

Focus n. 3/2026 “Pubblico e privato in sanità: il finanziamento, la produzione e le imprese

Sintesi

31 marzo 2026 | **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 servizi. **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.

Nel Focus 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 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 SSN. 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 Novanta 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 SSN. In questa 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 salute, con un limite all'espansione della spesa – sia pure di difficile identificazione e applicazione – dato dal vincolo di efficacia e appropriatezza di quanto erogato.

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 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 interinali), 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.

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**. 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 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.