RAPPORTO DEL CENTRO STUDI AIOP

La spesa per beni e servizi sanitari:

il finanziamento da sempre ibrido del sistema salute

Aiop

RAPPORTO DEL CENTRO STUDI AIOP

La spesa per beni e servizi sanitari:

il finanziamento da sempre ibrido del sistema salute

La spesa privata per beni e servizi sanitari:
il finanziamento da sempre ibrido del sistema salute

A cura di
Alice Basiglini, Angelo Cassoni, Gabriele Pelissero

Copertina
Andrea Albanese

Stampato nel mese di giugno 2025
da *Graficassia* - Roma

CC-BY-NC-SA
Attribuzione - Non Commerciale - Condividi allo stesso modo

"La spesa privata per beni e servizi sanitari: il finanziamento da sempre ibrido del sistema salute"

Introduzione 1

Gabriele Pelissero

1 L'offerta di prestazioni sanitarie: un sistema da sempre misto 3

Alice Basiglini, Angelo Cassoni, Gabriele Pelissero

1.1 Fonti, materiali e metodi 3

1.1.1 Obiettivi 3
1.1.2 Fonti 3
1.1.3 Limiti 5
1.1.4 Metodi 6

1.2 Risultati 7

1.2.1 Cosa significa "Sanità pubblica"? 7
1.2.2 Il contributo del privato accreditato al Servizio Sanitario Nazionale (SSN): l'assistenza ospedaliera 9
1.2.3 Il contributo del privato accreditato al Servizio Sanitario Nazionale (SSN): l'assistenza ambulatoriale 17
1.2.4 Il contributo delle strutture pubbliche alla sanità a pagamento: le visite e la diagnostica 20

1.3 Conclusioni 23

2 La spesa per beni e servizi sanitari: il finanziamento da sempre ibrido del sistema salute 24

Alice Basiglini, Angelo Cassoni, Gabriele Pelissero

2.1 Fonti, materiali e metodi 24

2.1.1 Obiettivi 24
2.1.2 Fonti 25
2.1.2.1 Le fonti della spesa sanitaria pubblica: caratteristiche e ambiti di applicazione 29
2.1.2.2 Le fonti della spesa sanitaria privata: caratteristiche e ambiti di applicazione 31
2.1.2.3 Le fonti della spesa farmaceutica 35
2.1.2.4 Le fonti della spesa: limiti 35

2.1.3 Metodi 37
2.1.3.1 Perimetrazioni lessicali 37
2.1.3.2 Metodi statistici 38

2.2 Risultati 41
2.2.1 Quanto si spende in sanità? 41
2.2.1.1 La spesa sanitaria nel tempo 41
2.2.1.2 La spesa sanitaria pubblica: la quota di spesa che lo Stato e le Regioni destinano alla Sanità 48
2.2.1.3 La spesa sanitaria privata: la quota di spesa che le famiglie destinano alla Sanità 51
2.2.2 La spesa sanitaria è aumentata o diminuita? 57
2.2.2.1 La spesa sanitaria pubblica, obbligatoria, privata, volontaria 57
2.2.2.2 Le dinamiche temporali della spesa sanitaria privata, in confronto e in relazione con la spesa sanitaria pubblica 59
2.2.2.3 Le caratteristiche della spesa sanitaria privata italiana: spesa diretta e spesa intermediata 67
2.2.3 Cosa finanziano rispettivamente la spesa sanitaria pubblica e la spesa sanitaria privata? 71
2.2.3.1 Le destinazioni della spesa sanitaria pubblica 71
2.2.3.2 Le destinazioni della spesa sanitaria privata 80
2.2.4 Le funzioni di spesa e i regimi di erogazione: un'analisi di dettaglio 95
2.2.4.1 La spesa sanitaria per cura e riabilitazione: spesa pubblica e spesa privata 95
2.2.4.2 La spesa sanitaria per assistenza di lunga durata (LTC): spesa pubblica e spesa privata 104
2.2.4.3 La spesa sanitaria per farmaci e articoli sanitari: spesa pubblica e spesa privata 111
2.2.4.4 La spesa sanitaria per servizi diagnostici e di prevenzione: spesa pubblica e spesa privata 115
2.2.5 Spesa sanitaria: confronti internazionali 119
2.2.5.1 La spesa sanitaria pubblica e privata negli altri Paesi 119
2.2.5.2 Le peculiarità della spesa sanitaria privata italiana 124

2.3 Conclusioni 129

Introduzione

Gabriele Pelissero

Il dibattito pubblico sui principali temi e problemi della sanità è spesso caratterizzato da semplificazione e superficialità, quando non viziato da pregiudizi per lo più di natura ideologica.

Un esempio particolarmente vistoso di questi limiti è rappresentato dall'uso della parola "privato", termine indubbiamente sensibile e profondamente ambiguo, che facilmente si presta a evocazioni a contenuto negativo, in contrapposizione a "pubblico", inteso come specularmente positivo.

In che consiste questa negatività?

Per coloro che entrano in questo confronto partendo da una visione politica chiara e consapevole, la contrapposizione pubblico/privato affonda le sue radici in quasi due secoli di storia e si inserisce in una complessa dialettica, nella quale più che il binomio destra/sinistra si confrontano oggi altre contrapposizioni, fra pragmatismo e ideologia, fra statalismo e sussidiarietà, fra dirigismo burocratico e libertà di scelta.

Per il cittadino, spettatore sporadico ma interessato dal dibattito, "pubblico" tende a significare "senza costo individuale" e privato "a mie spese".

La descrizione di questa percezione, estremamente semplificata ma fortemente realistica, mette in contrapposizione una nozione di "pubblico" inteso come sistema di *welfare* sanitario, a finanziamento collettivo e tendenzialmente solidaristico, con una nozione di "privato" quale sistema alternativo i cui costi graverebbero direttamente sul singolo soggetto che lo utilizza.

L'esistenza di un sistema di *welfare* sanitario, il Servizio Sanitario Nazionale, che ha valenza pubblica e si propone di soddisfare i bisogni dei singoli cittadini con una copertura universalistica, tende a questo punto a far interpretare la componente privata come l'espressione di un fallimento del sistema pubblico.

E questa lettura, espressa in forma anch'essa semplificata, è oggi molto presente nel dibattito pubblico.

Ma è esattamente così?

Se così fosse, al variare della capacità del sistema pubblico di rispondere con adeguate risorse alla domanda di prestazioni dovrebbe corrispondere, almeno parzialmente, una sensibile variazione della spesa privata. Ma i dati e le evidenze non confermano questa tesi.

Inoltre, il sistema di *welfare* sanitario rappresentato dal SSN è pubblico? Sicuramente è pubblica la maggior parte del finanziamento, ma non è di proprietà solo pubblica la rete di erogatori che concretamente producono le prestazioni fruite dai cittadini tramite la tessera sanitaria. Infatti, il 28,1% di tutti i ricoveri ospedalieri che il SSN rende disponibili ai cittadini, pari a 2.141.086 milioni di ricoveri, e il 36,2% di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale, pari a 291.188.564 milioni, sono prodotti

da erogatori di diritto privato.

Un privato che, dunque, fa parte integrante e non sostituibile del sistema pubblico, che non può e non deve essere confuso con la sanità a pagamento, sostenuta da un altro tipo di finanziamento, quello appunto dei privati.

Tutto questo è ben noto, e non rappresenta certo una realtà di recente scoperta, anche se dobbiamo registrare l'estrema facilità con cui l'uso ambiguo dei termini confonde il dibattito pubblico.

Ne è un evidente esempio, per rimanere fra i più recenti, l'accusa di "regalo ai privati" ogni volta che all'interno del SSN si decide di ampliare la capacità di offerta degli erogatori di diritto privato, valorizzando la capacità di essere più rapidi ed efficienti nell'esercizio di un servizio pubblico.

Questo rapporto si propone di concorrere a rendere più chiari e comprensibili questi fenomeni, utilizzando un approccio basato sui dati, sulle evidenze e sulla puntuale verifica delle fonti.

Il presupposto da cui siamo partiti è la conferma del valore di un sistema di *welfare* sanitario universalistico e solidaristico, ma anche la consapevolezza che solo analizzandone in modo approfondito le caratteristiche, i limiti e le criticità è possibile assicurare la sua sopravvivenza, unita a ragionevoli livelli di efficacia ed efficienza.

La nostra analisi si è concentrata su di un aspetto particolare, ma assolutamente rilevante, rappresentato dal finanziamento e dalla spesa in sanità, studiandone la componente privata confrontabile con quella pubblica e cercando di rappresentarne nel modo più approfondito possibile la dinamica temporale e la finalizzazione.

La cognizione degli aspetti finanziari dei flussi e della destinazione dei finanziamenti non è, ovviamente, il solo modo per approfondire la conoscenza dei sistemi sanitari, che si comportano ed evolvono anche in conseguenza delle variabili organizzative e gestionali e sulla base di complessi fattori motivazionali che, tutti insieme, ne determinano i livelli di efficacia e di efficienza. E non meno rilevante è l'effetto delle innovazioni tecnologiche, sia nel campo strettamente biomedico sia nelle componenti più generali.

La spesa rappresenta però un indicatore molto solido, oltre che uno dei temi più frequenti nel confronto pubblico sulla sanità, e la sua complessità e rilevanza ci hanno indotti ad approfondire lo studio.

Questo Rapporto, elaborato dal Centro Studi Aiop, è parte di un progetto più ampio che vede coinvolti la Fondazione Sanità Futura di Milano, il Cergas Bocconi e l'Università Roma Tre ed è il primo testo pubblicato, cui seguirà nei prossimi mesi una più ampia monografia dove, accanto all'analisi della spesa sanitaria, verranno formulate ipotesi e presentati algoritmi previsionali sulla possibile evoluzione dei sistemi di finanziamento del sistema sanitario duale, che riteniamo utili alla discussione e alla progettazione del futuro della sanità italiana.

1 L'offerta di prestazioni sanitarie: un sistema da sempre misto

Alice Basiglini, Angelo Cassoni, Gabriele Pelissero

1.1 Fonti, materiali e metodi

1.1.1 Obiettivi

L'obiettivo principale di questa parte dello studio è quello di rappresentare il contributo del privato accreditato alla Sanità pubblica in termini di posti letto garantiti e prestazioni sanitarie erogate dalle strutture di diritto privato nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

Obiettivi specifici dell'analisi sono:

- promuovere la necessità di distinguere in ogni tipo di analisi e lettura dei sistemi sanitari l'aspetto dell'erogazione dei servizi da quello del finanziamento degli stessi, in modo tale da separare nettamente la natura giuridica, pubblica o privata, delle strutture sanitarie dal finanziamento pubblico o privato dei servizi;
- valutare, accanto al contributo delle strutture di diritto privato alla sanità pubblica, il contributo delle strutture di diritto pubblico alla sanità a pagamento.

1.1.2 Fonti

Ministero della Salute, Open Data, edizione 2023 (dati 2022)

Dato utilizzato: posti letto

I **"Posti letto per struttura ospedaliera 2022"** sono contenuti in uno dei ***dataset*** messi a disposizione dal Ministero della Salute.

Il dataset contiene i dati relativi ai posti letto delle strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate e ai posti letto per l'attività accreditata delle case di cura private accreditate, al 1° gennaio dell'anno di riferimento.

Per ciascuna struttura ospedaliera e per ciascun tipo di disciplina (acuti, riabilitazione, lungodegenza), sono riportati, su righe distinte, i dati relativi alla dotazione di posti letto, distinti in posti letto di degenza ordinaria, degenza a pagamento, *day hospital*, *day surgery* e totali.

La disponibilità dell'informazione relativa alla "tipologia di istituto" consente di riaggregare le strutture in funzione della natura giuridica (scorporando gli equiparati dagli istituti pubblici).

Ministero della Salute, rapporto SDO (vari anni)

Dato utilizzato: dimissioni ospedaliere (ricoveri)

La distribuzione delle dimissioni per tipo istituto, tipo attività e regime di ricovero è contenuta nel Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Rapporto SDO), a cura dell'Ufficio 6 della *ex* Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute e basato sull'analisi dei contenuti del flusso nazionale della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

La disponibilità dell'informazione relativa alla "tipologia di istituto" consente di distinguere l'attività ospedaliera tra strutture di diritto pubblico e strutture di diritto privato, nonché nelle articolazioni interne a ciascuna componente (ad es. IRCSS, policlinici universitari, case di cura, ecc.)

Agenas, Programma Nazionale Esiti, PNE 2024 (dati 2023)

Dato utilizzato: dimissioni ospedaliere (ricoveri) condizione specifici

Il PNE di Agenas, oltre a misurare gli esiti dei trattamenti e degli interventi ospedalieri, misura anche i volumi di attività, soprattutto per quelle condizioni per le quali la numerosità delle prestazioni è associata agli esiti di salute.

La disponibilità dell'informazione relativa al nosologico di ciascuna struttura consente il *linkage* con la tipologia di istituto, per articolare l'offerta a seconda della natura giuridica, pubblica o privata, delle strutture.

Ministero della Salute, Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale (dati 2022)

Dato utilizzato: strutture pubbliche e strutture private per tipo di assistenza: ambulatori e laboratori x 100.000 abitanti

L'Annuario statistico del SSN contiene, relativamente all'anno 2022, le elaborazioni dei dati risultanti dai flussi informativi attivati con il D.P.C.M. 17/05/1984, rinnovati e ampliati con successivi Decreti Ministeriali.

Agenas, *database* ambulatoriale dell'Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali (dati 2023)

Dato utilizzato: prestazioni ambulatoriali in strutture di diritto pubblico e in strutture di diritto privato, per branca

Per la ricodifica per "branca" è stato utilizzato il sistema di aggregazione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale FA-RE messo a punto da Fadda e Repetto nel 2001 per la Regione Emilia-Romagna, che seguendo un criterio di affinità clinica, attribuisce in modo sistematico e univoco ogni prestazione a uno specifico raggruppamento. Questo sistema è stato adottato anche dal Ministero della Salute per la ricodifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nel Decreti Tariffe del 23 giugno 2023 e del 25 novembre 2024.

Ministero della Salute, Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (dati 2022)

Dato utilizzato: volumi Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria delle visite specialistiche, prestazioni strumentali – diagnostica per immagini – altri esami specialistici erogate in ALPI e in attività SSN.

I dati delle rilevazioni nazionali sono richiesti da Agenas alle Regioni/Province Autonome e includono i volumi annuali delle 69 prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI e in attività istituzionale. Tale richiesta nasce dall'esigenza di verificare "il previsto rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale e, rispettivamente, in libera professione intramuraria", come previsto dal PNGLA 2010-2012.

1.1.3 Limiti

Un primo limite che riguarda le fonti ufficiali disponibili per la quantificazione dell'offerta sanitaria in ambito SSN è rappresentato dalla circostanza che le strutture di diritto privato diverse dalle case di cura non sono sempre incluse nel novero delle strutture private accreditate ma, al contrario, considerate come "equiparate" alle strutture pubbliche nella misurazione di alcuni indicatori di attività.

Questo riguarda l'Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale che rappresenta i dati relativi, ad esempio, ai posti letto e alle giornate di degenza in forma aggregata e unitariamente per strutture pubbliche e policlinici universitari privati, IRCSS privati ecc. In diverse pubblicazioni questa fonte viene erroneamente assunta come riferimento per descrivere l'articolazione dell'offerta SSN, con l'esito di sovrastimare notevolmente la dotazione e la produzione pubbliche e sottostimare quelle private accreditate.

In questa trattazione il dato relativo alla dotazione viene elaborato a partire dagli *Open Data* mentre il dato relativo all'attività ospedaliera viene elaborata a partire dal Rapporto SDO.

Un secondo limite riguarda invece le fonti relative all'attività ambulatoriale. I dati di attività contenuti nell'Annuario statistico, oltre a non distinguere (e a non consentire la distinzione) tra produzione delle strutture pubbliche e produzione delle strutture private accreditate, ricomprende per le branche specialistiche di diagnostica per immagini e di laboratorio anche le prestazioni interne, ovvero erogate a pazienti ospedalizzati.

In questa trattazione il dato relativo all'attività ambulatoriale viene elaborato a partire dal database Agenas.

Un terzo limite riguarda l'attività libero-professionale esercitata all'interno delle strutture di diritto pubblico. Nella Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria del Ministero della Salute, la proporzione di visite e di attività diagnostica a pagamento erogate in regime di *intramoenia* non è rapportata all'attività istituzionale (ovvero in regime SSN) della componente pubblica del Servizio Sanitario Nazionale ma alla totalità delle prestazioni ambulatoriali considerate, comprese quelle erogate da strutture private accreditate. In questo modo non è possibile valutare la proporzione all'interno delle strutture di diritto di pubblico dell'attività ambulatoriale pubblica e dell'attività ambulatoriale privata.

1.1.4 Metodi

L'attribuzione della natura giuridica avviene secondo l'anagrafica NSIS e la classificazione degli ospedali pubblici e privati segue i seguenti criteri:

- gli ospedali della componente di diritto pubblico del SSN comprendono Aziende ospedaliere, Ospedali a gestione diretta, A.O. integrata con il SSN, A.O. integrate con l'Università, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico-Pubblici, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico-Fondazioni pubbliche;
- gli ospedali della componente di diritto privato del SSN comprendono Case di cura private accreditate, Policlinici universitari privati, Ospedali Classificati o Assimilati ai sensi dell'art.1 ultimo comma della Legge 132/1968, Istituti qualificati presidio di USL, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico-Fondazione, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico-Privati, Enti di ricerca.

1.2 Risultati

1.2.1 Cosa significa “Sanità pubblica”?

Sanità pubblica non significa sanità erogata da strutture pubbliche ma finanziamento pubblico di prestazioni di provata efficacia clinica garantite su tutto il territorio nazionale.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l’accesso universale all’erogazione equa delle prestazioni sanitarie.

I principi di universalità (quale estensione delle prestazioni sanitarie essenziali a tutta la popolazione), di solidarietà (in termini di apporto economico commisurato alla propria condizione socio-economica), di equità (quale disponibilità paritetica di prestazioni appropriate, efficaci e sicure in funzione dello stesso bisogno di salute) sono i pilastri cardine del SSN, sin dalla sua istituzione avvenuta con la Legge n. 833/1978.

La tutela della salute è considerata funzione eminentemente pubblica nel senso che è previsto che sia lo Stato, nelle sue diverse articolazioni, a dover assicurare l’accesso alle cure di provata efficacia clinica a tutti gli individui, indipendentemente dalla relativa disponibilità economica e dal luogo di residenza dell’utente.

L’universalità è garantita attraverso un’organizzazione capillare su tutto il territorio di servizi di prevenzione e cura erogati da strutture di diritto pubblico e da strutture di diritto privato accreditate con il SSN.

Entrambe le componenti concorrono all’effettività del diritto alle cure.

La solidarietà è perseguita attraverso una modalità di finanziamento che ricorre alla fiscalità generale: la sanità in Italia è sovvenzionata attraverso un meccanismo di tassazione progressiva, rispetto al quale ciascun individuo contribuisce in base alla propria capacità economico-finanziaria e indipendentemente dal proprio stato di salute.

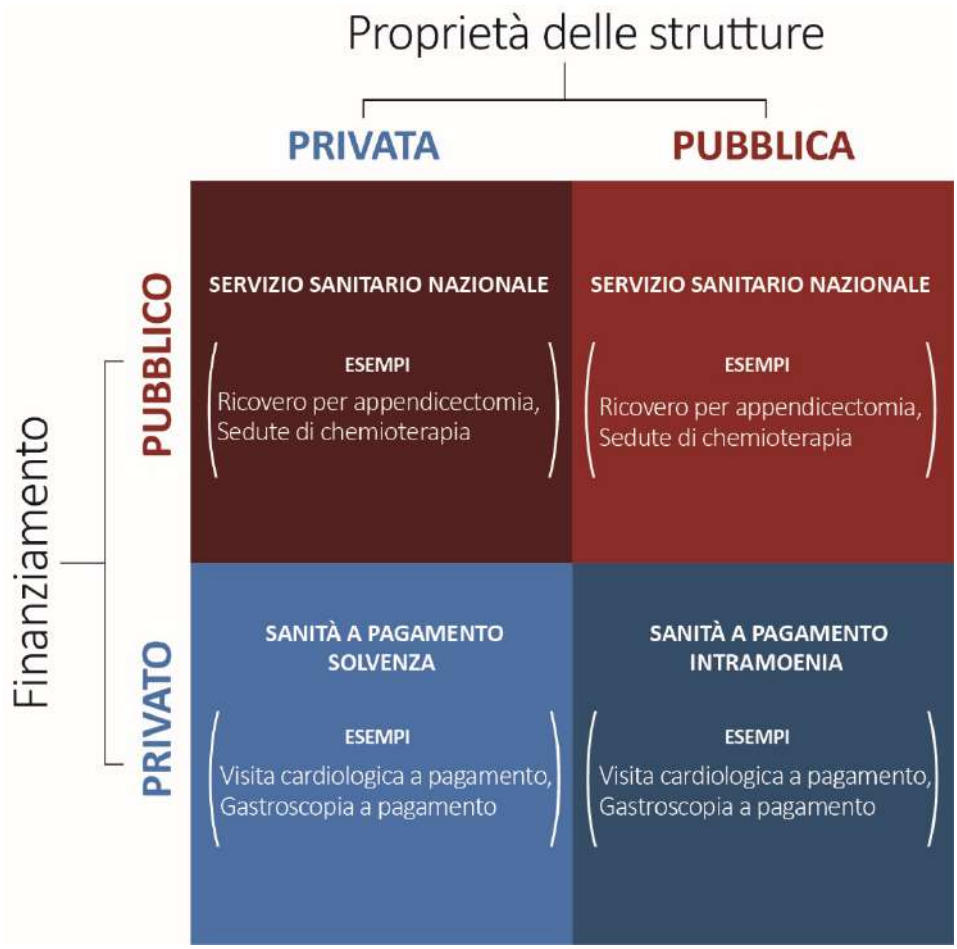
L’equità si traduce, invece, nella pari esigibilità di tutte le prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) – ovvero i trattamenti/interventi sanitari che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di compartecipazione (*ticket*) – erogate secondo *standard* qualitativi adeguati e a prescindere dal luogo di residenza del paziente.

Sanità pubblica significa che la tutela della salute, individuale e collettiva, è di competenza e responsabilità dello Stato e delle Regioni: l’uno è chiamato a determinare quei servizi essenziali che devono essere garantiti in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale (LEA) e di vigilare sulla loro effettiva erogazione; le altre a produrre e ad acquistare per nome e per conto dei cittadini-utenti le prestazioni sanitarie, sulla base dei bisogni rilevati nell’ambito territoriale di competenza e nel rispetto di criteri di qualità ed efficienza.

Le Regioni, quindi, sono soggetti regolatori, erogatori e in parte committenti presso strutture di diritto pubblico o di diritto privato, ricorrendo a queste ultime con modalità e intensità diverse in forza di previsioni normative stratificate e mutate nel tempo e della loro declinazione territoriale.

All'interno del SSN, sin dalle sue origini, si sono trovate a operare strutture di proprietà pubblica e strutture di proprietà privata, la cui coesistenza deve essere letta non solo in chiave di migliore combinazione possibile dell'offerta sanitaria ma come dato di fatto ormai imprescindibile.

Imm.1 Pubblico e Privato in sanità: matrice



Fonte: elaborazione degli autori.

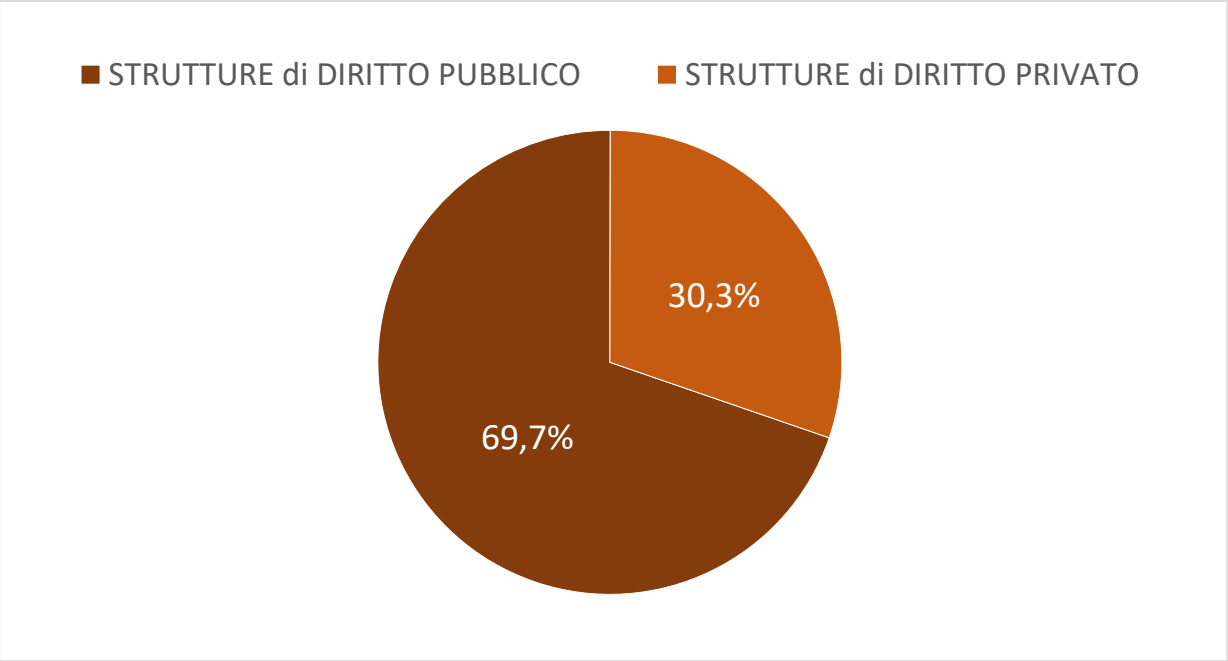
1.2.2 Il contributo del privato accreditato al Servizio Sanitario Nazionale (SSN): l'assistenza ospedaliera

Le strutture private accreditate contribuiscono alla sanità pubblica con oltre 66 mila posti letto (pari al 30% del totale) e oltre 2,1 milioni di ricoveri (pari al 28% del totale).

Il ruolo storico delle strutture di diritto privato nell'ambito della sanità pubblica è a tal punto rilevante che sarebbe impossibile immaginare il SSN in loro assenza, a meno di ripensare integralmente tutta l'impalcatura della rete di erogatori.

Se consideriamo la sola assistenza ospedaliera – alla quale si accede attraverso il ricovero e tramite indicazione del medico di medicina generale, del pediatra di libera scelta, della guardia medica o del medico di pronto soccorso – le strutture di diritto privato del SSN mettono a disposizione più del 30% dei posti letto (Fig.1), garantendo il 28% dei ricoveri nazionali (Fig.3).

Fig.1 Posti letto SSN: % posti letto di diritto pubblico *vs* % posti letto di diritto privato 2022



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Open Data 2022.

In termini di posti letto complessivi, si tratta di una proporzione stabile nel tempo, decritta dal rapporto di 7 a 3 tra la componente di diritto pubblico e quella di diritto privato del SSN (Fig.2).

Il dato in lieve aumento per la componente accreditata – dal 28,9% del 2012 al 30,3% del 2022 (Fig.2) – deve, infatti, essere letto alla luce dell'indice di occupazione dei posti letto, sensibilmente più alto nel comparto pubblico che in quello privato, a causa

del vincolo posto alle Regioni all'acquisto di prestazioni sanitarie presso le strutture private accreditate.[1]

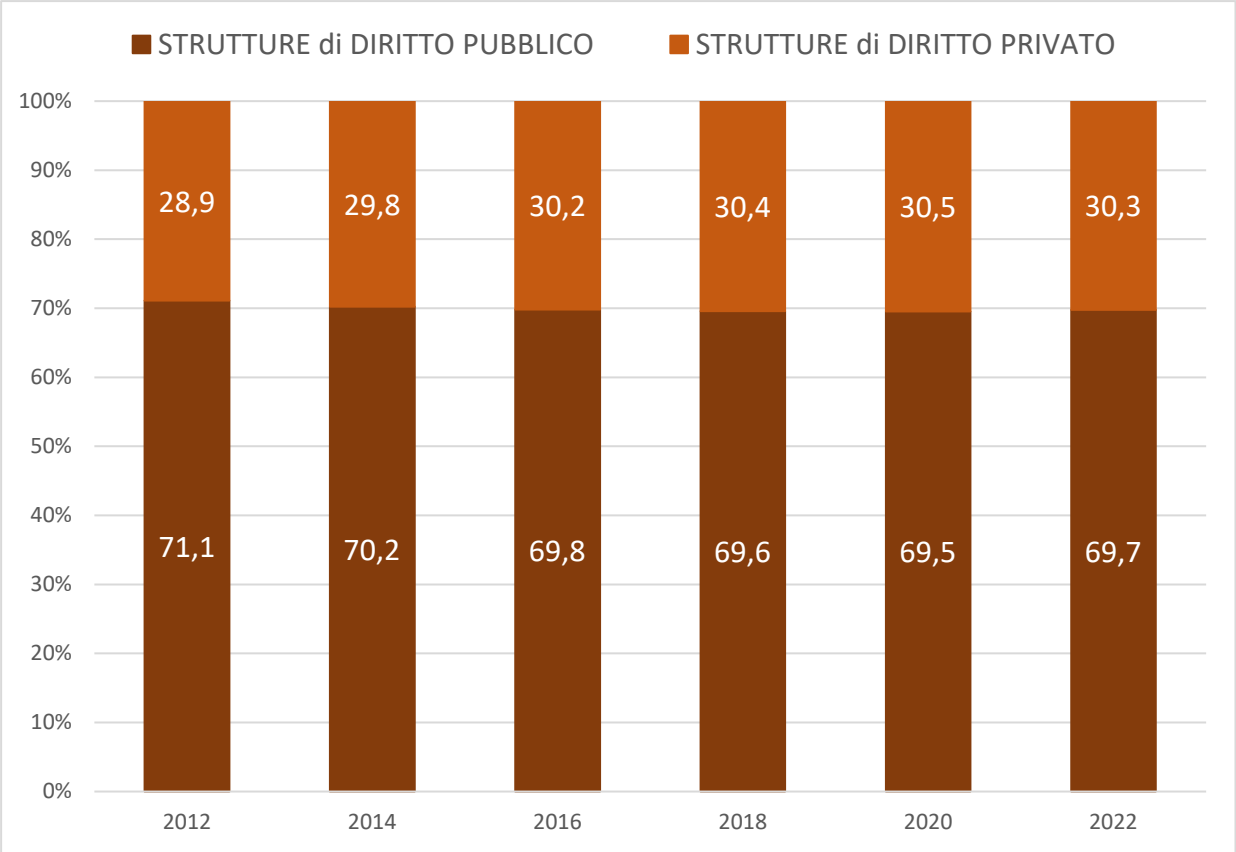
Tab.1 Posti letto SSN: posti letto accreditati per tipologia di struttura diritto privato 2022 (valori assoluti)

	Posti letto degenza ordinaria	Posti letto Day Hospital	Posti letto Day Surgery	*Totale posti letto SSN*
IRCCS	9.381	574	186	*10.141*
Policlinico universitario privato	1.828	119	50	*1.997*
Ospedale classificato o assimilato	6.218	273	338	*6.829*
Istituto qualificato presidio della U.S.L.	1.954	81	80	*2.115*
Casa di cura privata accreditata	42.069	1296	1908	*45.273*
Ente di ricerca	237	11	3	*251*
Totali	61.687	2354	2565	*66.606*

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Open Data 2022.

[1] A partire dal 2012 è stato introdotto un meccanismo di controllo della spesa pubblica che ha di fatto bloccato *sine die* la possibilità per le Regioni di superare il livello di spesa del 2011. Questa soglia massima ha limitato fortemente l'offerta di prestazioni della componente privata accreditata, la quale esaurisce il *budget* molto prima del termine dell'anno finanziario, interrompendo l'erogazione dei servizi per conto del SSN. Negli ultimi due anni tale limite massimo è stato lievemente incrementato.

Fig.2 Posti letto SSN: % posti letto di diritto pubblico *vs* % posti letto di diritto privato, 2012-2022



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Open Data 2012, 2014, 2016, 2018, 2020, 2022.

L'attività della componente accreditata (Fig.3) riflette la natura eterogenea (Tab.1) del comparto privato sia dal punto di vista dimensionale sia dal punto di vista funzionale.

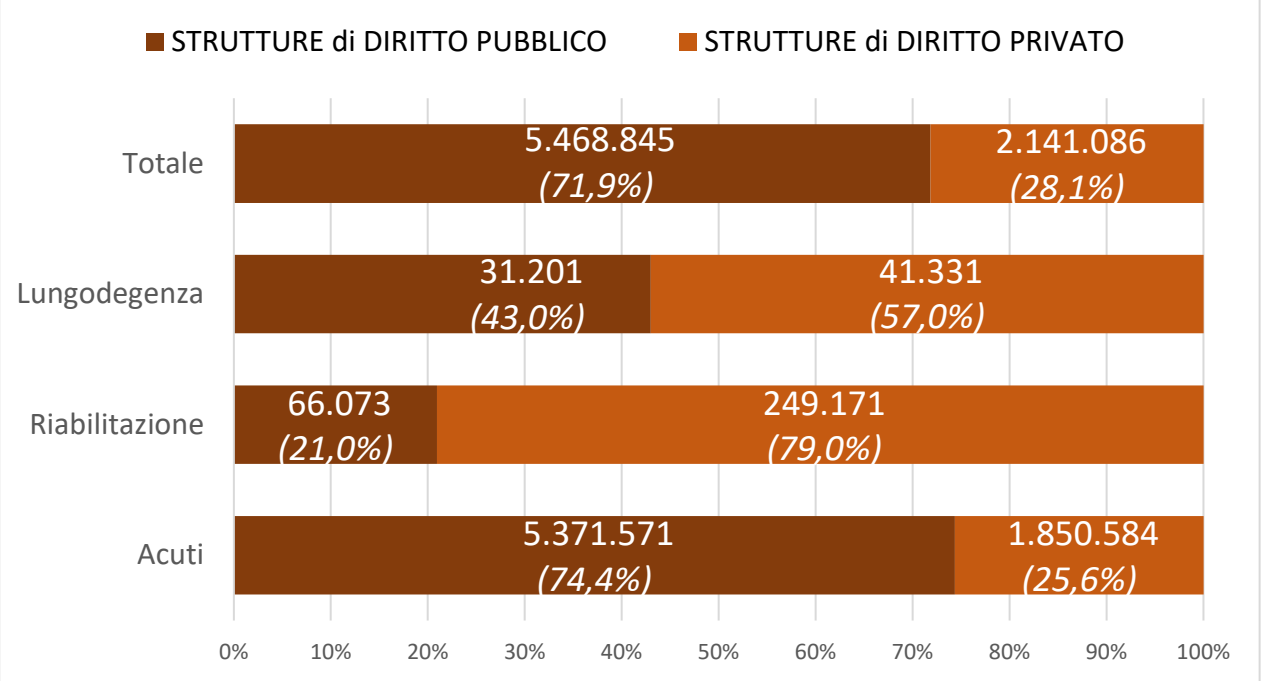
Nell'ultimo anno di valutazione (Fig.3) le strutture di diritto privato hanno garantito più di 1/4 dei ricoveri per acuti, più della metà delle ospedalizzazioni di lungodegenza e 4/5 dell'attività ospedaliera di riabilitazione specialistica post-acuzie.

Se da una parte, infatti, ci sono gli IRCCS che oltre a prestazioni di alta specialità si caratterizzano per finalità di ricerca clinica e traslazionale e i policlinici universitari, dall'altra ci sono le case di cura – denominazione generica che corrisponde a una pluralità di tipologie di strutture – che possono assumere natura anche monospecialistica.

Alcune strutture private accreditate operano nelle reti di emergenza-urgenza quando dotate, ad esempio, di un dipartimento di emergenza, di un pronto soccorso (PS), di un centro di rianimazione, di un servizio di ambulanze, altre operano essenzialmente nell'area riabilitativa.

La varietà della componente accreditata è spesso spiegata dai modelli regionali di sanità: in funzione del ruolo che si riconosce al privato, le strutture accreditate hanno diverse dotazioni e volumi di attività e assumono una configurazione più o meno articolata per aree cliniche, specialità, dipartimenti e livelli di intensità di cura.

Fig.3 Ricoveri SSN: ricoveri in strutture di diritto pubblico *vs* ricoveri in strutture di diritto privato, per tipologia, 2023 (valori assoluti e composizione percentuali)



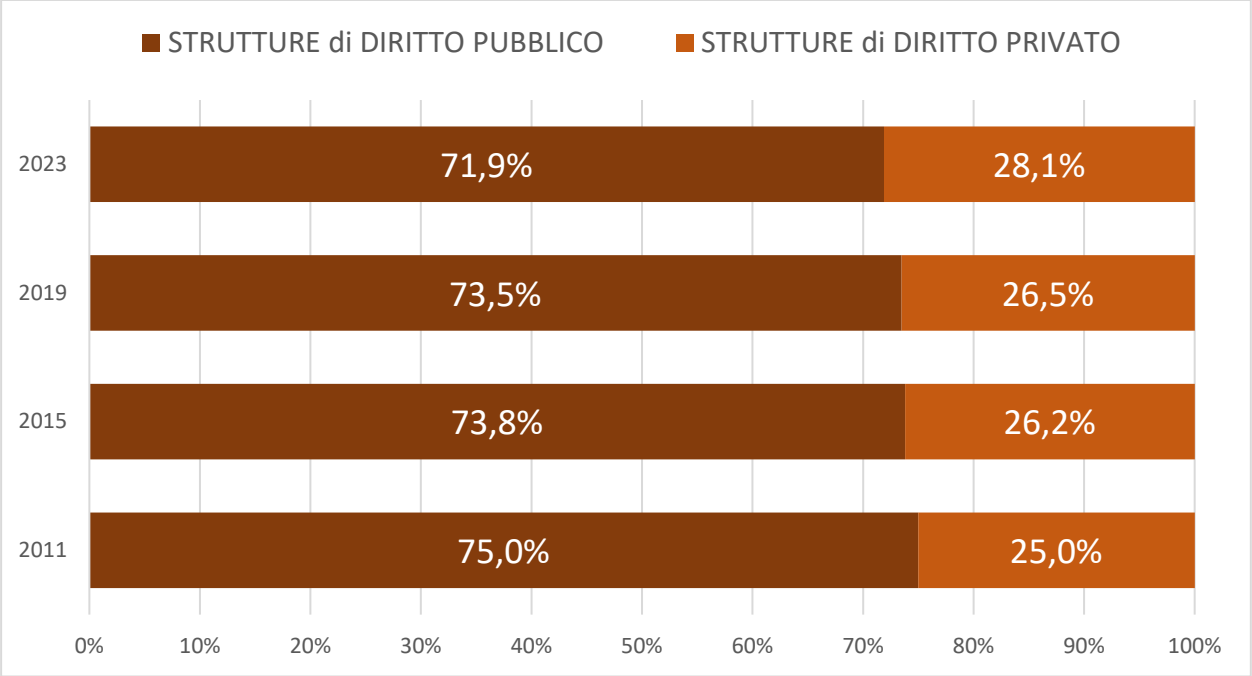
Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO 2023.

Tab.2 Ricoveri in strutture di diritto pubblico *vs* ricoveri in strutture di diritto privato, per tipologia e regime di ricovero, 2023 (valori assoluti e valori percentuali)

	STRUTTURE di DIRITTO PUBBLICO		**STRUTTURE di DIRITTO PRIVATO**		***Totale SSN***	
Acuti ordinari	*4.167.761*	*75,2%*	*1.377.133*	*24,8%*	*5.544.894*	*100%*
Acuti DH	*1.203.810*	*71,8%*	*473.451*	*28,2%*	*1.677.261*	*100%*
Totale acuti	5.371.571	74,4%	1.850.584	25,6%	7.222.155	100%
Riabilitazione ordinari	*57.465*	*19,9%*	*231.722*	*80,1%*	*289.187*	*100%*
Riabilitazione DH	*8.608*	*33,0%*	*17.449*	*67,0%*	*26.057*	*100%*
Totale riabilitazione	66.073	21,0%	249.171	79,0%	315.244	100%
Lungodegenza	31.201	43,0%	41.331	57,0%	72.532	100%
Totali	5.468.845	71,9%	2.141.086	28,1%	7.609.931	100%

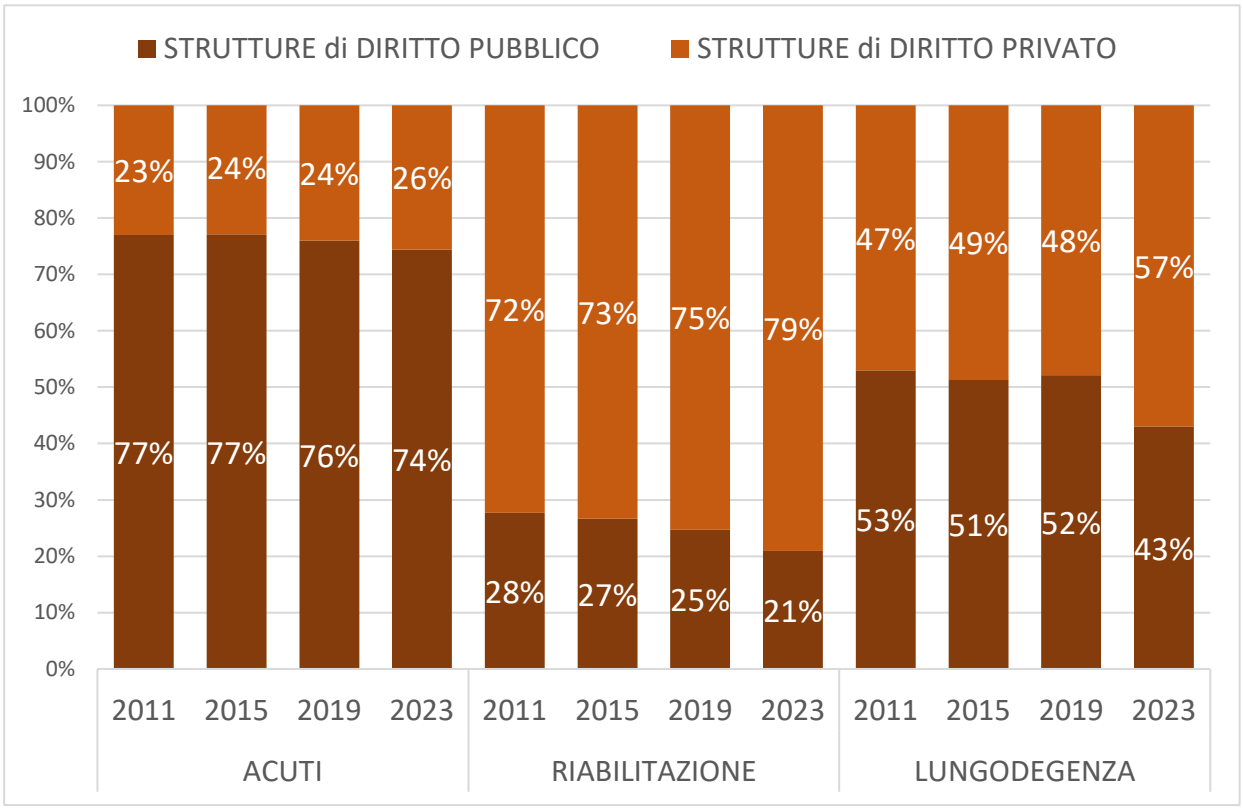
Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO 2023.

Fig.4 Ricoveri SSN: ricoveri in strutture di diritto pubblico *vs* ricoveri in strutture di diritto privato, 2011, 2015, 2019, 2023 (composizione percentuale)



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO vari anni.

Fig.5 Ricoveri SSN: ricoveri in strutture di diritto pubblico *vs* ricoveri in strutture di diritto privato, per tipologia 2011, 2015, 2019, 2023 (composizione percentuale)



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO vari anni.

Considerando gli andamenti temporali, il contributo delle strutture ospedaliere accreditate registra negli anni post pandemici un complessivo incremento rispetto al periodo pre-Covid (Fig.4). Il dato si spiega con una maggiore flessibilità e resilienza delle strutture di diritto privato e, in parte, con le risorse aggiuntive stanziate dai Governi per il recupero delle prestazioni non erogate o ritardate durante la crisi pandemica, recupero al quale ha contribuito essenzialmente la componente privata del SSN.

L'incremento osservato rispetto al periodo pre-pandemico si conferma in tutte le tipologie di ricovero: acuti, riabilitazione e lungodegenza (Fig.5).

Non si tratta, tuttavia, di un *trend* in continua crescita dal momento che nell'ultimo anno di misurazione, la percentuale di ricoveri avvenuti nelle strutture accreditate (28,1%) è minore rispetto al 2022 (28,3%) e al 2021 (28,6%).

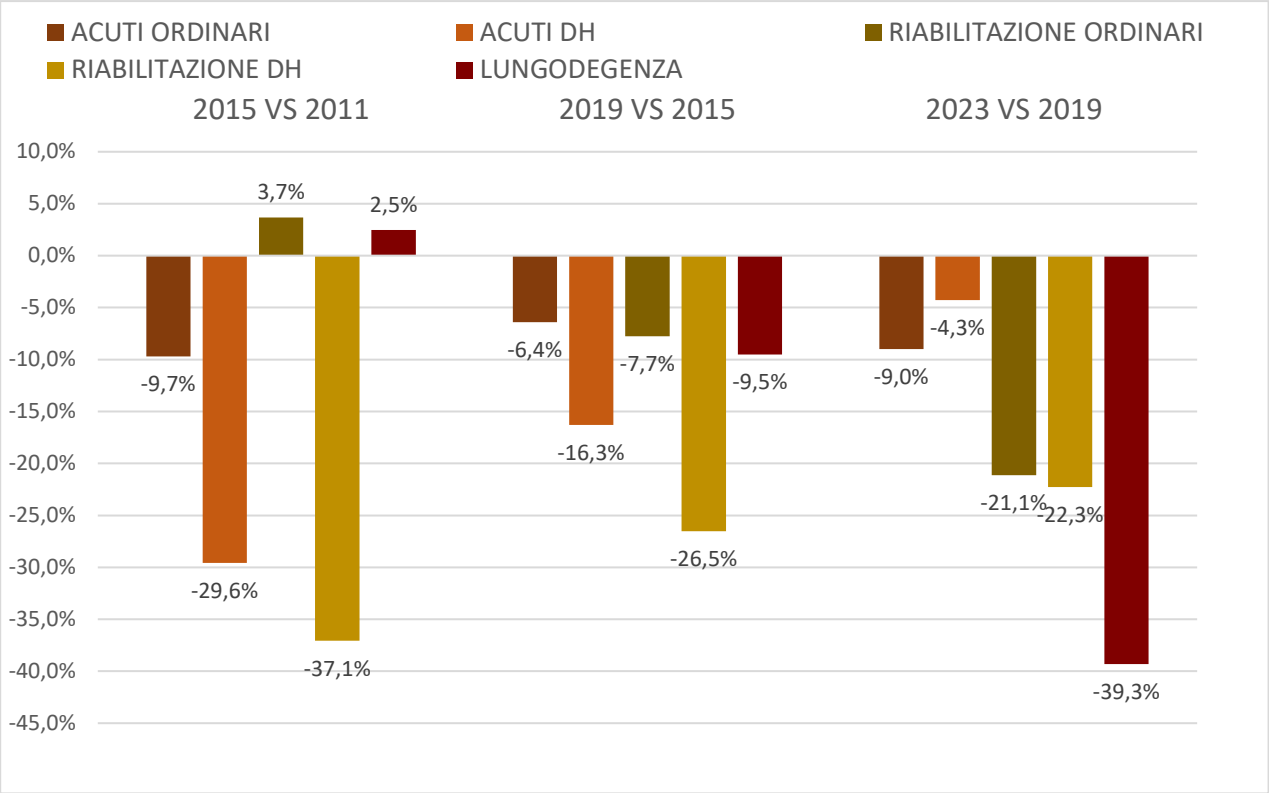
Si tratta di un incremento che non è assoluto ma esclusivamente relativo: in realtà i ricoveri sono diminuiti nel tempo in entrambe le componenti del SSN, a seguito del processo di deospedalizzazione che ha portato i tassi dal 213‰ del 2005 al 128‰ del 2023, al fine di privilegiare l'adozione di *asset* assistenziali più appropriati (Figg. 6 e 7).

Tale processo coinvolge la componente di diritto pubblico più della componente di diritto privato, per via di condizioni di partenza differenti, probabilmente per la propensione delle strutture di diritto privato all'adozione di modalità organizzative più snelle.

Scendendo a un livello maggiore di dettaglio e valutando i volumi di attività misurati da Agenas nel Programma Nazionale Esiti, è possibile verificare il contributo fornito dalle due componenti all'offerta di servizi ospedalieri.

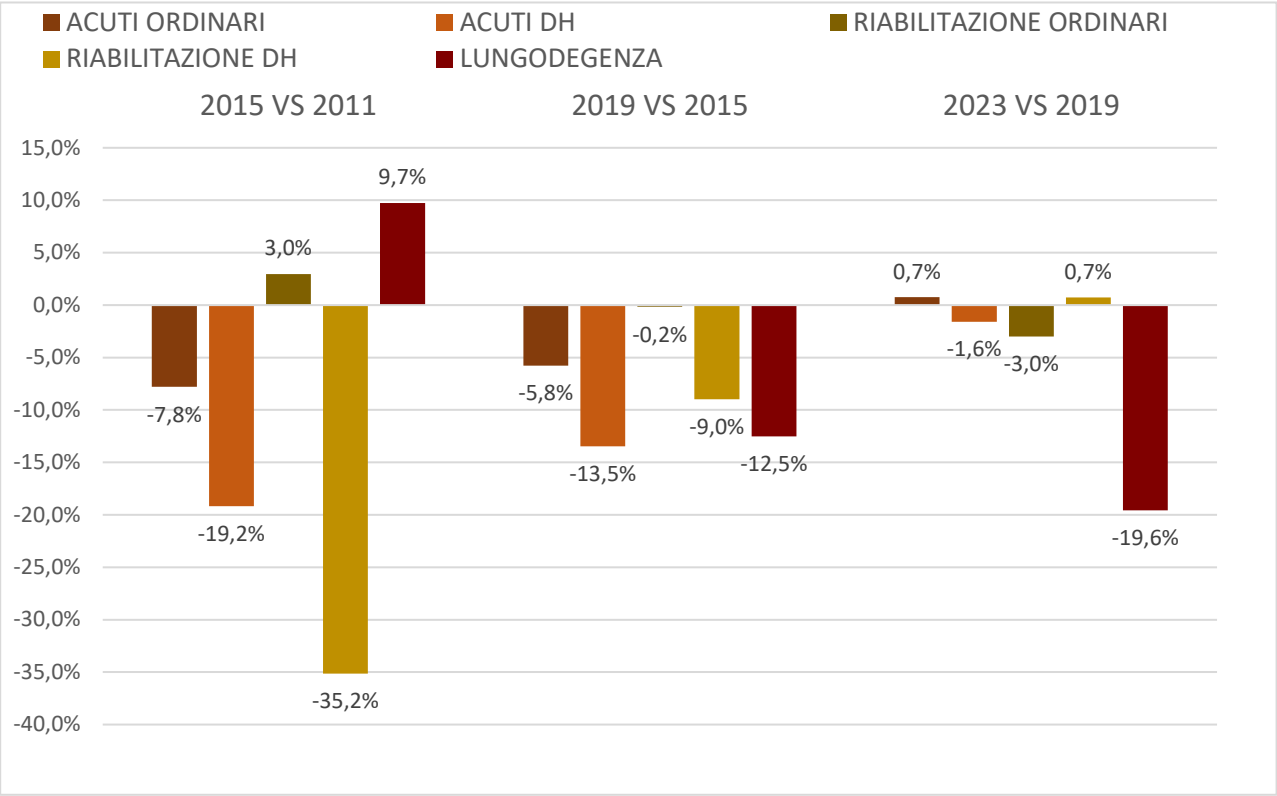
Il volume di ricoveri programmati avvenuti in strutture accreditate è quantitativamente significativo non solo in cardiochirurgia e in ortopedia ma anche in chirurgia oncologica: a seconda della sede della neoplasia, le strutture accreditate effettuano dal 21,3% al 38,8% degli interventi chirurgici totali per tumore maligno (Tab.3).

Fig.6 Ricoveri SSN: ricoveri in strutture di diritto pubblico, per tipologia e regime (variazioni percentuali)



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO vari anni.

Fig.7 Ricoveri SSN: ricoveri in strutture di diritto privato, per tipologia e regime (variazioni percentuali)



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO vari anni.

Tab.3 Ricoveri condizione-specifici SSN: ricoveri in strutture di diritto pubblico *vs* ricoveri in strutture di diritto privato, 2023 (valori assoluti e valori percentuali)

Ricoveri per	Strutture di diritto pubblico		Strutture di diritto privato		Totale SSN
	V. Ass.	%	V. Ass.	%	V. Ass.
Infarto miocardico acuto	91.996	86,0	14.947	14,0	106.943
Bypass aorto-coronarico isolato	7.904	61,5	4.952	38,5	12.856
Valvuloplastiche o sostituzione di valvole	22.690	56,4	17.564	43,6	40.254
Angioplastica in IMA-STEMI	29.401	86,9	4.419	13,1	33.820
Rivascolarizzazione degli arti inferiori	23.516	70,8	9.707	29,2	33.223
Interventi cardiochirurgici in età pediatrica	1.638	65,1	877	34,9	2.515
Scompenso cardiaco congestizio	92.700	74,6	31.605	25,4	124.305
Embolia polmonare	33.416	86,4	5.277	13,6	38.693
Ictus ischemico	66.405	88,6	8.561	11,4	74.966
Aneurisma non rotto dell'aorta addominale	6.966	78,0	1.960	22,0	8.926
Emorragia subaracnoidea	7.035	86,2	1.130	13,8	8.165
BPCO	65.282	79,6	16.773	20,4	82.055
Colecistectomia laparoscopica	70.717	70,0	30.370	30,0	101.087
Intervento chirurgico per TM della mammella	49.909	75,4	16.268	24,6	66.177
Intervento chirurgico per TM del pancreas	2.169	71,2	879	28,8	3.048
Intervento chirurgico per TM stomaco	3.589	76,1	1.128	23,9	4.717
Intervento chirurgico per TM colon	20.494	78,7	5.551	21,3	26.045
Intervento chirurgico per TM fegato	4.907	77,3	1.441	22,7	6.348
Intervento chirurgico per TM del polmone	10.950	76,7	3.322	23,3	14.272
Intervento chirurgico per TM esofago	541	61,2	343	38,8	884
Intervento chirurgico per TM ovaio	2.900	68,8	1.313	31,2	4.213
Intervento chirurgico per TM prostata	15.686	67,2	7.645	32,8	23.331
Intervento chirurgico per TM retto	3.948	71,4	1.583	28,6	5.531
Intervento chirurgico per TM rene	10.476	77,6	3.016	22,4	13.492
Intervento chirurgico per TM vescica	3.858	77,6	1.114	22,4	4.972
Intervento chirurgico per tumore cerebrale	11.029	80,5	2.667	19,5	13.696
Parto	312.137	81,8	69.334	18,2	381.471
Protesi ginocchio	25.082	23,3	82.401	76,7	107.483
Protesi anca	63.553	48,8	66.560	51,2	130.113
Protesi spalla	5.404	37,5	9.024	62,5	14.428
Frattura tibia e perone	14.783	85,7	2.463	14,3	17.246
Frattura del collo del femore	87.990	86,7	13.478	13,3	101.468

Fonte: elaborazione su dati Agenas, Programma Nazionale Esiti 2024.

1.2.3 Il contributo del privato accreditato al Servizio Sanitario Nazionale (SSN): l'assistenza ambulatoriale

Le strutture private accreditate contribuiscono alla Sanità pubblica con oltre 291 milioni di prestazioni ambulatoriali (pari al 36% del totale).

L'assistenza ambulatoriale è costituita dall'insieme delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate da medici specialisti negli ambulatori e nei laboratori territoriali o ospedalieri (al di fuori del regime di ricovero), pubblici o privati accreditati.

I servizi ambulatoriali si articolano, da una parte, in attività di diagnostica strumentale (RX, TAC, RM, ecc.) e in esami di laboratorio (chimica clinica, istologia patologica, ecc.), dall'altra in visite specialistiche, terapie (radioterapia, chirurgia minore, ecc.) e prestazioni riabilitative (rieducazione motoria, cardiorespiratoria, ecc.).

Le strutture accreditate sono più diffuse di quelle di natura giuridica pubblica: nel 2022 si registrano circa 6,3 ambulatori e laboratori di proprietà pubblica contro i 9,1 di proprietà privata, ogni 100 mila abitanti (Fig.8).

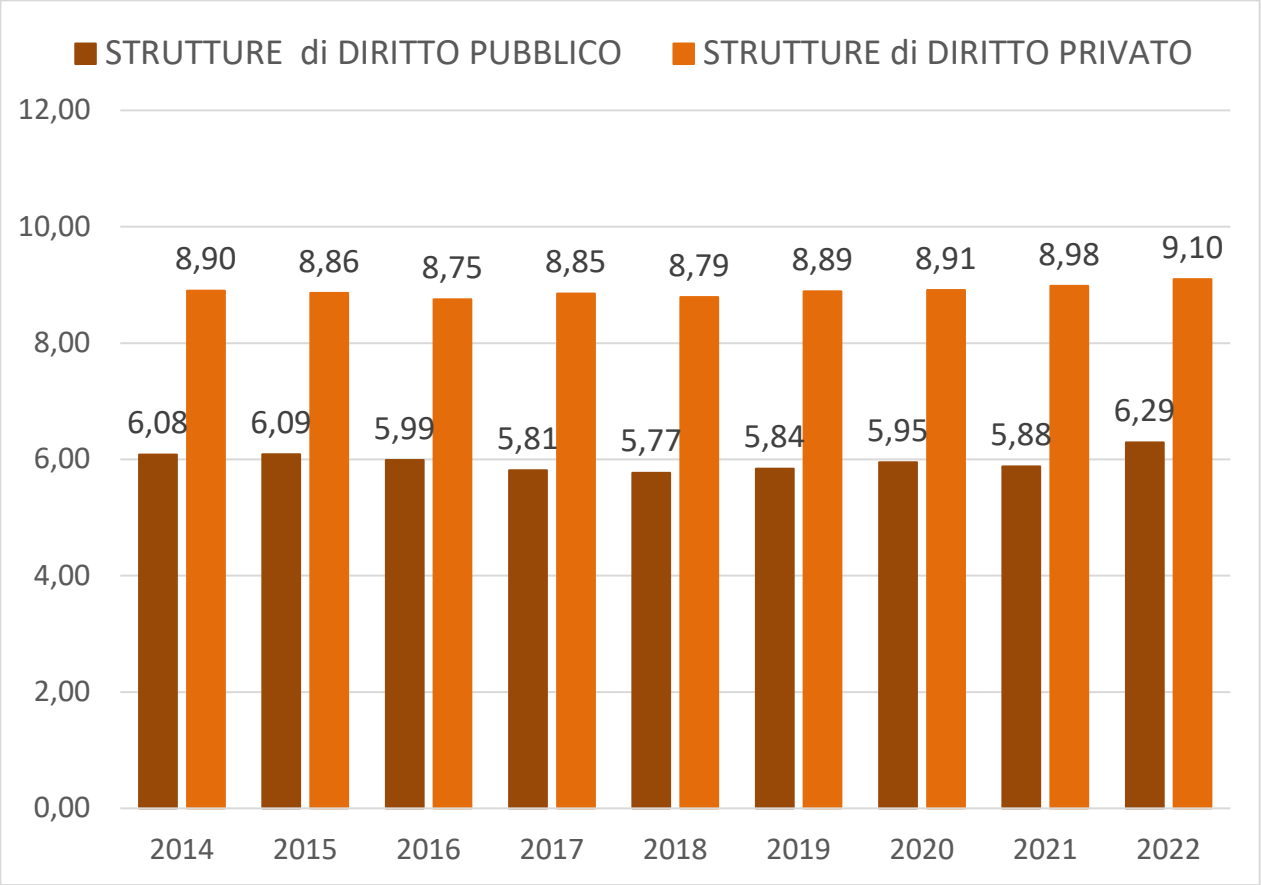
Rispetto al 2014 aumenta la presenza sul territorio di entrambe le componenti, anche se l'incremento maggiore si registra nel comparto pubblico (+3,5% vs +2,3%).

È tuttavia fondamentale considerare che tra i centri accreditati ci sono numerosi ambulatori di piccole dimensioni, che, nel confronto con quelli ospedalieri, sono singolarmente in grado di rispondere a una domanda relativamente più bassa di prestazioni.

Nel complesso le strutture accreditate erogano più di una prestazione ambulatoriale su tre del Servizio Sanitario Nazionale (Tab.4): considerando le branche principali, il privato accreditato copre il 17% delle visite specialistiche, il 36% dell'attività di laboratorio, il 42% della diagnostica, il 31% dell'attività terapeutica e il 68% della riabilitazione (Fig.9).

L'impossibilità per gli anni antecedenti al 2022 di distinguere la natura giuridica del provider per le prestazioni ambulatoriali, non consente di valutare gli andamenti temporali della proporzione di prestazioni erogate dalla componente di diritto pubblico e dalla componente di diritto privato del SSN.

Fig.8 Attività ambulatoriale SSN: ambulatori di diritto pubblico *vs* ambulatori di diritto privato per 100 mila abitanti, 2022



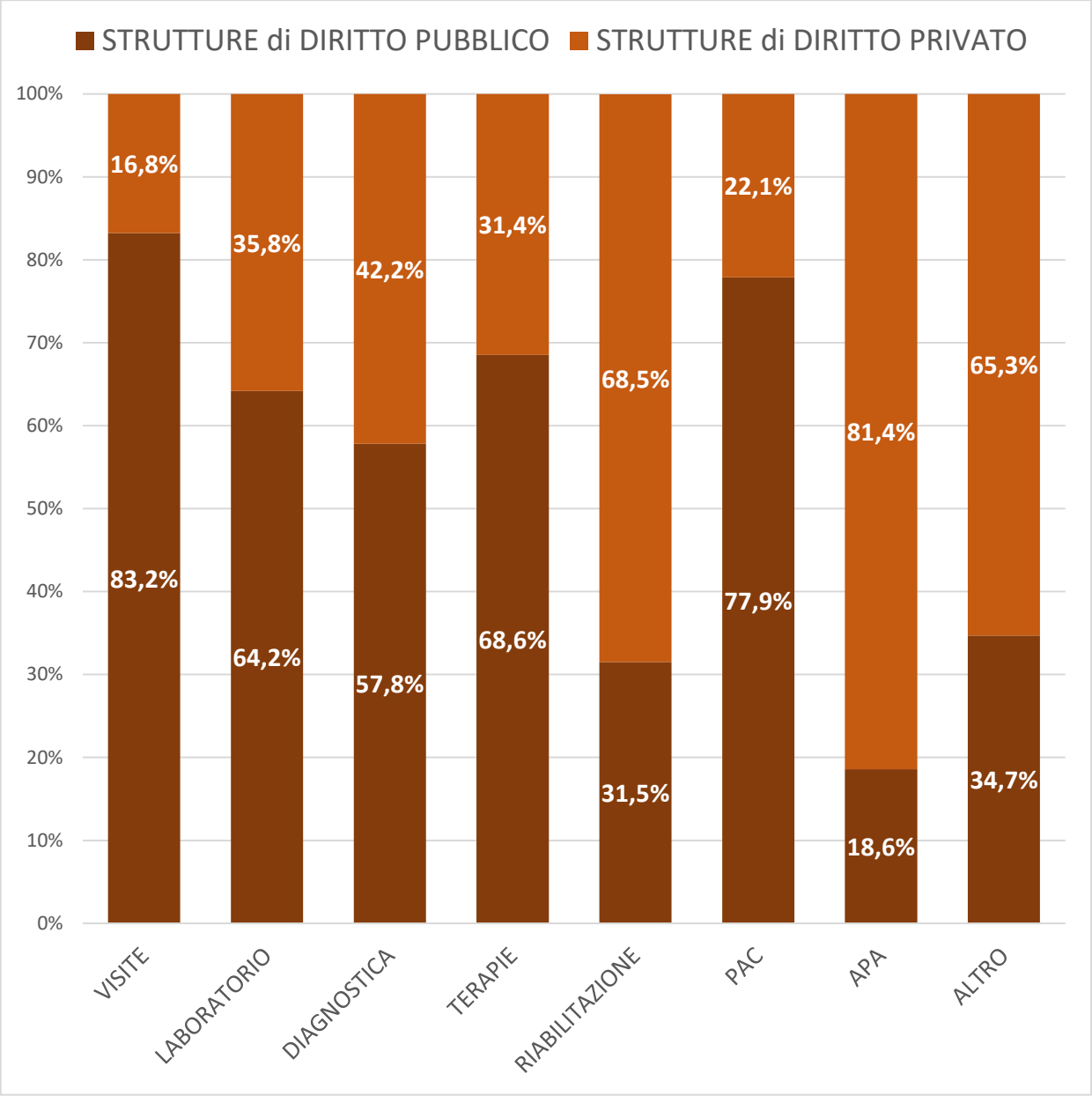
Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuario Statistico 2022.

Tab.4 Attività ambulatoriale SSN: prestazioni in strutture di diritto pubblico *vs* strutture di diritto privato, per branca, 2023

	STRUTTURE di DIRITTO PUBBLICO		STRUTTURE di DIRITTO PRIVATO		N.C.	*Totale SSN*
VISITE	47.548.012	***83,2%***	9.574.337	***16,8%***	3.505	*57.125.854*
LABORATORIO	390.797.259	***64,1%***	218.074.216	***35,8%***	340.579	*609.212.054*
DIAGNOSTICA	37.985.790	***57,8%***	27.679.814	***42,2%***	4.091	*65.669.695*
TERAPIE	25.401.050	***68,6%***	11.646.774	***31,4%***	4.607	*37.052.431*
RIABILITAZIONE	11.053.633	***31,5%***	24.022.662	***68,5%***	12.834	*35.089.129*
PAC	663.801	***77,9%***	188.559	***22,1%***	11	*852.371*
APA	503	***18,6%***	2.202	***81,4%***	-	*2.705*
ALTRO	858	***34,7%***	1.615	***65,3%***	-	*2.473*
Totale	*513.450.048*		*291.188.564*		*365.627*	*805.004.239*
	63,8%		***36,2%***		***0,0%***	***100%***

Fonte: elaborazione su dati Agenas 2023.

Fig.9 Attività ambulatoriale SSN: prestazioni in strutture di diritto pubblico *vs* strutture di diritto privato, per branca, 2023



Fonte: elaborazione su dati Agenas 2023.
Note:
PAC: il *Day Service* ambulatoriale o Pacchetto Ambulatoriale Complesso (PAC) è un modello di assistenza specialistica ambulatoriale usato per gestire casi clinici complessi attraverso l'erogazione di visite, esami strumentali e prestazioni terapeutiche, che coinvolgono più professionisti.
APA: gli Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA) sono composti generalmente da una prestazione principale chirurgica e da un insieme di prestazioni accessorie quali visite ed esami *pre* e *post* intervento.

1.2.4 Il contributo delle strutture pubbliche alla sanità a pagamento: le visite e la diagnostica

Ogni tre visite ginecologiche fornite dal SSN, c'è una visita a pagamento erogata da strutture pubbliche; ogni cinque visite gastroenterologiche fornite dal SSN, c'è una visita a pagamento erogata da strutture pubbliche.

Tab.5 Attività a pagamento delle strutture di diritto pubblico: quota di visite a pagamento sul totale delle visite SSN, 2022

	2019			2022		
Prestazione	a pagamento	SSN	% a pagamento	a pagamento	SSN	% a pagamento
Visita cardiologica	561.097	3.469.245	16%	592.617	3.416.190	17%
Visita chirurgia vascolare	59.456	365.149	16%	64.722	349.515	19%
Visita endocrinologica	145.398	2.681.618	5%	176.199	3.166.435	6%
Visita neurologica	276.786	1.894.843	15%	312.591	2.031.089	15%
Visita oculistica	350.289	4.567.742	8%	357.376	3.876.746	9%
Visita ortopedica	458.245	3.764.000	12%	471.453	3.929.838	12%
Visita ginecologica	501.267	1.724.646	29%	483.011	1.523.880	32%
Visita otorinolaringoiatrica	268.214	2.651.886	10%	283.645	2.405.383	12%
Visita urologica	311.448	1.507.021	21%	320.569	1.508.167	21%
Visita dermatologica	204.419	3.255.789	6%	234.777	2.939.114	8%
Visita fisiatrica	76.540	2.005.477	4%	86.462	2.016.763	4%
Visita gastroenterologica	179.426	774.990	23%	180.879	863.745	21%
Visita oncologica	71.630	2.021.043	4%	64.321	2.334.755	3%
Visita pneumologica	121.225	1.231.275	10%	121.882	1.270.605	10%

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, 2022.

Così come la Sanità pubblica è garantita da strutture di diritto pubblico e da strutture di diritto privato, anche la Sanità privata è offerta da strutture di diritto pubblico e da strutture di diritto privato.

L'*intramoenia* è la libera professione esercitata dai medici degli ospedali pubblici, al di fuori degli orari di servizio regolari, utilizzando le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale di appartenenza ed erogando prestazioni dietro pagamento di una tariffa specifica da parte del paziente.

I dati disponibili a livello nazionale non consentono, come sarebbe invece utile, di comparare e quindi di quantificare l'attività privata delle strutture pubbliche rispetto all'attività pubblica delle stesse. È esclusivamente possibile valutare la quota di attività erogata in regime di *intramoenia* rispetto all'attività complessiva SSN. Infatti, il Rapporto ALPI confronta, per ciascuna prestazione ambulatoriale considerata,

l'attività privata delle strutture di diritto pubblico con i volumi erogati anche da tutta la componente privata accreditata.

In considerazione di ciò, soprattutto per le visite specialistiche (Tab.5) l'attività a pagamento delle strutture pubbliche rappresenta un volume significativo nel raffronto con il totale di visite erogate in ambito SSN: ad esempio su 10 visite gastroenterologiche 8 sono erogate nella cornice del Servizio Sanitario Nazionale (sia da strutture di diritto pubblico sia da strutture di diritto privato) e 2 vengono pagate dai cittadini di tasca propria all'interno di strutture di diritto pubblico.

Se infatti si guarda ai rapporti percentuali delle prestazioni erogate in ALPI sulle prestazioni erogate in ambito SSN in ogni singola struttura emerge che in alcune Aziende il rapporto ALPI/istituzionale di alcune prestazioni supera il 100%[2].

[2] Ministero della Salute, Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria 2022.

Tab.6 Attività a pagamento strutture di diritto pubblico: quota di attività diagnostica a pagamento sul totale SSN, 2022

	2019			2022		
Prestazione	a pagamento	SSN	% a pagamento	a pagamento	SSN	% a pagamento
Mammografia bilaterale	71.185	2.095.331	3%	61.942	2.299.948	3%
Mammografia monolaterale	2.729	128.569	2%	1.627	149.075	1%
TC	41.877	3.055.800	1%	33.858	3.544.253	1%
RM	37.996	1.707.334	2%	38.815	2.078.423	2%
Diagnostica ecografica del capo e del collo	49.625	1.274.195	4%	47.143	1.303.164	4%
Eco (color) dopplergrafia cardiaca	57.647	1.163.278	5%	89.701	1.310.122	7%
Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	31.188	1.385.245	2%	33.566	1.525.167	2%
Ecografia addome superiore	26.760	754.810	4%	18.789	561.988	3%
Ecografia addome inferiore	19.524	359.431	5%	14.967	258.312	6%
Ecografia addome completo	81.616	1.932.731	4%	84.468	2.321.888	4%
Ecografia bilaterale della mammella	82.097	1.233.297	7%	81.909	1.370.475	6%
Ecografia monolaterale della mammella	11.195	235.352	5%	1.323	92.976	1%
Ecografia ostetrica	49.092	744.738	7%	58.513	676.090	9%
Ecografia ginecologica	60.702	139.288	44%	57.474	159.044	36%
Ecocolor doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	37.130	1.146.712	3%	39.169	1.241.745	3%
Colonscopia totale con endoscopio flessibile	32.026	547.352	6%	44.319	554.942	8%
Polipectomia intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	3.979	148.560	3%	2.845	109.203	3%
Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	1.226	36.067	3%	991	27.517	4%
Esofagogastroduodenoscopia	21.724	320.474	7%	26.156	302.458	9%
Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	10.835	285.347	4%	17.095	318.250	5%
Elettrocardiogramma	349.199	4.386.680	8%	357.526	4.016.722	9%
Elettrocardiogramma dinamico (holter)	9.479	661.639	1%	8.444	688.254	1%
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	7.592	249.875	3%	7.855	244.816	3%
Altri test cardiovascolari da sforzo	2.861	43.376	7%	966	46.219	2%
Esame audiometrico tonale	14.395	747.337	2%	26.264	721.681	4%
Spirometria semplice	40.514	694.831	6%	17.335	445.841	4%
Spirometria globale	7.520	453.197	2%	7.439	376.068	2%
Fotografia del fundus	845	82.252	1%	1.072	86.755	1%
Elettromiografia	17.347	1.064.455	2%	22.736	1.219.326	2%

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria 2022.

1.3 Conclusioni

Dall'analisi delle fonti ufficiali, il Servizio Sanitario Nazionale si palesa come sistema strutturalmente misto.

Nell'ambito della tutela pubblica – universale, solidale ed equa – 66 mila posti letto (pari al 30% del totale) e oltre 2,1 milioni di ricoveri (pari al 28% del totale) sono garantiti da strutture ospedaliere di proprietà privata.

Per quanto riguarda l'assistenza ambulatoriale, le strutture di diritto privato, anche se mediamente più ridotte di dimensione e capacità produttiva, sono più diffuse sul territorio nazionale di quelle di natura giuridica pubblica ed erogano il 36% dell'attività diagnostica e clinica.

In modo speculare si osserva il contributo delle strutture di diritto pubblico alla sanità a pagamento, con aziende pubbliche dove la proporzione di prestazioni private in regime di *intramoenia* e la quota relativa alle prestazioni in regime di SSN equivalgono.

Non solo quindi la rete di offerta SSN è duale in termini di natura giuridica delle strutture, ma l'ibridazione del sistema sanitario italiano è tale da coinvolgere a pieno titolo le strutture di proprietà pubblica nell'offerta sanitaria privata.

La natura mista del SSN è inoltre un dato di sistema, che definisce storicamente la sanità pubblica italiana, alla stregua di altri sistemi gemelli europei.

Tuttavia, nonostante l'indisponibilità di informazioni necessarie a definire il trend del contributo relativo delle due componenti per l'assistenza ambulatoriale e a fronte di una proporzione progressivamente maggiore di ricoveri effettuati dalle strutture di diritto privato rispetto alle strutture di diritto pubblico, la percentuale di spesa pubblica (spesa SSN) destinata a finanziare le prestazioni erogate dalle strutture private accreditate è rimasta – come vedremo nel paragrafo 2.2.3.1 – sostanzialmente invariata.

Più precisamente, la quota di spesa pubblica a copertura delle prestazioni erogate in ambito SSN da strutture di diritto privato è passata dal 21,3% del 2011 al 20,1% del 2024, mentre la quota a copertura di prestazioni erogate da strutture di diritto pubblico è passata 57,8% del 2011 al 62,4% del 2024.

In conclusione, non si registra nel tempo alcuno *shifting* di risorse pubbliche dalla componente pubblica del SSN a quella privata.

2 La spesa per beni e servizi sanitari: il finanziamento da sempre ibrido del sistema salute

Alice Basiglini, Angelo Cassoni, Gabriele Pelissero

2.1 Fonti, materiali e metodi

2.1.1 Obiettivi

L'obiettivo principale di questa parte dello studio è quello di valutare l'andamento temporale della spesa sanitaria privata in Italia e, in particolare, di verificare se e in che misura si stia verificando un incremento delle risorse che le famiglie destinano alla Sanità.

Obiettivi specifici dell'analisi sono:

- descrivere i comportamenti di spesa dei cittadini-utenti rispetto a prestazioni e beni medico-sanitari, considerando in particolare l'ipotesi di un effetto compensazione della spesa privata rispetto alle dinamiche della spesa pubblica e quindi l'esistenza di una relazione inversa tra le due;
- valutare, quindi, il peso relativo assunto dalla spesa privata sia nell'ambito delle scelte di consumo delle famiglie (la sanità ha aumentato nel tempo la sua rilevanza nel paniere di beni e servizi?), sia rispetto alla disponibilità economica degli individui e alla dinamica dei prezzi al consumo;
- identificare eventuali componenti di spesa sanitaria che possano nel tempo aver registrato uno *shifting* dalla tutela pubblica alla sanità a pagamento.

Obiettivo secondario è quello di verificare l'esistenza di un incremento nel tempo delle risorse destinate alla componente accreditata del Servizio Sanitario Nazionale, in considerazione del diffuso *misunderstanding* nei media e nell'opinione pubblica sull'accezione di privato in sanità.

2.1.2 Fonti

Istat, Sistema dei Conti della Sanità (*the System of Health Accounts* - SHA), edizione maggio 2024

Spesa pubblica: 130,291* miliardi
Spesa privata: 45,862* miliardi
(**Popolazione allo Studio**: residenti - spese effettuate dalle famiglie italiane anche all'estero
Tipologia di spesa considerata: spesa diretta e spesa intermediata)

Classificazione: classificazione internazionale per i Conti della Sanità **(ICHA)**

- Funzioni di assistenza sanitaria (ICHA-HC)
- Regimi di finanziamento dell'assistenza sanitaria (ICHA-HF)
- Erogatori di assistenza sanitaria (ICHA-HP)

Stime elaborate sulla base di fonti Istat, Ministero della Salute, Banca d'Italia, Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS); Agenzia delle Entrate; Studi di Settore (SDS); Indici Sintetici di Affidabilità Fiscale (ISA); Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa).

Fonti Istat:

- Spesa per i consumi finali delle Amministrazioni pubbliche, secondo la classificazione COFOG (*Classification of the Functions of Government*), divisione 07 "Sanità", escluso gruppo 07.5 (Ricerca e Sviluppo in materia di sanità), come previsto dalla metodologia SHA;
- Consumi delle famiglie in sanità secondo la classificazione COICOP (*Classification of Individual Consumption by Purpose*);
- Indagine sulle spese delle famiglie;
- ecc.

*Stime utilizzate da OCSE, "*Health expenditure and financing*" per l'analisi della spesa sanitaria italiana.

Ministero dell'Economia e delle Finanze, Il Monitoraggio della Spesa Sanitaria**,** edizione dicembre 2024

a) Spesa pubblica di CN: 131,489 miliardi
b) Spesa pubblica di CE: 132,895 miliardi
c) Spesa privata: 43,1 miliardi
d) *Ticket*: 3,190 miliardi

(**Popolazione allo Studio**: famiglie residenti e non residenti - spese effettuate da chiunque sul territorio economico
Tipologia di spesa considerata: spesa diretta e spesa intermediata)

Fonti:

a) Stime di Istat, Conti nazionali – Conti della protezione sociale – Conti economici consolidati, edizione aprile 2024
b) Conto economico degli enti sanitari (al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni)

c) Spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS (Tessera Sanitaria) per la dichiarazione dei redditi precompilata
d) Vedasi c)

N.B. il sistema TS è un sistema in evoluzione nel tempo e in continuo perfezionamento. Si basa sulla trasmissione da parte dei soggetti erogatori di prestazioni sanitarie dei dati di spesa effettuata dai cittadini (ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi da parte dell'Agenzia delle Entrate). Ne consegue che l'ampliamento progressivo delle categorie di erogatori tenuti alla trasmissione (ad es. gli infermieri pediatrici sono stati inclusi solo a partire dal 2023) e l'allargamento graduale delle relative popolazioni (la copertura delle singole categorie è ancora lontana dall'essere piena) non consentono il confronto temporale tra le stime annuali.

Istat, Conti nazionali - Conti e aggregati economici delle pubbliche amministrazioni: uscite annuali per sottosettore, Spesa per consumi per funzione, edizione aprile 2024

Spesa pubblica: 131,425 miliardi

Classificazione: *Classification of Function Of Government*, COFOG 2 E 3 CIFRE

La COFOG è una classificazione adottata a livello internazionale da OCSE, FMI ed Eurostat.
È articolata in tre livelli di analisi: il primo livello è costituito da dieci divisioni, ciascuna delle quali è suddivisa in gruppi, a loro volta ripartiti in classi. Le divisioni possono essere considerate come le finalità della spesa pubblica, mentre i gruppi e le classi rappresentano gli interventi attraverso cui si conseguono tali finalità. Le prime sei divisioni riguardano interventi e servizi di tipo collettivo (Servizi generali delle pubbliche amministrazioni, Difesa, Ordine pubblico e sicurezza, Affari economici, Protezione dell'ambiente, Abitazioni e assetto territoriale); le rimanenti divisioni riguardano principalmente interventi e servizi di tipo individuale (Sanità, Attività ricreative, culturali e di culto, Istruzione, Protezione sociale).

Stime elaborate sulla base di fonti Istat:
Istat - Conti della protezione sociale per funzione e regime (SESPROS)
Istat - Rilevazione statistica sulla ricerca e sviluppo nelle istituzioni pubbliche
Istat - Conti e aggregati economici delle Amministrazioni pubbliche
Istat - Stima delle attività di ricerca e sviluppo nelle università

Istat, Conti nazionali – conti della protezione sociale – conti economici consolidati, edizione aprile 2025

Spesa pubblica: 138,335* miliardi

Classificazione: sistema europeo di statistiche integrate sulla protezione sociale (**SESPROS**)
Stima dei conti economici consolidati relativi alle funzioni della protezione sociale (previdenza, sanità e assistenza).
Vengono dettagliate le spese per prestazioni sociali (che corrispondono a quanto viene erogato ai beneficiari dei sistemi di protezione sociale in termini di somme di denaro, beni o servizi), effettuate dalle Istituzioni pubbliche e private, analizzate per funzione o rischio protetto (malattia, invalidità, famiglia, vecchiaia, superstiti, disoccupazione, abitazione, esclusione sociale) e aggregate per settore di intervento: sanità, previdenza, assistenza.

Stime elaborate sulla base delle seguenti fonti:
Istat - Bilanci consuntivi degli enti previdenziali

Istat - Conti economici delle società finanziarie e non finanziarie
Istat - Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. I trattamenti pensionistici
Istat - Bilanci consuntivi delle istituzioni pubbliche e private
Istat - Conti e aggregati economici delle Amministrazioni pubbliche
Istat - Conti economici delle famiglie e delle Istituzioni sociali private
Istat - Redditi da lavoro dipendente, retribuzioni e contributi sociali
Istat - Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati
Ministero della Salute
Istituto nazionale della previdenza sociale (Inps)
Ministero dell'Economia e delle Finanze

* Stessa stima usata dal Documento di Finanza Pubblica (DFP), ultima edizione aprile 2025; dalla Corte dei Conti nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica (ultima edizione 2023 su dati 2022); da MEF Monitoraggio della Spesa sanitaria per la stima della spesa sanitaria corrente pubblica di CN (contabilità nazionale), ultima edizione 2024, con i dati aggiornati ad aprile 2024.

Istat, Conti nazionali, Spesa per consumi finali delle famiglie per voci di spesa, edizione marzo 2025

Spesa delle famiglie: 44,513 miliardi (2023)
Spesa delle famiglie: 43,720 miliardi (2024)

(**Popolazione allo Studio**: famiglie residenti e non residenti - spese effettuate da chiunque sul territorio economico
Tipologia di spesa considerata: spesa diretta e spesa intermediata)
Classificazione: Classificazione dei consumi individuali secondo lo scopo (COICOP, 3 cifre)

Stime elaborate sulla base di fonti Istat sui consumi delle famiglie italiane, l'indagine Istat multiscopo, i risultati del cosiddetto "metodo della disponibilità", fonti amministrative.
Per il calcolo degli aggregati in volume, si utilizzano gli indici dei prezzi al consumo

Istat, condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze - spese per consumi, edizione 2024

Spesa delle famiglie: 36,390 miliardi

(**Popolazione allo Studio**: famiglie residenti – spese effettuate dalle famiglie italiane anche all'estero
Tipologia di spesa considerata: non noto
Classificazione: Classificazione dei consumi individuali secondo lo scopo (COICOP, 5 cifre)

Stime elaborate sulla base di indagine annuale di tipo campionario *ad hoc*

N.B. Come tutte le indagini campionarie, è soggetta a errori statistici, tanto più importanti quanto meno frequenti sono gli eventi: ad esempio la spesa delle famiglie per ricoveri ospedalieri è sicuramente sottostimata in quanto evento non frequente e pertanto più difficile da intercettare.

OCSE, *Health Expenditure and Financing* (*the System of Health Account*s - SHA), edizione novembre 2024

Classificazione: classificazione internazionale per i conti della sanità (ICHA)
Funzioni di assistenza sanitaria (ICHA-HC)
Regimi di finanziamento dell'assistenza sanitaria (ICHA-HF)
Erogatori di assistenza sanitaria (ICHA-HP)

Aifa, Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali (OSMED), L'uso dei farmaci in Italia, 2024

Fonti:
Spesa farmaceutica convenzionata: flusso OSMED
Spesa farmaceutica ospedaliera: flusso della Tracciabilità del Farmaco
Spesa farmaceutica a carico dei cittadini in farmacie territoriali: flusso della Tracciabilità del Farmaco
Spesa farmaceutica tramite distribuzione diretta e per conto: flussi regionali

Ministero della Salute, Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, 2024

Fonti:
Ricavi *intramoenia*: Sistema Informativo Sanitario, dati di CE

ALTRE FONTI:

- Ministero dell'Economia e delle Finanze, Documento di Finanza Pubblica, aprile 2025
- Istat, Popolazione e famiglie (per numero dei nuclei familiari nell'intervallo considerato)
- Istat, Conti nazionali, Conti e aggregati economici nazionale annuali, marzo 2025 (per PIL)
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D.lgs. n. 502/1992
- Rapporto OASI 2024, a cura di Cergas - Bocconi

2.1.2.1 Le fonti della spesa sanitaria pubblica: caratteristiche e ambiti di applicazione

Nell'ambito della statistica ufficiale sono presenti diverse quantificazioni di "spesa sanitaria pubblica" a seconda della fonte statistica di riferimento.

a. La spesa sanitaria pubblica da Conti nazionali (SESPROS)

(Istat, Conti economici consolidati della Protezione sociale, edizione aprile 2025)

Nei Conti nazionali (**contabilità nazionale**) la spesa è analizzata secondo i relativi fattori produttivi.

In particolare nei **Conti nazionali**, la spesa è calcolata sul territorio economico (popolazione **residente e non residente**) ed è contabilizzata con le seguenti voci di aggregato:

- prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori *non market*, distinte in
    - redditi da lavoro dipendente
    - consumi intermedi, ovvero il valore di beni e servizi utilizzati quali *input* nel processo produttivo (per fornire cioè servizi erogati direttamente dal SSN attraverso gli enti produttori di presentazioni sanitarie)
    - ammortamenti, imposte indirette, risultato netto di gestione, al netto della produzione di servizi vendibili e vendite residuali
- prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori *market* (ovvero i costi a carico del SSN per l'acquisto dei servizi di assistenza sanitaria erogati alla collettività da soggetti privati che operano in convenzione e accreditamento con il SSN)
- servizi **amministrativi**
- contribuzioni diverse e altre uscite.

Si tratta della stima utilizzata dagli organi istituzionali e riportata anche nei documenti programmatici dei Governi con le relative proiezioni.

In questo lavoro è stata utilizzata per:

- analizzare l'andamento temporale della spesa sanitaria pubblica
- valutare la quota e il *trend* della spesa sanitaria pubblica rispetto alla spesa pubblica complessiva
- analizzare le destinazioni della spesa sanitaria pubblica, in particolare per verificare eventuali variazioni nelle risorse destinate a rimborsare i trattamenti e gli interventi erogati da strutture accreditate.

b. La spesa sanitaria pubblica da Sistema dei Conti della Sanità (ICHA)

(Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024)

Nel Sistema dei Conti della Sanità (**contabilità internazionale**) si calcola la spesa per consumi finali di beni e servizi sanitari.

In particolare, la spesa pubblica si riferisce alla spesa degli enti delle amministrazioni pubbliche per soddisfare i bisogni individuali e collettivi della popolazione **residente** ed è classificata come:

- spesa sostenuta dalla pubblica amministrazione (sia da enti sanitari locali sia da enti diversi, quali Ministeri, Università, Aifa, Agenas, Croce Rossa, ecc.)
- spesa sostenuta dalle assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria, ovvero le Assicurazioni sociali obbligatorie, le Assicurazioni private obbligatorie e i Conti di risparmio medico obbligatori (CMSA). La spesa finanziata dall'Inail è contabilizzata in questa componente.

Il Sistema dei Conti della Sanità, inoltre stima anche la componente privata di spesa sanitaria; aderisce ai sistemi di classificazione OCSE; presenta un'articolazione interna per funzioni e tipologie di spesa.

Per tali ragioni **esso è l'unico sistema di contabilità ufficiale che consente i confronti tra spesa pubblica e spesa privata secondo una stessa popolazione allo studio, nonché tra i modelli sanitari di Paesi diversi e per dettagli di spesa.**

Si tratta della fonte utilizzata principalmente in questa trattazione e, in particolare, per analizzare l'andamento temporale della spesa sanitaria pubblica rispetto alla spesa sanitaria privata sia in termini complessivi sia per funzione e regimi di erogazione.

Si tratta della fonte utilizzata principalmente in questa trattazione e, in particolare, per analizzare l'andamento temporale della spesa sanitaria pubblica rispetto alla spesa sanitaria privata sia in termini complessivi sia per funzione e regimi di erogazione.

c. La spesa delle pubbliche amministrazioni destinata alla Sanità (COFOG)

(Istati, Conti e aggregati economici delle Pubbliche Amministrazioni, edizione aprile 2024)

Utilizzeremo questa fonte esclusivamente per valutare il peso relativo della sanità tra le altre voci di spesa delle pubbliche amministrazioni, anche in termini di *trend*, attraverso il *merge* con la spesa da Conti nazionali (SESPROS).

2.1.2.2 Le fonti della spesa sanitaria privata: caratteristiche e ambiti di applicazione

Anche per la spesa privata sono disponibili diverse fonti che non solo considerano popolazioni diverse ma adottano anche diversi criteri di inclusione rispetto alla categoria beni e servizi sanitari.

a. La spesa sanitaria privata da Conti nazionali (COICOP, 3 cifre)
(Istat, Conti nazionali, spesa per consumi finali delle famiglie per voci di spesa, edizione marzo 2025)

Nei Conti nazionali non è valutata propriamente la spesa privata complessiva ma **la spesa delle famiglie, diretta e intermediata.** Il che significa che in questa sede non è ad esempio stimata la quota di spesa finanziata attraverso il *welfare* aziendale.

Nei Conti nazionali la spesa è calcolata sul territorio economico (popolazione **residente e non residente**) ed è contabilizzata con le seguenti voci di aggregato:

- Servizi ospedalieri
- Servizi ambulatoriali
- Medicinali, apparecchi e materiale terapeutico
- Altri servizi sanitari

In questo lavoro è stata utilizzata per misurare la quota di spesa che le famiglie destinano e hanno destinato alla Sanità nel corso del tempo, anche in relazione agli altri beni e servizi del paniere Istat, nonché come ulteriore elemento di valutazione di eventuali *shifting* tra spesa pubblica e privata a favore di quest'ultima.

b. La spesa sanitaria privata da Conti della Sanità (ICHA)
(Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024)

Nei Conti della Sanità, la **spesa privata è articolata in spesa *out of pocket*** (spesa diretta delle famiglie) **e in spesa intermediata** (regimi di finanziamento volontari), a sua volta distinta in assicurazioni volontarie, impese e istituzioni senza scopo di lucro.

La spesa è calcolata sulla sola popolazione **residente** e considera anche i servizi acquistati all'estero. Essa è distinta, inoltre, per tipologia di erogatore, nonché per funzione di assistenza:

- Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione
- Assistenza sanitaria a lungo termine
- Servizi ausiliari
- Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici
- Servizi per la prevenzione delle malattie
- Governance e amministrazione

Mentre la spesa da Conti nazionali è soggetta a diversi aggiornamenti nel corso dell'anno, la spesa da Sistema dei Conti della Sanità è una elaborazione con cadenza annuale.

Di rilevazione in rilevazione e anche a seguito di aggiornamenti *ad hoc*, la stima da Conti nazionali si avvicina sempre di più a quella da Sistema di Conti della Sanità, anche in virtù di un allineamento progressivo del sistema di classificazione nazionale a quello internazionale.

Come già riportato per quanto riguarda la misurazione della spesa pubblica, trattandosi dell'unico sistema di contabilità ufficiale che consente i confronti, si tratta della fonte maggiormente utilizzata in questa trattazione. In particolare si è ricorsi a essa per valutare eventuali relazioni di compensazione della componente privata della spesa rispetto a quella pubblica, sia a livello *overall* sia per singole voci, funzioni e componenti.

Opportunamente integrata con il sistema COICOP a 5 cifre è stata inoltre utilizzata per proporre il maggiore dettaglio possibile della spesa privata, a livello di singole componenti.

c. La spesa sanitaria privata da Indagine campionaria (ECOICOP, 5 cifre) – fino al 2021

(Istat, Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze, spese per consumi, edizioni fino al 2021)

La classificazione ECOICOP della spesa delle famiglie è stata abbandonata nel 2021, per essere sostituita da una nuova classificazione in grado di recepire gli aggiornamenti stabiliti dal Regolamento europeo. In particolare la divisione 06 (Sanità) è stata completamente ristrutturata su proposta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. La nuova struttura consente di allineare la COICOP alla Classificazione Internazionale dei Conti Sanitari (ICHA) e alla sua famiglia di classificazioni.

Tuttavia, l'introduzione delle modifiche ha fatto sì che si sia perso il dato dell'andamento temporale. Oggi pertanto Istat propone due classificazioni: una con la serie storica interrotta al 2021 e una disponibile solo per gli anni 2022 e 2023.

Il dato di spesa totale e per singola voce è riportato come media mensile per nucleo familiare.

La serie storica interrotta al 2021 era così articolata:

- Medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali:
  - Prodotti farmaceutici
  - Altri prodotti medicali
  - Attrezzature e apparecchi terapeutici (distinti in: occhiali e lenti a contatto correttivi; apparecchi acustici; riparazione attrezzature terapeutiche; altre attrezzature ed apparecchi terapeutici)

- Servizi ambulatoriali:
  - Servizi medici (distinti in servizi medici generali e servizi medici specialistici)
  - Servizi dentistici
  - Servizi paramedici (distinti in: servizi di laboratori di analisi mediche e di centri per esami radiografici; cure termali, ginnastica correttiva, servizi di ambulanza e noleggio di attrezzature sanitarie; altri servizi paramedici)
- Servizi ospedalieri

Considerando che si tratta della serie storica di dettaglio che risulta disponibile per il più ampio intervallo di tempo, è stata utilizzata per valutare gli andamenti temporali delle componenti di spesa privata. Per consentire i confronti temporali anche con il periodo più recente, è stato necessario ricostruire le voci di spesa per gli anni 2022 e 2023, a partire dai dati disponibili in Conti della Sanità (ICHA) e in COICOP, 5 cifre (dal 2022).

d. La spesa sanitaria privata da Indagine campionaria (COICOP, 5 cifre) – dal 2022

(Istat, Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze, spese per consumi, edizione 2023)

Anche in questo caso non è possibile parlare di spesa privata ma esclusivamente di **spesa delle famiglie**.

La spesa qui è stimata su un campione di nuclei familiari **residenti**. Il dato di spesa totale e per singola voce è riportato come media mensile per nucleo familiare.

Nonostante risenta dei limiti di ogni indagine campionaria, rappresenta la misurazione con il più alto livello di dettaglio:

- Servizi ospedalieri
  - Di cura e riabilitazione
  - Di assistenza a lungo termine
- Servizi ambulatoriali
  - Di prevenzione (distinti in vaccinazione e altra prevenzione)
  - Dentistici (distinti in prevenzione dentale e altri servizi dentistici)
  - Altri servizi ambulatoriali (distinti in servizi di cura e riabilitazione e servizi di assistenza a lungo termine)
- Medicinali, apparecchi e materiali terapeutico
  - Medicinali (distinti in farmaceutica e omeopatia)
  - Dispositivi medici (distinti in dispositivi per diagnostica, per prevenzione e protezione e per trattamento a uso personale)
  - Ausili (distinti in visivi; per l'udito e la comunicazione e per la mobilità e le attività quotidiane)
  - Servizi di riparazione, noleggio e riparazione dispositivi medici e ausili
- Altri servizi sanitari
  - Servizi di diagnostica per immagini e laboratorio
  - Servizi di emergenza

In ragione del livello di dettaglio, è stata utilizzata per estendere la serie storica ECOICOP anche agli anni 2022 e 2023: l'obiettivo è valutare la composizione della spesa sanitaria delle famiglie e soprattutto l'andamento temporale delle singole voci di consumo per verificare l'esistenza di eventuali variazioni degne di nota.

e. La spesa sanitaria privata da dichiarazione dei redditi precompilata (Sistema Tessera Sanitaria)

(Ministero dell'Economica e delle Finanze, il Monitoraggio della Spesa sanitaria, edizione 2024)

La spesa sanitaria è qui la spesa così come risultante dalla trasmissione all'Agenzia delle entrate delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata. A tal fine, i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie trasmettono telematicamente al Sistema TS i documenti di spesa sanitaria dei cittadini, quali ricevute di pagamento, scontrini fiscali ed eventuali rimborsi.

Tra le spese sanitarie sono ricompresi i ticket pagati sulle prestazioni sanitarie erogate a carico del SSN e i farmaci omeopatici.

La spesa qui è distinta come:

- Visite specialistiche e interventi
- Altre spese
- Farmaci
- Dispositivi medici
- Ticket
- Prestazioni sanitarie
- Chirurgia estetica
- Servizi sanitari
- Cure termali
- Protesica integrativa
- RX

Per questa ragione e per i limiti indicati di seguito, tale fonte è stata utilizzata esclusivamente ai fini della quantificazione delle compartecipazioni alle spese specialistica e farmaceutica.

Nonostante la misurazione della spesa privata rientri tra gli obiettivi del sistema TS, esso risponde prevalentemente alla finalità prioritaria, ovvero la detraibilità delle spese sostenute e questo è visibile dalla stessa articolazione delle tipologie di spesa contabilizzate.

In relazione a questo dato infatti il sistema TS risulta preferibile a quello utilizzato dalla Corte dei Conti nel "Rapporto sul Coordinamento della finanza pubblica", dove il valore riportato del *ticket* non tiene conto delle compensazioni operate dalle Asl a

favore delle strutture private accreditate. Il *ticket* riferito all'attività delle strutture di diritto privato, infatti, non confluisce direttamente nei flussi economici SSN, ma viene inizialmente trattenuto a saldo dei corrispettivi rimborsi per le prestazioni effettuate in regime di accreditamento.

2.1.2.3 Le fonti della spesa farmaceutica

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica sono state utilizzate tre fonti-dati: oltre a Istat, Conti della Sanità (ICHA) e Istat, Conti nazionali (SESPROS), è stato utilizzato anche il Rapporto OSMED di Aifa.

Mentre nei Conti della Sanità è inclusa anche la spesa per presidi medici, nelle altre due fonti la spesa è circoscritta al consumo di farmaci in senso stretto.

Ne consegue che la spesa privata stimata con fonte OSMED sia più bassa di quella Istat.

Al contrario la spesa pubblica stimata dal Rapporto di Aifa risulta più alta di quella riportata sia dai Conti della Sanità sia dai Conti nazionali.

Rispetto ai Conti della Sanità, anche se questi ultimi ricomprendono i presidi medici, la spesa farmaceutica OSMED ricomprende anche i farmaci somministrati in fase di ricovero, che nel sistema ICHA sono invece parte integrante dell'assistenza di natura ospedaliera.

La spesa per farmaci nei Conti nazionali riguarda esclusivamente la spesa farmaceutica convenzionata con il SSN.

2.1.2.4 Le fonti della spesa: limiti

Oltre a quanto sopra riportato, un altro punto dirimente nella scelta e nel trattamento delle fonti è costituito dalle limitazioni di ciascuna.

Alcune stime sono elaborate sulla base di indagini campionarie e, in quanto tali, sono soggette a tutti gli errori statistici connessi a questo tipo di rilevazioni. È questo il caso della Spesa per consumi misurata in Istat, Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze, che risulta la stima più soggetta a *bias* di selezione e a *bias* informativi (a partire dalla selezione del campione che può non essere sufficientemente ampio da intercettare le casistiche rare, come quelle dei ricoveri e dalla formulazione dei quesiti dell'indagine). Tale stima determina quindi una sistematicamente sottostima rispetto a quella "aggiustata" con dati amministrativi. Trattandosi, tuttavia, della misurazione che raggiunge il maggior grado di dettaglio (COICOP, 5 cifre) siamo ricorsi a essa per stimare la spesa ambulatoriale delle famiglie per prestazioni odontoiatriche, mediche e paramediche e valutare il suo andamento nel tempo.

Il dettaglio, per quanto soggetto a imprecisione, è utile nella capacità di catturare non tanto la stima puntuale, quanto eventuali cambiamenti intercorsi nel periodo

considerato, soprattutto per le spese dentistiche, una delle principali componenti *extra*-LEA.

Altre fonti sono basate su sistemi in progressivo perfezionamento nel tempo. Particolarmente utilizzato nel dibattito pubblico[3] è il sistema Tessera Sanitaria (TS), i cui risultati sono contenuti nel Rapporto del MEF.

Come spiegato nel Rapporto MEF stesso, anche dopo il 2015 – anno in cui è stata per la prima volta utilizzata l'infrastruttura TS per la trasmissione all'Agenzia delle entrate delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata – la platea dei soggetti erogatori tenuti alla trasmissione si è ampliata.

Ad esempio gli infermieri pediatrici sono ricompresi tra i soggetti invianti solo a partire dal 2023.

Il ricorso, tutt'altro che infrequente alla serie storica del MEF per affermare l'incremento della spesa privata produce analisi affette da *bias* non controllabili, che invalidano ogni tipo di lettura del dato.

Occorre inoltre considerare il fenomeno del sommerso e semi-sommerso nel settore e quindi la generale sottostima della spesa privata dichiarata.

Le serie storiche pubblicate da Istat sono interessate sia da variazione metodologiche e/o di classificazione sia da aggiornamenti al rialzo o al ribasso delle stime.

Il Monitoraggio della Spesa sanitaria elaborato dal MEF e pubblicato a dicembre 2024 riporta la serie storica della spesa sanitaria pubblica corrente relativa all'edizione di aprile 2024, valutando un decremento nel 2023 pari a -0,4%, quando l'aggiornamento intervenuto a ottobre identifica, in realtà, un aumento dello 0,6% rispetto al 2022.

Anche in questo caso il tema della confrontabilità nel tempo è centrale nel momento in cui si vuole valutare l'esistenza di eventuali incrementi o decrementi di spesa.

È, dunque, centrale considerare l'intera serie storica, in quanto concepita come andamento temporale di valori confrontabili. Sia quando interviene un *break* metodologico sia a seguito di rivisitazioni di determinate componenti economiche, confrontare stime di serie storiche diverse rappresenta un errore metodologico.

Uno dei maggiori riferimenti nazionali – il Rapporto annuale di Gimbe sul Servizio Sanitario Nazionale – raffrontando la spesa privata dell'anno 2022 calcolata nell'edizione di giugno 2023 e quella 2023 calcolata nell'edizione di maggio 2024 – ha erroneamente valutato un incremento record del 10,3%, anziché l'effettivo aumento del 2,1% che mantiene il rapporto spesa privata/PIL al suo valore storico.[4]

[3] https://epiprev.it/blog/come-sta-la-sanita/perche-aumenta-il-privato-in-sanita
[4] 7° Rapporto Gimbe sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione Gimbe: Bologna, 8 ottobre 2024.

2.1.3 Metodi

2.1.3.1 Perimetrazioni lessicali

La metodologia seguita si fonda su alcune **perimetrazioni lessicali**, necessarie per definire chiaramente i significati di spesa pubblica e di spesa privata e quindi i rispettivi contenuti. Questo passaggio riguarda in particolare tre precisazioni, che consentono anche di interpretare e quindi utilizzare consapevolmente le fonti disponibili.

Innanzitutto, la necessità di differenziare la natura giuridica del soggetto che "spende" con la volontarietà della spesa. Si tratta di una distinzione che non solo consente di collocare il SSN italiano nel contesto internazionale e di operare confronti, ma anche di circoscrivere i trasferimenti a carico dei privati a tutto ciò che rientra nella discrezionalità del cittadino.

In questi termini, è opportuno parlare di spesa obbligatoria anziché di spesa pubblica, quale meccanismo più o meno diretto di ripartizione del rischio tra soggetti appartenenti a una medesima collettività o attraverso la fiscalità generale (nei modelli Beveridge) o attraverso contributi assicurativi obbligatori (nei modelli Bismarck).

La spesa volontaria è quindi rappresentata per esclusione, come tutto ciò che non rientra nei meccanismi forzati di trasferimento di risorse private alla collettività.

Ad esempio, il *ticket*, in quanto compartecipazione obbligatoria per l'accesso a una prestazione LEA è sì a carico dei privati cittadini (e contribuisce alla spesa privata), ma di fatto costituisce una sorta di imposta sul consumo che a sua volta alimenta il Servizio Sanitario Nazionale.

Le fonti disponibili inglobano il valore del ticket all'interno della spesa diretta delle famiglie (la c.d. spesa *out of pocket*) ed è pertanto necessario isolarne l'effetto per valutare l'ammontare delle risorse che i privati destinano **volontariamente** alla salute.

Secondo questo approccio è, inoltre, fondamentale considerare che nelle fonti disponibili la spesa privata è stimata al lordo delle detrazioni o deduzioni riconosciute dalla normativa vigente.

In secondo luogo, occorre distinguere, nell'ambito della spesa volontaria, quella destinata a prestazioni garantite, almeno sulla carta, dal servizio pubblico e quella che, invece, riguarda prestazioni che non rientrano nei livelli essenziali di assistenza. Nell'ambito del sistema sanitario italiano, distinguiamo in spesa volontaria LEA – una sorta di doppio finanziamento se consideriamo che la prestazione è in teoria già coperta dalla tassazione generale – e spesa volontaria *extra*-LEA che invece è destinata all'acquisto di prestazioni non ricomprese nella tutela pubblica. Né l'una né l'altra sono necessariamente discrezionali: è, infatti, possibile ricorrere a una spesa per trattamenti disponibili nell'ambito del SSN in ragione, ad esempio, dei tempi d'attesa previsti per l'erogazione, così come è possibile ricorrere a una prestazione *extra*-LEA che risponde a un bisogno effettivo di cura che non trova risposta nell'ambito del perimetro della tutela pubblica.

In terzo luogo, la spesa volontaria non è esclusivamente spesa *out of pocket* ma è anche di natura intermediata. Parallelamente, la spesa privata non coincide con quella dei cittadini, ma ricomprende anche i trasferimenti delle istituzioni senza scopo di lucro e i programmi di *welfare* aziendale.

2.1.3.2 Metodi statistici

In considerazione di quanto riportato rispetto alle caratteristiche e ai limiti delle varie fonti disponibili, si dà nota di quanto segue:

- per quanto riguarda la stima della quota di spesa che lo Stato e le Regioni hanno nel tempo destinato alla sanità (cfr. 2.2.1.2), si è proceduto a innestare sul modello Istat, COFOG 2 e 3 cifre, i dati relativi a Previdenza e Assistenza sociale riportati in Istat, Conti economici consolidati della Protezione Sociale (SESPROS).
  Trattandosi di misurazioni diverse con classificazioni distinte, la combinazione tra le due fonti non è volta a catturare i valori puntuali annuali delle funzioni di spesa, ma piuttosto a fornire un quadro d'insieme delle scelte di finanza di pubblica nei vari anni inclusi nell'intervallo di tempo considerato.

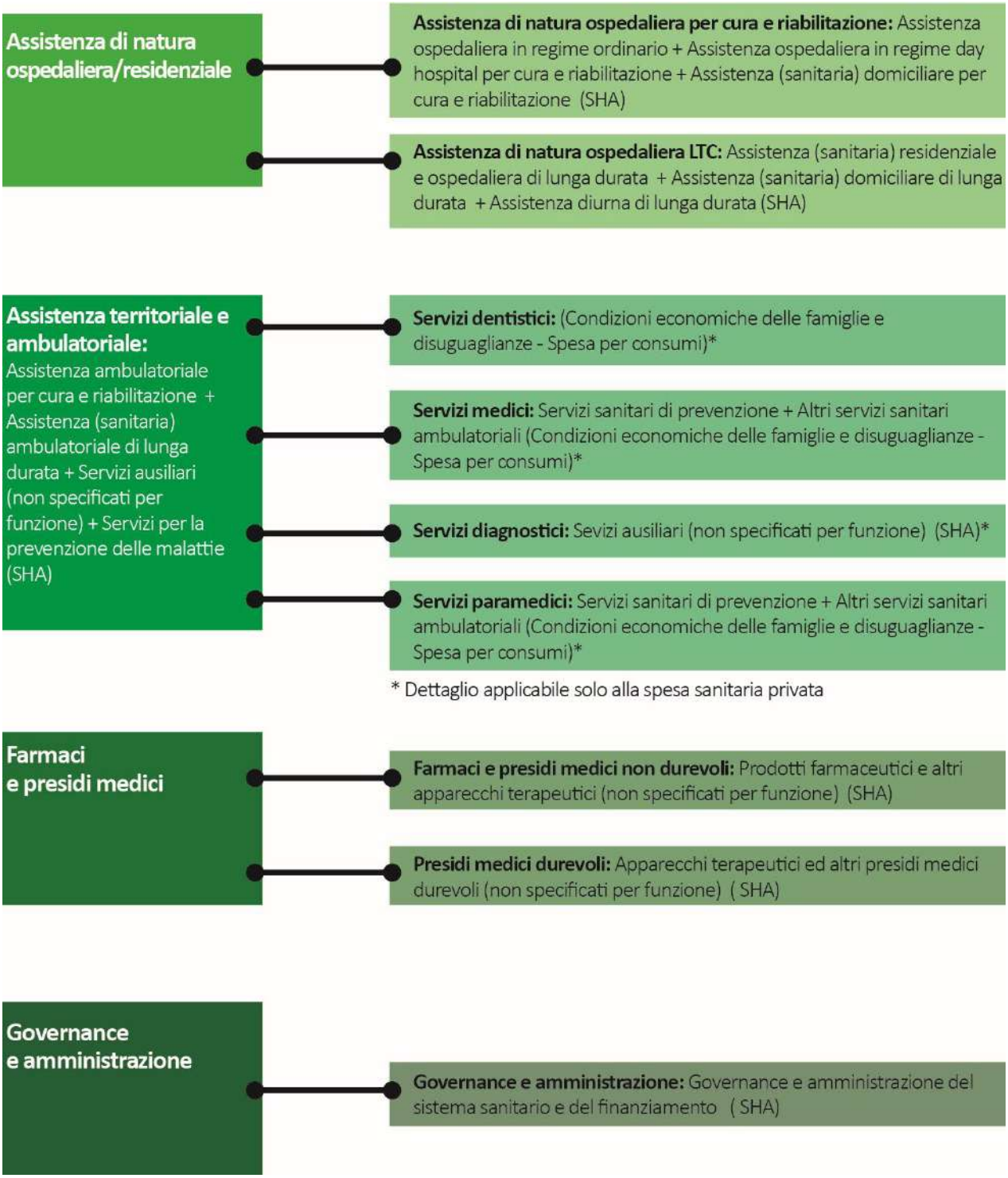
- per quanto, invece, riguarda le destinazioni della spesa sanitaria privata (cfr. 2.2.3.2), a causa di *break* metodologici intervenuti nelle analisi Istat sull'analisi Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze (COICOP, 5 cifre), le serie storiche delle spese per servizi dentistici, medici e paramedici si interrompono al 2021. In particolare – come già anticipato in 2.1.2.2 – essendo stata introdotta una nuova classificazione a partire dall'anno 2022, non è possibile valutare gli andamenti temporali di queste componenti di spesa al maggior grado di dettaglio disponibile.
  Pertanto, ai fini dell'obiettivo di questo studio – ovvero la valutazione di eventuali variazioni significative nelle componenti di spesa – gli anni 2022 e 2023 delle suddette voci dell'assistenza ambulatoriale sono stati ricostruiti:
  - tenendo conto della sottostima del valore di spesa calcolato con COICOP, 5 cifre;
  - scorporando le quote di servizi diagnostici (Conti della Sanità) dai servizi dentistici, medici e paramedici;
  - identificando le quote, rispettivamente, di servizi medici e servizi paramedici nell'ambito delle nuove voci "servizi sanitari di prevenzione" e "altri servizi ambulatoriali".

    Nel complesso, le componenti di spesa sanitaria privata sono state ricostruite come rappresentato in Imm.2.
    Per le stime da indagine campionaria Istat, calcolate come media mensile per famiglia, il valore totale annuale è stato calcolato considerando come fonte del

numero dei nuclei familiari, il dato medio biennale in Istat, Popolazione e famiglie.

- la valutazione della spesa sanitaria – nelle sue componenti pubblica/privata e obbligatoria/volontaria – è operata non soltanto in termini nominali ma anche parametrando la spesa sanitaria corrente con il Prodotto Interno Lordo italiano e, in alcuni casi, con la numerosità della popolazione (valore *pro capite*).
  La spesa corrente è la spesa effettiva, ovvero l'ammontare di risorse destinate al godimento di prestazioni sanitarie. Essa non restituisce una informazione sufficiente a determinare né l'adeguatezza della destinazione di spesa né il *trend* temporale del finanziamento pubblico e privato della salute.
  Il *quantum* economico che in ciascun Paese viene indirizzato alla Sanità dipende sia dalla capacità di spesa (pubblica e privata) sia da scelte di politica economica e sociale. Per questa ragione, le comparazioni sia nel tempo sia nello spazio (tra sistemi sanitari di Paesi diversi) vengono effettuate mediante il rapporto tra spesa e PIL.
  La spesa sanitaria come percentuale del PIL indica, infatti, la quota dell'economia relativa ai servizi sanitari, dando anche la misura del grado di rilevanza economica del sistema sanitario rispetto al macro-sistema produttivo di un Paese, inteso come somma dei redditi di tutte le famiglie e di tutte le imprese.
  La spesa a prezzi costanti fornisce, invece, una informazione utile a comprendere se l'eventuale variazione osservata sia dovuta a cambiamenti intervenuti nella quantità di prestazioni sanitarie acquistate o semplicemente nei prezzi al consumo delle stesse.

Imm.2 Tipologia di spesa sanitaria: definizioni e metodi di aggregazione



Fonte: elaborazione degli autori.

2.2 Risultati

2.2.1 Quanto si spende in sanità?

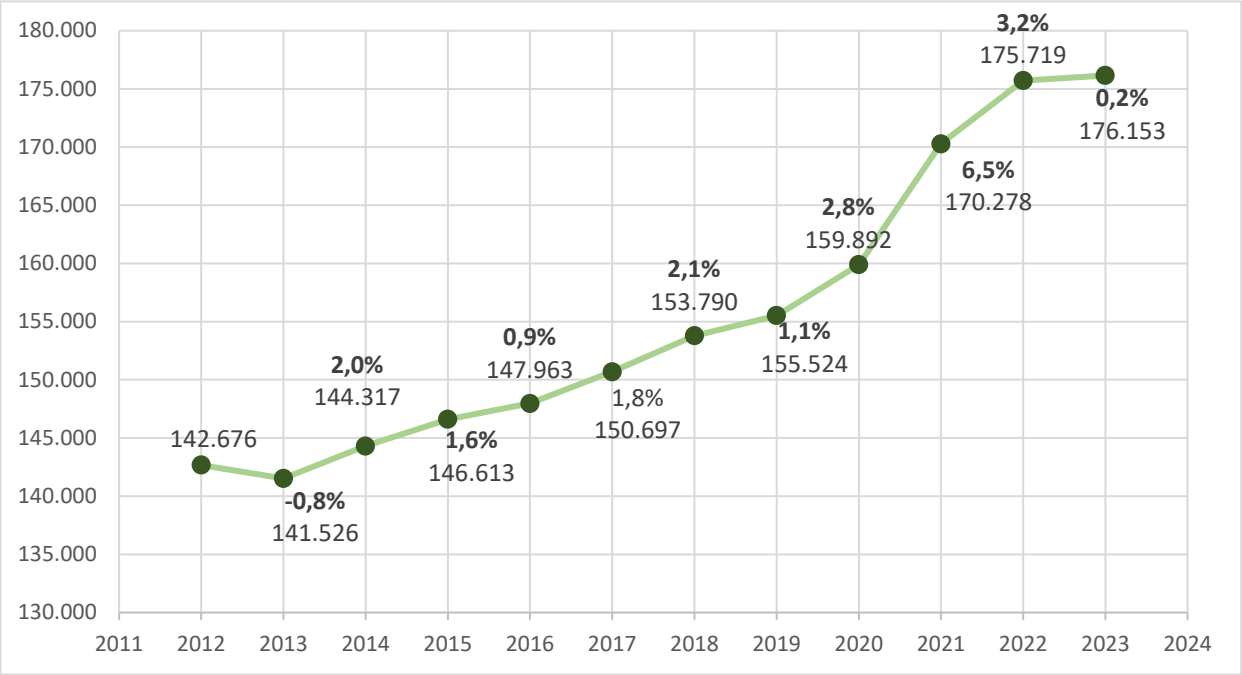
In questa sezione si valuta l'andamento temporale delle risorse destinate al consumo di beni e servizi sanitari sia in termini di sistema sanitario complessivamente inteso, sia nella componente pubblica e privata della spesa per servizi alla salute. Per l'analisi della spesa sanitaria pubblica vengono considerate entrambe le fonti ufficiali Istat.

Vengono riportate, inoltre, la stima puntuale e l'andamento della quota di spesa che lo Stato e le Regioni da una parte e le famiglie dall'altra destinano alla sanità, anche in termini relativi, rispettivamente, alla spesa pubblica *tout court* e ad altri beni e servizi che compongono il paniere Istat (ad esempio, generi alimentari e alberghi e ristoranti). L'obiettivo principale è quello di rilevare eventuali cambiamenti intervenuti nelle scelte di consumo privato di beni e prestazioni sanitarie, anche come riflesso di scelte di finanza pubblica.

2.2.1.1 La spesa sanitaria nel tempo

Dal 2019 al 2023, la spesa pubblica a prezzi correnti cresce del 13,4%, mentre la spesa privata cresce, nello stesso intervallo di tempo, del 12,3%.

Fig.10 Spesa sanitaria totale: prezzi correnti (valori assoluti in milioni di euro e variazioni percentuali)



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

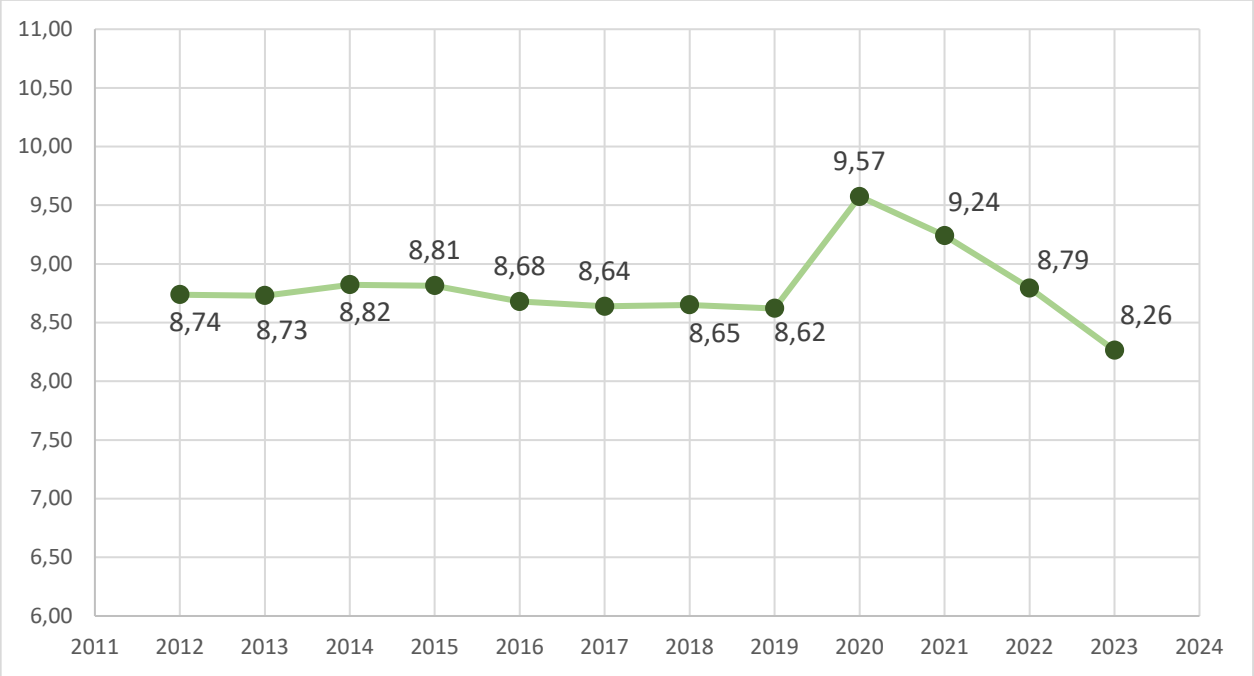
La spesa sanitaria nazionale, pubblica e dei privati, a prezzi correnti registra – dopo il primo anno di *Spending Review* – una costante crescita nel tempo, passando da 142,7 miliardi del 2012 a 176,2 miliardi del 2023 (Fig.10).

In corrispondenza dell'emergenza pandemica si registra un'importante iniezione di risorse, soprattutto pubbliche, mentre già nell'ultimo anno di rilevazione l'incremento appare molto più contenuto.

Se misuriamo la spesa rispetto al Prodotto Interno Lordo (Fig.11) è possibile osservare il suo valore relativo, la sua rilevanza cioè rispetto alla ricchezza totale della nazione e, quindi, alla capacità di finanza pubblica e alla solidità economica del sistema Paese. Nel 2023 la spesa sanitaria totale rispetto al PIL è del 8,26%, rapporto rivisto al ribasso a seguito dell'aggiornamento Istat di marzo 2025[5] e inferiore al 2019.

Il rapporto spesa/PIL risente chiaramente anche della dinamica dell'inflazione: in particolare, dell'impatto della crisi finanziaria che ha portato ai tagli lineari alla spesa pubblica del 2012 e della crisi energetica successiva all'invasione russa dell'Ucraina, con la corrispondente volatilità dei prezzi di gas, carbone e petrolio, il cui effetto sulla spesa sanitaria è stato tale da annullare l'effetto positivo derivante dall'impegno finanziario messo in campo dai Governi per fronteggiare la crisi pandemica.

Fig.11 Spesa sanitaria totale/PIL: prezzi correnti

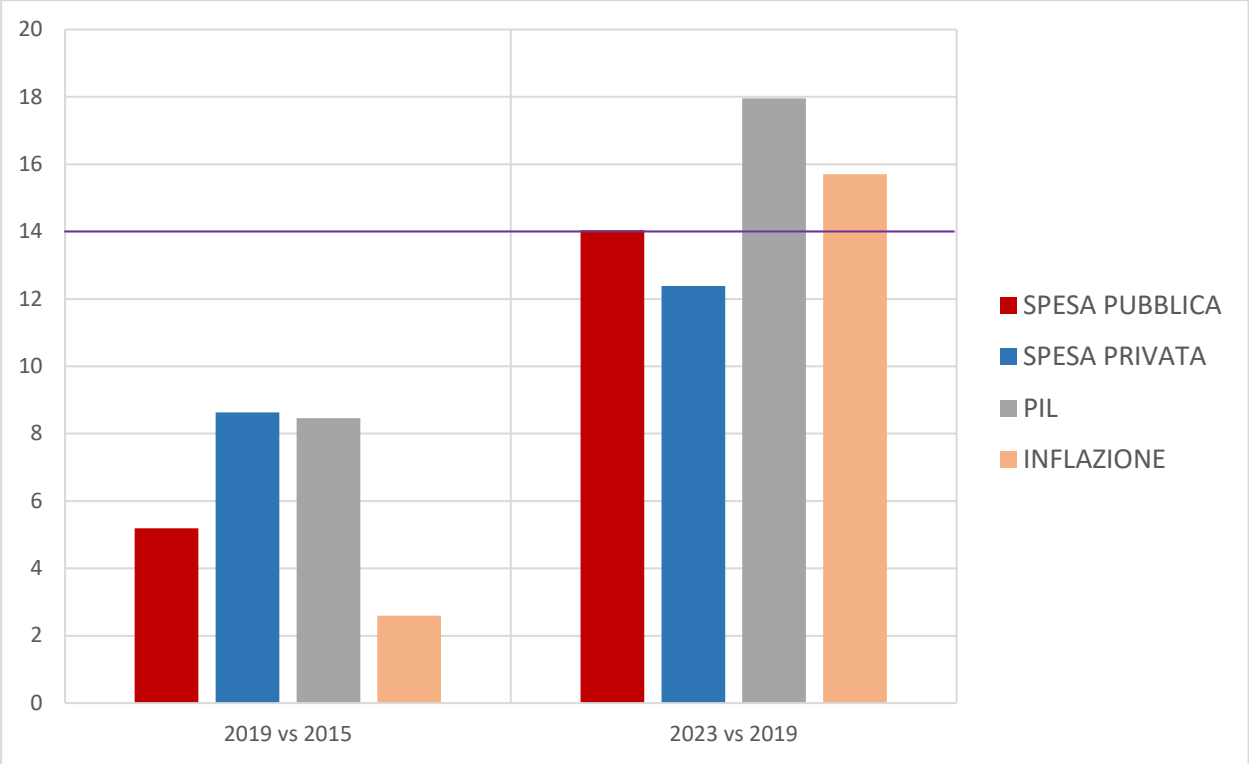


Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024. Aggiornamento PIL marzo 2025.

Nonostante l'incremento in termini nominali, sia la spesa pubblica sia la spesa privata crescono a livelli inferiori sia dell'inflazione sia del Prodotto Interno Lordo (Fig.12).

[5] Secondo la stima precedente il rapporto spesa-PIL era del 8,45%. Questo valore - non aggiornato - è quello ancora presente nelle valutazioni internazionali operate da OCSE e riportate anche nel presente documento nel paragrafo dedicato ai confronti internazionali (cfr.2.2.5).

Fig.12 Grandezze di spesa, PIL e inflazione: variazioni percentuali 2015 *vs* 2019 e 2019 *vs* 2023

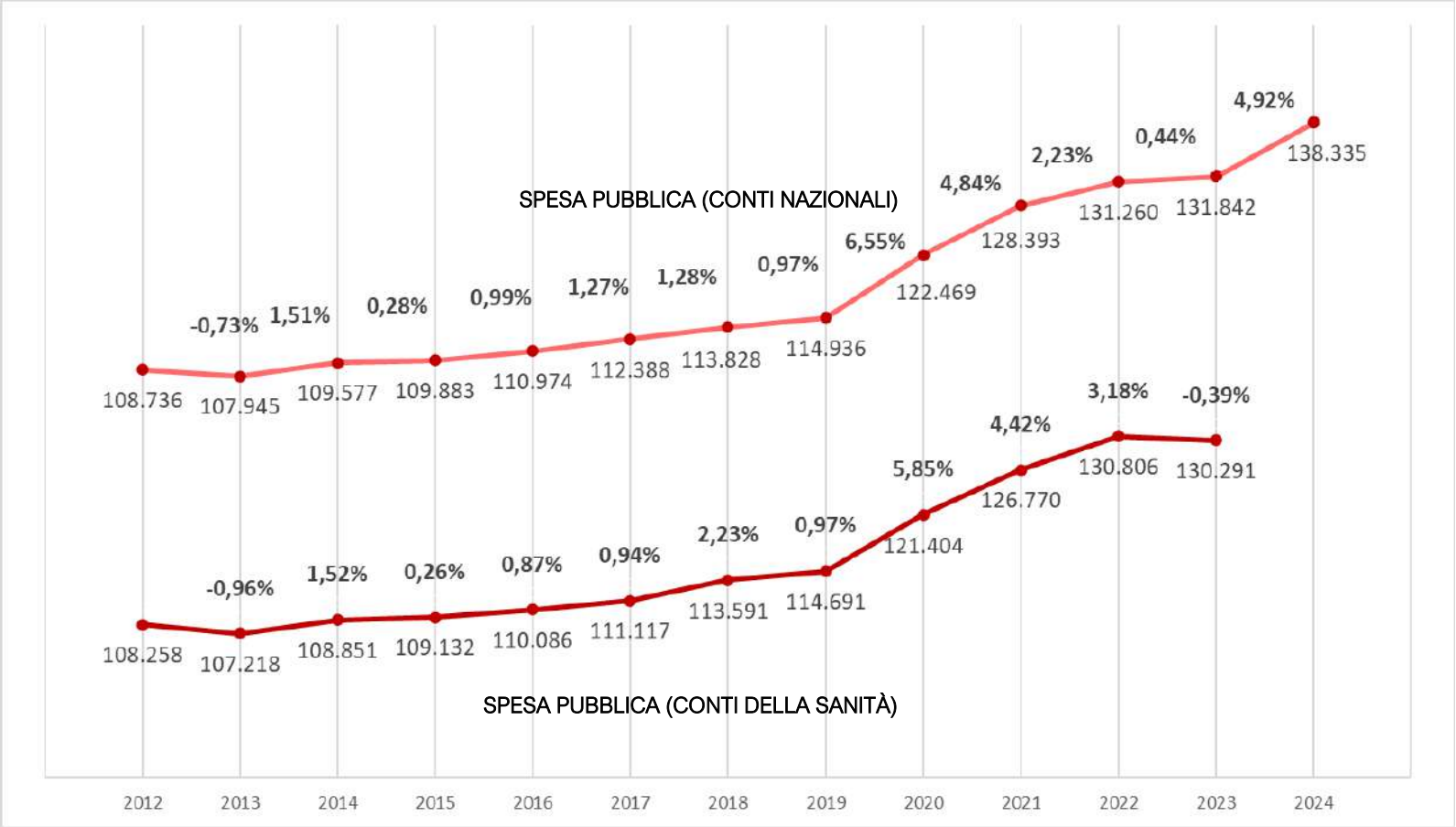


Fonte: elaborazione su dati Istat, vari anni.

Come specificato nel paragrafo 2.1.2.2, nell'ambito della statistica ufficiale sono presenti diverse quantificazioni di "spesa sanitaria".

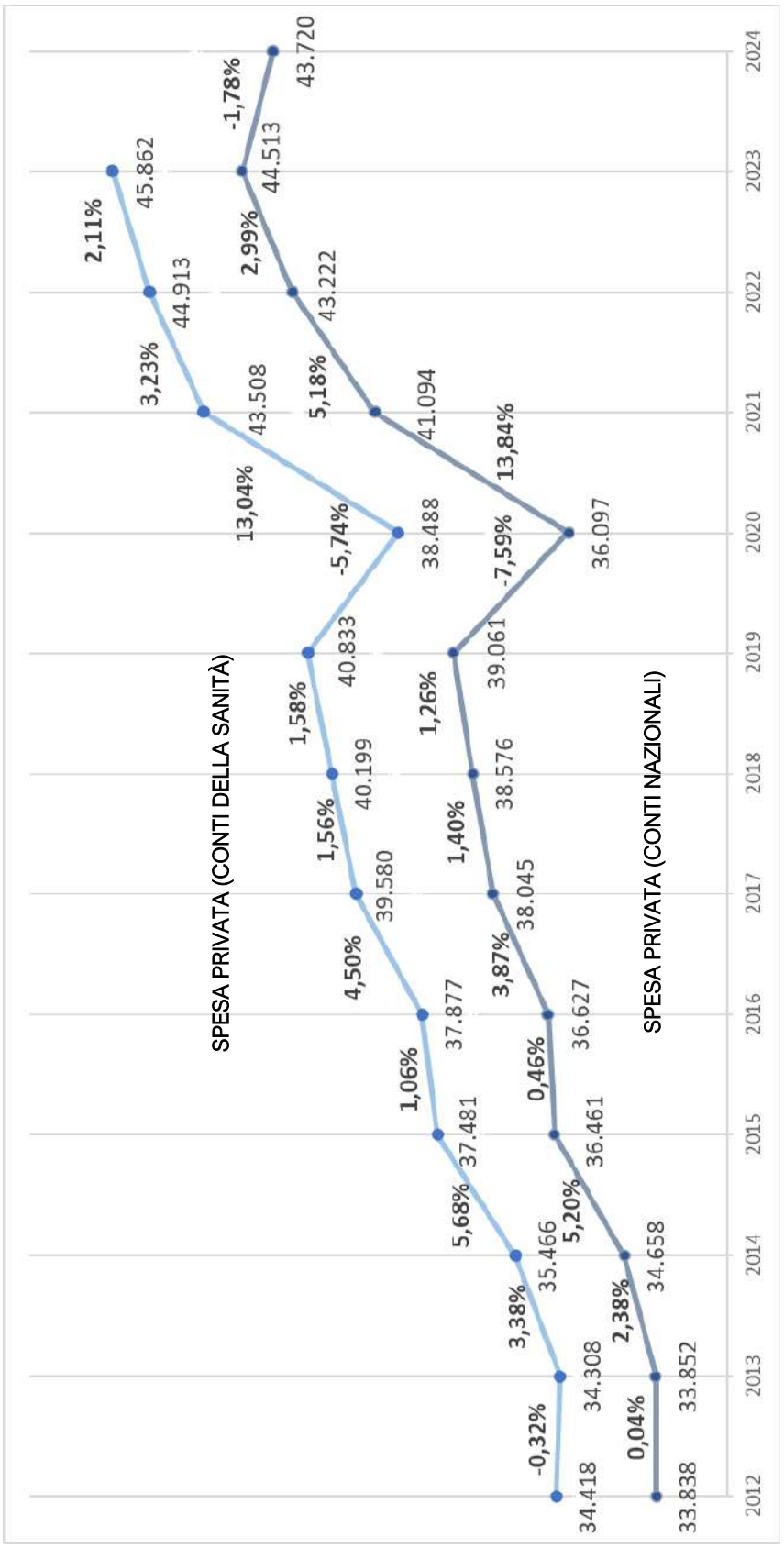
Nei Conti nazionali (**contabilità nazionale**) la spesa è calcolata sul territorio economico (popolazione **residente e non residente**), mentre nel sistema dei Conti della Sanità (**contabilità internazionale**) si calcola la spesa per consumi finali di beni e servizi sanitari della popolazione residente.

Fig.13 Spesa pubblica: andamento temporale 2012-2024 (valori assoluti in milioni di euro e variazioni percentuali)



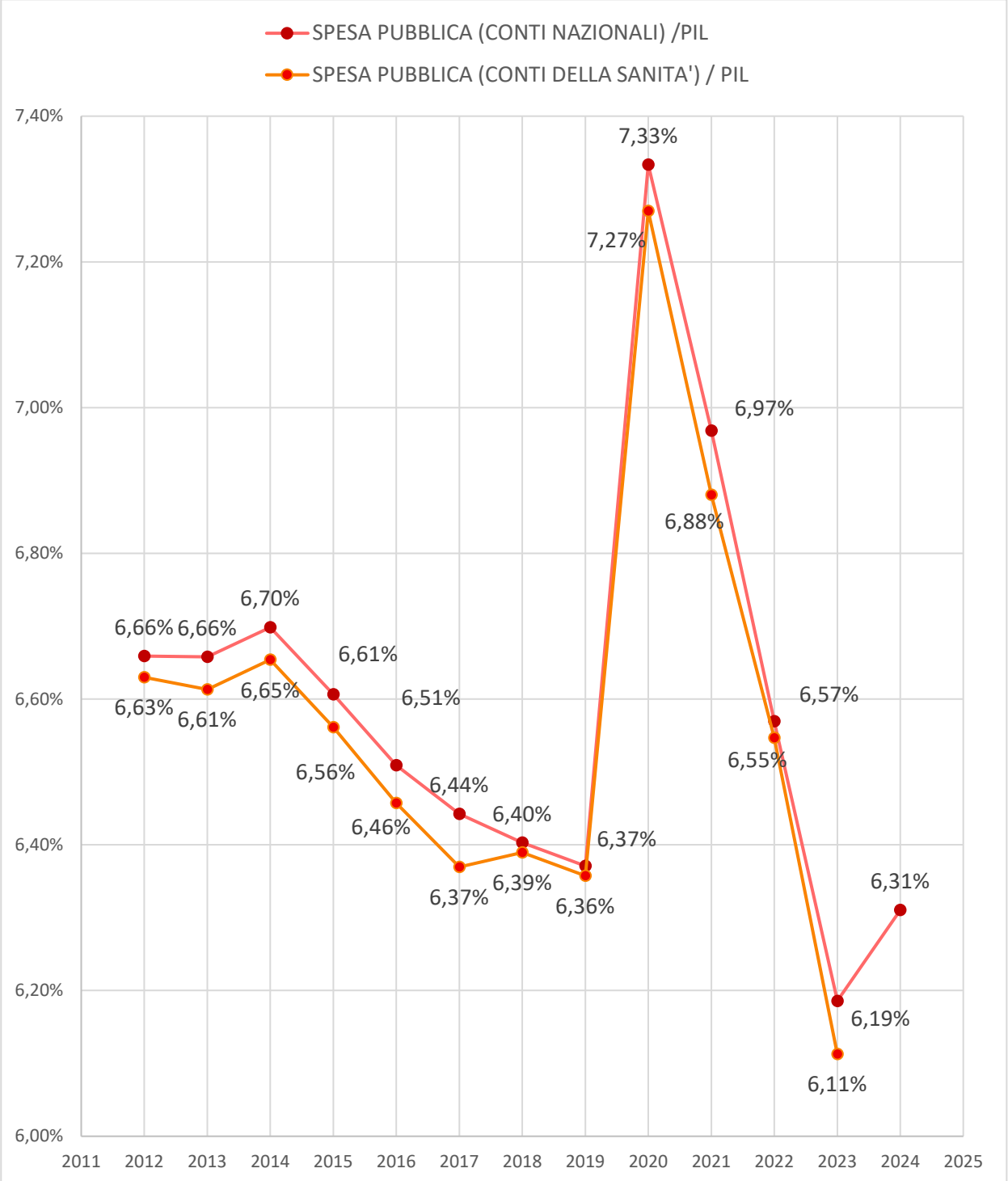
Fonte Spesa pubblica (Conti nazionali): elaborazione su dati Istat, Conti nazionali - Conti economici consolidati della Protezione sociale, edizione aprile 2025.
Fonte Spesa pubblica (Conti della Sanità): elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Fig.14 Spesa privata: andamento temporale 2012-2024 (valori assoluti in milioni di euro e variazioni percentuali)



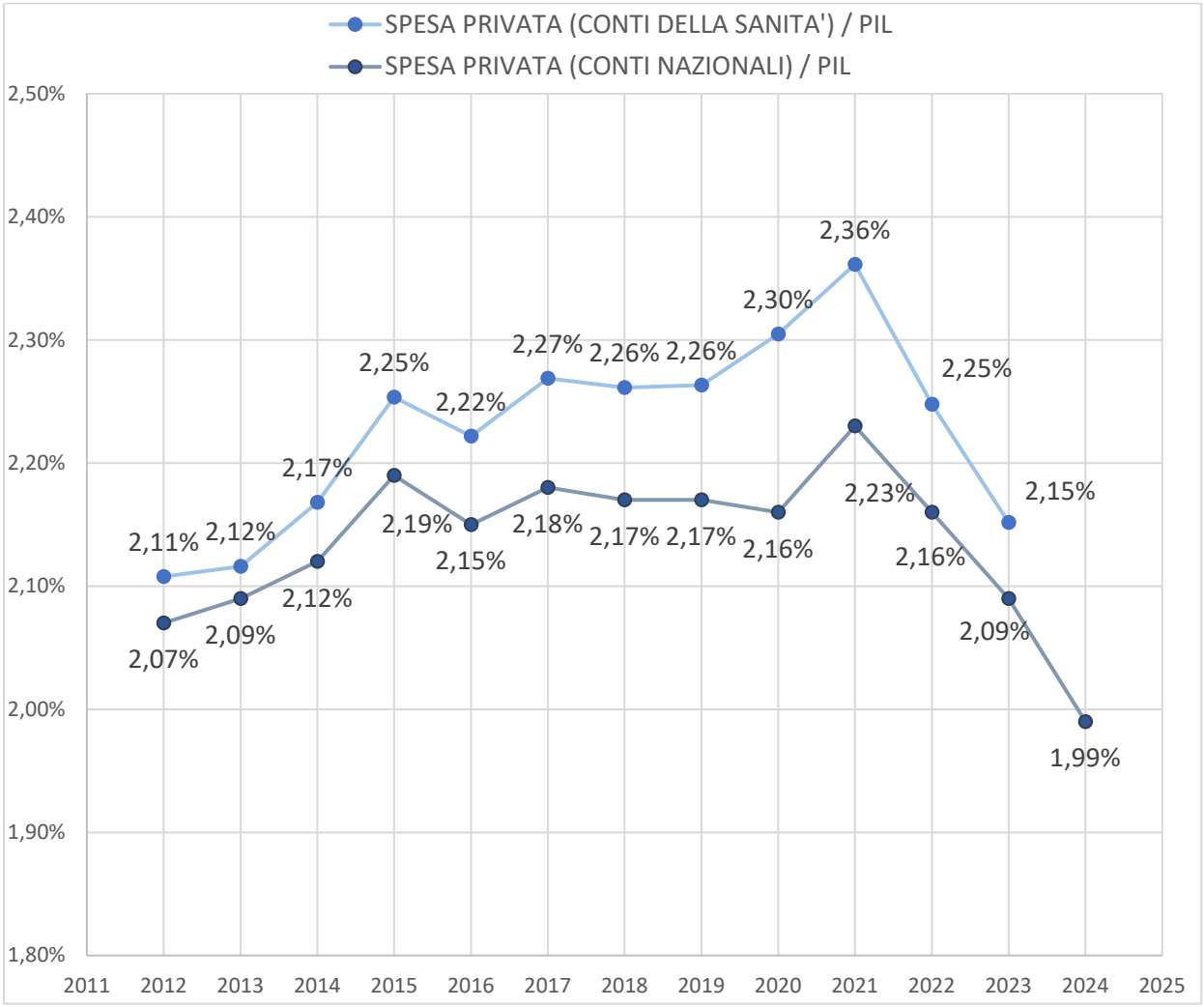
Fonte Spesa privata (Conti nazionali): elaborazione su dati Istat, Conti nazionali - Spesa per consumi finali delle famiglie per voci di spesa, edizione marzo 2025.
Fonte Spesa privata (Conti della Sanità): elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Fig.15 Spesa pubblica/PIL: andamento temporale 2012-2024



Fonte Spesa pubblica (Conti nazionali): elaborazione su dati Istat, Conti nazionali - Conti economici consolidati della Protezione sociale, edizione aprile 2025.
Fonte Spesa pubblica (Conti della Sanità): elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.
Aggiornamento PIL (marzo 2025).

Fig.16 Spesa privata/PIL: andamento temporale 2012-2024



Fonte Spesa privata (Conti nazionali): elaborazione su dati Istat, Conti nazionali - Spesa per consumi finali delle famiglie per voci di spesa, edizione marzo 2025.
Fonte Spesa privata (Conti della sanità): elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.
Aggiornamento PIL (marzo 2025).

Se consideriamo la spesa pubblica a prezzi correnti, il sistema dei Conti nazionali e il sistema dei Conti della Sanità tracciano – nell'intervallo 2022-2023 – due andamenti differenti, il primo in lieve aumento, il secondo in lieve riduzione (Fig.13).

Questo è in parte dovuto alle rivalutazioni Istat che riguardano esclusivamente i Conti nazionali e in parte alle diverse popolazioni considerate nei due modelli.

Nell'intervallo 2023-2024, si registra un incremento percentuale della spesa confrontabile con le immissioni di risorse del periodo pandemico, che, tuttavia, come rappresentato in Fig.15 è utile esclusivamente a riportare il rapporto col PIL a valori lievemente inferiori a quelli pre-pandemici.

La spesa dei privati (Fig.14) conserva, invece, un ritmo di crescita che, come si illustrerà meglio in seguito, resta fortemente ancorato alle dinamiche del PIL,

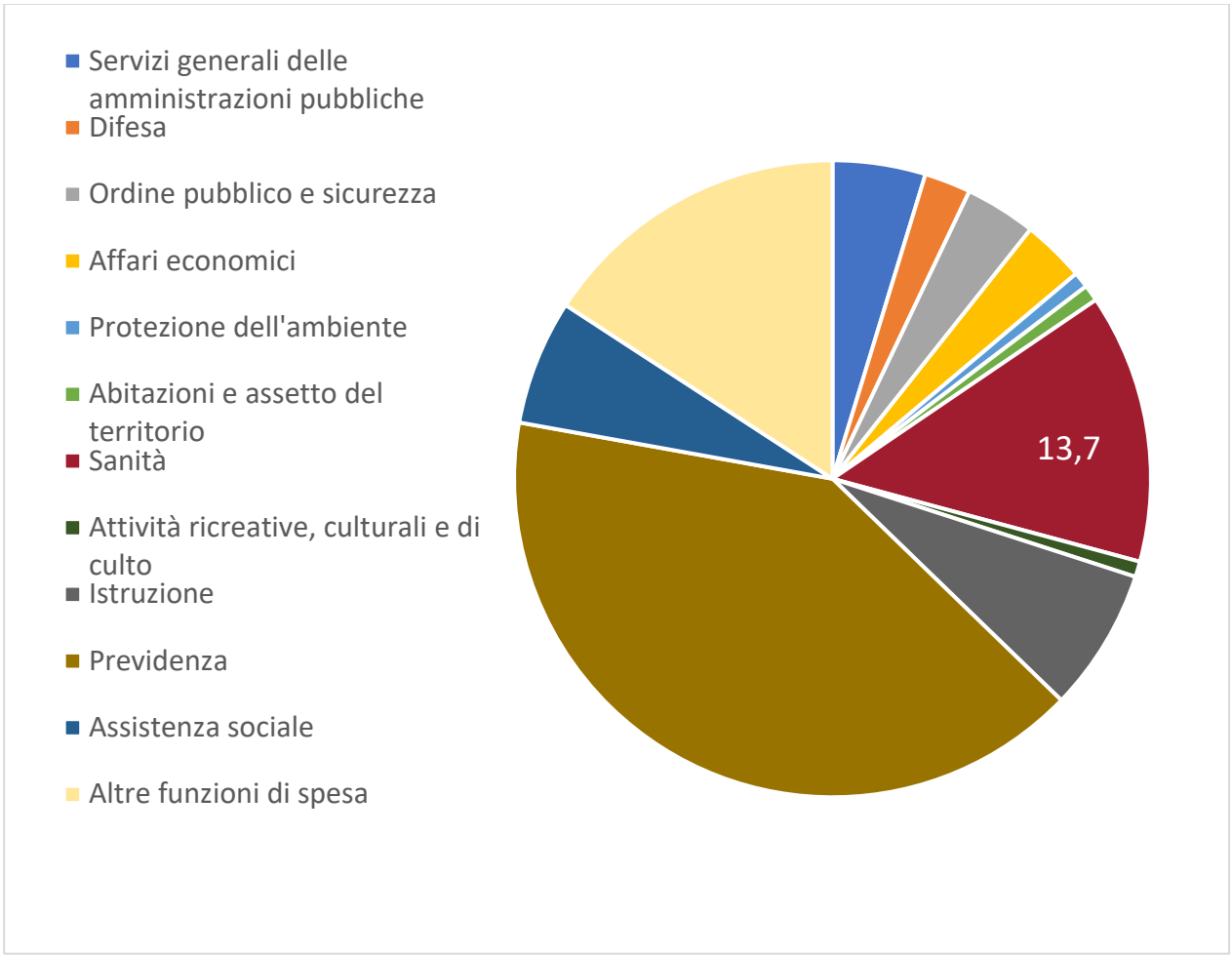
considerata l'associazione tra questa componente di spesa con la capacità economica dei cittadini di rivolgersi al libero mercato e all'andamento dei prezzi al consumo. Se, tuttavia, si osserva l'ultimo aggiornamento Istat intervenuto a marzo 2025, nel 2024 si assiste a una interruzione del *trend* positivo, con uno scarto di -1,8 punti percentuali rispetto al 2023.

Per quanto riguarda il rapporto spesa/PIL, il dato più interessante per entrambe le componenti è di sostanziale, faticosa tenuta (Figg.15 e 16). Nel 2024, il rapporto spesa privata/PIL scende addirittura sotto il 2%.

2.2.1.2 La spesa sanitaria pubblica: la quota di spesa che lo Stato e le Regioni destinano alla Sanità

La spesa pubblica corrente destinata alla Sanità sulla spesa totale delle pubbliche amministrazioni resta sostanzialmente invariata rispetto al 2019.

Fig.17 Spesa delle Pubbliche Amministrazioni, anno 2023, composizione percentuale



Fonte: elaborazione su dati Istat, Conti nazionali - Conti e aggregati economici delle Pubbliche Amministrazioni (COFOG 2 e 3 cifre) e Conti nazionali - Conti della Protezione Sociale, edizione aprile 2024.

La spesa pubblica corrente destinata alla Sanità rappresenta nel 2023 (ultimo dato disponibile) il 13,7% del totale (Fig.17) e si tratta della quota più contenuta degli ultimi 20 anni, minore anche rispetto al periodo pre-Covid (Fig.18).

Al di là di aggiustamenti interni tra le varie voci di spesa – anche frutto di diverse sensibilità e diverse agende politiche delle maggioranze – la previdenza registra sempre il peso maggiore sulle spese per prestazioni di protezione sociale (66,9%) e, in generale su tutta la spesa pubblica (40,6%). Rileva, tuttavia, l'incremento importante di "Altre voci di spesa", alla quale Istat attribuisce una valenza residuale ma della quale non si conosce l'effettivo contenuto e che condiziona la distribuzione nelle altre destinazioni di spesa (Tab.7).

Tab.7 Spesa delle Pubbliche Amministrazioni destinata alla Sanità: percentuale sul totale, anni 2000-2023

	2000	2005	2010	2015	2019	2023
Servizi generali delle amministrazioni pubbliche	6,4	7,2	6,8	5,9	5,2	4,7
Difesa	2,6	2,9	2,7	2,6	2,6	2,4
Ordine pubblico e sicurezza	4,5	4,4	4,2	4,0	4,0	3,6
Affari economici	2,7	3,4	3,3	3,1	3,2	3,2
Protezione dell'ambiente	0,5	0,5	0,6	0,5	0,7	0,8
Abitazioni e assetto del territorio	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8
Sanità	12,9	15,1	15,2	14,4	14,3	13,7
Attività ricreative, culturali e di culto	0,7	0,7	0,6	0,6	0,8	0,8
Istruzione	9,2	9,2	8,4	7,6	7,7	7,3
Previdenza	35,9	36,2	38,9	40,4	40,5	40,6
Assistenza sociale	3,6	4,2	4,7	6,1	6,6	6,4
Altre funzioni di spesa	20,5	15,5	13,7	14,1	13,3	15,8

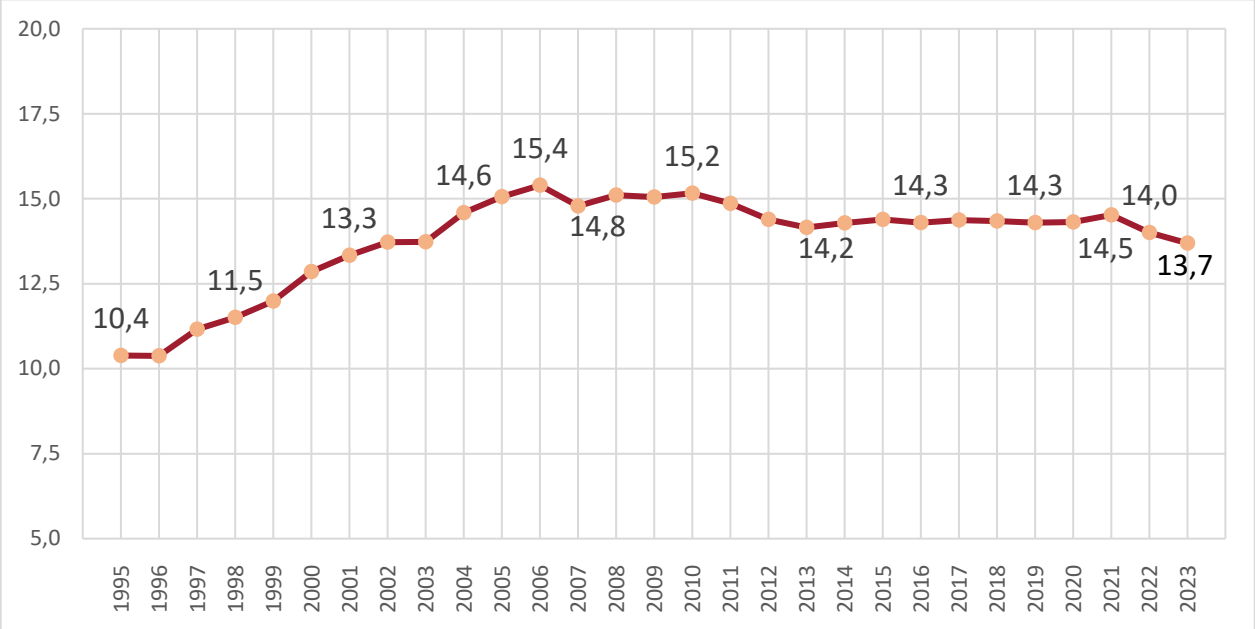
Fonte: elaborazione su dati Istat, Conti nazionali - Conti e aggregati economici delle Pubbliche Amministrazioni (COFOG 2 e 3 cifre) e Conti nazionali - Conti della Protezione Sociale, edizione aprile 2024.

Tab.8 Spesa delle Pubbliche Amministrazioni destinata alla Sanità: percentuale al netto delle voci residuali, anni 2000-2023

	2000	2005	2010	2015	2019	2023
Servizi generali delle amministrazioni pubbliche	8,0	8,6	7,9	6,8	6,0	5,6
Difesa	3,2	3,4	3,2	3,0	3,0	2,8
Ordine pubblico e sicurezza	5,6	5,2	4,8	4,6	4,7	4,3
Affari economici	3,4	4,0	3,9	3,6	3,7	3,8
Protezione dell'ambiente	0,6	0,6	0,7	0,6	0,8	1,0
Abitazioni e assetto del territorio	0,9	0,8	1,0	0,9	1,0	1,0
Sanità	16,2	17,8	17,6	16,8	16,5	16,3
Attività ricreative, culturali e di culto	0,8	0,8	0,7	0,7	1,0	0,9
Istruzione	11,5	10,8	9,7	8,9	8,9	8,6
Previdenza	45,2	42,9	45,1	47,1	46,7	48,2
Assistenza sociale	4,5	4,9	5,5	7,0	7,7	7,5

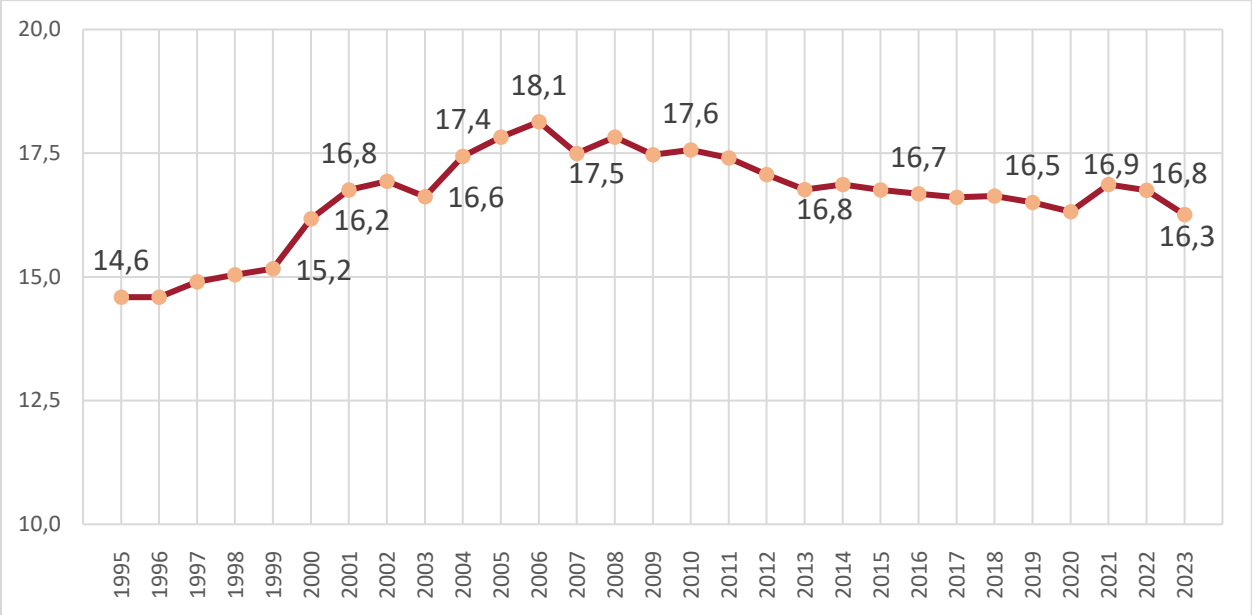
Fonte: elaborazione su dati Istat, Conti nazionali - Conti e aggregati economici delle Pubbliche Amministrazioni (COFOG 2 e 3 cifre) e Conti nazionali - Conti della Protezione Sociale, edizione aprile 2024.

Fig.18 Spesa delle Pubbliche Amministrazioni destinata alla Sanità: percentuale sul totale, anni 1995-2023



Fonte: elaborazione su dati Istat, Conti nazionali – Conti e aggregati economici delle Pubbliche Amministrazioni (COFOG 2 e 3 cifre) e Conti Nazionali – Conti della Protezione Sociale, edizione aprile 2024.

Fig.19 Spesa delle Pubbliche Amministrazioni destinata alla sanità: percentuale al netto delle voci residuali, anni 2000-2023



Fonte: elaborazione su dati Istat, Conti Nazionali – Conti e aggregati economici delle Pubbliche Amministrazioni (COFOG 2 e 3 cifre) e Conti Nazionali – Conti della Protezione Sociale, edizione aprile 2024.

Eliminando l'effetto di "Altre voci di spesa" (Tab.8 e Fig.19) e considerando la composizione tra i principali settori di competenza pubblica, la quota di spesa delle Pubbliche Amministrazioni destinata alla Sanità resta sostanzialmente invariata rispetto al 2019. Cresce invece notevolmente la spesa per la previdenza che – considerata la struttura per età della popolazione italiana nonché l'invecchiamento progressivo – ha un ruolo sempre più centrale nelle scelte di finanziamento, ridimensionando notevolmente gli spazi di azione sulle altre voci di *welfare*.

2.2.1.3 La spesa sanitaria privata: la quota di spesa che le famiglie destinano alla Sanità

La spesa corrente destinata alla Sanità è il 3,4% della spesa totale delle famiglie: è la quota più bassa degli ultimi 10 anni.

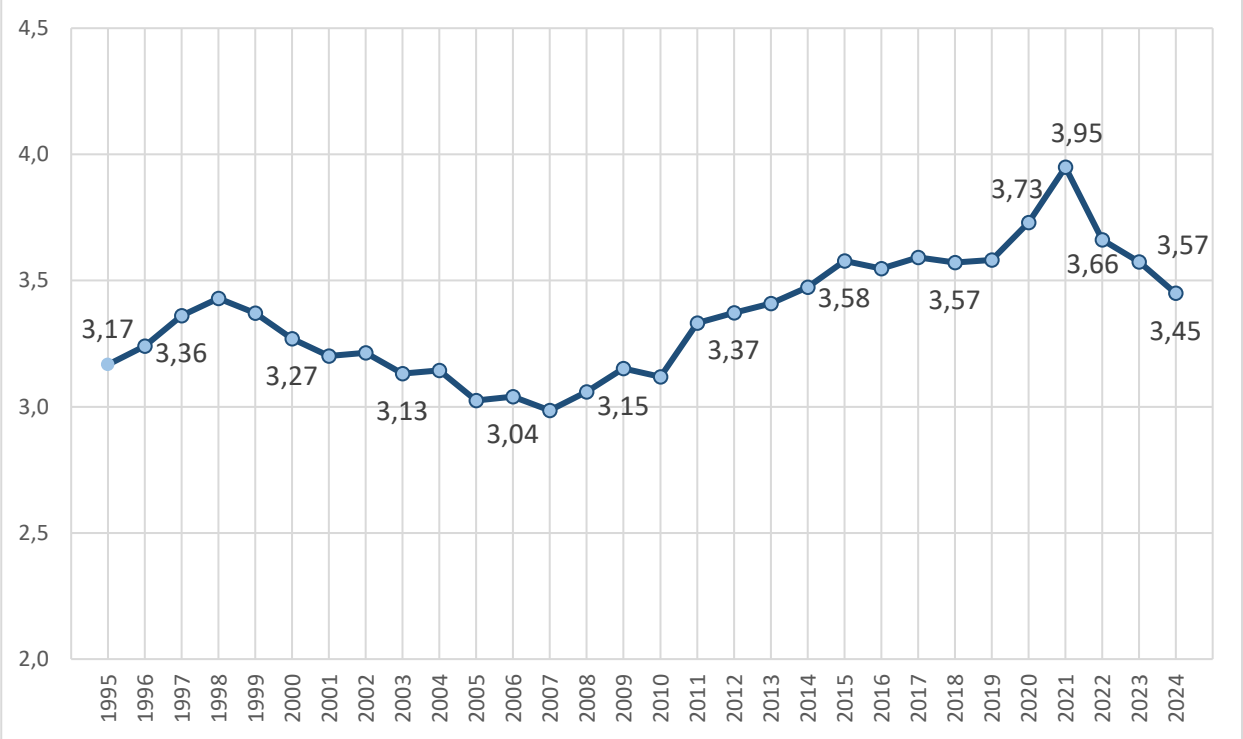
Sanità privata non significa sanità erogata da strutture private ma spesa dei privati (persone fisiche o giuridiche) per prestazioni, servizi o beni sanitari erogati da strutture di diritto pubblico e privato.

La Sanità privata è l'insieme di tutte quelle prestazioni che vengono erogate da soggetti pubblici e privati al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale e dietro pagamento di un correspettivo economico da parte del cittadino-paziente o dalle imprese.

Quando si parla di spesa privata ci si riferisce essenzialmente alla spesa delle famiglie per beni e servizi sanitari, considerato che la quota a carico delle imprese assume proporzioni quasi trascurabili.

In questo senso, la spesa sanitaria privata rappresenta una delle molteplici voci di spesa in cui si articolano le decisioni/necessità di spesa delle famiglie italiane.

Fig.20 Spesa sanitaria delle famiglie: percentuale sui consumi finali totali[6] (prezzi correnti), 1995-2024

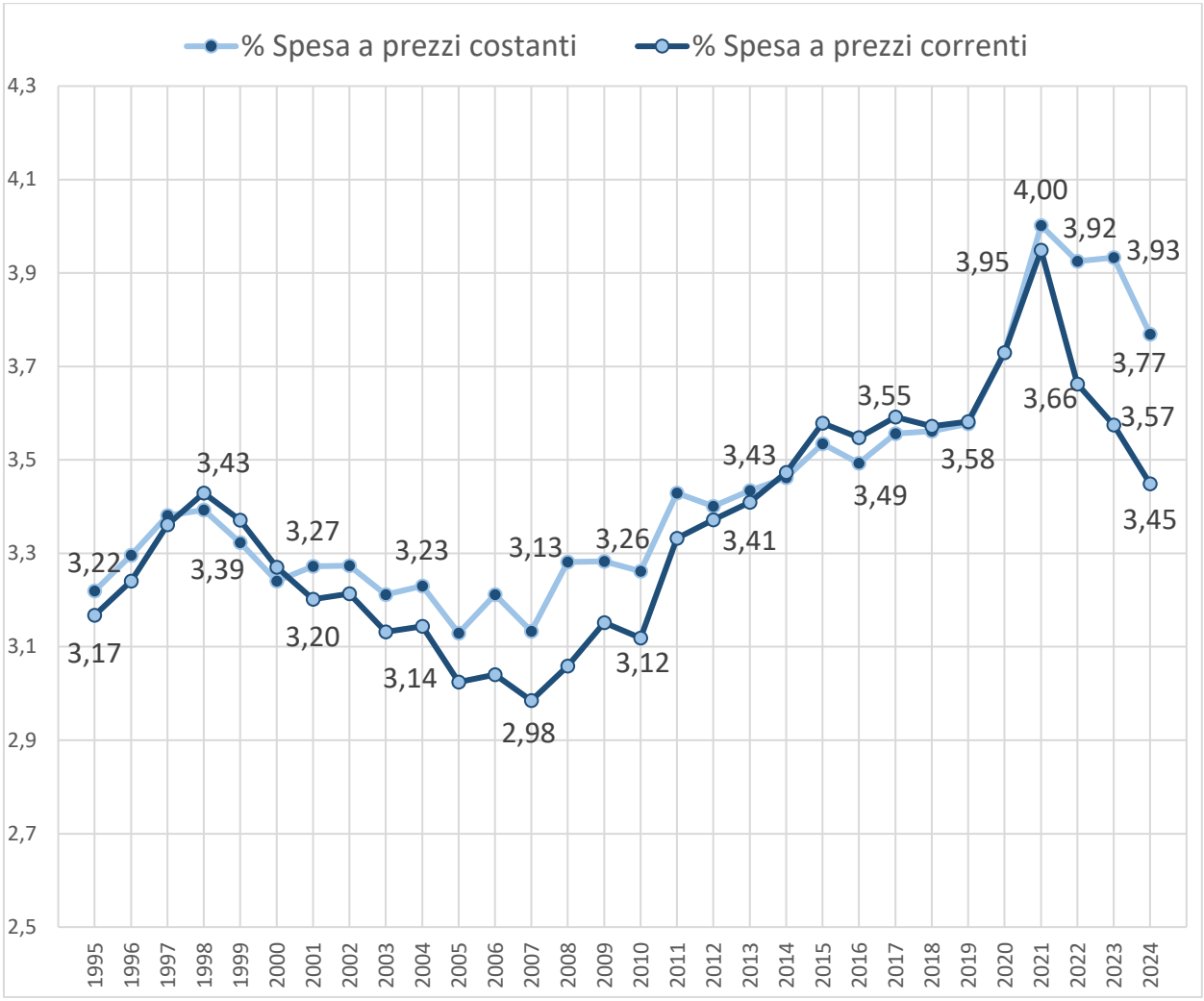


Fonte: elaborazione su dati Istat, Conti nazionali, Spesa per Consumi finali delle famiglie (COICOP, 3 cifre), edizione marzo 2025.

Nel 2024, ultimo anno di osservazione, la spesa sanitaria è stata pari al 3,45% delle spese complessivamente sostenute dalle famiglie, una quota inferiore al periodo pre-pandemico e la più contenuta degli ultimi dieci anni (Fig.20).

[6] Da figura 28 a figura 35 il *database* è quello Istat - Sistema dei Conti nazionali (su popolazione residente e non residente e classificazione COICOP 3 cifre).

Fig.21 Spesa sanitaria delle famiglie: percentuale su consumi finali totali (prezzi correnti *vs* prezzi costanti 2020), 1995-2024



Fonte: elaborazione su dati Istat, Conti nazionali, Spesa per Consumi finali delle famiglie (COICOP, 3 cifre), edizione marzo 2025.

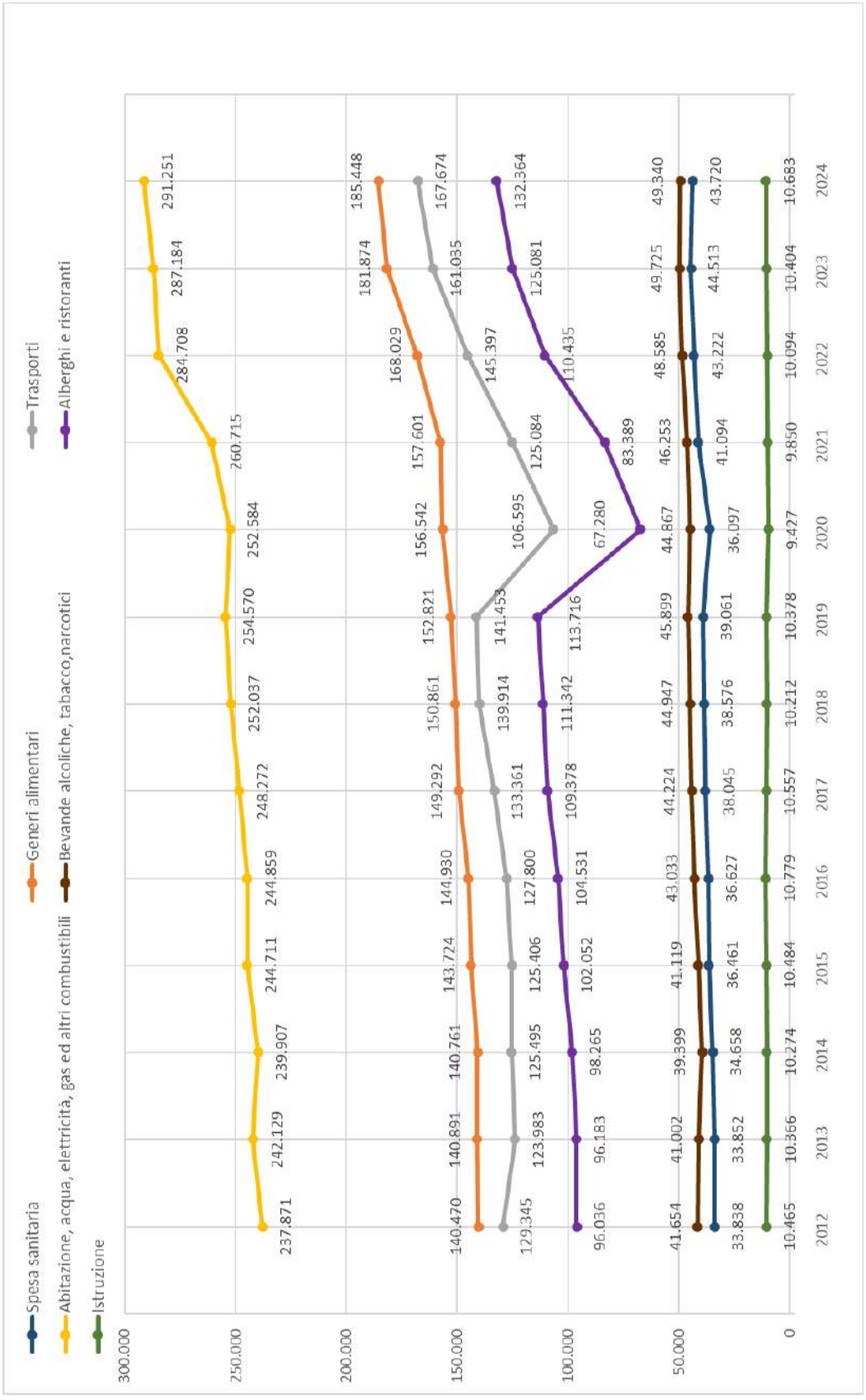
Nell'analisi a prezzi costanti (Fig.21), il valore reale della spesa sanitaria sostenuta dalle famiglie all'interno del paniere di consumi familiari è, invece, uno dei più alti di sempre, anche se in progressiva diminuzione dal picco del 2021: questo perché nel confronto con le altre voci di spesa, **quella sanitaria è quella meno condizionata dalle dinamiche inflattive** (Tab.9).

Tab 9 Spesa sanitaria delle famiglie: percentuale su consumi finali totali - andamento temporale a confronto con andamenti di altre voci di spesa (prezzi correnti *vs* prezzi costanti), 2012-2024

	SANITA'		GENERI		TRASPORTI		ABITAZIONE,		BEVANDE		ALBERGHI E		ISTRUZIONE	
	Prezzi correnti	Prezzi costanti	Prezzi correnti	Prezzi costanti	Prezzi correnti	Prezzi costanti	Prezzi correnti	Prezzi costanti	Prezzi correnti	Prezzi costanti	Prezzi correnti	Prezzi costanti	Prezzi correnti	Prezzi costanti
2012	3,37	3,40	14,00	14,37	12,89	13,02	23,70	23,98	4,15	4,46	9,57	9,87	1,04	0,96
2013	3,41	3,43	14,19	14,40	12,49	12,66	24,38	24,57	4,13	4,43	9,69	9,95	1,04	0,95
2014	3,47	3,46	14,11	14,36	12,58	12,73	24,04	24,16	3,95	4,23	9,85	10,05	1,03	0,93
2015	3,58	3,53	14,11	14,20	12,31	12,82	24,02	24,17	4,04	4,23	10,02	10,10	1,03	0,91
2016	3,55	3,49	14,04	14,18	12,38	13,00	23,72	23,91	4,17	4,29	10,13	10,19	1,04	0,92
2017	3,59	3,56	14,10	14,17	12,59	12,84	23,44	23,61	4,18	4,30	10,33	10,37	1,00	0,93
2018	3,57	3,56	13,97	14,09	12,95	12,88	23,34	23,40	4,16	4,28	10,31	10,38	0,95	0,93
2019	3,58	3,58	14,01	14,16	12,97	12,80	23,35	23,24	4,21	4,31	10,43	10,46	0,95	0,95
2020	3,73	3,73	16,17	16,17	11,01	11,01	26,10	26,10	4,64	4,64	6,95	6,95	0,97	0,97
2021	3,95	4,00	15,15	15,27	12,02	11,63	25,05	24,68	4,44	4,56	8,01	7,95	0,95	1,00
2022	3,66	3,92	14,24	14,02	12,32	11,59	24,12	23,15	4,12	4,43	9,36	9,32	0,86	0,97
2023	3,57	3,93	14,61	13,72	12,93	12,37	23,06	22,63	3,99	4,43	10,04	9,79	0,84	0,99
2024	3,45	3,77	14,63	13,61	13,23	12,75	22,97	22,92	3,89	4,31	10,44	9,93	0,84	0,99

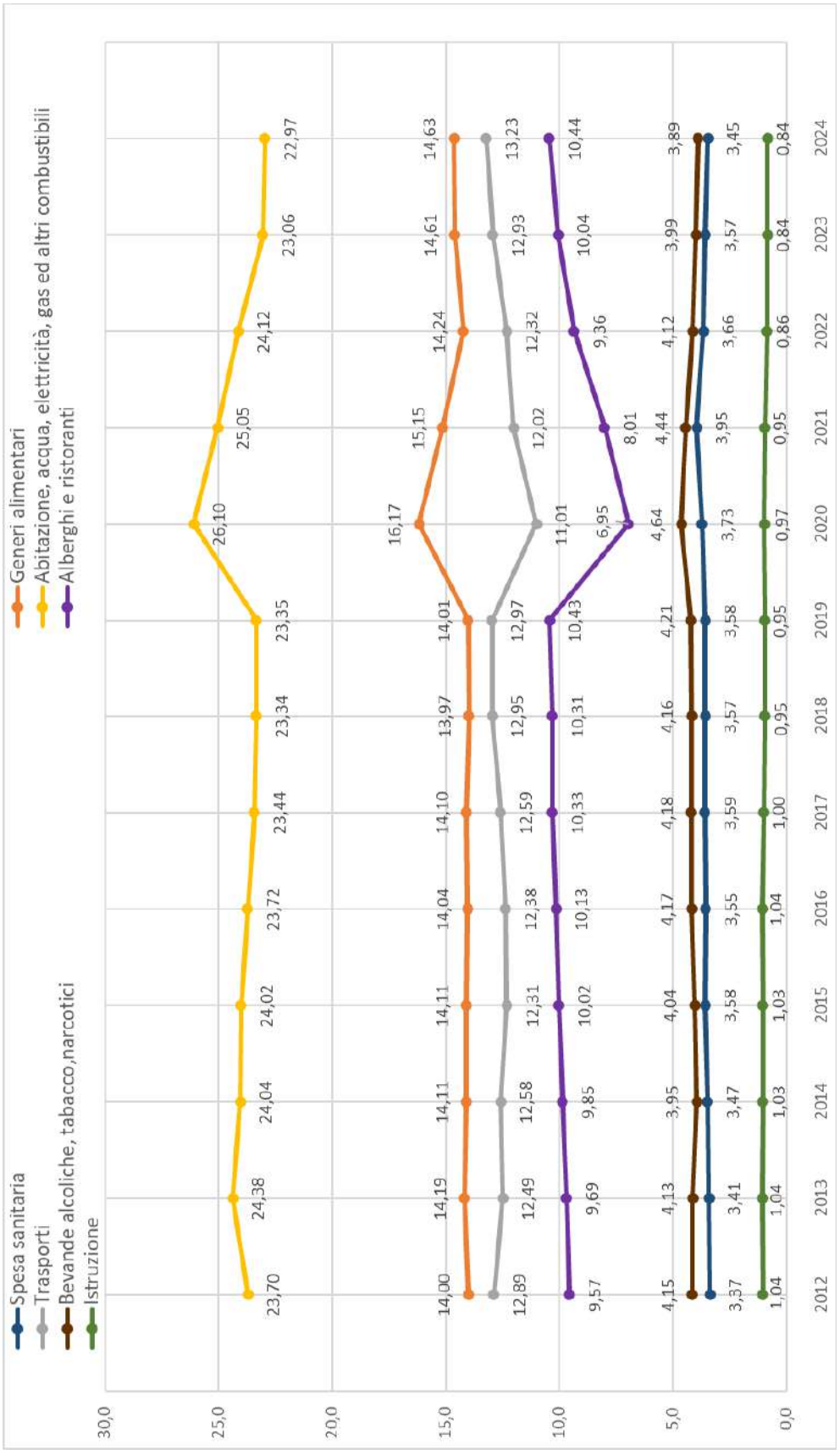
Fonte: elaborazione su dati Istat, Conti nazionali, Spesa per Consumi finali delle famiglie (COICOP 3 cifre), edizione marzo 2025.

Fig. 22 Spesa sanitaria delle famiglie: andamento temporale a confronto con andamenti di altre voci di spesa, 2012-2024 (valori assoluti in milioni di euro)



Fonte: elaborazione su dati Istat, Conti nazionali, Spesa per Consumi finali delle famiglie (COICOP 3 cifre), edizione marzo 2025.

Fig. 23 Spesa sanitaria delle famiglie: percentuale su consumi finali totali - andamento temporale a confronto con andamenti di altre voci di spesa, 2012-2024



Fonte: elaborazione su dati Istat, Conti nazionali, Spesa per Consumi finali delle famiglie (COICOP 3 cifre), edizione marzo 2025.

Non si assiste, dunque, ad alcun aumento del peso relativo della spesa sanitaria all'interno del paniere dei consumi delle famiglie. Esiste, piuttosto, un picco nel periodo pandemico e nella fase inflazionistica che si sta progressivamente riducendo, con un andamento simile a quello della spesa per abitazioni, acqua, elettricità e gas e per generi alimentari, entrambi – per ovvie ragioni – condizionati dalle fasi di *lockdown* e dalla crisi energetica (Figg. 22 e 23).

Al contrario **la spesa sanitaria si qualifica, al pari di altre, come una voce stabile delle decisioni di consumo delle famiglie italiane, senza sostanziali variazioni nel tempo.**

Essa rappresenta, cioè, una componente congenita del sistema sanitario italiano e delle abitudini di spesa dei cittadini.

2.2.2 La spesa sanitaria è aumentata o diminuita?

In questa sezione si propone l'analisi di dettaglio degli andamenti temporali della spesa pubblica in confronto con quella privata e della spesa obbligatoria in confronto a quella volontaria, sia in termini assoluti, sia rispetto al PIL sia come percentuali rispetto al totale. Attraverso la comparazione dei trend di spesa si vuole, in particolare, verificare l'esistenza di una relazione tra la quota di finanziamento pubblico e il ricorso alla sanità a pagamento.

Il *trend* temporale della spesa privata è inoltre distinto nelle sue componenti di spesa diretta delle famiglie e spesa intermediata.

2.2.2.1 La spesa sanitaria pubblica, obbligatoria, privata, volontaria

Al fine di valutare gli andamenti temporali della spesa pubblica e privata ed eventuali interdipendenze occorre considerare come fonte dati quella di Istat, Conti della Sanità, l'unica fonte ufficiale che stima entrambe le componenti di spesa sulla popolazione residente e che consente, quindi, il confronto.

I consumi privati possono riguardare sia servizi ricompresi nei LEA e pertanto garantiti – quantomeno sulla carta – nel nostro modello universalistico e solidale di sanità sia prestazioni *extra*-LEA, ovvero trattamenti o interventi non ricompresi nella tutela pubblica: si pensi ad esempio alle cure odontoiatriche, rispetto alle quali il SSN si limita a finanziare programmi nell'età evolutiva e a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità. Consumi privati sono anche i pagamenti a carico dei cittadini come compartecipazione ai costi delle prestazioni LEA, ovvero alla spesa pubblica per l'assistenza sanitaria, i cosiddetti *ticket*.

Mentre le prime due tipologie di spesa privata hanno natura volontaria, la terza è di fatto obbligatoria per tutti (salvo esenzioni) coloro che vogliono accedere a determinate prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale.

Il termine volontario non riguarda il merito della spesa nella sua necessità o urgenza ma la non obbligatorietà dell'esborso in termini di imposta o di altro prelievo previsto normativamente.

La spesa privata è dunque la spesa dei privati, sia in termini di pagamenti diretti (*out of pocket*) sia in termini di spesa intermediata dal settore assicurativo, dalle imprese e dalle realtà *no profit*.

La spesa sanitaria pubblica è la spesa delle pubbliche amministrazioni per l'acquisto di beni e servizi di cura e prevenzione per conto dei cittadini-pazienti ma ricomprende anche la quota di assicurazioni sociali, private e i conti di risparmio medico obbligatori.

La spesa delle pubbliche amministrazioni – essendo finanziata attraverso la fiscalità generale assume natura obbligatoria – così come determinate assicurazioni sanitarie previste dallo specifico CCNL che regolamenta il relativo settore.

Al fine di valutare gli andamenti temporali della spesa pubblica e privata ed eventuali interdipendenze occorre considerare come fonte dati quella di Istat, Conti della Sanità, l'unica fonte ufficiale che stima entrambe le componenti di spesa sulla popolazione residente e che consente, quindi, il confronto.

Imm.3 Le definizioni di spesa sanitaria

Fonte: elaborazione degli autori.

2.2.2.2 Le dinamiche temporali della spesa sanitaria privata, in confronto e in relazione con la spesa sanitaria pubblica

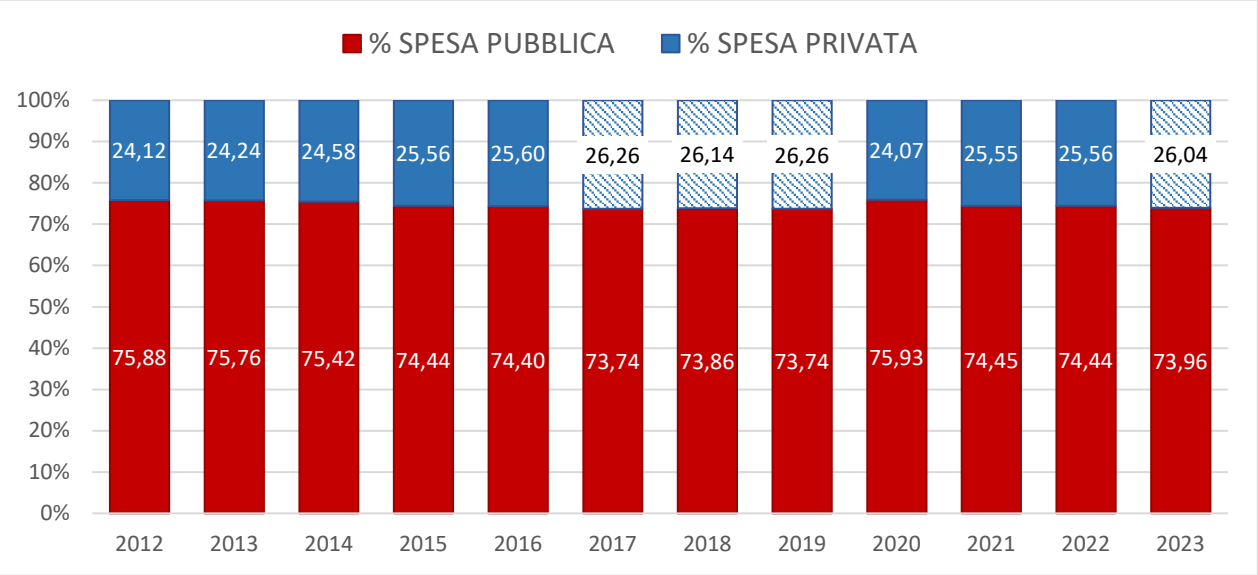
La spesa privata rappresenta storicamente e pressoché stabilmente 1/4 della spesa sanitaria totale.

Se si osserva la composizione della spesa sanitaria totale, la spesa privata rappresenta storicamente e pressoché stabilmente 1/4 della spesa sanitaria totale.

La percentuale del 26,04% che si registra nel 2023 è inferiore alla quota di spesa privata del 2017, 2018 e 2019 (Fig.24) così come la spesa volontaria nel biennio 2021-2022 di recupero post-Covid torna ai livelli pre-pandemici (Fig.25).

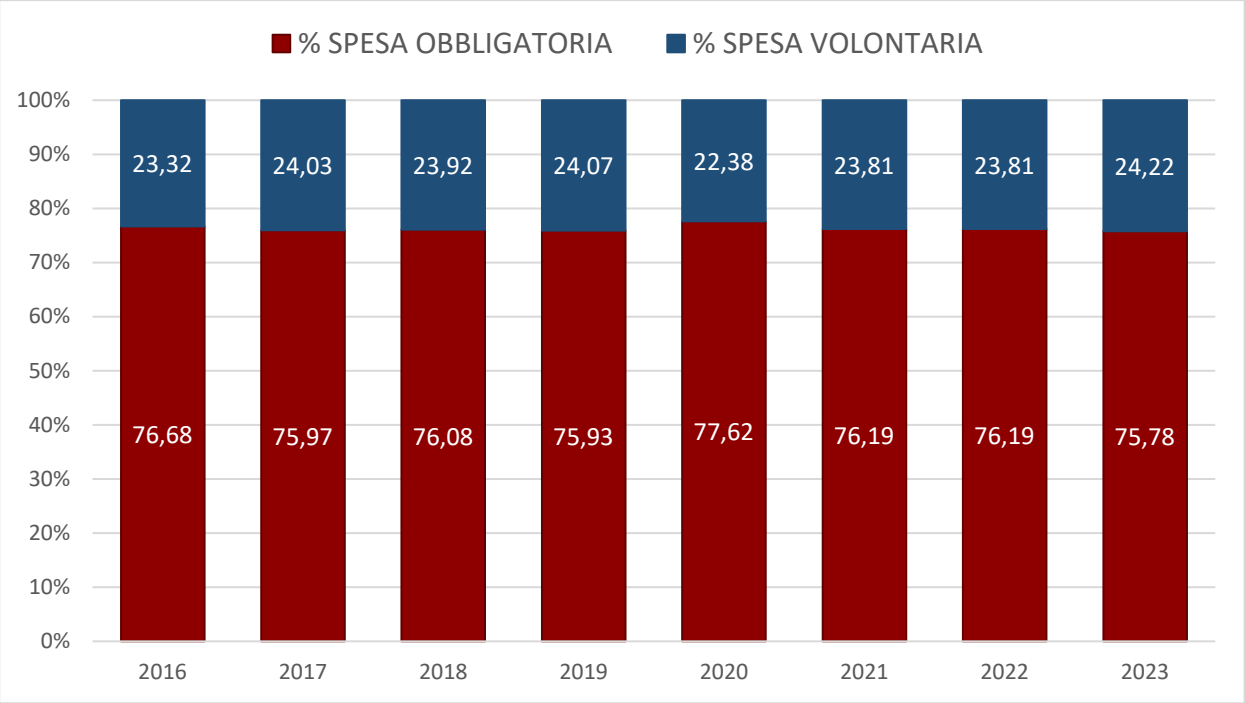
La spesa privata rappresenta una componente in parte incomprimibile della spesa sanitaria italiana in un modello universalistico di sanità come quello italiano che perimetra – sia in termini di inevitabile limitatezza delle finanze pubbliche sia in termini di prioritizzazione dei bisogni di salute sia in termini di selezione *evidence-based* – i trattamenti e interventi sanitari che rientrano nella tutela pubblica.

Fig.24 Composizione percentuale spesa sanitaria totale: spesa sanitaria della Pubblica Amministrazione e spesa sanitaria dei privati, 2012-2023



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Fig.25 Composizione percentuale spesa sanitaria totale: spesa sanitaria obbligatoria e spesa sanitaria volontaria, 2016-2023



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.
Nota: le stime della spesa obbligatoria e della spesa volontaria sono disponibili solo a partire dal 2016, primo anno di misurazione del *ticket* da sistema Tessera Sanitaria.

Il dato di sostanziale incomprimibilità tornerà più volte nel corso della trattazione, a prescindere dal tipo di analisi effettuata e dalle fonti considerate nelle analisi.

In particolare, non si osserva alcuna relazione inversa tra le dinamiche della spesa privata e quelle della spesa pubblica: nonostante nel dibattito pubblico diverse posizioni abbiano portato avanti tesi a supporto di meccanismi di sostituzione dell'una rispetto all'altra, non sembrano esserci evidenze a supporto.

Al contrario, la spesa sanitaria privata cresce anche nelle situazioni economiche di spesa pubblica in aumento (Figg.26 e 27).

Se si eccettua il periodo pandemico – quando l'accesso alle prestazioni soprattutto elettive è stato fortemente razionalizzato – la spesa privata tende a tracciare un andamento dello stesso segno di quella pubblica, senza alcun tipo di meccanismo compensativo dell'una rispetto all'altra.

Spesa pubblica e spesa obbligatoria seguono un andamento inevitabilmente analogo, considerato che entrambe condividono la componente principale di spesa – quella delle pubbliche amministrazioni – e si differenziano per ammontari relativamente più contenuti (*ticket*).

Tuttavia è possibile notare (Figg.28-30) come nel periodo pandemico la distanza tra le curve di spesa pubblica e spesa obbligatoria si assottigli a indicare essenzialmente

la riduzione del contributo legato alle compartecipazioni al costo delle prestazioni a carico dei cittadini-utenti, a sua volta derivante dal minore ricorso a servizi di specialistica ambulatoriale durante l'emergenza Covid-19.

Stesso discorso per quanto riguarda la distanza tra la curva della spesa privata e la curva della spesa volontaria, considerato che si differenziano per le medesime variabili delle altre due tipologie di spesa (Figg. 28-30).

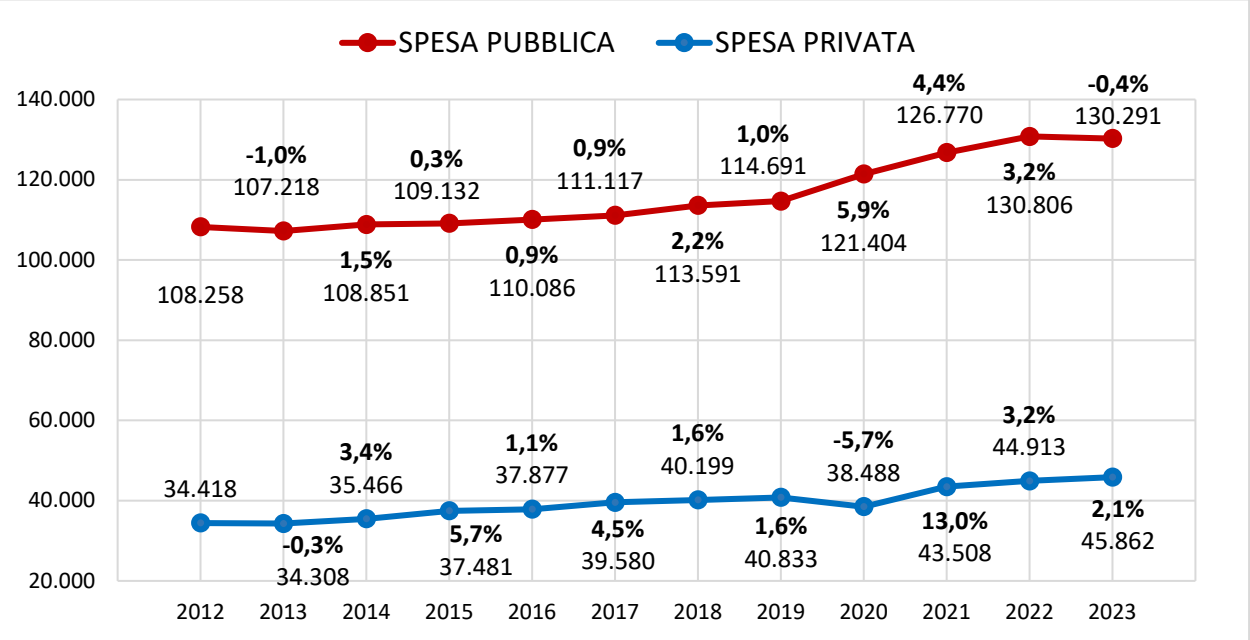
Il valore delle compartecipazioni dei privati alla spesa passa infatti da 3,4 miliardi del 2019 a 2,7 miliardi del 2020 e ai 3,2 miliardi del 2023 (Tab.10).

Tab.10 Proventi delle compartecipazioni alla spesa: *ticket* per la specialistica e il pronto soccorso e *ticket* farmaceutico, 2019-2023 (valori assoluti in milioni di euro)

	2019	2020	2021	2022	2023
Ticket specialistica	1.830	1.220	1.490	1.580	1.710
Ticket farmaceutico	1.570	1.480	1.480	1.500	1.480
Totale	3.400	2.700	2.970	3.080	3.190

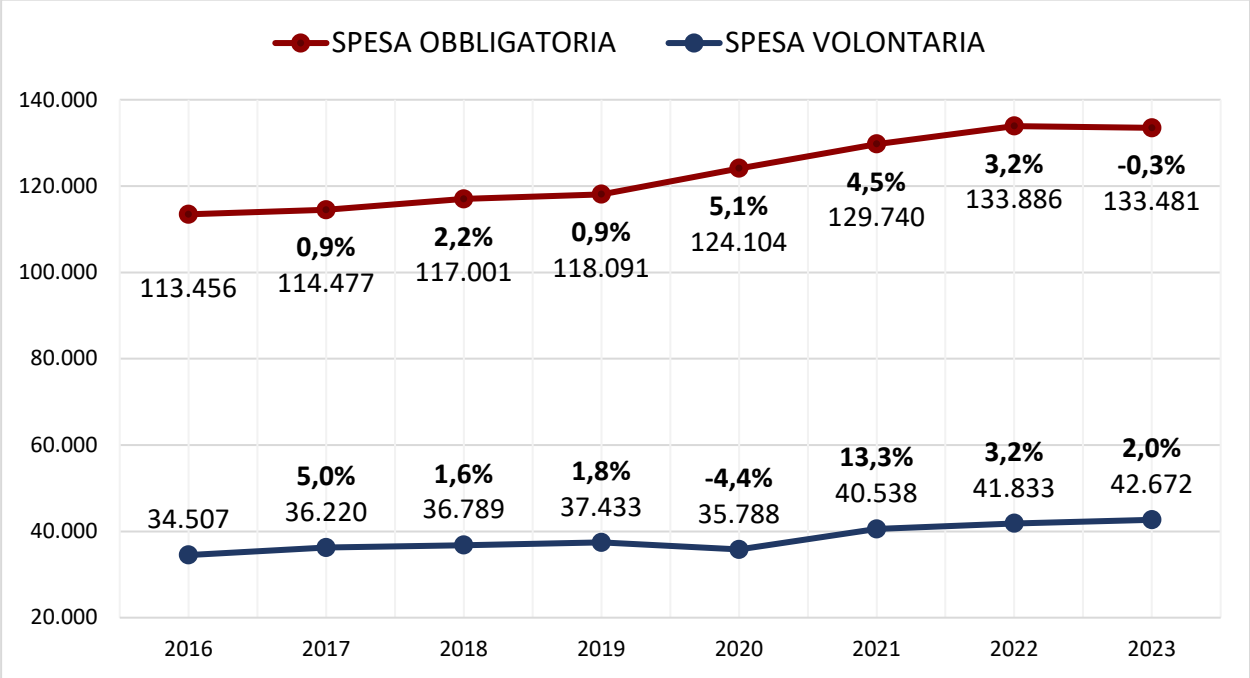
Fonte: elaborazione degli autori su dati MEF, Il Monitoraggio della Spesa sanitaria, 2024.

Fig.26 Spesa sanitaria pubblica *vs* spesa sanitaria privata, 2012-2023 (valori assoluti in milioni di euro e variazioni percentuali)



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Fig.27 Spesa sanitaria obbligatoria *vs* spesa sanitaria volontaria, 2016-2023 (valori assoluti in milioni di euro e variazioni percentuali)



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2023.
Nota: le stime della spesa obbligatoria e della spesa volontaria sono disponibili solo a partire dal 2016, primo anno di misurazione del *ticket* da sistema Tessera Sanitaria.

In linea generale, possiamo verificare come, quantomeno a partire dal 2014 la spesa pubblica rispetto al PIL sia diminuita costantemente, mentre quella privata presenta una traiettoria sostanzialmente piatta, con i valori del 2023 in linea con quelli del 2014 (Figg.29 e 30).

In particolare, dal 2020 per quanto riguarda la spesa pubblica e dal 2021 per quanto riguarda la spesa privata, il rapporto spesa/PIL diminuisce, questo a indicare che la spesa pubblica è cresciuta in misura inferiore al Prodotto Interno Lordo (a sua volta trainato essenzialmente dalle dinamiche inflattive) e che la spesa privata non è in grado di sviluppare una azione di bilanciamento.

La spesa privata sul PIL diminuisce, infatti, del 4,8% nel 2022 e del 4,3% nel 2023 (Fig.31).

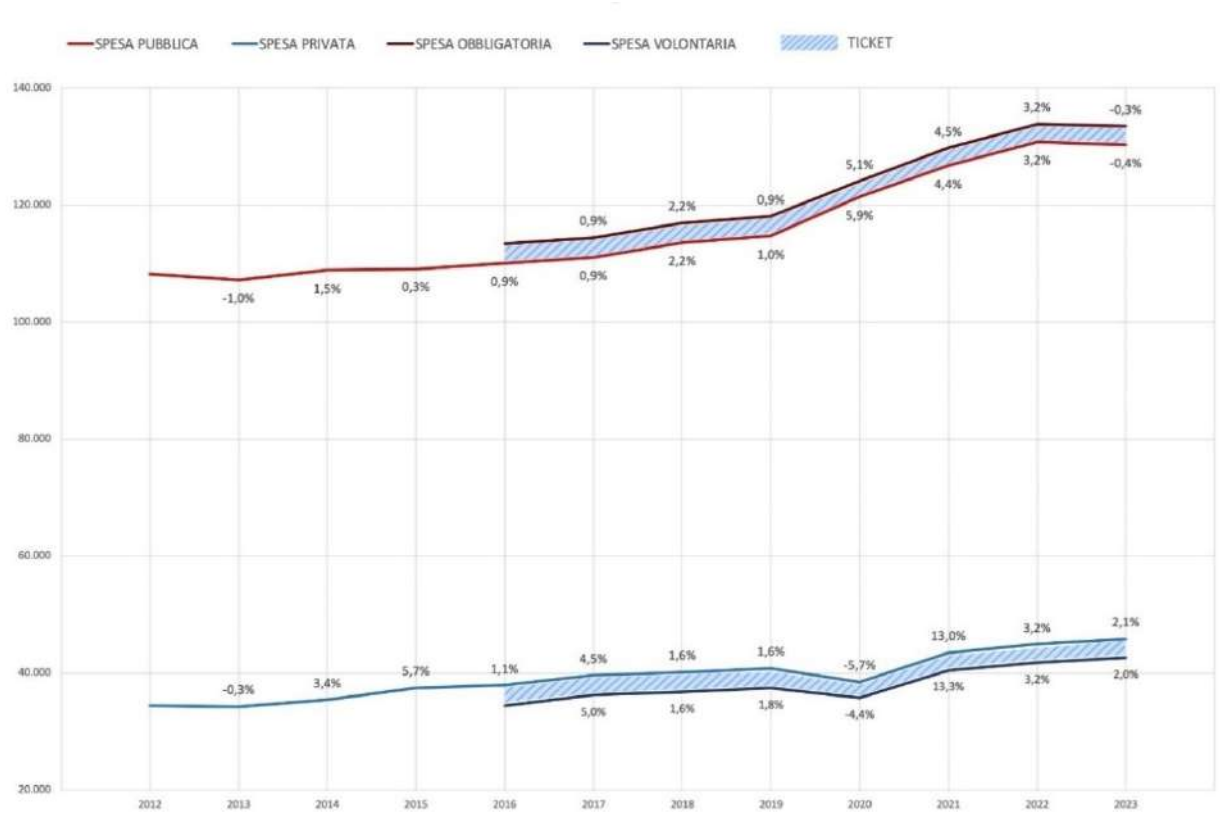
Non si ha, dunque, evidenza di nessuna natura compensativa della spesa privata rispetto ai livelli di finanziamento pubblico.

Appare, invece, chiaro – sia pur nella sostanziale invarianza del rapporto spesa privata/PIL a valori compresi tra 2,1% e 2,3% – il condizionamento del reddito e quindi anche dell'andamento dei prezzi al consumo sulle scelte di spesa degli utenti (Fig.32).

La spesa sanitaria privata e quindi la capacità effettiva di spesa delle famiglie è infatti maggiormente soggetta della pubblica alle dinamiche di mercato.

In considerazione con quanto è possibile osservare dalle analisi, risulta fondamentale studiare le motivazioni alla base di una percezione generalizzata rispetto a un incremento sentito come allarmante della spesa privata, ma che di fatto non si sta verificando.

Fig.28 Spesa sanitaria a prezzi correnti: spesa pubblica, spesa privata, spesa obbligatoria, spesa volontaria (variazioni percentuali)

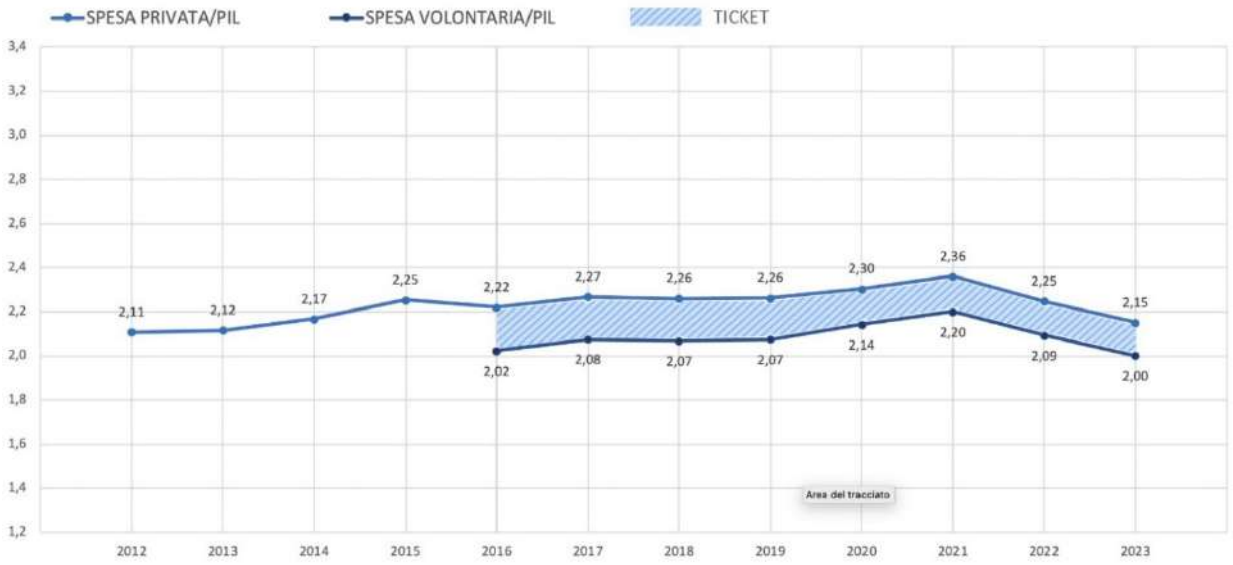


Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.
Nota: le stime della spesa obbligatoria e della spesa volontaria sono disponibili solo a partire dal 2016, primo anno di misurazione del *ticket* da sistema Tessera Sanitaria.

Fig.29 Spesa sanitaria a prezzi correnti rispetto al PIL: spesa pubblica *vs* spesa obbligatoria, 2012-2023 (valori percentuali)

Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024. Aggiornamento PIL (marzo 2025).

Fig.30 Spesa sanitaria a prezzi correnti rispetto al PIL: spesa privata *vs* spesa volontaria, 2012-2023 (valori percentuali)

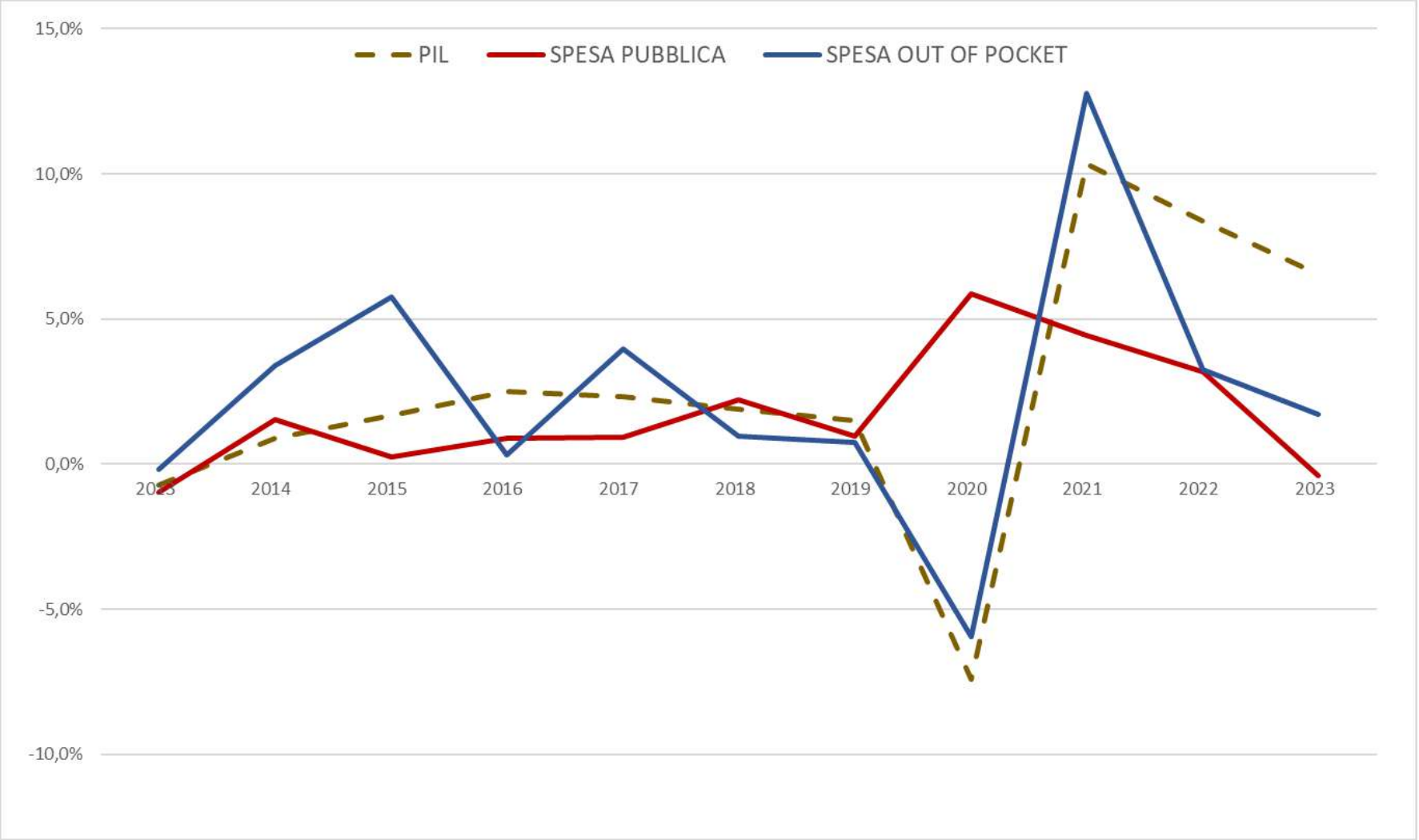


Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024. Aggiornamento PIL (marzo 2025).

Fig.31 Spesa sanitaria a prezzi correnti rispetto al PIL: spesa privata *vs* volontaria - spesa pubblica *vs* obbligatoria, 2012-2023 (valori percentuali sul PIL e variazioni del rapporto spesa/PIL)

Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024. Aggiornamento PIL (marzo 2025)

Fig.32 Variazione percentuale di PIL, spesa pubblica e spesa *out of pocket*, 2013-2023



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.
Aggiornamento PIL (marzo 2025)

Per comprendere il legame della spesa privata con le grandezze macroeconomiche e la specificità in questo senso della spesa privata italiana è fondamentale ricordare come essa si componga essenzialmente di spesa diretta delle famiglie, ovvero di spesa *out of pocket*.

Essa infatti – a differenza dei beni e servizi intermediati da forme assicurative pubbliche o private nonché dal meccanismo di remunerazione delle prestazioni su base tariffaria applicato nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale – si comporta molto similmente alla spesa per altri beni e servizi disponibili sul mercato.

Basti pensare che i riferimenti nazionali per l'applicazione delle tariffe ospedaliere e di specialistica ambulatoriale possono restare invariati anche per più di dieci anni, indifferenti da una parte alle variabili inflazionistiche e dall'altra all'incremento dei costi legati alla costante evoluzione tecnologica e della pratica clinica.

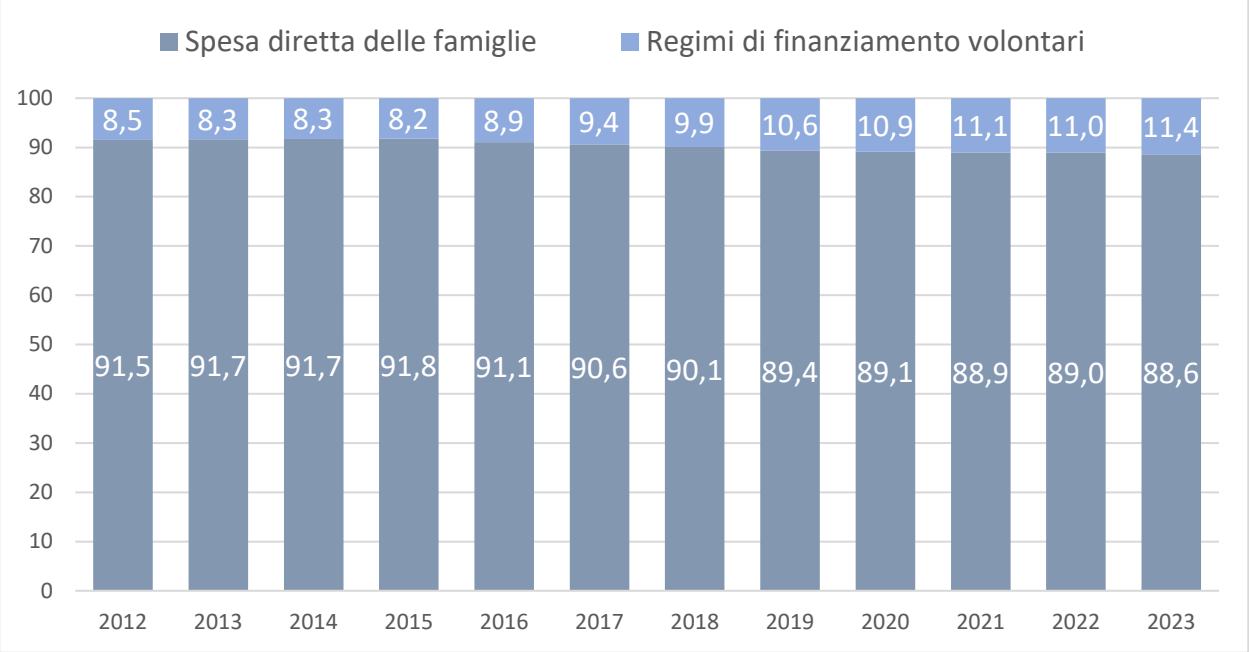
Al contrario, l'adeguamento dei prezzi al consumo di tecnologie diagnostiche e terapeutiche acquistate privatamente all'incremento dei costi di produzione può essere molto più diretto e automatico.

2.2.2.3 Le caratteristiche della spesa sanitaria privata italiana: spesa diretta e spesa intermediata

La spesa diretta delle famiglie rispetto al PIL è la più bassa (almeno) dal 2012; la quota di spesa intermediata è invece in lieve aumento, pur restando a un livello estremamente contenuto.

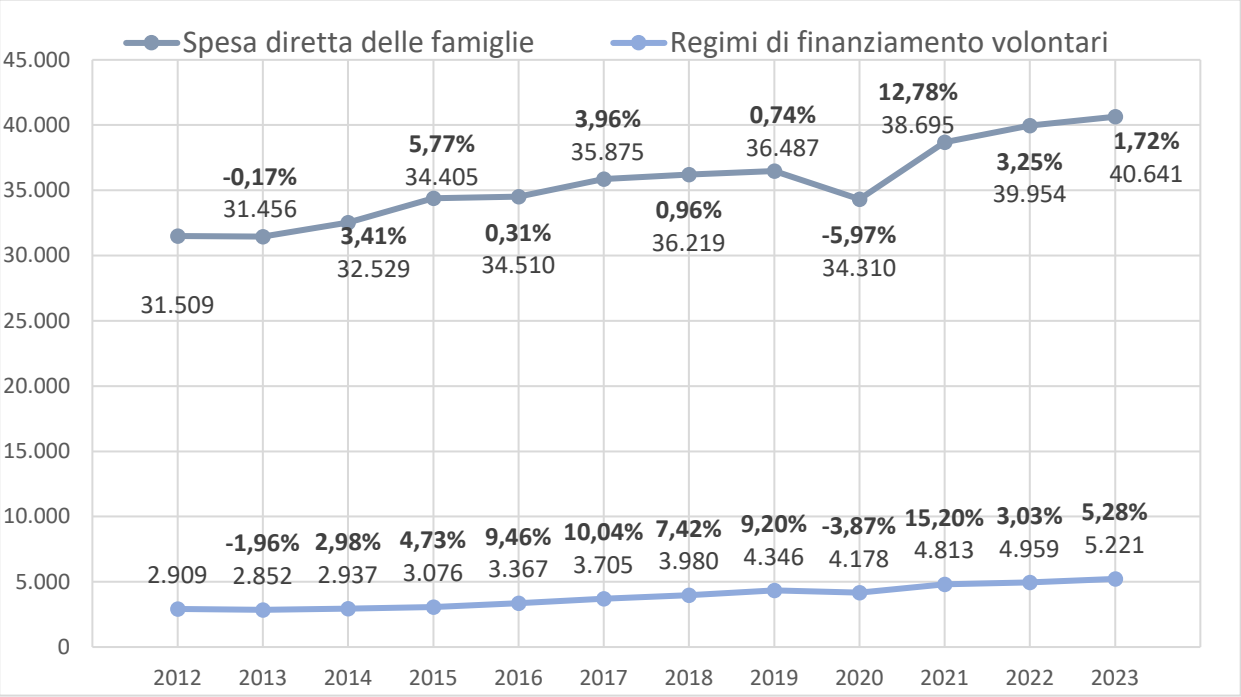
La spesa diretta delle famiglie rappresenta attualmente il 88,6% del totale della spesa dei privati e tende progressivamente a ridimensionarsi a mano a mano che cresce la spesa intermediata, una componente ancora residuale della spesa sanitaria in Italia (Fig.33).

Fig.33 Spesa privata corrente: spesa diretta delle famiglie *vs* spesa intermediata volontaria sul totale 2012-2023



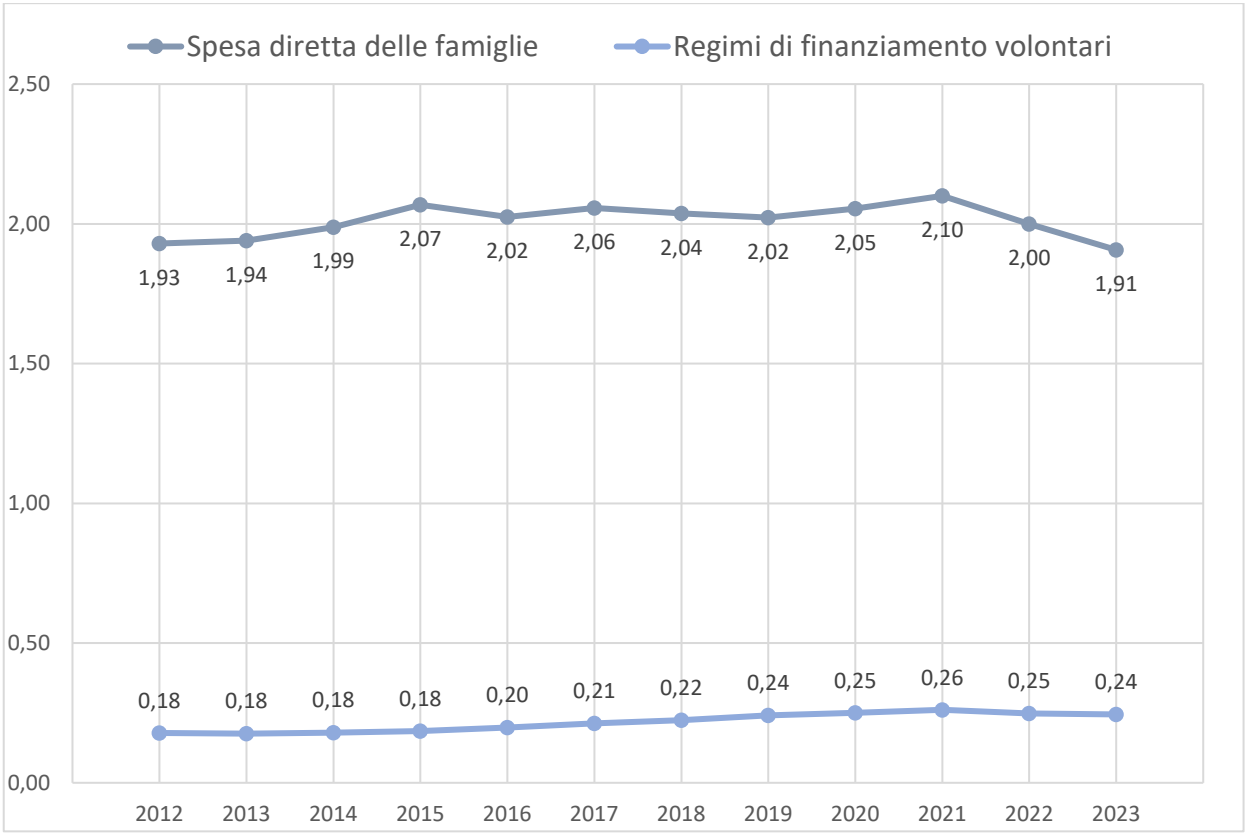
Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.
Nota: nella spesa diretta delle famiglie è incluso il *ticket.*

Fig.34 Spesa privata corrente: spesa diretta delle famiglie *vs* spesa intermediata volontaria 2012-2023 (valori assoluti in milioni di euro e variazioni percentuali)



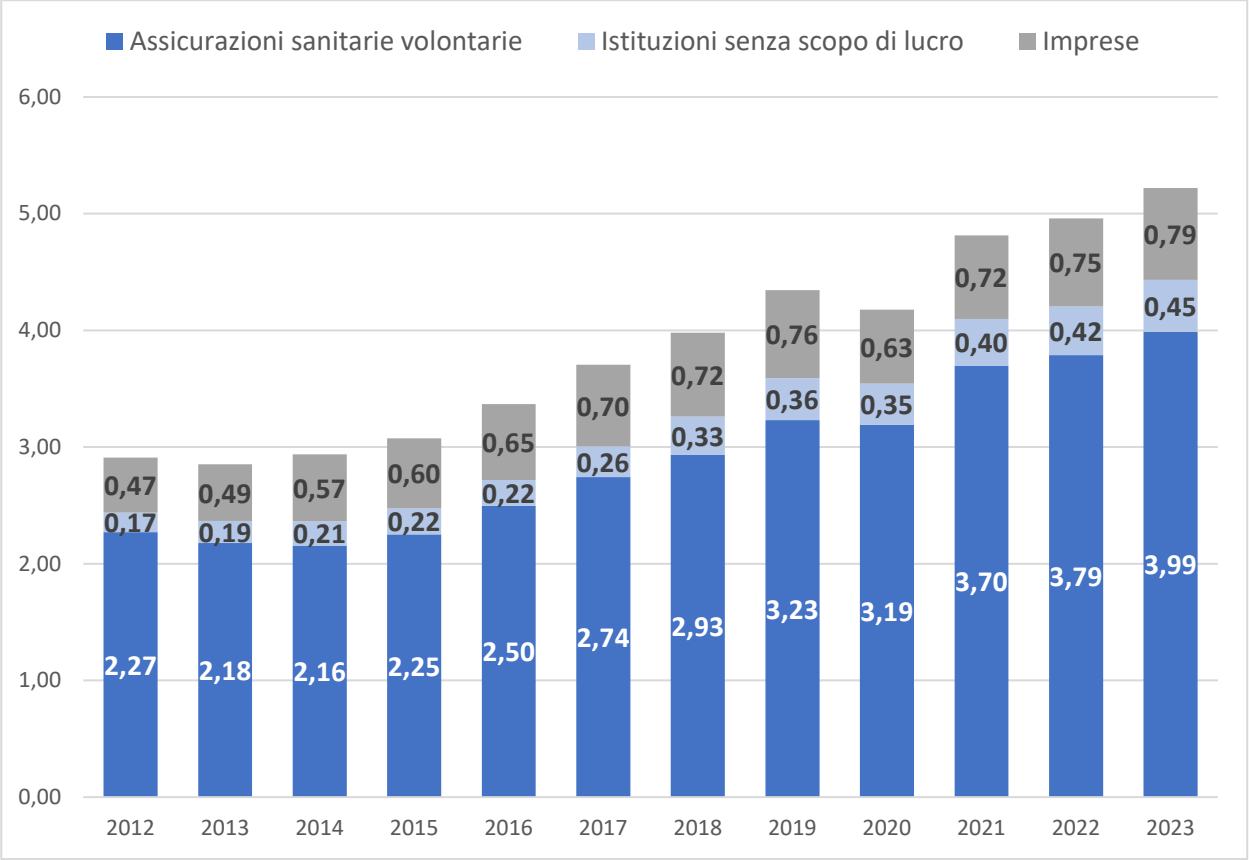
Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.
Nota: nella spesa diretta delle famiglie è incluso il *ticket*.

Fig.35 Spesa privata sul PIL: spesa diretta delle famiglie *vs* spesa intermediata volontaria 2012-2023 (valori percentuali)



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.
Nota: nella spesa diretta delle famiglie è incluso il *ticket.*
Aggiornamento PIL (marzo 2025).

Fig.36 Regimi di finanziamento volontari: componenti di spesa 2012-2023 (valori assoluti in miliardi di euro)



Fonte: elaborazione su dati ISTAT, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

A valori correnti, la spesa *out of pocket* cresce meno della spesa intermediata (Fig.34), ma è un dato piuttosto scontato considerato il bassissimo livello di partenza dei regimi assicurativi volontari nel nostro Paese.

Se, invece, guardiamo al rapporto spesa/PIL, la componente *out of pocket* è nel 2023 la più bassa nell'intervallo temporale considerato, con valori addirittura inferiori al 2012, laddove i regimi di finanziamento volontari sperimentano già dal 2022 un'interruzione nel – sia pur molto lento – *trend* di crescita progressiva (Fig.35).

Nell'ambito della spesa intermediata, lo spazio maggiore è occupato dalle assicurazioni individuali di malattia: se dal 2012 la sua crescita in termini nominali risulta pari al 75%, tale incremento corrisponde a poco più di 1,7 miliardi nell'arco di 11 anni (Fig.36).

2.2.3 Cosa finanziano rispettivamente la spesa sanitaria pubblica e la spesa sanitaria privata?

In questa sezione si intende, innanzitutto, determinare come le risorse pubbliche, nell'ambito del SSN, siano state nel corso del tempo ripartite tra erogatori di diritto pubblico ed erogatori di diritto privato: l'obiettivo è quello di valutare un eventuale trasferimento di risorse pubbliche all'una o all'altra componente della Sanità pubblica. Si vuole in questo caso verificare se la percezione di una spesa privata in continuo aumento sia in qualche modo spiegabile con un incremento delle remunerazioni per le prestazioni erogate dalle strutture accreditate.

La spesa privata è stata qui scomposta al più alto livello di dettaglio possibile, per valutare gli andamenti delle singole componenti di spesa e, in particolare, per isolare la quota *extra*-LEA, ovvero quella dimensione della sanità a pagamento che non trova alcun corrispettivo nella copertura pubblica.

2.2.3.1 Le destinazioni della spesa sanitaria pubblica

L'incidenza della spesa pubblica per l'assistenza presso erogatori accreditati è rimasta sostanzialmente stabile nel tempo e pari a circa 1/5 della spesa pubblica totale.

La spesa pubblica – ovvero le risorse che lo Stato dedica alla sanità pubblica – è destinata per il 46,4% ai servizi di natura ospedaliera, per il 36,9% a servizi di natura ambulatoriale e territoriale e per il 15,6% a beni farmaceutici e a presidi medici durevoli e non (Tab.12 e Fig.37).

L'assistenza di natura ospedaliera si compone da una parte dell'assistenza per cura e riabilitazione operata in regime di ricovero e delle prestazioni di natura ospedaliera erogate in regime domiciliare; dall'altra, dell'assistenza di lunga durata (LTC) sia ospedaliera sia residenziale, nonché diurna e domiciliare.

Tab.11 Componenti di spesa pubblica (in miliardi di euro), 2022 e 2023

		2022		2023	
Assistenza di natura ospedaliera	Assistenza per cura e riabilitazione	49,859	**60,264**	49,952	**60,391**
	Long Term Care	10,405		10,439	
Assistenza territoriale e ambulatoriale			**49,131**		**48,080**
Farmaci e presidi medici	Farmaci e presidi medici non durevoli	19,242	**20,004**	19,618	**20,385**
	Presidi medici durevoli	0,762		0,767	
Governance e amministrazione			1,407		1,435
Totale			*130,806*		*130,291*

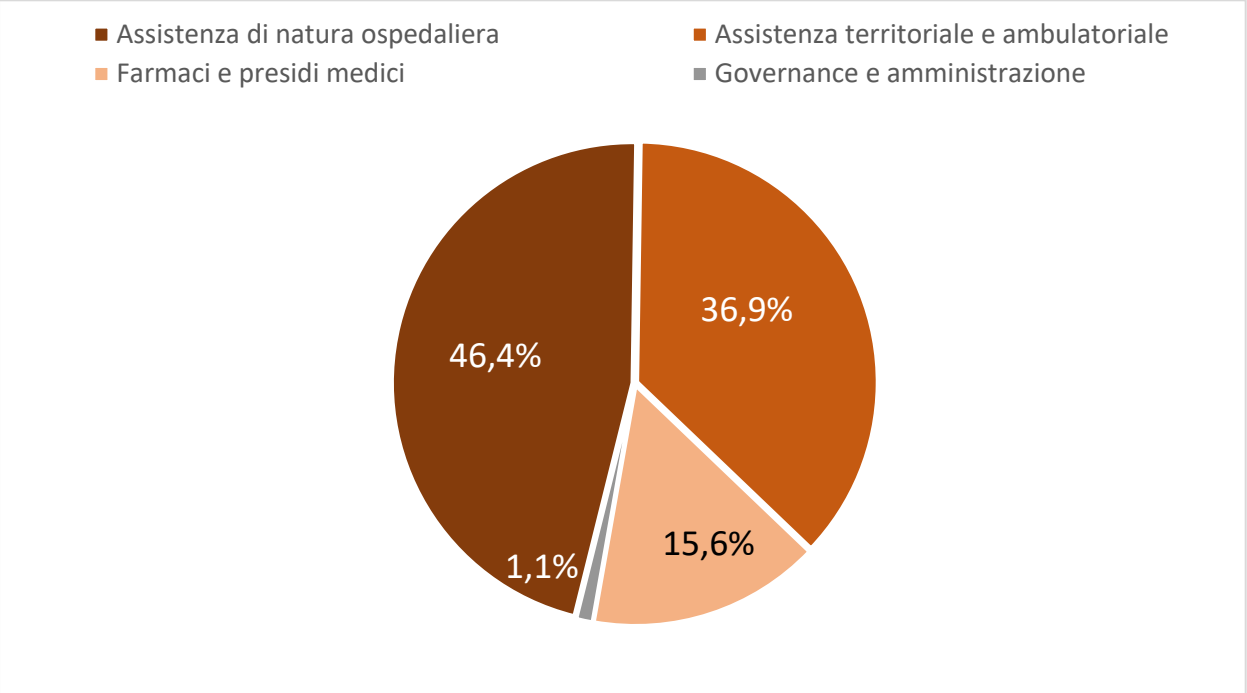
Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.
Note: *di cui 302 milioni di assicurazioni sanitarie obbligatorie; ** di cui 316 milioni di assicurazioni sanitarie obbligatorie.

Tab.12 Componenti di spesa pubblica (in percentuale sul totale), 2022 e 2023

		2022		2023	
Assistenza di natura ospedaliera	Assistenza per cura e riabilitazione	38,1%	**46,1%**	38,3%	**46,4%**
	Long Term Care	8,0%		8,0%	
Assistenza territoriale e ambulatoriale			**37,6%**		**36,9%**
Farmaci e presidi medici	Farmaci e presidi medici non durevoli	14,7%	**15,3%**	15,1%	**15,6%**
	Presidi medici durevoli	0,6%		0,6%	
Governance e amministrazione			1,1%		1,1%
Totale			*100,0%*		*100,0%*

Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.
Note: *di cui 0,23% di assicurazioni sanitarie obbligatorie; ** di cui 0,24% di assicurazioni sanitarie obbligatorie.

Fig.37 Componenti di spesa pubblica (in percentuale sul totale), 2023



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

L'assistenza territoriale e ambulatoriale ricomprende invece le prestazioni di cura, riabilitazione e *Long Term Care* erogate in regime ambulatoriale, la medicina generale e la prevenzione.

In termini assoluti si riduce notevolmente la spesa farmaceutica territoriale e resta sostanzialmente invariata quella per la medicina di base (Tab.13). Tuttavia, in percentuale rispetto alla spesa pubblica totale, alla medicina generale è dedicata una

quota sempre più contenuta del finanziamento delle pubbliche amministrazioni (Tab.14).

L'assistenza finanziata "pubblicamente" viene erogata attraverso strutture di diritto pubblico e strutture di diritto privato.

Rispetto alla spesa per acquisto di prestazioni ospedaliere, di specialistica ambulatoriale e di assistenza residenziale e semiresidenziale, si registra un incremento sia per quelle erogate da strutture pubbliche sia per quelle erogate da strutture accreditate (Tab.13).

In particolare, rispetto al 2019, la spesa per servizi e prestazioni offerte da strutture di diritto pubblico è passata da 67,3 a 86,3 miliardi (pari a un incremento del 28,2%) mentre quella per assistenza garantita da strutture di diritto privato registra un incremento del 9,7%, passando da 26,2 nel 2019 a 28,7 del 2024 (Tab.13).

Tab.13 Componenti di spesa pubblica (in miliardi di euro), 2005 - 2024

	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021	2023	2024
Farmaci	11,8	11,5	11,0	9,9	8,6	8,2	7,6	7,6	7,4	7,6	7,8
Medicina generale	6,5	6,1	6,9	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	7,1	7,3	7,3
Assistenza da strutture accreditate	19,3	21,2	22,8	23,5	23,8	24,4	25,0	26,2	27,4	28,2	28,7
Assistenza da strutture di diritto pubblico	52,3	55,7	61,7	63,7	62,0	63,5	65,8	67,3	78,8	80,7	86,3
Altre uscite	5,5	6,0	6,4	6,4	6,9	7,1	7,3	7,2	7,6	8,1	8,3
Totale uscite correnti	**95,3**	**100,5**	**108,8**	**110,2**	**107,9**	**109,9**	**112,4**	**114,9**	**128,4**	**131,8**	**138,3**

Fonte: elaborazione su dati Istat, Conti nazionali - Conti economici consolidati della Protezione sociale, edizione aprile 2025.

Nota: la spesa farmaceutica è solo quella convenzionata: non include la spesa farmaceutica ospedaliera che invece è ricompresa nella assistenza da erogatori di diritto pubblico.

Tab.14 Componenti di spesa pubblica (in percentuale sul totale), 2005 – 2024

	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021	2023	2024
Farmaci	12,4%	11,5%	10,1%	9,0%	8,0%	7,5%	6,8%	6,6%	5,8%	5,7%	5,6%
Medicina generale	6,8%	6,0%	6,4%	6,1%	6,2%	6,1%	5,9%	5,8%	5,5%	5,5%	5,3%
Assistenza da strutture accreditate	20,2%	21,1%	21,0%	21,3%	22,0%	22,2%	22,3%	22,8%	21,4%	21,4%	20,8%
Assistenza da strutture di diritto pubblico	54,9%	55,4%	56,7%	57,8%	57,5%	57,8%	58,5%	58,6%	61,4%	61,2%	62,4%
Altre uscite	5,7%	6,0%	5,9%	5,9%	6,4%	6,5%	6,5%	6,3%	5,9%	6,1%	6,0%
Totale uscite correnti	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Fonte: elaborazione su dati Istat, Conti nazionali - Conti economici consolidati della Protezione sociale, edizione aprile 2025.
Nota: la spesa farmaceutica è solo quella convenzionata: non include la spesa farmaceutica ospedaliera che invece è ricompresa nella assistenza da erogatori di diritto pubblico.

Sempre considerando il confronto pre-Covid e post-Covid, rispetto al totale della spesa sanitaria pubblica, quella destinata a rimborsare i trattamenti e gli interventi erogati da strutture accreditate diminuisce il suo peso relativo, passando dal 22,8% del 2019 al 20,8% del 2024. Al contrario, i finanziamenti per le strutture di diritto pubblico sono gli unici ad assumere una maggiore rilevanza economica tra le varie componenti di spesa (Tab.14).

In generale, l'incidenza della spesa pubblica per l'assistenza presso erogatori accreditati è rimasta sostanzialmente stabile nel tempo e pari a circa 1/5 della spesa pubblica totale (Fig.39), rispetto a un contributo in termini di prestazioni erogate di molto superiore (28% delle prestazioni di natura ospedaliera e 36% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale) e in progressivo aumento (Cap.1).[7]

[7] Il dato deve essere letto anche alla luce della complessità delle prestazioni ospedaliere (e quindi del carico assistenziale richiesto) – per la quale la componente accreditata registra indici di peso medio e *case-mix* superiori alla componente pubblica – e della qualità dell'assistenza ospedaliera i cui esiti, nel confronto con le strutture pubbliche, sono maggiormente in linea con gli standard di efficacia, appropriatezza e sicurezza clinica.
Censis Aiop, Rapporto Ospedali&Salute 2023
Agenas Aiop, Rapporto sulla Qualità degli Outcome clinici negli Ospedali Italiani, 2022

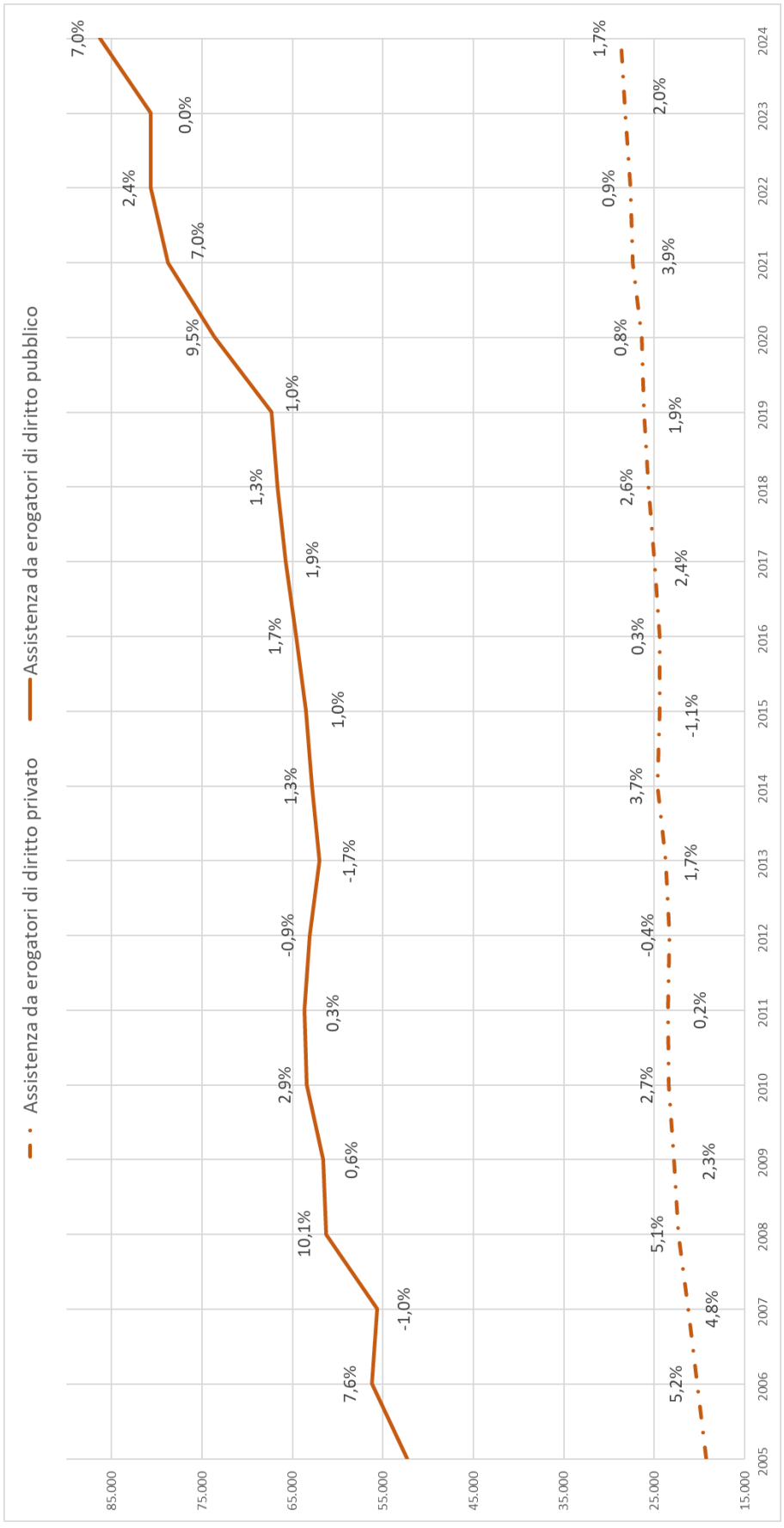
Nell'ambito delle prestazioni e servizi acquistati presso strutture di diritto privato, l'unica funzione di spesa che cresce in modo significativo è quella per "altra assistenza" (Fig.41) che corrisponde in linea di massima all'assistenza di lunga durata – di natura residenziale[8], semi-residenziale domiciliare e cure palliative – destinata, in particolare, alla non autosufficienza.

In un contesto di progressivo invecchiamento della popolazione e di aumento degli anni di vita in condizioni di disabilità e di non autosufficienza, questa tipologia assistenziale rappresenterà una voce sempre più centrale della spesa sanitaria, pubblica e non, a seconda della capacità del SSN di incorporare pienamente i bisogni LTC.

Gli incrementi dell'assistenza medico-specialistica e ospedaliera sono – anche nell'analisi a prezzi correnti – relativamente contenuti (Tab.15), anche per effetto del tetto di spesa all'acquisto di prestazioni presso il privato accreditato. Addirittura la spesa pubblica per assistenza accreditata di tipo riabilitativo, integrativo e protesico è nel 2023 inferiore al valore del 2005 e sostanzialmente invariata a partire dal 2017.

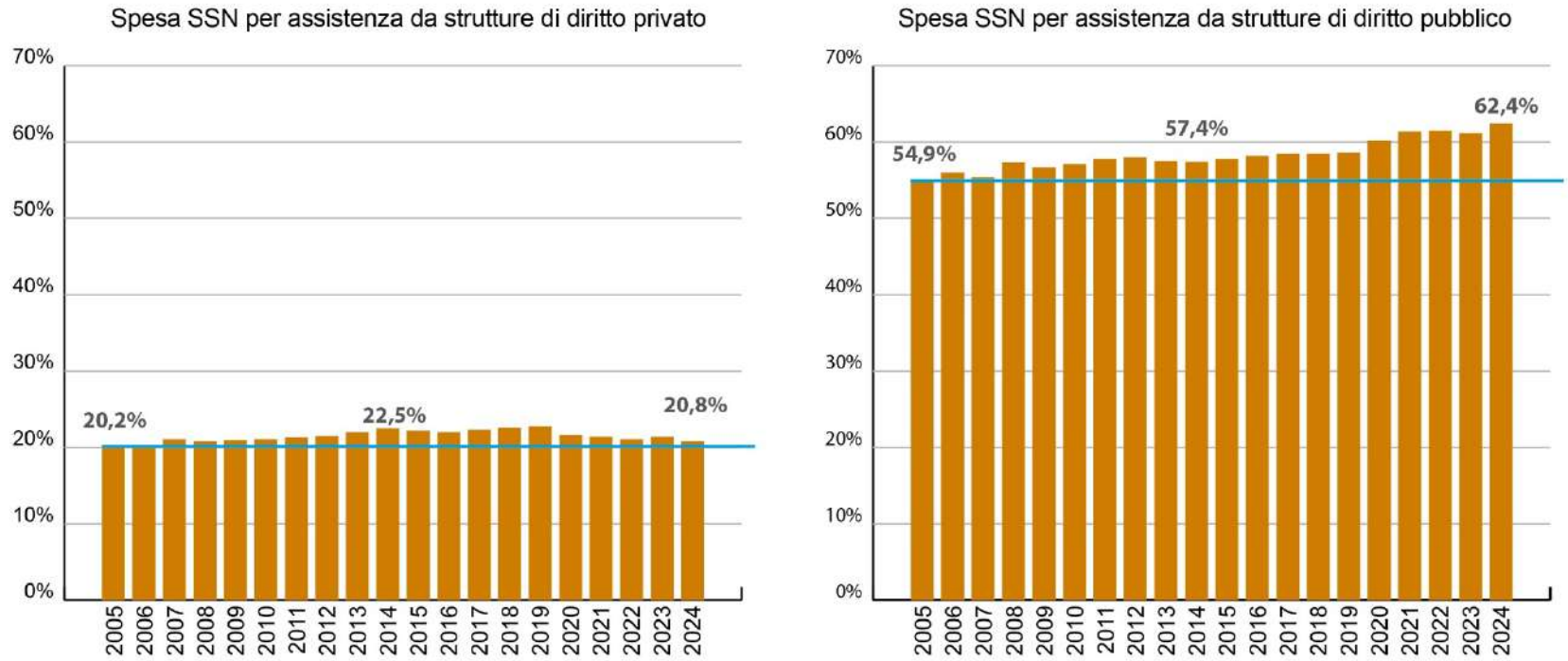
[8] Includono prestazioni di psichiatria e per dipendenze patologiche, prestazioni termali, prestazioni sociosanitarie e a rilevanza sanitaria destinate agli anziani e non autosufficienti.

Fig.38 Spesa pubblica per prestazioni e servizi da strutture di diritto pubblico e da strutture private accreditate: variazioni percentuali, 2005-2024



Fonte: elaborazione su dati Istat, Conti nazionali - Conti economici consolidati della Protezione sociale, edizione aprile 2025.

Fig.39 Assistenza da strutture di diritto privato e da strutture di diritto pubblico: percentuali sul totale spesa SSN - andamento temporale 2005-2024



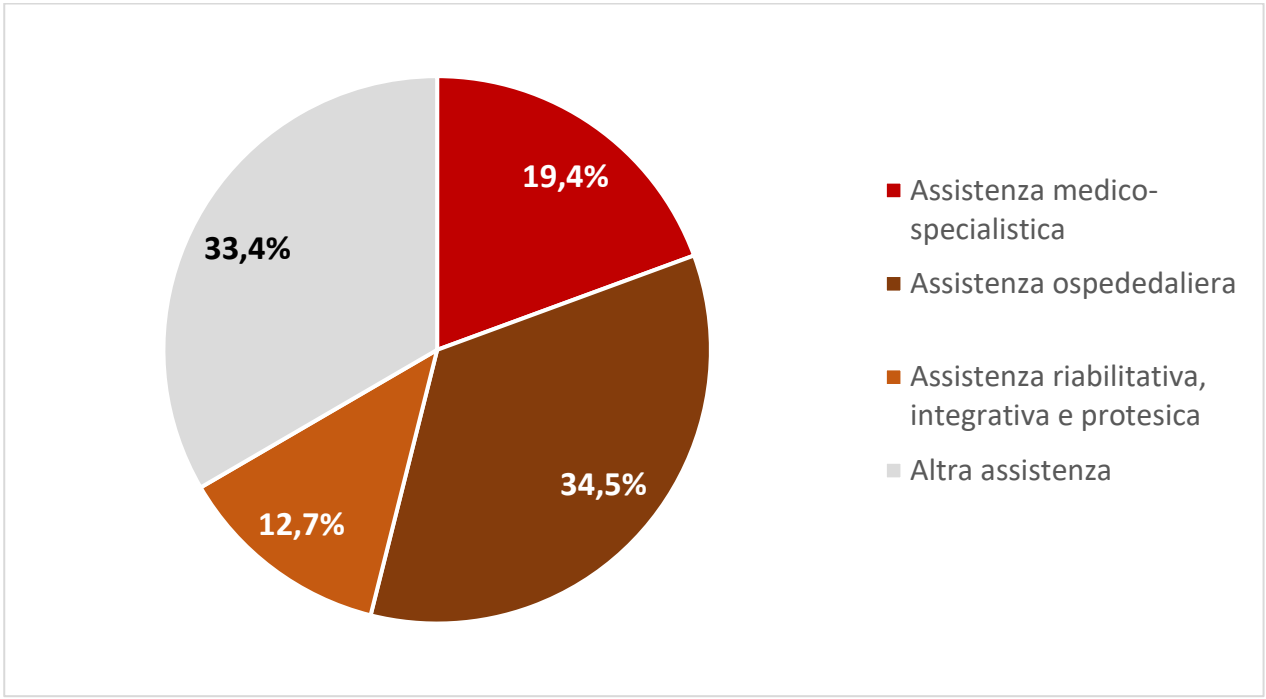
Fonte: elaborazione su dati Istat, Conti economici consolidati della Protezione sociale, edizione aprile 2025.
Nota: le percentuali sono al netto delle altre spese SSN: per farmaci, medicina generale e altre uscite.

Tab.15 Spesa pubblica: spesa per servizi e prestazioni acquistate presso erogatori di diritto privato, 2005-2024 (valori assoluti in milioni di euro)

	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021	2023	2024
Assistenza medico-specialistica	3.193	3.729	4.112	4.687	4.699	4.604	4.808	5.012	5.359	5.476	5.569
Assistenza ospedaliera	8.468	9.194	9.493	9.373	9.166	9.373	9.529	9.578	9.981	9.992	9.908
Assistenza riabilitativa, integrativa e protesica	3.999	4.064	3.835	3.861	3.713	3.639	3.559	3.568	3.518	3.567	3.647
Altra assistenza	3.603	4.245	5.384	5.551	6.203	6.777	7.138	8.022	8.556	9.190	9.585
Totale	*19.263*	*21.232*	*22.824*	*23.472*	*23.781*	*24.393*	*25.034*	*26.180*	*27.414*	*28.225*	*28.709*

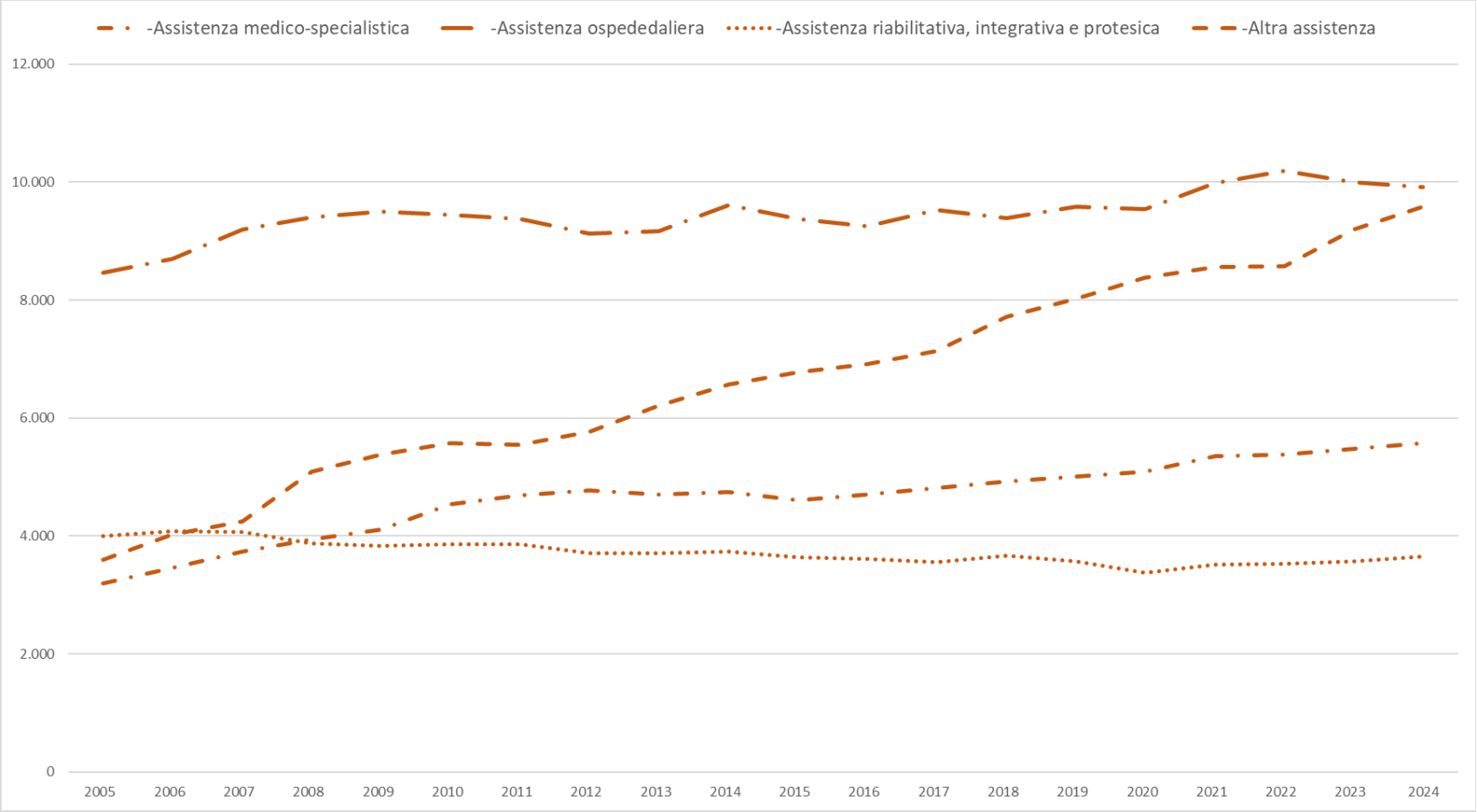
Fonte: elaborazione su dati Istat, Conti nazionali - Conti economici consolidati della Protezione sociale, edizione aprile 2025.

Fig.40 Spesa pubblica: spesa per servizi e prestazioni acquistate presso erogatori di diritto privato, 2024 (percentuali sul totale)



Fonte: elaborazione su dati Istat, Conti nazionali - Conti economici consolidati della Protezione sociale, edizione aprile 2025.

Fig.41 Spesa pubblica: spesa per servizi e prestazioni acquistate presso erogatori di diritto privato, 2005-2024 (valori assoluti in milioni di euro)



Fonte: elaborazione su dati Istat, Conti nazionali - Conti economici consolidati della Protezione sociale, edizione aprile 2025.
Nota: "Altra assistenza" corrisponde essenzialmente alla LTC sanitaria.

2.2.3.2 Le destinazioni della spesa sanitaria privata

Più del 50% della spesa dei cittadini è indirizzata a prestazioni o beni extra-LEA, ovvero ai servizi dentistici, ai farmaci non convenzionati e ai dispositivi medici.

Tab.16 Componenti della spesa privata (in miliardi di euro), 2022 e 2023

		2022		2023	
Assistenza di natura ospedaliera	Assistenza per cura e riabilitazione	2,111	**6,078**	2,175	**6,283**
	Long Term Care	3,967		4,108	
Assistenza territoriale e ambulatoriale	Servizi medici	5,342	**21,860**	5,668	**22,590**
	Sevizi dentistici	9,601		9,665	
	Servizi diagnostici	3,356		3,478	
	Servizi paramedici	3,561		3,779	
Farmaci e presidi medici	Farmaci e presidi medici non durevoli	11,193	**15,423**	11,109	**15,354**
	Presidi medici durevoli	4,230		4,245	
Governance e amministrazione			1,552		1,635
Totale			44,913		45,862

Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024 e Istat, Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze - Spese per consumi (classificazione COICOP, 5 cifre), 2023.
Nota: la spesa dei privati ricomprende qui il *ticket* di farmaceutica e di specialistica.

Tab.17 Componenti della spesa privata (in percentuale sul totale), 2022 e 2023

		2022		2023	
Assistenza di natura ospedaliera	Assistenza per cura e riabilitazione	4,7%	**13,5%**	4,7%	**13,7%**
	Long Term Care	8,8%		9,0%	
Assistenza territoriale e ambulatoriale	Servizi medici	11,9%	**48,7%**	12,4%	**49,3%**
	Sevizi dentistici	21,4%		21,1%	
	Servizi diagnostici	7,5%		7,6%	
	Servizi paramedici	7,9%		8,2%	
Farmaci e presidi medici	Farmaci e presidi medici non durevoli	24,9%	**34,3%**	24,2%	**33,5%**
	Presidi medici durevoli	9,4%		9,3%	
Governance e amministrazione			3,5%		3,6%
Totale			100%		100%

Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024 e Istat, Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze - Spese per consumi (classificazione COICOP, 5 cifre), 2023.
Nota: la spesa dei privati ricomprende qui il *ticket* di farmaceutica e di specialistica.

Più del 50% della spesa dei cittadini è indirizzata a **prestazioni o beni *extra*-LEA** (Tab.17): farmaci e i presidi medici (che da soli rappresentano più di un terzo della spesa privata) e servizi dentistici (21%).

Anche rispetto alla spesa privata *Long Term Care*, occorre considerare che la copertura pubblica – ciò che è ricompreso nei Livelli Essenziali di Assistenza – risulta parziale rispetto al valore economico delle prestazioni.

In particolare, per molte tipologie di assistenza residenziale e semi-residenziale alle persone non autosufficienti la quota a carico del Servizio Sanitario Nazionale è del 50% della tariffa giornaliera; allo stesso modo, i trattamenti socio-riabilitativi rivolti a pazienti con disabilità sono coperti dal SSN al 70% quando le condizioni di gravità richiedono un impegno assistenziale elevato e al 50% quando l'impegno richiesto è moderato[9]. Si tratta di **prestazioni LEA a rilevante quota a carico dei cittadini**.

Secondo l'Istituto della Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS, 2023)[10], la spesa sociosanitaria pubblica per LTC (spesa sanitaria, indennità di accompagnamento e per altre prestazioni non sanitarie) è di circa 38 miliardi, pari al 2% del PIL, mentre la spesa privata (per le RSA, per l'assistenza domiciliare, compresi i *caregiver*) è stimata in circa 33 miliardi (1,7% del PIL) ed è quasi interamente *out of pocket*.

Alla porzione *extra*-LEA occorre, inoltre, aggiungere una quota difficilmente determinabile di servizi medici e diagnostici, i quali non sono ricompresi nel perimetro LEA ma che rispondono a bisogni specifici della popolazione – pensiamo ad esempio alla medicina sportiva – nonché quelle prestazioni prive di indicazione clinica e in quanto tali ad alto rischio di inappropriatezza.

Per questa ragione, rispetto alla componente medica e diagnostica, preferiamo non parlare di prestazioni LEA, ma di **prestazioni a prevalenza LEA**.

Si tratta di prestazioni che originariamente e consapevolmente sono state escluse dalla tutela pubblica e lasciate nell'ambito della sanità a pagamento e in quanto tali sostanzialmente stabili nel tempo.

La perimetrazione è tanto più evidente se si considera che spesso è la prestazione stessa che si compone di una quota finanziata attraverso la fiscalità generale e una quota a carico dei privati e che tale *mix* non è direttamente identificabile nei dati di spesa a disposizione: questo riguarda tutti i trattamenti o interventi per i quali è prevista una compartecipazione al costo a carico dell'utente (i c.d. *ticket*) ma anche per tutte le prestazioni per le quali l'utente si avvale di un *surplus* di assistenza (ad esempio di natura alberghiera).

[9] DPCM 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".
[10] Istituto della Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) in Associazione Lavoro&*Welfare*, Convegno "Long Term Care – Sviluppo e sostenibilità", Senato della Repubblica, 17 luglio 2023

Anche per quanto riguarda i servizi con quota a prevalenza LEA – ovvero le prestazioni che, almeno sulla carta, rientrano nella copertura del Servizio Sanitario Nazionale – la componente di spesa privata risulta stabile nel tempo.

In questa quota sono ricomprese sia le decisioni di libero consumo dei privati, volte a usufruire di un servizio maggiormente personalizzato o con *standard* di cura percepiti come più elevati – come ad esempio la scelta del professionista – sia le reazioni a una domanda che avrebbe potuto trovare risposta nella sanità pubblica ma che invece resta insoddisfatta, come nel caso di tempi di attesa incongrui rispetto alla gravità della diagnosi e quindi all'urgenza del trattamento.

Anche nel primo caso, tuttavia, non è agile separare la componente fisiologica (aspirazioni a *standard* più elevati) da quella patologica (*standard* non adeguati), considerato che le aspettative possono variare molto a seconda della disponibilità a pagare dei singoli e che la perimetrazione dell'offerta pubblica può assumere non solo una dimensione quantitativa ma anche qualitativa, laddove ad esempio l'innovazione tarda a integrarsi nella pratica clinica: pensiamo, ad esempio, all'analgesia epidurale, procedura *gold standard* per ridurre e controllare i dolori del parto, ricompresa nel LEA solo dal 2017 e tutt'oggi sottoutilizzata per mancanza di personale e di competenze.

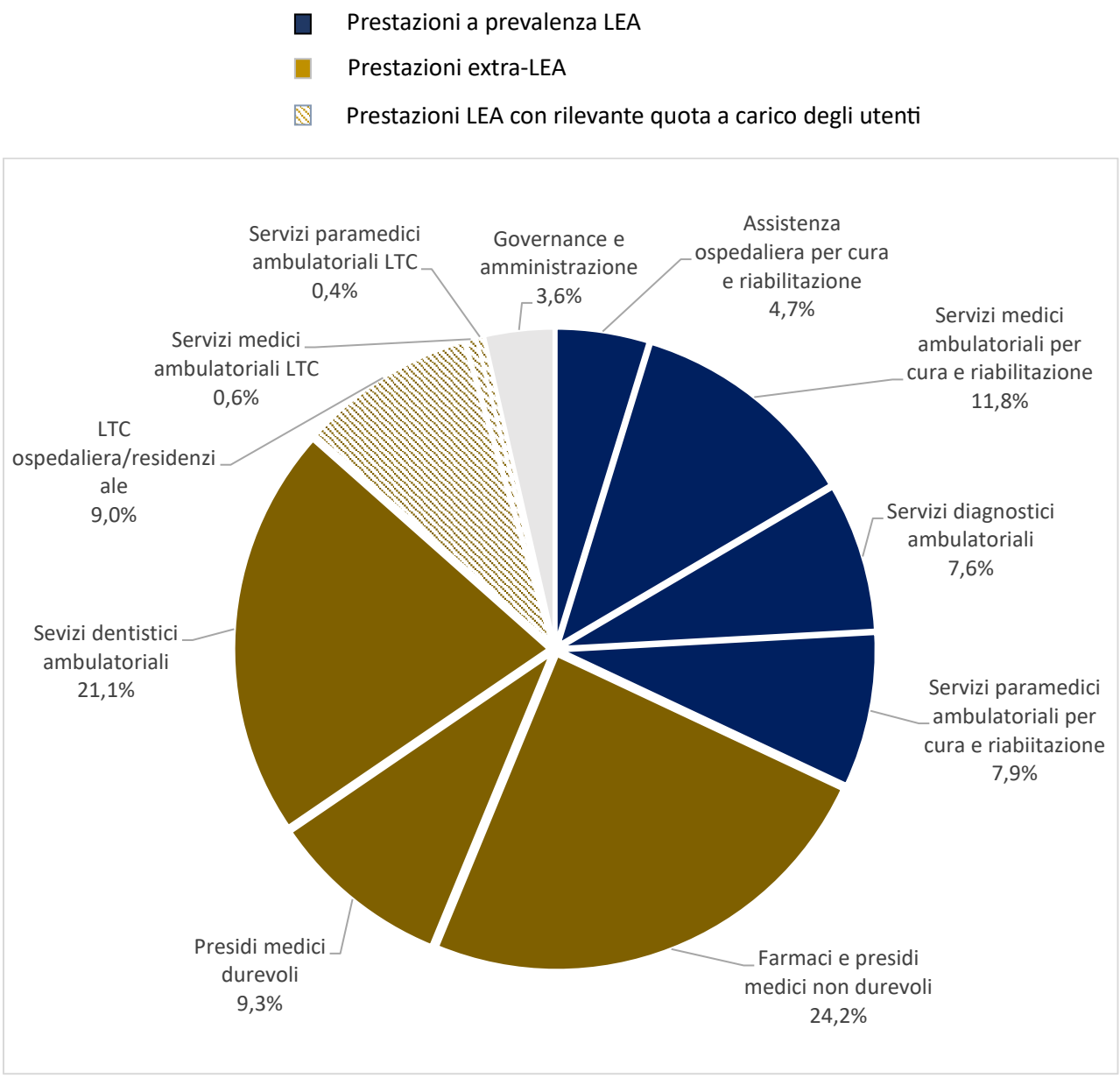
Infine, occorre considerare come esistano dei comportamenti radicati e difficilmente comprimibili nella popolazione per i quali, anche in presenza di copertura pubblica, l'utenza propende culturalmente verso servizi a pagamento paralleli e dunque di fatto duplicativi rispetto al SSN: a titolo esemplificativo, la propensione delle donne a intraprendere un percorso ginecologico di monitoraggio e *screening* a pagamento presso un professionista privato costituisce un fenomeno generalizzato, che si estende alla quasi totalità del ciclo di vita femminile (Tabb. 5 e 6).

Per quanto riguarda la quota di spesa a carico dei cittadini per prestazioni a prevalenza LEA bisogna considerare anche quella relativa a servizi erogati in regime di *intramoenia*, ovvero dalle strutture pubbliche e da personale ospedaliero, attraverso il ricorso a spazi e attrezzature pubbliche (o, in minima parte, attraverso studi privati collegati in rete), dietro pagamento del relativo correspettivo economico da parte del paziente.

Si tratta di una spesa che ammonta nell'ultimo anno di valutazione (anno 2022) a 1,2 miliardi di euro, di cui il 70% circa afferisce all'area di specialistica ambulatoriale ed essenzialmente a visite e prestazioni di diagnostica strumentale[11].

[11] Ministero della Salute, Relazione sullo Stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, Anno 2022.

Fig.42 Componenti della spesa privata: prestazioni extra-LEA, a prevalenza LEA e con rilevante contributo a carico degli utenti (in percentuale sul totale), 2015-2023



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024 e Istat, Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze - Spese per consumi (classificazione COICOP, 5 cifre), 2023.
Nota: la spesa dei privati ricomprende qui il *ticket* di farmaceutica e di specialistica.

Andando a valutare l'andamento temporale, la quota *extra*-LEA si comporta come elemento strutturale del nostro sistema sanitario, caratteristico cioè del perimetro in cui è stata sin dalle origini delimitata la copertura pubblica dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

A causa di *break* metodologici intervenuti nelle analisi Istat, Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze (COICOP, 5 cifre), non è disponibile la serie storica della spesa per servizi dentistici, medici e paramedici. Ai fini dell'obiettivo di questo studio – ovvero la valutazione di eventuali variazioni significative nelle componenti di spesa – gli andamenti temporali delle voci dell'assistenza ambulatoriale sono stati ricostruiti secondo la metodologia indicata in Fonti, materiali e metodi.

È possibile verificare che, nell'intervallo 2015-2023, la quota di spesa relativa alle cure odontoiatriche e ai farmaci e presidi medici è di molto superiore al 50% della spesa totale dei privati e che non presenta un andamento crescente (Tab.18). Anche la quota di ricoveri *Long Term Care* a carico dei cittadini rappresenta da almeno dieci anni 1/10 circa della spesa sanitaria a carico dei privati (Tab.18).

Tab.18 Componenti della spesa privata: prestazioni *extra*-LEA, a prevalenza LEA e con rilevante contributo a carico degli utenti (in percentuale sul totale), 2015-2023

Prestazioni a prevalenza LEA

Prestazioni extra-LEA

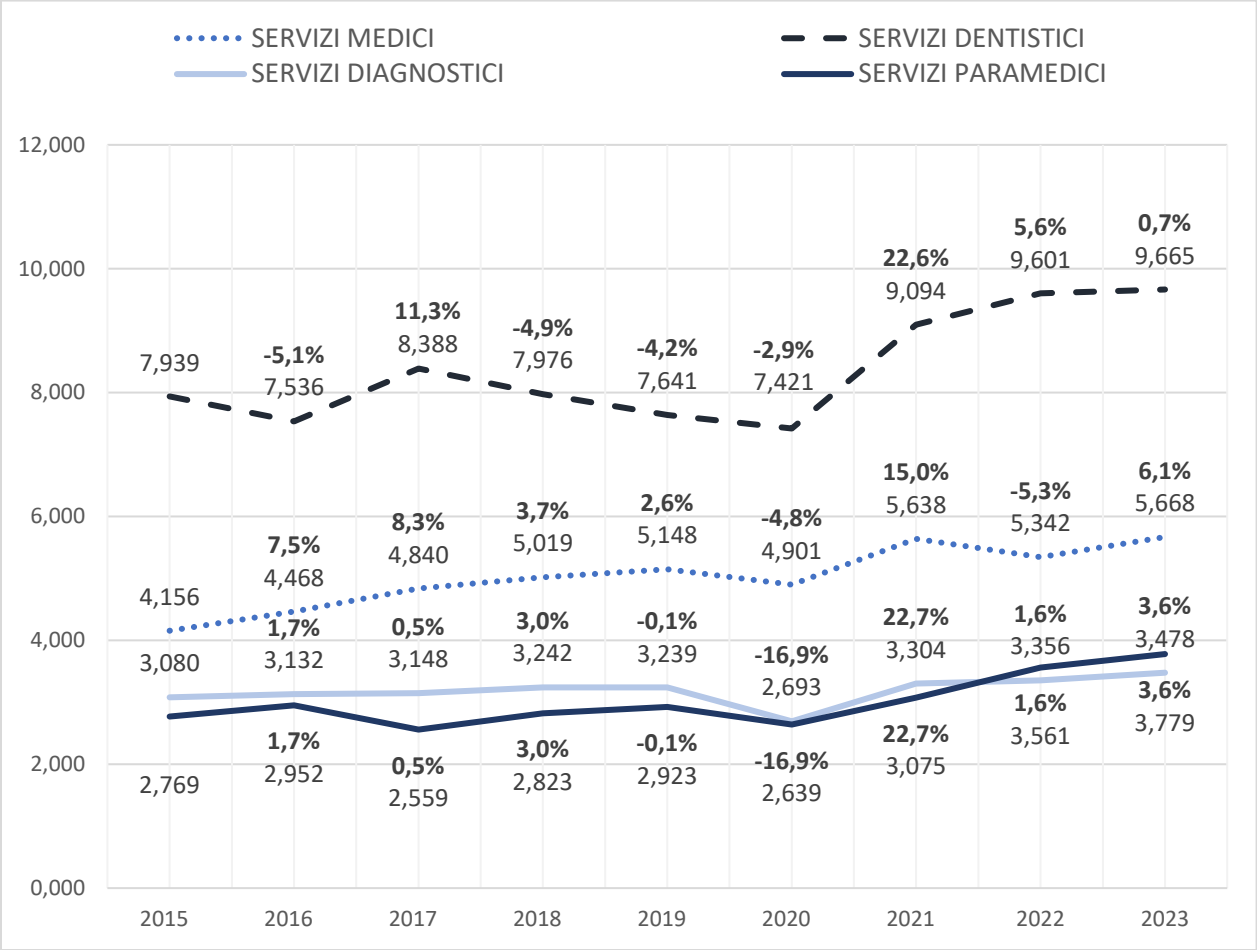
Prestazioni LEA con rilevante quota a carico degli utenti

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Sevizi dentistici ambulatoriali	21,2%	19,9%	21,2%	19,8%	18,7%	19,3%	20,9%	21,4%	21,1%
Farmaci e presidi medici	34,6%	34,0%	33,9%	34,5%	35,7%	36,6%	34,3%	34,3%	33,5%
Totale quota extra-LEA	***55,8%***	***53,9%***	***55,1%***	***54,4%***	***54,4%***	***55,9%***	***55,2%***	***55,7%***	***54,6%***
LTC ospedaliera/residenziale	9,3%	9,3%	9,2%	9,3%	9,3%	9,3%	9,0%	8,8%	9,0%
Assistenza di natura ospedaliera per cura e riabilitazione	5,8%	5,9%	5,8%	5,6%	5,3%	4,4%	4,7%	4,7%	4,7%
Servizi medici ambulatoriali	11,1%	11,8%	12,2%	12,5%	12,6%	12,7%	13,0%	11,9%	12,4%
Servizi diagnostici ambulatoriali	8,2%	8,3%	8,0%	8,1%	7,9%	7,0%	7,6%	7,5%	7,6%
Servizi paramedici ambulatoriali	7,4%	7,8%	6,5%	7,0%	7,2%	6,9%	7,1%	7,9%	8,2%
Governance e amministrazione	2,5%	3,0%	3,3%	3,2%	3,3%	3,8%	3,6%	3,5%	3,6%
Totale	***100%***	***100%***	***100%***	***100%***	***100%***	***100%***	***100%***	***100%***	***100%***

Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024 e Istat, Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze - Spese per consumi (classificazione COICOP, 5 cifre), 2023.
Nota: la spesa dei privati ricomprende qui il *ticket* di farmaceutica e di specialistica.

Per quanto riguarda gli andamenti temporali delle singole voci di spesa corrente, mentre i servizi dentistici presentano un andamento fluttuante, le spese per servizi medici (anche queste interessate dal *break* metodologico) sono nel post-Covid a livelli non diversi da quelli pre-Covid 2018 (Fig.43).

Fig.43 Spesa privata per assistenza sanitaria territoriale e ambulatoriale: componenti di spesa in miliardi di euro, con variazioni percentuali, 2015-2023

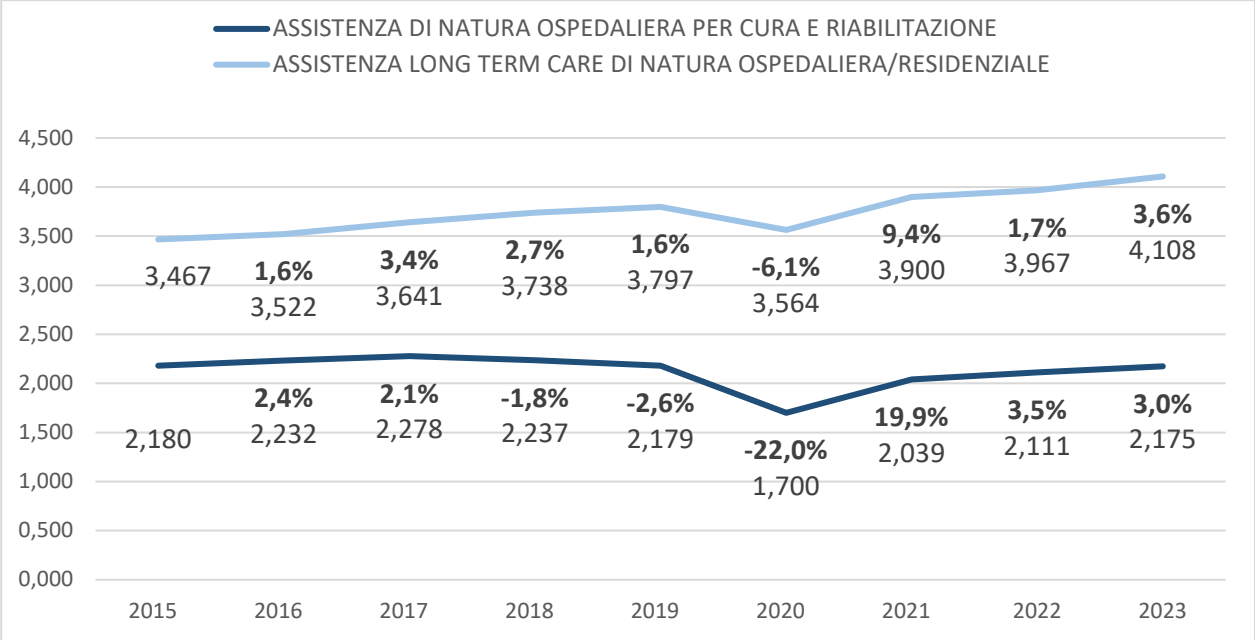


Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024 e Istat, Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze - Spese per consumi (classificazione COICOP, 5 cifre), 2023.
Nota: la spesa dei privati ricomprende qui il *ticket* di farmaceutica e di specialistica.

Si precisa che, essendo spesa corrente, anche le variazioni positive possono essere inferiori alla variazione positiva dei prezzi e pertanto non rappresentare un incremento reale delle risorse dedicate alla salute.

Anche laddove è disponibile il *trend* Istat 2015-2023, si può verificare come le spese dei cittadini – per servizi ambulatoriali di diagnostica e per cura e riabilitazione ospedaliera (Figg.43 e 44) – non riportino variabilità significative nell'intervallo osservato soprattutto se si tiene conto delle dinamiche macroeconomiche congiunturali.

Fig.44 Spesa privata per assistenza sanitaria di natura ospedaliera (in miliardi di euro, con variazioni percentuali), 2015-2023

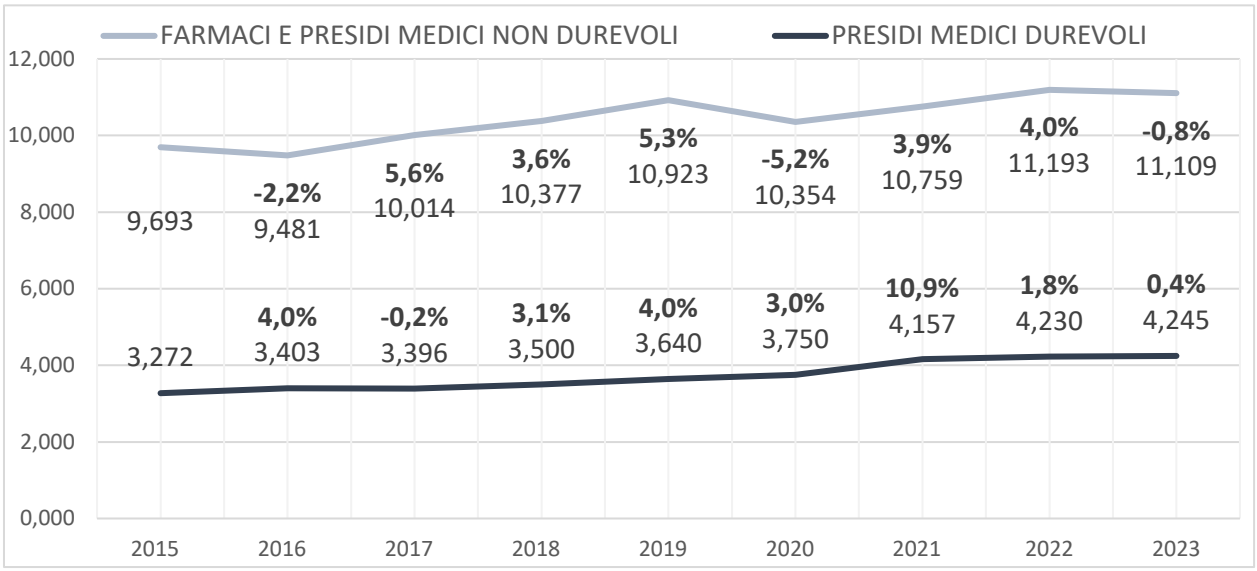


Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.
Nota: la spesa dei privati ricomprende qui il *ticket* di farmaceutica e di specialistica.

Lo stesso discorso riguarda la spesa per farmaci e presidi medici (Fig.45).

Anche andando a isolare la spesa farmaceutica dalla spesa per presidi medici non durevoli, la quota a carico dei cittadini rispetto al PIL del 2023 è identica a quella degli anni 2013, 2014 e 2015 (Tab.20).

Fig.45 Spesa privata per farmaci e presidi medici non durevoli e durevoli (in miliardi di euro, con variazioni percentuali), 2015-2023



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.
Nota: la spesa dei privati ricomprende qui il *ticket* di farmaceutica e di specialistica.

Tab.19 Componenti della spesa privata: prestazioni extra-LEA, a prevalenza LEA e con rilevante contributo a carico degli utenti (in percentuale sul PIL), 2015-2023

Prestazioni a prevalenza LEA
Prestazioni extra-LEA
Prestazioni con rilevante quota a carico degli utenti

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Sevizi dentistici ambulatoriali	0,48%	0,44%	0,48%	0,45%	0,42%	0,44%	0,49%	0,48%	0,45%
Farmaci e presidi medici	0,78%	0,76%	0,77%	0,78%	0,81%	0,84%	0,81%	0,77%	0,72%
Quota extra-LEA	***1,26%***	***1,20%***	***1,25%***	***1,23%***	***1,23%***	***1,29%***	***1,30%***	***1,25%***	***1,17%***
LTC ospedaliera/residenziale	0,21%	0,21%	0,21%	0,21%	0,21%	0,21%	0,21%	0,20%	0,19%
Assistenza di natura ospedaliera per cura e riabilitazione	0,13%	0,13%	0,13%	0,13%	0,12%	0,10%	0,11%	0,11%	0,10%
Servizi medici ambulatoriali	0,25%	0,26%	0,28%	0,28%	0,29%	0,29%	0,31%	0,27%	0,27%
Servizi diagnostici ambulatoriali	0,19%	0,18%	0,18%	0,18%	0,18%	0,16%	0,18%	0,17%	0,16%
Servizi paramedici ambulatoriali	0,17%	0,17%	0,15%	0,16%	0,16%	0,16%	0,17%	0,18%	0,18%
Governance e amministrazione	0,06%	0,07%	0,08%	0,07%	0,07%	0,09%	0,08%	0,08%	0,08%
Totale	***2,25%***	***2,22%***	***2,27%***	***2,26%***	***2,26%***	***2,30%***	***2,36%***	***2,25%***	***2,15%***

Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024 e Istat, Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze - Spese per consumi (classificazione COICOP, 5 cifre), 2023.
Aggiornamento PIL (marzo 2025).
Nota: la spesa dei privati ricomprende qui il *ticket* di farmaceutica e di specialistica.

Tab.20 Spesa farmaceutica privata (in miliardi di euro, rispetto al PIL, *pro capite*), 2010-2023

	SPESA A CARICO DEI CITTADINI		
	Spesa in mld	Spesa/PIL	Spesa pro capite
2010	7,044	0,44	117,50
2011	7,683	0,46	127,83
2012	7,558	0,46	125,39
2013	8,168	0,50	135,35
2014	8,148	0,50	135,13
2015	8,380	0,50	139,29
2016	8,220	0,48	136,85
2017	8,074	0,46	134,71
2018	8,379	0,47	140,08
2019	8,843	0,49	148,27
2020	8,668	0,52	146,33
2021	9,215	0,50	156,11
2022	9,919	0,50	168,13
2023	10,650	0,50	180,54

Fonte: elaborazione su dati Aifa, Rapporto OSMED "L'uso dei farmaci in Italia", 2016-2023. Aggiornamento PIL (marzo 2025).
Nota: la spesa a carico dei cittadini ricomprende qui il *ticket* di farmaceutica.

Osservando le componenti di spesa sanitaria sostenuta dalle famiglie (Figg.46 e 47), la quota della spesa ospedaliera è nel 2023 a uno dei minimi storici sia rispetto al totale delle spese sanitarie sia rispetto all'intero paniere di beni e servizi acquistati dalle famiglie.

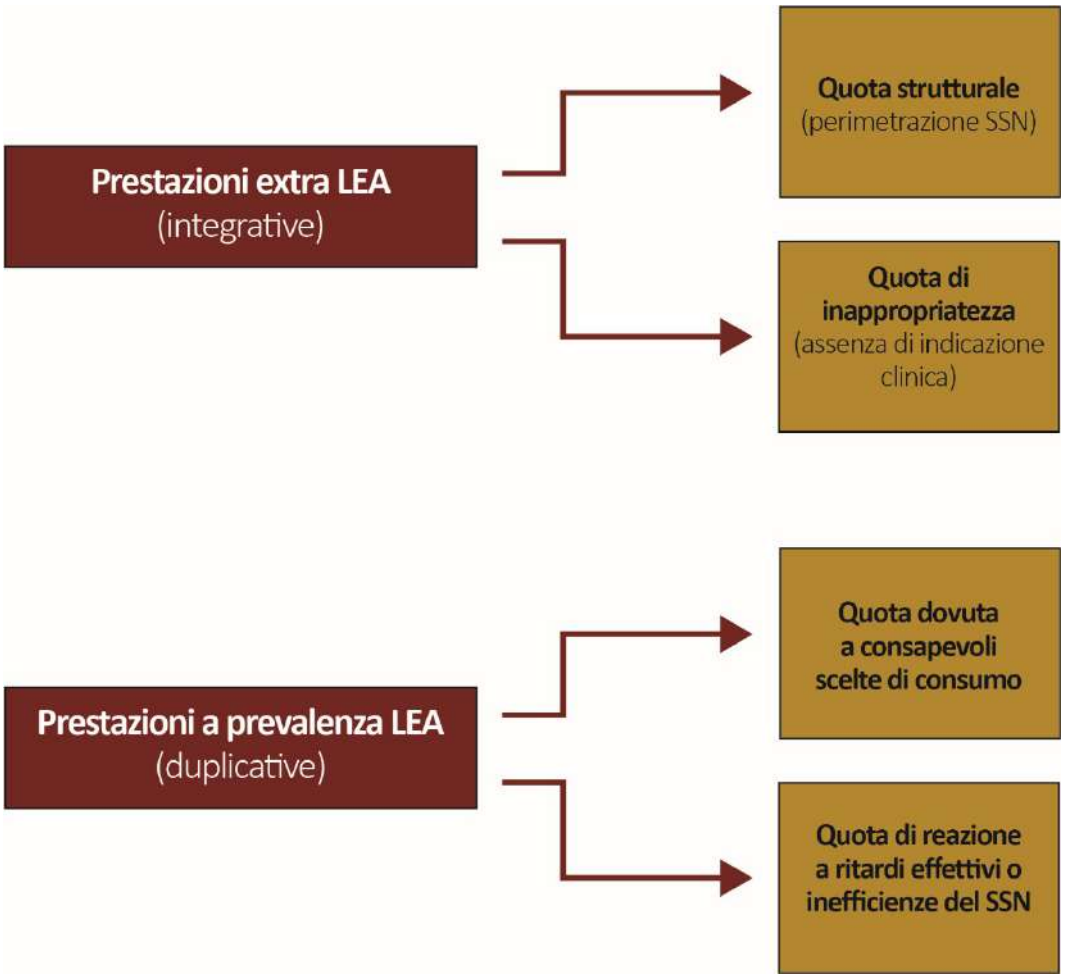
Quella relativa a farmaci e articoli sanitari – dopo il picco pandemico dovuto essenzialmente all'acquisto di prodotti medici non durevoli, quali le mascherine – è tornata a valori inferiori a quelli del 2019 rispetto al totale delle spese medico-sanitarie delle famiglie e a valori paragonabili al 2015 se consideriamo i consumi totali. La spesa per servizi ambulatoriali – che ricomprende dalle visite specialistiche alle cure odontoiatriche – è in aumento nell'ambito dei consumi familiari per la sanità, ma risulta, rispetto ai consumi totali, in decremento rispetto al 2021 e al 2022, anni interessati dal recupero delle prestazioni non erogate durante il blocco dell'emergenza Covid.

Mettendo, infine, a confronto, nel tempo, le destinazioni di spesa pubblica e privata, rispetto al 2013 – primo anno di applicazione della "*Spending Review*" – la spesa privata è aumentata in termini nominali più della pubblica (Tab.23) per quanto riguarda la spesa di natura ospedaliera per assistenza di lunga durata (+5,1%) e l'assistenza ambulatoriale (+14,8%); al contrario è aumentata meno della pubblica rispetto all'assistenza di natura ospedaliera per cura e riabilitazione (-9,7%) e alla farmaceutica (-16,7%).

Non si rilevano, invece, *shifting* a favore della spesa privata in nessuna delle destinazioni di spesa considerate. Le quote di spesa privata del 2023 rispetto alla spesa totale sono sostanzialmente in linea con il periodo pre-pandemico; unica eccezione la spesa per i presidi medici durevoli (occhiali, lenti, protesi uditive ecc.), a importante connotazione *extra*-LEA e per la quale il contributo pubblico, storicamente basso, si riduce ulteriormente negli ultimi anni (Tabb. 21 e 22).

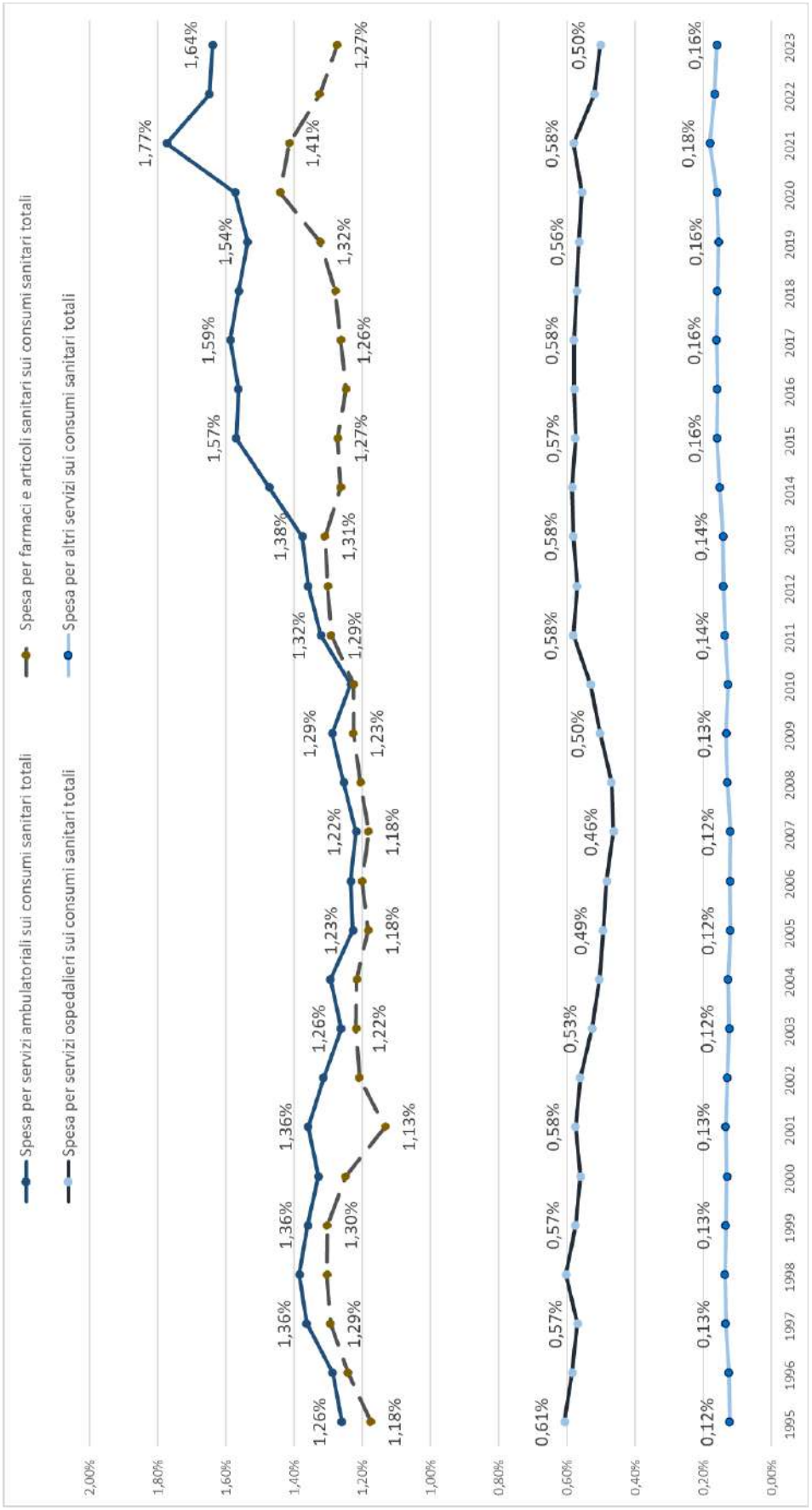
In conclusione, la spesa privata indirizzata all'acquisto di prestazioni escluse dal perimetro LEA rappresenta una quota strutturale, frutto di una scelta consapevole del legislatore e non ridimensionabile se non nella quota che rappresenta il ricorso inappropriato, ovvero non supportato da una chiara indicazione clinica, a beni e servizi sanitari; la spesa privata duplicativa rispetto a trattamenti o interventi garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale – essendo anch'essa sostanzialmente stabile nel tempo – riflette scelte di consumo che non sono necessariamente eterodirette o di reazione rispetto a ritardi o inefficienze della tutela pubblica, ma al contrario precise decisioni di acquisto da parte degli utenti.

Imm.4 Spesa sanitaria privata per prestazioni extra-LEA e a prevalenza LEA



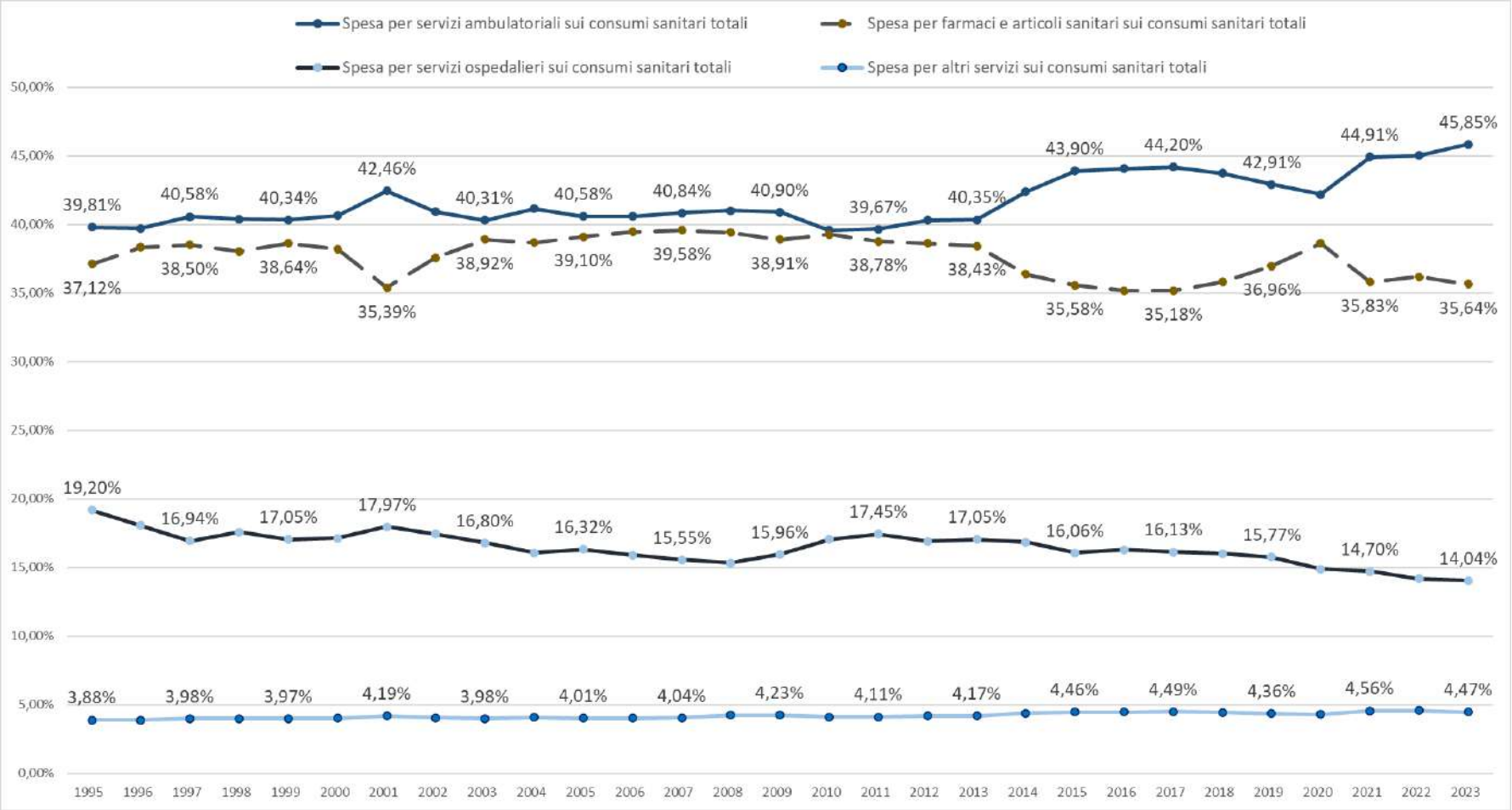
Fonte: elaborazione degli autori.

Fig.46 Spesa sanitaria delle famiglie per tipologie di consumo, sul totale dei consumi, 1995-2023 (valori percentuali)



Fonte: elaborazione su dati Istat, Conti nazionali, Spesa per consumi finali delle famiglie, edizione marzo 2025.

Fig.47 Spesa sanitaria delle famiglie per tipologie di consumo, sul totale dei consumi sanitari, 1995-2023 (valori percentuali)



Fonte: elaborazione su dati Istat, Conti nazionali, Spesa per consumi finali delle famiglie, edizione marzo 2025.

Tab.21 Spesa sanitaria corrente per componenti di spesa: spesa pubblica *vs* spesa privata, 2012-2023 (valori assoluti in miliardi di euro)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ASSISTENZA DI NATURA OSPEDALIERA PER CURA E RIABLITAZIONE	*49,378*	*47,621*	*47,599*	*47,071*	*47,360*	*47,386*	*47,368*	*46,866*	*49,292*	*50,173*	*51,970*	*52,127*
SPESA PUBBLICA	47,178	45,450	45,418	44,891	45,128	45,108	45,131	44,687	47,592	48,134	49,859	49,952
SPESA PRIVATA	2,200	2,171	2,181	2,180	2,232	2,278	2,237	2,179	1,700	2,039	2,111	2,175
ASSISTENZA DI NATURA OSPEDALIERA PER LONG TERM CARE	*11,955*	*12,150*	*12,350*	*12,297*	*12,565*	*13,059*	*13,270*	*13,316*	*13,314*	*13,596*	*14,372*	*14,547*
SPESA PUBBLICA	8,710	8,821	8,941	8,830	9,043	9,418	9,532	9,519	9,750	9,696	10,405	10,439
SPESA PRIVATA	3,245	3,329	3,409	3,467	3,522	3,641	3,738	3,797	3,564	3,900	3,967	4,108
ASSISTENZA TERRITORIALE E AMBULATORIALE	*51,407*	*51,611*	*53,845*	*54,838*	*55,262*	*56,919*	*58,711*	*59,866*	*61,826*	*69,584*	*70,991*	*70,670*
SPESA PUBBLICA	35,837	36,275	37,377	36,895	37,177	37,984	39,649	40,918	44,172	48,476	49,131	48,080
SPESA PRIVATA	15,570	15,336	16,468	17,943	18,085	18,935	19,062	18,948	17,654	21,108	21,860	22,590
FARMACI E PRESIDI MEDICI NON DUREVOLI	*23,732*	*24,149*	*24,544*	*26,186*	*26,111*	*26,536*	*27,523*	*28,409*	*28,227*	*29,127*	*30,435*	*30,727*
SPESA PUBBLICA	14,325	14,664	15,156	16,493	16,630	16,522	17,146	17,486	17,873	18,368	19,242	19,618
SPESA PRIVATA	9,407	9,485	9,388	9,693	9,481	10,014	10,377	10,923	10,354	10,759	11,193	11,109
PRESIDI MEDICI DUREVOLI	*3,968*	*4,008*	*4,087*	*4,166*	*4,309*	*4,295*	*4,419*	*4,538*	*4,550*	*4,908*	*4,992*	*5,012*
SPESA PUBBLICA	0,836	0,850	0,886	0,894	0,906	0,899	0,919	0,898	0,800	0,751	0,762	0,767
SPESA PRIVATA	3,132	3,158	3,201	3,272	3,403	3,396	3,500	3,640	3,750	4,157	4,230	4,245

Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Tab.22 Spesa sanitaria per componenti di spesa: spesa pubblica *vs* spesa privata rispetto al totale, 2012-2023 (totali in miliardi di euro e composizione percentuale)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ASSISTENZA DI NATURA OSPEDALIERA PER CURA E RIABLITAZIONE	*49,378*	*47,621*	*47,599*	*47,071*	*47,360*	*47,386*	*47,368*	*46,866*	*49,292*	*50,173*	*51,970*	*52,127*
SPESA PUBBLICA	95,5%	95,4%	95,4%	95,4%	95,3%	95,2%	95,3%	95,4%	96,6%	95,9%	95,9%	95,8%
SPESA PRIVATA	4,5%	4,6%	4,6%	4,6%	4,7%	4,8%	4,7%	4,6%	3,4%	4,1%	4,1%	4,2%
ASSISTENZA DI NATURA OSPEDALIERA PER LONG TERM CARE	*11,955*	*12,150*	*12,350*	*12,297*	*12,565*	*13,059*	*13,270*	*13,316*	*13,314*	*13,596*	*14,372*	*14,547*
SPESA PUBBLICA	72,9%	72,6%	72,4%	71,8%	72,0%	72,1%	71,8%	71,5%	73,2%	71,3%	72,4%	71,8%
SPESA PRIVATA	27,1%	27,4%	27,6%	28,2%	28,0%	27,9%	28,2%	28,5%	26,8%	28,7%	27,6%	28,2%
ASSISTENZA TERRITORIALE E AMBULATORIALE	*51,407*	*51,611*	*53,845*	*54,838*	*55,262*	*56,919*	*58,711*	*59,866*	*61,826*	*69,584*	*70,991*	*70,670*
SPESA PUBBLICA	69,7%	70,3%	69,4%	67,3%	67,3%	66,7%	67,5%	68,3%	71,4%	69,7%	69,2%	68,0%
SPESA PRIVATA	30,3%	29,7%	30,6%	32,7%	32,7%	33,3%	32,5%	31,7%	28,6%	30,3%	30,8%	32,0%
FARMACI E PRESIDI MEDICI NON DUREVOLI	*23,732*	*24,149*	*24,544*	*26,186*	*26,111*	*26,536*	*27,523*	*28,409*	*28,227*	*29,127*	*30,435*	*30,727*
SPESA PUBBLICA	60,4%	60,7%	61,8%	63,0%	63,7%	62,3%	62,3%	61,6%	63,3%	63,1%	63,2%	63,8%
SPESA PRIVATA	39,6%	39,3%	38,2%	37,0%	36,3%	37,7%	37,7%	38,4%	36,7%	36,9%	36,8%	36,2%
PRESIDI MEDICI DUREVOLI	*3,968*	*4,008*	*4,087*	*4,166*	*4,309*	*4,295*	*4,419*	*4,538*	*4,55*	*4,908*	*4,992*	*5,012*
SPESA PUBBLICA	21,1%	21,2%	21,7%	21,5%	21,0%	20,9%	20,8%	19,8%	17,6%	15,3%	15,3%	15,3%
SPESA PRIVATA	78,9%	78,8%	78,3%	78,5%	79,0%	79,1%	79,2%	80,2%	82,4%	84,7%	84,7%	84,7%

Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Tab.23 Spesa sanitaria per componenti di spesa: spesa pubblica *vs* spesa privata rispetto al totale, variazioni 2019 *vs* 2013 e 2023 *vs* 2013

	2019 vs 2013	2023 vs 2013	Differenza variazione (2023vs2013) spesa privata vs spesa pubblica
ASSISTENZA DI NATURA OSPEDALIERA PER CURA E RIABLITAZIONE	*-1,6%*	*9,5%*	-9,7%
SPESA PUBBLICA	*-1,7%*	*9,9%*	
SPESA PRIVATA	*0,4%*	*0,2%*	
ASSISTENZA DI NATURA OSPEDALIERA PER LONG TERM CARE	*9,6%*	*19,7%*	5,1%
SPESA PUBBLICA	*7,9%*	*18,3%*	
SPESA PRIVATA	*14,1%*	*23,4%*	
ASSISTENZA TERRITORIALE E AMBULATORIALE	*16,0%*	*36,9%*	14,8%
SPESA PUBBLICA	*12,8%*	*32,5%*	
SPESA PRIVATA	*23,6%*	*47,3%*	
FARMACI E PRESIDI MEDICI NON DUREVOLI	*17,6%*	*27,2%*	-16,7%
SPESA PUBBLICA	*19,2%*	*33,8%*	
SPESA PRIVATA	*15,2%*	*17,1%*	
PRESIDI MEDICI DUREVOLI	*13,2%*	*25,0%*	44,2%
SPESA PUBBLICA	*5,6%*	*-9,8%*	
SPESA PRIVATA	*15,3%*	*34,4%*	

Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

2.2.4 Le funzioni di spesa e i regimi di erogazione: un'analisi di dettaglio

In questa sezione, si propone un'analisi delle funzioni di spesa – distinte in cura e riabilitazione, *Long Term Care*, farmaci e articoli sanitari e diagnostica e prevenzione – per verificare se e come le destinazioni di spesa pubblica e privata siano cambiate nel tempo, se e in che misura siano state interessate da compensazioni reciproche o se, invece, esistano caratteristiche strutturali del finanziamento privato ai servizi sanitari. Procedendo per livelli di dettaglio sempre maggiore è possibile verificare se la percezione di una spesa a carico dei privati aumentata e in aumento sia in qualche misura legata a specifiche funzioni o modalità di erogazione dei servizi. Si intende, quindi, verificare l'esistenza di eventuali *shifting* dalla spesa pubblica alla spesa privata, a favore di quest'ultima.

Anche in questo caso, la misurazione a prezzi correnti è affiancata dalle serie storiche del rapporto spesa/PIL nonché dai *trend* della composizione pubblico-privato funzione specifica.

Imm.5 Le funzioni di spesa

Fonte: elaborazione degli autori.

2.2.4.1 La spesa sanitaria per cura e riabilitazione: spesa pubblica e spesa privata

La spesa pubblica per cura e riabilitazione, al di là della parentesi pandemica, riduce progressivamente il suo valore rispetto al PIL, senza che vi sia alcun tipo di compensazione da parte della spesa dei privati.

Considerando la spesa sanitaria per cura e riabilitazione nei sui principali regimi di erogazione, le risorse in termini nominali che tendono ad aumentare relativamente di più sono quelle per prestazioni ambulatoriali: si tratta, almeno in parte, della conseguenza diretta del trasferimento di determinati trattamenti e interventi dal regime di ricovero ordinario e *day hospital* a setting assistenziali maggiormente appropriati (Fig. 48).

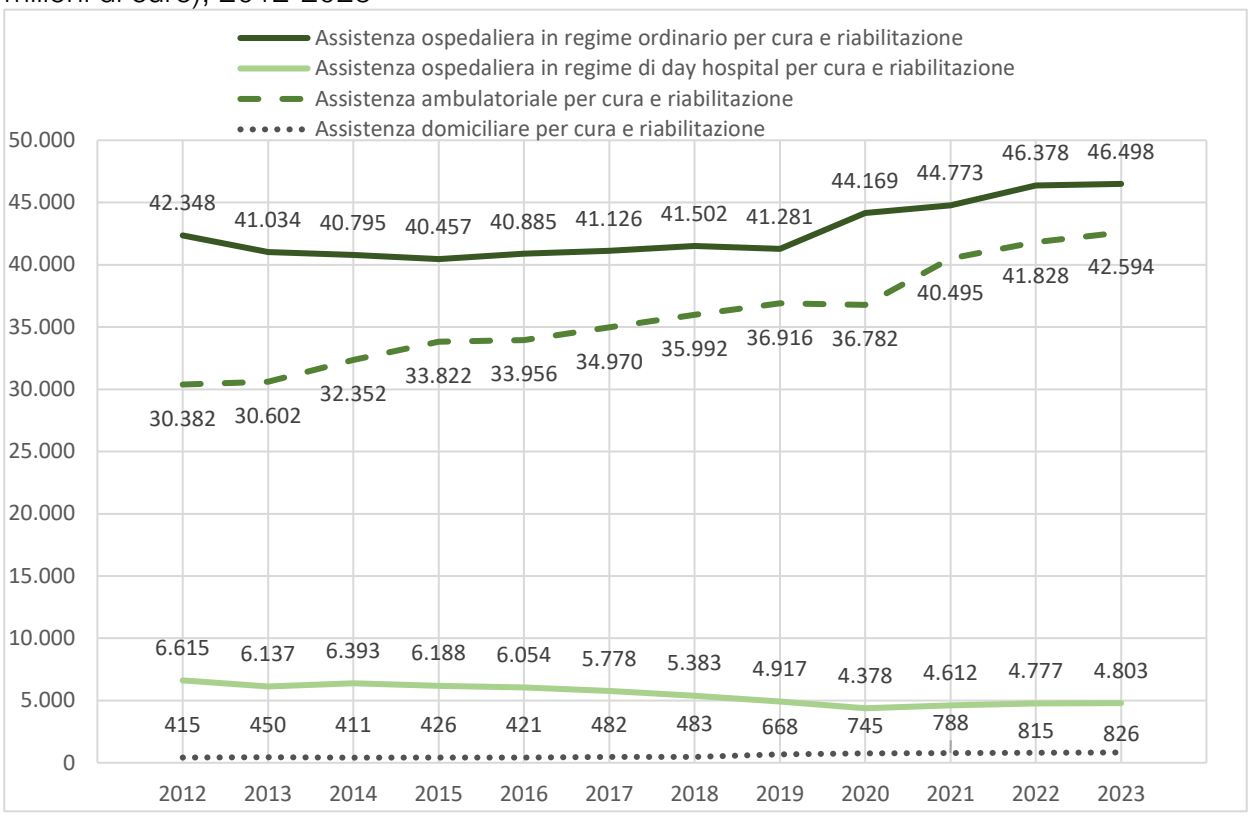
Questo è particolarmente evidente nell'analisi rispetto al PIL (Fig.49).

Rileva inoltre una – sia pur molto lieve – crescita della spesa per l'assistenza domiciliare.

Per quanto riguarda il finanziamento dell'attività ospedaliera di ricovero e cura, la spesa privata assume storicamente un ruolo marginale e trascurabile, soprattutto per quanto riguarda i ricoveri ordinari (Fig.52). La spesa per il *day hospital* a pagamento è pari a meno di 1/10 (Fig.55) del totale, proporzione in leggero aumento, non per un incremento della spesa privata ma per un decremento della componente pubblica (Fig.53).

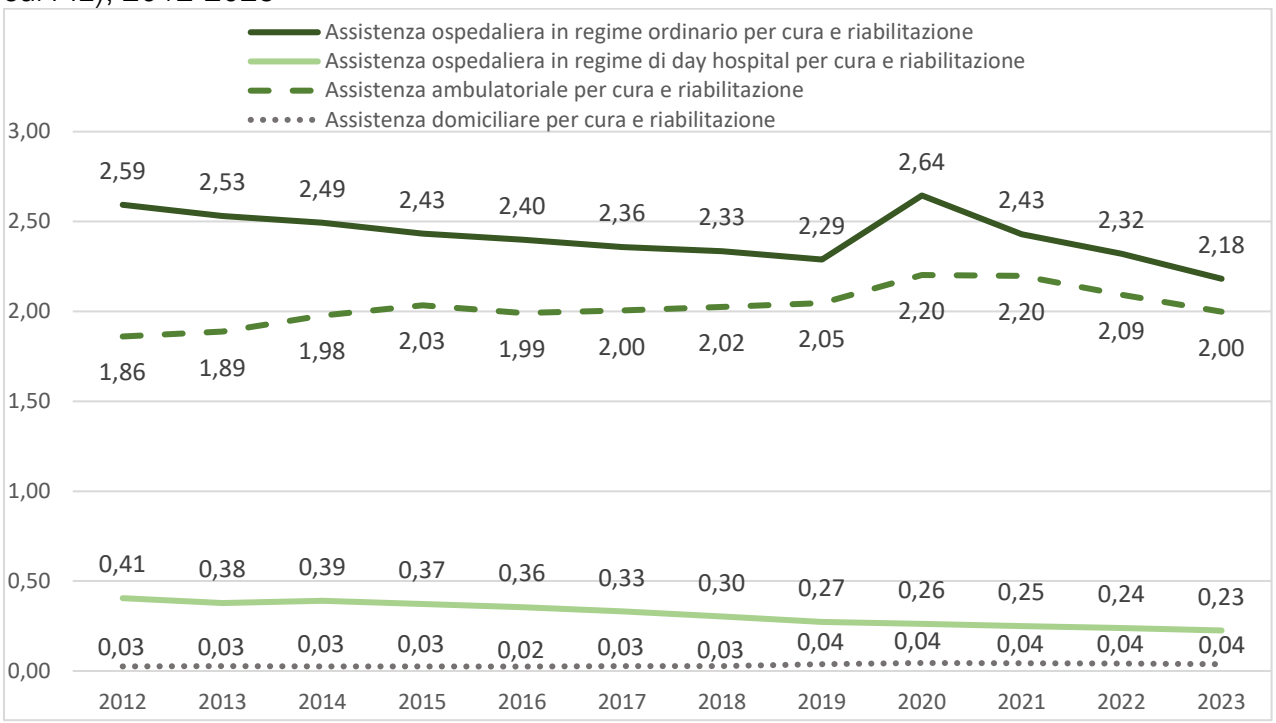
La spesa pubblica, al di là della parentesi pandemica, riduce, infatti progressivamente il suo valore rispetto al PIL (Figg.51 e 54), senza che vi sia alcun tipo di compensazione da parte della spesa dei privati.

Fig.48 Spesa sanitaria corrente per cura e riabilitazione: analisi per regime di cura (in milioni di euro), 2012-2023



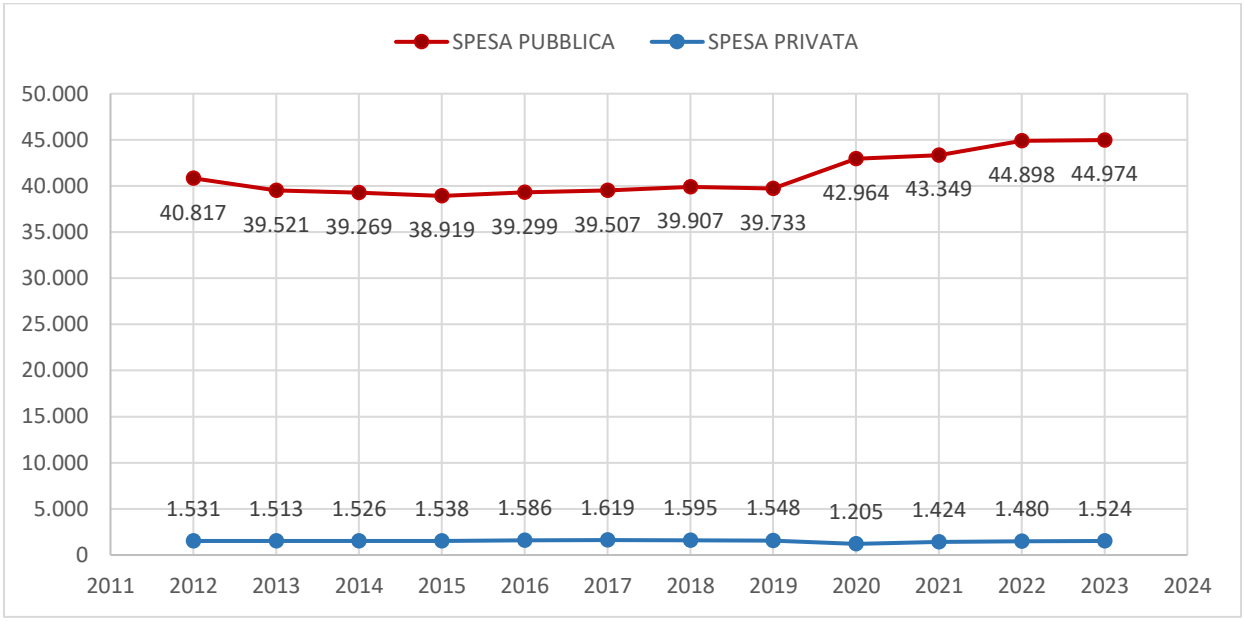
Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Fig.49 Spesa sanitaria/PIL per cura e riabilitazione: analisi per regime di cura (in percentuale sul PIL), 2012-2023



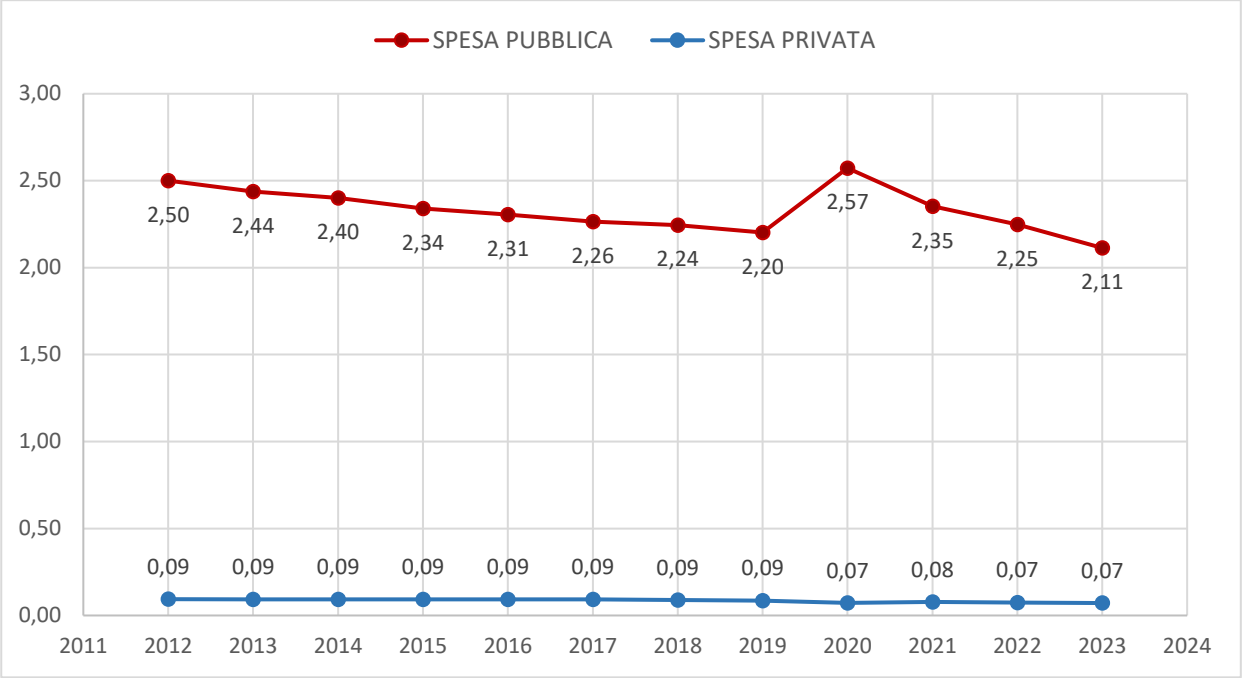
Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024. Aggiornamento PIL (marzo 2025)

Fig.50 Assistenza per cura e riabilitazione in regime di ricovero ordinario: spesa corrente pubblica *vs* spesa corrente privata (in milioni di euro), 2012-2023



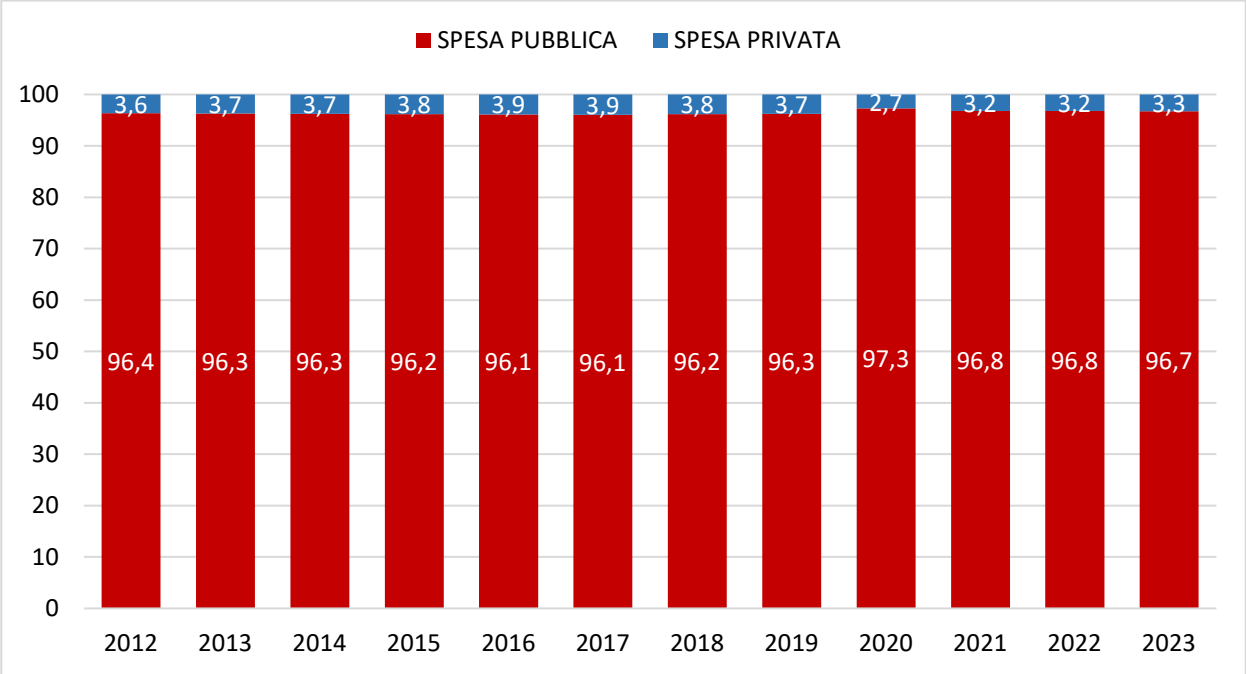
Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Fig.51 Assistenza per cura e riabilitazione in regime di ricovero ordinario: spesa pubblica/PIL *vs* spesa privata/PIL, 2012-2023



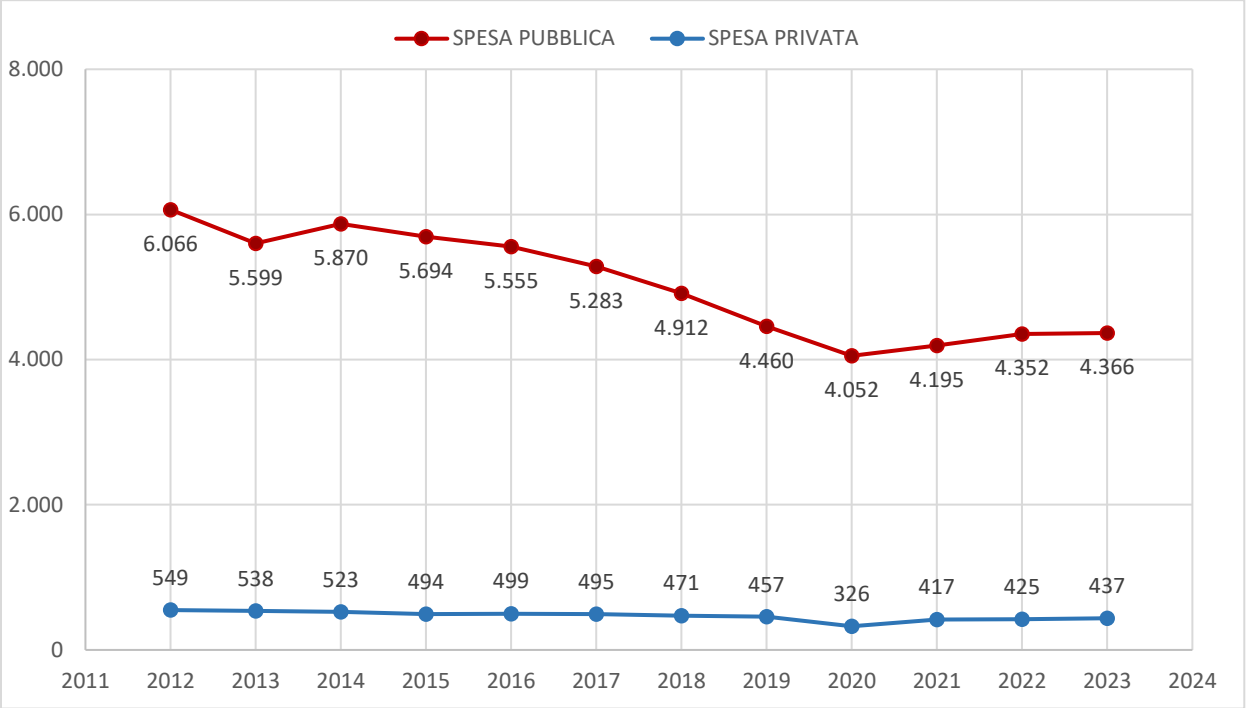
Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024. Aggiornamento PIL (marzo 2025).

Fig.52 Assistenza per cura e riabilitazione in regime di ricovero ordinario: percentuale sul totale di spesa pubblica e di spesa privata, 2012-2023



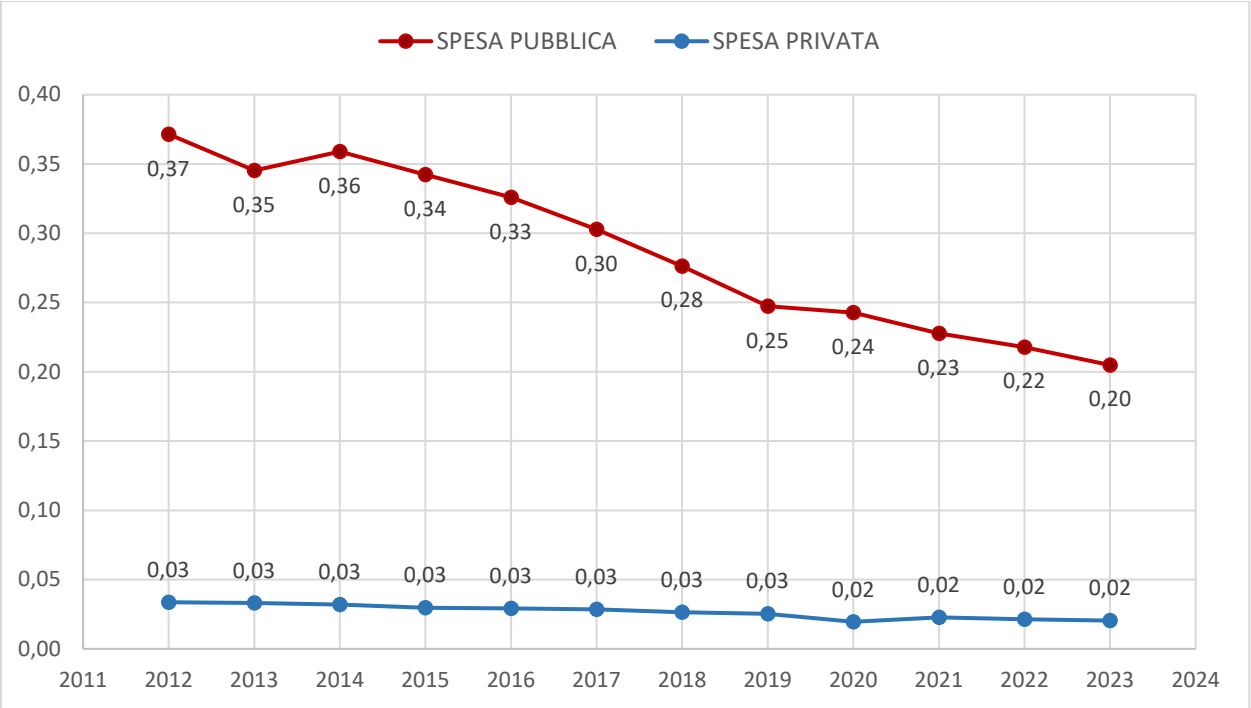
Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Fig.53 Assistenza per cura e riabilitazione in regime di *day hospital* (in milioni di euro): spesa corrente pubblica *vs* spesa corrente privata (in milioni di euro), 2012-2023



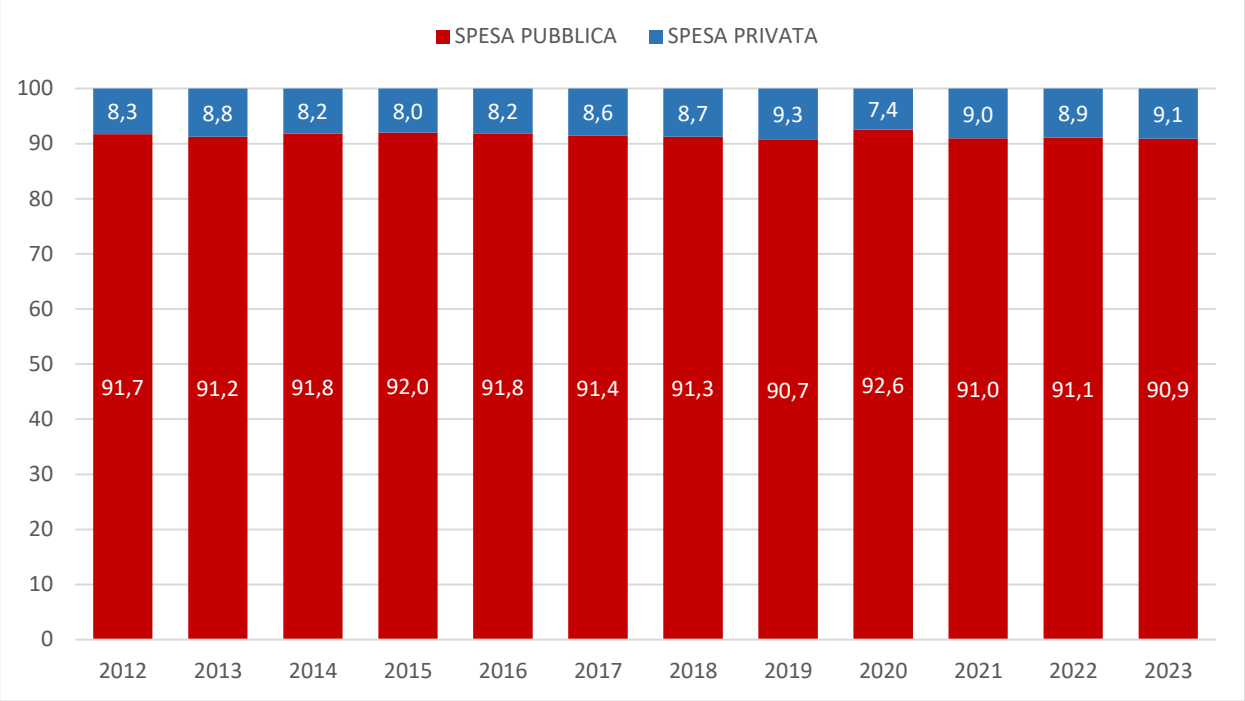
Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Fig.54 Assistenza per cura e riabilitazione in regime di *day hospital*: spesa pubblica/PIL *vs* spesa privata/PIL, 2012-2023



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024. Aggiornamento PIL (marzo 2025)

Fig.55 Assistenza per cura e riabilitazione in regime di *day hospital*: percentuale sul totale di spesa pubblica e di spesa privata, 2012-2023[12]



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Nel quadro del regime ambulatoriale, la spesa privata per cura e riabilitazione, assume un ruolo decisamente più rilevante, complice l'odontoiatria che da sola copre il 45% dei 17,8 miliardi stimati nel 2023 (Fig.56) e oltre il 20% del totale della spesa sanitaria privata (Tab.17).

Anche se in termini nominali, tanto la spesa pubblica quanto la spesa privata sembrano aumentare nell'intervallo considerato (Fig.56), l'analisi rispetto al PIL descrive una situazione di sostanziale invarianza nel tempo di entrambe le componenti, laddove la prima assume nel 2023 valori in linea con il 2012 e il 2017, mentre la seconda – dopo un minimo incremento negli anni successivi alla *"Spending Review"* – è rimasta sostanzialmente inalterata (Fig.57).

In altre parole, le famiglie spendono di più quando hanno maggiore disponibilità economica (maggior numero di prestazioni) o, a parità di quantità acquistate, quando i prezzi al consumo aumentano.

Fa eccezione, ancora una volta, il periodo Covid, con le rispettive punte di spesa (Fig.57) che si identificano, per il finanziamento pubblico con l'anno dei *lockdown* e per il finanziamento privato, con il recupero delle prestazioni non erogate durante il 2021.

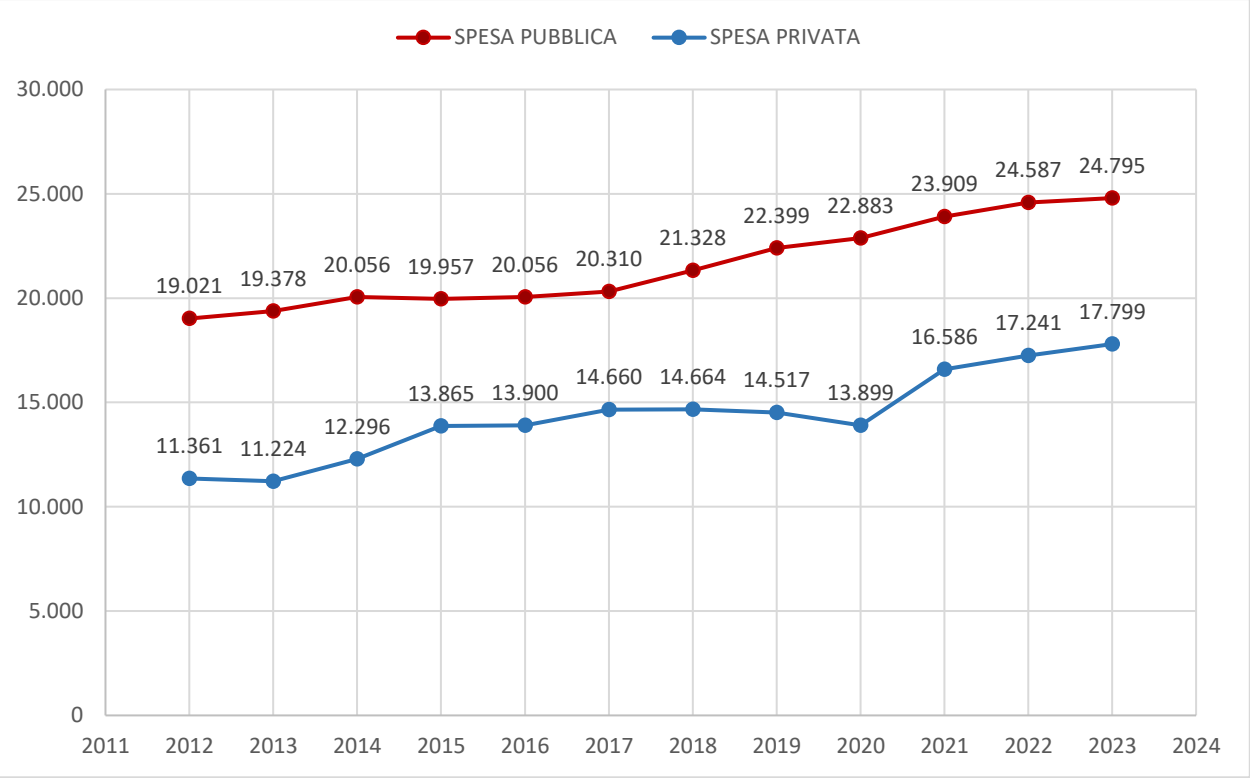
[12] L'aumento della spesa ambulatoriale non è esclusivamente compensativo della riduzione di quella per il *day hospital*.

Anche nell'andamento temporale della composizione pubblico-privato della spesa (Fig.58), si ha evidenza di una valenza strutturale della spesa privata ambulatoriale: la percentuale del 41,8% del 2023 è sostanzialmente identica alla stima del 2017 e in linea con l'impostazione originaria data alla perimetrazione della tutela pubblica.

Se dunque esiste una relazione in chiave compensativa tra spesa privata e spesa pubblica essa non si realizza in incrementi di reazione dell'una rispetto a interventi di razionalizzazione dell'altra, ma piuttosto nell'impianto originario del SSN, laddove parte della domanda di beni e servizi è stata consapevolmente esclusa dallo schema universalistico e solidale di tutela, sia per ragioni di tenuta e sostenibilità sia per questioni di efficacia *evidence-based* del ricorso ai trattamenti sanitari.

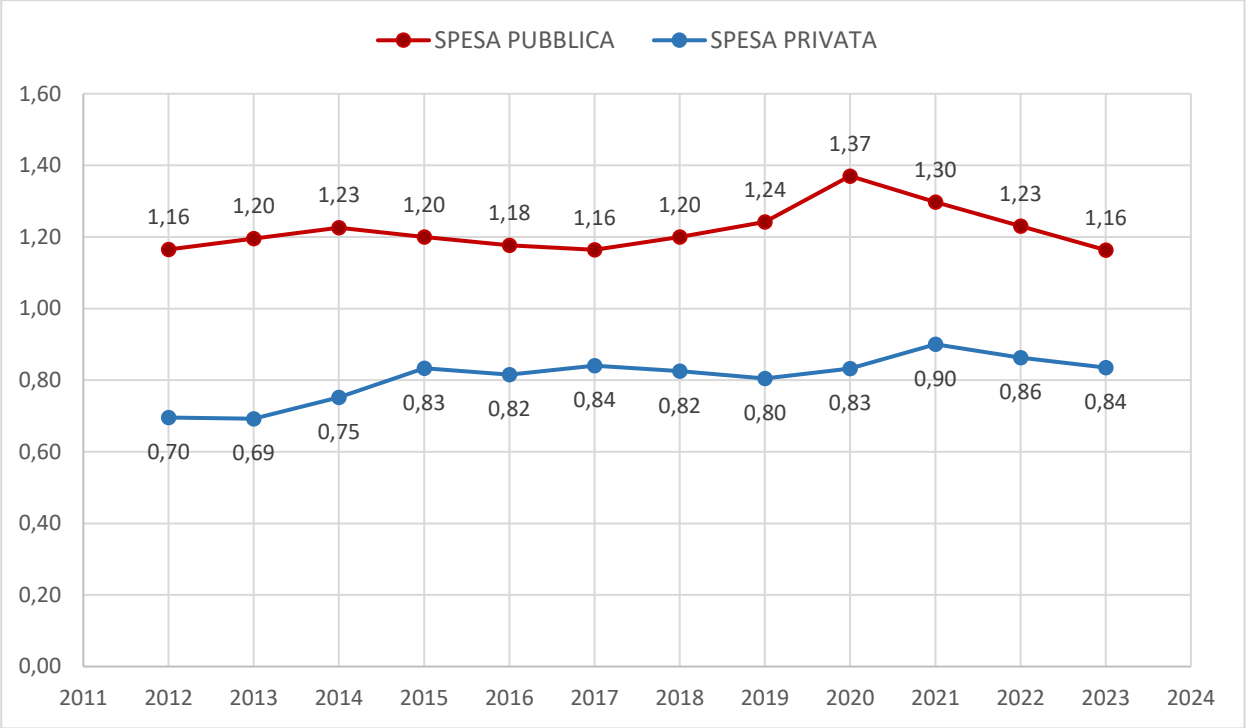
Quando, infatti, parliamo di spesa privata, occorre sempre considerare l'esistenza, nel ricorso alla sanità a pagamento, di una quota di inappropriatezza.

Fig.56 Assistenza per cura e riabilitazione in regime ambulatoriale: spesa corrente pubblica *vs* spesa corrente privata (in milioni di euro), 2012-2023



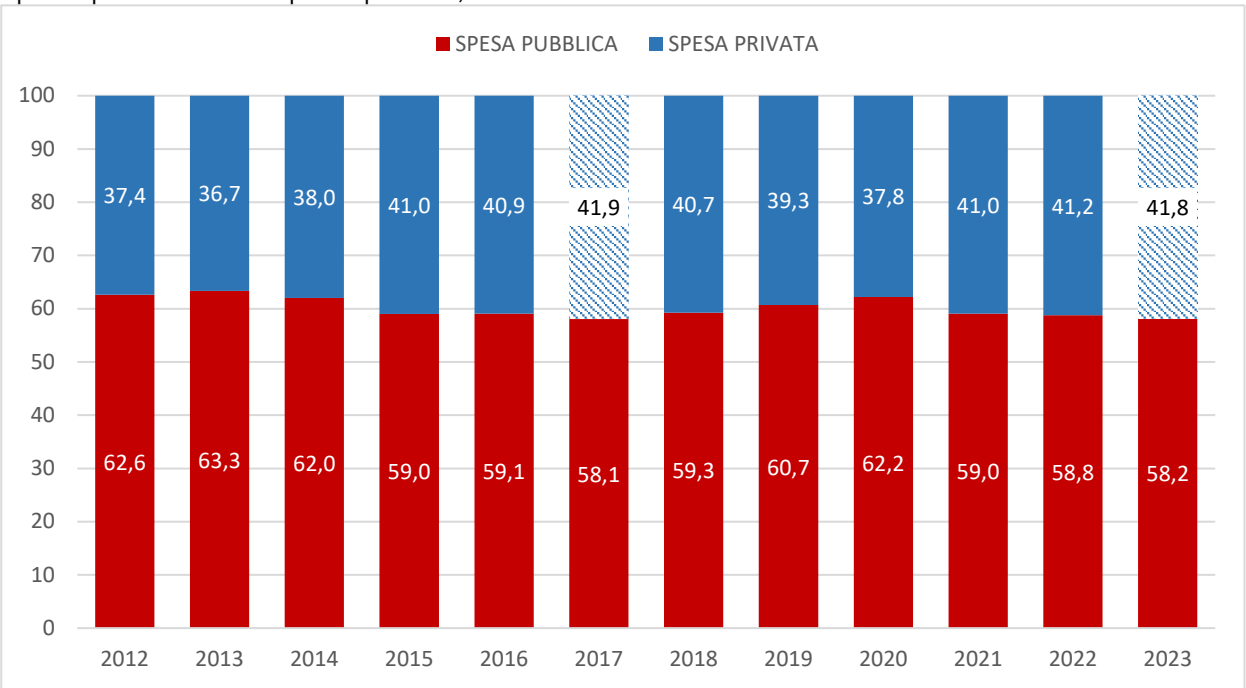
Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Fig.57 Assistenza per cura e riabilitazione in regime ambulatoriale: spesa pubblica/PIL *vs* spesa privata/PIL, 2012-2023



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024. Aggiornamento PIL (marzo 2025).

Fig.58 Assistenza per cura e riabilitazione in regime ambulatoriale: percentuale sul totale di spesa pubblica e di spesa privata, 2012-2023



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Tab.24 Assistenza per cura e riabilitazione in regime domiciliare: spesa della Pubblica Amministrazione/PIL *vs* spesa dei privati/PIL, 2012-2023

SPESA PUBBLICA	SPESA PRIVATA
0,018	0,007
0,020	0,007
0,017	0,008
0,017	0,009
0,016	0,009
0,018	0,009
0,018	0,010
0,027	0,010
0,034	0,010
0,032	0,011
0,030	0,010
0,029	0,010

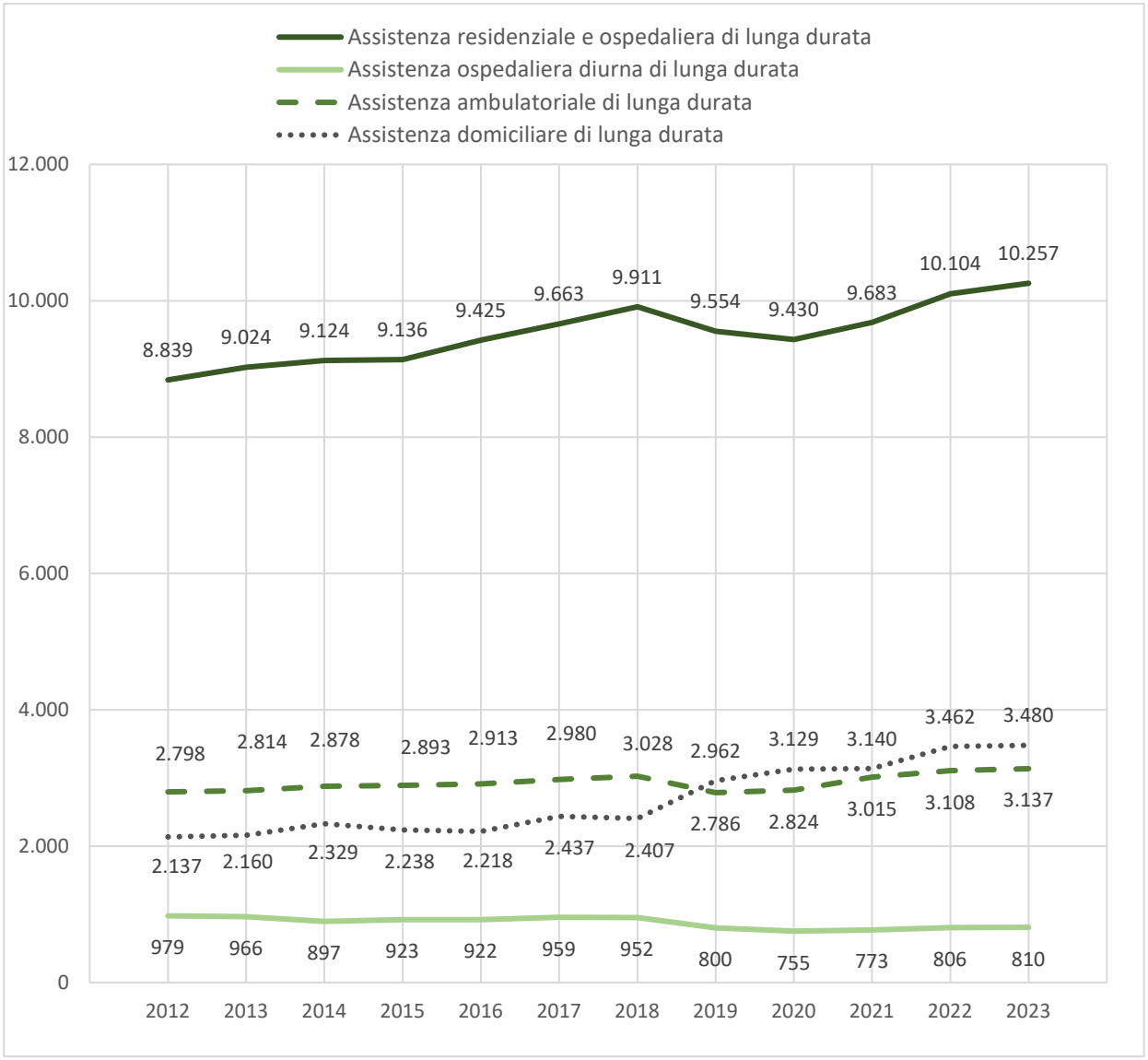
Fonte: elaborazione su dati ISTAT, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024 Aggiornamento PIL (marzo 2025)

La spesa domiciliare rappresenta una quota estremamente ridotta dell'assistenza per cura e riabilitazione, con incrementi temporali trascurabili per entrambe le componenti (Tab.24).

2.2.4.2 La spesa sanitaria per assistenza di lunga durata (LTC): spesa pubblica e spesa privata

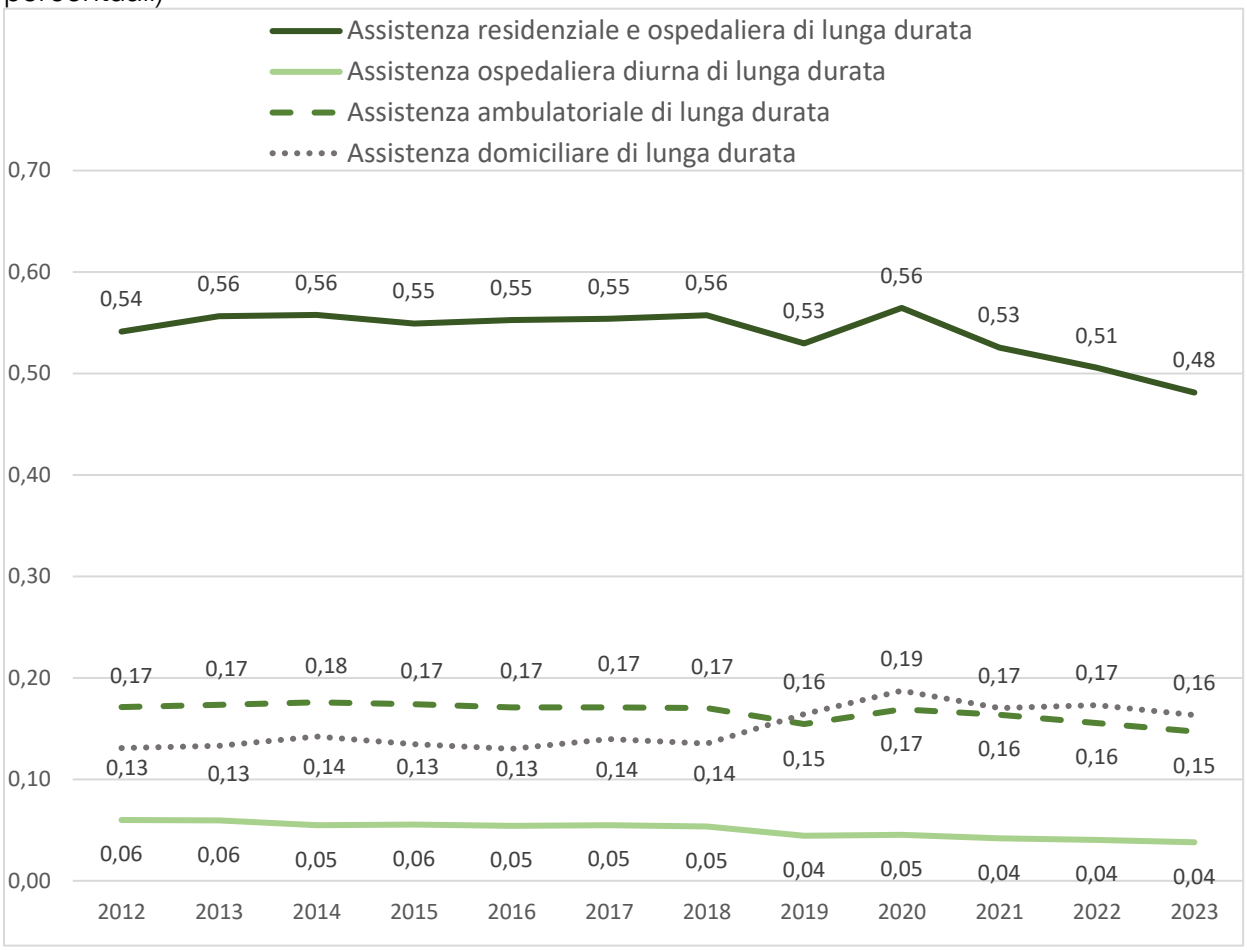
La riduzione nel tempo della spesa sanitaria per LTC è determinata da un progressivo definanziamento pubblico, mentre la spesa privata rimane senza sostanziali variazioni nell'intervallo di tempo considerato.

Fig.59 Spesa sanitaria corrente per LTC (in milioni di euro): analisi per regime di cura, 2012-2023



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

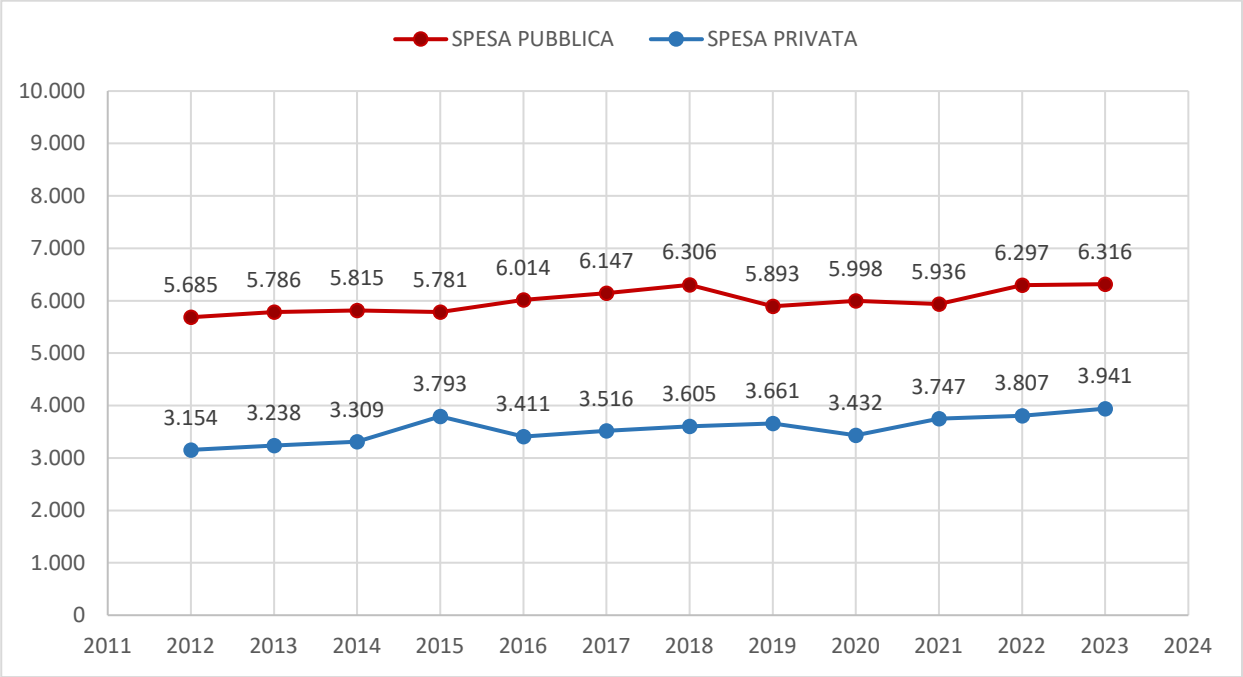
Fig.60 Spesa sanitaria/PIL per LTC: analisi per regime di cura, 2012-2023 (valori percentuali)



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024. Aggiornamento PIL (marzo 2025)

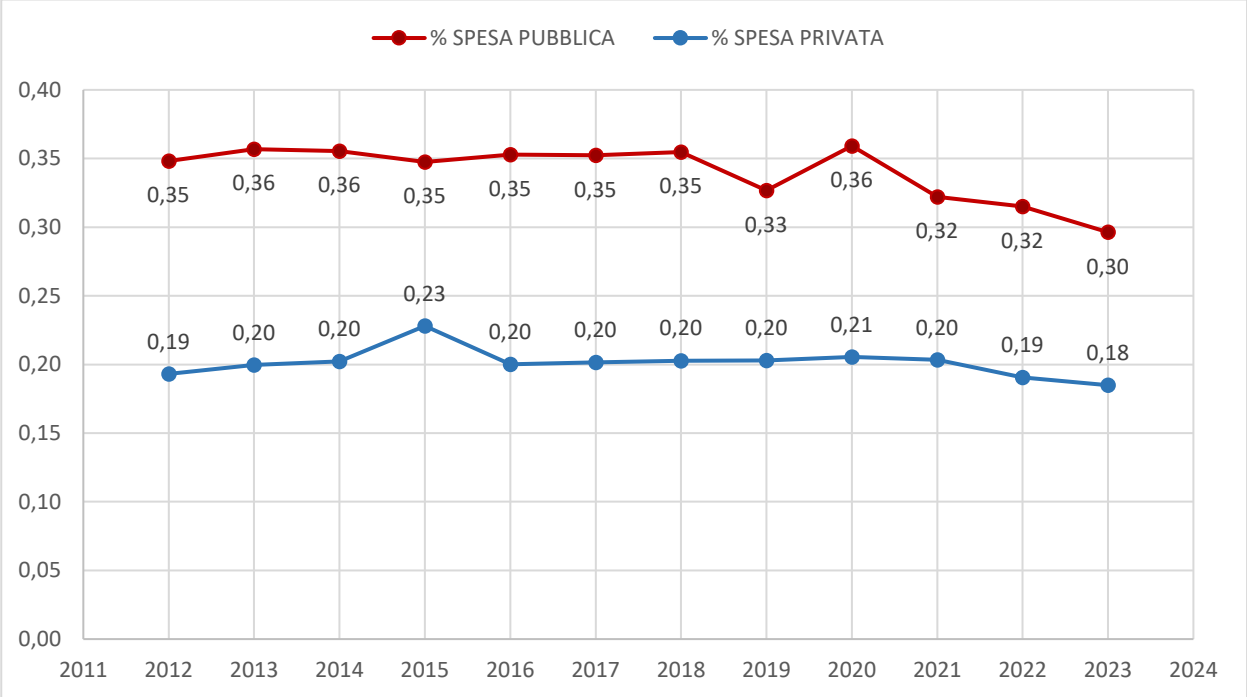
Considerando la spesa sanitaria di lunga durata nei suoi principali regimi di erogazione, l'assistenza di tipo residenziale e ospedaliero rappresenta la componente principale, in progressiva, sia pure contenuta, riduzione nel tempo. Si assiste, inoltre, a partire dal 2019 a uno *shifting* a somma zero dell'assistenza LTC ambulatoriale in assistenza domiciliare (Figg. 59 e 60).

Fig.61 Assistenza residenziale e ospedaliera di lunga durata: spesa corrente pubblica *vs* spesa corrente privata (in milioni di euro), 2012-2023



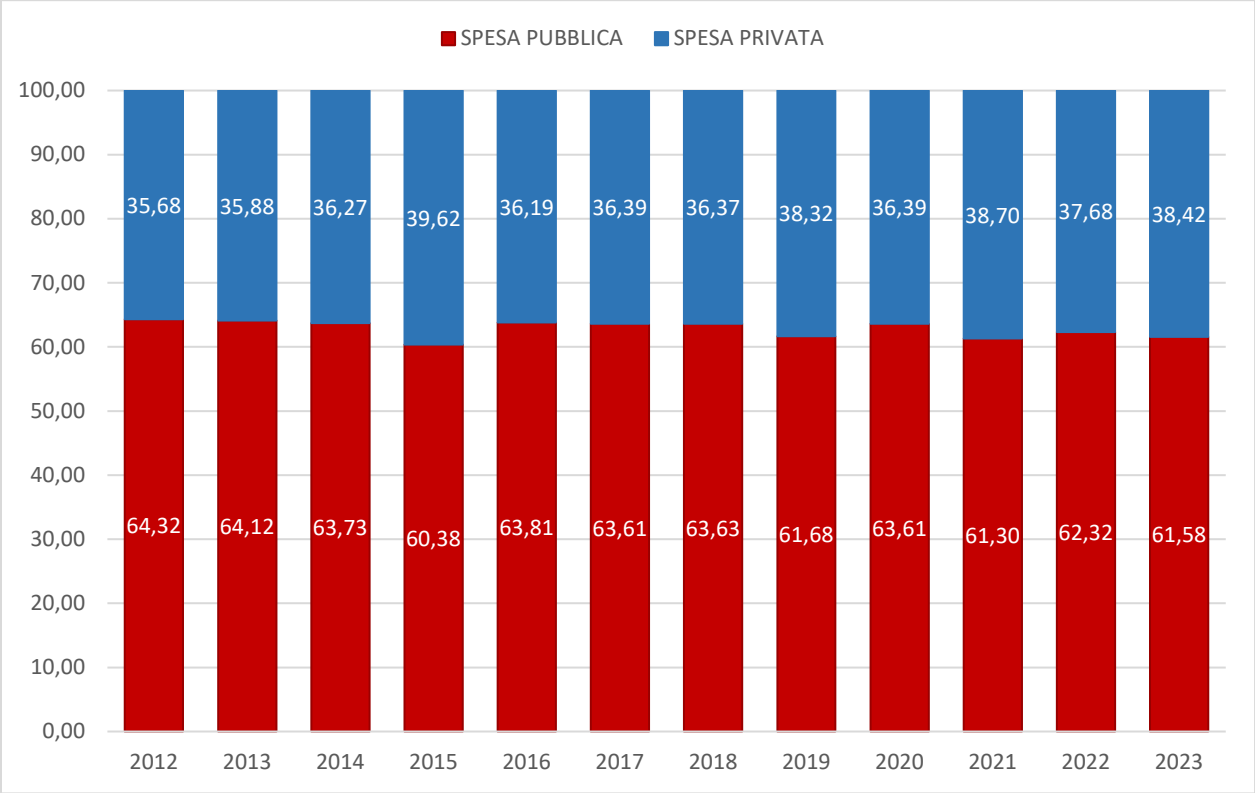
Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Fig.62 Assistenza residenziale e ospedaliera di lunga durata: spesa pubblica/PIL *vs* spesa privata/PIL, 2012-2023 (valori percentuali)



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024. Aggiornamento PIL (marzo 2025).

Fig.63 Assistenza residenziale e ospedaliera di lunga durata: percentuale sul totale della spesa pubblica e della spesa privata, 2012-2023 (valori percentuali)



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

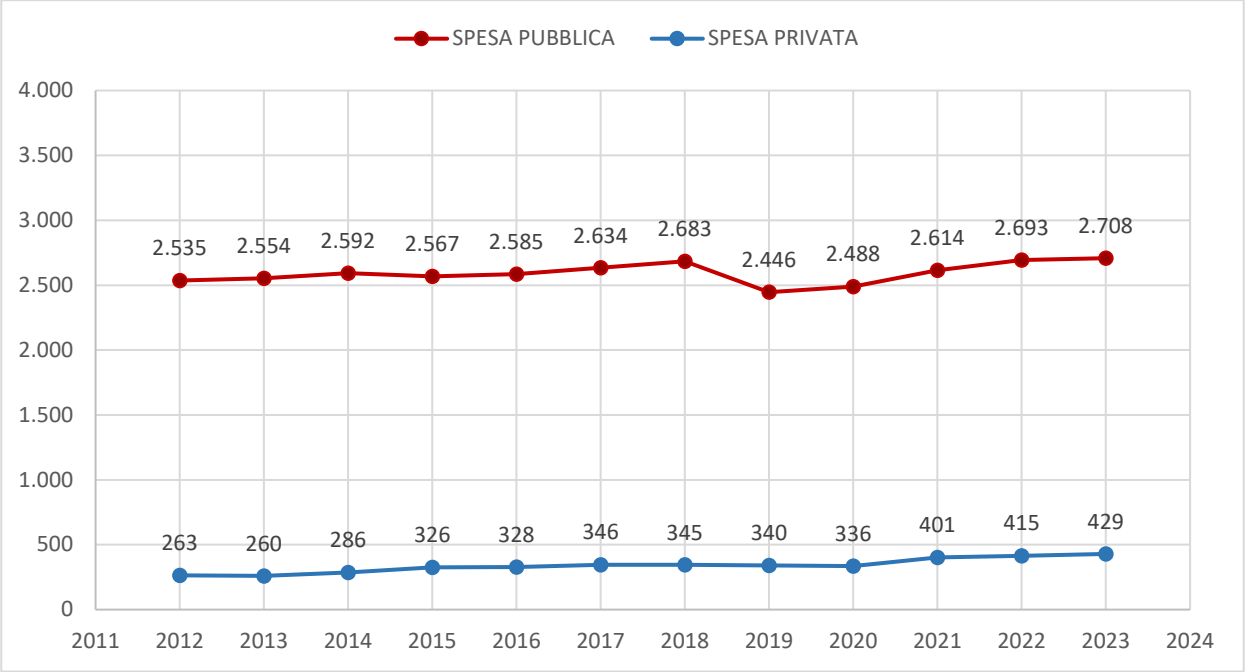
A determinare la riduzione della spesa sanitaria per LTC è il finanziamento pubblico che scende dallo 0,35% del PIL allo 0,30%, mentre la spesa privata resta attorno allo 0,20% senza sostanziali variazioni nell'intervallo di tempo considerato (Fig.62).

Il lieve maggior contributo relativo della spesa privata (38,4% del 2023 *vs* 36,4% del 2018) non è dunque determinato da un suo incremento, ma dalla riduzione della componente pubblica della spesa (Fig.63).

Stesso discorso per quanto riguarda la LTC erogata in regime ambulatoriale, presumibilmente riferita a pazienti cronici presi in carico stabilmente: mentre la spesa privata rispetto al PIL rimane identica nel tempo, il lieve definanziamento pubblico (Fig.65) determina un incremento relativo della prima rispetto al totale (Fig.66).

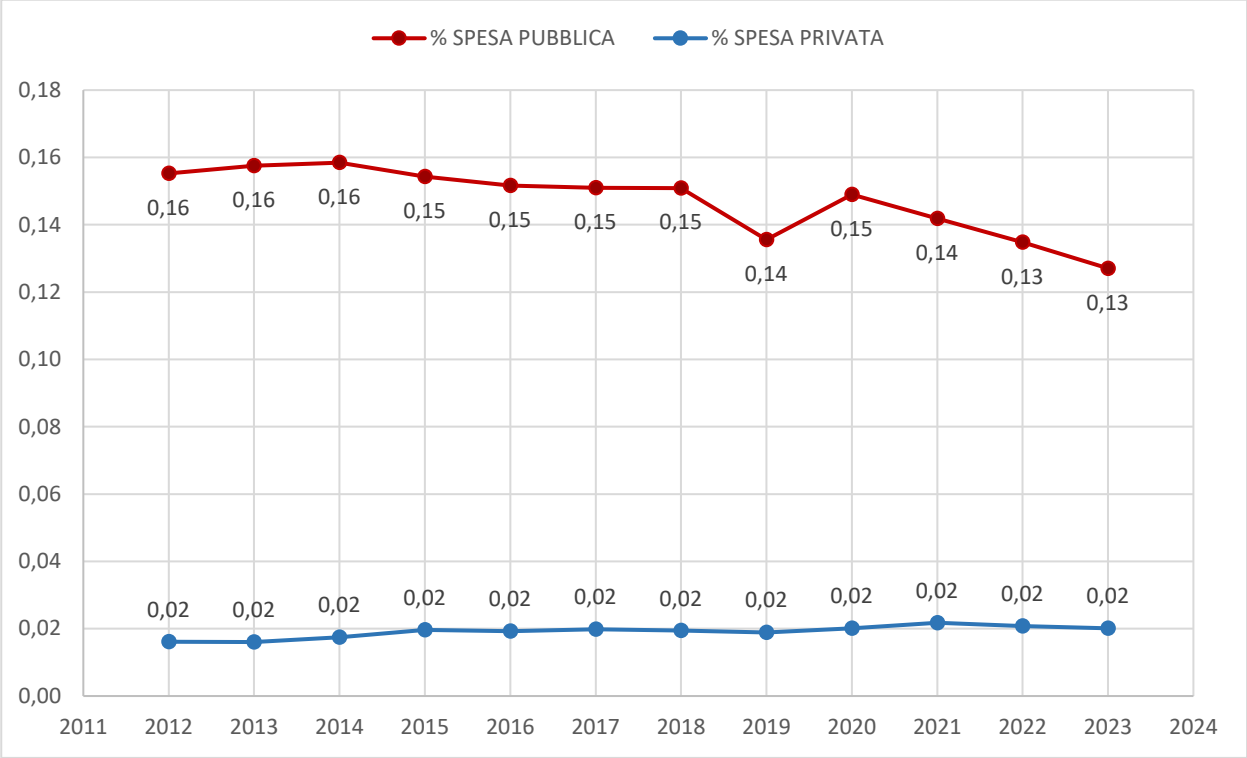
Il finanziamento privato rappresenta una quota estremamente ridotta della spesa domiciliare, pari allo 0.01% del PIL e senza sostanziali variazioni nel periodo considerato (Fig.68). In questo caso non si registra alcuna riduzione della spesa pubblica (Figg. 67 e 69).

Fig.64 Assistenza ambulatoriale di lunga durata: spesa pubblica *vs* spesa privata (in milioni di euro), 2012-2023



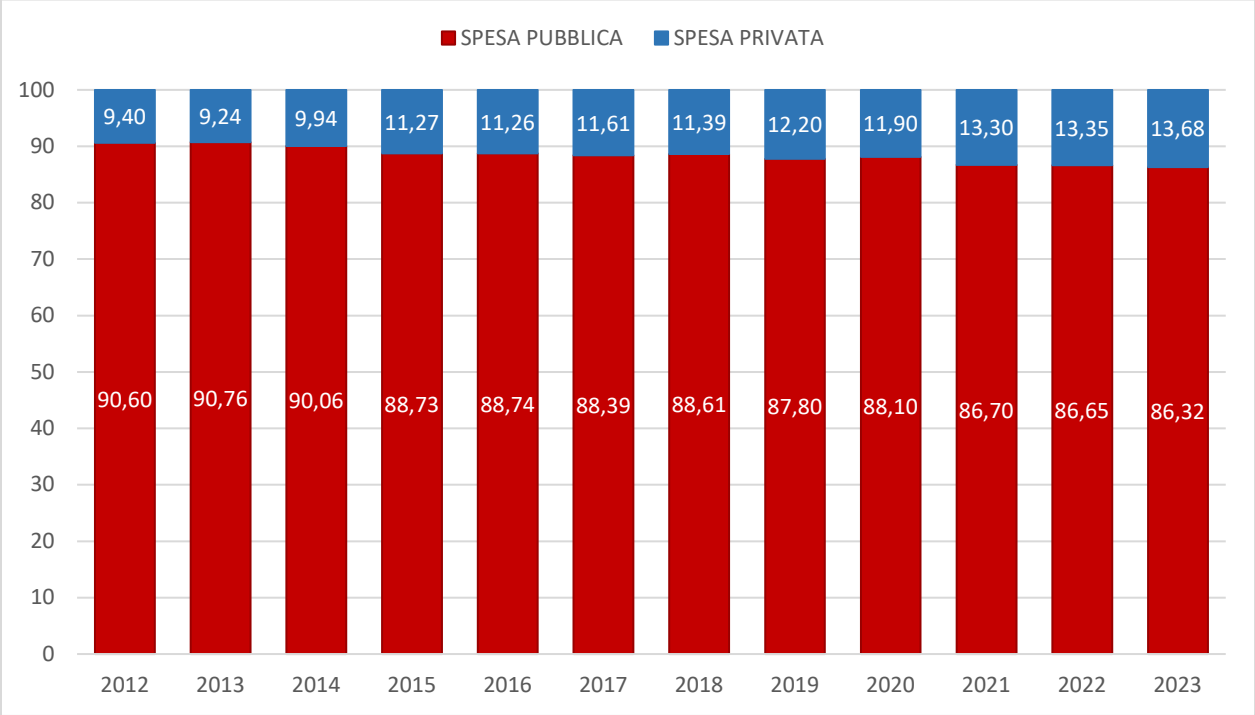
Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Fig.65 Assistenza ambulatoriale di lunga durata: spesa pubblica/PIL *vs* spesa privata/PIL, 2012- 2023 (valori percentuali)



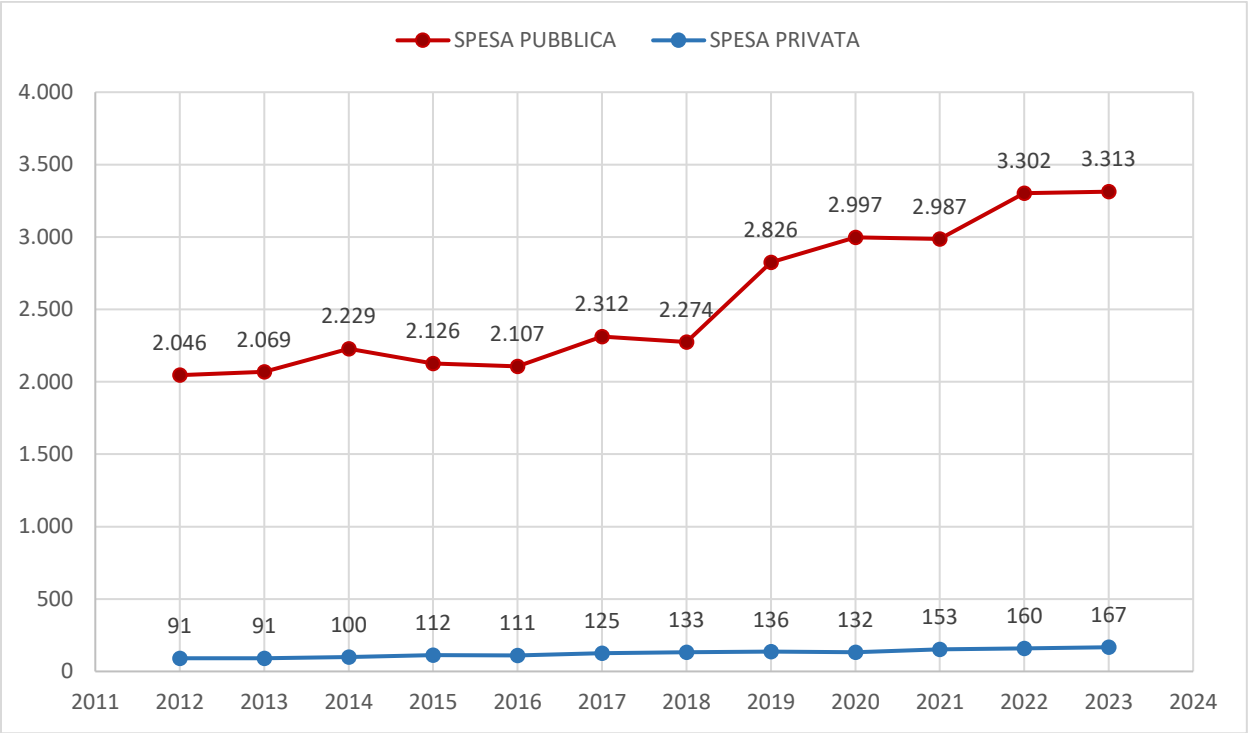
Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024. Aggiornamento PIL (marzo 2025).

Fig.66 Assistenza ambulatoriale di lunga durata: percentuale sul totale di spesa pubblica e di spesa privata, 2012-2023 (valori percentuali)



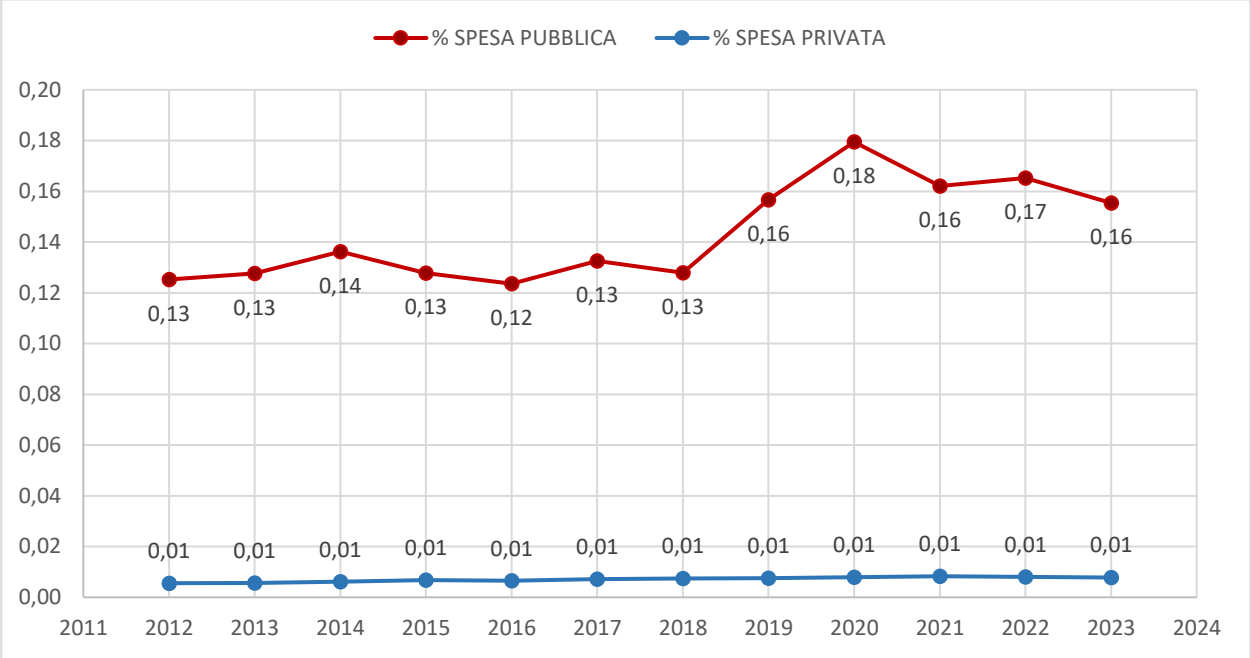
Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Fig.67 Assistenza domiciliare di lunga durata: spesa pubblica *vs* spesa privata (in milioni di euro), 2012-2023



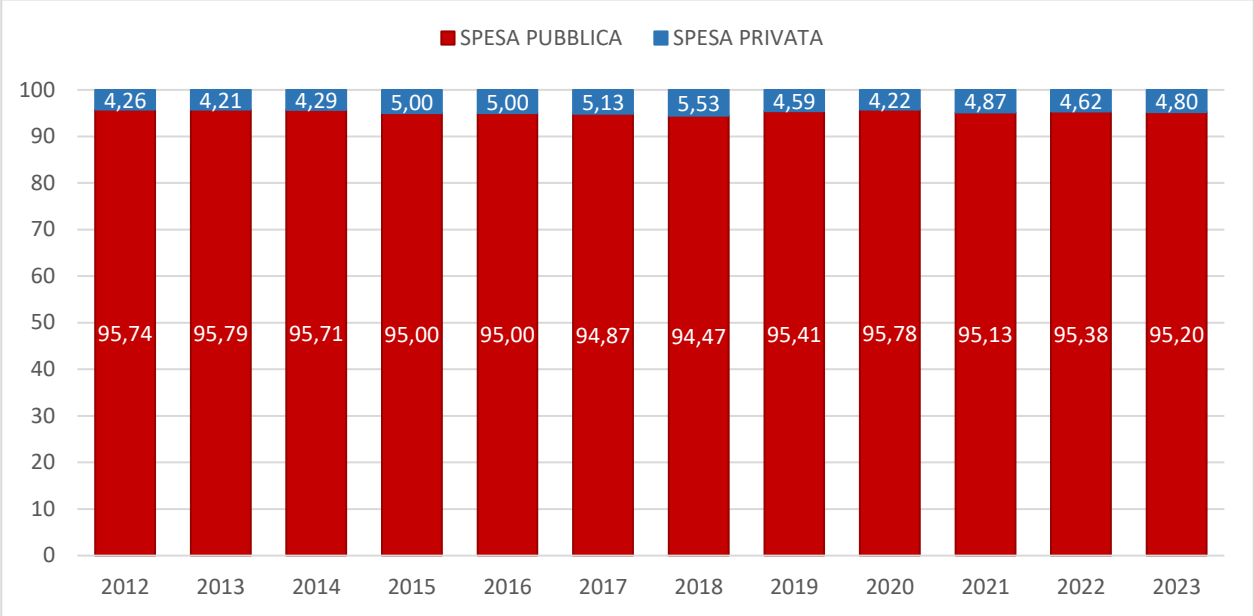
Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Fig.68 Assistenza domiciliare di lunga durata: spesa pubblica/PIL *vs* spesa privata/PIL, 2012- 2023 (valori percentuali)



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024. Aggiornamento PIL (marzo 2025)

Fig.69 Assistenza domiciliare di lunga durata: percentuale sul totale di spesa pubblica e di spesa privata, 2012-2023 (valori percentuali)

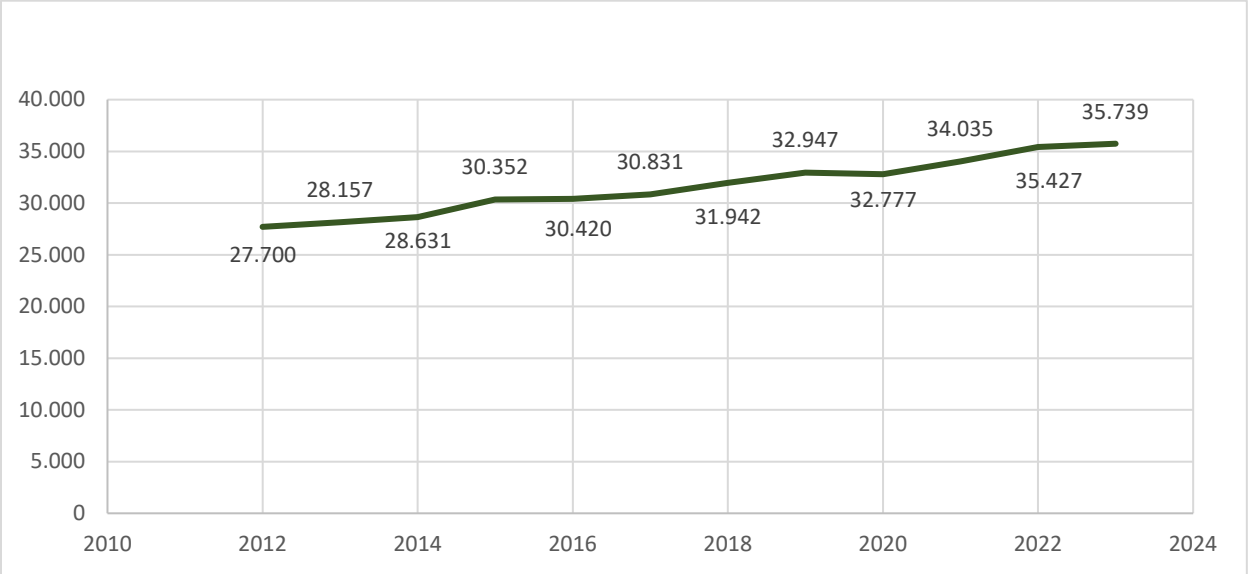


Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

2.2.4.3 La spesa sanitaria per farmaci e articoli sanitari: spesa pubblica e spesa privata

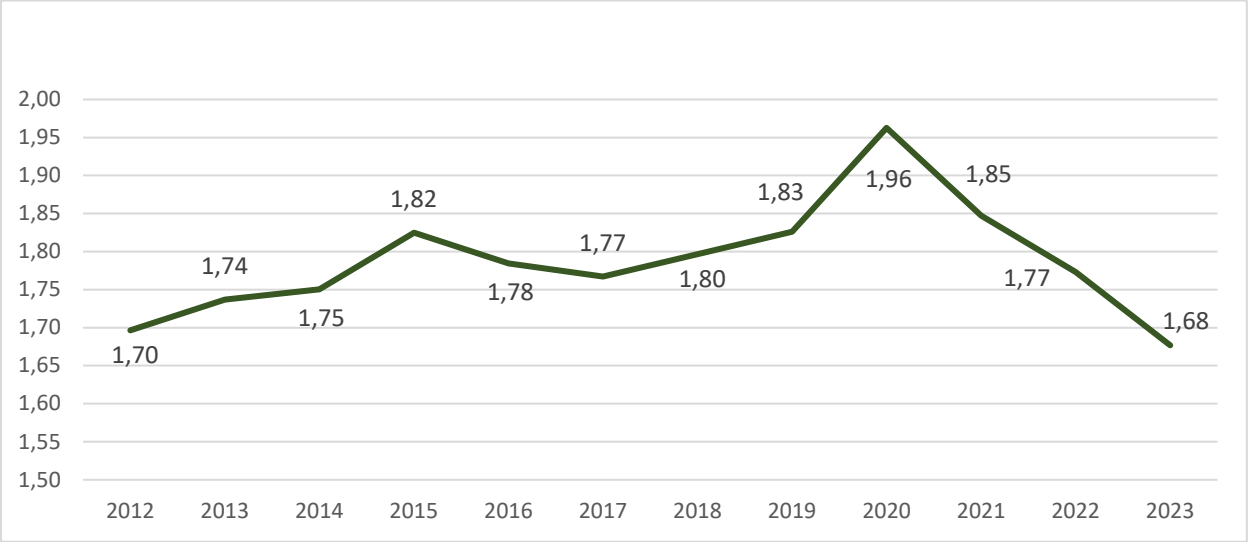
La spesa privata per farmaci e per presidi medici è una caratteristica strutturale della spesa sanitaria italiana: il suo valore rispetto al PIL è il più basso dal 2012.

Fig.70 Spesa sanitaria corrente per farmaci e presidi medici (in milioni di euro), 2012-2023



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Fig.71 Spesa sanitaria/PIL per farmaci e presidi medici, 2012-2023 (valori percentuali)



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024. Aggiornamento PIL (marzo 2025).

In termini complessivi, la spesa per farmaci e articoli sanitari riporta nel 2023 la proporzione rispetto al PIL più bassa (almeno) dal 2012 (Fig.71).

In particolare la spesa pubblica, in misura minore quella privata registrano un andamento temporale discontinuo (Fig.72).

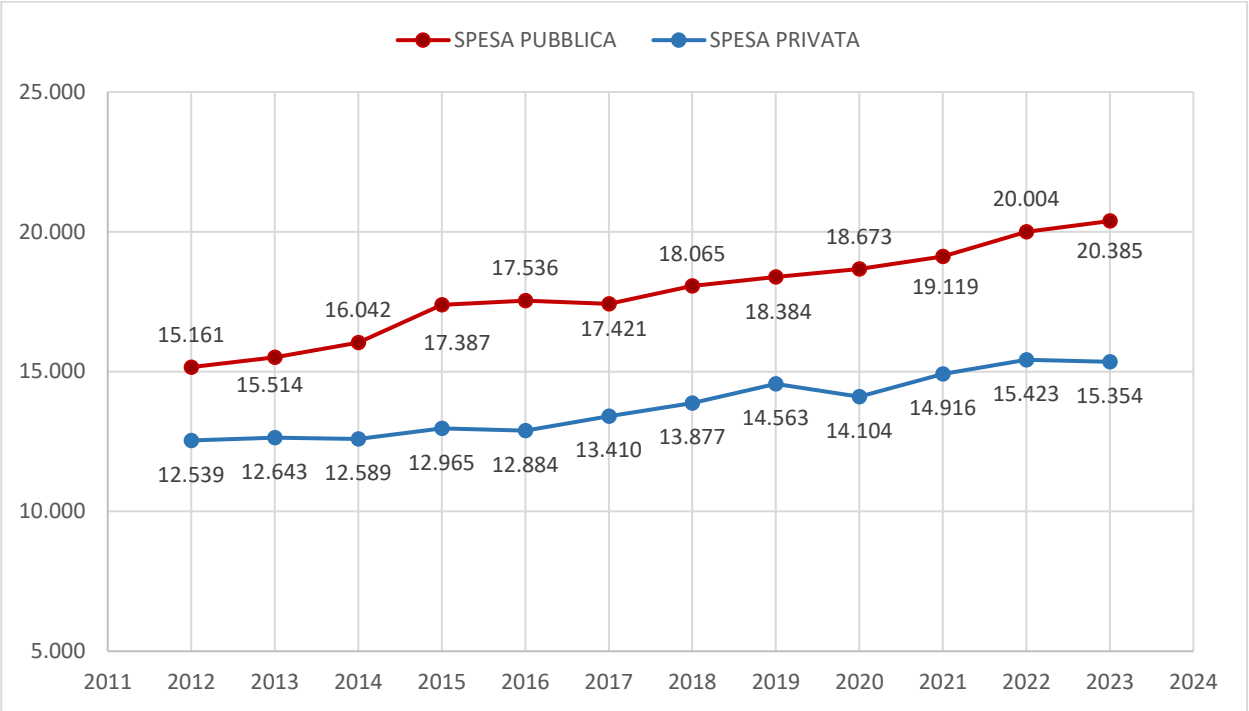
Per entrambe le componenti, ma soprattutto per la spesa privata, si hanno nell'ultimo anno di valutazione valori particolarmente contenuti rispetto al PIL (Fig.73).

Non si ha evidenza di una crescita della spesa privata, né rispetto al PIL (Fig.73) né rispetto alla spesa complessiva per farmaci e articoli sanitari (Fig.74); diversamente, la spesa privata per farmaci e presidi medici risulta una caratteristica strutturale della spesa sanitaria, come già rilevato nell'analisi dei consumi finali delle famiglie (Tab.19) nonché in riferimento a tutte le altre componenti di spesa privata.

Isolando la sola componente farmaceutica al netto della spesa per articoli sanitari, la spesa privata rispetto al PIL resta costante nel tempo, mentre quella pubblica presenta un andamento più irregolare (Fig.76).

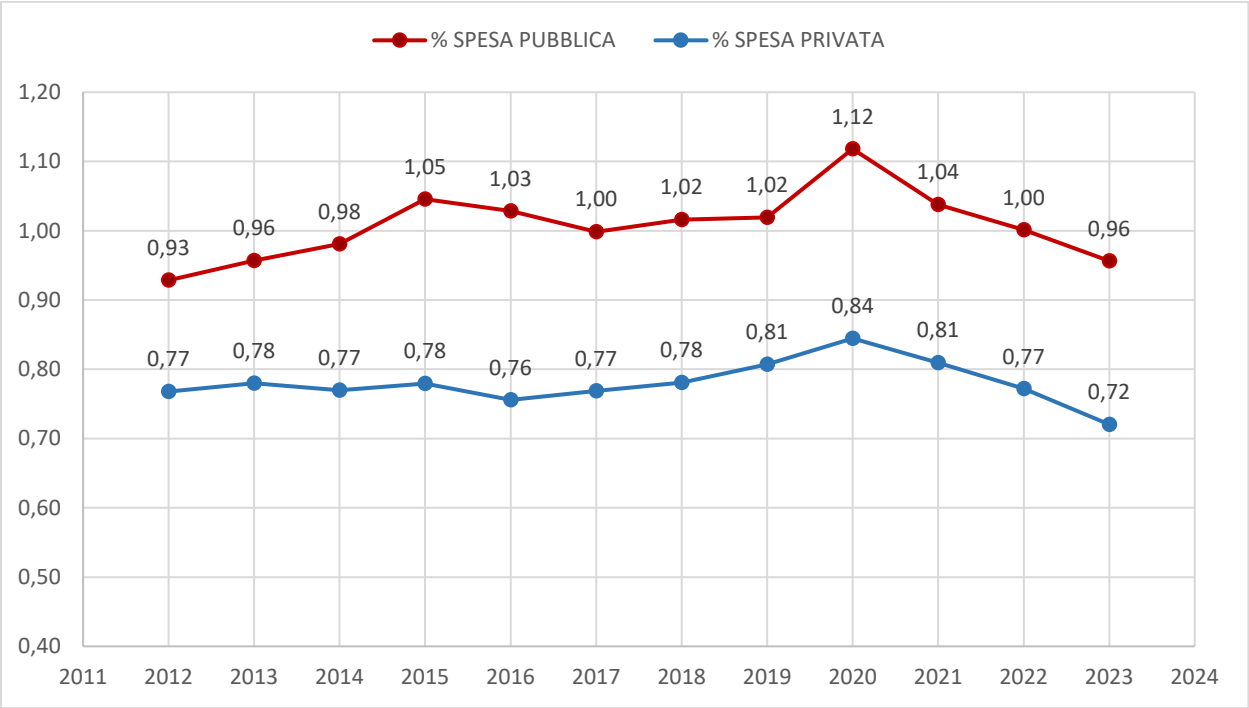
Anche in questo caso, le oscillazioni della percentuale di spesa farmaceutica privata rispetto alla spesa totale per farmaci (Fig. 77) dipendono dalle fluttuazioni della spesa pubblica. Ancora una volta, i consumi dei privati risultano associati alla capacità di spesa e spiegabili con le dinamiche dei prezzi, senza che emerga alcuna relazione inversa con il finanziamento pubblico.

Fig.72 Farmaci e presidi medici durevoli e non durevoli: spesa pubblica *vs* spesa privata (in milioni di euro), 2012-2023



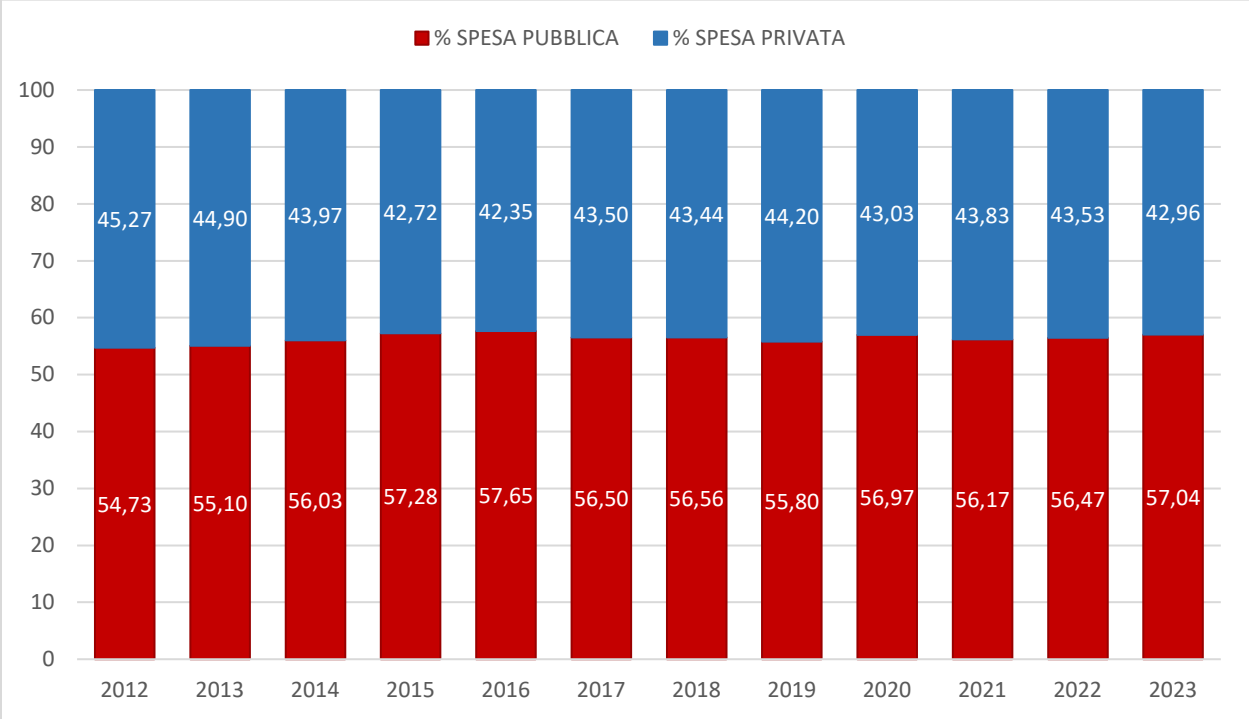
Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Fig.73 Farmaci e presidi medici durevoli e non durevoli: spesa pubblica/PIL *vs* spesa privata/ PIL, 2012- 2023 (valori percentuali)



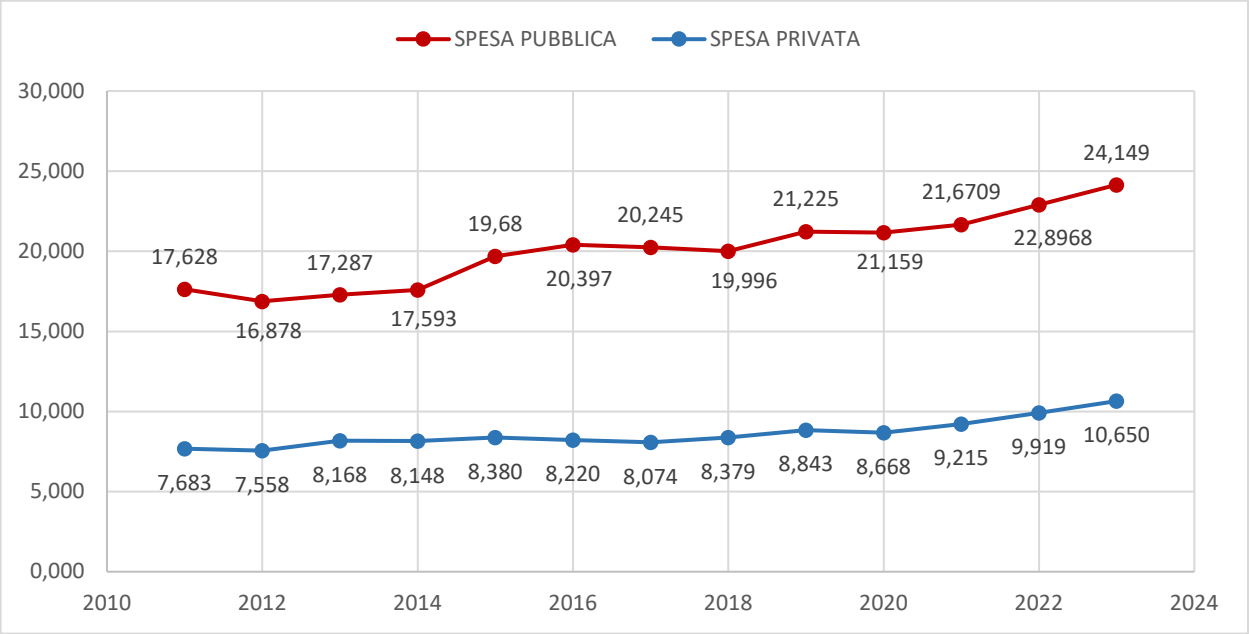
Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024. Aggiornamento PIL (marzo 2025).

Fig.74 Farmaci e presidi medici durevoli e non durevoli: percentuale sul totale di spesa pubblica e di spesa privata, 2012-2023 (valori percentuali)



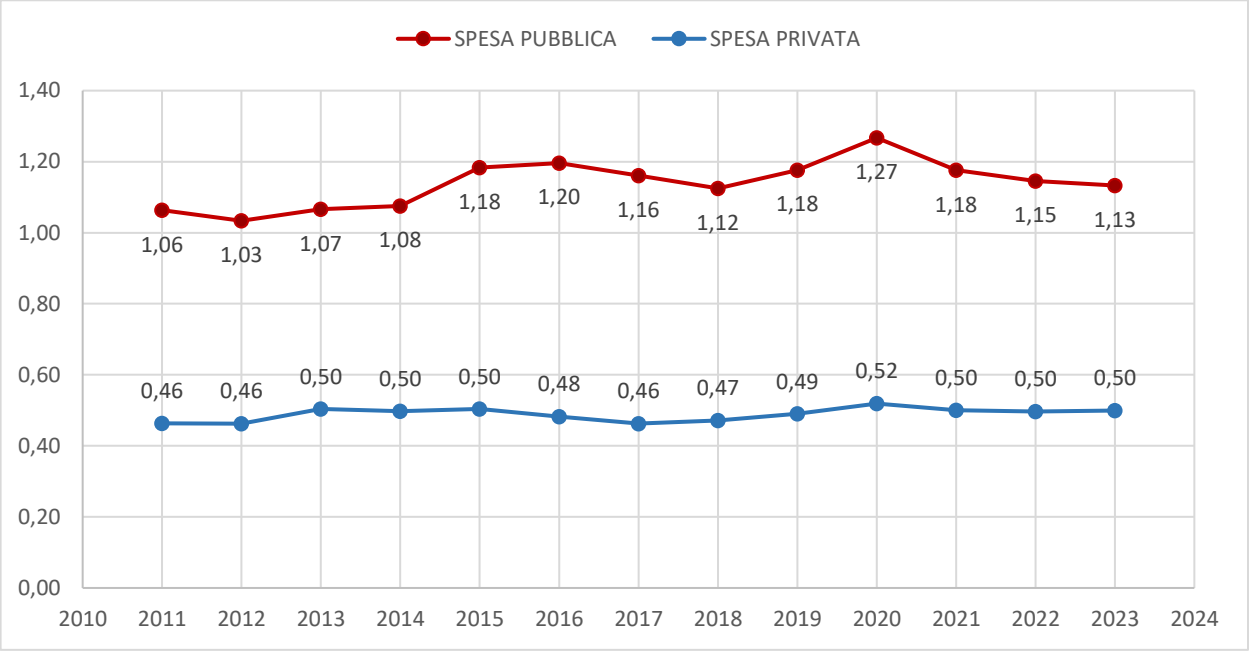
Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Fig.75 Farmaci: spesa corrente pubblica *vs* spesa privata (in miliardi di euro), 2012-2023



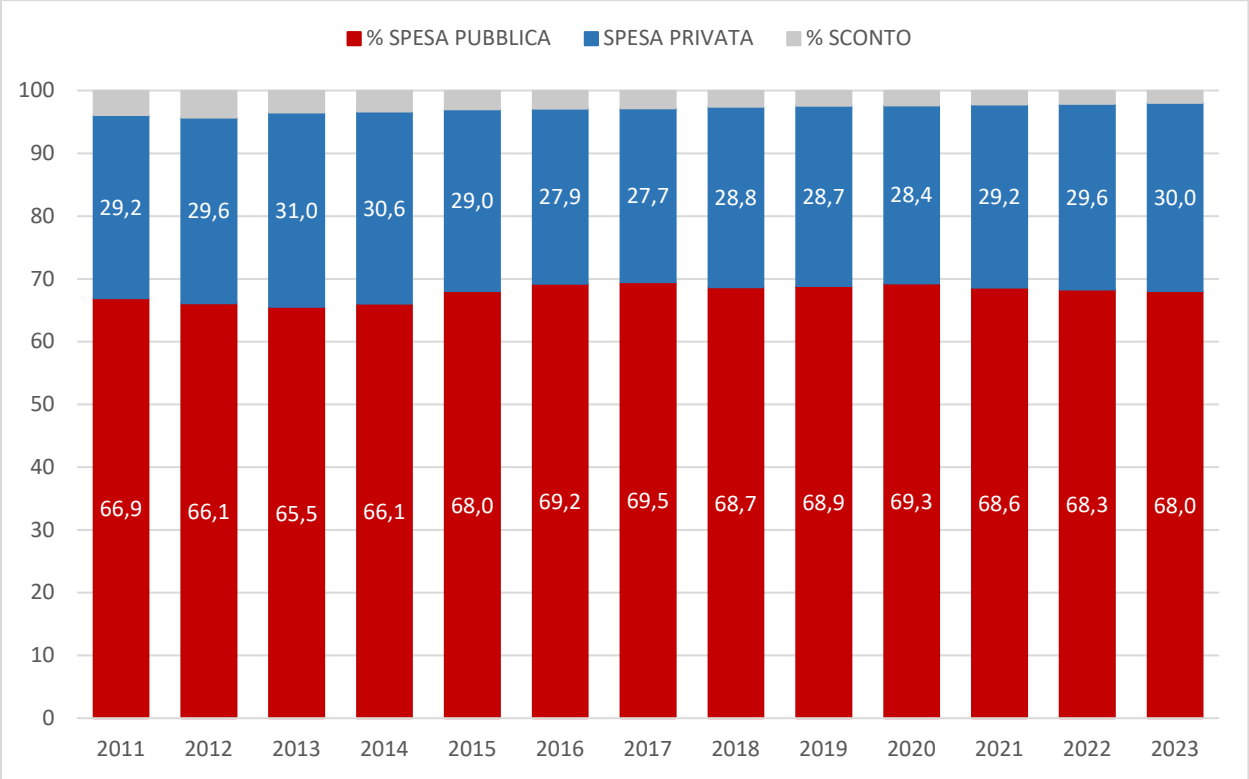
Fonte: elaborazione su dati Aifa, Rapporto OSMED "L'uso dei farmaci in Italia", 2016-2023.
Note: la spesa privata è definita come spesa a carico dei cittadini e ricomprende il *ticket* di farmaceutica; la spesa pubblica include la spesa farmaceutica ospedaliera (che nel Sistema dei Conti per la Sanità è invece ricompresa nella parte ricoveri).

Fig.76 Farmaci: spesa pubblica/PIL *vs* spesa privata/PIL, 2012-2023 (valori percentuali)



Fonte: elaborazione su dati Aifa, Rapporto OSMED "L'uso dei farmaci in Italia", 2016-2023. Aggiornamento PIL (marzo 2025).
Note: la spesa privata è definita come spesa a carico dei cittadini e ricomprende il *ticket* di farmaceutica; la spesa pubblica include la spesa farmaceutica ospedaliera (che nel Sistema dei Conti per la Sanità è invece ricompresa nella parte ricoveri).

Fig.77 Farmaci: percentuale sul totale di spesa pubblica e di spesa privata, 2012-2023 (valori percentuali)



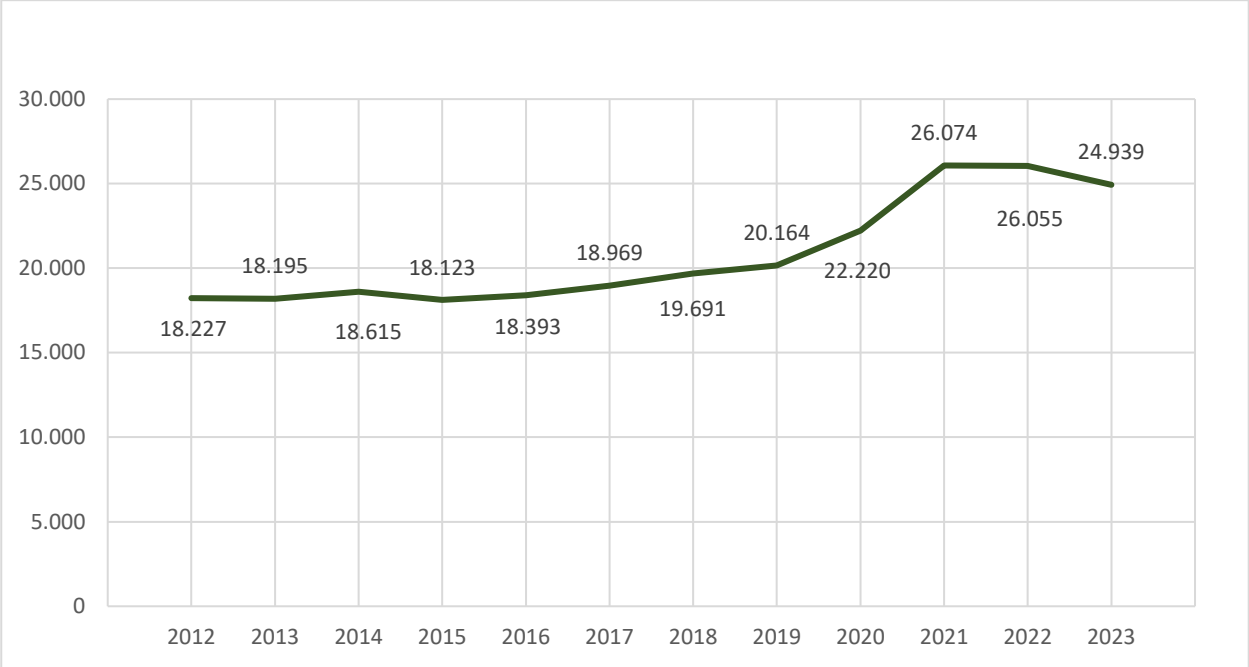
Fonte: elaborazione su dati Aifa, Rapporto OSMED "L'uso dei farmaci in Italia", 2016-2023.
Note: la spesa privata è definita come spesa a carico dei cittadini e ricomprende il ticket di farmaceutica; la spesa pubblica include la spesa farmaceutica ospedaliera (che nel Sistema dei Conti per la Sanità è invece ricompresa nella parte ricoveri).

2.2.4.4 La spesa sanitaria per servizi diagnostici e di prevenzione: spesa pubblica e spesa privata

La spesa sanitaria privata per diagnostica e prevenzione – nel senso comune, una delle più associate ai tempi di attesa – non solo non aumenta nel tempo ma rappresenta una quota sempre più ridotta della spesa complessiva per queste funzioni.

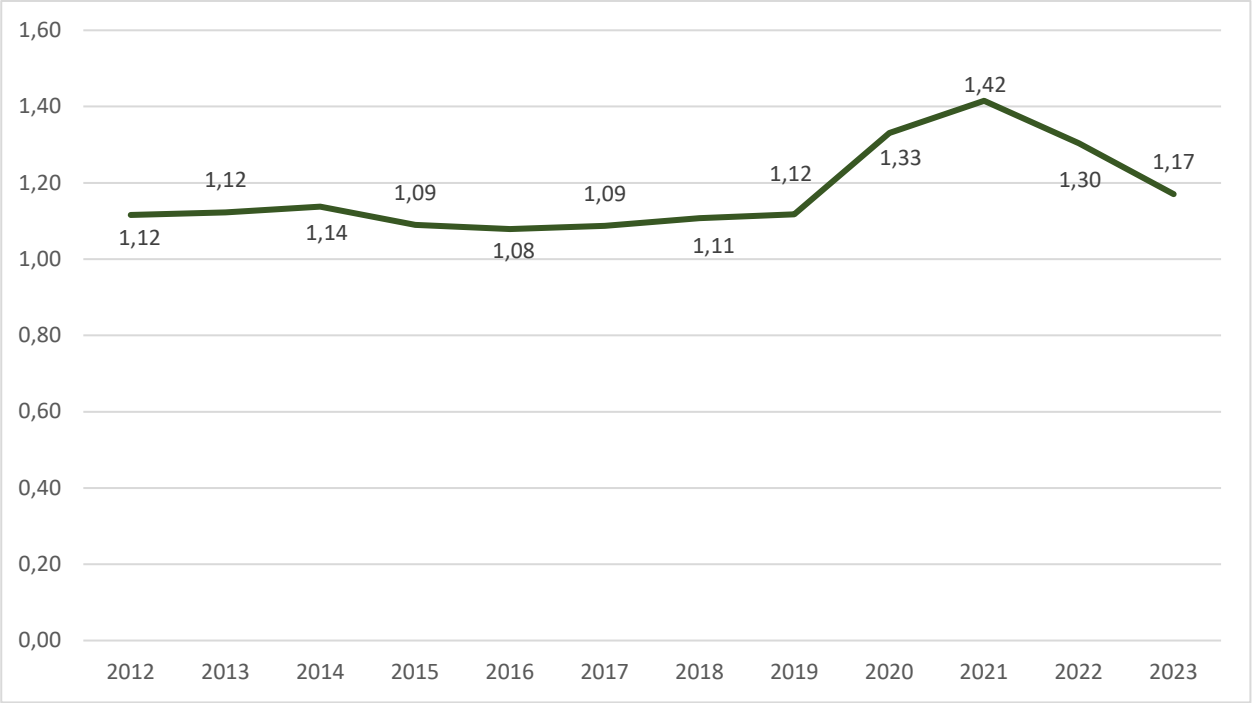
Un'altra componente rilevante della spesa sanitaria è quella per servizi ambulatoriali di diagnostica e prevenzione. Essa, tra l'altro, rappresenta la voce di spesa che, nel senso comune, è maggiormente attribuita ai consumi privati di natura compensativa rispetto ai tempi di attesa del SSN.

Fig.78 Spesa sanitaria corrente per servizi diagnostici e di prevenzione (in milioni di euro), 2012-2023



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

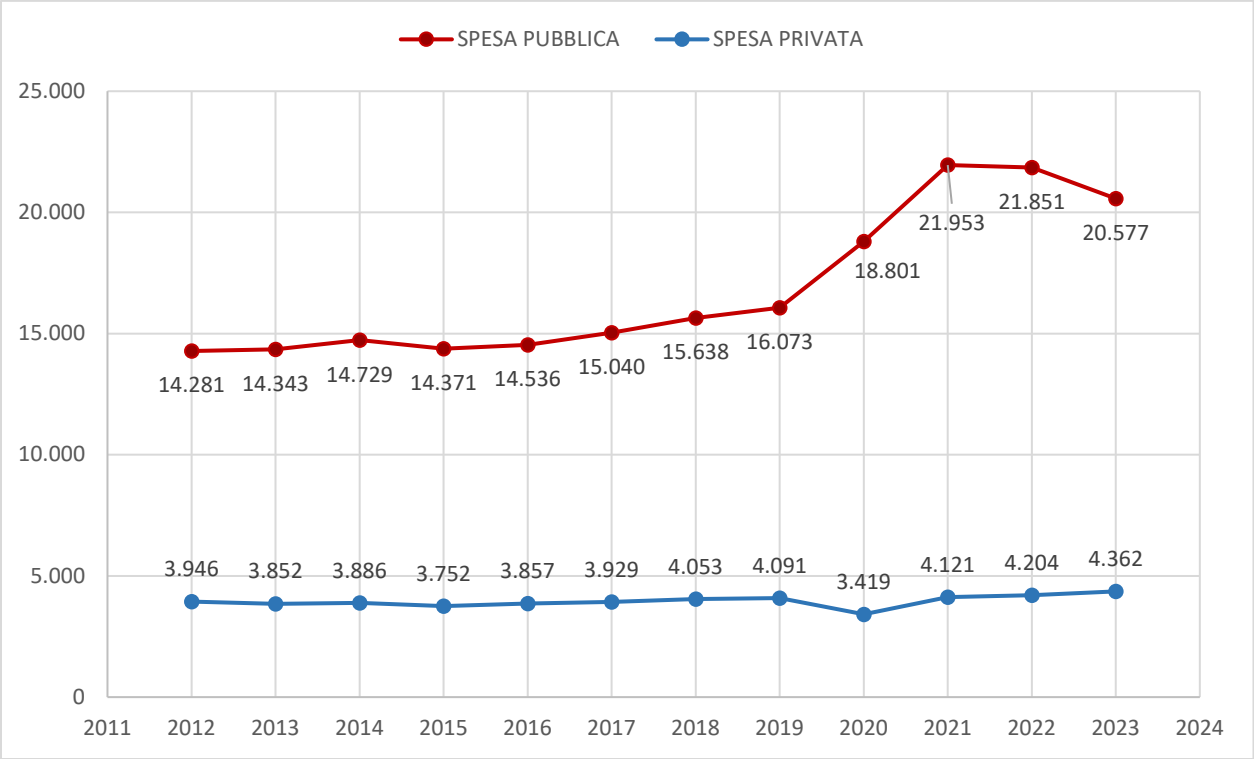
Fig.79 Spesa sanitaria/PIL per servizi diagnostici e di prevenzione, 2012-2023 (valori percentuali)



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024. Aggiornamento PIL (marzo 2025).

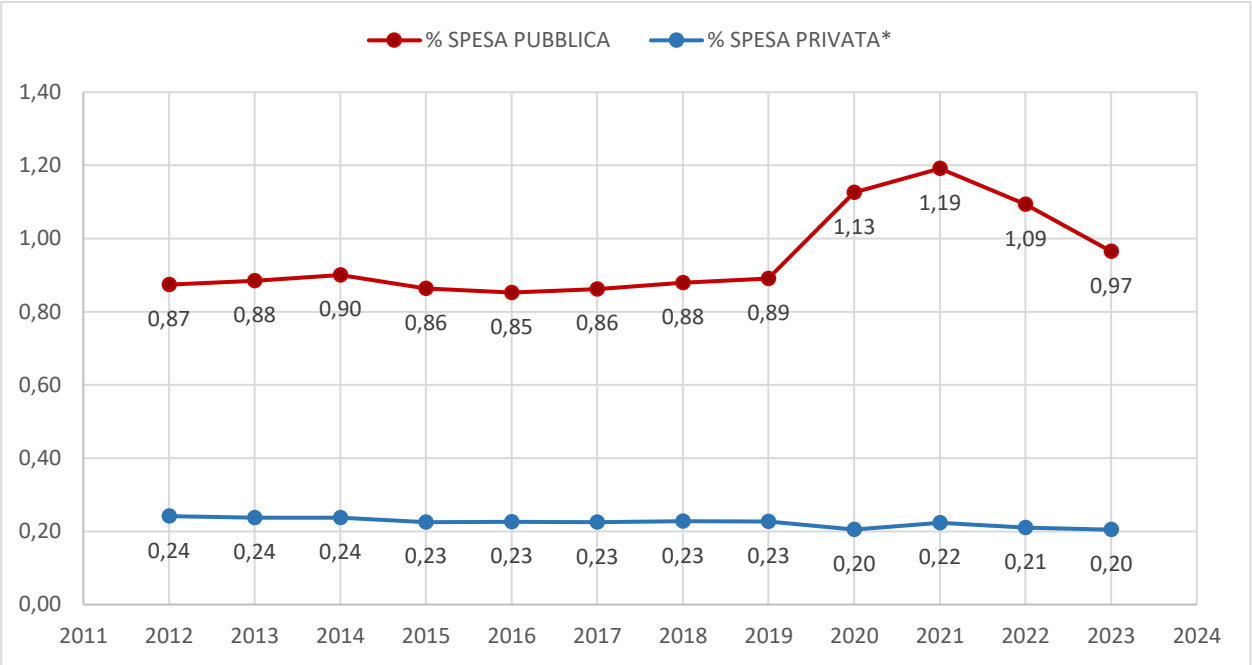
In questo caso, tuttavia, non solo non si registra un incremento temporale della spesa privata rispetto al PIL (Fig.81) ma è la spesa pubblica ad aumentare fino a raggiungere (isolando sempre la parentesi pandemica) nel 2023 il valore più alto dell'intervallo considerato (Figg. 80 e 81) e a rappresentare una quota sempre più ampia della spesa complessiva (Fig.82).

Fig.80 Diagnostica e prevenzione: spesa pubblica *vs* spesa privata (in milioni di euro), 2012-2023



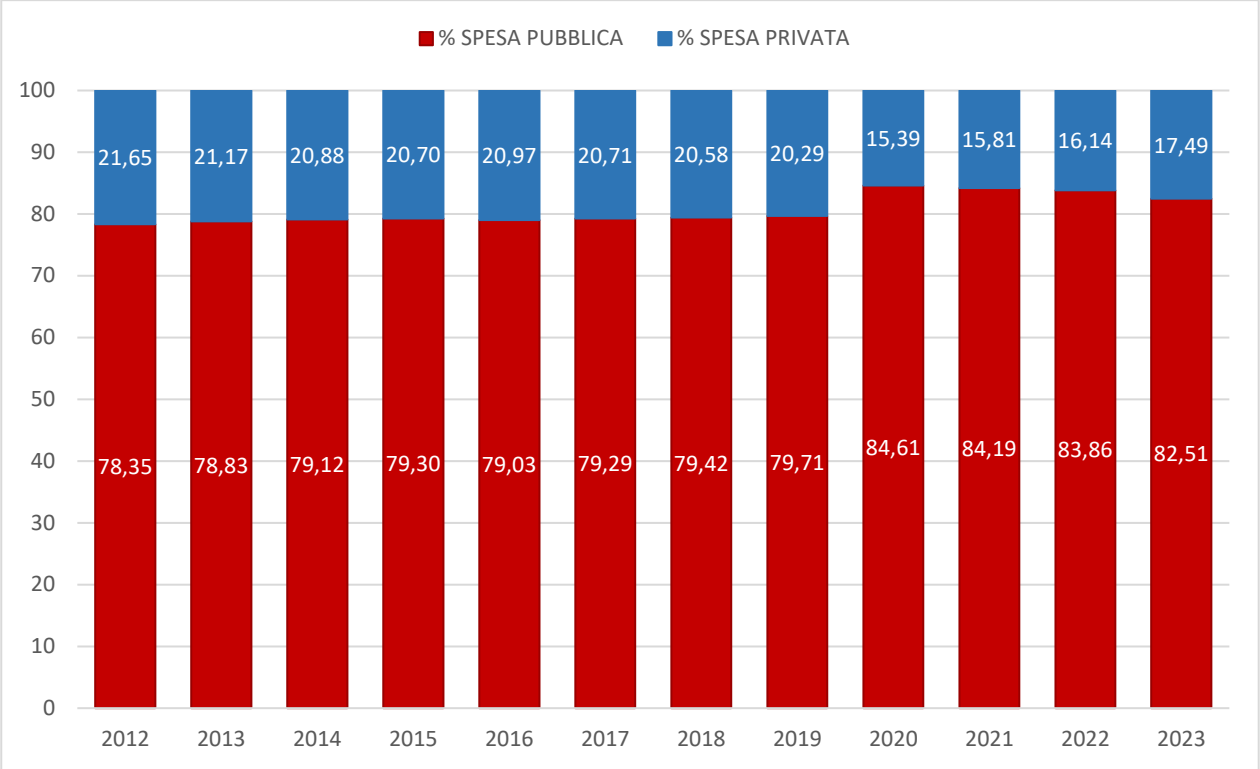
Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

Fig.81 Diagnostica e prevenzione: spesa pubblica/PIL *vs* spesa privata/PIL, 2012-2023 (valori percentuali)



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024. Aggiornamento PIL (marzo 2025).

Fig.82 Diagnostica e prevenzione: percentuale sul totale di spesa pubblica e di spesa privata, 2012-2023 (valori percentuali)



Fonte: elaborazione su dati Istat, Sistema dei Conti della Sanità, edizione maggio 2024.

2.2.5 Spesa sanitaria: confronti internazionali

In questa sezione si propone una comparazione internazionale, al fine di contestualizzare lo stato dell'arte e l'evoluzione del finanziamento pubblico e privato alla Sanità in uno scenario più ampio, che consideri i modelli sanitari di altri Paesi sviluppati a benessere diffuso. L'obiettivo è quello di descrivere l'evoluzione delle dinamiche di spesa nel confronto con quelle degli altri sistemi sanitari e di cogliere le peculiarità dei consumi privati italiani in Sanità anche rispetto a modelli "gemelli" di tipo Beveridge.

2.2.5.1 La spesa sanitaria pubblica e privata negli altri Paesi

L'Italia è stabilmente il Paese con il livello di spesa totale sul PIL più basso tra i sistemi confrontabili di Paesi sviluppati a benessere diffuso: il basso posizionamento è trainato essenzialmente dalla spesa pubblica, mentre la spesa privata si attesta su valori non diversi rispetto agli altri sistemi Beveridge.

A livello internazionale, l'Italia è stabilmente il Paese con il livello di spesa totale sul PIL più basso tra i sistemi confrontabili di Paesi sviluppati a benessere diffuso, compresi i modelli gemelli Beveridge di Regno Unito e Spagna (Fig.83).

Complessivamente, la distanza tra il finanziamento dei servizi alla salute operata nel nostro Paese e quella degli altri sistemi a confronto risulta in divaricazione, dal momento che gli altri modelli tendono a conservare parte dell'espansione sperimentata nell'emergenza pandemica o quantomeno il livello di spesa pre-Covid (Fig.83).

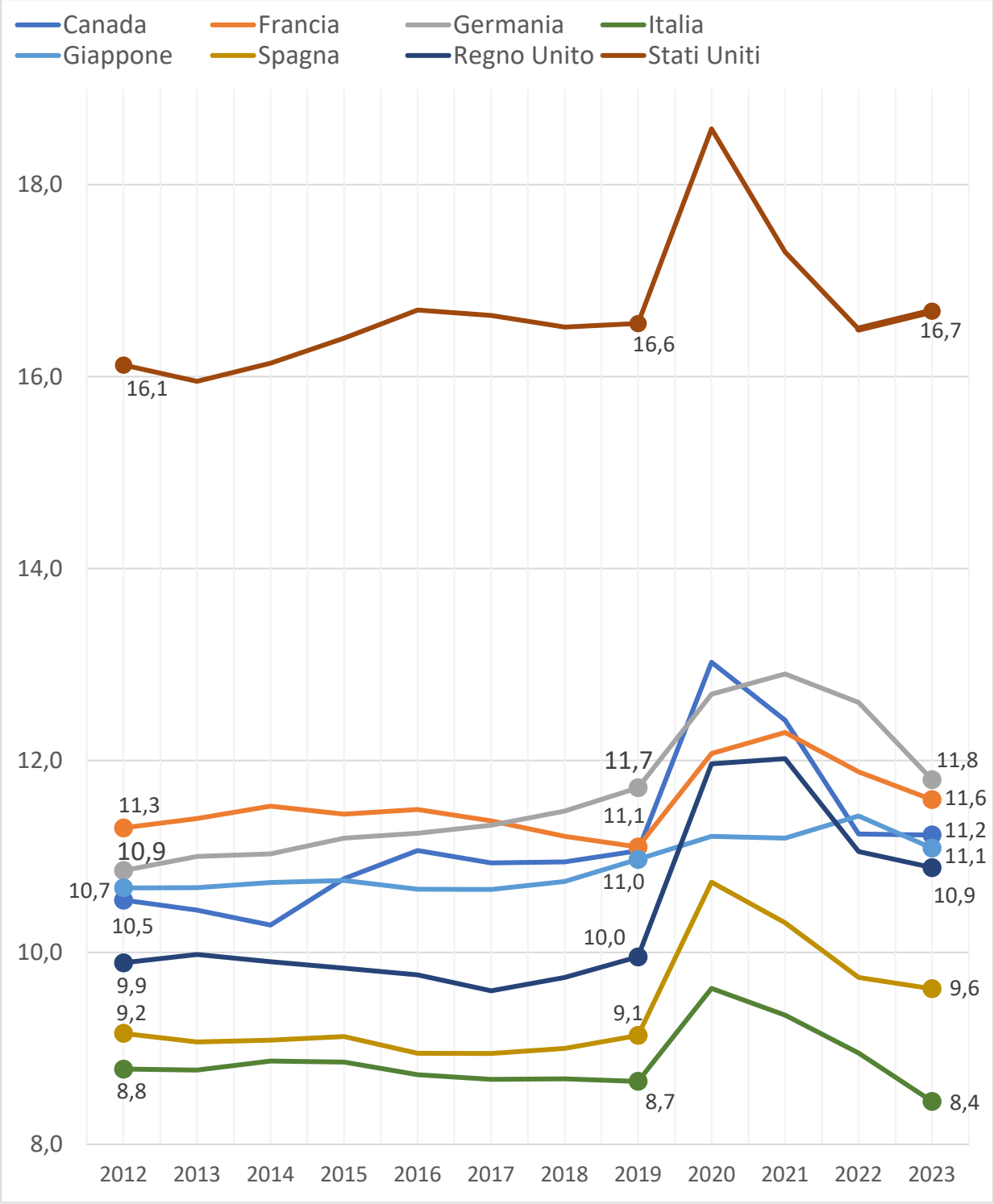
A causa delle caratteristiche proprie dei modelli Bismark e Beveridge, per esigenze di classificazione, nel confronto internazionale si associano il finanziamento che nei modelli universalistico-solidali è di derivazione fiscale con i meccanismi assicurativi obbligatori tipici dei sistemi Bismark.

In questi termini, la spesa pubblica italiana è – a partire dalla pandemia Covid - la più contenuta tra i paesi considerati, al di sotto i livelli spagnoli (Fig.84). Il basso posizionamento italiano in termini di risorse complessivamente destinate alla sanità (Fig.83) è, infatti, trainato essenzialmente dalla spesa pubblica italiana. La spesa privata si attesta, invece, su valori non diversi rispetto agli altri sistemi Beveridge: più precisamente, il 2,2% del PIL – a metà strada tra il 2,5% della Spagna e il 2% del Regno Unito – non riesce a compensare lo storico sottofinanziamento pubblico del SSN italiano (Fig.85).

L'andamento degli USA è spiegato dalla riforma *Obamacare* che, oltre ad aver ampliato la platea degli aventi diritto ai programmi *Medicare* e *Medicaid*, ha ricondotto nello schema "pubblicistico" una quota rilevante di spesa sanitaria precedentemente di natura volontaria: questo è stato possibile attraverso meccanismi correttivi e di

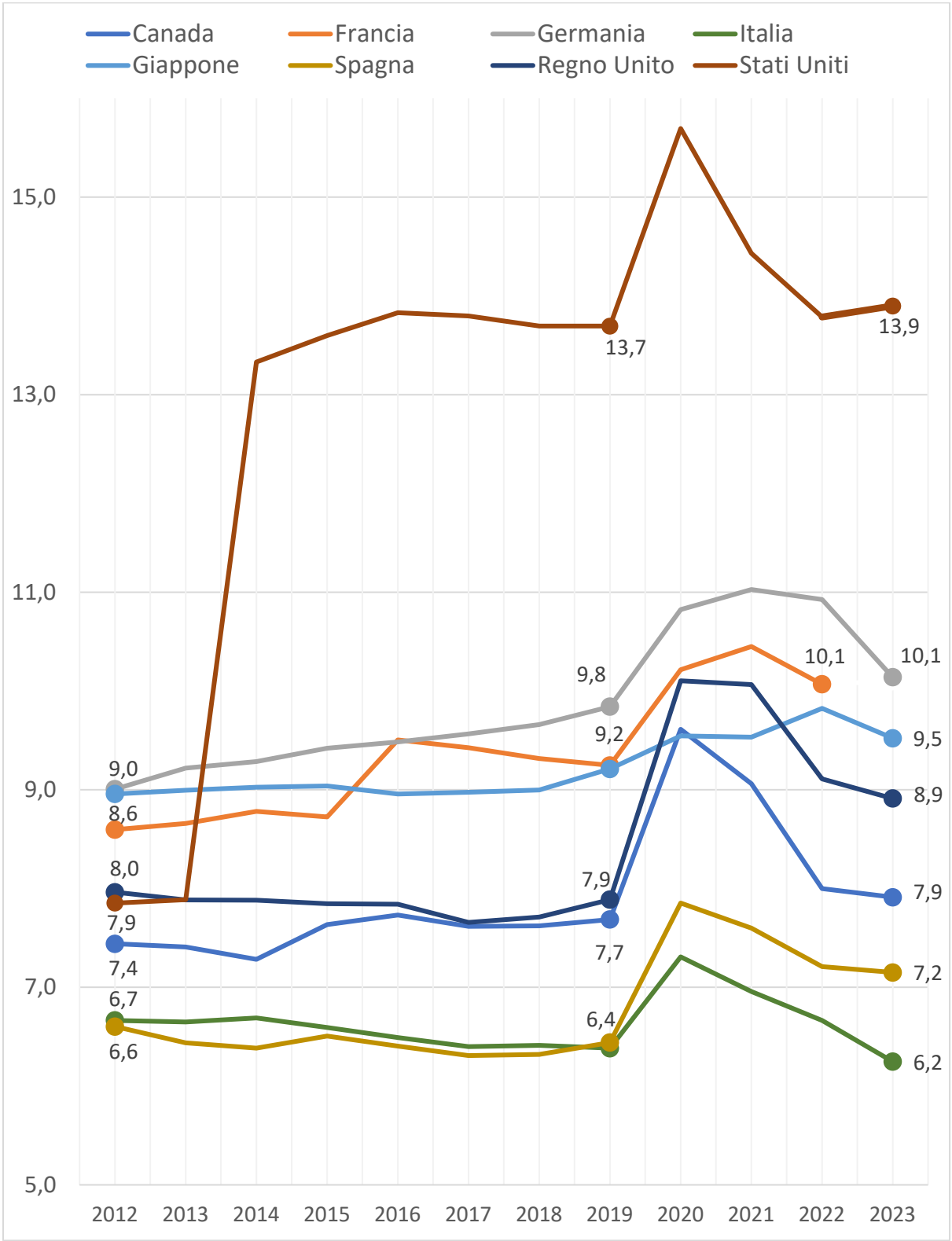
regolazione al libero mercato delle polizze assicurative. In particolare, è stato introdotto l'obbligo per determinate imprese di assicurare i propri dipendenti e il divieto alle assicurazioni di praticare strategie di "*cherry picking*" e di selezione dei pazienti.

Fig.83 Confronti internazionali: spesa totale sul PIL, 2012-2023



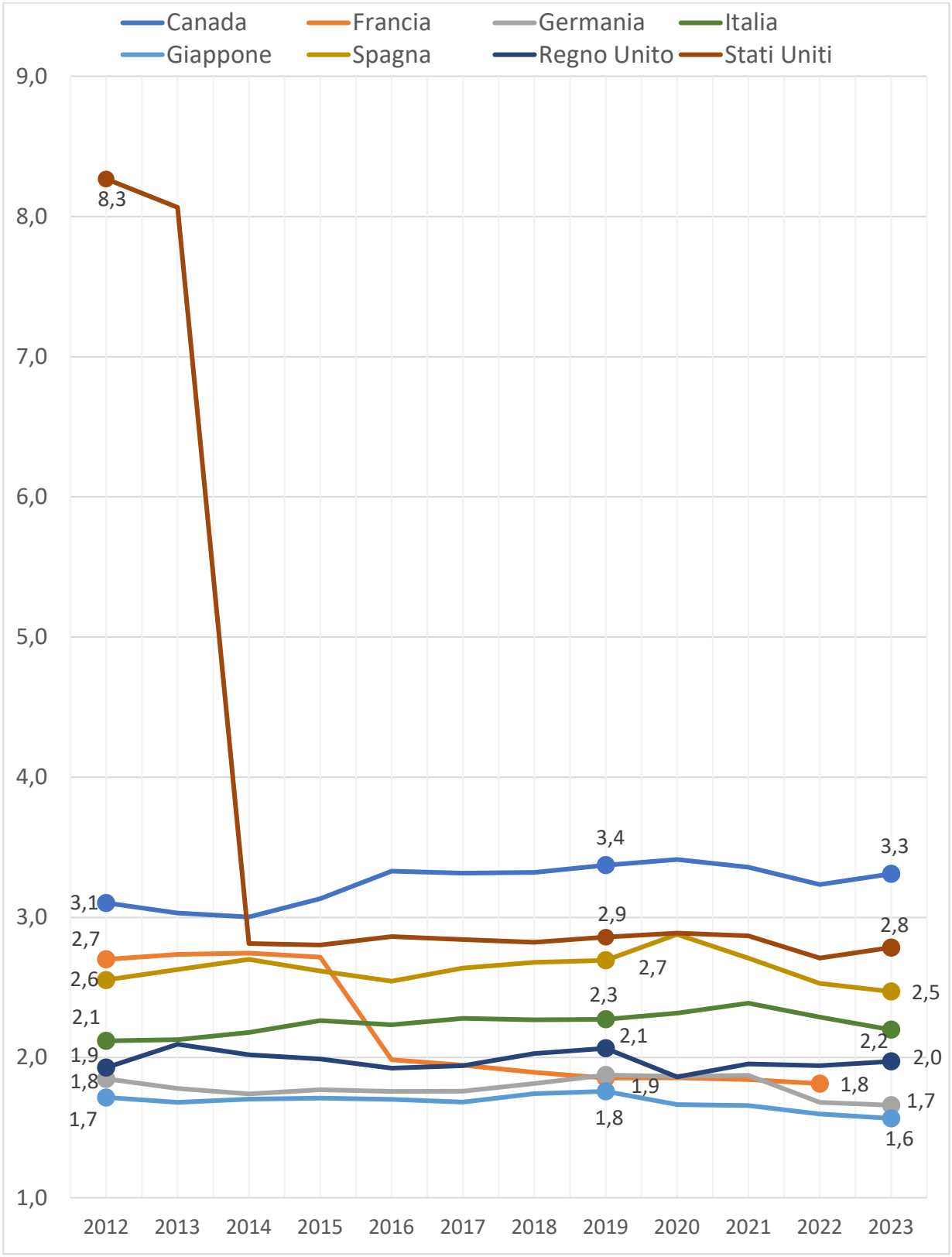
Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD "*Health Expenditure and Financing*", 2024).

Fig.84 Confronti internazionali: spesa pubblica sul PIL, 2012-2023 (valori percentuali)



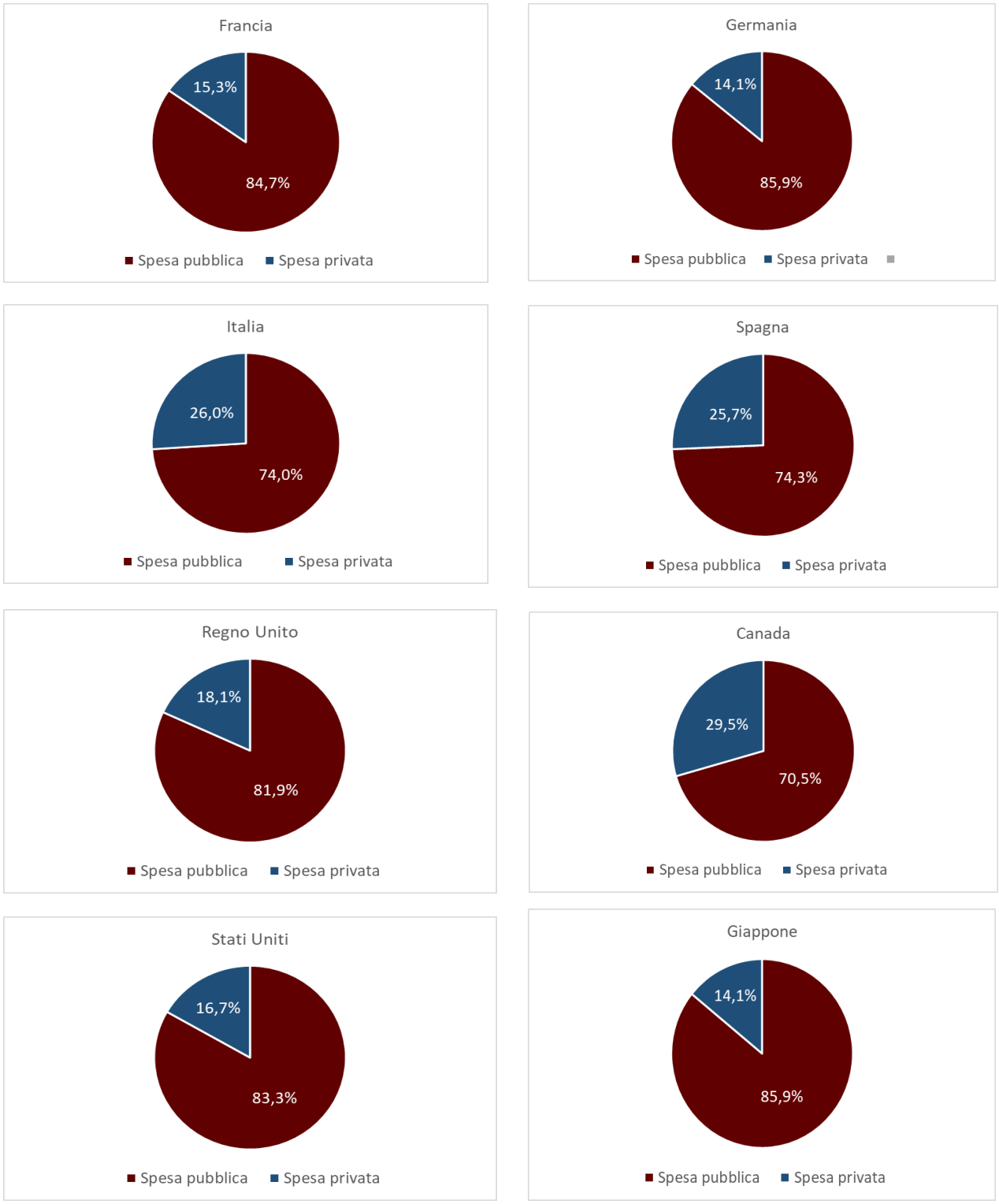
Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD "*Health Expenditure and Financing*", 2024).
Note: per spesa pubblica si intendono sia i regimi governativi (SSN) sia gli schemi obbligatori di tipo assicurativo.

Fig.85 Confronti internazionali: spesa privata sul PIL, 2012-2023 (valori percentuali)



Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD "Health Expenditure and Financing", 2024).
Note: la spesa volontaria è al lordo delle compartecipazioni.

Fig.86 Confronti internazionali: spesa pubblica *vs* spesa privata[13]



Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD "*Health Expenditure and Financing*", 2024).
Note: per spesa pubblica si intendono sia i regimi governativi (SSN) sia gli schemi obbligatori di tipo assicurativo.

[13] Tutti i dati si riferiscono al 2023 ad accezione della Francia, per la quale l'ultimo aggiornamento disponibile è del 2022.

Tab.25 Confronti internazionali: spesa pubblica e spesa privata *pro capite* (in euro), 2022

	PUBBLICA	PRIVATA
Canada	3.854,3	1.558,0
Francia	3.910,7	704,6
Germania	5.054,4	777,2
Italia	2.219,3	762,0
Giappone	2.674,8	434,9
Spagna	2.038,4	715,2
Regno Unito	4.086,9	871,2
Stati Uniti	10.239,0	2.013,0

Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD "*Health Expenditure and Financing*", 2024).

2.2.5.2 Le peculiarità della spesa sanitaria privata italiana

Il dato che invece contraddistingue la spesa privata italiana è nella sua composizione: la spesa diretta delle famiglie – quale tipologia di spesa più iniqua – rappresenta il 90% circa della spesa privata totale.

Il dato che invece contraddistingue la spesa privata italiana è la composizione, tutta spostata verso la spesa diretta delle famiglie, tra la componente *out of pocket* e la quota intermediata dal settore assicurativo, dalle imprese o dal settore *no profit* (Fig.87).

La spesa *out of pocket* rappresenta una delle forme più inique di finanziamento delle prestazioni sanitarie, dal momento che non prevede nessun grado di condivisione del rischio e ricade sul singolo, nel momento in cui insorge il bisogno di salute.

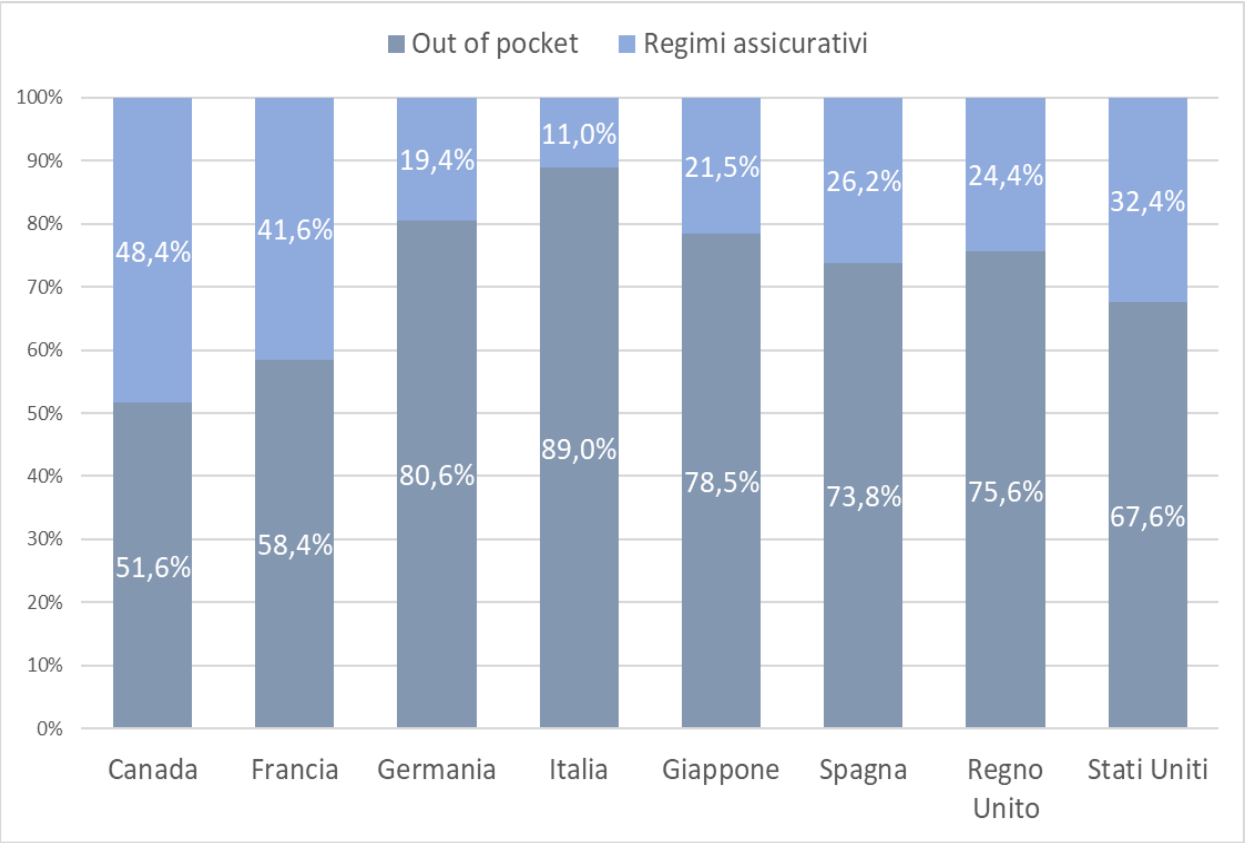
Per quanto riguarda la tipologia di spesa finanziata privatamente rileva come l'Italia sia il Paese con il più basso livello di risorse destinate alle cure ospedaliere (la quasi totalità comunque dedicata alla non autosufficienza) e il più alto livello di risorse destinate alle prestazioni ambulatoriali per cura e riabilitazione (nelle quali sono comprese anche quelle odontoiatriche) (Tab.26 e 27).

Altra peculiarità della spesa privata italiana è nei consumi per farmaci e presidi medici non durevoli (Fig.88), la quale eguaglia – sempre in termini di composizione della spesa privata complessiva – la quota destinata dalle famiglie statunitensi (tra le popolazioni con il più alto consumo privato di farmaci *pro capite*).

Infine, i consumi privati per laboratorio e diagnostica non sembrano avere corrispondenza negli altri sistemi a confronto (Fig.88): si tratta, tuttavia, di una

componente strutturale del modello italiano di sanità (Fig.77) sulla quale potrebbe risultare interessante studiare le scelte di acquisto della popolazione e il relativo grado di appropriatezza.

Fig.87 Confronti internazionali - spesa privata: *out of pocket vs* intermediata[14]



Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD "*Health Expenditure and Financing*", 2024).

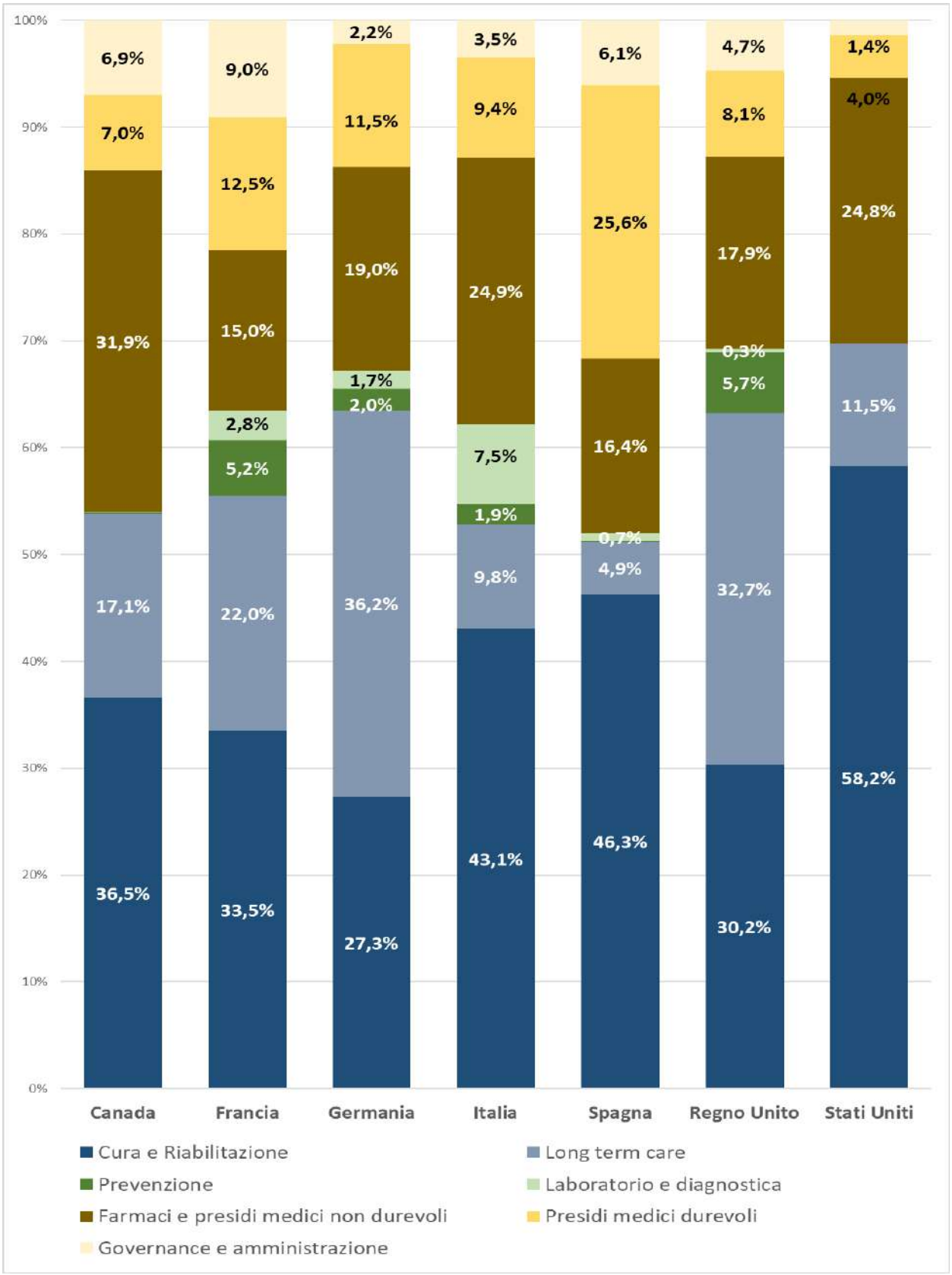
[14] Dati 2022 per tutti i Paesi considerati.

Tab.26 Confronti internazionali - tipologia assistenziale della spesa privata nei vari Paesi

	Canada	Francia	Germania	Italia	Giappone	Spagna	Regno Unito	Stati Uniti
Cura e Riabilitazione	**36,5%**	**33,5%**	**27,3%**	**43,1%**	***n.d.***	**46,3%**	**30,2%**	**58,2%**
Ricovero ordinario	4,1%	7,0%	5,3%	3,3%	*n.d.*	11,5%	7,0%	*n.d.*
Ambulatoriale	31,4%	24,0%	21,9%	38,4%	*n.d.*	34,7%	19,9%	*n.d.*
Domiciliare	0,0%	1,4%	0,1%	0,5%	*n.d.*	0,0%	0,5%	*n.d.*
Day-hospital	1,0%	1,2%	0,0%	0,9%	*n.d.*	0,1%	2,9%	*n.d.*
Long term care	**17,1%**	**22,0%**	**36,2%**	**9,8%**	***n.d.***	**4,9%**	**32,7%**	**11,5%**
Ricovero ordinario	16,4%	20,7%	21,4%	8,5%	*n.d.*	3,3%	28,5%	*n.d.*
Ambulatoriale	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	*n.d.*	0,0%	0,0%	*n.d.*
Domiciliare	0,5%	1,3%	14,9%	0,4%	*n.d.*	1,0%	4,2%	2,5%
Day-hospital	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	*n.d.*	0,6%	0,0%	n.d.
Prevenzione	**0,1%**	**5,2%**	**2,0%**	**1,9%**	***n.d.***	**0,1%**	**5,7%**	***n.d.***
Laboratorio e diagnostica	**0,1%**	**2,8%**	**1,7%**	**7,5%**	***n.d.***	**0,7%**	**0,3%**	***n.d.***
Farmaci e presidi medici non durevoli	**31,9%**	**15,0%**	**19,0%**	**24,9%**	***n.d.***	**16,4%**	**17,9%**	**24,8%**
Presidi medici durevoli	**7,0%**	**12,5%**	**11,5%**	**9,4%**	***n.d.***	**25,6%**	**8,1%**	**4,0%**
Governance e amministrazione	**6,9%**	**9,0%**	**2,2%**	**3,5%**	***n.d.***	**6,1%**	**4,7%**	**1,4%**
Altro	**0,4%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	***n.d.***	**0,0%**	**0,4%**	***n.d.***
Totale	100%	100%	100%	100%	*n.d.*	100%	100%	100%

Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD "*Health Expenditure and Financing*", 2024).

Fig.88 Confronti internazionali - tipologia assistenziale della spesa privata nei vari Paesi



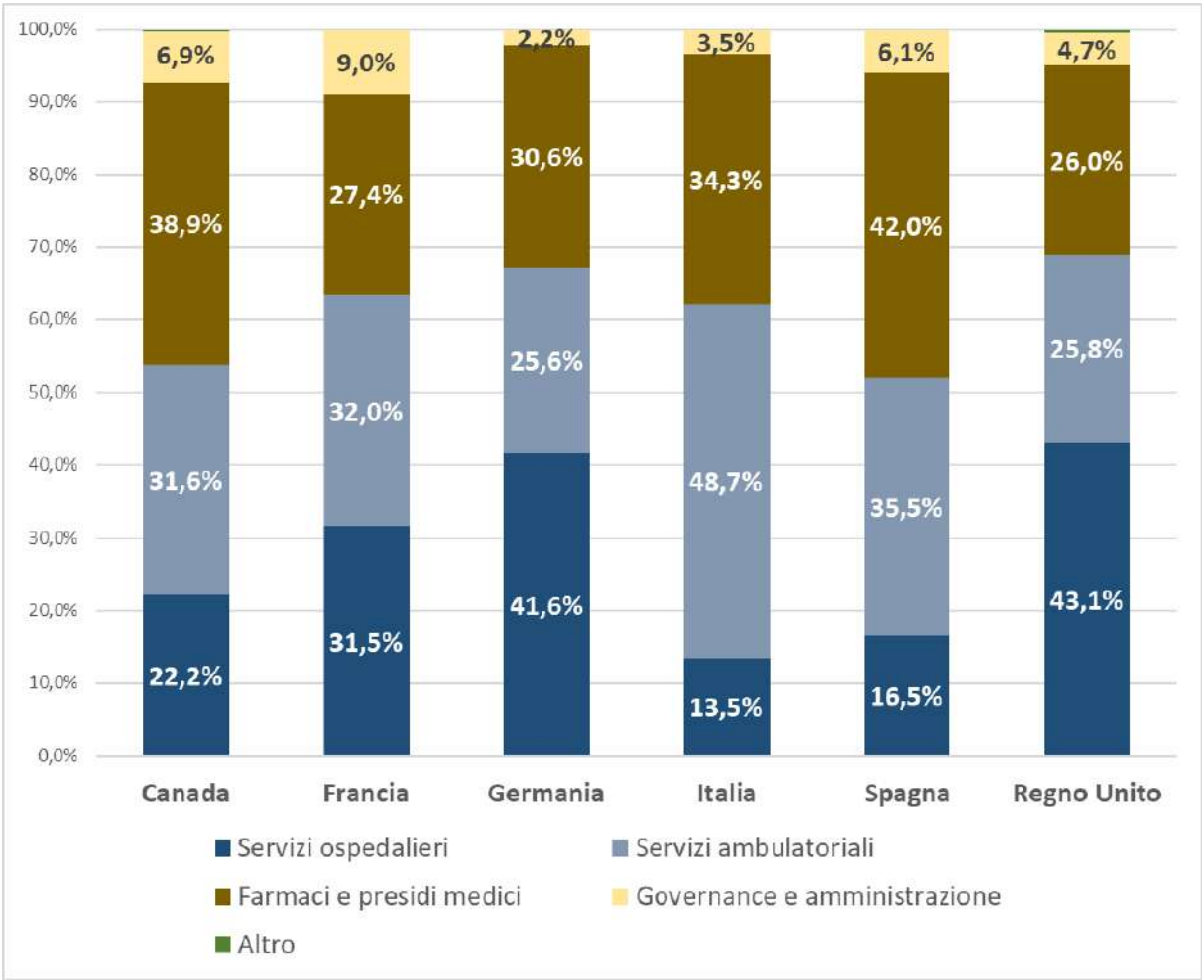
Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD "*Health Expenditure and Financing*", 2024).

Tab.27 Confronti internazionali - componenti della spesa privata

	Canada	Francia	Germania	Italia	Giappone	Spagna	Regno Unito	Stati Uniti
Servizi ospedalieri	**22,2%**	**31,5%**	**41,6%**	**13,5%**	***n.d.***	**16,5%**	**43,1%**	***n.d.***
Servizi ambulatoriali	31,6%	32,0%	25,6%	48,7%	*n.d.*	35,5%	25,8%	*n.d.*
Farmaci e presidi medici	38,9%	27,4%	30,6%	34,3%	*n.d.*	42,0%	26,0%	28,9%
Governance e amministrazione	6,9%	9,0%	2,2%	3,5%	*n.d.*	6,1%	4,7%	1,4%
Altro	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	*n.d.*	0,0%	0,4%	*n.d.*
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	***n.d.***	**100,0%**	**100,0%**	***n.d.***

Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD "*Health Expenditure and Financing*", 2024).

Fig.89 Confronti internazionali - componenti della spesa privata



Fonte: elaborazione su dati OCSE (OECD "*Health Expenditure and Financing*", 2024).

2.3 Conclusioni

Se consideriamo la spesa corrente in valore assoluto, sia la spesa sanitaria pubblica sia la spesa sanitaria privata assumono nel tempo un andamento positivo.

Dal 2019 al 2024 la spesa pubblica a prezzi correnti cresce del 20,4% mentre la spesa privata cresce, nello stesso intervallo di tempo, del 11,9%. Nonostante l'incremento in termini nominali, sia la spesa pubblica sia la spesa privata crescono a livelli inferiori sia dell'inflazione sia del PIL.

Se si considera il rapporto con il PIL, la spesa pubblica – dopo un costante definanziamento, fatta eccezione della parentesi pandemica – assume nel 2023 uno dei valori più bassi di sempre e, ancora nel 2024, riporta un livello inferiore al 2019.

La spesa privata rispetto al PIL si attesta sul livello più contenuto degli ultimi 10 anni, diminuendo del 3,2% nel 2023 e del 4,8% nel 2024, attestandosi su un valore inferiore al 2%.

Tuttavia, il dato più importante è quello di una sostanziale stabilità del tempo. In particolare la spesa privata, nell'intero periodo considerato e al di là di variazioni congiunturali, non riporta significative variazioni sia rispetto al PIL sia rispetto all'intero paniere di beni e servizi delle famiglie.

Quando si parla di spesa sanitaria privata ci si riferisce essenzialmente alla spesa delle famiglie per prestazioni sanitarie, considerato che la quota a carico delle imprese assume in Italia proporzioni trascurabili. In questo senso la spesa sanitaria privata rappresenta una delle molteplici voci in cui si articolano le decisioni o necessità di spesa delle famiglie italiane.

Nel 2024, ultimo anno di osservazione, la spesa sanitaria è stata pari al 3,45% delle spese complessivamente sostenute dalle famiglie, una quota inferiore al periodo pre-pandemico e la più contenuta degli ultimi dieci anni.

La spesa privata rappresenta quindi una componente strutturale delle decisioni di consumo delle famiglie italiane.

Se si osserva la composizione della spesa sanitaria complessiva, la spesa privata rappresenta storicamente circa 1/4 del totale.

A differenza della spesa pubblica, la spesa sanitaria privata non assume un andamento temporale lineare e osservando i trend non è possibile verificare alcuna relazione inversa tra le due: al contrario, la spesa privata cresce anche negli intervalli di spesa pubblica in aumento e viceversa.

Non si assiste ad alcuna tendenza verso la privatizzazione del sistema salute perché di fatto la spesa dei privati non sviluppa una azione di bilanciamento al definanziamento progressivo del SSN.

In altre parole, la sanità a pagamento non aumenta al comprimersi degli spazi della tutela pubblica, ma in funzione delle grandezze macroeconomiche.

Diversamente dalla spesa pubblica, infatti, il ritmo di crescita della spesa sanitaria privata è fortemente ancorato alle dinamiche del PIL. Questo avviene fondamentalmente per due fattori. Innanzitutto, la possibilità dei privati cittadini di rivolgersi al libero mercato di prestazioni sanitarie è chiaramente determinata dalla disponibilità economica e dall'andamento dei prezzi al consumo.

In secondo luogo, per comprendere il legame della spesa privata con le grandezze macroeconomiche – e la specificità in questo senso della spesa privata italiana rispetto a quella di altri Paesi sviluppati a benessere diffuso – è fondamentale ricordare come essa si componga essenzialmente di spesa diretta delle famiglie, ovvero di spesa *out of pocket.*

La spesa diretta – a differenza sia dei beni e servizi intermediati da forme assicurative pubbliche o private sia del meccanismo di remunerazione delle prestazioni su base tariffaria applicato nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale – si comporta molto similmente alla spesa per altri beni e servizi disponibili sul mercato.

Basti pensare che i riferimenti nazionali per l'applicazione delle tariffe ospedaliere e di specialistica ambulatoriale possono restare invariati anche per più di dieci anni, indifferenti da una parte alle variabili inflazionistiche e dall'altra all'incremento dei costi legati alla costante evoluzione tecnologica e della pratica clinica.

Al contrario, l'adeguamento dei prezzi al consumo di tecnologie diagnostiche e terapeutiche acquistate privatamente all'incremento dei costi di produzione può essere molto più diretto e automatico.

Una delle ragioni per le quali la spesa sanitaria privata resta inalterata nel tempo risiede nel fatto che più della metà è destinata all'acquisto di beni e servizi *extra*-LEA, ovvero non rientranti nella tutela pubblica. Farmaci e presidi medici da una parte e servizi dentistici dall'altra rappresentano, rispettivamente, più di un terzo (33,5%) e più di un quinto (21,1%) della spesa sanitaria privata.

È possibile verificare che, nell'intervallo 2015-2023, la quota di spesa relativa alle cure odontoiatriche e ai farmaci e presidi medici è di molto superiore al 50% della spesa totale dei privati e che non presenta un andamento crescente.

Anche rispetto alla spesa privata per *Long Term Care*, occorre considerare che la copertura pubblica – ciò che è ricompreso nei Livelli Essenziali di Assistenza – risulta parziale rispetto alla domanda.

In particolare, per molte tipologie di assistenza residenziale e semi-residenziale alle persone non autosufficienti la quota a carico del Servizio Sanitario Nazionale è del 50% della tariffa giornaliera; allo stesso modo, i trattamenti socio-riabilitativi rivolti a pazienti con disabilità sono coperti dal SSN al 70% quando le condizioni di gravità richiedono un impegno assistenziale elevato e al 50% quando l'impegno richiesto è moderato. I trattamenti di *Long Term Care*, quali prestazioni con rilevante quota a carico degli utenti, rappresentano il 9% della spesa sanitaria privata totale.

Alla porzione *extra*-LEA occorre, inoltre, aggiungere una quota difficilmente determinabile di servizi medici e diagnostici, i quali non sono ricompresi nel perimetro LEA ma che rispondono a bisogni specifici della popolazione – pensiamo ad esempio alla medicina sportiva – nonché quelle prestazioni prive di indicazione clinica e in quanto tali ad alto rischio di inappropriatezza.

La spesa privata rappresenta, quindi, una componente in parte incomprimibile della spesa sanitaria italiana in quanto ci muoviamo all'interno di un modello universalistico di sanità che perimetra – sia in termini di inevitabile limitatezza delle finanze pubbliche sia in termini di prioritizzazione dei bisogni di salute sia in termini di selezione *evidence-based* – i trattamenti e gli interventi sanitari che rientrano nella tutela pubblica.

Questo è tanto più evidente se si considera che spesso è la prestazione stessa che si compone di una quota finanziata attraverso la fiscalità generale e una quota a carico dei privati e che tale *mix* non è direttamente identificabile nei dati di spesa a disposizione: questo riguarda tutti i trattamenti o interventi per i quali è prevista una compartecipazione al costo a carico dell'utente (i c.d. *ticket*) ma anche tutte le prestazioni per le quali l'utente si avvale di un *surplus* di assistenza (ad esempio di natura alberghiera).

Anche per quanto riguarda le prestazioni LEA o a prevalenza LEA – che almeno sulla carta rientrano nella copertura SSN – la componente di spesa privata risulta stabile nel tempo.

Esse riguardano sia le decisioni di libero consumo dei privati che intendono usufruire di un servizio maggiormente personalizzato (si pensi alla scelta del professionista) o con *standard* di cura percepiti come più elevati sia le reazioni a una domanda che avrebbe dovuto trovare risposta nella sanità pubblica ma che resta insoddisfatta (si pensi alle c.d. liste d'attesa).

Anche nel primo caso, tuttavia, non è agile separare la componente fisiologica (aspirazioni a *standard* più elevati) da quella patologica (*standard* non adeguati), considerato che le aspettative possono variare molto a seconda della disponibilità a pagare dei singoli e che la perimetrazione dell'offerta pubblica può assumere non solo una dimensione quantitativa ma anche qualitativa, laddove ad esempio l'innovazione tarda a integrarsi nella pratica clinica (si pensi all'analgesia epidurale, procedura *gold standard* per ridurre e controllare il dolore del parto, ricompresa nei LEA solo a partire dal 2017 e ancora oggi non pienamente utilizzata per mancanza di personale competente).

Infine, occorre considerare come esistano dei comportamenti radicati e difficilmente comprimibili nella popolazione e per i quali, anche in presenza di copertura pubblica, l'utenza propende culturalmente verso servizi a pagamento paralleli e dunque di fatto duplicativi rispetto al SSN: a titolo esemplificativo, la propensione delle donne a intraprendere un percorso ginecologico di monitoraggio e screening a pagamento

presso un professionista privato costituisce un fenomeno generalizzato, che si estende alla quasi totalità del ciclo di vita femminile.

In conclusione, la spesa privata indirizzata all'acquisto di prestazioni escluse dal perimetro LEA rappresenta una quota strutturale, frutto di una scelta consapevole del legislatore e non ridimensionabile se non nella quota che rappresenta il ricorso inappropriato, ovvero non supportato da una chiara indicazione clinica, a beni e servizi sanitari; la spesa privata duplicativa rispetto a trattamenti o interventi garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale – essendo anch'essa sostanzialmente stabile nel tempo – riflette scelte di consumo che non sono necessariamente eterodirette o di reazione rispetto a ritardi o inefficienze della tutela pubblica, ma al contrario precise e orientate decisioni di acquisto da parte degli utenti.

In considerazione dei risultati dell'analisi sarebbe necessario indagare i determinanti dello scostamento tra spesa privata percepita e spesa reale.

Questo è tanto più rilevante in una prospettiva di domanda progressivamente crescente e potenzialmente inesauribile.

Un ulteriore elemento da sviluppare riguarda le conseguenze, non ravvisabili in questo studio, di una spesa sanitaria totale che è tra le più basse delle economie sviluppate a benessere diffuso.

In particolare è urgente la misurazione attraverso sistemi ufficiali di rilevazione e flussi correnti il fenomeno della rinuncia alle cure, oggi dedotto attraverso indagini campionarie non pienamente valutabili nella solidalità metodologica.

Quest'ultimo aspetto, assieme a una quantificazione effettiva delle cosiddette liste d'attesa – nonostante siano tra i temi più dibattuti – rappresenta uno dei grandi limiti conoscitivi dei nostri sistemi informativi.

Gabriele Pelissero
Presidente nazionale Aiop

Alice Basiglini
Centro Studi Aiop

Angelo Cassoni
Centro Studi Aiop

Nel dibattito pubblico si sente spesso discutere di progressiva "privatizzazione" della Sanità. Ma cosa si intende per privatizzazione della sanità?

Uno spazio progressivamente maggiore delle strutture di diritto privato all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (e quindi più risorse pubbliche destinate ad acquistare prestazioni presso strutture accreditate) oppure una crescita della sanità a pagamento (e quindi della spesa delle famiglie per beni e servizi sanitari)?

La perdurante difficoltà a scindere le due dimensioni del fenomeno rappresenta il primo grande equivoco: confondere la natura giuridica "privata" delle strutture che erogano prestazioni nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale con il finanziamento "privato" della sanità ha profondamente minato la fondatezza e la ragionevolezza delle varie posizioni e delle varie soluzioni prospettate sul tema delle sorti della sanità pubblica in Italia.

Attraverso un'analisi delle fonti ufficiali, questo lavoro dimostra il contributo strutturale e sostanzialmente stabile delle strutture di diritto privato alla Sanità pubblica, nonché l'invarianza nel tempo della spesa sanitaria privata italiana quale componente difficilmente comprimibile delle decisioni di spesa delle famiglie.

AIOP - ASSOCIAZIONE ITALIANA DELLE AZIENDE SANITARIE OSPEDALIERE E TERRITORIALI
E DELLE AZIENDE SOCIO-SANITARIE RESIDENZIALI E TERRITORIALI DI DIRITTO PRIVATO
Via Lucrezio Caro, 67 - Roma - tel. +39 06 3215653 - **www.aiop.it**