

Pubblico e privato in sanità: il finanziamento, la produzione e le imprese

1. Introduzione e sintesi

Il Focus analizza il ruolo del mercato nel sistema sanitario italiano, caratterizzato dalla presenza di un Servizio sanitario nazionale (SSN), ovvero un modello fondato sul finanziamento tramite fiscalità generale (pur in presenza di forme di compartecipazione alla spesa) e sui principi di universalità della copertura, equità nell'accesso, globalità delle prestazioni (comprendenti prevenzione, cura e riabilitazione), uniformità territoriale e integrazione dei servizi¹. **Il sistema si caratterizza per una struttura produttiva mista:** quasi un terzo della spesa pubblica è destinato a servizi erogati da fornitori privati. **Sul versante del finanziamento, il SSN copre meno di tre quarti della spesa sanitaria complessiva** (contro poco oltre l'80 per cento nell'intera UE), mentre la spesa diretta delle famiglie risulta relativamente elevata (quasi 9 punti percentuali al di sopra di quella media UE) ed è prevalentemente indirizzata a prestazioni di cura e riabilitazione, piuttosto che all'assistenza di lunga durata, come avviene nei paesi caratterizzati da un più marcato intervento pubblico.

Di seguito si forniscono evidenze utili a valutare se sia in atto, e in quale misura, un processo di privatizzazione dei servizi sanitari, sia sul piano della copertura dei costi, sia su quello della proprietà dei fornitori. Tale processo è oggetto di interpretazioni divergenti: da un lato, viene considerato come un possibile fattore di indebolimento del SSN, in quanto potenzialmente in grado di minarne i principi fondanti; dall'altro, come un'evoluzione difficilmente evitabile, se non auspicabile, in risposta all'aumento dei bisogni sanitari connessi con l'invecchiamento della popolazione e con il progresso

¹ L'istituzione del SSN, nel 1978, ha rappresentato un deciso cambio di paradigma rispetto al sistema mutualistico previgente, che provocava disuguaglianze e sperequazioni ed era caratterizzato da frammentazione e inefficacia (si veda Giorgi, C. (2024), *Salute per tutti. Storia della sanità in Italia dal dopoguerra a oggi*, Bari-Roma, Laterza).

tecnologico, che comporta l'introduzione di nuove cure spesso più costose. La valutazione complessiva del fenomeno risulta, in ogni caso, complessa e articolata.

La natura ibrida del servizio sanitario italiano è riconducibile, in parte, a scelte adottate al momento dell'istituzione del SSN². A differenza del modello britannico, la cui nascita nel 1948 ha portato alla nazionalizzazione degli ospedali, in Italia è stato mantenuto il sistema delle convenzioni con soggetti privati, successivamente sostituito dal meccanismo dell'accreditamento e della stipula di contratti. **Il ruolo dei produttori privati si è rafforzato in alcune fasi, in particolare nei primi anni Novanta³ e nel corso del secondo decennio degli anni Duemila. In quest'ultimo periodo si è osservato un ridimensionamento del SSN, accompagnato da una significativa contrazione del personale,** che ha ridotto il contributo del sistema pubblico alla produzione di servizi sanitari a favore di quello privato. La produzione privata di servizi sanitari rappresenta oggi un comparto dinamico e in espansione, caratterizzato anche da rilevanti processi di concentrazione, soprattutto in specifici segmenti. **Sul versante del finanziamento, alla già elevata incidenza della spesa diretta delle famiglie rispetto agli standard europei, si affianca il recente e significativo incremento della spesa intermediata da assicurazioni, mutue e fondi sanitari** che, pur rimanendo ancora contenuta, ha contribuito a rafforzare ulteriormente il ruolo del mercato nella sanità.

Negli anni più recenti e, in particolare, durante l'emergenza sanitaria, il processo di ridimensionamento del SSN ha mostrato segnali di parziale inversione. La brusca e drammatica presa di coscienza della carenza di personale – che ormai contraddistingueva il SSN – ha infatti determinato una ripresa dei reclutamenti, sebbene ancora insufficiente e solo in parte strutturale. Permangono, tuttavia, rilevanti criticità in termini di attrattività del SSN, legate sia al livello delle retribuzioni sia alle condizioni di lavoro, anche alla luce del fatto che il finanziamento pubblico del sistema si è stabilizzato, rispetto al PIL, sui livelli analoghi a quelli precedenti la pandemia.

Recentemente, **le relazioni tra settore pubblico e privato si sono ulteriormente intensificate.** Mentre accreditamenti, convenzioni e contratti consentono al SSN di acquisire sul mercato le prestazioni da fornire ai cittadini, **fondi e mutue sanitari possono accedere alle strutture pubbliche mediante accordi sulla libera professione in intramoenia.**

Alcuni osservatori caldeggiavano una maggiore integrazione tra pubblico e privato come risposta alla domanda di prestazioni dei cittadini non soddisfatta dal SSN⁴. In questa

² Si veda Taroni, F. (2025), *Un sistema sanitario in bilico*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

³ Si tratta degli anni in cui vennero introdotti cambiamenti importanti al modello originario del 1978 con il D. Lgs. 502/1992 (poi modificato dal D. Lgs. 517/1993). In quella fase si avviava anche il processo di attuazione della regionalizzazione del SSN.

⁴ Si vedano tra gli altri: il lancio del progetto *“Alleanza per l'equità nella salute”* da parte di AstraZeneca; Maino, F. (2021) (a cura di), *Il ritorno dello Stato sociale? Mercato, Terzo Settore e comunità oltre la pandemia* - Quinto rapporto sul secondo welfare, Percorsi di secondo welfare, Giappichelli, Torino; Atella, V., Cincotti, F., d'Angela, D., Polistena, B. e Spandonaro, F. (2025), *“Finanziamento e spesa sanitaria in Italia”*, in *Le sfide per il Sistema Sanitario Nazionale*, Economia Italiana, n. 2.

direzione sembrerebbe collocarsi il DDL delega per la riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera e revisione del modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale, **approvato dal Governo il 12 gennaio scorso**. Il provvedimento prevede, tra l'altro, la revisione della classificazione degli ospedali e l'introduzione di "ospedali di terzo livello", strutture di eccellenza a livello nazionale, con un ruolo extraregionale nel SSN, che potranno essere a titolarità e gestione di privati – inclusi fondazioni, associazioni ed enti ecclesiastici – cui saranno destinate specifiche risorse pubbliche, non ancora quantificate, per coprire gli oneri relativi alle funzioni assistenziali a livello nazionale. **Occorre tuttavia sottolineare che la natura e la missione delle strutture private, anche quando operano nell'ambito del SSN, non sono del tutto assimilabili a quelle degli Enti pubblici**. Le prime perseguono obiettivi di profitto – nel caso delle imprese *for profit* – o, comunque, di espansione del fatturato, mentre la missione del SSN è la garanzia del diritto fondamentale alla salute⁵, con un limite all'espansione della spesa – sia pure di difficile identificazione e applicazione – dato dal vincolo di efficacia e appropriatezza⁶ di quanto erogato⁷.

Guardando più in dettaglio alle evidenze emerse in questo Focus, va osservato che, **in poco più di un decennio (tra il 2012 e il 2024), il finanziamento pubblico si è ridotto di tre decimi di punto, attestandosi al 6,3 per cento del PIL nel 2024**, mentre la spesa diretta delle famiglie – concentrata soprattutto sull'acquisto di farmaci e dispositivi medici e sull'assistenza ambulatoriale – è rimasta intorno al 2 per cento del prodotto ed è cresciuto il ruolo dei regimi di finanziamento volontari (di un decimo di punto di PIL). L'incremento del finanziamento da parte delle assicurazioni private, che gestiscono anche una quota rilevante delle attività dei fondi sanitari, è stato superiore al 100 per cento; anche in questo caso vengono acquisiti soprattutto servizi ambulatoriali, mentre una parte significativa della spesa è assorbita dai costi di *governance* e amministrazione.

La crescita dei fondi sanitari iscritti all'apposita anagrafe, che beneficiano di specifiche agevolazioni fiscali, è stata particolarmente sostenuta: il loro numero è aumentato da 267 a 324 tra il 2010 e il 2023, mentre gli iscritti sono passati da 5,8 a 16,3 milioni tra il 2013 e il 2023. Nell'ultimo anno disponibile, tali fondi hanno erogato risorse per oltre 3 miliardi, di cui quasi due terzi riferibili a prestazioni di natura sostitutiva, e non integrativa, rispetto a quelle garantite dal SSN.

Il finanziamento pubblico della salute si realizza anche attraverso il sistema fiscale e, in particolare, tramite le detrazioni delle spese sanitarie e i vari regimi agevolativi applicati ai contributi versati a intermediari assicurativi. Nel primo caso, l'onere per il bilancio

⁵ L. 833/1978, istitutiva del SSN.

⁶ Il principio dell'appropriatezza richiede che i trattamenti generino potenziali benefici per il paziente superiori ai possibili rischi ed è stato affiancato al concetto di efficacia, già presente nella L. 833/1978, con il D. Lgs. 229/1999.

⁷ Anche all'interno del SSN – in cui, a seguito delle riforme dei primi anni Novanta e dei processi di aziendalizzazione introdotti, il sistema di remunerazione è stato parzialmente basato su tariffe predefinite per prestazione – si può determinare un incentivo all'espansione delle prestazioni erogate, che il principio di appropriatezza e i meccanismi introdotti per applicarlo mirano a contrastare.

pubblico è stato di circa 4,6 miliardi nel 2023, con benefici che risultano tendenzialmente crescenti all'aumentare del reddito. Nel secondo caso, si stima un minore gettito tributario di 1,1 miliardi, solo in parte compensato dalle minori detrazioni delle spese sanitarie rimborsate, a cui si aggiungono minori introiti contributivi per circa 600 milioni (che si traducono in un incremento delle imposte dirette di poco meno di 200 milioni). I benefici fiscali vanno principalmente ai lavoratori dipendenti appartenenti alle fasce di reddito medio-alte e ai residenti delle Regioni settentrionali, seguite da quelle centrali. **L'espansione degli strumenti di sanità integrativa**, favorita soprattutto dalle crescenti agevolazioni in ambito fiscale e dal vantaggio che ne discende anche in sede di contrattazione collettiva in termini di riduzione degli oneri per le imprese e facilitazione delle relazioni sindacali, **può presentare profili critici sotto il duplice aspetto dell'equità e dell'efficienza**, anche in considerazione degli elevati costi amministrativi associati a tali strumenti.

Dal lato della produzione, gli equilibri si sono progressivamente spostati a favore del settore privato nella creazione di valore aggiunto. La quota pubblica è diminuita di quasi 5 punti percentuali, a seguito di una riduzione particolarmente marcata tra il 1995 e il 2017 (pari a 7,6 punti), solo in parte compensata da un successivo recupero, soprattutto negli anni della pandemia. Tale dinamica riflette quella del personale, che nel SSN ha risentito significativamente delle politiche di contenimento della spesa introdotte, in particolare, a seguito della crisi del debito sovrano. Gli effetti si sono manifestati in termini sia retributivi sia occupazionali, con una riduzione di circa 46.500 dipendenti tra il 2009 e il 2017, a fronte di un'espansione dell'occupazione nel settore privato. Solo in risposta all'emergenza sanitaria si è osservata una ripresa significativa dei reclutamenti nel SSN, con un incremento complessivo di 64.800 unità tra il 2018 e il 2024.

Nel tempo, la spesa sanitaria pubblica si è orientata in misura crescente sui consumi intermedi e sull'acquisto di prestazioni da soggetti privati. La quota dei primi sulla spesa totale è aumentata significativamente (di 13 punti percentuali tra il 1995 e il 2024), anche per effetto dell'incremento della spesa farmaceutica diretta (in parte in sostituzione di quella in convenzione), del ricorso alle esternalizzazioni e dell'utilizzo di personale flessibile (tra cui i cosiddetti gettonisti, ossia professionisti reclutati con costi orari superiori rispetto a quelli dei dipendenti, spesso attraverso agenzie interinali⁸), nonché dell'emergenza sanitaria e dell'incremento dei prezzi dovuto alla crisi energetica. **Il progressivo spostamento della spesa dall'assistenza farmaceutica convenzionata a quella direttamente acquistata dalle strutture sanitarie non ha sostanzialmente modificato il peso complessivo della spesa farmaceutica sui consumi sanitari finali**, almeno nell'ultimo quindicennio. Parallelamente, **la riduzione della componente relativa ai redditi da lavoro dipendente è stata in parte controbilanciata dall'incremento dei consumi intermedi**, anche per effetto dei processi di esternalizzazione.

⁸ Si veda, a tale proposito, la dichiarazione del Presidente dell'ANAC, Giuseppe Busia.

All'interno della produzione pubblica si è ridotta in maniera significativa l'incidenza dei servizi ospedalieri (di circa 10 punti percentuali), in linea con i processi di deospedalizzazione e con le politiche di contenimento dei posti letto e delle strutture. Nonostante il simmetrico rafforzamento dei servizi territoriali, sostenuto anche dal PNRR, i risultati appaiono ancora inadeguati e disomogenei tra le Regioni.

Per quanto riguarda l'acquisizione di servizi da produttori *market*, **oltre al ridimensionamento dell'assistenza farmaceutica convenzionata e, in misura più contenuta, della medicina generale, emerge un rafforzamento del ruolo dell'insieme di prestazioni erogate da strutture private**⁹. Dopo una riduzione negli anni Novanta, l'incidenza di queste ultime sui consumi finali è cresciuta, con un incremento complessivo di circa 4 punti percentuali tra il 1995 e il 2019, mentre ha registrato una flessione di 2 punti negli anni dell'emergenza sanitaria e fino al 2024. Nel 2020, infatti, il *lockdown* e il timore del contagio hanno ridotto l'accesso alle strutture sanitarie; successivamente, malgrado il recupero delle prestazioni precedentemente rinviate e l'adozione di misure volte a favorire un maggiore contributo del settore privato alla riduzione delle liste di attesa, il SSN ha rafforzato soprattutto le strutture pubbliche, attraverso il potenziamento del personale. Tra le prestazioni acquistate sul mercato, quelle per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica sono fortemente diminuite nel periodo considerato, mentre si è rafforzata in misura rilevante l'altra assistenza, che comprende servizi dedicati alle cure di lunga durata.

Infine, si propone una ricostruzione del quadro complessivo del mercato della salute in Italia, dal quale emerge che le imprese coinvolte generano quasi 70 miliardi di valore aggiunto (pari a circa il 6,4 per cento di quello complessivo delle imprese) **e occupano poco meno di 1,2 milioni di lavoratori.**

La filiera del farmaco si configura come un sistema complesso e fortemente internazionalizzato, caratterizzato da elevati livelli di esportazioni e importazioni e dalla presenza di imprese multinazionali, con filiali incluse anche nel commercio all'ingrosso. Tali caratteristiche rendono complessa la valutazione della redditività del settore. Nel comparto dei dispositivi medici si osservano processi di concentrazione e una redditività in crescita (in particolare per le società di capitali); dinamiche analoghe si riscontrano nel settore delle farmacie.

Nel segmento dell'erogazione dei servizi si rilevano un'elevata intensità di lavoro e un rapporto significativo tra valore aggiunto e fatturato, a fronte, tuttavia, di una produttività per addetto inferiore a quella dei settori manifatturieri ad alta intensità tecnologica. Limitando l'analisi alle società di capitali, emerge una marcata espansione dell'assistenza specialistica e diagnostica, mentre i servizi ospedalieri e residenziali hanno incontrato maggiori difficoltà nel recuperare i livelli di attività precedenti alla pandemia. L'aumento dei costi — riconducibile anche alla crisi energetica e all'innalzamento dei tassi di

⁹ La relativa spesa comprende quella degli specialisti convenzionati interni.

interesse — ha inciso negativamente sulla redditività, in particolare nel comparto diagnostico, che ha registrato maggiori perdite negli ultimi anni dopo una fase di elevata profittabilità. Restano invece più solidi i risultati della specialistica e permangono criticità nei servizi ospedalieri e residenziali. In quest'ultimo ambito, così come nell'assistenza specialistica e nei laboratori di analisi cliniche, continua ad aumentare la presenza delle società di capitali.

2. Il finanziamento della spesa sanitaria

In questo paragrafo si analizza il finanziamento della spesa sanitaria, distinguendo la componente pubblica da quelle private. L'analisi si articola, in primo luogo, in un confronto internazionale, utile a collocare il caso italiano nel contesto europeo; successivamente, l'attenzione si sposta sull'Italia, esaminando sia la situazione attuale, sia l'evoluzione registrata negli ultimi dodici anni. Infine, si approfondisce il ruolo della spesa intermediata da assicurazioni, fondi integrativi e altri simili strumenti, la cui rilevanza è cresciuta significativamente nel periodo più recente.

2.1 Il confronto internazionale

I dati del Sistema dei conti della sanità (*System of Health Accounts*, SHA), adottato dall'OCSE e da Eurostat, consentono di distinguere la spesa sanitaria in base al tipo di finanziamento e offrono informazioni comparabili a livello internazionale. In particolare, con riferimento al 2023, si considerano sette paesi: Francia e Germania, caratterizzati da sistemi fondati su assicurazioni sociali; Regno Unito, dotato di un servizio sanitario nazionale di lunga tradizione; Grecia, Italia, Portogallo e Spagna, anch'essi basati su servizi sanitari nazionali, ma di più recente istituzione e ancora, in parte, in fase di consolidamento. Il confronto è completato dalle evidenze relative all'insieme della UE (UE27).

La spesa sanitaria complessiva risulta relativamente più contenuta in Italia e in Grecia rispetto agli altri paesi considerati. In entrambi i casi si colloca all'8,4 per cento del PIL, a fronte di valori superiori al 10 per cento negli altri paesi, con un massimo dell'11,7 in Germania; l'unica eccezione è la Spagna, che si attesta al 9,2 per cento.

Nel confronto con la UE, l'Italia presenta quote più basse in termini di spesa pubblica (-7,5 punti percentuali) e di regimi di finanziamento volontari (-1,3 punti), compensate da una maggiore quota di pagamenti diretti delle famiglie (+8,8 punti).

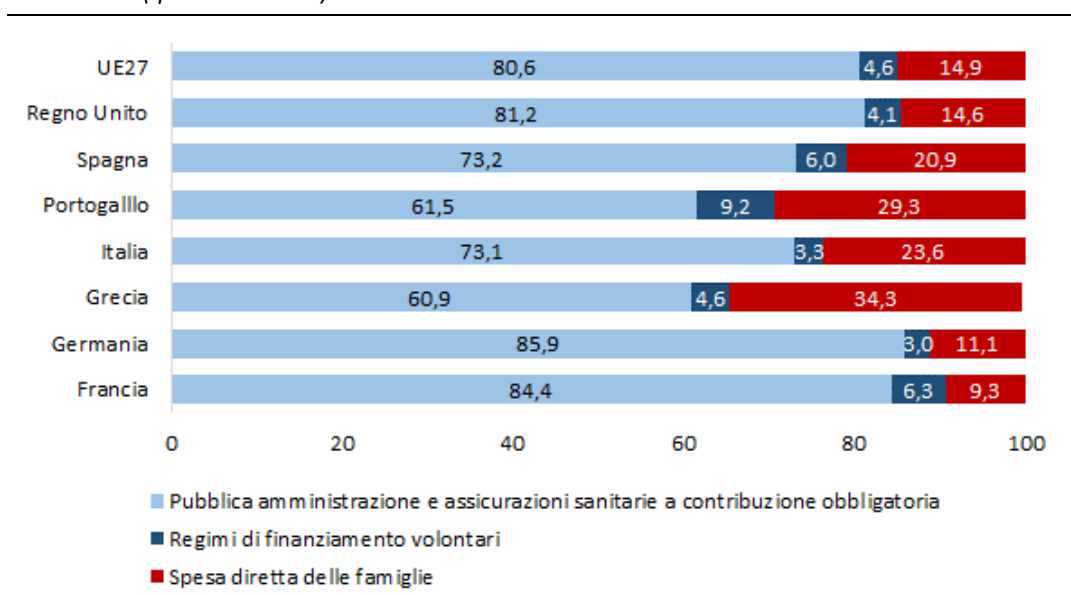
Nel complesso della UE, il finanziamento dei sistemi sanitari è assicurato dalla Pubblica amministrazione e da schemi obbligatori di assicurazione sanitaria per quasi l'81 per cento (fig. 1). Tale percentuale è superiore in Germania (85,9 per cento) e in Francia (84,4 per

cento), mentre risulta inferiore in Spagna e in Italia (entrambe poco sopra il 73 per cento), nonché in Portogallo e in Grecia (poco oltre il 60)¹⁰. Al di fuori della UE, il Regno Unito presenta una copertura pubblica dell'81,2 per cento.

La spesa diretta delle famiglie (*out-of-pocket*) si attesta su valori inferiori al 15 per cento del totale nella UE e nel Regno Unito, ma raggiunge livelli significativamente più elevati nei paesi dell'Europa meridionale: il 34,3 per cento in Grecia, il 29,3 in Portogallo, il 23,6 in Italia e il 20,9 in Spagna. In Germania e in Francia, invece, essa si colloca al di sotto della quota europea, con valori pari, rispettivamente, a 11,1 e 9,3 per cento.

L'incidenza della spesa privata riflette diversi fattori: i limiti della copertura pubblica rispetto a una domanda di servizi in crescita – trainata dal miglioramento del tenore di vita, dall'invecchiamento della popolazione e dal progresso tecnologico – e possibili fenomeni di induzione della domanda da parte dell'offerta, che possono determinare consumi non pienamente appropriati¹¹.

Fig. 1 — Finanziamento dei sistemi sanitari in alcuni paesi europei e nella UE nel 2023 (1)
(quote sul totale)



Fonte: dati Eurostat e OCSE.

(1) La Grecia indica anche un finanziamento dal resto del mondo pari allo 0,3 per cento del totale.

¹⁰ In Germania e in Francia questa parte del finanziamento proviene principalmente da assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria (rispettivamente, 91 e 95 per cento, compresa una quota riferita ad assicurazioni private obbligatorie di circa l'8 per cento), mentre in Spagna, Portogallo e Italia è largamente prevalente il ruolo del bilancio pubblico (che rappresenta, rispettivamente, il 95 per cento, il 96 e la quasi totalità di questa voce) e in Grecia, un sistema ancora molto ibrido, coesistono i due meccanismi, con le assicurazioni sociali a contribuzione obbligatoria lievemente più rilevanti (53 per cento). Il Regno Unito non indica la presenza di intermediari a contribuzione obbligatoria.

¹¹ A causa di carenze informative, il paziente non è in grado di valutare l'appropriatezza degli interventi che gli vengono prospettati e la domanda può essere indotta dal fornitore. Il problema si acuisce in presenza di un terzo pagante, ma può comunque sussistere quando il servizio resta a carico del paziente, data la scarsa reattività della domanda al prezzo.

Gli esborsi diretti da parte delle famiglie si concentrano soprattutto su specifiche tipologie di assistenza sanitaria (fig. 2).

Nei paesi dell'Europa meridionale quote elevate della spesa *out-of-pocket* sono indirizzate a cure e riabilitazione (dal 59 per cento circa in Grecia¹² al 43,1 in Spagna, rispetto al 38,1 per cento nel complesso della UE) e in Spagna, in particolare, ai beni sanitari (50,2 per cento, mentre negli altri paesi ci si colloca tra il 38 per cento della Grecia e il 30,3 del Portogallo, rispetto al 37,7 per cento della UE). Nei rimanenti paesi considerati, invece, la componente prevalente riguarda le cure di lunga durata (46,4 per cento in Germania, 37,6 nel Regno Unito e 37,3 in Francia, a fronte di circa il 21 per cento nella UE)¹³. I servizi ausiliari non specificati per funzione (che comprendono, ad esempio, la diagnostica e il trasporto pazienti) assumono una certa rilevanza in Italia e in Portogallo (intorno al 7 per cento, a fronte di una quota UE inferiore al 3), mentre in Spagna e nel Regno Unito non compaiono; in quest'ultimo Paese, tuttavia, la spesa per la prevenzione, che altrove è molto bassa o nulla (e nel caso della UE non è riportata), tocca il 7 per cento. È tuttavia possibile che il confronto sia influenzato dal fatto che alcune prestazioni diagnostiche vengono classificate in alcuni paesi tra i servizi ausiliari e altrove nella prevenzione.

La struttura dei consumi sanitari a carico delle famiglie riflette, in larga misura, le caratteristiche dell'offerta pubblica. Nei paesi in cui quest'ultima è più ampia e consolidata, come in Francia, in Germania e nel Regno Unito, la domanda privata tende a orientarsi verso i servizi meno coperti, come l'assistenza di lungo periodo. Nei paesi dell'Europa meridionale, invece, una quota significativa di spesa diretta delle famiglie è destinata alle cure per acuzie. In Grecia, caratterizzata da un sistema particolarmente frammentato, con un SSN ancora non universale, che ha subito riduzioni di spesa particolarmente rilevanti nel periodo della Grande recessione, oltre un terzo della spesa *out-of-pocket* è destinata alle cure ospedaliere.

Infine, i regimi di finanziamento volontari – esclusi i pagamenti diretti – rappresentano il 4,6 per cento della spesa sanitaria del complesso della UE. La maggior parte dei paesi considerati non si discosta significativamente da tale valore, tranne il Portogallo, in cui la quota raggiunge il 9 per cento, e **l'Italia e la Germania**, in cui essa **si attesta in prossimità del 3 per cento**. Tali regimi comprendono diverse fattispecie, tra cui le assicurazioni volontarie — generalmente prevalenti — nonché il contributo di istituzioni senza scopo di lucro¹⁴ e delle imprese (attraverso la fornitura diretta o la copertura finanziaria di servizi sanitari per i dipendenti)¹⁵.

Le assicurazioni volontarie rappresentano una quota vicina o superiore al 90 per cento, tranne che in Italia (74 per cento), Regno Unito (62 per cento) e Germania (44 per cento).

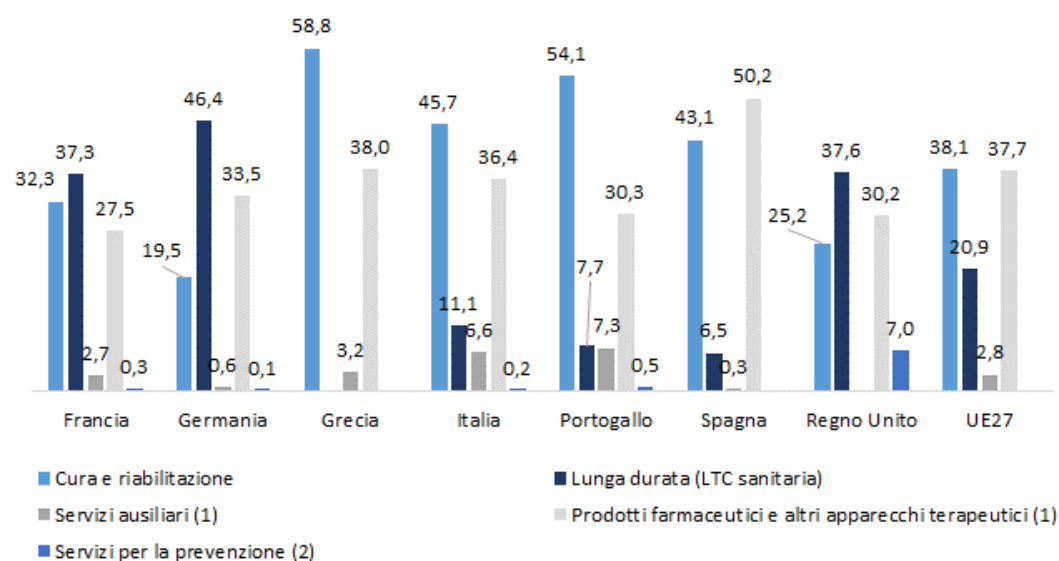
¹² Nel caso della Grecia, il 58 per cento della spesa per cura e riabilitazione è rivolta a cure ospedaliere.

¹³ Si tratta soprattutto di servizi residenziali.

¹⁴ Accordi e programmi non obbligatori basati su donazioni provenienti dalla cittadinanza, dallo Stato o da imprese.

¹⁵ In Italia, come si vedrà più approfonditamente nel prossimo paragrafo, il 15 per cento del totale è finanziato dalle imprese, mentre le istituzioni senza scopo di lucro coprono nel Regno Unito più di un terzo del totale e in Germania più del 40 per cento.

Fig. 2 – Composizione percentuale della spesa diretta delle famiglie in alcuni paesi europei nel 2023



Fonte: dati Eurostat e OCSE.

(1) Non specificati per funzione. – (2) Per la UE27 non sono riportati i servizi per la prevenzione.

2.2 Il finanziamento dell'assistenza sanitaria in Italia

Tra il 2012 e il 2024 la spesa sanitaria complessiva in Italia¹⁶ – indipendentemente dalla fonte di finanziamento – è diminuita di 4 decimi di punto, attestandosi all'8,4 per cento del PIL (fig. 3)¹⁷. Tale dinamica riflette una tendenza decrescente, interrotta dagli interventi straordinari adottati nel periodo emergenziale, nel corso del quale la spesa ha raggiunto il 9,6 per cento del PIL nel 2020, per poi tornare su un sentiero di progressiva riduzione. L'andamento complessivo è riconducibile principalmente alla componente pubblica¹⁸, la più consistente: essa è passata dal 6,6 al 6,3 per cento del PIL tra il 2012 e il 2019, è salita al 7,3 nel 2020 e si è successivamente ridotta, tornando al 6,3 per cento nel 2024. La spesa diretta delle famiglie si è mantenuta sostanzialmente stabile intorno al 2 per cento¹⁹, mentre la componente finanziata dai regimi volontari ha registrato un incremento nell'ultimo periodo di 0,1 punti percentuali, portandosi allo 0,3 per cento del prodotto.

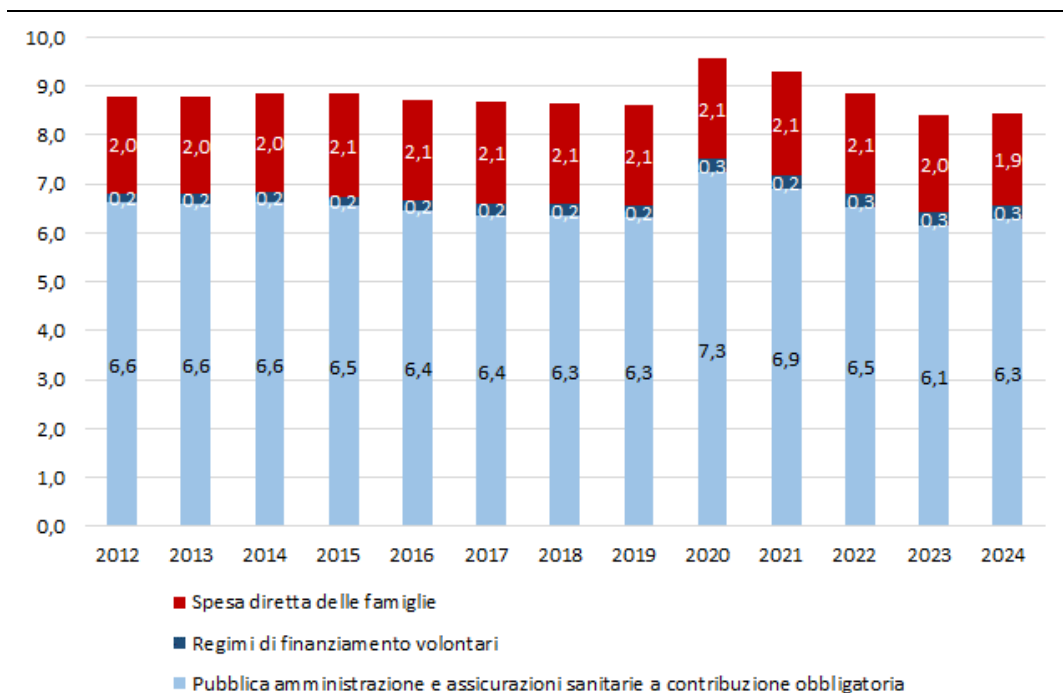
¹⁶ Secondo le informazioni fornite dai dati Istat del Sistema dei conti della sanità, disponibili fino al 2024.

¹⁷ Si veda il terzo paragrafo per un approccio di più lungo periodo.

¹⁸ Il dato comprende un finanziamento molto limitato da assicurazioni a contribuzione obbligatoria e conti di risparmio medici obbligatori (359 milioni); verosimilmente si tratta dei contributi all'INAIL.

¹⁹ I dati sui consumi delle famiglie mostrano che la spesa diretta di queste è stata piuttosto stabile rispetto al PIL dal 1995.

Fig. 3 – Fonti di finanziamento della spesa sanitaria in Italia
(in percentuale del PIL)



Fonte: Istat, Sistema dei conti della sanità.

In termini di composizione percentuale, le quote risultano complessivamente piuttosto stabili nel tempo. Quella pubblica diminuisce dal 75 al 73 per cento negli anni che precedono la pandemia, aumenta temporaneamente al 76 per cento nel 2020 e si stabilizza successivamente intorno al 74. La spesa diretta delle famiglie è pari al 23 per cento all'inizio del periodo e al 22 nel 2024 e oscilla debolmente intorno a questi valori, con un minimo nel 2020²⁰. I regimi di finanziamento volontari, che svolgono un ruolo marginale in un sistema basato su un servizio sanitario nazionale, in particolare per quanto riguarda le assicurazioni²¹, aumentano la quota dal 2 al 3 per cento.

Guardando ai valori assoluti delle principali componenti, tra il 2012 e il 2024 sia la spesa finanziata dall'Amministrazione pubblica, sia quella sostenuta direttamente dalle famiglie registrano un incremento del 27 per cento, sebbene con traiettorie differenti (fig. 4). La spesa pubblica è diminuita nel 2013 – ultimo anno degli effetti delle manovre di consolidamento dei conti pubblici adottate a seguito della crisi dei debiti sovrani – per poi aumentare moderatamente fino al 2019 (+5 per cento rispetto al 2012) e più intensamente durante la pandemia. La spesa *out-of-pocket* ha invece mostrato una crescita più sostenuta fino al 2019 (+15 per cento), una contrazione nel 2020 – quando il *lock down* e il timore del contagio hanno frenato l'accesso ai servizi sanitari non indispensabili – e una successiva ripresa, seguita da una nuova flessione nel 2024. La componente che ha registrato l'incremento più rilevante è la spesa per assicurazioni sanitarie volontarie, il cui valore più che raddoppia nel periodo considerato, nonostante le riduzioni nel 2013 e 2014 – quando ancora probabilmente si risentivano gli effetti sui

²⁰ Principalmente per il timore dei contagi a causa dell'emergenza sanitaria.

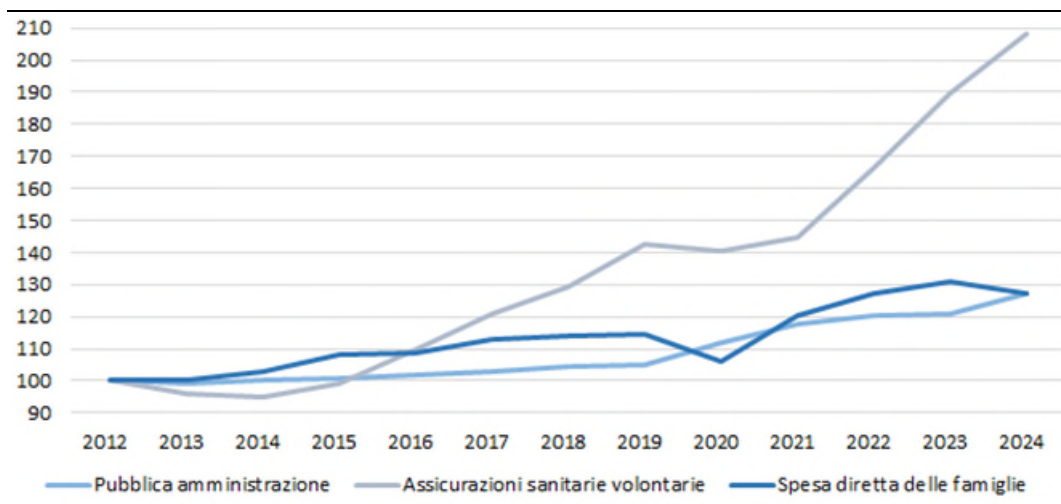
²¹ Si veda sopra anche il caso del Regno Unito.

bilanci delle famiglie della Grande recessione – e nel 2020 in coincidenza con l'emergenza sanitaria²².

In sintesi, **sotto il profilo del finanziamento, l'elemento di maggiore rilievo è rappresentato dalla progressiva espansione delle assicurazioni volontarie e, conseguentemente, dal crescente ruolo dell'intermediazione privata, a fronte di una quota relativamente contenuta del finanziamento erogato.** Va osservato, inoltre, che la spesa finanziata dalle assicurazioni volontarie comprende, in larga misura, anche quella intermediata dai fondi sanitari integrativi, che frequentemente affidano la gestione a imprese assicurative (nell'85 per cento dei casi, secondo la Commissione parlamentare di controllo sull'attività degli Enti gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza sociale²³).

Considerando le specifiche forme di assistenza – classificate secondo criteri parzialmente diversi rispetto al precedente paragrafo – nel periodo 2012-2024 l'incidenza della componente pubblica aumenta solo nell'acquisizione di prodotti farmaceutici e apparecchi terapeutici (+4,1 punti percentuali) e, in misura più contenuta, nell'assistenza ospedaliera e residenziale (+0,9 punti). Tali aumenti sono compensati dalla riduzione della spesa diretta delle famiglie. I regimi di finanziamento volontari registrano un incremento di incidenza nella *governance* e amministrazione (+16 punti) e in tutte le forme di assistenza, soprattutto nei servizi per la prevenzione (+2,9 punti).

Fig. 4 – Evoluzione delle principali fonti di finanziamento della spesa sanitaria in Italia (numeri indici)



Fonte: Istat, Sistema dei conti della sanità.

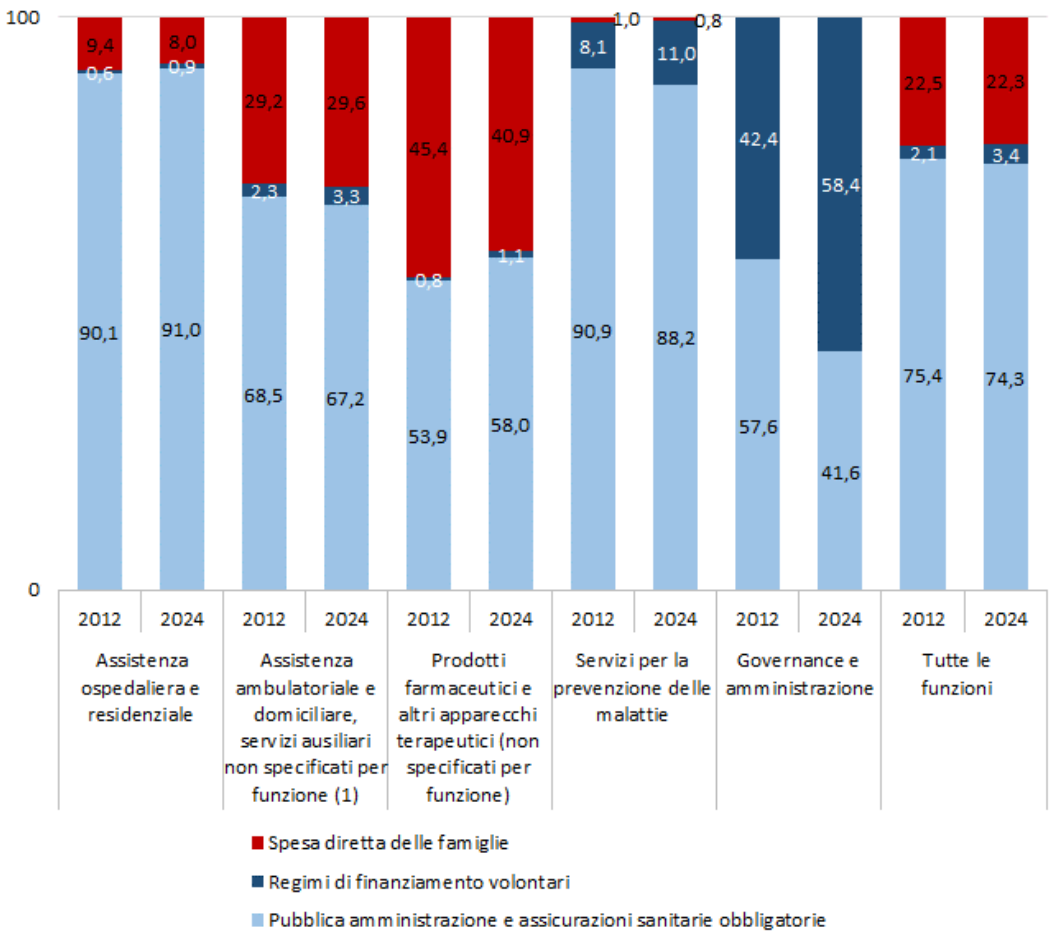
²² Nell'ambito dei regimi di finanziamento volontari, anche le altre componenti sono aumentate significativamente: il finanziamento della spesa da parte delle istituzioni senza scopo di lucro è quasi triplicato e quello da parte delle imprese è aumentato dell'85 per cento.

²³ Si veda Commissione parlamentare di controllo sull'attività degli Enti gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza sociale (2022), "Relazione finale sull'attività della Commissione", approvata nella seduta del 5 ottobre 2022 e trasmessa alle Presidenze il successivo 12 ottobre.

Nel 2024 la quota di finanziamento pubblico supera il 90 per cento nel caso dell'assistenza ospedaliera e si attesta all'88 per cento nella prevenzione, mentre risulta più contenuta nell'assistenza ambulatoriale e domiciliare e per i prodotti farmaceutici e altri apparecchi (rispettivamente, al 67 e al 58 per cento). La componente pubblica si riduce al 42 per cento per le spese di *governance* e amministrazione (fig. 5). Queste ultime riflettono i costi dei servizi volti a sostenere il funzionamento del sistema sanitario e sembrano riferite essenzialmente alle spese del Ministero della Salute e di altri enti centrali, non includendo tutte le spese per servizi amministrativi delle Amministrazioni pubbliche, come si evidenzia poco oltre.

La spesa diretta delle famiglie è particolarmente rilevante nell'acquisto di farmaci e altri prodotti (41 per cento) e nell'assistenza territoriale (30 per cento)²⁴.

Fig. 5 – Fonti di finanziamento della spesa sanitaria per tipo di assistenza



Fonte: Istat, Sistema dei conti della sanità.
 (1) I servizi ausiliari riguardano laboratori di analisi, diagnostica per immagini, trasporto di pazienti e soccorso di emergenza, che il paziente consuma direttamente e che non fanno parte di un pacchetto di servizi di assistenza.

²⁴ Soprattutto quella ambulatoriale. Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera e residenziale, invece, il finanziamento da parte delle famiglie assume un ruolo rilevante (34 per cento del totale) solo nell'assistenza di lunga durata.

I farmaci che restano a carico delle famiglie includono quelli di fascia C, con o senza obbligo di prescrizione, e di fascia C-bis, ossia i farmaci da banco. Vengono inoltre acquistati direttamente dai cittadini alcuni farmaci di fascia A, pur essendo prevista la rimborsabilità a carico del SSN²⁵. A tali voci si aggiungono le compartecipazioni alla spesa poste a carico degli assistiti²⁶.

I regimi di finanziamento volontari²⁷ assumono un ruolo relativamente più significativo nella prevenzione (11 per cento), in larga parte riconducibile agli esborsi delle imprese per i propri dipendenti nell'ambito della medicina del lavoro²⁸, e, in misura più contenuta, nei servizi territoriali (oltre il 3 per cento).

In quest'ultimo caso si tratta soprattutto di spese per assistenza ambulatoriale – coperte per il 4 per cento da assicurazioni – concentrate sulle attività di cura e riabilitazione. L'intermediazione privata risulta invece assente nel caso dell'assistenza ambulatoriale di lunga durata, verosimilmente in ragione della sua prevalente destinazione a una popolazione anziana, generalmente priva di coperture assicurative private o di strumenti di *welfare* aziendale.

I regimi di finanziamento volontari contribuiscono, inoltre, per il 58 per cento alla spesa amministrativa complessiva, riferita quasi esclusivamente alle assicurazioni volontarie.

Le spese di *governance* e amministrative delle assicurazioni private rappresentano il 44 per cento dei costi complessivi delle stesse, a fronte di una quota pari all'1 per cento nel settore pubblico. Quest'ultima si riferisce ai soli costi di *governance* generale del sistema; tuttavia, considerando l'insieme delle spese per servizi amministrativi delle Amministrazioni pubbliche, come rilevate dal Conto consolidato della sanità, si riscontra comunque un'incidenza contenuta rispetto a quella degli intermediari privati (circa 5,9 miliardi, pari al 4,3 per cento delle uscite correnti totali).

Questi dati, oltre a evidenziare gli elevati costi di gestione delle assicurazioni private, riflettono i percorsi di cura della popolazione, i quali risultano a loro volta influenzati dal sistema di *governance* del sistema sanitario. In particolare, assumono rilievo l'estensione della copertura pubblica, la presenza di compartecipazioni a carico del cittadino e le liste di attesa, oltre ai comportamenti individuali²⁹. **Emerge un ampio ricorso alle strutture pubbliche e accreditate per l'assistenza ospedaliera, che è gratuita e spesso salvavita. Diversamente, nell'ambito delle cure a lungo termine e, in particolare, per l'assistenza residenziale, l'onere che grava sui cittadini risulta significativo, rappresentando il 34 per**

²⁵ Secondo il rapporto dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali (OSMED), nel 2024 la spesa complessiva per farmaci di classe C è stata di circa 7 miliardi, il 52 per cento dei quali soggetti a obbligo di prescrizione; la spesa privata per farmaci di classe A è stata di poco inferiore a 1,7 miliardi; farmaci di automedicazione per 364 milioni sono stati erogati dagli esercizi commerciali. Si veda AIFA (2025), "L'uso dei Farmaci in Italia, Rapporto Nazionale, Anno 2024".

²⁶ È previsto il versamento della differenza tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento qualora si prediliga un prodotto di marca rispetto a quello generico o equivalente, più conveniente; inoltre, è generalmente richiesto il pagamento di *ticket* sulla ricetta o sulla confezione, abolito tuttavia da diverse Regioni nel 2019 o nel 2020 (per maggiori dettagli si vedano il [sito web del Ministero della Salute](#) e quello di [Federfarma](#)). Secondo i dati AIFA, le compartecipazioni alla spesa farmaceutica hanno generato un introito di 1,5 miliardi nel 2024 (AIFA (2025), "Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale, Gennaio-Dicembre 2024, Consuntivo", 29 luglio).

²⁷ Sono compresi finanziamenti per 698 milioni da istituzioni senza scopo di lucro e per 929 da imprese.

²⁸ Si veda Basso, S., Fugnitto, M.A., Martina, L. e Pallotti, E. (2024), "La spesa sanitaria e le sue componenti", in Manzonchi, S. e Turati, G. (a cura di), *La salute dei sistemi sanitari. Evoluzione e prospettive future*, Rivista di politica economica, n. 1.

²⁹ A loro volta condizionati dalle condizioni socio-economiche e, in particolare, dal livello di istruzione.

cento della spesa complessiva. Le famiglie sostengono inoltre direttamente l'acquisto di numerosi farmaci e dispositivi e, per le prestazioni specialistiche e diagnostiche, ricorrono frequentemente al pagamento diretto o a intermediari privati, al fine di abbreviare i tempi di attesa e poter scegliere la struttura e il professionista sanitario. Tali prestazioni risultano, peraltro, gravate da compartecipazioni piuttosto elevate (salvo i casi di esenzione) che, da un lato, rappresentano spesa *out-of-pocket* e, dall'altro, possono incentivare il ricorso a fornitori privati. **In merito all'appropriatezza della domanda di servizi e beni sanitari a pagamento, risulta difficile formulare valutazioni puntuali³⁰; tuttavia, essa è certamente influenzata da alcune caratteristiche del mercato sanitario**, quali l'informazione imperfetta, la separazione tra acquirente e decisore nelle scelte di consumo (derivante dall'intermediazione del medico), la scarsa sensibilità al prezzo e la pressione esercitata dalle strutture di offerta.

Va infine ricordato che una parte della spesa diretta o intermediata è, di fatto, finanziata con risorse pubbliche. Per la componente intermediata si rinvia al prossimo paragrafo; per quanto riguarda la spesa diretta, essa è detraibile dall'Irpef nella misura massima del 19 per cento, al netto di una franchigia pari a 129,11 euro per contribuente. Il Sistema Tessera Sanitaria (TS) registra, per il 2023, una spesa sanitaria privata pari a 43,1 miliardi³¹; nello stesso anno, secondo i dati del Dipartimento delle Finanze, l'ammontare indicato nelle dichiarazioni dei redditi ammonta a 26 miliardi³², riferiti a 22,786 milioni di contribuenti.

Sulla base delle analisi condotte con il modello di microsimulazione sulle famiglie dell'Ufficio parlamentare di bilancio³³, **si può stimare in circa 4,6 miliardi il rimborso riconosciuto dall'erario ai contribuenti capienti per spese sanitarie detraibili³⁴.** Tale componente della spesa *out-of-pocket* è di fatto finanziata indirettamente con risorse pubbliche, sotto forma di minori entrate fiscali, assicurando tuttavia un vantaggio che si distribuisce in maniera diseguale tra i contribuenti, tale da sollevare criticità in termini di equità. In particolare, il numero di contribuenti che presentano detrazioni fiscali tende ad aumentare al crescere del reddito e l'importo medio *pro-capite* delle spese diminuisce lievemente tra il secondo e il quinto ventile di reddito, per poi aumentare, soprattutto negli ultimi due (fig. 6).

³⁰ Si vedano a tale proposito, tra gli altri, il recente appello di Slowmedicine "[Vera e finta prevenzione. Fare più check-up non significa ridurre il rischio di ammalarsi](#)" e Ufficio parlamentare di bilancio (2016), "[L'intervento per l'appropriatezza della specialistica ambulatoriale](#)", Focus tematico n. 4, luglio.

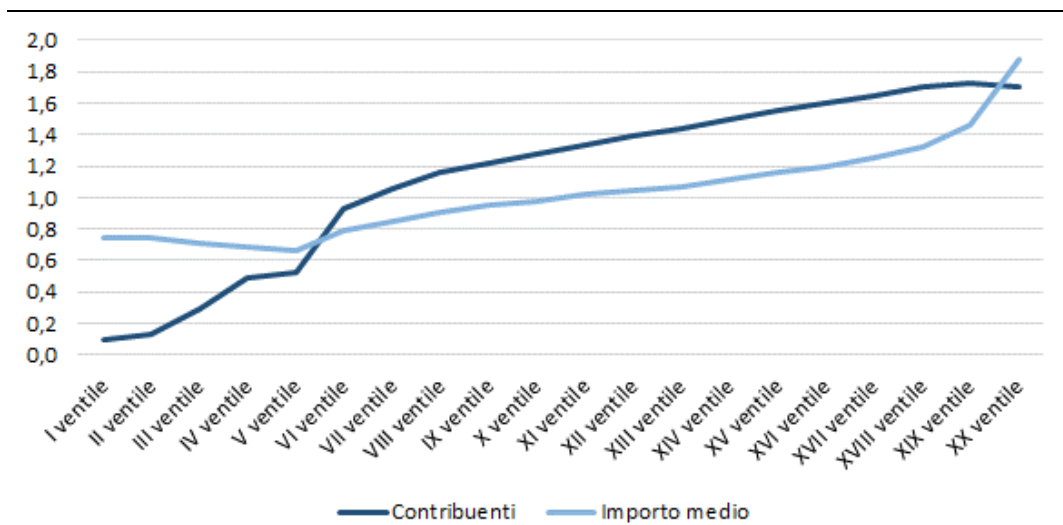
³¹ Nel 2024 ha raggiunto 46,4 miliardi. Queste spese potrebbero essere coperte, in parte, dagli intermediari privati e non restare a carico del cittadino. Il dato è riportato in Ragioneria generale dello Stato (2025), "[Il monitoraggio della spesa sanitaria](#)", Rapporto n. 12, dicembre.

³² Compresa quella per portatori di handicap e cani guida. Si veda il [sito web del Dipartimento delle Finanze. Analisi statistiche, Dichiarazioni 2024, Anno d'imposta 2023.](#)

³³ Si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2024), "[Detrazioni e agevolazioni fiscali: analisi dei recenti interventi normativi](#)", Focus tematico n. 4, 11 aprile.

³⁴ Va osservato che il [Rapporto annuale sulle spese fiscali 2024](#), redatto dalla Commissione per le Spese fiscali del Ministero dell'Economia e delle finanze e pubblicato il 15 novembre 2024, indica in circa 4,5 miliardi gli effetti finanziari delle detrazioni delle spese sanitarie, spese mediche e di assistenza specifica per ciascun anno del triennio 2024-26. Non è, tuttavia, specificato come l'importo sia stato calcolato.

Fig. 6 – Distribuzione delle spese sanitarie, per portatori di handicap e per cani guida in base al reddito complessivo
(numero di contribuenti in milioni e importo medio in migliaia di euro)



Fonte: Dipartimento delle Finanze, *Analisi statistiche, Dichiarazioni dei redditi 2024, Anno 2023*.

2.3 Le assicurazioni sanitarie e i fondi sanitari integrativi

In questo paragrafo si approfondisce l'analisi relativa agli intermediari assicurativi e ai fondi sanitari integrativi.

Le informazioni disponibili sulla spesa sanitaria intermediata, pur non risultando sempre pienamente coerenti tra loro, confermano una crescita significativa del ramo assicurativo malattia e dei fondi integrativi. Sebbene il loro peso complessivo resti ancora relativamente contenuto, il ruolo di tali strumenti è in rapido rafforzamento, anche grazie alle agevolazioni fiscali, in risposta alle criticità dell'offerta pubblica.

Secondo i dati dell'Istituto per la vigilanza delle assicurazioni (IVASS) riferiti al 2023³⁵, la raccolta nel comparto salute (ramo malattia³⁶) è stata di circa 3,9 miliardi, in aumento del 42 per cento rispetto al 2018, nonostante una lieve riduzione registrata nel 2020, anno dell'emergenza sanitaria. Nel primo semestre del 2024 si riscontra un ulteriore incremento dell'11,7 per cento. **Il settore presenta un'elevata concentrazione: le prime cinque compagnie raccolgono il 66 per cento dei premi e i primi cinque gruppi l'80 per**

³⁵ Si veda IVASS (2025), "L'attività assicurativa nel comparto salute (2018-2023)", Bollettino Statistico, Anno XII, n. 2, febbraio. I dati riguardano le imprese vigilate dall'IVASS, ovvero quelle nazionali e le rappresentanze in Italia di imprese extra Spazio economico europeo (SEE) sottoposte alla vigilanza prudenziale dell'Istituto. Sono escluse le imprese di assicurazione con sede legale in uno Stato SEE ammesse a operare in Italia nel comparto salute in regime di stabilimento e di libertà di prestazione di servizi. Inoltre, viene svolta una specifica indagine, presso le imprese vigilate con almeno 10 milioni di euro di raccolta diretta nel ramo malattia, sulle polizze collettive nel ramo malattia sottoscritte da parte di fondi sanitari e organismi simili per conto degli iscritti.

³⁶ L'altro ramo è quello degli infortuni, la cui raccolta premi nel 2023 è stata pari a 3,4 miliardi.

cento. Nel 2023, la quota dei premi raccolta da fondi integrativi di tipo A e di tipo B³⁷ è stata pari al 51,8 per cento; le altre polizze collettive³⁸ rappresentavano l'11,3 per cento, mentre la restante parte era costituita da polizze individuali. Il premio medio risultava pari a 191 euro, quello pervenuto tramite fondi sanitari a 214 euro e quello degli altri fondi collettivi a 91 euro.

Sempre secondo il bollettino IVASS, il numero di sinistri con seguito (ovvero per i quali è stato effettuato un pagamento³⁹) è stato pari a 11.327.293, con un costo medio dei sinistri indennizzati pari a 254 euro (186 per i fondi sanitari e 538 per le altre polizze collettive). Le spese di gestione rappresentavano il 22,9 per cento dei premi (*expense ratio*). Il *loss ratio* (rapporto tra somme pagate o riservate e premi) si attestava al 70,5 per cento; tale indicatore risultava più elevato per fondi integrativi (87,1 per cento) e significativamente più basso per le altre polizze collettive (57,6 per cento).

Con riferimento specifico ai fondi sanitari integrativi, i dati del Sistema informativo anagrafe dei fondi sanitari (SIAF) del Ministero della Salute⁴⁰ evidenziano **una crescita continua del numero di fondi iscritti, passati da 267 del 2010 a 324 nel 2023⁴¹; tra questi, solo 13 rientrano nella categoria dei fondi sanitari integrativi del SSN (tipo A).** Le spese erogate dai diversi tipi di fondi ammontano a circa 3,2 miliardi nel 2023 (anno fiscale 2022), oltre una volta e mezza il valore del 2013. Di queste, le prestazioni integrative rappresentano circa un terzo (quasi 1,1 miliardi⁴²), con un incremento del 77,3 per cento. **Il numero di iscritti ai fondi sanitari integrativi è cresciuto in modo significativo,** passando da circa 5,8 milioni del 2013 a 16,3 nel 2023⁴³. Di questi ultimi, circa 13,4 milioni sono lavoratori, 2,3 milioni familiari dei lavoratori e solo 0,5 milioni pensionati⁴⁴.

La sanità integrativa sembra rispondere, nel breve periodo, alle esigenze di assicurazione per la copertura di prestazioni che il SSN non riesce a garantire tempestivamente, contribuendo a ridurre la pressione sul finanziamento pubblico. Inoltre, è stato da alcuni osservato che il *welfare* aziendale fiscalmente agevolato assume

³⁷ I fondi di tipo A (o fondi "doc") sono i fondi sanitari integrativi del SSN (art. 9, D. Lgs. 502/1992) ed erogano esclusivamente prestazioni aggiuntive integrative rispetto ai livelli essenziali di assistenza (LEA), mentre i fondi di tipo B (o fondi "non doc") sono enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, che devono assicurare che almeno il 20 per cento dei costi annui sostenuti per l'erogazione delle prestazioni riguardino precisi ambiti di assistenza integrativi rispetto ai LEA.

³⁸ Si tratta comunque di polizze stipulate da un'azienda, da un'associazione, da una cassa di assistenza o altro organismo, in qualità di contraente, in favore dei propri dipendenti, associati, assistiti e clienti.

³⁹ Oppure è stato iscritto a riserva un importo alla fine dell'esercizio.

⁴⁰ Si veda Giannetti, G., Bellentani, M.D., Mennini, F.S. e Cicchetti, A. (2024), "I fondi sanitari integrativi in Italia - 3° Rapporto 2021-2023". Ministero della Salute, luglio.

⁴¹ L'iscrizione viene attestata dal SIAF; i dati sono autodichiarati.

⁴² Delle prestazioni integrative erogate dai fondi di tipo A (1,2 milioni), il 99,6 per cento concerneva l'assistenza odontoiatrica; quanto a quelle dei fondi di tipo B (1.068 milioni), il 67 per cento riguardava l'assistenza odontoiatrica, il 17 per cento prestazioni per il recupero della salute e il 16 per cento prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

⁴³ Gli iscritti ai fondi di tipo A sono passati da circa 200 a quasi 23.600.

⁴⁴ Va ricordato che, mentre l'Istat non contempla i fondi integrativi la cui gestione non è affidata a una compagnia assicurativa, il perimetro dei dati IVASS non comprende tutte le imprese che operano in Italia. Il dato del SIAF sulle risorse erogate, a sua volta, comprende anche i fondi sanitari che non affidano la gestione a compagnie assicurative, riguardando solo i soggetti che si sono iscritti.

un ruolo nell'ambito delle relazioni industriali, facilitando i processi di contrattazione⁴⁵. **Permangono tuttavia criticità: sul piano dell'equità**, tali strumenti presentano una marcata selettività categoriale e non garantiscono una tutela adeguata ai soggetti più vulnerabili, come anziani e fragili⁴⁶; **sotto il profilo dell'efficienza**, incidono negativamente i costi amministrativi elevati e la frammentazione del sistema; **dal punto di vista dell'appropriatezza**, si rilevano rischi di sovraconsumo e meccanismi di contenimento della spesa non necessariamente orientati all'adeguatezza del trattamento⁴⁷. Recentemente, come riportato dal rapporto Mediobanca sulla sanità privata in Italia⁴⁸, **si è assistito a un rafforzamento delle integrazioni tra le principali compagnie assicurative in campo sanitario e le strutture erogatrici private, attraverso acquisizioni e accordi**. Questa evoluzione potrebbe ridimensionare la tendenza al sovraconsumo o addirittura invertirla, poiché la coincidenza tra finanziatore ed erogatore orienta verso il contenimento dei costi; tuttavia, essa rischia di comprimere la libertà di scelta del paziente. Permangono inoltre limiti nella copertura dei bisogni sanitari, legati alla presenza di franchigie, massimali e procedure di rimborso spesso lunghe e complesse, che possono scoraggiare l'utilizzo degli intermediari. In questo ambito si sono verificati interventi dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato⁴⁹.

Va ricordato a tal proposito che, di recente, con il decreto legge per l'attuazione del PNRR (DL 19/2026), ancora in discussione alla Camera e dunque soggetto a possibili modifiche, è stata attribuita alla COVIP la vigilanza sui fondi sanitari e sociosanitari integrativi e

⁴⁵ Si veda Jessoula, M. e Pavolini, E. (2022), "Come cambia il welfare oggi. Ripartiamo da Titmuss", in Jessoula, M. e Pavolini, E. (a cura di), *La mano invisibile dello stato sociale*, Il Mulino, Bologna. Gli autori osservano che il *welfare* fiscale, oltre a inserirsi nel sistema di protezione sociale e in quello tributario (*social policy by other means*), può essere mirato a obiettivi nel campo delle relazioni industriali (*industrial policies by means of social policy*), della produzione economica (quando mirato a particolari settori) e della finanza (poiché l'evoluzione verso sistemi multipilastro beneficia il settore finanziario-assicurativo). Si veda a tal proposito anche la nota 52.

⁴⁶ Si veda a tale proposito, tra gli altri, Raitano, M. e Bloise, F. (2022), "Equità ed efficienza di welfare fiscale, previdenza complementare e sanità integrativa", in Jessoula, M. e Pavolini, E. (2022), *op.cit.*

⁴⁷ Sull'efficienza e sull'appropriatezza incidono i noti fallimenti del mercato in ambito sanitario, ad esempio: problemi di informazione imperfetta (non osservabilità del prodotto da parte del consumatore e carenze informative anche per il medico); separazione tra acquirente e decisore nelle scelte di consumo (rapporto di agenzia, in quanto la domanda individuale è mediata dal medico, mentre spesso è un terzo soggetto che copre i costi); induzione della domanda da parte dell'offerta; tendenze monopolistiche/oligopolistiche favorite dal ruolo delle tecnologie (la singola impresa influisce sul prezzo). Per quanto riguarda gli intermediari assicurativi privati, che pure potrebbero consentire una qualche messa in comune e ripartizione dei rischi (*risk pooling*), si presentano inoltre questioni di "assicurazione incompleta": comportamenti imprudenti dell'assistito (azzardo morale); asimmetrie informative, quando la compagnia assicuratrice non dispone delle stesse informazioni del paziente sul suo stato di salute e, in presenza di un premio basato sul rischio medio di ammalarsi, assicurarsi sarebbe conveniente solo per i cittadini a più alto rischio (selezione avversa). Questo spingerebbe le compagnie assicuratrici ad aumentare il premio dell'assicurazione, rendendolo insostenibile per gli anziani e i poveri. Nel caso degli strumenti di tipo contrattuale con adesione obbligatoria non si pone il problema della selezione degli assistiti, anche se questa avviene a monte ed è di tipo categoriale.

⁴⁸ Area Studi Mediobanca (2025), "I maggiori operatori privati della sanità in Italia", luglio.

⁴⁹ Si veda, ad esempio, il comunicato dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato "PS12580 - Sanzione di 2,5 milioni a Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. e di 1 milione a Previmedical Servizi per la Sanità Integrativa S.p.A. per pratica commerciale scorretta", del 21 maggio 2024, che fa riferimento a ritardi, errato rifiuto di autorizzazioni o di rimborsi, richiesta non necessaria di ulteriore documentazione.

complementari del SSN. Tuttavia, non appare del tutto chiara la ripartizione di competenze tra questa e il Ministero della Salute.

Alla COVIP sono state attribuite competenze sugli aspetti organizzativi, di governo societario, amministrativi, finanziari, contabili, di trasparenza e di corretto funzionamento, compresi tempi, procedure e modalità operative di riconoscimento, erogazione e liquidazione delle prestazioni. Resterebbero al Ministero della Salute l'alta vigilanza sul settore della sanità integrativa e sociosanitaria e la competenza sulle funzioni di indirizzo generale, sul monitoraggio dell'integrazione con il SSN e sulla coerenza delle prestazioni erogate con i principi dello stesso SSN. Malgrado siano stati esclusi dalla vigilanza della COVIP la definizione e il contenuto sanitario delle prestazioni e gli aspetti clinici e assistenziali delle medesime, disciplinati dalla normativa statale e regionale vigente, la Commissione dovrebbe vigilare anche sul corretto utilizzo delle risorse, sul rispetto delle finalità integrative e complementari rispetto ai LEA e sull'assenza di sovrapposizioni, distorsioni o utilizzi impropri rispetto al perimetro del SSN. È stato inoltre introdotto un contributo a carico dei soggetti vigilati non superiore allo 0,2 per mille del totale delle risorse destinate alle prestazioni ed è stato rivisto quello a carico dei fondi pensione.

Per quanto riguarda le agevolazioni fiscali riconosciute sui contributi versati per l'adesione a forme di sanità integrativa, è possibile stimarne l'onere per l'Erario e verificarne la distribuzione tra i contribuenti.

I contributi per assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro e/o dal lavoratore a enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale – anche in favore di familiari non fiscalmente a carico – non concorrono alla formazione del reddito, purché siano corrisposti in conformità a disposizioni contrattuali, accordi collettivi o regolamenti aziendali. Analogamente, risultano deducibili i contributi versati direttamente dai lavoratori in quiescenza, anche per i familiari non a carico, a enti o casse di assistenza sanitaria aventi esclusivamente fini assistenziali istituiti da appositi accordi collettivi. Sono altresì deducibili dal reddito i contributi versati ai fondi integrativi del SSN, anche per i familiari fiscalmente a carico. Ai fini del riconoscimento delle agevolazioni fiscali, i fondi devono essere registrati all'apposita anagrafe. L'importo massimo deducibile è pari a 3.615,2 euro annui, comprensivo di tutte le forme di contribuzione sopra richiamate. I contributi associativi versati alle società di mutuo soccorso – finalizzati a garantire ai soci un sussidio nei casi di malattia, inabilità al lavoro o vecchiaia, nonché sostegni alle famiglie in caso di decesso – sono invece detraibili dall'imposta personale sul reddito nella misura del 19 per cento, entro un limite di 1.300 euro. Inoltre, il premio di risultato, su richiesta del lavoratore, può essere convertito in *benefit* e, in particolare, in contribuzione a enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale.

Inoltre, i contributi versati dal datore di lavoro a casse, fondi o gestioni previste da contratti collettivi, accordi o regolamenti aziendali, finalizzati all'erogazione di prestazioni integrative assistenziali in favore del lavoratore e dei suoi familiari, sono esclusi dalla base imponibile a fini contributivi e assoggettati a un contributo di solidarietà del 10 per cento a carico del datore di lavoro.

Le minori entrate per lo Stato derivanti dalle agevolazioni fiscali sono state stimate sulla base dei dati relativi ai contributi versati desunti dalle dichiarazioni dei redditi, come ricostruiti con l'ausilio del modello di microsimulazione sulle famiglie dell'Ufficio parlamentare di bilancio, e dalle Certificazioni uniche, forniti dal Dipartimento delle Finanze, per quanto riguarda i fondi di tipo B. **Nell'anno di imposta 2023, i premi versati**

fiscalmente agevolabili risultano complessivamente pari a circa 3,2 miliardi, di cui 3 riferiti a enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale (fondi di tipo B)⁵⁰.

Il minore gettito Irpef riconducibile alle agevolazioni concesse sulla contribuzione ai diversi tipi di fondi sanitari e mutue può essere stimato in circa 1,1 miliardi, in larga parte (oltre 1 miliardo) imputabile ai fondi di tipo B⁵¹. Con riferimento a questi ultimi, occorre considerare anche l'effetto derivante dall'esclusione dall'imponibile a fini contributivi dei contributi sociali sulla quota versata dal datore di lavoro⁵². A tal riguardo, si stimano un minore introito contributivo di circa 0,6 miliardi – che peraltro influisce negativamente sull'importo delle future pensioni⁵³ – e un incremento del gettito fiscale (per l'aumento della base imponibile su cui applicare le imposte sul reddito) inferiore a 0,2⁵⁴. Per contro, tenendo conto delle minori detrazioni per spese sanitarie sostenute dai cittadini le cui prestazioni sono coperte dagli intermediari, è possibile stimare un effetto compensativo potenziale pari a quasi 700 milioni di maggiore imposta (sulla base delle spese dichiarate al SIAF)⁵⁵. Tale stima deve tuttavia essere interpretata con cautela, in quanto si tratta di un importo potenziale, non avendo considerato fattori quali la presenza della franchigia, i casi di incapienza o il mancato sfruttamento dell'agevolazione.

Inoltre, va rilevato che il *welfare* aziendale in ambito sanitario risulta strutturalmente più diffuso fra i lavoratori occupati in imprese di medie e grandi dimensioni, caratterizzati da rapporti di lavoro stabili e livelli di reddito medio-alti, nonché prevalentemente concentrati nelle regioni settentrionali, con evidenti implicazioni sotto il profilo distributivo.

⁵⁰ L'importo potrebbe essere sottostimato qualora non tutti i datori di lavoro e/o i lavoratori dichiarassero la contribuzione versata, limitandosi a non tenerne conto nell'imponibile Irpef.

⁵¹ È stata applicata un'aliquota marginale superiore a quella media dei dipendenti, per tenere conto della distribuzione dei beneficiari (su cui si torna poco oltre). Si è considerata l'aliquota sostitutiva del 5 per cento (vigente nel 2023 per i premi versati sotto forma di compensi) per i contributi versati come premio di risultato. Nel caso dei contributi a società di mutuo soccorso è stata calcolata la percentuale del 19 per cento di detrazione. Va osservato, inoltre, che il già citato *Rapporto annuale sulle spese fiscali 2024* valuta l'onere relativo ai fondi integrativi in 769 milioni annui nel triennio 2024-26. Anche in questo caso, non sono specificati i criteri di calcolo.

⁵² Le agevolazioni stimate misurano tra l'altro il risparmio ottenuto dal datore di lavoro e dal lavoratore rispetto al caso in cui, al posto del versamento del premio alla sanità integrativa da parte del datore di lavoro, fosse stato corrisposto un pari importo in termini di salario lordo. Chi resti, tra lavoratore e datore, il beneficiario ultimo o principale del beneficio, tenendo conto della traslazione dell'imposta, dipende dai rapporti di forza nell'ambito delle relazioni industriali.

⁵³ La questione, con riferimento al caso della trasformazione dei premi di risultato in beni e servizi di *welfare* aziendale, è trattata, tra gli altri, da Natili, M. e Jessoula, M. (2022), "Il welfare fiscale-occupazionale: l'insostenibile leggerezza delle politiche microdistributive", in Jessoula, M. e Pavolini, E. (a cura di), *La mano invisibile dello stato sociale – Il welfare fiscale in Italia*.

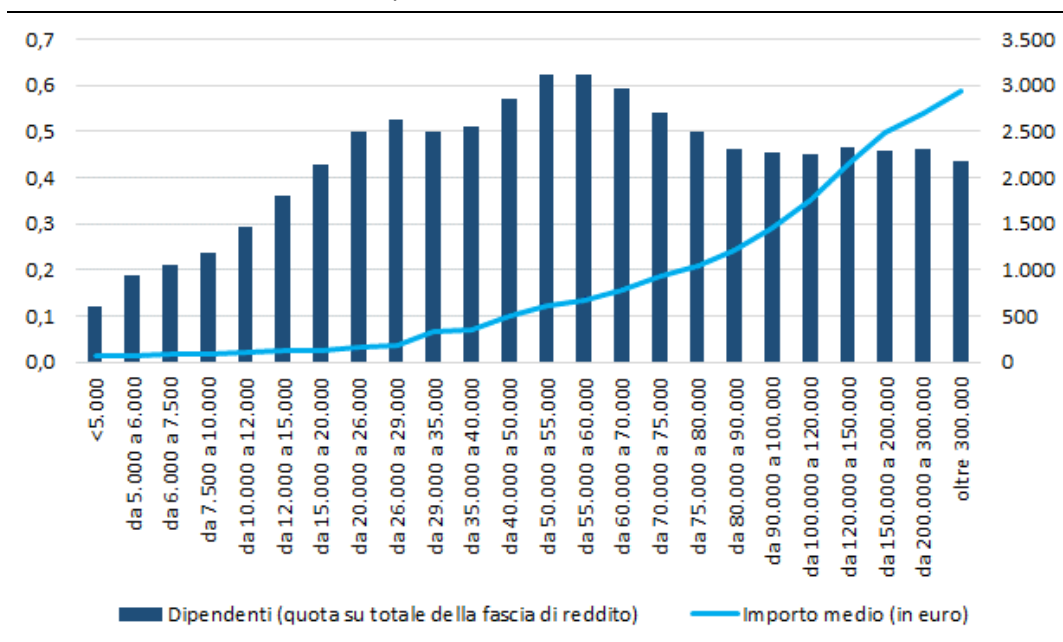
⁵⁴ È stato ipotizzato che il 90 per cento dei contributi ai fondi sanitari sia stato versato dai datori di lavoro.

⁵⁵ Secondo elaborazioni su dati del Dipartimento delle Finanze riportate nel Rapporto OASI 2025, le spese effettivamente coperte dai fondi integrativi, comprese le società di mutuo soccorso, sarebbero state minori di quelle rilevate dal SIAF e pari a circa 2,3 miliardi nel 2022 e 2,5 nel 2023. In questo caso, l'effetto compensativo potenziale sarebbe inferiore a 500 milioni (Cavazza, M., Del Vecchio, M., Fenech, L., Preti, L. e Rappini, V. (2025), "I consumi privati in sanità", Cergas - Bocconi (a cura di) (2025), *Rapporto OASI 2025*, Egea, Milano).

Secondo i dati del Dipartimento delle Finanze, la quota di lavoratori dipendenti per i quali risultano versati contributi a enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali che non concorrono alla formazione del reddito supera il valore medio complessivo – pari a circa il 41 per cento – dalla fascia di reddito compresa tra 15.000 e 20.000 euro e aumenta fino al 62 per cento nelle classi tra 50.000 e 60.000 euro, per poi ridursi progressivamente, restando sempre superiore al livello medio. L'importo medio escluso dal reddito (scala destra), pari a 298 euro per l'insieme dei lavoratori con versamenti a proprio favore, evidenzia una dinamica crescente all'aumentare del reddito. L'incremento è particolarmente marcato a partire da 29.000 euro di reddito: nella fascia 29.000-35.000 euro è pari a 338 euro e raggiunge 2.941 euro nell'ultima fascia (fig. 7).

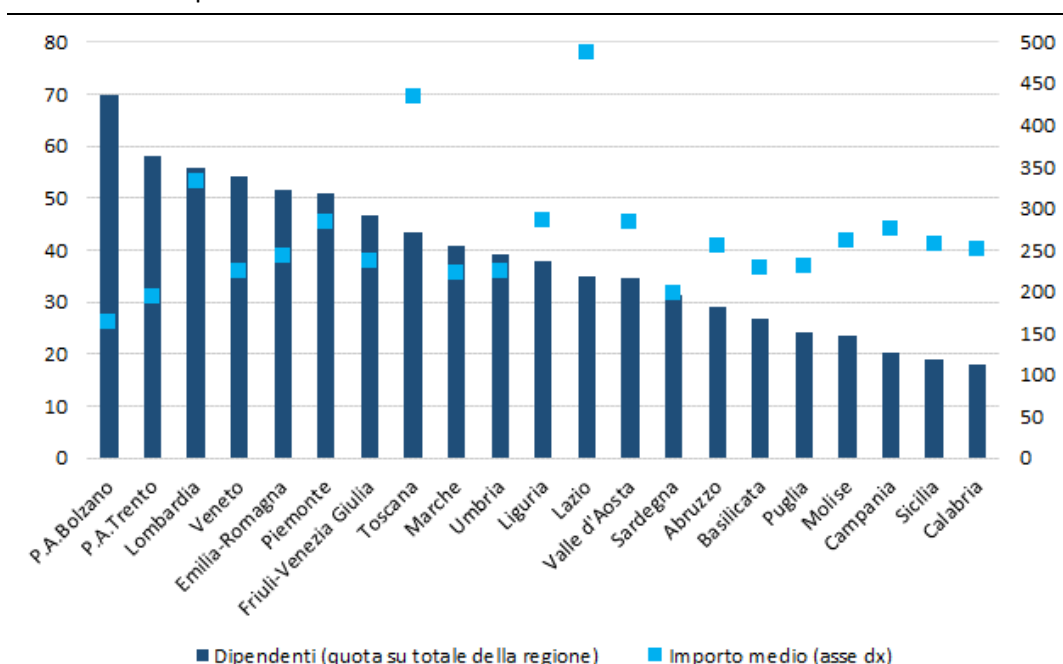
Quanto alla distribuzione geografica, la quota di lavoratori dipendenti beneficiari delle agevolazioni decresce progressivamente passando dalle regioni settentrionali a quelle centrali e poi a quelle meridionali. Fanno eccezione la Liguria e la Valle d'Aosta, i cui valori si collocano su livelli prossimi a quelli delle regioni centrali. Nel complesso, la quota varia da un massimo del 70 per cento nella Provincia Autonoma di Bolzano a un minimo del 18 in Calabria (fig. 8). L'importo medio del contributo escluso dal reddito (scala destra) presenta, invece, una distribuzione relativamente omogenea sul territorio nazionale, con le eccezioni, da un lato, del Lazio, della Toscana e della Lombardia, dove raggiunge rispettivamente 488, 434 e 333 euro e, dall'altro, delle due Province autonome e della Sardegna, dove si colloca sotto i 200 euro.

Fig. 7 – Contributi a enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali che non concorrono al reddito: quota dei lavoratori dipendenti che ne beneficiano per fascia di reddito e importo medio



Fonte: elaborazione su dati del Dipartimento delle Finanze.

Fig. 8 – Contributi a enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali che non concorrono al reddito: quota dei contribuenti che ne beneficiano per Regione e importo medio



Fonte: elaborazioni su dati del Dipartimento delle Finanze.

Si osserva, infine, che si sta affermando una crescente tendenza alla commistione tra pubblico e privato, attraverso accordi e convenzioni volti a favorire l'erogazione di pacchetti di prestazioni in regime di *intramoenia* agli intermediari privati, utilizzando anche le strutture pubbliche e il personale in regime di libera attività professionale.

In base ai risultati di un questionario somministrato agli enti partecipanti al Laboratorio sulla sanità integrativa costituito presso Agenas⁵⁶, nove fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso su un totale di undici rispondenti hanno segnalato esperienze di accordi con Aziende sanitarie pubbliche (di questi, 20 in Lombardia, 7 in Veneto e 6 in Emilia-Romagna), di cui 43 già stipulati. L'oggetto principale degli accordi riguarda il convenzionamento per l'erogazione di prestazioni in regime di libera professione (54 casi); seguono, con incidenza molto più limitata, il rimborso delle compartecipazioni alla spesa (2 casi) e programmi di prevenzione (1 caso). Sono stati inoltre resi disponibili gli schemi di convenzionamento adottati dall'Emilia-Romagna e dal Veneto.

Le convenzioni prevedono, tra l'altro, la condivisione di dati – inclusi quelli sensibili – e l'applicazione di tariffe concorrenziali. In tale contesto, una recente deliberazione della Regione Lombardia⁵⁷ ha definito uno schema di convenzione e apposite linee guida per l'attività aziendale in regime di sanità integrativa (comprendendo mutue, fondi e assicurazioni). L'obiettivo è duplice: da un lato, assicurare una disciplina uniforme per l'erogazione di prestazioni finanziate tramite forme integrative; dall'altro, fidelizzare il

⁵⁶ Si veda SDA Bocconi - Agenas (2023), "Laboratorio sulla sanità integrativa Rapporto rilevazione", luglio. Hanno risposto al questionario undici dei sedici fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso partecipanti al Laboratorio.

⁵⁷ Deliberazione n. XII/4986 del 15 settembre 2025.

personale sanitario, attraverso la valorizzazione e lo sviluppo professionale, contribuendo al contempo ad aumentare la capacità delle strutture.

Si tratta di sviluppi che richiedono un attento monitoraggio, per verificare che non vengano alterate le priorità nella gestione delle liste di attesa e che non si determinino aggravii di oneri per le strutture pubbliche – ad esempio in termini di manutenzione delle apparecchiature – né per il personale sanitario.

3. Dalla spesa alla produzione pubblica e privata

L'analisi della spesa per fonte di finanziamento, condotta nel paragrafo precedente, non consente di distinguere se i servizi sanitari fruiti dai cittadini siano erogati da soggetti pubblici o privati.

I pagamenti diretti delle famiglie o intermediati da assicurazioni, mutue e fondi integrativi sono prevalentemente destinati ad acquisire prestazioni in regime privato senza oneri a carico del SSN. Tali pagamenti possono tuttavia riguardare anche compartecipazioni alla spesa (*ticket*) per beni e servizi erogati da strutture pubbliche o in regime di accreditamento/convenzionamento, nonché prestazioni rese in regime di *intramoenia*⁵⁸. Per quanto concerne la spesa finanziata dal SSN, essa è destinata, in parte, alla produzione diretta di servizi da parte del settore pubblico e, in parte, all'acquisto di beni e servizi da produttori privati (ad esempio, imprese farmaceutiche) o da erogatori accreditati o convenzionati (ad esempio, cliniche accreditate, medici di medicina generale o farmacie convenzionate).

Per approfondire la prospettiva della produzione di servizi sanitari, in questo paragrafo – utilizzando dati di Contabilità nazionale – si esaminano in dettaglio le componenti della spesa sanitaria pubblica, partendo dai principali aggregati della classificazione per voce economica ed estendendo l'analisi al mercato privato. Alcune informazioni di natura strutturale contribuiscono a completare il quadro interpretativo.

L'analisi si concentra, in primo luogo, sull'andamento della spesa per consumi finali⁵⁹ in sanità, sostanzialmente coincidente con la spesa sanitaria corrente delle Amministrazioni pubbliche, nel periodo 1995-2024. In particolare, si esaminano le

⁵⁸ Nel 2024 il valore complessivo delle compartecipazioni è risultato pari a circa 2,8 miliardi (Corte dei Conti (2025), "La Sanità in cammino per il cambiamento", I quaderni del Rapporto sul Coordinamento della finanza pubblica, Quaderno n. 4) e i ricavi da *intramoenia* pari a 1,3 miliardi (conto economico degli Enti del SSN); le due voci, complessivamente, rappresentano meno del 9 per cento dell'aggregato ottenuto sommando la spesa diretta dei cittadini e quella intermediata dalle assicurazioni sanitarie volontarie (riportate nel paragrafo precedente). È possibile che il dato sulle compartecipazioni alla spesa sulla specialistica non sia completo, qualora queste non vengano registrate distintamente nell'ambito delle transazioni tra strutture accreditate e Aziende sanitarie pubbliche. Secondo i dati della Tessera sanitaria, già a ottobre 2024 i cosiddetti *ticket* avrebbero raggiunto 2,8 miliardi (Ragioneria generale dello Stato (2025), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 12, novembre).

⁵⁹ La spesa per consumi finali delle Amministrazioni pubbliche include: il valore dei beni e servizi ceduti gratuitamente alla collettività, pari al valore dei beni e servizi prodotti dal settore con l'esclusione dei beni capitali realizzati per proprio uso finale e delle vendite; il valore degli acquisti da parte di tali Amministrazioni di beni e servizi da produttori *market* che vengono forniti alle famiglie senza alcuna trasformazione (si veda il glossario in Istat (2025), "Pil e indebitamento AP", Flash, 3 marzo).

dinamiche delle tre principali voci che la compongono: il **valore aggiunto** (beni e servizi prodotti e forniti ai cittadini), i **consumi intermedi** (beni e servizi funzionali all'erogazione delle prestazioni) e l'**acquisto di beni e servizi non market prodotti da produttori market** (beni e servizi acquistati sul mercato e forniti direttamente alla popolazione).

Tra i produttori market, oltre alle imprese farmaceutiche e ai medici di medicina generale e specialisti che operano in convenzione, rientrano le strutture accreditate o equiparate a quelle pubbliche⁶⁰. Queste, come è stato osservato⁶¹, mirano all'efficienza nella singola prestazione, mentre il settore pubblico persegue la continuità assistenziale e l'integrazione dei servizi, con effetti diversi sulla funzionalità e sulla qualità del sistema di cura.

La natura giuridica e funzionale dell'accreditamento e dell'equiparazione è stata oggetto di controversie, anche in sede giurisprudenziale. Si possono vedere, ad esempio, le sentenze: della Corte di Giustizia europea n. C 606/17 del 18 ottobre 2018, che ha escluso la piena equiparazione degli ospedali cosiddetti classificati alle strutture pubbliche⁶²; della Corte costituzionale n. 65/2025, che ha chiarito che l'accreditamento non comporta un'equiparazione giuridica alle strutture pubbliche, lasciandone invariata la natura privata⁶³; diverse sentenze del Consiglio di Stato (ad esempio, sez. III, 28 febbraio 2019, n. 1410 e sez. II, 4 gennaio 2021, n. 82⁶⁴).

Nel periodo considerato, la crescita della spesa sanitaria è stata sostenuta tra il 1995 e il 2010⁶⁵, con un tasso medio annuo pari al 5,9 per cento. Nel triennio successivo, il contributo del settore sanitario al riequilibrio dei conti pubblici si è tradotto in una riduzione della spesa di 3,5 punti percentuali; il livello del 2010 è stato recuperato solo nel 2017. Dal 2020 vi è stata, infine, una significativa accelerazione, legata all'emergenza sanitaria, seguita tuttavia da un nuovo rallentamento nella fase successiva (fig. 9).

⁶⁰ Enti privati, equiparati a quelli pubblici essenzialmente ai fini della programmazione, che erogano prestazioni per conto del SSN, spesso attraverso convenzioni.

⁶¹ Si veda Taroni, F. (2025), *op. cit.*.

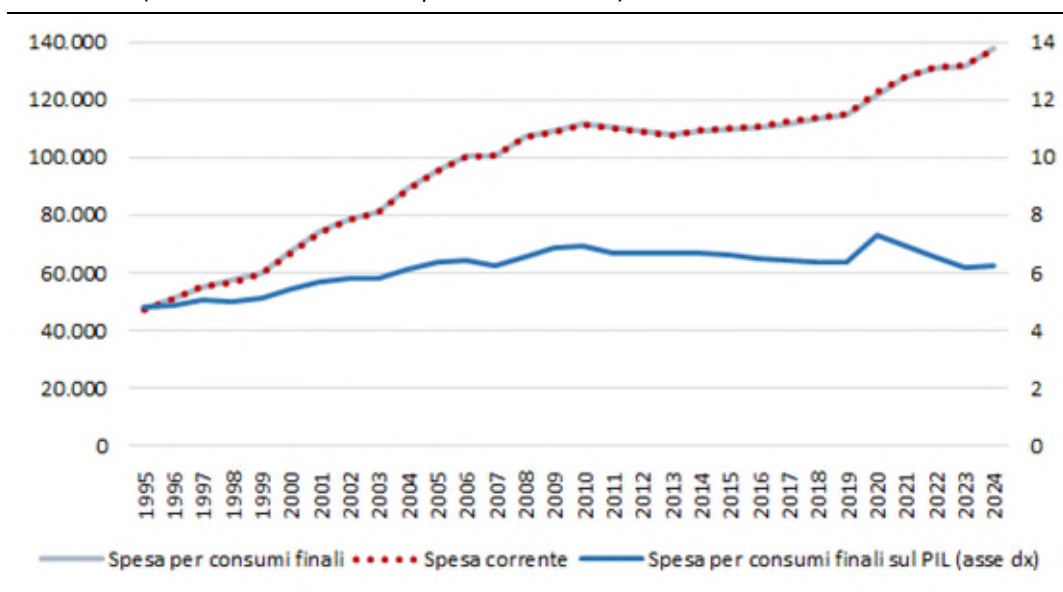
⁶² "L'articolo 1, paragrafo 2, lettera a), e l'articolo 2 della direttiva 2004/18 devono essere interpretati nel senso che essi ostano ad una normativa nazionale, come quella controversa nel procedimento principale, la quale, equiparando gli ospedali privati «classificati» a quelli pubblici, attraverso il loro inserimento nel sistema della programmazione pubblica sanitaria nazionale, regolata da speciali convenzioni, distinte dagli ordinari rapporti di accreditamento con gli altri soggetti privati partecipanti al sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie, li sottrae alla disciplina nazionale e a quella dell'Unione in materia di appalti pubblici [...]".

⁶³ Si veda Conti, C. e Sposato, C.V. (2025), "Corte Costituzionale, Sentenza n. 65/2025, La Consulta si pronuncia sulla deroga al limite di età per i responsabili sanitari delle strutture private accreditate", Focus, Osservatorio di diritto sanitario, Federalismi.it.

⁶⁴ Come riportato in Santangeli, M. (2021), "La qualificazione giuridica delle strutture private accreditate: brevi note a Cons. Stato, sez. II, 4 gennaio 2021, n. 82, Note a sentenza, IUS et SALUS, Roma, 27 aprile": "l'inserimento convenzionato della struttura sanitaria privata all'interno della rete assistenziale pubblica, pur essendo tendenzialmente stabile, non è necessariamente perpetuo e non vale a rendere 'istituzionale' il perseguimento di interessi pubblici in capo ad un soggetto societario, avente scopo lucrativo, il quale non è portatore di interessi pubblici, ma di un interesse privato alla remunerazione del capitale investito e la cui azienda neppure occorre sia necessariamente votata per intero all'erogazione di prestazioni in regime di accreditamento".

⁶⁵ Si ricorda che, secondo le evidenze disponibili, la spesa sanitaria pubblica si è ridotta dopo la crisi finanziaria del 1992 e fino alla metà del 1995, per poi riprendere a crescere seguendo le tendenze degli altri principali paesi europei (si veda Giorgi, C. (2024), *Salute per tutti. Storia della sanità in Italia dal dopoguerra a oggi*, Bari-Roma, Laterza).

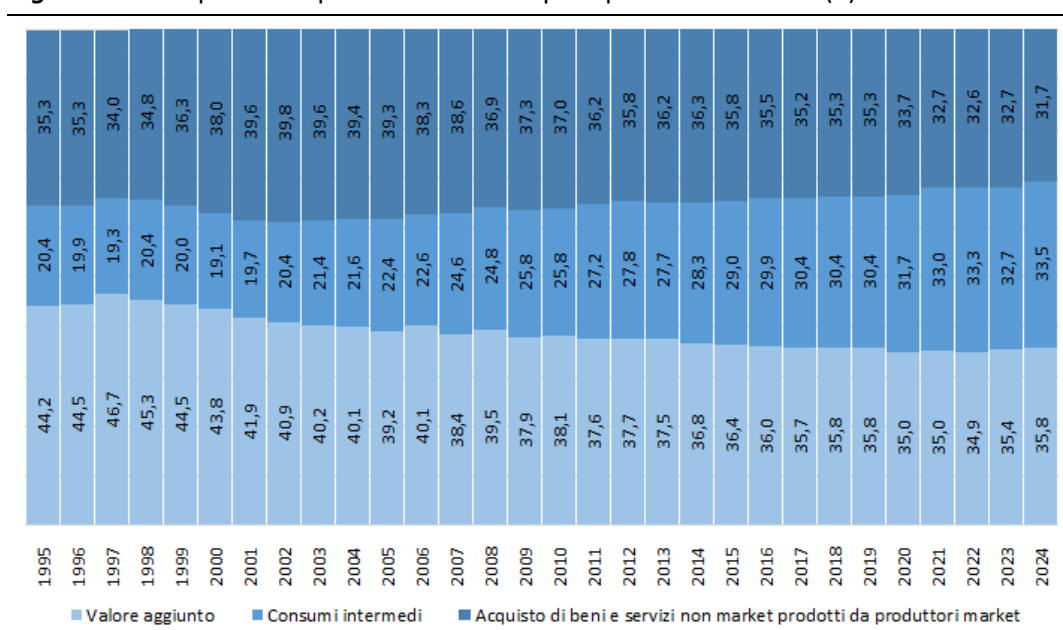
Fig. 9 – Spesa per consumi finali e spesa corrente delle Amministrazioni pubbliche per sanità
(valori in milioni di euro e percentuali sul PIL)



Fonte: elaborazioni su dati Istat.

Con riferimento alla composizione della spesa, emerge una riduzione della quota del valore aggiunto di poco superiore a 8 punti percentuali, dal 44,2 per cento del 1995 al 35,8 nel 2024 (fig. 10). Parallelamente, l'incidenza dei consumi intermedi è aumentata di 13 punti (dal 20,4 al 33,5 per cento), mentre la quota dei beni e servizi acquisiti sul mercato è diminuita di 3,6 punti (dal 35,3 al 31,7 per cento).

Fig. 10 – Composizione percentuale della spesa per consumi finali (1)



Fonte: elaborazioni su dati Istat.

(1) Al calcolo della spesa per consumi finali concorrono, con segno negativo, la produzione di servizi vendibili e le vendite residuali, qui non riportate.

3.1 *La componente pubblica e quella privata del valore aggiunto*

Dal 1995 al 2024 la quota pubblica del valore aggiunto della branca sanità⁶⁶ si è ridotta di 4,9 punti percentuali (dal 57,9 al 53 per cento) a favore di quella privata⁶⁷. Tale dinamica è il risultato di due fasi distinte. In primo luogo, si è registrato un marcato ridimensionamento (di 7,6 punti percentuali) tra il 1995 e il 2017, concentrato essenzialmente negli anni successivi alla crisi finanziaria del 2008. In seguito, vi è stata una parziale inversione di tendenza, con una lieve ripresa della componente pubblica, rafforzata durante gli anni della pandemia, che ha determinato un recupero complessivo di 2,6 punti percentuali.

Specularmente, la componente privata del valore aggiunto ha evidenziato una significativa espansione fino al 2017. Essa comprende le società non finanziarie (38 per cento del valore aggiunto privato nel 2024), le famiglie produttrici⁶⁸ (62 per cento) e le istituzioni sociali private senza scopo di lucro (Isp, 1 per cento). La crescita osservata fino al 2017 è stata trainata soprattutto dalle famiglie produttrici (+4,8 punti percentuali) e dalle società non finanziarie (+2,7 punti). Nel periodo successivo e, in particolare, durante la pandemia, tale tendenza si è in parte attenuata: l'incremento del valore aggiunto delle società non finanziarie è stato quasi interamente compensato da una riduzione di 2,4 punti percentuali, mentre la diminuzione relativa alle famiglie produttrici è stata marginale (-0,4 punti). La quota delle Isp ha mostrato, invece, una crescita contenuta ma costante nell'intero periodo, con un'intensità maggiore negli anni 2017-2024 (+0,1 punti percentuali) (fig. 11).

La contrazione della componente pubblica del valore aggiunto è riconducibile prevalentemente all'andamento dei redditi da lavoro dipendente, che nel periodo considerato rappresentano mediamente l'87 per cento dell'aggregato. Tali redditi sono stati oggetto di numerose misure di contenimento della spesa, adottate soprattutto nella fase della Grande recessione, che hanno inciso sia sui livelli occupazionali⁶⁹, sia sulle dinamiche retributive.

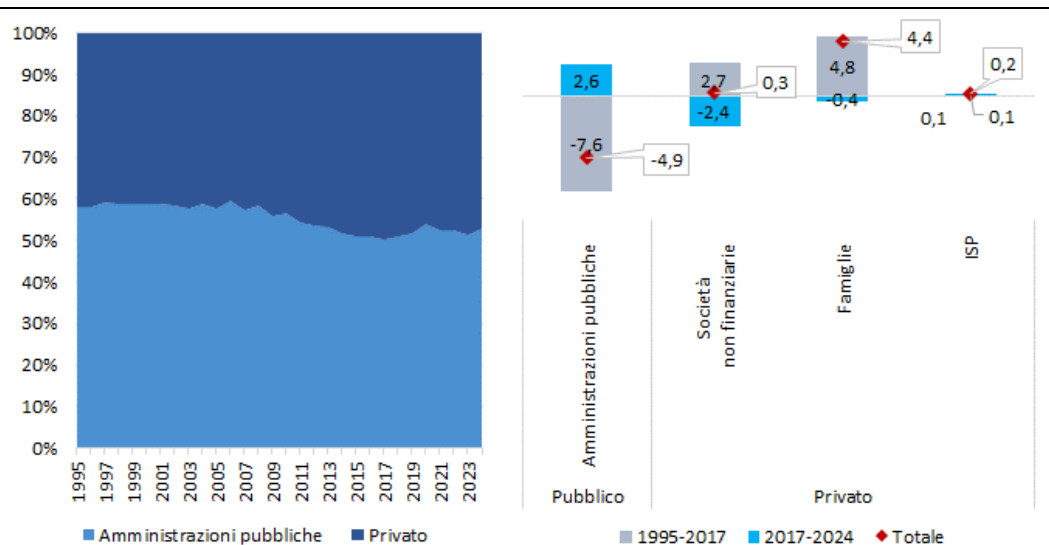
⁶⁶ Si fa riferimento alle attività dei servizi sanitari (codice 86 ATECO 2007 - NACE Rev. 2).

⁶⁷ Va peraltro osservato che il valore aggiunto realizzato nel settore privato nel campo dell'assistenza sanitaria residenziale non è compreso nella branca delle attività dei servizi sanitari, ma in quella delle attività di assistenza residenziale (codice ATECO 87); non essendo possibile distinguerlo dalla parte relativa agli interventi sociali, questo valore aggiunto del settore privato resta escluso dall'analisi (diversamente, nel Conto consolidato della sanità, l'assistenza sanitaria residenziale è considerata con quella ospedaliera e confluisce nelle attività dei servizi sanitari).

⁶⁸ Si tratta, in generale, delle attività svolte dalle famiglie per il mercato; nelle famiglie produttrici, ad esempio, sono classificate le imprese individuali e le società semplici e di fatto, che occupano fino a cinque dipendenti, nonché i lavoratori autonomi. Sono compresi, pertanto, la maggior parte degli studi dei medici specialisti e dei medici di base (si veda il quarto paragrafo).

⁶⁹ Al contempo sono state limitate le dotazioni strutturali degli ospedali attraverso la fissazione di standard di posti letto a carico del SSN in riduzione da 4,5 posti per mille abitanti a 4 e, successivamente, a 3,7 (DL 95/2012 e DM 70/2015).

Fig. 11 – Composizione del valore aggiunto della branca sanità per settore istituzionale e variazione delle quote in punti percentuali



Fonte: elaborazioni su dati Istat, Conti non finanziari per settore istituzionale.

Tra queste misure si ricordano: il blocco del *turn-over* in presenza di squilibri nei bilanci dei servizi sanitari regionali; quello della contrattazione economica per il periodo 2010-15, seguito dal ritardo nella definizione dei successivi rinnovi contrattuali; il divieto di incremento del trattamento economico complessivo individuale nel periodo 2011-14 rispetto ai livelli del 2010; l'introduzione del tetto alla spesa complessiva per il personale; i vincoli agli incrementi del trattamento accessorio; le disposizioni in materia di personale previste nell'ambito dei Piani di rientro⁷⁰.

Anche in conseguenza di tali interventi, il personale a tempo indeterminato del SSN è diminuito in misura significativa tra il 2009 e il 2017 (circa 46.500 dipendenti). Nel biennio 2018-19, l'allentamento di alcune misure di contenimento della spesa e l'introduzione di procedure di stabilizzazione hanno prodotto effetti limitati, con un aumento dei dipendenti a tempo indeterminato di circa 2.500 unità. Solo dal 2020, per far fronte all'emergenza sanitaria, si è assistito a un consistente rafforzamento degli organici, mediante assunzioni nel SSN, che ha portato a un aumento di poco superiore a 62.300 unità nel periodo 2019-2024.

Il confronto tra l'andamento dell'occupazione complessiva nella branca economica sanità⁷¹ e quello relativo al SSN⁷² – pur nella consapevolezza della diversa origine dei dati – evidenzia che la crescita occupazionale è stata sostenuta in misura prevalente dalla componente privata. In particolare, a fronte di un aumento complessivo dei lavoratori

⁷⁰ Per maggiori dettagli sulle misure di ridimensionamento della spesa, si vedano Ministero dell'Economia e delle finanze (2024), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 12 e Ufficio parlamentare di bilancio (2019), "Lo stato della sanità in Italia", Focus tematico n. 6, dicembre.

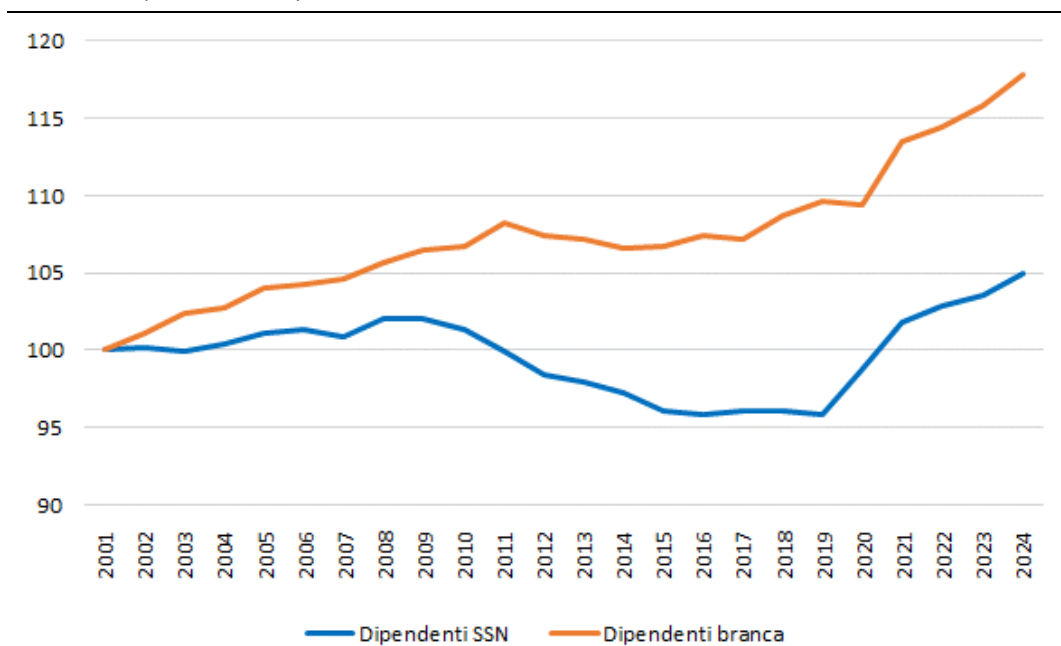
⁷¹ Si è fatto riferimento ai soli dipendenti regolari, stimati sulla base della quota, fornita dall'Istat, della branca sanità e assistenza sociale.

⁷² Sono stati considerati i dipendenti a tempo determinato e indeterminato. Il Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato, per la parte di dipendenti a tempo determinato, non riporta le singole unità, bensì le "unità annue", pari alla somma dei mesi lavorati da coloro che prestano l'attività lavorativa a termine divisa per i dodici mesi dell'anno. Pertanto, le unità annue sono state considerate come singole unità occupate.

dipendenti di circa il 18 per cento, l'occupazione nel SSN è cresciuta del 5, in larga parte per le assunzioni degli ultimi anni (fig. 12).

Ulteriori evidenze, coerenti con quanto sopra descritto, emergono da Aimone Gigio *et al.* (2025)⁷³, che documenta come, tra il 2011 e il 2019, a fronte del calo degli addetti del SSN, sia cresciuto il numero di dipendenti sia delle strutture equiparate a quelle pubbliche⁷⁴ (+16,6 per cento), sia delle strutture private accreditate (+13,9 per cento). Anche nel triennio successivo le strutture equiparate hanno continuato a espandersi, sebbene con minore intensità, mentre l'incremento è stato più modesto per quelle accreditate. Pertanto, lo studio evidenzia che il settore privato erogatore di prestazioni per conto del SSN ha rafforzato il proprio ruolo relativo negli anni precedenti l'emergenza sanitaria, contribuendo a compensare, almeno in parte, le dinamiche del settore pubblico. Viene tuttavia sottolineato che tale componente non si configura come un sostituto perfetto dell'offerta sanitaria pubblica, ma piuttosto come un elemento complementare, caratterizzato da specializzazioni più frequenti in ambito chirurgico e nella medicina riabilitativa.

Fig. 12 – Lavoratori dipendenti nella branca della sanità e nel SSN
(numeri indice)



Fonte: elaborazioni su dati di Contabilità nazionale dell'Istat e del Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato.

⁷³ Aimone Gigio, L., Alampi, D., Maltese, E., Marangoni, D., Paolicelli, M., Seresini, E., Tagliavia, M. e Vittorino, G. (2025), "Il fabbisogno di personale sanitario in Italia: le sfide poste dal ricambio generazionale e dal ricambio previsto dal PNRR", *Questioni di economia e finanza* n. 982, Banca d'Italia, dicembre.

⁷⁴ Policlinici universitari privati, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, ospedali classificati o assimilati, istituti qualificati presidio ASL ed enti di ricerca.

3.2 La spesa delle Amministrazioni pubbliche per consumi intermedi

Come già anticipato, **l'incidenza dei consumi intermedi sul totale della spesa sanitaria è progressivamente aumentata**, sebbene tale dinamica sia stata in parte attenuata, nel corso degli anni Duemila, da vari interventi di contenimento.

Tra i principali interventi adottati si ricordano: la rinegoziazione dei contratti relativi alla fornitura dei dispositivi medici; l'obbligo per le aziende sanitarie di rinegoziare i contratti/accordi di fornitura di beni e servizi in presenza di scostamenti superiori al 20 per cento rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC); la riduzione degli importi e delle prestazioni di forniture già in essere; la progressiva centralizzazione degli acquisti e la revisione delle procedure di gara, anche attraverso il ricorso a strumenti telematici (Consip e Centrali di committenza regionali); il monitoraggio dei tempi di pagamento. Ulteriori interventi hanno riguardato la spesa farmaceutica e l'acquisto di dispositivi medici, anche attraverso il cosiddetto meccanismo del *pay-back*, che prevede la restituzione, da parte dei fornitori, di una quota dello sforamento dei tetti di spesa⁷⁵, che ha dato luogo a un ampio contenzioso ed è stato applicato in misura molto parziale nel caso dei dispositivi medici. Più recentemente, i tetti di spesa sono stati innalzati e, nell'ambito della *governance* della spesa farmaceutica, sono stati istituiti appositi fondi per l'acquisto di medicinali innovativi.

L'incremento complessivo della spesa è riconducibile a diversi fattori: l'evoluzione della spesa farmaceutica diretta⁷⁶, il crescente ricorso a esternalizzazioni e a forme di lavoro flessibile, gli effetti dell'emergenza sanitaria e della crisi energetica.

Con riguardo alla spesa farmaceutica, i dati dei Conti economici (CE) degli Enti sanitari evidenziano un aumento della sua incidenza sui consumi intermedi pari a 11,2 punti percentuali tra il 2008 e il 2023 (ultimo anno disponibile), passando da circa un quarto a oltre un terzo del totale. La crescita è riconducibile a diverse cause⁷⁷, tra cui la diffusione della distribuzione diretta e "per conto" dei farmaci – a scapito di quella attraverso le farmacie convenzionate, su cui si torna tra poco – e l'introduzione di farmaci innovativi particolarmente onerosi.

Un fenomeno particolarmente rilevante e molto discusso è l'esternalizzazione sia di servizi accessori (non *core*)⁷⁸, sia di prestazioni sanitarie (*core*), stimolata anche dalla presenza di vincoli stringenti sulla spesa del personale. Per quanto riguarda le attività *core*, può trattarsi, oltre che di acquisti da produttori *market*, su cui si torna poco oltre, di servizi utilizzati ai fini della produzione pubblica, classificati nei consumi intermedi, come nel caso dei cosiddetti gettonisti.

⁷⁵ Le soglie specifiche per l'assistenza farmaceutica convenzionata, per quella diretta e per i dispositivi medici sono espresse in percentuale del fabbisogno sanitario standard, al netto delle somme non rendicontate dalle Regioni.

⁷⁶ Si tratta dell'acquisto diretto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche per essere utilizzati all'interno delle stesse strutture o dispensati direttamente a pazienti non ricoverati. In quest'ultimo caso si ha la distribuzione diretta o "per conto" (attraverso le farmacie, tramite specifici accordi).

⁷⁷ Per maggiori dettagli si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2017), "Il governo della spesa farmaceutica tra massimali e *pay-back*", Focus tematico n. 5, giugno.

⁷⁸ Ad esempio, lavanderia, manutenzioni e riparazioni di impianti e attrezzature sanitarie, servizi di assistenza informatica, gestione di parcheggi, bar e mense. Si veda, tra gli altri, Geddes da Filicaia, M. e Giorgi, C. (2023), "L'espansione del privato in sanità: il caso italiano nel contesto globale", in *Politiche sociali*, n. 3.

Durante il periodo emergenziale, le risorse aggiuntive destinate al rafforzamento del personale sono state in parte impiegate per finanziare consulenze, collaborazioni e lavoro interinale proveniente dal settore privato, per sopperire rapidamente alle carenze determinate dalle politiche di contenimento precedentemente adottate⁷⁹. I dati dei CE degli Enti sanitari mostrano una crescita significativa di queste voci nel biennio 2020-21, pari, in media annua, a poco meno del 50 per cento rispetto al 2019. Successivamente, il fenomeno ha registrato un ridimensionamento; ciò nonostante, complessivamente, tra il 2019 e il 2024 la spesa in consulenze è cresciuta dell'80 per cento (fig. 13). Per quanto riguarda in particolare i "gettonisti", i costi sono stati calcolati dall'ANAC.

L'ANAC ha stimato la spesa complessiva per i "gettonisti" nel periodo 2019-2024⁸⁰: quella previsionale – relativa a contratti, adesioni ad accordi quadro e convenzioni⁸¹ e riferita a medici, infermieri e generici servizi di fornitura di personale – è pari a 2,1 miliardi in tutto il periodo; quella effettiva e messa in bilancio è pari a 1,5 miliardi, di cui circa 460 milioni nel 2024, rispetto ai 200 circa degli anni precedenti (quasi 300 nel 2021). L'andamento osservato non appare coerente con le attese di riduzione del fenomeno dopo la fine dell'emergenza sanitaria e l'introduzione di specifiche misure per contrastarlo (in particolare, il DL 34/2023). L'utilizzo di questo tipo di contratti risulta particolarmente rilevante in alcune Regioni, in particolare in Piemonte (25 per cento della spesa nel 2024), in Lombardia (23 per cento), in Toscana (12 per cento), in Sardegna e in Valle d'Aosta (entrambe 10 per cento).

Tra le spese per contrastare la pandemia sono da ricordare anche quelle sostenute dal Commissario straordinario (DL 18/2020, decreto Cura Italia), ad esempio per la campagna vaccinale. Successivamente, l'aumento dei prezzi delle fonti energetiche ha determinato un incremento dei costi relativi a combustibili, carburanti e lubrificanti, riscaldamento, utenze elettriche e trasporto sanitario, riconducibili alla componente di beni e servizi non sanitari⁸².

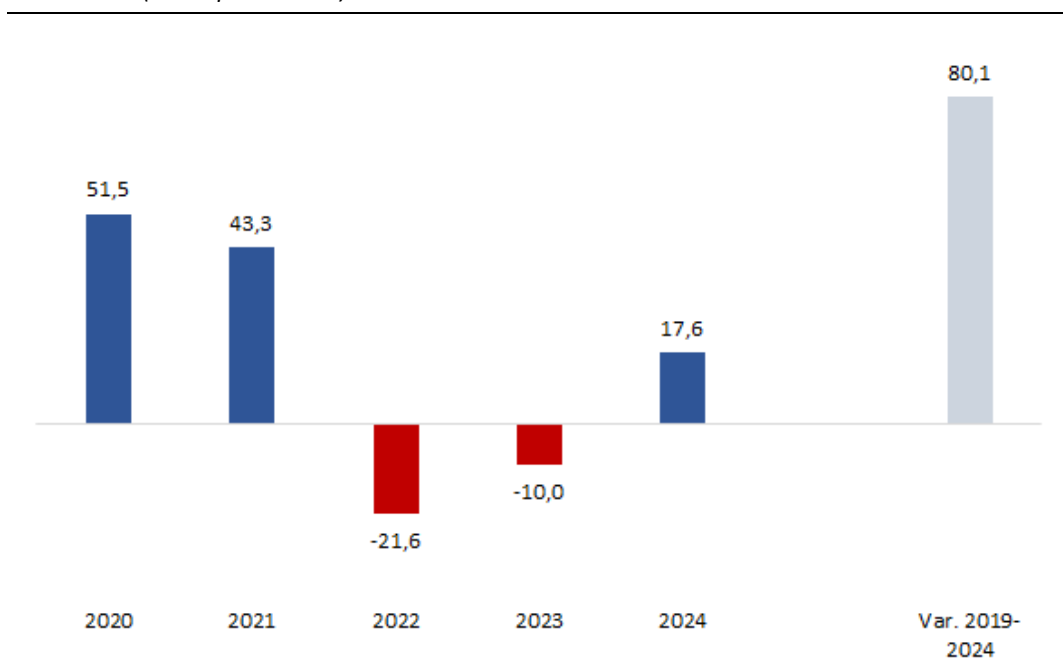
⁷⁹ Per un'analisi più approfondita delle diverse voci che costituiscono la spesa per consulenze, si veda Caruso, E. e Gabriele, S. (2023), "Il difficile riordino del SSN tra recuperi e assenze", in Baldini, M., D'Antoni, M., Mazzaferro, C., Rizzo, L. e Toso, S. (2023), "La finanza pubblica italiana", Rapporto 2022-2023.

⁸⁰ Si vedano ANAC (2025), "Medici e infermieri "a gettone": dal 2019 al 2024 spesa previsionale per due miliardi e 141 milioni", 25 febbraio e ANAC (2024), "Servizi di fornitura di personale medico e infermieristico – Analisi della domanda – 2024", 31 dicembre.

⁸¹ Può trattarsi di affidamenti tramite cooperative, agenzie interinali o altre forme di reperimento.

⁸² Per un'analisi più approfondita sugli effetti in campo sanitario dell'aumento dei costi legati alle fonti energetiche si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2023), "Audizione della Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito delle audizioni preliminari all'esame del disegno di legge recante 'Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026'", 14 novembre.

Fig. 13 – Variazione della spesa per consulenze (1)
(valori percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati dei Conti economici degli enti sanitari, BDAP.

(1) Al netto delle indennità per il personale universitario.

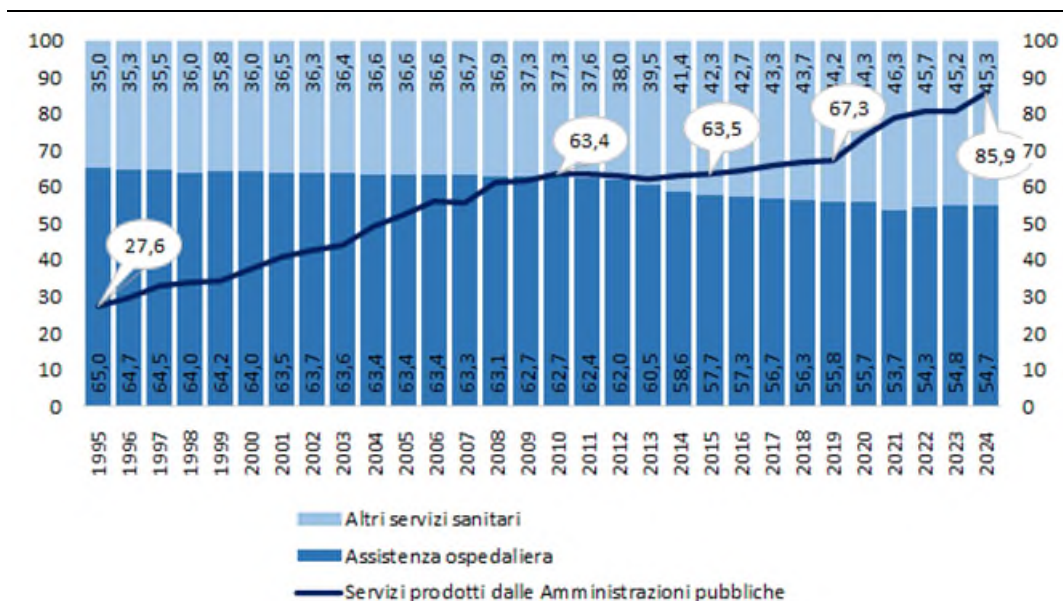
3.3 La produzione pubblica di servizi sanitari

I servizi prodotti da operatori *non market* – approssimativamente pari alla somma di consumi intermedi e valore aggiunto – **rappresentano la quota prevalente della spesa sanitaria corrente delle Amministrazioni pubbliche, mediamente pari a circa il 58 per cento nel periodo 1995-2024⁸³, e riguardano sia l'assistenza ospedaliera sia gli altri servizi sanitari⁸⁴.** Complessivamente, la spesa ha registrato una crescita significativa tra il 1995 e il 2010 (da 27,5 a 63,4 miliardi), con l'eccezione del 2007, seguita da una fase di sostanziale stabilità fino al 2015 (63,5 miliardi). Successivamente, si è avviato un nuovo percorso espansivo, che si è rafforzato dopo il 2019 (67,3 miliardi) per effetto della crisi pandemica, fino a raggiungere 85,9 miliardi nel 2024. L'evoluzione complessiva riflette andamenti differenziati tra la spesa ospedaliera e quella relativa agli altri servizi sanitari (fig. 14). In particolare, l'incidenza della spesa ospedaliera sul totale dei servizi prodotti dal SSN è progressivamente diminuita, passando dal 65 per cento del 1995 al 54,7 del 2024, con una caduta più accentuata tra il 2010 e il 2015 (-5 punti percentuali), che si è protratta fino agli inizi della pandemia, seguita da una leggera ripresa.

⁸³ Nel 2024 è stata registrata l'incidenza maggiore del periodo analizzato, pari a 62,3 per cento.

⁸⁴ Gli altri servizi sanitari comprendono: visite mediche generiche e specialistiche prodotte da strutture pubbliche, analisi diagnostiche strumentali, protesi, cure balneo-termali, prevenzione, profilassi, vigilanza igienica e altre prestazioni.

Fig. 14 – Spesa per assistenza ospedaliera e altri servizi sanitari
(miliardi di euro e valori percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati Istat, Conti della protezione sociale.

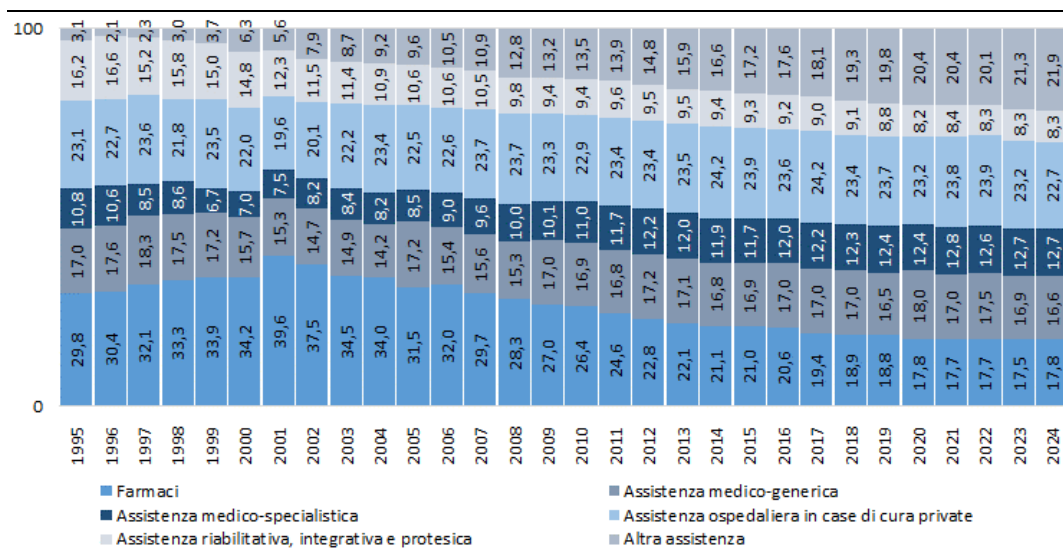
Di contro, l'incidenza della spesa per gli altri servizi sanitari è aumentata complessivamente di 10,3 punti percentuali (dal 35 per cento al 45,3). Questi andamenti riflettono il mutamento dei bisogni sanitari della popolazione e i processi di deospedalizzazione a favore del potenziamento della medicina di prossimità e sono stati sospinti anche dalle misure di contenimento dei posti letto e del personale. Tali interventi non hanno, tuttavia, consentito nemmeno una sufficiente espansione della produzione pubblica di servizi sul territorio, obiettivo cui è stata peraltro dedicata una linea di azione del PNRR, con risultati ancora molto limitati.

3.4 I servizi prodotti da operatori market

L'incidenza dell'acquisto di beni e servizi prodotti da operatori *market* ha segnato una lieve flessione tra il 1995 e il 2024, dovuta principalmente agli andamenti della spesa farmaceutica convenzionata e di quella per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica che, anche in valore assoluto, sono diminuite tra il 2007 e il 2020 (fig. 15). In particolare, la quota della spesa farmaceutica convenzionata sul totale delle prestazioni *market* è cresciuta fino al 2001, quando ha raggiunto il valore massimo (39,6 per cento), per poi intraprendere un percorso di progressiva contrazione, attestandosi nel 2024 al 17,8 per cento.

Il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata è attribuibile a una pluralità di interventi normativi che si sono susseguiti nel tempo. Tra i principali si ricordano: il già citato meccanismo di *pay-back*; la riduzione del prezzo medio dei farmaci; l'efficientamento dei costi attraverso politiche per favorire il passaggio di farmaci dalla distribuzione convenzionata a quella diretta e "per conto", già richiamato in precedenza; il ricorso all'utilizzo di farmaci generici; il rafforzamento delle

Fig. 15 – Composizione percentuale della spesa in beni e servizi non *market* prodotti da produttori *market*



Fonte: elaborazioni su dati Istat, Conti della protezione sociale.

compartecipazione degli utenti (*ticket*), soprattutto in alcune Regioni, e l'introduzione del prezzo di rimborso per i farmaci equivalenti con la differenza a carico dei cittadini; gli sconti e i rimborsi richiesti alla filiera del farmaco; le norme sul monitoraggio delle prescrizioni. Recentemente, tuttavia, ha agito in senso espansivo della spesa il nuovo sistema di remunerazione della distribuzione⁸⁵, contestuale alla soppressione della remunerazione aggiuntiva introdotta nel 2021⁸⁶.

Complessivamente, tuttavia, va rilevato che la quota della spesa farmaceutica, sia diretta che convenzionata, rispetto ai consumi finali, come risultante dai CE degli Enti sanitari, è rimasta sostanzialmente stabile nel periodo 2008-2023 (ultimo anno disponibile), oscillando tra il 15 e il 17 per cento.

L'assistenza riabilitativa, integrativa e protesica ha visto dimezzare il proprio peso, passato dal 16,2 per cento del 1995 a poco oltre l'8,3 nel 2024. Di contro, l'altra assistenza ha registrato un aumento continuo della propria incidenza (+18,8 punti percentuali), attestandosi a circa il 22 per cento nel 2024 e diventando la seconda voce di spesa per rilevanza. Nell'ultimo decennio, in particolare, si è osservata una crescita delle voci connesse con l'acquisto di prestazioni sociosanitarie a rilevanza sanitaria, di psichiatria residenziale e semiresidenziale.

L'assistenza ospedaliera in case di cura private – che a fine periodo assorbe la quota più elevata di spesa per prestazioni *market* – e l'assistenza medico-specialistica hanno registrato una riduzione della loro incidenza fino all'inizio degli anni Duemila, per poi rafforzarsi progressivamente, recuperando nel primo caso livelli prossimi a quelli del 1995

⁸⁵ L. 213/2023.

⁸⁶ DL 41/2021 e L. 197/2022. È stato anche introdotto il regime della "farmacia dei servizi", attraverso cui le farmacie pubbliche e private convenzionate sono riconosciute come strutture eroganti prestazioni sanitarie e sociosanitarie e i servizi da esse resi vengono stabilmente integrati nel SSN.

e superandoli (di quasi 2 punti percentuali) nel secondo, nonostante le misure di contenimento della spesa.

In particolare, sono state introdotte restrizioni attraverso: l'obbligo di riduzione dell'importo e dei volumi delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera acquistate da soggetti privati accreditati, con la definizione di un tetto, successivamente allentato dal periodo dell'emergenza sanitaria (anche per ridimensionare le liste di attesa); le regole per accrescere l'appropriatezza; l'imposizione di un *superticket* fisso di 10 euro per ricetta, in vigore da luglio 2011 ad agosto 2020.

Infine, un andamento simile a quello delle due voci appena esaminate è stato registrato per l'assistenza medico-generica, sebbene il punto di minimo sia stato raggiunto con un certo ritardo rispetto alle altre componenti⁸⁷.

Nel complesso, l'incidenza della spesa destinata all'acquisizione di prestazioni da strutture private⁸⁸ sul totale dei consumi finali delle Amministrazioni pubbliche è aumentata di 2 punti percentuali tra il 1995 e il 2024 (dal 18,8 per cento al 20,8). In particolare, è cresciuta di circa 4 punti tra il 1995 e il 2019 e, successivamente, è diminuita di 2 punti tra il 2020 e il 2024, in coincidenza con l'emergenza sanitaria.

Va ricordato che, oltre all'accreditamento e alle convenzioni, si sono sviluppate altre forme di esternalizzazione dell'erogazione di servizi sanitari, tra cui il partenariato pubblico privato.

Il partenariato pubblico privato (PPP) consiste in forme di cooperazione tra soggetti pubblici e privati per finanziare, costruire e gestire infrastrutture o fornire servizi di interesse pubblico⁸⁹. Le diverse forme di PPP si sono diffuse⁹⁰ anche perché consentono di utilizzare il contributo di finanziamenti privati – sfruttando tra l'altro le competenze presenti nello stesso settore privato – che possono alleviare gli oneri per le Amministrazioni pubbliche, soprattutto qualora siano presenti restrizioni di bilancio. Tuttavia, l'effettiva convenienza di tali strumenti deve essere valutata caso per caso rispetto alle forme tradizionali di appalto, in quanto i PPP presentano anche rilevanti criticità. In particolare, essi possono comportare rischi di sostenibilità fiscale, come sottolineato da Eurostat e dalla Corte dei Conti⁹¹, anche in relazione alla possibilità di rinviare e diluire nel tempo gli oneri. Eurostat ha evidenziato che tale possibilità può rappresentare un motivo di distorsione e di insufficiente attenzione alla gestione dei progetti, soprattutto qualora questi siano classificati fuori dai bilanci pubblici, e può creare una "illusione di sostenibilità". Pertanto, sono state introdotte regole contabili volte a garantire maggiore trasparenza, subordinando la possibilità di

⁸⁷ Anche per le convenzioni con i medici di medicina generale e gli specialisti ambulatoriali interni è stato imposto il blocco della contrattazione tra il 2010 e il 2015 e i nuovi accordi sono sopraggiunti con ritardo. Inoltre, il numero dei medici di medicina generale si è ridotto nel tempo.

⁸⁸ Intesa come la spesa per beni e servizi prodotti da operatori *market* al netto di quella per farmaci erogati dalle farmacie convenzionate e di quella per medicina generale in convenzione. Va osservato che non è possibile distinguere, all'interno della specialistica, la spesa riferita agli specialisti convenzionati interni.

⁸⁹ Si veda la [pagina dedicata al Partenariato pubblico privato nel sito della Ragioneria generale dello Stato](#).

⁹⁰ Si veda Commissione delle Comunità europee (2004), "Libro verde relativo ai partenariati pubblico-privati ed al diritto comunitario degli appalti pubblici e delle concessioni", COM(2004) 327 definitivo, Bruxelles, 30 aprile.

⁹¹ Si vedano: Corte dei Conti (2017), "Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica", aprile; Eurostat (2016), "A Guide to the Statistical Treatment of PPPs", settembre.

contabilizzazione fuori bilancio all'effettiva allocazione del rischio in capo al soggetto privato⁹². Anche la realizzazione corretta di investimenti attraverso PPP richiede, pertanto, elevate capacità gestionali e progettuali, analogamente a quanto avviene per le procedure di appalto tradizionali. Il nuovo Codice dei contratti (D. Lgs. 36/2023), mirato a valorizzare il PPP anche in considerazione dell'utilizzo nell'ambito del PNRR⁹³, è intervenuto sulla disciplina dell'allocazione del rischio operativo e sui compiti delle pubbliche amministrazioni, eliminando al contempo il limite del 49 per cento al contributo pubblico sul costo dell'investimento complessivo. Attraverso la finanza di progetto, una forma di PPP, il debito viene rimborsato attraverso i flussi di cassa futuri generati dalla gestione dell'opera. In campo sanitario sono stati esternalizzati non solo servizi accessori, ma anche servizi *core*; in molti casi sono emerse diverse criticità⁹⁴. Va anche ricordato che la Corte di Giustizia europea, con la sentenza C 810/2024 del 5 febbraio 2026, ha messo in discussione la normativa italiana sulla finanza di progetto, censurandone alcuni aspetti⁹⁵.

3.5 La disponibilità di strutture e posti letto

I dati relativi alla numerosità delle strutture sanitarie, pur non fornendo indicazioni dirette sulla loro capienza e capacità di offerta, consentono comunque di trarre alcune utili considerazioni; per il comparto ospedaliero, tali informazioni sono comunque integrate con quelle sui posti letto. Le evidenze riguardano sia il settore pubblico sia quello privato accreditato.

Dall'Annuario statistico del SSN emerge che il numero di strutture ospedaliere si è ridotto tra il 2000 e il 2023 sia nel settore pubblico, sia in quello privato accreditato, con una contrazione più marcata nel primo (-35 per cento, a fronte di -10). Una dinamica analoga si osserva per le strutture di specialistica ambulatoriale (rispettivamente, -48 e -19 per cento; fig. 16). Sulla diminuzione della numerosità hanno probabilmente influito, oltre al già richiamato ridimensionamento dell'assistenza ospedaliera, anche i processi di concentrazione, favoriti da specifiche disposizioni normative⁹⁶.

⁹² Tuttavia, è stato osservato come le clausole private e gli accordi tra parte pubblica e parte privata possano produrre una traslazione del rischio; pertanto, rilevano anche i meccanismi tariffari e le caratteristiche della concessione. Si veda Corte dei Conti (2017b), "Sezione regionale di controllo per la Toscana. Decisione e relazione al consiglio regionale sul rendiconto generale della regione toscana per l'esercizio finanziario 2016 - Documento di sintesi", luglio.

⁹³ Si veda De Vita, G. (2023), "Partenariato Pubblico Privato, risorsa da sfruttare con il nuovo Codice Appalti", Altalex, 20 aprile.

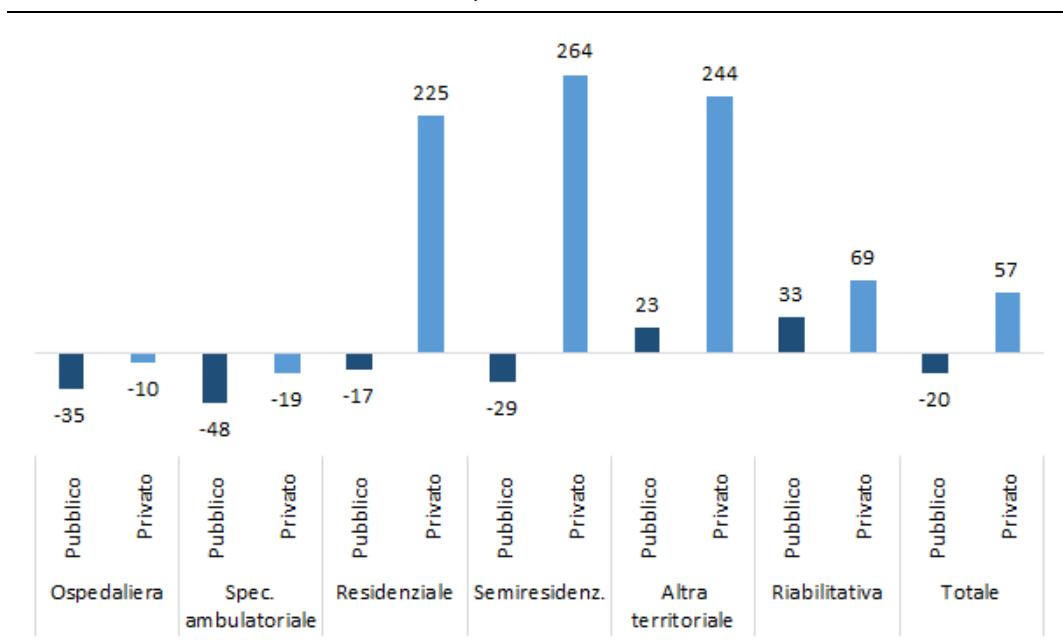
⁹⁴ Ad esempio, nel caso della realizzazione di quattro nuovi ospedali in Toscana (si vedano: Corte dei Conti, 2017b, *op. cit.*; Geddes da Filicaia e Giorgi, 2023, *op. cit.*) o nell'esperienza del finanziamento della costruzione di un ospedale attraverso concessione a Ferrara (si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2020), "Il monitoraggio delle aziende ospedaliere: gestione economica e indicatori di volumi, qualità ed esiti", Focus tematico n. 2, giugno).

⁹⁵ Per approfondimenti si veda ANCE (2026), "Finanza di progetto: la Corte UE dichiara incompatibile con le norme dell'Unione il diritto di prelazione del promotore", 18 febbraio.

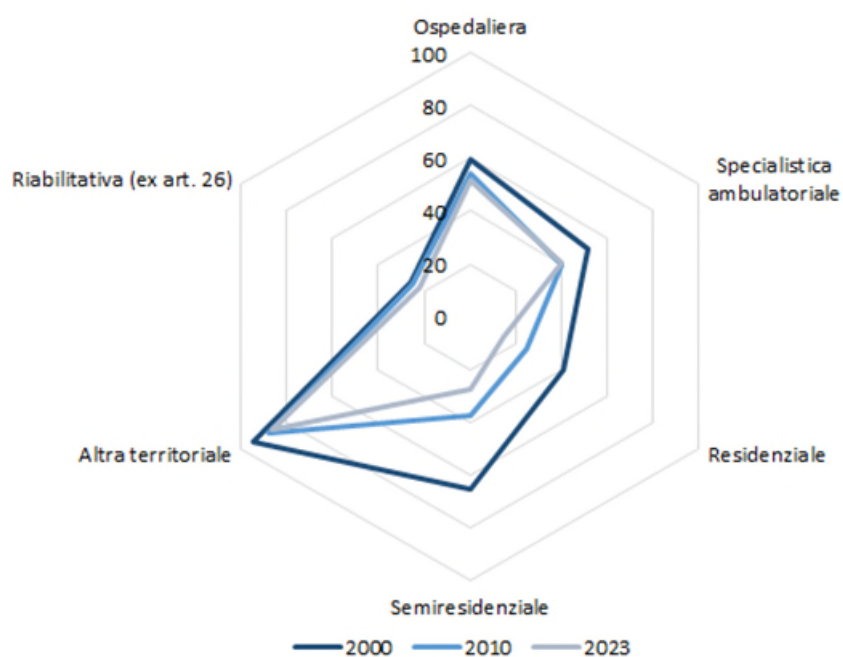
⁹⁶ Il DM 70/2015 richiede alle strutture private accreditate un numero minimo di 60 posti letto. Nel campo della diagnostica, sono stati introdotti incentivi all'incremento dei volumi di attività, da realizzare entro il 2022, al fine di migliorare l'efficienza attraverso l'industrializzazione dei processi (DL 73/2021, come convertito con L. 106/2021; i termini sono stati prorogati da ultimo con il DL 202/2024). Ciò ha favorito il ridimensionamento del numero di strutture, come osservato anche dal Rapporto Mediobanca del 2025 (Mediobanca, 2025, *op. cit.*).

Fig. 16 – Strutture sanitarie: variazioni e composizione percentuale

Variazione percentuale 2000-2023



Quota del settore pubblico sul totale strutture



Fonte: elaborazioni su dati dell'Annuario statistico del servizio sanitario nazionale, anni 2001, 2011 e 2025.

Nel comparto dell'assistenza residenziale e semiresidenziale si rilevano, invece, dinamiche divergenti: a fronte di una riduzione nel settore pubblico (rispettivamente, -17 e -29 per cento), si registra un'espansione particolarmente sostenuta in quello privato accreditato, dove il numero di strutture è più che raddoppiato (+225 e +264 per cento), confermando il crescente ruolo già evidenziato sul versante della spesa. Analogamente, nell'ambito dell'altra assistenza territoriale e di quella riabilitativa, l'incremento osservato

nel settore pubblico (rispettivamente, +23 e +33 per cento) risulta significativamente inferiore a quello rilevato nel privato accreditato (+244 e +69 per cento). Pertanto, **la quota delle strutture pubbliche sul totale si è ridotta in misura rilevante: di 38 punti percentuali nell'assistenza semiresidenziale, di 26 punti nella residenziale, di 11 punti nella specialistica ambulatoriale, di 8 punti nell'ospedaliera e nell'altra assistenza territoriale e di 4 punti nell'assistenza riabilitativa.**

Per una valutazione più completa dell'offerta è utile osservare anche l'evoluzione dei posti letto. **Il ridimensionamento fisiologico dei posti letto⁹⁷, legato all'innovazione terapeutica, all'introduzione di nuove pratiche di recupero *post-operatorio* e a meccanismi di efficientamento che contribuiscono a ridurre la durata della degenza, ha interessato in misura più intensa il settore pubblico rispetto a quello privato accreditato⁹⁸.** Nel 2020, i posti letto nel settore pubblico rappresentavano poco più dell'80 per cento del livello del 2010, mentre nel settore privato si attestavano a poco oltre il 90 (fig. 17). Nel 2021, in risposta all'emergenza pandemica, si è registrato un incremento significativo dei posti letto in entrambi i settori: nel pubblico si è risaliti a poco più del 90 per cento dei posti disponibili nel 2010, mentre nel privato si è superato il livello dell'anno di partenza. Tuttavia, trattandosi, in parte, di posti letto non strutturali, negli anni successivi si è osservata una nuova diminuzione.

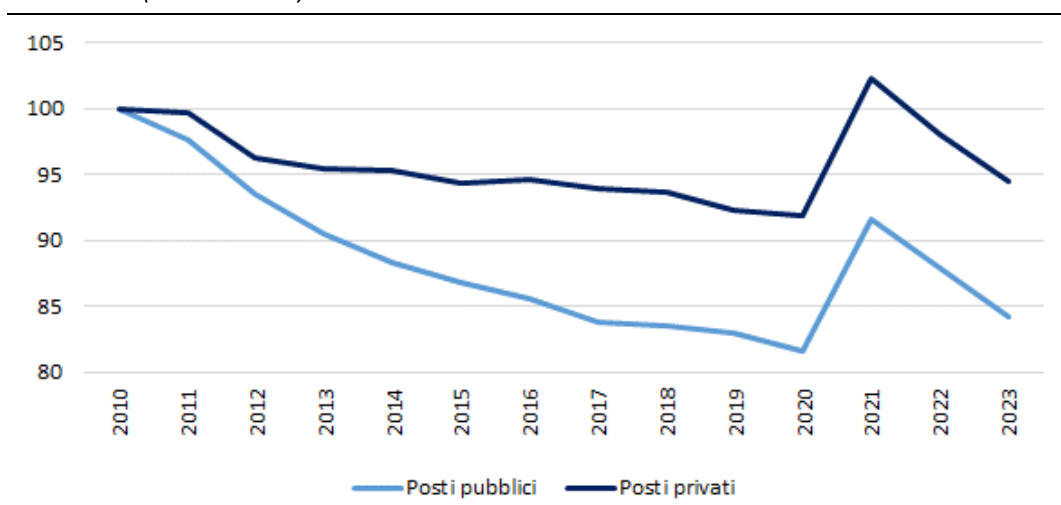
Un'analisi disaggregata per disciplina (acuti, lungodegenza e riabilitazione) consente di cogliere ulteriori elementi. L'andamento complessivo è determinato prevalentemente dai posti letto per acuti – che rappresentano mediamente circa l'83 per cento del totale – e che registrano una diminuzione sino al 2020, più marcata per il settore pubblico. Successivamente, a causa degli eventi pandemici, nel 2021 si rileva un aumento generalizzato dei posti letto, con il settore privato che supera il livello del 2010. Al termine dell'emergenza si verifica una nuova diminuzione poiché, come già ricordato, si trattava in parte di posti non strutturali. Per la lungodegenza, invece, nel settore pubblico si osserva una costante diminuzione – nel 2023 i posti sono circa il 60 per cento di quelli del 2010 – mentre in quello privato la fase di decrescita si arresta nel 2019, con una successiva stabilizzazione a circa il 77 per cento del livello iniziale. Infine, nel caso dei posti letto destinati alla riabilitazione, emergono andamenti divergenti. Nel settore pubblico si registra, a fine periodo, una diminuzione di circa 15 punti percentuali dei posti letto, nonostante l'aumento delle strutture del 33 per cento; nel settore privato, dopo una lieve flessione negli anni iniziali, si osserva una crescita dal 2012, rilevata peraltro anche per le strutture (fig. 18).

⁹⁷ Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e genere per 1.000 abitanti era pari a 148,9 nel 2013 e a 123,9 nel 2019, è diminuito a 99 nell'anno della pandemia e successivamente è risalito fino a 117,5 nel 2023.

⁹⁸ Va osservato che i posti letto privati non accreditati sono relativamente limitati: nel caso delle imprese iscritte all'Associazione Italiana delle Aziende Sanitarie Ospedaliere e Territoriali e delle Aziende Socio-Sanitarie Residenziali e Territoriali di Diritto Privato (AIOP), su 60.000 posti letto, 53.000 sono in regime di accreditamento (si veda il [sito web dell'associazione](#)); l'Associazione religiosa istituti socio-sanitari (ARIS) dichiara 26.000 posti-letto, ma non chiarisce quanti siano accreditati (si veda il [sito web dell'Ufficio nazionale per la Pastorale della salute della Conferenza Episcopale Italiana](#)).

Tali evidenze trovano riscontro anche nei dati sulle dimissioni ospedaliere⁹⁹, il cui numero è diminuito da 9,8 a circa 8 milioni tra il 2013 e il 2023¹⁰⁰, mentre le giornate di degenza sono calate da 64,3 a 54,8 milioni. La riduzione delle dimissioni ha riguardato principalmente il settore pubblico¹⁰¹, passando – per gli acuti in regime ordinario – da 7,3 a 5,6 milioni, a fronte di una diminuzione più contenuta nel privato (da 2,6 a 2,4 milioni)¹⁰². Nel 2023, le dimissioni relative ad acuti sono state circa 5,6 milioni in regime ordinario e 1,7 in regime diurno, quelle in riabilitazione, rispettivamente, 289.000 e 26.000, quelle in lungodegenza 73.000 e quelle dal nido 285.000.

Fig. 17 – Posti letto nelle strutture pubbliche e accreditate per disciplina (1)
(numeri indice)



Fonte: Ministero della Salute.

(1) Sono compresi i posti letto in degenza ordinaria, a pagamento, in *day hospital* e in *day surgery*. Per il pubblico sono incluse le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere integrate con le Università, le aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN, gli enti di ricerca, gli IRCCS pubblici e parte delle fondazioni e degli ospedali a gestione diretta. Per il privato si considerano le case di cura private accreditate, gli IRCCS privati e parte delle fondazioni, gli istituti qualificati presidio delle ASL, gli ospedali classificati o assimilati (L. 132/1968) e i policlinici universitari privati.

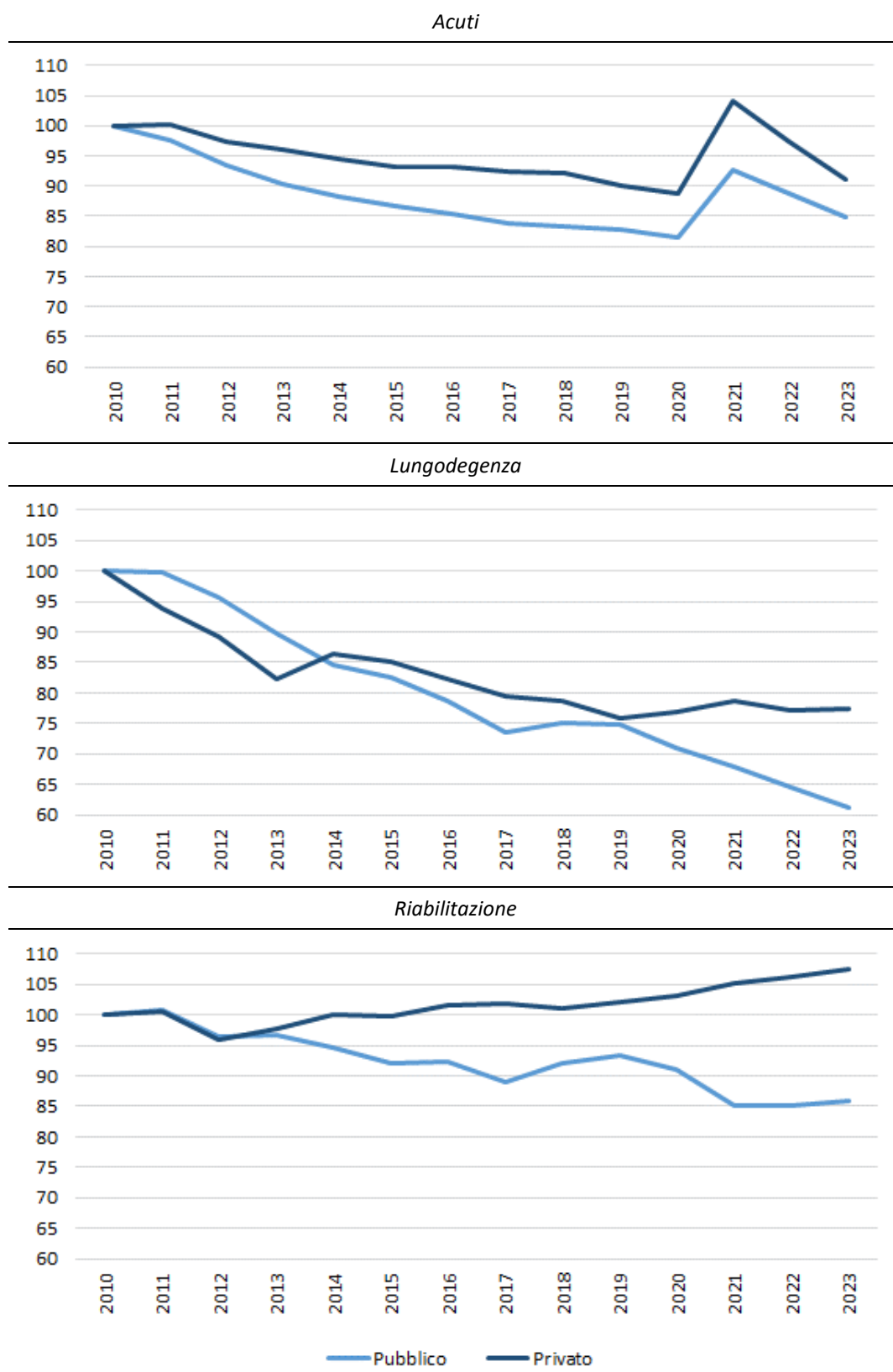
⁹⁹ Si veda Ministero della Salute (2025), "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, Dati SDO 2023", gennaio. Per le strutture pubbliche e accreditate la copertura supera ormai il 99 per cento, per quelle private non accreditate si ferma al 92 per cento, ma in passato la copertura era inferiore.

¹⁰⁰ Tra il 1997 e il 2005 si verificavano circa 12 milioni di dimissioni annue relative ad acuti, che si sono ridotte fino a circa la metà nell'anno della pandemia, per poi recuperare leggermente, senza mai tornare al livello del 2019.

¹⁰¹ In questo caso sono stati considerati ospedali a gestione diretta, aziende ospedaliere, policlinici universitari pubblici, IRCCS pubblici e fondazioni pubbliche e istituti qualificati presidio ASL.

¹⁰² Case di cura private accreditate e non accreditate, IRCCS privati e fondazioni private, ospedali classificati, policlinici universitari privati accreditati ed enti di ricerca.

Fig. 18 – Posti letto nelle strutture pubbliche e accreditate per disciplina
(numeri indice)



Fonte: Ministero della Salute.

Nel 2023, nelle strutture pubbliche sono stati realizzati il 75 per cento dei ricoveri per acuti e l'81 per cento delle giornate di degenza/accessi diurni, nonché il 77 per cento delle dimissioni dal nido; il settore privato accreditato ha invece erogato il 75 per cento dei ricoveri e delle giornate di degenza e accessi/diurni per riabilitazione e il 57 per cento della lungodegenza. Le case di cura private non accreditate hanno fornito meno dell'1 per cento dei ricoveri per acuti, non più dello 0,1 per cento di quelli di riabilitazione e lo 0,1 per cento di quelli di lungodegenza.

4. Le imprese produttrici di beni e servizi sanitari¹⁰³

Dopo aver esaminato la dinamica del valore aggiunto attribuibile al settore privato nell'ambito della branca sanità, in questo paragrafo si fornisce un'analisi sintetica sulle imprese che operano nella produzione e nell'erogazione di beni e servizi sanitari. Come osservato da tempo, le ambizioni di sviluppo di questo settore possono entrare in contrasto con gli obiettivi di appropriatezza e con i vincoli di bilancio del SSN¹⁰⁴, determinando potenziali tensioni tra gli erogatori e i soggetti che finanziano l'assistenza sanitaria¹⁰⁵.

Nel seguito si tenta una ricostruzione quanto più possibile ampia del mercato italiano della salute, sulla base dei dati Istat sulle imprese riferiti al 2023 (presentati secondo la classificazione ATECO 2007), comprensivi delle attività dei lavoratori autonomi.

Si tratta di una porzione del settore produttivo che genera poco più di 69 miliardi di valore aggiunto¹⁰⁶ – il 6,4 per cento del valore aggiunto nazionale complessivo delle imprese – e impiega poco meno di 1,2 milioni di lavoratori, concentrati soprattutto nelle sottobranchie relative all'erogazione di servizi sanitari (tab. 1).

L'industria farmaceutica riveste un ruolo rilevante nel tessuto produttivo del nostro Paese. Secondo i dati di Farminindustria¹⁰⁷, l'Italia è seconda nella UE – dopo la Germania – per produzione e numero di addetti; la spesa per ricerca e sviluppo ha raggiunto 2,3 miliardi nel 2024, con un aumento del 44 per cento negli ultimi cinque anni¹⁰⁸. La filiera del farmaco rappresenta, peraltro, un settore particolarmente complesso da analizzare, in ragione della sua forte internazionalizzazione. A ciò si aggiunge che molte imprese farmaceutiche, o loro filiali, sono classificate nella branca del commercio all'ingrosso. Il

¹⁰³ Gli autori desiderano ringraziare Mario Pianta e Stefano Costa per i preziosi commenti.

¹⁰⁴ Si veda Vineis, P. e Dirindin, N. (2004), *In buona salute*, Torino, Einaudi.

¹⁰⁵ Attualmente se ne ha riscontro, ad esempio, nell'ampio contenzioso sulla gestione del meccanismo del *pay-back*, che prevede un massimale per la spesa farmaceutica e per i dispositivi medici e pone lo sfioramento in parte a carico della filiera e in parte a carico delle Regioni.

¹⁰⁶ Espresso al costo dei fattori.

¹⁰⁷ Si veda Farminindustria (2025), "Indicatori farmaceutici", luglio.

¹⁰⁸ Non è noto invece l'ammontare della spesa per informazione medico-scientifica, da molti anni non riportato dagli Indicatori farmaceutici. Alcune stime l'hanno collocata al 15/25 per cento del fatturato a livello internazionale, contro il 2 per cento riscontrato in media nel sistema industriale per pubblicizzare i propri prodotti (Windmeijer, F., de Laat, E., Douven, R. e Mot, E. (2006), "Pharmaceutical promotion and GP prescription behaviour", in *Health Economics*, gennaio, vol. 15, n. 1, pagg. 5-18).

fatturato di quest'ultima supera del 38 per cento quello della produzione di farmaci e dispositivi, anche perché i grossisti distribuiscono altresì i medicinali importati.

I dati Istat¹⁰⁹, aggiornati al 2023, mostrano che: oltre tre quarti delle imprese del settore esportano, contro il 22 per cento nel caso della manifattura complessiva; le esportazioni rappresentano poco più del 50 per cento del fatturato, a fronte del 35 per cento nella manifattura; quasi il 50 per cento dei consumi intermedi è importato, contro meno del 40 nella manifattura; il 27 per cento del fatturato è prodotto all'estero, rispetto al 16 per cento registrato nella manifattura. Le imprese farmaceutiche controllate da multinazionali estere rappresentavano, nel 2023, oltre un quarto di quelle residenti in Italia (il 27,1 per cento) e garantivano il 52,9 per cento dell'occupazione, il 47,6 per cento del fatturato, il 45,9 per cento del valore aggiunto e il 45,5 per cento della spesa in ricerca e sviluppo¹¹⁰. Inoltre, nel 2024 generavano il 57,2 per cento delle esportazioni totali del settore e il 78,8 per cento delle importazioni¹¹¹. Nel 2023, il 44 per cento dei flussi commerciali attivati da multinazionali estere nel settore farmaceutico derivava da scambi intra-gruppo¹¹². Inoltre, secondo Farmindustria¹¹³, le esportazioni sono aumentate del 65 per cento tra il 2019 e il 2024, nonostante una riduzione registrata nel 2021. Anche nel 2025 la crescita è stata molto sostenuta (+28,5 per cento)¹¹⁴, pur in un contesto di incertezza del commercio internazionale. L'espansione osservata nei primi mesi può essere letta anche alla luce delle preoccupazioni legate all'eventuale introduzione di dazi da parte degli Stati Uniti, cui ha fatto seguito una successiva flessione¹¹⁵.

Il valore aggiunto derivante dalla fabbricazione e dalla distribuzione di farmaci e dispositivi ammonta a 33 miliardi¹¹⁶. Nel commercio all'ingrosso il valore aggiunto rappresenta soltanto il 62 per cento di quello generato dalla fabbricazione. Si tratta di una sottobrancia caratterizzata da un fatturato elevato, ma da una limitata trasformazione del prodotto e, pertanto, da un basso rapporto tra valore aggiunto e fatturato. Tale rapporto risulta più elevato nella distribuzione al dettaglio, che richiede personale maggiormente specializzato.

¹⁰⁹ Si veda Istat (2026), "Rapporto sulla competitività dei settori produttivi, Edizione 2026; Appendice statistica, Settore 21 'Fabbricazione di prodotti farmaceutici di base e di preparati farmaceutici'", marzo.

¹¹⁰ Si veda Istat (2026b), "Nota sull'andamento dell'economia italiana", gennaio.

¹¹¹ Si veda Istat (2026), "Rapporto sulla competitività dei settori produttivi, Edizione 2026", marzo.

¹¹² Si veda Istat (2026b), *op. cit.*.

¹¹³ Si veda Farmindustria (2025), *op. cit.*.

¹¹⁴ Si veda Istat (2026), "Commercio con l'estero e prezzi all'import. Dicembre 2025", Statistiche Flash, 17 febbraio, Anche le importazioni sono cresciute significativamente, con un aumento del 35,5 per cento.

¹¹⁵ Si veda Istat (2026), *op. cit.*.

¹¹⁶ Secondo quanto riportato in Ministero delle Imprese e del Made in Italy (2026), "Made in Italy 2030, per una nuova strategia industriale", la filiera dell'economia della salute ha generato circa 34 miliardi di valore aggiunto nel 2022. Tale filiera include la farmaceutica e i dispositivi medici, con una definizione dei sottosettori interessati più ampia rispetto a quella qui presentata, comprendendo, ad esempio, alcuni servizi di ricerca e sviluppo, la fabbricazione di macchinari per la dosatura, la confezione e l'imballaggio e l'installazione di apparecchi elettromedicali.

Tab. 1 – Principali grandezze del mercato della salute in Italia nel 2023

	Fatturato	Valore aggiunto	Occupati	Valore aggiunto/ Fatturato	Valore aggiunto/ Occupati
	(miliardi di euro)	(miliardi di euro)	(migliaia)	(%)	(migliaia di euro)
Fabbricazione di prodotti farmaceutici ⁽¹⁾	28,4	10,9	64,8	38,3	167,8
Fabbricazione di strumenti, apparecchiature e forniture mediche ⁽²⁾	14,2	5,4	80,2	38,0	67,2
Commercio all'ingrosso di prodotti farmaceutici e dispositivi ⁽³⁾	58,6	10,1	72,0	17,2	140,1
Commercio al dettaglio di medicinali in esercizi specializzati	25,6	6,4	110,8	25,1	58,0
Commercio al dettaglio di articoli medicali e ortopedici in esercizi specializzati	1,7	0,5	10,8	30,6	47,2
Servizi ospedalieri	13,8	6,1	110,6	44,1	54,8
Medici di medicina generale	5,7	4,8	87,1	83,9	55,1
Medici specialistici	22,3	12,2	234,1	54,7	52,0
Altra assistenza (compresi i laboratori diagnostici)	12,6	7,2	207,2	57,2	34,7
Assistenza sociale residenziale	9,7	5,6	200,7	57,7	27,8
Totale	192,4	69,1	1.178,2		

Fonte: Istat, Risultati economici delle imprese.

(1) Fabbricazione di prodotti farmaceutici di base e di preparati farmaceutici. – (2) Fabbricazione di strumenti per irradiazione, apparecchiature elettromedicali ed elettroterapeutiche e Fabbricazione di strumenti e forniture mediche e dentistiche. – (3) Comprende anche il commercio all'ingrosso di articoli medicali e ortopedici.

Quanto al valore aggiunto per addetto, esso è particolarmente elevato nell'industria farmaceutica, dove raggiunge circa 168.000 euro, in ragione dell'elevato contenuto tecnologico e della forte intensità di ricerca e sviluppo, nonché nel commercio all'ingrosso, dove si attesta a 140.000 euro. In quest'ultimo caso incidono verosimilmente sia la presenza di imprese farmaceutiche sia la logistica di grandi volumi di prodotti tramite una struttura occupazionale relativamente contenuta. Il rapporto scende a meno della metà nella fabbricazione di dispositivi, che richiede maggiore intensità di lavoro rispetto alla farmaceutica, e si riduce ulteriormente nella distribuzione al dettaglio, che necessita di una presenza capillare sul territorio di personale specializzato.

L'erogazione di prestazioni sanitarie genera quasi 36 miliardi di valore aggiunto (64 di fatturato). La quota principale è attribuibile ai medici specialisti (35 per cento), seguiti dai servizi ospedalieri e dall'altra assistenza (entrambe intorno al 20 per cento). L'occupazione è elevata in questi settori, che riguardano servizi alla persona (quasi 840.000 lavoratori). Il rapporto tra valore aggiunto e fatturato è generalmente elevato, soprattutto per i medici di medicina generale (84 per cento), riflettendo il fatto che l'attività è costituita essenzialmente dalla prestazione lavorativa. Esso risulta, invece, relativamente basso per gli ospedali (44 per cento), per gli elevati costi connessi con l'utilizzo di strutture complesse e con la fornitura di farmaci e prestazioni diagnostiche ai pazienti. Le altre sottobranchie si collocano su livelli intermedi, intorno al 55 per cento. Il valore aggiunto per addetto invece è inferiore a quello della manifattura e

particolarmente contenuto nel caso dell'altra assistenza e, soprattutto, dell'assistenza residenziale, per effetto dell'elevata intensità di lavoro che caratterizza tali attività.

Di seguito, l'attenzione si concentra sulle imprese operanti in alcuni dei principali microsettori della produzione e, in parte, della distribuzione sanitaria sopra individuati, con particolare riferimento alle società di capitali, per seguirne la dinamica negli anni più recenti e valutarne la redditività.

A tal fine, sono stati utilizzati due distinte banche dati. La prima, di fonte MEF, relativa all'universo delle imprese che hanno presentato la dichiarazione dei redditi nel periodo 2018-2022, distingue le diverse forme giuridiche: persone fisiche, società di persone e società di capitali. Laddove rilevante per comprendere la natura dei soggetti presenti sul mercato, i dati sono stati integrati con quelli, della stessa fonte, relativi ai lavoratori autonomi e a coloro (autonomi o imprese) che beneficiano del regime forfettario¹¹⁷. La seconda, costituita dalla banca dati del modello di microsimulazione MEDITA dell'UPB, copre il periodo 2018-2023 e comprende, per le sole società di capitali, i microdati delle dichiarazioni dei redditi (sempre di fonte amministrativa MEF) integrati con i dati di bilancio AIDA (Bureau van Dijk). In entrambi i casi si è fatto riferimento alla classificazione ATECO 2022.

Fabbricazione di prodotti farmaceutici e di dispositivi medici. – Nell'ambito della manifattura, come già ricordato, assumono rilievo la fabbricazione di prodotti farmaceutici – corrispondente alla sottobranca “Fabbricazione di prodotti farmaceutici di base e di preparati farmaceutici” – e quella di dispositivi medici, riconducibile alle attività di “Fabbricazione di apparecchiature per irradiazione, elettromedicali ed elettroterapeutiche” e di “Fabbricazione di strumenti e forniture mediche e dentistiche”.

Nel primo comparto, le società di capitali rappresentano, nel periodo 2018-2022, tra il 95 e il 97 per cento delle imprese totali rilevate nella banca dati MEF. Nel settore dei dispositivi, invece, la loro quota è più contenuta, variando tra il 13 e il 15 per cento, per la presenza di numerose piccole e medie imprese tecnologicamente avanzate. Tuttavia, i ricavi di queste società, escludendo i forfettari, per i quali il dato non è disponibile, superano il 90 per cento del totale della sottobranca già nel 2018.

Nel periodo 2018-2022 si riscontra una progressiva concentrazione del mercato nei due microsettori considerati, con un rafforzamento della presenza di società di capitali.

Nella farmaceutica, la numerosità delle imprese dichiaranti (banca dati MEF) diminuisce del 6,3 per cento, quella delle società di capitali del 4,7 e quella delle società di persone del 28,6. Nel settore dei dispositivi, invece, a fronte di una riduzione del 4,2 per cento del numero complessivo di imprese, quello delle società di capitali aumenta di quasi il 15 per cento, quello delle società di persone diminuisce del 13,3 e quello delle persone fisiche – includendo anche le imprese passate

¹¹⁷ Va osservato che il numero di imprese dichiaranti non coincide con quello diffuso dall'Istat (Imprese e addetti, Forma giuridica, settori economici), riferito alle imprese attive. L'Istat peraltro ha modificato la definizione di imprese attive nel 2019.

al sistema forfettario¹¹⁸ – del 5 per cento. Nel complesso della manifattura si riscontra, nello stesso periodo, una riduzione del numero di imprese del 5 per cento e un aumento di quello delle società di capitali del 3,1 (fig. 19).

Passando all'analisi delle sole società di capitali, utilizzando la banca dati MEDITA, emerge che, a fronte di una crescita del fatturato per la manifattura nel suo complesso del 25 per cento tra il 2018 e il 2023 (fig. 20, pannello di sinistra), l'aumento è del 49 per cento per i dispositivi e del 16 per la farmaceutica (soggetta a prezzi amministrati). Per quest'ultimo comparto, occorre tuttavia considerare il ruolo particolare del commercio all'ingrosso, già richiamato, e l'elevato grado di internazionalizzazione del settore, caratterizzato da elevate importazioni ed esportazioni e dalla presenza di numerose multinazionali; per queste ragioni, il fatturato verosimilmente non riflette pienamente l'andamento dell'industria farmaceutica.

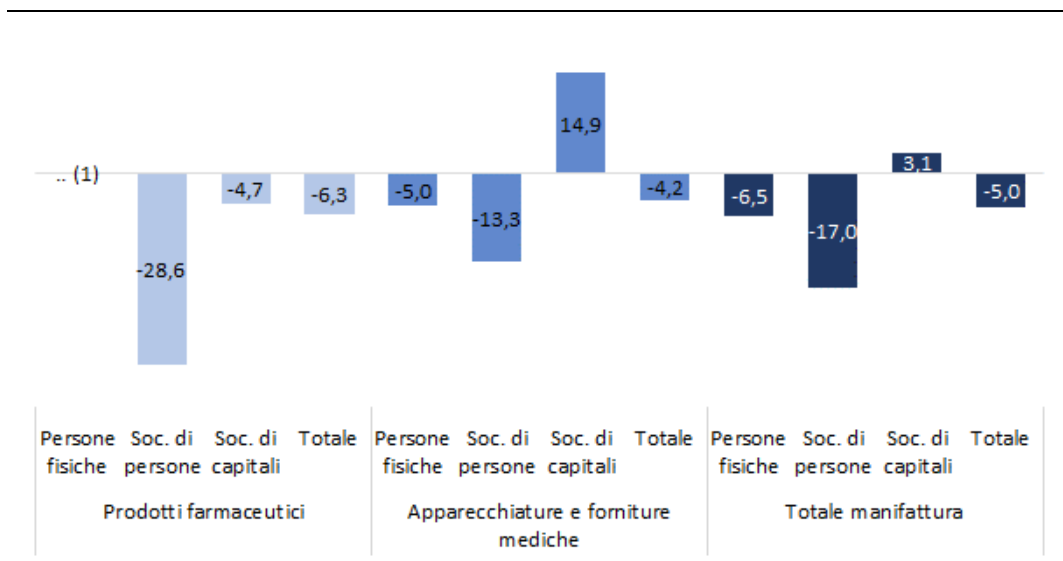
Se la manifattura nel suo complesso ha risentito fortemente delle conseguenze dell'emergenza sanitaria nel 2020, con una rilevante contrazione del fatturato recuperata già nell'anno successivo, e ha poi registrato una battuta d'arresto nel 2023 anche per il protrarsi della crisi energetica, nel caso dei dispositivi l'impatto dell'emergenza sanitaria è stato più limitato e la successiva crescita è proseguita fino al 2023. Nella farmaceutica, invece, in controtendenza rispetto al complesso della manifattura, si riscontrano una lieve riduzione del fatturato nel 2019 e un recupero nel 2020; successivamente i tassi di crescita sono rimasti positivi, ma contenuti.

Anche con riferimento al risultato operativo¹¹⁹ – misura della redditività dell'impresa che considera l'utile operativo prima degli oneri finanziari e delle imposte – emerge, nel periodo osservato, una crescita del 152 per cento nel settore dei dispositivi, superiore a quella del complesso della manifattura, pari all'81 per cento. In quest'ultima si è verificato un crollo del 32 per cento nel 2020, seguito da una risalita del 90 per cento nell'anno successivo, mentre per i dispositivi un incremento di quasi l'80 per cento nel 2021 ha seguito una riduzione marginale nell'anno della pandemia. Per la farmaceutica, l'incremento complessivo del risultato operativo nel periodo è stato del 31 per cento, con una riduzione limitata nel 2021 rispetto al 2020, più che compensata nel 2023 (fig. 20, pannello di destra). Anche in questo caso, tuttavia, i risultati vanno interpretati con particolare cautela, sia per i problemi sopra richiamati, sia per ulteriori effetti dell'elevata internazionalizzazione. La distribuzione dei profitti tra i paesi in cui operano le multinazionali, infatti, non è necessariamente proporzionale ai ricavi conseguiti negli stessi paesi, ma può rispondere a strategie di minimizzazione del carico fiscale.

¹¹⁸ Va osservato che in questo settore dal 2019, quando i limiti di reddito per aderire al regime di imposizione forfettario sono aumentati, una quota significativa di imprese è passata a tale regime: le imprese in regime ordinario o semplificato tra il 2018 e il 2022 si sono ridotte di circa 3.200 unità, mentre quelle nel regime agevolato sono aumentate nello stesso periodo di circa 2.700.

¹¹⁹ Si tratta del margine operativo netto (MON), spesso indicato anche con l'acronimo EBIT. Come riportato nel glossario di Borsa italiana, l'*earning before interest and tax* (EBIT) è ottenuto sottraendo al valore della produzione il costo del venduto, i costi operativi e quelli non monetari (ammortamenti, svalutazioni e accantonamenti). Esso rappresenta una misura della capacità di un'impresa di generare guadagni attraverso la sua attività principale.

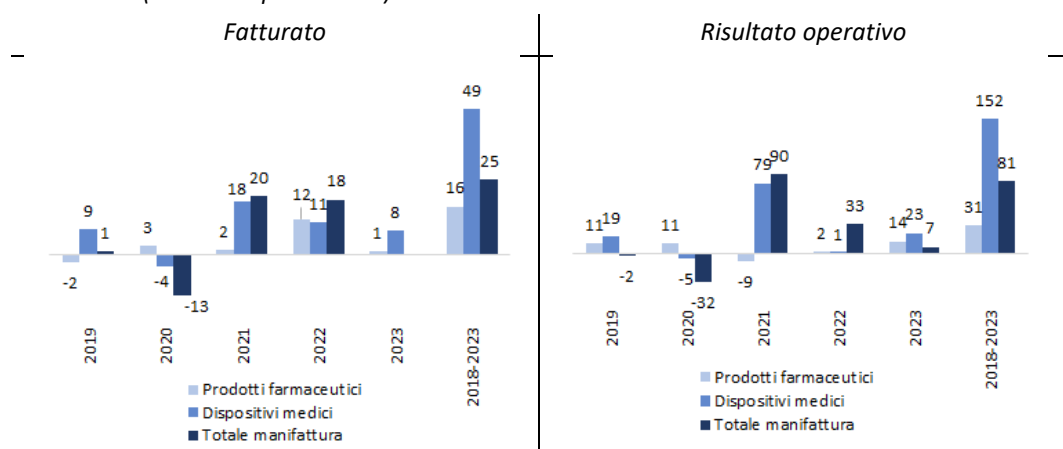
Fig. 19 – Variazione percentuale del numero di imprese per forma giuridica nella manifattura nel periodo 2018-2022



Fonte: elaborazioni su dati MEF.

(1) Il dato nel 2022 è pari a 0.

Fig. 20 – Fatturato e risultato operativo nella manifattura (variazioni percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati MEF e Bureau van Dijk.

Per approfondire l'analisi sono stati calcolati alcuni indicatori convenzionali di redditività, rapportando il risultato operativo dapprima al fatturato (fig. 21, pannello di sinistra) e, successivamente, al capitale investito¹²⁰ (*Return on investment*, ROI; fig. 21, pannello di destra). Il primo indicatore oscilla tra il 3,4 per cento del 2020 e il 6,5 nel 2023 nel complesso della manifattura e tra il 4,9 e l'8,4 per cento nel settore dei dispositivi, con una tendenza generalmente crescente in entrambi i casi. Una dinamica analoga non si riscontra per la farmaceutica che, dopo l'iniziale incremento, vede una discesa dell'indicatore dall'11,4 per cento del 2020 al 10,5 a fine periodo; va tuttavia osservato

¹²⁰ Dato dal capitale proprio e dai debiti finanziari.

che esso risulta più elevato rispetto a quello degli altri settori, situandosi tra il 9,3 e l'11,4 per cento.

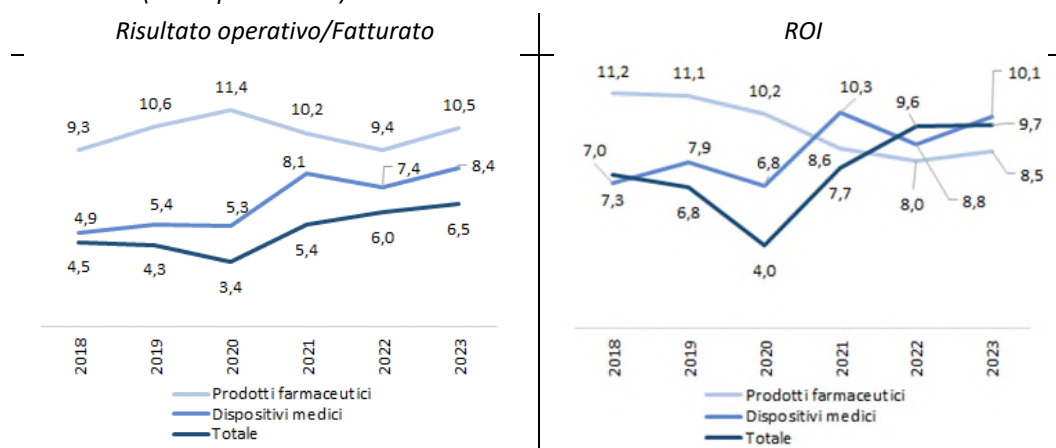
Il ROI presenta livelli più simili tra le diverse sottobranche. Nella manifattura aumenta dal 7 per cento circa nel primo biennio a quasi il 10 nel 2023, con l'eccezione del 2020, quando scende al 4 per cento; nel caso dei dispositivi oscilla approssimativamente tra questi stessi valori (con massimi appena al di sopra del 10 per cento), sperimentando una caduta limitata nel 2020 e comunque mostrando una tendenza crescente; nella farmaceutica diminuisce progressivamente dall'11,2 all'8,5 per cento.

In sintesi, la crescita del fatturato e quella del risultato operativo appaiono relativamente contenute per la fabbricazione di prodotti farmaceutici – dove, tuttavia, potrebbero non riflettere pienamente la dinamica del settore – e molto sostenute per quella dei dispositivi. Quanto alla profittabilità, entrambi i settori presentano margini significativi sul fatturato, ma soprattutto il primo, che sembra sopperire in questo modo alla minore crescita dei ricavi; la redditività del capitale appare invece abbastanza simile nei settori considerati, ma in diminuzione nella farmaceutica e in aumento nei dispositivi.

Fornitura di prestazioni sanitarie. – Va, in primo luogo, sottolineato che nell'ambito della fornitura di prestazioni sanitarie sono molto frequenti attività gestite da lavoratori autonomi.

In particolare, quelle relative alla medicina generale sono realizzate solo in minima parte da imprese (circa lo 0,2 per cento; fig. 22), per lo più società di capitali¹²¹, essendo gestite principalmente da lavoratori autonomi, che hanno optato per il regime forfettario nel 20 per cento dei casi nel 2018 e nel 40 per cento dal 2019. Analogamente, per i Servizi degli studi medici specialistici e odontoiatrici, le imprese (eccettuate quelle in regime forfettario) rappresentano circa il 10 per cento del totale delle attività e si riscontra un'ampia maggioranza di lavoratori autonomi.

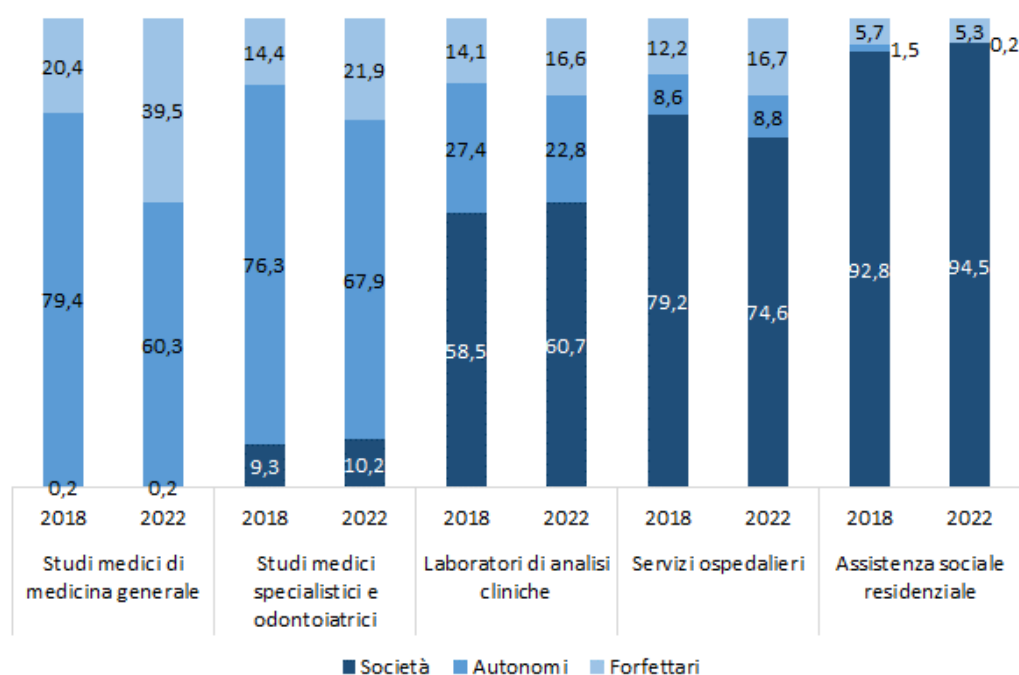
Fig. 21 – Risultato operativo su fatturato e ROI nella manifattura (valori percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati MEF e Bureau van Dijk.

¹²¹ Malgrado la legge consenta da tempo la costituzione di società tra professionisti e il regolamento in proposito sia stato emanato nel 2013 (Decreto del Ministero di Grazia e Giustizia n. 34 dell'8 febbraio 2013).

Fig. 22 – Composizione percentuale per forma giuridica nel settore nella sanità



Fonte: elaborazioni su dati MEF.

Quelli in regime forfettario sono aumentati dal 14 al 38 per cento tra il 2018 e il 2019, per poi calare al 22 per cento nel 2022; gli autonomi in regime ordinario, che rappresentano i tre quarti del totale nel 2018, hanno subito oscillazioni simmetriche, arrivando a fine periodo al 68 per cento. Nel caso dei Laboratori di analisi cliniche, laboratori radiografici e altri centri di diagnostica per immagini circa il 40 per cento delle attività è gestita da lavoratori autonomi in regime ordinario o soggetti in regime forfettario (per lo più autonomi); invece, nel campo dell'Assistenza sociale residenziale le società rappresentano circa il 90 per cento delle attività in tutto il periodo e in quello dei Servizi ospedalieri la percentuale passa, nel quinquennio, dal 79 al 75 per cento.

Escludendo dall'analisi i lavoratori autonomi e le imprese in regime forfettario, la rappresentatività delle società di capitali nel periodo osservato risulta comunque elevata: 97 per cento per gli ospedali, tra il 70 e l'80 per cento per gli studi medici specialistici e odontoiatrici, intorno al 70 per cento per i laboratori di analisi e all'85 per cento per l'assistenza residenziale. In termini di ricavi, secondo i dati fiscali, le società di capitali assorbono più del 90 per cento del totale, fino a raggiungere la quasi totalità nel caso degli ospedali e dell'assistenza residenziale. Va, tuttavia, rilevato che alcune importanti attività non sono presenti nel modello MEDITA.

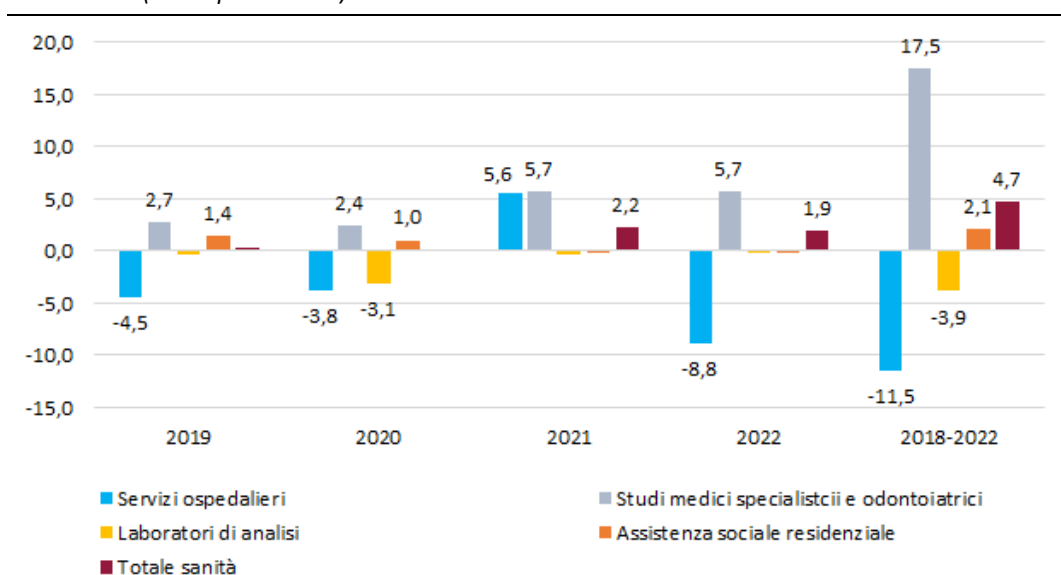
Nel periodo di osservazione il numero di società è diminuito dell'11,5 per cento nei servizi ospedalieri e di circa il 4 nei laboratori di analisi (fig. 23); in questo ultimo caso, tuttavia, la contrazione si accompagna a un processo di concentrazione, con le società di capitali che passano dal 69 al 74 per cento del totale¹²². È aumentata, invece, seppure

¹²² Si è già detto delle disposizioni che hanno favorito i processi di concentrazione (nota 96). Su questi e sull'internazionalizzazione dei grandi gruppi che operano nella fornitura di prestazioni sanitarie si veda Mediobanca (2025), *op. cit.*

marginalmente, la numerosità delle imprese di assistenza sociale residenziale, mentre la crescita è più marcata negli studi medici specialistici e odontoiatrici, dove si registra un incremento del 17,5 per cento, accompagnato da un rafforzamento della quota delle società di capitali dal 70 al 78 per cento.

I microsettori analizzati sono stati profondamente influenzati dall'emergenza sanitaria, che ha inciso sia sui volumi sia sulla composizione delle prestazioni erogate. Tra il 2018 e il 2023, il fatturato delle società di capitali è aumentato in tutti i microsettori esaminati, ma in misura particolarmente accentuata nella specialistica (+76,1 per cento) e nella diagnostica (+47 per cento). Nel primo caso, la contrazione del 2020 (-5,8 per cento), plausibilmente dovuta al *lockdown*, al rinvio delle prestazioni e al timore del contagio nella fase più grave della pandemia, è stata ampiamente recuperata già dal 2021; la crescita è poi proseguita negli anni successivi, soprattutto nel 2023 (+21,9 per cento). Nella diagnostica, invece, il fatturato si riduce solo nel 2022 (-14,3 per cento), dopo i consistenti incrementi dei due anni precedenti, in conseguenza della diminuzione delle prestazioni legate al COVID-19¹²³. L'ospedaliera ha risentito del picco della pandemia nel 2020 (con una riduzione del fatturato del 7,1 per cento) e, nonostante il successivo recupero, il tasso di crescita complessivo nel periodo si è fermato al 17,5 per cento, riflettendo plausibilmente la diminuzione del numero di strutture e il continuo ridimensionamento del ruolo dei servizi ospedalieri nell'assistenza sanitaria.

Fig. 23 – Variazione del numero di imprese nella sanità
(valori percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati MEF.

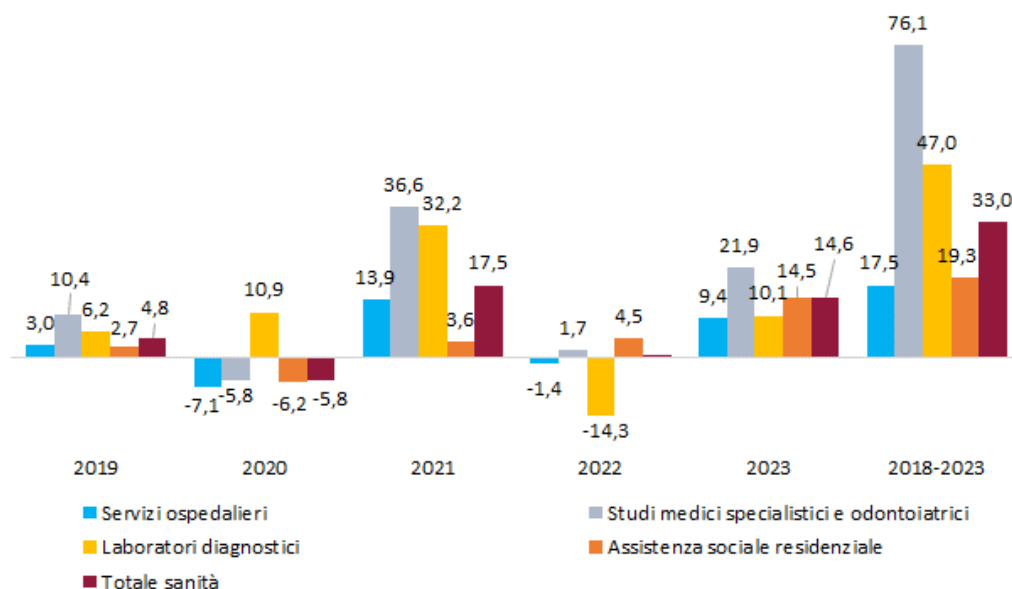
¹²³ Si veda Mediobanca (2025), *op. cit.*.

Nell'assistenza residenziale, l'incremento nel periodo è appena superiore a quello degli ospedali (19,3 per cento) ed è determinato da una caduta del 6,2 per cento del 2020 e da una progressiva ripresa negli anni successivi, quando le presenze nelle strutture sono risalite (fig. 24)¹²⁴.

Come rilevato nel Rapporto Mediobanca¹²⁵, la ripresa del fatturato successiva alla pandemia sta consentendo un progressivo recupero della redditività, sulla quale ha tuttavia inciso negativamente l'aumento dei costi – dovuto dapprima alle procedure di contenimento del rischio legato alla diffusione della pandemia e, successivamente, all'incremento dei tassi di interesse e alla fiammata inflazionistica legata ai prezzi dell'energia – solo in parte compensato dai ristori pubblici. Dopo la riduzione nel 2020 e il parziale recupero del 2021, emerge pertanto, in generale, un'ulteriore diminuzione della redditività nel 2022, seguita dalla ripresa nell'ultimo anno osservato.

Il risultato operativo nei microsettori considerati è sempre positivo, con la sola eccezione dell'ospedaliera nel 2020; per tale comparto, a fine periodo, non risulta comunque recuperato il livello del 2019. Nella specialistica e nella diagnostica si osserva una crescita significativa nei primi anni, concentrata soprattutto nel 2021, seguita da una perdita di slancio nel 2022. Nell'ultimo anno, mentre la specialistica registra un ulteriore aumento, con un risultato operativo nel 2023 superiore al livello del 2019 di quasi il 150 per cento, la diagnostica subisce una brusca contrazione, riducendosi a poco più di un decimo

Fig. 24 – Variazione del fatturato nella sanità
(valori percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati MEF e Bureau van Dijk.

¹²⁴ *Ibidem*.

¹²⁵ *Ibidem*.

del valore dell'anno precedente. In particolare, le perdite risultano più che raddoppiate nel 2022 e quasi quadruplicate nel 2023 rispetto al 2021, plausibilmente in conseguenza del processo inflazionistico in corso¹²⁶. Nell'assistenza residenziale emergono una forte diminuzione nell'anno della pandemia e un recupero negli anni successivi, con il 2023 in forte crescita (+23,8 per cento rispetto al 2019).

Rapportato al fatturato, il risultato operativo medio di settore è particolarmente elevato nella diagnostica almeno fino al 2022. L'indicatore cresce dall'8,5 per cento del 2018 a circa il 15 nel 2021, per poi diminuire fino all'1 per cento nel 2023, un livello inferiore a quelli degli altri erogatori di prestazioni. Su tale andamento ha influito un biennio di significativo aumento delle perdite. L'indicatore di redditività è elevato anche nella specialistica, dove oscilla tra il 5,2 e l'8,2 per cento, con i valori più alti raggiunti nell'ultimo triennio. Nell'ospedaliera la dinamica è più sfavorevole, con una riduzione tra il 2019 e il 2023 dal 5,2 al 3,4 per cento e i due minimi nel 2020 (-0,2 per cento) e nel 2022 (1,6 per cento). Nell'assistenza residenziale il rapporto si colloca intorno al 3 per cento a fine periodo, a valle di un lento recupero della redditività rispetto al minimo dello 0,9 per cento toccato nell'anno di massima intensità della pandemia (fig. 25, pannello di sinistra).

Anche il ROI risulta molto elevato nella specialistica e nella diagnostica, oscillando tra il 13,2 e il 17,3 per cento per la prima e tra il 10,2 e il 19,2 per la seconda, con l'eccezione del 2023, quando nella diagnostica scende all'1,1 per cento. Per gli ospedali il ROI varia tra il valore negativo del 2020 (-0,2 per cento) e il 7,1 per cento, corrispondente al livello del 2018, che non viene più raggiunto negli anni successivi; nell'assistenza residenziale oscilla invece tra il 2,3 e il 7,4 per cento (fig. 25, pannello di destra).

Farmacie. – Dalla banca dati MEF emerge che le società di capitali in questo ambito rappresentano una quota limitata ma in rapida crescita (dal 6,1 al 17,2 per cento tra il 2018 e il 2022)¹²⁷, plausibilmente per effetto della riforma introdotta nel 2017 (L. 124/2017), che ha consentito questa evoluzione¹²⁸, favorendo il processo di concentrazione (fig. 26). In questo caso appare pertanto opportuno esaminare il settore delle imprese nel suo complesso, utilizzando le informazioni disponibili nella banca dati del MEF.

Nel complesso, tra il 2018 e il 2022 i ricavi delle farmacie sono aumentati del 14 per cento, mentre quelli delle sole società di capitali sono cresciuti del 154 per cento; nello stesso periodo, l'utile netto è aumentato del 35 per cento e del 179 per le società (fig. 27). Sebbene non siano disponibili i dati necessari per costruire gli indicatori di redditività utilizzati per la manifattura, è comunque possibile considerare il rapporto tra utile netto e ricavi che, per le farmacie, aumenta dal 9,2 al 10,9 per cento (mentre oscilla tra il 2,5 e il 4,2 per le società di capitali). Per evidenziare la specificità della farmacia – che non può essere assimilata a una generica attività commerciale, poiché richiede la presenza di

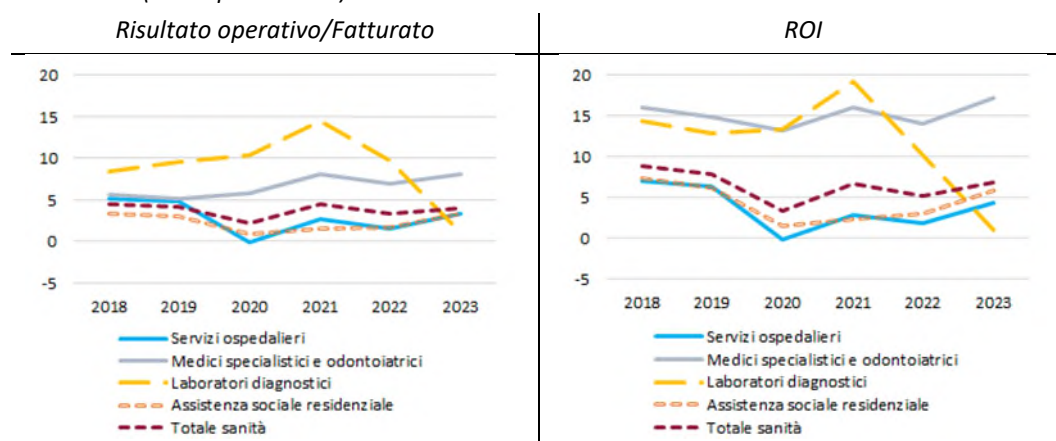
¹²⁶ L'aumento dei costi può aver favorito il processo di concentrazione di cui si è detto.

¹²⁷ Mentre si riduce, tra le forme giuridiche, la percentuale delle persone fisiche (dal 55 al 41 per cento). La presenza di lavoratori autonomi in regime ordinario e di soggetti in regime forfettario è molto ridotta.

¹²⁸ Purché la direzione della farmacia sia affidata a un farmacista.

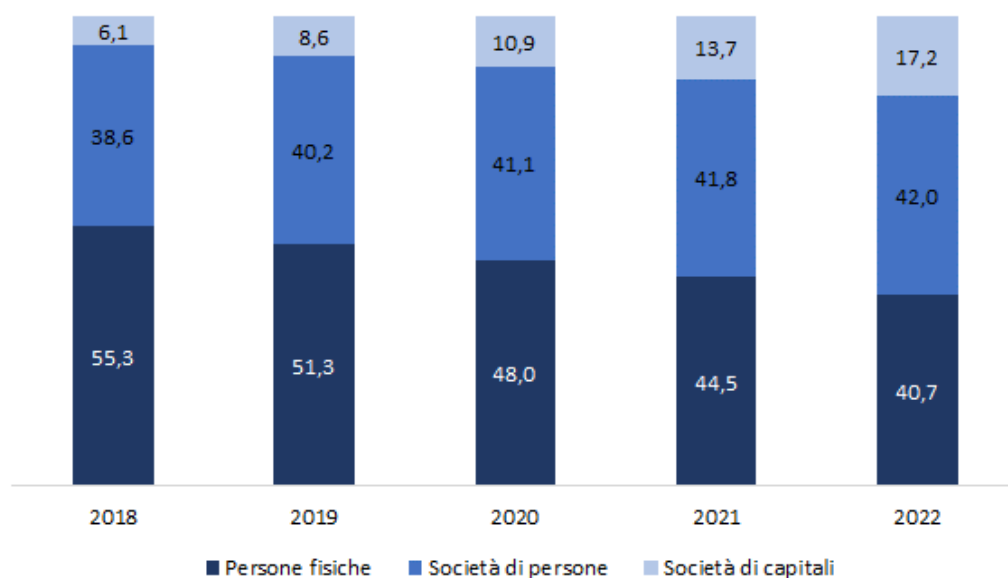
personale dotato di qualifiche e competenze specifiche – si può ricorrere alla media del Commercio all'ingrosso e al dettaglio, riparazione di veicoli e motocicli, per il quale lo stesso rapporto si colloca tra il 2,7 e il 3,6 per cento.

Fig. 25 – Risultato operativo su fatturato e ROI nella sanità
(valori percentuali)



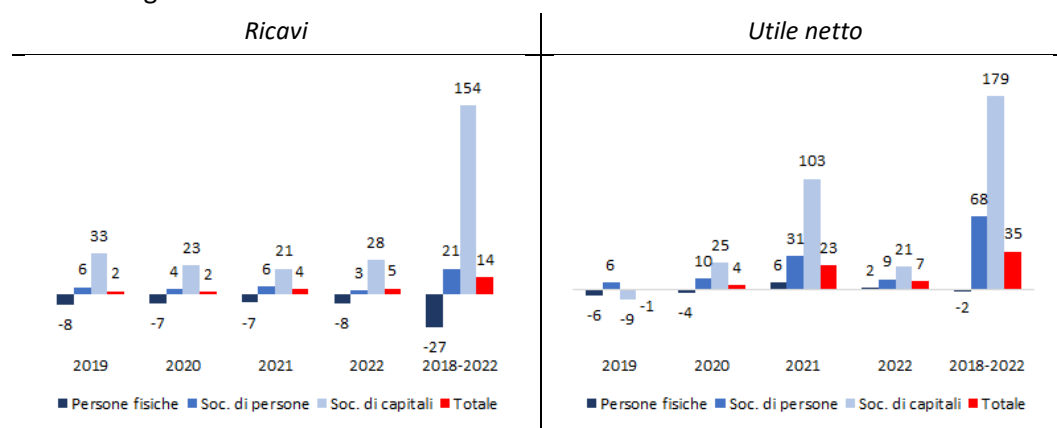
Fonte: elaborazioni su dati MEF e Bureau van Dijk.

Fig. 26 – Composizione percentuale per forma giuridica delle farmacie



Fonte: elaborazioni su dati MEF.

Fig. 27 – Variazioni percentuali dei ricavi e dell'utile netto delle farmacie per forma giuridica



Fonte: elaborazioni su dati MEF.