è duplice: in termini immediati ed in termini differiti.

In termini immediati, la rinuncia a fruire di una prestazione sanitaria o il rimandare la stessa nel tempo, può determinare un peggioramento della salute della persona, in quanto impedisce un tempestivo intervento su una patologia in atto o su un quadro clinico ce richiederebbe invece di intervenire per sventarne peggioramenti;

In termini differiti, la mancanza di interventi sanitari, in particolare di tipo preventivo, ostacola di intercettare per tempo la possibile insorgenza di patologie e/o il manifestarsi di scenari clinici sfavorevoli, e tale ritardo contribuisce alla creazione delle condizioni future di peggioramento della salute per la persona.

In entrambi i casi, alle conseguenze di tipo clinico-sanitario si aggiungono quelle di tipo economico per il sistema di salute nazionale (SSN e tutte le forme di assistenza privata annoverabili).

L'intervento su quadri clinici complessi comporta infatti costi significativamente superiori rispetto a quelli necessari per attuare strategie di prevenzione, che spaziano dalla primaria alla quaternaria. Tale dinamica evidenzia come la rinuncia alle cure non solo incida negativamente sulla salute individuale, ma generi un incremento della spesa sanitaria complessiva, determinando un impatto strutturale sul sistema di welfare e sulla sostenibilità economica delle politiche sanitarie.

Figure 10: Andamento della rinuncia a prestazioni sanitarie in Italia, 2017-2024

Fonte: Elaborazioni a cura dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione RiES, su base dati ISTAT

Le motivazioni dichiarate alla base della rinuncia alle cure in Italia si concentrano prevalentemente su due fattori: l'eccessiva durata dei tempi di attesa (cosiddette liste d'attesa) e le difficoltà di natura economica.

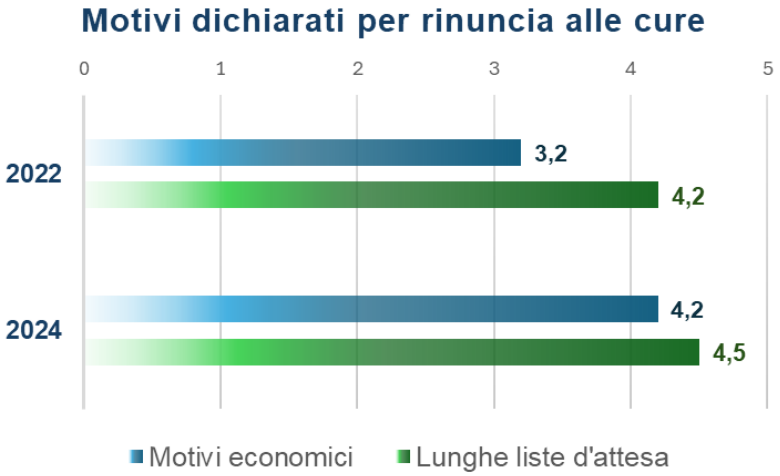
Il fenomeno delle liste d'attesa ha assunto una rilevanza crescente, amplificata anche sul piano mediatico, soprattutto nel periodo successivo alla pandemia da Covid-19. Tale criticità ha indotto l'adozione di interventi normativi, sia a livello centrale sia regionale, volti alla riduzione dei tempi di attesa attraverso strategie di ottimizzazione e potenziamento della capacità produttiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).[31]

Diversamente, la rinuncia alle cure per ragioni economiche ha registrato una crescita rapida e tuttora in corso, che non è stata ancora pienamente intercettata. Tale fenomeno si caratterizza per la complessità delle concause, le quali non si limitano alla capacità di offerta del SSN, ma si estendono a dimensioni più ampie, comprendenti fattori economici, lavorativi, giuslavoristici e demografici. Questa multidimensionalità rende particolarmente sfidante l'elaborazione di politiche efficaci per contrastare il fenomeno, richiedendo un approccio integrato che coinvolga non solo il settore sanitario, ma anche ambiti socio-economici e normativi.

Attualmente, la motivazione economica quale causa di rinuncia alle cure ha raggiunto una quota pressoché equivalente a quella attribuita ai tempi di attesa.

[31] Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73, recante *"Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie"*, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 132 del 07-06-2024 e successivamente convertito con modificazioni dalla Legge 29 luglio 2024, n. 107 (G.U. n. 178 del 31-07-2024)

Figure 11: Incremento dell'incidenza di "motivi economici" sulle cause di rinuncia alle cure

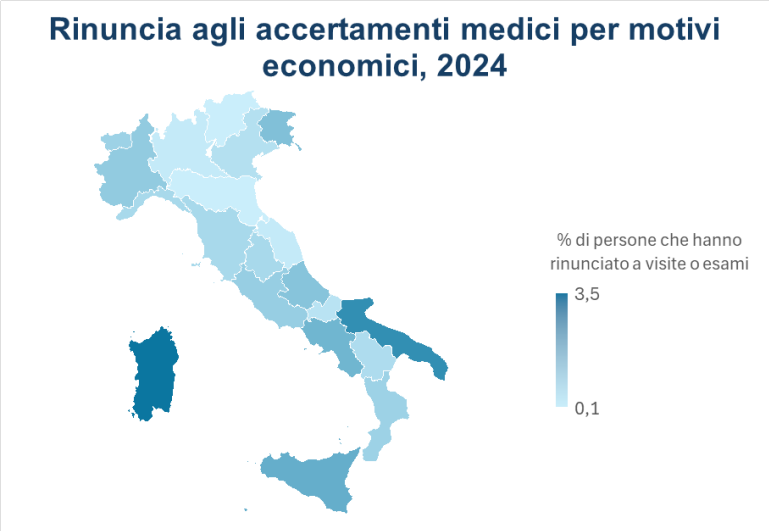


Fonte: Elaborazione a cura dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione RiES, su base dati ISTAT

Anche nel caso della rinuncia ad interventi sanitari per motivi economici, la disparità territoriale risulta marcata[32], concentrandosi in particolare in quelle aree regionali già gravate da una maggiore incidenza delle diverse forme di povertà analizzate nelle sezioni precedenti di questo lavoro.

[32] Eurostat, *Unmet health care needs statistics*, 2025.

Figure 12: Distribuzione sul territorio nazionale della rinuncia ad accertamenti medici per motivi economici



Fonte: Elaborazione a cura dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione RiES, su base dati Eurostat

Gli aspetti di carattere economico e sociale coesistono con quelli di carattere sanitario e, in senso ampio, la **fragilità economica diventa fragilità sanitaria e amplia le disuguaglianze di salute.**

2.3 Scenari di rischio tra Fragilità economica e povertà in Italia.

La concettualizzazione della fragilità economica e della povertà richiede un approccio multidimensionale che integri variabili di reddito e patrimonio. In termini teorici, la povertà viene definita come la condizione in cui il reddito complessivo di un individuo – dato dalla somma del reddito da lavoro e dei rendimenti patrimoniali – si colloca al di sotto di una soglia di povertà predeterminata. Tale soglia, in ambito europeo, è comunemente fissata al 60% del reddito mediano equivalente.

La fragilità economica introduce una dimensione ulteriore, legata alla capacità di resilienza patrimoniale. Un individuo è considerato "fragile" quando il proprio stock di ricchezza finanziaria risulta insufficiente a fronteggiare shock temporanei sul reddito, come perdita del lavoro, riduzione delle ore lavorate o emergenze sanitarie. Per operare una classificazione operativa, si utilizza una "linea di fragilità" definita come frazione della soglia di povertà, che consente di distinguere quattro categorie socio-economiche[33]:

- **Non poveri e non fragili**: individui con reddito e patrimonio adeguati;
- **Solo fragili**: individui con reddito sopra la soglia di povertà ma patrimonio insufficiente;
- **Solo poveri**: individui con reddito sotto la soglia ma patrimonio sufficiente;
- **Poveri e fragili**: condizione di massima vulnerabilità, caratterizzata da insufficienza sia di reddito sia di patrimonio.

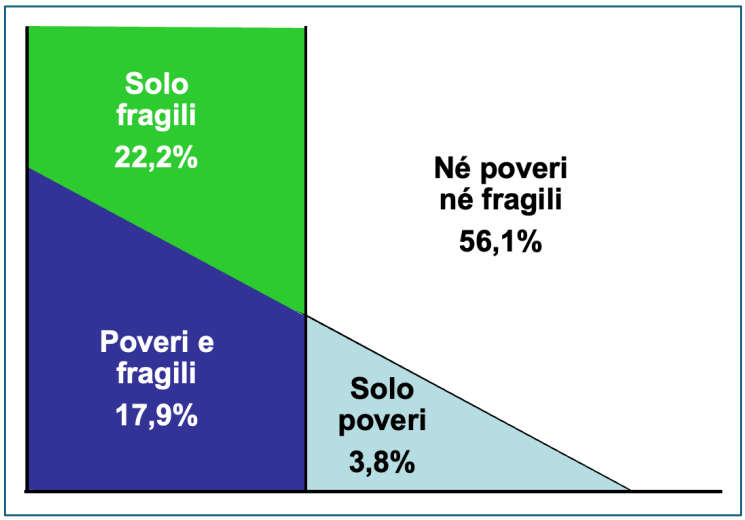
In Italia, la definizione operativa di povertà si basa su un reddito equivalente inferiore al 60% della mediana, mentre la fragilità patrimoniale è attribuita a chi detiene una ricchezza finanziaria inferiore a un quarto di tale soglia.[34]

I dati del 2022[35] evidenziano una segmentazione significativa:

- **Solo fragili: 22,2% della popolazione;**
- **Poveri e fragili: 17,9%;**
- **Solo poveri: 3,8%.**

[33] A. Brandolini, *Fragilità economica e povertà in Italia*,2025.
[34] Ibidem.
[35] Ibidem.

Figure 13: Fragilità economica e povertà in Italia, anno 2022



Fonte: Presentazione "Fragilità economica e povertà in Italia" a cura di Andrea Brandolini, Dipartimento Economia e Statistica, Banca D'Italia[36]

Questi numeri delineano un quadro in cui la fragilità economica, pur non coincidente con la povertà, rappresenta un fenomeno di ampia portata e potenziale evoluzione regressiva.

La categoria dei "solo fragili", che coinvolge oltre un quinto della popolazione, merita particolare attenzione. Si tratta di individui che, pur percependo un reddito da lavoro, non dispongono di un buffer patrimoniale sufficiente a sostenere shock transitori. Tale condizione genera un rischio di scivolamento verso la povertà in presenza di eventi avversi, con conseguenze su consumi essenziali, inclusi beni e servizi sanitari.

La categoria dei "solo fragili", che coinvolge oltre un quinto della popolazione, merita particolare attenzione. Si tratta di individui che, pur percependo un reddito da lavoro, non dispongono di un buffer patrimoniale sufficiente a sostenere shock transitori. Tale condizione genera un rischio di scivolamento verso la povertà in presenza di eventi avversi, con conseguenze su consumi essenziali, inclusi beni e servizi sanitari.

Il fenomeno dei **working poor**, in crescita negli ultimi anni, amplifica questa vulnerabilità, soprattutto in contesti caratterizzati da precarietà abitativa, mobilità

[36]Atti del convegno della Fondazione RiES "Fragilità Economica, Welfare Sanitario e Mezzogiorno" tenutosi presso il Senato della Repubblica, Roma, il 30 settembre 2025.

lavorativa e assenza di reti familiari di supporto. In tali scenari, il reddito disponibile non solo non consente accumulazione patrimoniale, ma può determinare un'erosione delle risorse esistenti, incrementando il rischio di esclusione economica. Questo rischio è particolarmente elevato per i lavoratori a bassa retribuzione, che nel Mezzogiorno rappresentano il 15,3% del totale, contro il 10,1% a livello nazionale.

La fragilità economica non può essere interpretata come una condizione statica, bensì come un indicatore dinamico di rischio che riflette la vulnerabilità latente di ampie fasce della popolazione. Essa rappresenta un vero e proprio bacino di potenziale deprivazione, dal quale potrebbe emergere un incremento significativo della quota di individui poveri e fragili qualora si verificassero shock macroeconomici, contrazioni del reddito reale o mutamenti strutturali nel mercato del lavoro. Tale fenomeno assume una valenza sistemica, poiché la transizione dalla fragilità alla povertà cronica non è un evento isolato, ma un processo che può generare effetti cumulativi sulla coesione sociale e sulla sostenibilità economica complessiva.

In questa prospettiva, le politiche pubbliche devono essere concepite non soltanto come strumenti di mitigazione ex post, ma come meccanismi proattivi di prevenzione. È necessario rafforzare le reti di protezione sociale, garantendo una copertura adeguata contro i rischi di caduta del reddito e predisponendo interventi tempestivi in caso di emergenze economiche.

3. Welfare sanitario e Mezzogiorno.

3.1 Il ruolo del welfare sanitario nella riduzione delle disuguaglianze di salute.

Nel panorama italiano, il concetto di *welfare privato* designa l'insieme delle prestazioni e dei servizi di protezione sociale finanziati da soggetti diversi dallo Stato, con finalità che si configurano come integrative o complementari rispetto al sistema pubblico.

Tale ambito, in costante espansione, è strutturato lungo tre principali assi: **Fondi Sanitari integrativi**, **forme di previdenza complementare** e **welfare aziendale**.

I **Fondi Sanitari integrativi** sono enti collettivi, generalmente costituiti su base contrattuale o associativa, che hanno il compito di rimborsare il costo sostenuto per usufruire di prestazioni sanitarie e sociosanitarie ulteriori rispetto a quelle previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale. Il ruolo di tali Fondi si è progressivamente ampliato in risposta alle difficoltà del SSN nel mantenere l'universalismo di fatto, soprattutto in contesti territoriali caratterizzati da criticità infrastrutturali e da una domanda crescente di servizi sanitari specialistici.

La **previdenza complementare** comprende una pluralità di strumenti, tra cui fondi pensione negoziali, fondi aperti e piani individuali pensionistici, finalizzati ad affiancare la pensione pubblica obbligatoria. La rilevanza di questa componente è aumentata in modo significativo a seguito dell'accentuarsi dell'invecchiamento demografico, con conseguenti crescenti pressioni sul sistema previdenziale pubblico e transizione verso un sistema pensionistico di tipo contributivo puro.

Il **welfare aziendale**, infine, rappresenta un insieme eterogeneo di beni e servizi messi a disposizione dal datore di lavoro, spesso attraverso strumenti di *flexible benefit*, con l'obiettivo di migliorare il benessere complessivo del lavoratore. Le prestazioni offerte spaziano dall'assistenza sanitaria integrativa all'istruzione, dai servizi di trasporto alla promozione della conciliazione tra vita professionale e vita privata, configurando un modello di welfare personalizzato e orientato alla fidelizzazione del capitale umano.

In particolare, negli ultimi due decenni la sanità integrativa in Italia ha conosciuto una crescita significativa, sostenuta da politiche fiscali favorevoli e dal ruolo strategico svolto dalla contrattazione collettiva. Tale dinamica ha contribuito a **consolidare la presenza dei Fondi Sanitari come attori rilevanti del sistema di welfare**, ampliandone progressivamente il raggio d'azione. Secondo gli ultimi dati dell'Anagrafe dei Fondi resi disponibili dal Ministero della Salute, il numero dei Fondi registrati è passato dai 267 del 2010 ai 324 del 2023 (+21%), con una platea di iscritti cresciuta da circa 5,8 milioni a oltre 16,2 milioni di persone (+179%), pari a un quarto della popolazione residente.

All'interno di questo bacino rientrano non soltanto i lavoratori attivi, ma anche 2,3 milioni di familiari e circa 500.000 pensionati, segno di un progressivo allargamento delle tutele oltre la dimensione strettamente occupazionale.
Recenti indagini[37] indicano che i lavoratori con accesso a welfare aziendale e sanità integrativa mostrino migliori indicatori di benessere soggettivo, minore rinuncia alle cure e maggiore soddisfazione verso il proprio equilibrio vita-lavoro. Tuttavia, questi benefici rimangono concentrati soprattutto in settori ad alta produttività.
Il welfare privato, inteso come l'insieme di strumenti di tutela sociale integrativi rispetto al sistema pubblico — Fondi Sanitari, pensioni complementari, welfare aziendale — sta assumendo un ruolo crescente nel panorama italiano. Tuttavia, la sua distribuzione territoriale e settoriale risulta ancora fortemente squilibrata, con una netta **prevalenza nelle regioni del Nord e nei comparti industriali avanzati**[38].
Dal punto di vista economico, l'impatto della sanità integrativa è ormai **rilevante: nel 2023 i Fondi hanno erogato complessivamente 3,24 miliardi di euro**, dei quali circa un terzo – oltre un miliardo – destinato a prestazioni *non* incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), in particolare nei settori dell'odontoiatria, della fisioterapia e del recupero della salute. Ciò conferma il ruolo essenziale che tali strumenti di natura sociale possono svolgere nel colmare alcune aree di cura che il Servizio Sanitario Nazionale non garantisce, ma sempre più essenziali per i cittadini.
Come già presentato in precedenza, anche se la maggior parte dei Fondi Sanitari integrativi opera su scala nazionale, la distribuzione degli iscritti evidenzia una marcata **eterogeneità territoriale**. Tale asimmetria riflette le caratteristiche del tessuto produttivo italiano, fortemente differenziato tra le diverse macroaree del Paese, poiché le dinamiche di adesione sono condizionate dalla presenza e dalla dimensione delle imprese, nonché dal grado di consolidamento del welfare aziendale e contrattuale, che risulta più diffuso laddove il sistema produttivo è maggiormente strutturato.
In particolare, gli iscritti ai Fondi Sanitari sono concentrati soprattutto nelle regioni del Centro-Nord, mentre la partecipazione nel Mezzogiorno risulta significativamente più contenuta. Tale squilibrio trova riscontro nella distribuzione regionale della spesa intermediata dai Fondi: nel 2017 il 38,9% della spesa era concentrata nel Nord-Ovest, il 14,9% nel Nord-Est, il 33,4% nel Centro e soltanto il 12,8% nel Mezzogiorno. È opportuno sottolineare come il dato relativo al Centro registri un incremento rilevante

[37] Censis-Eudaimon, VII Rapporto, *Il welfare aziendale e la sfida dei nuovi valori del lavoro*, Roma, 2024.
[38] Osservatorio Welfare Assolombarda, 2021.

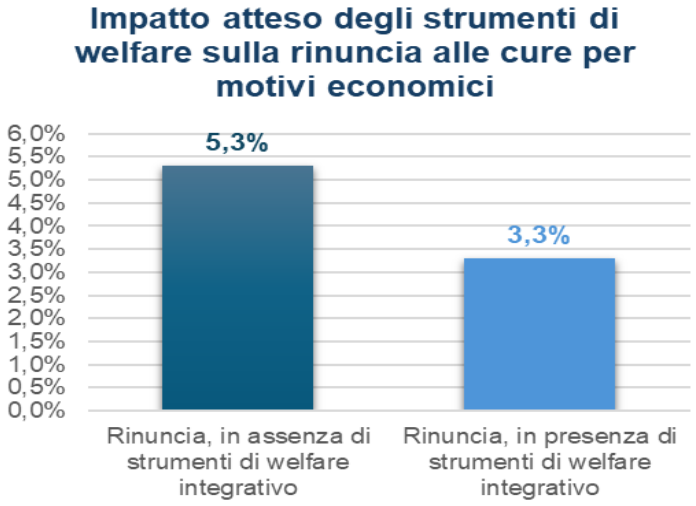
rispetto all'anno precedente (20,1%), mentre nel Sud la crescita, seppur presente, appare più contenuta (dal 7,4% del 2016 al 12,8% del 2017). [39]

Ne consegue che i benefici dei Fondi Sanitari tendono a concentrarsi nei contesti caratterizzati da **imprese medio-grandi** e ad alta produttività e da una **contrattazione collettiva** più strutturata, lasciando pertanto scoperte ampie fasce di lavoratori precari, autonomi o occupati in **microimprese**. Oltre il 60% dei lavoratori che accedono al welfare sanitario integrativo, infatti, sono impiegati in imprese medio-grandi del Centro-Nord, mentre i lavoratori del Mezzogiorno, specie quelli autonomi, discontinui o occupati in microimprese, restano esclusi da tali tutele. Ciò alimenta ulteriormente le disuguaglianze sanitarie, dato che i Fondi Sanitari permettono l'accesso agevolato a cure specialistiche, di diagnostica e prevenzione[40].

Questo fenomeno risulta ancora più rilevante alla luce dei dati INAPP, che evidenziano come **gli strumenti di welfare sanitario siano in grado di ridurre sensibilmente il fenomeno di rinuncia alle cure per motivi economici**. In particolare, tra coloro che dispongono di una tutela integrativa, la quota di chi dichiara di aver posticipato una cura per motivi economici si attesta al 3,3%, contro il 5,3% tra chi ne è privo, con un effetto di abbattimento del fenomeno pari a circa il 40%.[41]

[39] CREA Sanità, XIII Rapporto Sanità, *Il cambiamento della Sanità in Italia fra Transizione e Deriva del sistema,* 2017.
[40] INAPP, Rapporto PLUS 2023, *Osservare le traiettorie del mercato del Lavoro,* 2023.
[41] INAPP, Esposito M. (a cura di), *Rapporto annuale su mercato del lavoro e politiche di genere*, PB 34/2025.

Figure 14: Capacità degli strumenti di welfare sanitario sulla riduzione della causa "motivi economici"



Fonte: Elaborazioni a cura dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza su base dati INAPP, 2023

L'analisi delle dinamiche distributive della spesa sanitaria italiana evidenzia come **i Fondi Sanitari integrativi possano svolgere un ruolo importante nel mitigare le disuguaglianze di accesso e di fruizione delle cure**. Tale contributo si manifesta principalmente attraverso due canali complementari: la riduzione del peso della spesa diretta sostenuta dalle famiglie (*out-of-pocket*) e l'ampliamento dell'accessibilità a prestazioni sanitarie garantite in maniera disomogenea da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In Italia la quota di spesa sanitaria sostenuta direttamente dai cittadini rappresenta una delle più elevate tra i paesi dell'Europa occidentale, collocandosi stabilmente oltre il 23% del totale della spesa sanitaria corrente. Tale incidenza assume particolare rilevanza in quanto grava in misura sproporzionata sulle famiglie a basso reddito e sui nuclei residenti in aree caratterizzate da carenze infrastrutturali e da una minore offerta di servizi sanitari pubblici. [42]

I Fondi Sanitari integrativi, coprendo parte dei costi relativi a prestazioni specialistiche, diagnostiche e preventive, consentono di **ridurre l'impatto economico diretto** per le

[42] ISTAT-SHA, 2023.

famiglie. Questa funzione di "ammortizzatore sanitario" si traduce non soltanto in un risparmio monetario immediato, ma anche in una riduzione delle barriere economiche all'accesso, attenuando il rischio che condizioni finanziarie precarie si trasformino in rinuncia o posticipo delle cure. In tal senso, i Fondi possono agire come meccanismo redistributivo indiretto, poiché contribuiscono a riequilibrare l'onere della spesa sanitaria in un contesto caratterizzato da elevata incidenza di *out-of-pocket* e da crescenti disuguaglianze socioeconomiche.

Un ulteriore ambito in cui i Fondi Sanitari possono produrre effetti correttivi riguarda l'**accesso alle prestazioni che il SSN fornisce in modo eterogeneo**, sia sul piano territoriale sia su quello temporale. Le liste d'attesa rappresentano un fenomeno strutturale del sistema sanitario italiano e costituiscono una delle principali cause di rinuncia o differimento delle cure[43], in particolare per prestazioni specialistiche e diagnostiche. Parallelamente, la distribuzione dei servizi sanitari sul territorio nazionale risulta marcata da squilibri significativi: le regioni con maggiore dotazione infrastrutturale e densità di offerta tendono a garantire un accesso più rapido e diffuso, mentre altre aree — in particolare quelle meridionali e periferiche — evidenziano carenze persistenti.

In questo scenario, i Fondi Sanitari si configurano come strumenti potenzialmente in grado di compensare tali asimmetrie, consentendo l'accesso anche ai servizi erogati dal settore privato, riducendo così i tempi di attesa e ampliando l'offerta disponibile per la popolazione assistita. La possibilità di integrare le carenze del sistema pubblico con un ventaglio di prestazioni aggiuntive, in particolare in aree ad alta domanda insoddisfatta come odontoiatria, fisioterapia e salute mentale, rappresenta un contributo rilevante alla promozione dell'equità di accesso.

Infine, il coinvolgimento delle parti sociali e degli enti locali si rivela decisivo nella costruzione di un welfare integrativo inclusivo. In alcune aree del Nord, sono già attive esperienze interaziendali che aggregano domanda e offerta di servizi sanitari integrativi, con benefici evidenti in termini di copertura, prevenzione e fidelizzazione del lavoro. Tali

[43] Secondo i dati aggregati della Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA, AGENAS) relativi ai primi cinque mesi del 2025, la metà circa delle prestazioni differibili (classe D) supera il limite normativo di 30 giorni, con ritardi medi nell'ordine dei 45–50 giorni; analogamente, le prestazioni programmabili (classe P) registrano tempi medi fino a 75 giorni, a fronte del termine previsto di 60 giorni. Si tratta di dati iniziali, con copertura progressiva delle Regioni e aggiornamenti periodici.

modelli potrebbero essere replicati anche nel Sud, con l'ausilio di incentivi pubblici e clausole sociali nei bandi di sviluppo[44].

3.2 Lo sviluppo del welfare sanitario nel Mezzogiorno.

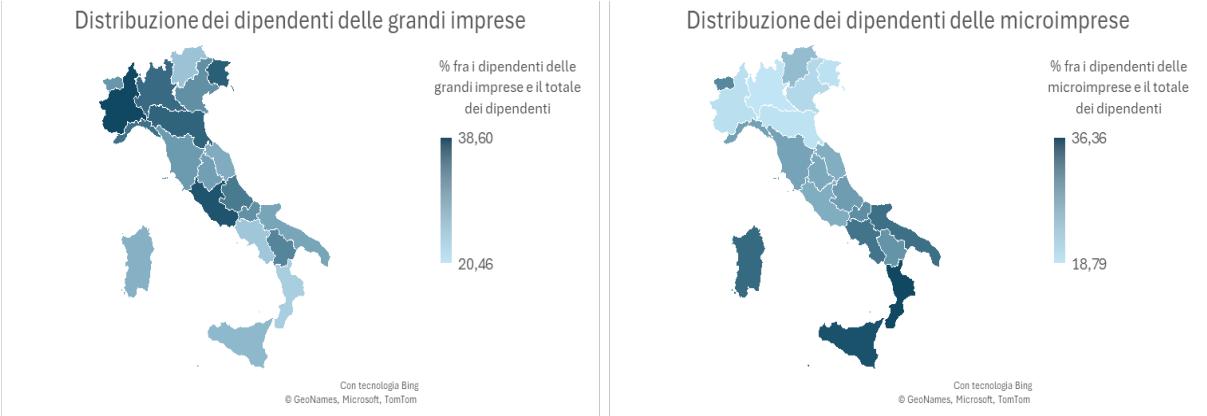
La maggior parte dei Fondi Sanitari integrativi presenta un ambito di operatività su scala nazionale; tuttavia, la distribuzione degli iscritti evidenzia una marcata eterogeneità territoriale. Tale asimmetria riflette in larga misura le caratteristiche del tessuto produttivo italiano, fortemente differenziato tra le diverse macroaree del Paese. Le dinamiche di adesione sono infatti condizionate dalla presenza e dalla dimensione delle imprese, nonché dal grado di consolidamento del welfare aziendale e contrattuale, che risulta più diffuso laddove il sistema produttivo è maggiormente strutturato.

In particolare, la concentrazione degli iscritti ai Fondi Sanitari si rileva soprattutto nelle regioni del Centro-Nord, mentre la partecipazione nel Mezzogiorno risulta significativamente più contenuta. Tale squilibrio trova riscontro anche nella distribuzione regionale della spesa intermediata dai Fondi: nel 2017 il 38,9% della spesa era concentrata nel Nord-Ovest, il 14,9% nel Nord-Est e soltanto il 12,8% nel Mezzogiorno.[45]

Questa dinamica è coerente con la distribuzione geografica del sistema imprenditoriale nazionale, che si concentra per quasi la metà nel Nord Italia (45,4%). All'interno di quest'area, il 26% delle imprese è localizzato nel Nord-Ovest e il 19,4% nel Nord-Est, a fronte di una presenza più ridotta nel Sud (23,1%), nel Centro (21%) e nelle Isole (10,5%) [46].

[44] INAPP, Rapporto 2023, *Lavoro, formazione, welfare. Un percorso di crescita accidentato,* 2023.
[45] CREA Sanità, XIII Rapporto Sanità, *Il cambiamento della Sanità in Italia fra Transizione e Deriva del sistema,* 2017.
[46] Osservatorio iCribis, *Geografia delle imprese italiane*, 2023.

Figure 15: Distribuzione dei dipendenti per le grandi e microimprese

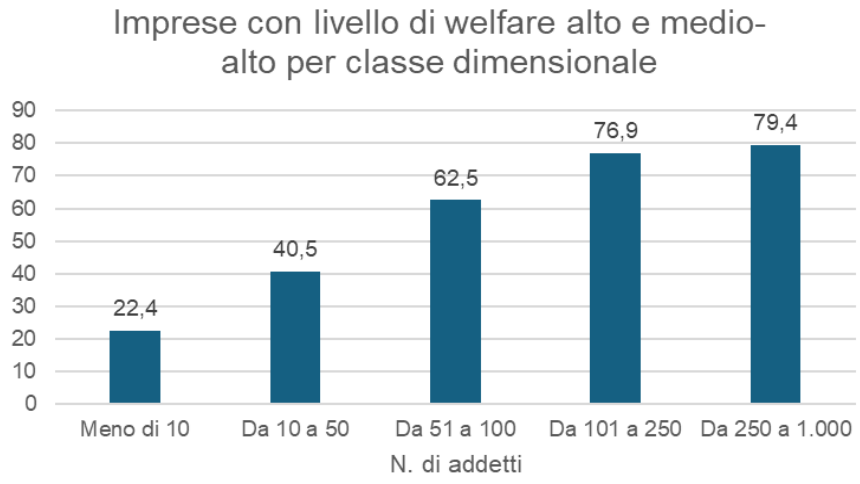


Fonte: Elaborazioni a cura dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione RiES su base dati ISTAT, 2021

La differenza non riguarda soltanto la numerosità delle imprese, ma anche la loro dimensione. La concentrazione delle grandi imprese si registra prevalentemente nelle regioni settentrionali e, in parte, nel Lazio: nel Nord, ogni 100 dipendenti, 32 sono impiegati in grandi aziende e 22 in microimprese; nel Lazio, la quota di lavoratori nelle grandi imprese sale a 37,21 su 100, a fronte di 25,11 nelle microimprese. Nel Mezzogiorno, invece, lo scenario si inverte: la prevalenza delle microimprese porta a un rapporto di 32 dipendenti su 100 nelle microaziende, contro 26 nelle grandi imprese.[47]
Queste differenze strutturali si riflettono direttamente sul livello di welfare erogato: le imprese di dimensioni medio-grandi risultano infatti avvantaggiate dalla maggiore ampiezza dei bacini occupazionali, dalla disponibilità di risorse economiche dedicate e dalla presenza di figure professionali specializzate nella gestione e promozione delle iniziative di welfare. Non a caso, il livello di welfare cresce in maniera proporzionale all'aumentare della dimensione aziendale, delineando un gradiente dimensionale che penalizza le realtà imprenditoriali minori.[48]

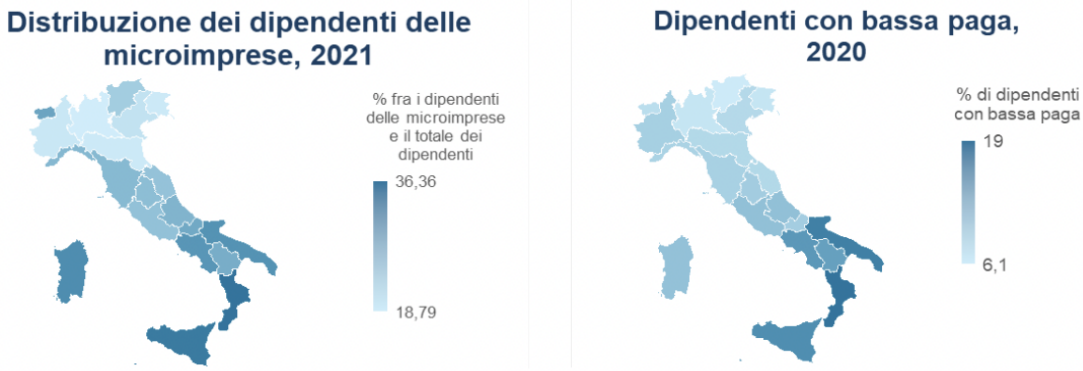
[47] ISTAT, Indicatori del sistema integrato dei registri statistici, Indicatori e Territorio (addetti-imprese), 2021.
[48] Welfare Index PMI, *L'età adulta del welfare aziendale. Le PMI pronte per il rinnovamento del welfare del Paese*, 2024.

Figure 16: Imprese con livello di welfare alto e medio-alto per classe dimensionale



Fonte: Elaborazioni a cura dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione RiES, su base dati Welfare Index PMI 2024

Figure 17: Distribuzione territoriale della dimensione delle imprese vs povertà lavorativa



Distribuzione territoriale della dimensione delle imprese vs povertà lavorativa

Fonte: Elaborazioni a cura dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione RiES, su base dati Istat

L'analisi delle cartine riportate evidenzia una marcata polarizzazione del tessuto produttivo nazionale, che si riflette sulla distribuzione del welfare sanitario. La concentrazione geografica delle imprese di medie e grandi dimensioni, prevalentemente

localizzate nel Nord e, in misura minore, nella regione Lazio, determina un'elevata capacità di generare strumenti di welfare aziendale e sanitario integrativo. Diversamente il Mezzogiorno continua ad evidenziare una prevalenza di microimprese ed attività a basso valore aggiunto, con un impatto limitato sulla diffusione delle tutele sociali e sanitarie.

Partendo dall'analisi delle regioni del Nord-Ovest, il 38,9% si focalizza sulla spesa intermediata dai Fondi Sanitari, il sistema produttivo è caratterizzato da una forte presenza di grandi imprese manifatturiere e di servizi avanzati, con un'elevata densità di occupazione industriale (32 lavoratori su 100 impiegati in grandi aziende). Questa solidità del tessuto economico favorisce la diffusione di modelli di welfare aziendale strutturati, in grado di integrare efficacemente il SSN e ridurre la quota di rinuncia alle cure per motivi economici[49]. Invece, muovendosi verso il Centro Italia, prestando maggiore attenzione alla regione Lazio, presenta una concentrazione significativa di imprese di grandi dimensioni (37 su 100 lavoratori impiegati), con un tessuto produttivo articolato tra industria pubblica, servizi e comparto tecnologico. In questa area il welfare sanitario privato si sviluppa soprattutto attraverso Fondi contrattuali di categoria e accordi aziendali, con una spesa intermediata che raggiunge il 33,4% del totale nazionale. L'elevata incidenza di occupazione pubblica e para-pubblica contribuisce inoltre alla diffusione di schemi di welfare integrativo che affiancano le prestazioni del SSN, specialmente nei settori dell'assistenza sanitaria integrativa e della previdenza complementare. Invece, nel Mezzogiorno la situazione si presenta opposta. Con la prevalenza di microimprese (32 su 100 lavoratori impiegati) e di settori a bassa produttività, come agricoltura, edilizia, piccola manifattura, turismo stagionale, vi è una limitata capacità di generare welfare aziendale. Di conseguenza la quota di spesa sanitaria intermediata dai Fondi si ferma al 12,8%, evidenziando una fragilità strutturale che si traduce in minore accesso alle prestazioni sanitarie e maggiore rinuncia alle cure per motivi economici. Tale divario è amplificato dal minor grado di digitalizzazione e dalla carenza di capitale umano qualificato, e tali fattori condizionano l'adozione di modelli organizzativi e tecnologici necessari per lo sviluppo del welfare integrativo[50].

I dati analizzati confermano la sovrapposizione tra morfologia produttiva e distribuzione del welfare sanitario, andando a mostrare come la capacità di offrire strumenti di

[49] INAPP Policy Brief n 34, *Posticipo di cure mediche: quando la sanità pubblica si fa attendere e quella integrativa è per pochi*, giugno 2025.
[50] ISTAT, Noi Italia, *100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo*, 2025.

protezione sociale in un determinato territorio sia in gran parte il risultato dalla sua struttura economica. Quindi **la correlazione positiva tra dimensione media delle imprese, investimenti in capitale umano e diffusione del welfare sanitario emerge con chiarezza**, ciò sta a significare che laddove il sistema produttivo è più solido, si riducono le fragilità economiche, aumenta la vicinanza della salute e si rafforza la coesione territoriale.

3.3 Lo sviluppo industriale e le opportunità per il Mezzogiorno.

Lo sviluppo degli strumenti di welfare, e specificamente degli strumenti di welfare sanitario integrativo, è necessariamente condizionato dallo sviluppo del sostrato economico e del tessuto produttivo del territorio.

La distribuzione territoriale delle imprese e la loro configurazione in termini di dimensioni è direttamente correlata dall'adozione di strumenti di welfare aziendale a beneficio del proprio personale.

Lo sviluppo industriale e produttivo del Mezzogiorno è quindi un fattore abilitante cruciale per la diffusione e l'adozione in questi territori di strumenti di welfare in grado di ridurre il fenomeno di rinuncia alle cure, migliorare l'accessibilità al sistema di salute e ridurre le disuguaglianze di salute nel Paese.

Per promuovere il rilancio del tessuto produttivo del sud Italia, dal 1° gennaio 2024 è stata operativa la Zona Economica Speciale Unica (ZES Unica), a copertura dell'intero territorio del Mezzogiorno, con l'obiettivo di attrarre investimenti produttivi e rafforzare il tessuto industriale, con incentivi fiscali e semplificazioni amministrative (Autorizzazione unica, Sportello digitale SUD ZES).La ZES Unica ha coinvolto inizialmente le otto regioni meridionali (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sicilia e Sardegna) e, dal 2025, è stata estesa anche a Umbria e Marche.

Un passaggio cruciale nella sua configurazione è avvenuto nel settembre 2025 con l'approvazione del Dl "Terra dei fuochi" che ha disposto la soppressione della Struttura di missione ZES e l'istituzione presso la Presidenza del Consiglio del nuovo Dipartimento per il Sud**.**

Il Dipartimento sono state assegnate le funzioni di: indirizzo e coordinamento delle politiche per il Sud; gestione e monitoraggio della ZES Unica; allocazione e raccordo dei fondi di coesione e delle risorse PNRR.

Con il nuovo assetto vengono superati i limiti temporali propri di una "Struttura di missione", valorizzandone i risultati ma collocandoli in una cornice istituzionale stabile e permanente.

L'iniziativa italiana a confronto con altre esperienze europee si differenzia per la sua vasta estensione territoriale e per la sua natura multisettoriale, oltre che per un'integrazione strategica con le politiche e le vocazioni produttive regionali. Per esempio, la Puglia si distingue nell'aerospazio e nella meccatronica, la Campania nell'ICT e nell'energia, la Calabria nella chimica verde e nella blue economy, e la Basilicata nell'industria estrattiva sostenibile.

Ad oggi, il 35% dei comuni inclusi nella ZES è attivamente coinvolto in **progetti strategici**, mentre oltre il 53% delle imprese potenzialmente eleggibili conosce le opportunità offerte dagli incentivi. Circa il 40% dei progetti attivati riguarda settori ad alta intensità energetica, ovvero industrie che per la loro natura necessitano di elevati consumi energetici, come la chimica di base, l'acciaio e la raffinazione. Questi settori, pur essendo energivori, rappresentano un'opportunità strategica per **aumentare la produttività, l'innovazione e la competitività internazionale** attraverso l'adozione di tecnologie più efficienti e sostenibili.
Complessivamente, nella cornice amministrativa della ZES Unica sono stati attivati 8,5 miliardi di euro di investimenti che hanno attivato ulteriori 11,6 miliardi di euro in maniera indiretta e 1,9 miliardi di euro in maniera indotta, per **un impatto economico complessivo pari a circa 22 miliardi di euro**. Il **moltiplicatore economico stimato è pari a 2,6**: per ogni euro investito nella ZES Unica del Mezzogiorno se ne attivano 1,6 addizionali nell'economia.[51]
Sul piano sociale, la ZES Unica si configura come **strumento di coesione e inclusione**: sono stati attivati programmi di formazione, apprendistato e riqualificazione professionale finanziati attraverso il Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+), con una particolare attenzione a giovani NEET, donne inattive e disoccupati di lunga durata. Queste misure contribuiscono a **rafforzare il capitale umano** e a ridurre i divari occupazionali che storicamente caratterizzano il Sud.
La strategia definita per il Sud è quindi volta a rafforzare il tessuto produttivo, favorire l'occupazione qualificata e valorizzare il ruolo strategico del Mezzogiorno nell'attuale contesto geopolitico ed economico.
In questa prospettiva, **si delineano per il Mezzogiorno quattro leve principali di azione**:

1. consolidare una visione sistemica e di lungo periodo, integrando le dinamiche locali, nazionali ed europee, e posizionando il Mezzogiorno come attore centrale nelle relazioni euro-mediterranee;
2. garantire risorse adeguate e accelerarne l'utilizzo, come già previsto con circa 80 miliardi del PNRR e 40 miliardi dagli Accordi di Coesione, trasformandole rapidamente in iniziative concrete con tempi certi di attuazione;

[51] The European House Ambrosetti, Libro Bianco, IV Edizione 2025, *Verso Sud: La strategia Europea per una nuova stagione geopolitica, economica e socio-culturale del Mediterraneo*", 2025.

3. incrementare l'attrattività degli investimenti, valorizzando il tessuto imprenditoriale esistente e promuovendo l'evoluzione delle filiere produttive verso modelli più integrati, innovativi e orientati all'export;
4. rafforzare la responsabilità di tutti i soggetti pubblici e privati nella gestione delle risorse, assicurando governance trasparente, monitoraggio costante e valutazione rigorosa degli effetti in termini di occupazione e crescita economica.

Il Mezzogiorno presenta ancora diverse **fragilità strutturali**: le imprese sono mediamente più piccole e necessitano di supporto per incrementare produttività, digitalizzazione e apertura internazionale; persistono criticità nella formazione e nel capitale umano, con la necessità di contrastare la fuga dei giovani qualificati.

Accanto agli interventi economici e formativi, negli strumenti di coesione territoriale per il Mezzogiorno figurano quindi anche azioni di **welfare territoriale**: incentivi all'imprenditoria femminile, misure di conciliazione vita-lavoro e sostegno alla natalità. L'approccio che viene proposto combina crescita produttiva e benessere sociale, orientando gli investimenti alla **rigenerazione territoriale** in grado di incidere non solo sull'economia, ma anche sulla **qualità della vita** e sulla **coesione intergenerazionale** del Mezzogiorno.

4. Conclusioni e Proposte di policy

La Fragilità economica si conferma una componente fondamentale da gestire per poter garantire equamente la Vicinanza della salute su tutto il territorio nazionale.

Questo comporta affrontare il tema della salute guardando non solo alla sfera sanitaria, ma ampliando l'orizzonte della programmazione sempre di più ai cosiddetti "determinanti sociali" della salute: coinvolgendo la sfera economica, culturale, educativa, valorizzando il tessuto sociale, gli strumenti di coesione sociale e territoriale, arginando la migrazione delle fasce più giovani della popolazione dalle aree svantaggiate, favorendo il ripristino delle relazioni familiari e di comunità e arginando così anche l'isolamento di giovani e anziani.

Nuove forme attuative della tutela della salute, nel rispetto dell'Art. 32 della Costituzione, vedono quindi un ruolo ed una integrazione crescente degli strumenti di welfare, a cominciare da quello sanitario.

L'evoluzione delle attuali forme organizzative, nel rispetto dei valori e dei cardini costituzionali, si presenta come una opzione in grado di mantenere competitività del sistema, di offrire attrattività sul fronte lavorativo e della produttività, di rispettare la sostenibilità della spesa sanitaria ridistribuendola su più pilastri.

In un contesto demografico in rapido invecchiamento e con risorse pubbliche limitate, un welfare integrativo efficace, strutturato e territorialmente diffuso che accompagni una evoluzione economica omogenea delle varie aree del Paese è non solo auspicabile, ma necessario per sostenere l'equità del sistema.

Il quadro tracciato finora si caratterizza per una marcata polarizzazione tra le diverse aree geografiche del Paese, con il Mezzogiorno particolarmente penalizzato sotto il profilo della Fragilità economica, nelle sue varie componenti. Le azioni di intervento volte a promuovere un riequilibrio territoriale che riducano fino ad azzerare le disuguaglianze territoriali vanno quindi individuate primariamente nell'arginare la deriva del fenomeno della povertà che affligge l'Italia in maniera asimmetrica.

Le iniziative ad argine della Fragilità economica non possono tuttavia limitarsi però alla sola componente economica, ma hanno bisogno di trovare radici salde nella **ricostruzione di un tessuto sociale** e nella **fertilizzazione culturale** delle aree più svantaggiate.

Alla luce di queste considerazioni, si articolano le seguenti **proposte di policy**:

1. **Promuovere la formazione, anche al fine di trattenere i talenti e le nuove generazioni nei propri territori di origine**

Sostenere l'accesso e la qualità della formazione, sia di base che specialistica, rappresenta la prima direttrice di intervento, con l'obiettivo di favorire la permanenza delle nuove generazioni nei territori di origine e contrastare la dispersione di capitale umano verso le aree più sviluppate del Paese.
A cominciare dal sistema scolastico, proseguendo per i percorsi professionalizzanti, l'infrastruttura formativa svolge un ruolo fondamentale per garantire che lo sviluppo economico e produttivo possa trovare in loco forza lavoro competente in grado sia di svolgere in maniera competitiva quanto richiesto dalle sfide dell'innovazione, sia di sviluppare una classe dirigente in grado di governare il cambiamento e di sviluppare ulteriormente in modo autonomo il proprio territorio.

2. **Supportare il ripristino delle reti familiari e di comunità**
Creare le condizioni per permettere ai cittadini di sviluppare il proprio percorso di vita in prossimità del nucleo familiare di origine costituisce un momento fondamentale per un miglioramento esponenziale delle condizioni di salute e benessere sia per la popolazione degli anziani, sia per la popolazione dei giovani adulti.
La popolazione anziana è infatti la più esposta ai crescenti problemi di solitudine ed isolamento (con le relative manifestazioni a livello di depressione e decadimento cognitivo), fenomeni che verrebbero arginati da una maggiore presenza in prossimità dei propri familiari.
I giovani adulti "fuori sede" sono invece quelli che patiscono maggiormente forme di solitudine legate alla mancanza di una propria costruzione familiare, condizionata anche da fenomeni come la povertà lavorativa aggravata spesso da fenomeni di povertà abitativa e dal dover far fronte a spese abitative fuori controllo soprattutto nelle città che rappresentano i principali approdi lavorativi per i giovani lavoratori (spesso provenienti proprio dal Mezzogiorno). Questa condizione, quando si verifica in combinato con l'assenza delle reti familiari di origine ed in mancanza di ulteriori supporti alla genitorialità, può diventare un freno importantissimo alle scelte relative alla natalità.
Colmare i divari territoriali e favorire la crescita di un tessuto produttivo equilibrato lungo tutta la Penisola significa, da un lato, limitare i fenomeni di migrazione interna e l'isolamento delle fasce più vulnerabili; dall'altro, creare le

condizioni per lo sviluppo di imprese più strutturate e di sistemi di welfare capaci di generare esternalità positive sull'intera collettività.

3. **Sostenere lo sviluppo del welfare sanitario integrativo**
   La crescente diffusione di strumenti di welfare integrativo richiede di consolidare un modello orientato non solo al rimborso delle prestazioni, ma alla presa in carico complessiva dell'assistito, in una logica di solidarietà intergenerazionale. In tale prospettiva, si profilano tre linee di intervento prioritario:

   - **promuovere configurazioni basate su modelli solidaristici e non profit**, così da massimizzare la restituzione in termini di servizi;

   - **ampliare la platea eleggibile**, estendendo l'accesso ai Fondi Sanitari integrativi anche ai lavoratori autonomi e ai dipendenti pubblici, con particolare attenzione alle aree del Mezzogiorno dove la presenza di occupazione pubblica è più rilevante;

   - **rafforzare le tutele in ambito *long term care* (*LTC*)**, garantendo coperture adeguate non soltanto ai lavoratori attivi, ma anche ai lavoratori anziani e ai pensionati, così da rispondere in modo efficace alla crescente domanda di assistenza derivante dall'invecchiamento demografico.