

Sanità, sempre più italiani pagano di tasca propria: 27 euro su 100 arrivano dal privato

Liliana Carbone, 20 agosto 2026

Visite specialistiche, esami diagnostici e prevenzione: una quota crescente delle cure viene finanziata direttamente dalle famiglie o attraverso assicurazioni sanitarie. L'indagine AISI fotografa un'Italia in cui il privato pesa più della media europea. Ma dietro i numeri c'è una domanda decisiva: perché tanti cittadini scelgono di pagare?

Una visita cardiologica, una risonanza magnetica, un controllo dermatologico. Davanti a una prescrizione, per molti italiani la domanda non è più soltanto **“dove posso farla?”**, ma anche **“quanto devo aspettare?”**. È nello spazio aperto tra **bisogno di cura e tempi di accesso** che il **settore privato** sta guadagnando terreno.

Secondo un'analisi di **AISI – Associazione Imprese Sanitarie Indipendenti**, basata su dati OECD, Commissione europea, European Observatory on Health Systems and Policies e IVASS, in Italia **quasi 27 euro ogni 100 di spesa sanitaria** provengono da fonti private, contro **circa 20 nella media dell'Unione europea**. Una forbice tutt'altro che marginale, che segnala come una quota rilevante dell'assistenza sia sostenuta direttamente dalle famiglie o tramite assicurazioni e fondi.

Quasi un quarto della spesa arriva direttamente dalle tasche dei cittadini La componente immediatamente visibile è la **spesa out-of-pocket: circa il 24% della spesa sanitaria complessiva italiana** è costituito da pagamenti diretti dei nuclei familiari; un ulteriore 3% transita attraverso **assicurazioni sanitarie volontarie**. In pratica, **quasi nove decimi della spesa privata gravano ancora sul portafoglio del cittadino**.

Non si tratta in prevalenza di ticket del **Servizio sanitario nazionale (SSN)**: le compartecipazioni obbligatorie coprono solo una frazione della spesa diretta. A essere acquistate fuori dal perimetro pubblico sono soprattutto **visite, diagnostica, odontoiatria, prestazioni preventive** e altri servizi.

Specialistica e diagnostica, il vero spartiacque Nell'assistenza ambulatoriale, il confronto riportato da AISI è netto: in Italia solo il **58% della spesa** è finanziato da fondi pubblici, contro **circa il 77% della media Ue**. Parliamo delle prestazioni che più frequentemente incidono nella vita delle persone: visite specialistiche, ecografie, TAC, risonanze, controlli periodici.

Una parte della spiegazione rimanda ai **tempi di attesa**: quando l'accesso nel sistema pubblico richiede settimane o mesi, chi può permetterselo si rivolge al privato. Non sempre per sfiducia nel SSN; spesso per una necessità pragmatica: ottenere una risposta prima. **“Quando il cittadino cerca direttamente una visita, un esame diagnostico o un percorso di prevenzione esprime un'esigenza precisa: accedere alla prestazione nel momento in cui ne ha bisogno”**, osserva **Fabio Vivaldi**, direttore generale AISI.

Scelta o obbligo? Leggere ogni acquisto privato come libera preferenza è riduttivo. Per alcuni si tratta di scegliere lo specialista, orari più flessibili, rapidità di prenotazione o tecnologie specifiche. Per altri, invece, diventa una via obbligata per contenere attese incompatibili con il proprio quadro clinico. La crescita della spesa privata è dunque al tempo stesso espressione dell'espansione dell'offerta e segnale di difficoltà di accesso nel pubblico: due letture che possono coesistere.

Assicurazioni sanitarie, crescita a doppia cifra Un'ulteriore trasformazione riguarda la protezione dal costo delle cure. I dati IVASS citati da AISI indicano che nel **2024 la raccolta premi del ramo malattia ha raggiunto 4,403 miliardi di euro, +12,1% sul 2023**; nei primi nove mesi del 2025 l'aumento è stato di un ulteriore **12,7%**. Quasi metà dei premi (**49,5%**) deriva da **polizze collettive collegate a fondi sanitari**, il **12,8%** da altre forme collettive e il **37,8%** da **coperture individuali**. La sanità integrativa entra così nei contratti di lavoro, nei fondi aziendali e nelle strategie familiari di gestione delle spese mediche: un cambiamento culturale oltre che economico.

Avere una polizza modifica anche i percorsi di cura Uno studio 2025 citato da AISI, basato sulla European Health Interview Survey, associa la disponibilità di un'assicurazione volontaria a una probabilità superiore del **7,3%** di ricorrere privatamente alle visite specialistiche e, nella stessa misura, alla diagnostica. Un possibile circolo che si autoalimenta: più persone sono coperte, più utilizzano strutture private; più l'uso del privato entra nelle abitudini, più cresce l'interesse per strumenti che ne attenuino il costo.

Nella pratica, **pubblico, pagamenti diretti, assicurazioni e fondi** finiscono spesso per convivere nello stesso percorso: dal medico di famiglia tramite SSN, alla visita a pagamento, a un esame in struttura accreditata, fino alla copertura assicurativa per un'ulteriore prestazione.

Privato accreditato e pura solvenza non sono la stessa cosa Sotto l'etichetta "sanità privata" convivono realtà differenti. Il **privato accreditato** opera nella programmazione regionale ed eroga prestazioni rimborsate dal servizio pubblico in base a contratti. La **"pura solvenza"** riguarda invece prestazioni pagate direttamente dal cittadino o coperte da fondi e polizze. In entrambi i casi l'erogatore è privato, ma cambia il pagatore. Comprendere questa distinzione è essenziale per leggere i numeri.

Per AISI, entrambe le componenti esprimono una capacità sanitaria già presente nel Paese: professionisti, ambulatori, apparecchiature, centri di riabilitazione e di prevenzione. La presidente, **Karin Saccomanno**, invita a superare le contrapposizioni: **"Non vogliamo costruire una contrapposizione tra pubblico e privato, perché sarebbe una lettura vecchia e inutile"**.

Un dibattito da sottrarre all'ideologia Riconoscere che il privato dispone di risorse non equivale a sostenere che debba rimpiazzare il SSN; difendere la sanità pubblica non impone di ignorare i milioni di prestazioni erogate fuori da essa. La questione decisiva è la convivenza tra componenti diverse senza compromettere l'accesso alle cure indipendentemente dal reddito. Il **SSN ha una missione universalistica**: assistenza in base al bisogno, non alla disponibilità economica. Se il ricorso al privato cresce per servizi aggiuntivi, può integrare l'offerta; se diventa indispensabile per ottenere prestazioni essenziali in tempi ragionevoli, emerge un problema di **equità**. Le **liste d'attesa**, così, diventano anche un tema sociale.

Il confronto europeo, utile ma da maneggiare con cautela I sistemi sanitari in Europa sono eterogenei per modelli di finanziamento, ticket, rimborsi, fondi integrativi e rapporti pubblico-privato. Non basta la percentuale di spesa privata per decretare chi "funziona meglio". Resta

però il fatto che in Italia la **quota privata è sensibilmente superiore alla media Ue** e che proprio **specialistica e diagnostica** figurano tra le aree più esposte ai ritardi di accesso.

Non “pubblico o privato?”, ma “come farli funzionare insieme” AISI propone di considerare la capacità produttiva privata come risorsa per un servizio pubblico sotto pressione. **“Sostenere il privato non significa indebolire il pubblico”**, afferma Vivaldi. La vera partita riguarda le regole, i controlli e le garanzie per i cittadini: **qualità, appropriatezza clinica, trasparenza dei costi, sicurezza del paziente e accessibilità** devono restare centrali, a prescindere dalla proprietà della struttura.

Il dato che riguarda tutti I numeri raccontano un cambiamento già in atto: **quasi 27 euro ogni 100 di spesa sanitaria sono privati; circa 24 arrivano direttamente dalle famiglie; le assicurazioni crescono a doppia cifra; nell’ambulatoriale il finanziamento pubblico italiano è molto inferiore alla media europea**. La domanda, più che “pubblico o privato?”, è “perché accade?”. Se una parte degli italiani acquista liberamente servizi aggiuntivi, cambiano le preferenze. Se invece paga per superare attese inconciliabili con il proprio stato di salute, il segnale è diverso. La sfida dei prossimi anni è utilizzare tutta la capacità di cura disponibile senza trasformare la rapidità di accesso in una variabile dipendente dal reddito. **In sanità, la disponibilità sul conto in banca non può decidere quanto si debba aspettare per essere curati.**

© Riproduzione riservata

Link della pubblicazione:

<https://www.mondosanita.it/news/salute/108162/sanita-sempre-piu-italiani-pagano-di-tasca-propria-27-euro-su-100-arrivano-dal-privato.html?shem=dsdf,sharefoc,agadiscoverSDL,,sh/x/discover/m1/4>