



INAPP POLICY BRIEF

POSTICIPO DI CURE MEDICHE: QUANDO LA SANITÀ PUBBLICA SI FA ATTENDERE E QUELLA INTEGRATIVA È PER POCHI

L'emergenza Covid-19 ha riaperto l'attenzione sul sistema sanitario italiano, evidenziandone le criticità in termini di equità e accessibilità. Nonostante l'aumento della spesa sanitaria pubblica dal 2019 al 2024, persistono divari territoriali e difficoltà di accesso, accentuate dalla crescita della spesa privata e dai lunghi tempi d'attesa. L'Indagine PLUS 2024 dell'Inapp rileva che oltre 2 milioni di persone tra i 18 e i 74 anni hanno posticipato cure per motivi economici, con percentuali più elevate tra gli anziani, i disoccupati e le famiglie a basso reddito. In tale contesto si inserisce il ricorso crescente a polizze sanitarie integrative, oggi sottoscritte da circa un terzo della popolazione, specialmente in ambito lavorativo. Sebbene le assicurazioni riducano parzialmente il rinvio delle cure, il loro impatto è disomogeneo: le coperture sono più diffuse tra lavoratori autonomi e nelle fasce d'età centrali, mentre restano limitate tra anziani e soggetti con patologie croniche. Il sistema assicurativo integrativo, sebbene utile, solleva criticità legate all'equità, alla trasparenza e al rischio di sovrapposizione con il Servizio Sanitario Nazionale. Si auspica un riordino normativo del settore, volto a garantire maggiore vigilanza, chiarezza delle coperture e raccolta sistematica dei dati sugli erogatori accreditati, per migliorare efficienza e accessibilità delle cure.

INAPP*

Introduzione

La crisi sanitaria causata dal Covid-19 ha riportato al centro dell'attenzione il sistema sanitario italiano, mettendo in discussione la sua efficienza non solo nella gestione delle emergenze, ma anche nella capacità di affrontare nuove esigenze. Tra queste rientrano i bisogni derivanti

* A cura di Francesca Bergamante e Aldo Rosano

dall'invecchiamento della popolazione e dalle disuguaglianze sanitarie in aumento, sia tra le diverse aree geografiche che tra individui appartenenti a differenti condizioni socioeconomiche. Negli ultimi anni vi è stato un incremento in termini nominali della spesa sanitaria pubblica, passata dai 115 miliardi del 2019 ai 138 miliardi del 2024, che, tuttavia, non appare aver avuto effetti di rilievo sulla riduzione dei divari territoriali o sull'accessibilità delle cure. Nello stesso periodo è aumentata la spesa privata (dai 40 miliardi del 2019, di cui 36 miliardi sostenuta direttamente dalle famiglie e 4 miliardi di spesa intermediata, ai 45 miliardi del 2023, di cui 40 miliardi sostenuta direttamente dalle famiglie e 5 miliardi di spesa intermediata)¹ e sono aumentate le difficoltà di accesso legate alla debolezza economica delle famiglie e ai tempi di attesa. Secondo l'Istat la quota di persone che ha dovuto rinunciare ad una prestazione sanitaria di cui aveva bisogno è passata dal 6,3% del 2019 al 9,9% del 2024, con un netto incremento delle motivazioni legate ai tempi di attesa. Va precisato che si tratta di rinunce a singole prestazioni, ma non necessariamente a curarsi nel complesso. L'affermazione che milioni di italiani rinunciano a curarsi può ritenersi fuorviante. Nel nostro Paese il problema dell'accesso delle cure riguarda essenzialmente le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici, mentre le cure primarie, quelle farmaceutiche e quelle ospedaliere sono in massima parte garantite.

La sanità pubblica ha progressivamente ridotto il suo impegno nella erogazione delle prestazioni specialistiche e diagnostiche, ambiti in cui si evidenziano inoltre problemi di appropriatezza prescrittiva e una domanda spesso non giustificata. In questo quadro si colloca la crescente sottoscrizione di polizze o assicurazioni sanitarie. Le polizze sanitarie sono diventate molto diffuse: un italiano su tre è assicurato in forma individuale o collettiva. Dei circa 20 milioni di assicurati nel 2022, 15 milioni sono assicurati con polizze collettive.

In Italia le assicurazioni sanitarie integrative e complementari rappresentano una componente sempre più rilevante del sistema sanitario, affiancando il Servizio Sanitario Nazionale. Queste nascono con l'obiettivo di offrire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle garantite dal sistema pubblico e si distinguono in due tipi: fondi di tipo A che garantiscono solo prestazioni al di fuori dei Livelli essenziali di assistenza, integrando così il servizio pubblico; fondi di tipo B, che offrono sia prestazioni già previste dal Servizio Sanitario nazionale, sia servizi aggiuntivi, operando quindi in modo complementare o sostitutivo. A questi si aggiungono i fondi contrattuali, istituiti attraverso CCNL, che destinano una parte del salario all'assistenza sanitaria, e i fondi territoriali o casse mutue, creati per offrire assistenza a livello locale.

Le analisi qui presentate intendono indagare il fenomeno del posticipo delle cure e del ricorso alle assicurazioni sanitarie attraverso i dati dell'edizione 2024 dell'Indagine Plus realizzata dall'Inapp. La rilevazione è condotta su un campione rappresentativo della popolazione residente di oltre 45 mila individui dai 18 ai 74 anni².

¹ La spesa sanitaria privata in Italia nel 2023 Report Osservatorio GIMBE Evidence for health 2/2025 (https://salviamo.ssn.it/var/contenuti/Report_Osservatorio_GIMBE_2025.02_Spesa_sanitaria_privata_2023.pdf).

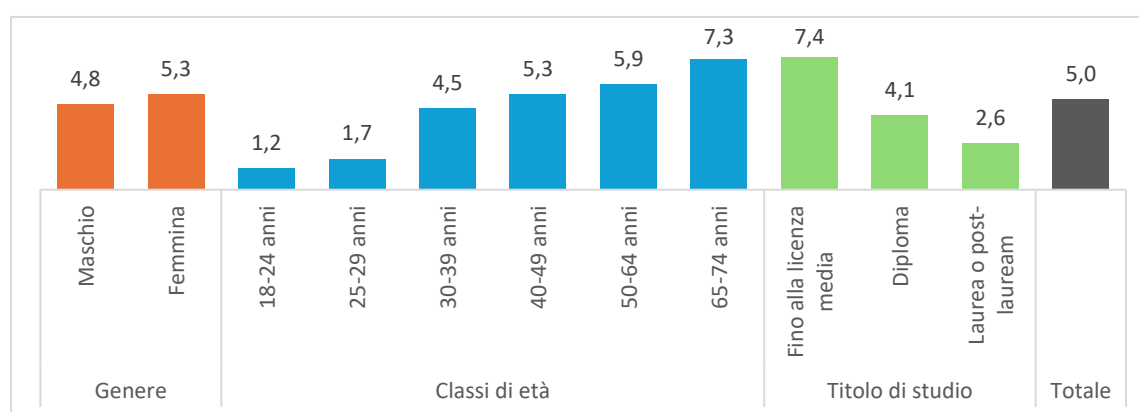
² L'Indagine Inapp-Plus (Participation, Labour, Unemployment, Survey) è una rilevazione campionaria ricorrente nata nel 2005 e presente nel Piano Statistico Nazionale (PSN). È un'indagine di tipo CATI ed è condotta su un campione rappresentativo dell'intero territorio nazionale di oltre 45.000 individui dai 18 ai 74 anni (<https://www.inapp.gov.it/rilevazioni/rilevazioni-periodiche/participation-labour-unemployment-survey-plus>). Nel 2024 è stata realizzata l'XI edizione dell'Indagine

Posticipo delle cure: chi è più a rischio?

Secondo i dati dell'indagine PLUS, in Italia nel 2024 il 5% (oltre 2 milioni in valore assoluto) delle persone tra i 18 e i 74 anni ha dovuto posticipare delle cure mediche (anche dentistiche) per motivi economici; il dato del posticipo sale al 9,2% nel caso in cui la persona abbia delle patologie croniche diagnosticate da un medico.

Tale criticità diventa più rilevante al crescere dell'età (figura 1): per chi ha tra 65 e 74 anni, infatti il dato arriva al 7,3% (oltre 500 mila). Quote maggiori di differimento delle cure, inoltre si registrano tra le donne e tra chi ha bassi livelli d'istruzione.

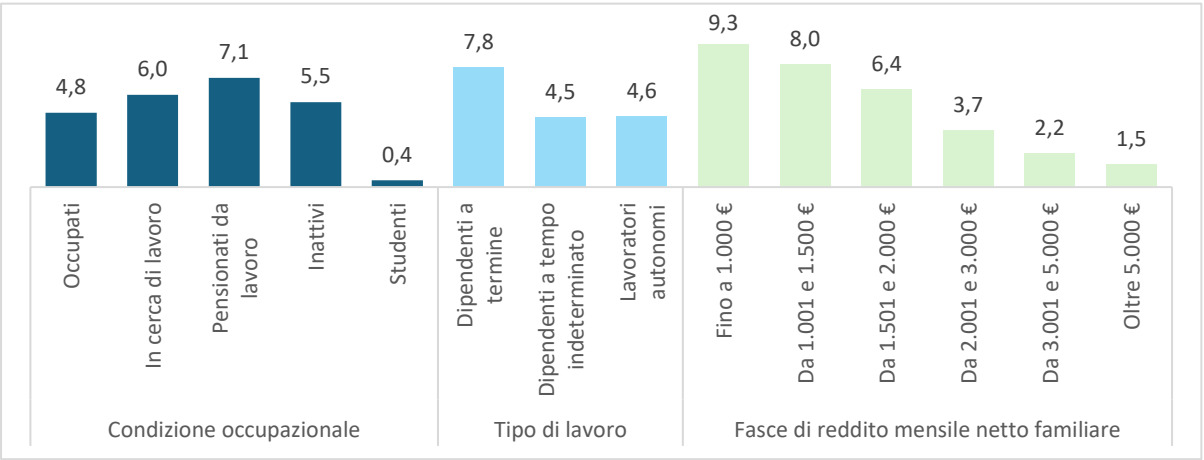
Figura 1. Individui che hanno dovuto posticipare cure mediche (anche dentistiche) nell'ultimo anno per motivi economici, per genere, classi d'età e titolo di studio (%)



Fonte: elaborazioni su dati Indagine Inapp-Plus (2024)

Da un punto di vista geografico non emergono particolari differenze. Sembra, invece, discriminare la condizione occupazionale (figura 2), con una maggiore difficoltà nel sostenere i costi delle cure tra i pensionati (7,1%). Ma a parità di età, che è il principale fattore di rischio per il consumo di prestazioni, si ha che i disoccupati hanno rischio del 45% più alto rispetto a chi lavora di posticipare le cure, così come chi ha un lavoro a tempo determinato o precario ha rispettivamente un rischio del 39% e del 14% rispetto a chi ha un lavoro a tempo indeterminato.

Figura 2. Individui che hanno dovuto posticipare cure mediche (anche dentistiche) nell’ultimo anno per motivi economici, per condizione occupazionale, tipo di lavoro e reddito mensile netto familiare (%)



Fonte: elaborazioni su dati Indagine Inapp-Plus (2024)

Sul posticipo delle cure sembra incidere anche la ‘ricchezza’ familiare. Più il reddito mensile disponibile è basso, maggiore è la quota di famiglie che ha rimandato le cure: 9,3% per chi ha fino a 1.000 € di reddito netto mensile familiare e 8% tra 1.001 e 1.500 €, contro l’1,5% per le famiglie con un reddito oltre i 5.000 € netti mensili.

Il ricorso alle assicurazioni sanitarie: dimensione del fenomeno e caratteristiche

È in questo quadro che si inserisce il tema della sottoscrizione di polizze sanitarie che, tuttavia, evitano solo in parte il fenomeno del posticipo delle cure. Infatti, se tra chi non ha sottoscritto una polizza la quota di chi dichiara di dover rinviare una prestazione sanitaria è il 5,3%, questo fenomeno riguarda il 3,3% di chi ha sottoscritto una polizza.

Considerando gli individui dai 18 ai 74 anni che hanno indicato il possesso o meno di una polizza sanitaria, il 13,7% ha risposto affermativamente, mentre il 10,6% dichiara che, non avendo una polizza, intende sottoscriverla (tabella 1).

Il premio medio corrisposto per testa assicurata è di 324 euro.

Tabella 1. Possesso di un’assicurazione sanitaria e intenzione di sottoscriverla (%)

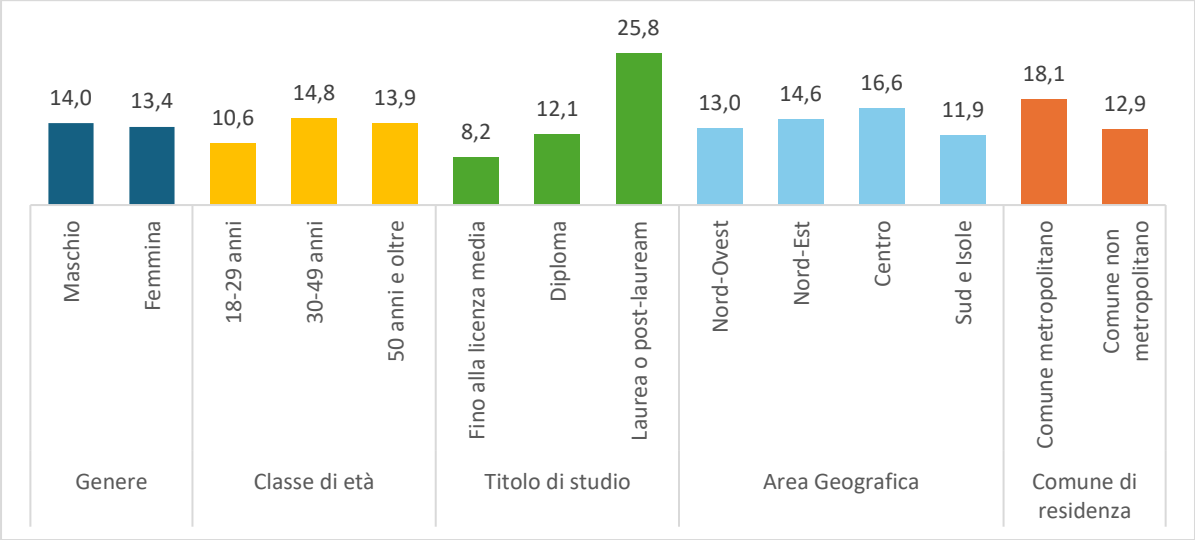
Possesso di una polizza sanitaria	%
Solo per sé	6,8
Per sé e per alcuni dei componenti della famiglia	2,1
Per tutti i componenti della famiglia	4,7
No, ma intende sottoscriverla	10,6
No e non intende sottoscriverla	75,7
Totale	100,0

Fonte: elaborazioni su dati Indagine Inapp-Plus 2024

È interessante osservare alcune caratteristiche socio-demografiche degli individui assicurati, al fine di approfondirne il profilo (figura 3). L’incidenza della sottoscrizione è simile tra uomini e

donne, è minore per i giovani nella fascia 18-29 anni e molto più elevata tra chi ha almeno una laurea (circa 26% contro l’8% riferito a chi ha la sola licenza media). La diffusione sul territorio è maggiore nei comuni metropolitani e nelle regioni del Centro (16,6%), soprattutto in confronto col valore riferito da chi abita nel Sud e nelle Isole (11,9%).

Figura 3. Individui che hanno un’assicurazione sanitaria per genere, classe d’età, titolo di studio, area geografica e comune di residenza (%)

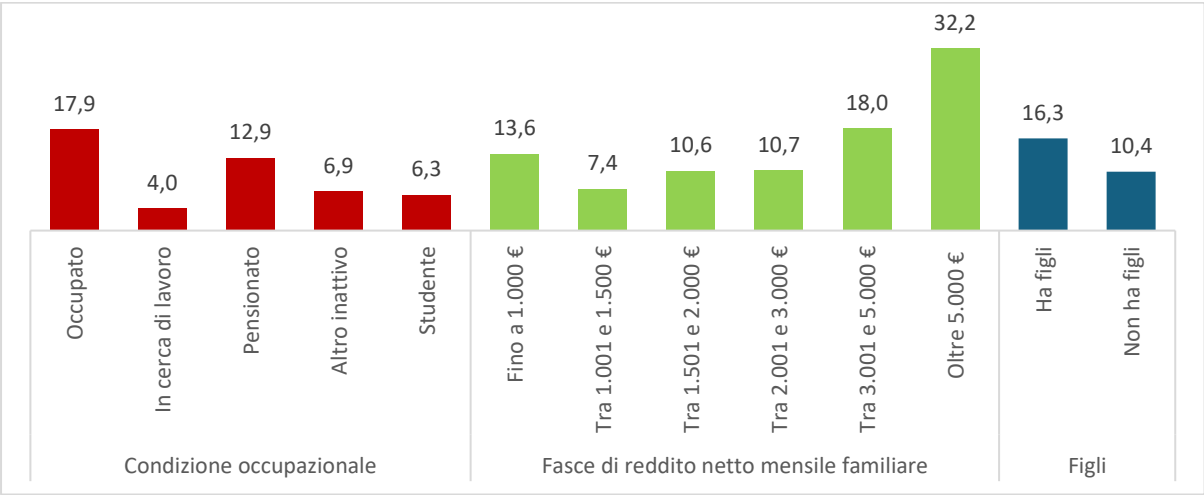


Fonte: elaborazioni su dati Indagine Inapp-Plus 2024

Guardando alla condizione occupazionale, il possesso di un’assicurazione sanitaria, sale al 17,9% tra i lavoratori, mentre diventa residuale nel caso delle persone in cerca di lavoro (4%). Considerando gli occupati, le polizze sono più diffuse tra i lavoratori autonomi con una quota del 22% contro il 17% relativo ai lavoratori dipendenti).

Le polizze hanno un’incidenza superiore nel caso in cui nei nuclei familiari ci siano figli e quando la disponibilità di reddito mensile netto familiare è oltre i 5.000 euro (32,2%).

Figura 4 Individui che hanno un’assicurazione sanitaria per condizione occupazionale, reddito netto mensile familiare e figli (%)



Fonte: elaborazioni su dati Indagine Inapp-Plus 2024

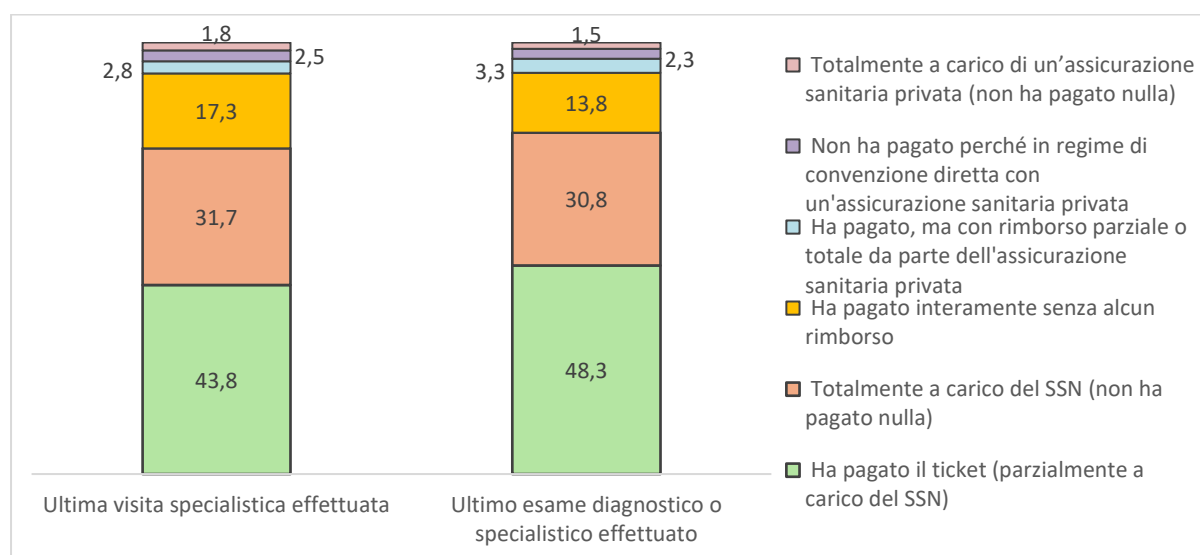
I metodi di pagamento delle prestazioni sanitarie

Facendo riferimento all'ultima prestazione sanitaria di cui si è usufruito un primo dato da evidenziare è relativo al fatto che il SSN arriva a garantire (in modo totale o attraverso il pagamento di un ticket) il 76% delle visite e il 79% degli accertamenti diagnostici (figura 5).

Di contro, oltre un quinto delle visite specialistiche (22%) e delle prestazioni diagnostiche (21%) è stato pagato privatamente: un terzo coperto in parte o interamente da una polizza sanitaria, mentre per due terzi il costo è stato sostenuto direttamente dai pazienti.

Considerando chi ha fatto ricorso ad una polizza sanitaria, ha pagato e poi percepito un rimborso parziale o totale nel 39% delle visite specialistiche e nel 46% degli accertamenti diagnostici, mentre non ha pagato nulla il 61% di chi ha sostenuto una visita specialistica e il 54% di chi ha fatto un accertamento diagnostico.

Figura 5 Modalità di pagamento di visite ed esami diagnostici (%)



Fonte: elaborazioni su dati Indagine Inapp-Plus 2024

Le coperture assicurative di visite ed esami raggiungono quote più elevate nelle classi di età centrali, superando il 10% tra i 45 e 49 anni e raggiungendo l'8% nelle classi di età limitrofe, tra i 40 e 44 anni e tra i 50 e 59 anni. I più giovani vedono un ricorso nettamente inferiore, mentre i più anziani, maggiori consumatori di prestazioni, possono approfittare dalla copertura assicurativa solo per quote che vanno dal 4 al 6% delle prestazioni. Tali andamenti sono correlati con la condizione lavorativa, considerando che una quota rilevante delle coperture deriva da fondi istituiti attraverso i CCNL.

In presenza di due o più malattie croniche le prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale raggiungono quote più elevate: 87% delle visite specialistiche e 76% delle prestazioni diagnostiche. Sempre tra chi ha problemi di salute cronici, la quota di prestazioni pagate interamente di tasca propria è comunque rilevante: 9% riferito delle viste e 7% delle prestazioni diagnostiche. Il ruolo delle coperture assicurative risulta invece marginale, riguardando meno del 3% delle prestazioni.

Conclusioni

In Italia quello del posticipo delle cure mediche è un fenomeno su cui porre certamente attenzione perché interessa la popolazione più debole e vulnerabile. Negli ultimi anni vi è stata un'elevata crescita del ricorso a polizze sanitarie integrative che essendo però maggiormente appannaggio di chi lavora ed ha redditi più elevati, solo in parte riescono a limitare il problema di rimandare le cure, specie tra coloro che hanno una o più patologie diagnosticate.

D'altro canto, appare anche preoccupante ciò che sta accadendo ai gestori delle polizze. Da una parte il rapporto tra i costi e i premi incassati è vicino alla soglia del 100%, evidenziando una bassa profittabilità del ramo, dall'altra, il rapporto tra spese di gestione e premi incassati è piuttosto elevato (23%)³, aspetto tra i più critici del ricorso alle assicurazioni private.

L'adesione a una polizza sanitaria rappresenta, senza dubbio, uno strumento utile per ridurre i tempi di attesa relativi a visite specialistiche e prestazioni diagnostiche, oltre a consentire l'accesso a servizi non previsti dai Livelli essenziali di assistenza. Tuttavia, emergono rilevanti criticità sotto il profilo dell'equità, in quanto non tutti i lavoratori beneficiano delle coperture sanitarie contemplate nei rispettivi contratti collettivi. Vi è inoltre il rischio che l'assistenza sanitaria integrativa venga percepita come sostitutiva, anziché complementare, rispetto al Servizio Sanitario Nazionale.

Un'ulteriore criticità riguarda la trasparenza: i cittadini incontrano spesso difficoltà nel comprendere l'effettiva portata delle tutele assicurative di cui dispongono, così come nel confrontare le diverse proposte presenti sul mercato. Tale situazione può determinare sovrapposizioni con i servizi pubblici, generando inefficienze e il rischio di duplicazione delle prestazioni erogate.

In prospettiva, si prevede una crescita ulteriore delle forme assicurative sanitarie integrative, favorita dalle sfide cui è chiamato a rispondere il Servizio Sanitario Nazionale, quali l'invecchiamento demografico e l'incremento della domanda di cure. È tuttavia essenziale che tale espansione avvenga nel rispetto dei principi di equità e trasparenza.

Alla luce di ciò, appare necessario un riordino organico della sanità integrativa (così come anche indicato nel Piano strutturale di bilancio di medio termine Italia 2025-2029⁴), attraverso una rigorosa attività di vigilanza sulla gestione delle polizze, la promozione di indagini conoscitive sulle modalità di erogazione delle prestazioni integrative e l'analisi sistematica delle attività ambulatoriali, mediante la raccolta puntuale dei dati relativi a tutti gli erogatori accreditati.

³ IVASS. Bollettino Statistico L'attività assicurativa nel comparto salute (2018-2023). Anno XII n. 2, Febbraio 2025

⁴ Cfr: <https://documenti.camera.it/leg19/dossier/pdf/DFP13.pdf>.

Alcuni diritti riservati (2025) (INAPP)

Quest'opera è rilasciata sotto i termini della licenza Creative Commons.

Attribuzione - Non Commerciale - Condividi allo stesso modo 4.0 - Italia License.

ISSN 2533-3003



I *Policy Brief* dell'INAPP offrono spunti di riflessione tratti dai temi di ricerca e di analisi realizzati dall'Istituto, a supporto delle politiche pubbliche.

Per info: editoria@inapp.gov.it - www.inapp.gov.it

