

 Cerca nel sito

4 Settembre 2026 12:01

quotidianosanità.it

Lettere al direttore

 Cronache Governo e Parlamento Regioni e AsL Lavoro e Professioni Scienza e Farmaci Studi e Analisi Lettere al direttore
 Edizioni Regionali QS Pro Professionisti Sanitari. AI

[QS Club Newslet](#)
[QS» Lettere al direttore](#) » Spesa sanitaria e PIL: cinque osservazioni di metodo sull'analisi GIMBE


Stampa

Spesa sanitaria e PIL: cinque osservazioni di metodo sull'analisi GIMBE



Gentile Direttore, l'analisi che la Fondazione GIMBE ha diffuso il 2 settembre sulla spesa sanitaria pubblica nei Paesi OCSE svolge, come ogni anno, un servizio utile: mette in fila dati che altrimenti resterebbero nei database e li porta nel dibattito sulla Legge di Bilancio.

Gentile Direttore,

l'analisi che la Fondazione GIMBE ha diffuso il 2 settembre sulla spesa sanitaria pubblica nei Paesi OCSE svolge, come ogni anno, un servizio utile: mette in fila dati che altrimenti resterebbero nei database e li porta nel dibattito sulla Legge di Bilancio. Condivido inoltre la sua conclusione più importante, che il Servizio Sanitario Nazionale mantiene esiti di salute tra i migliori del mondo mentre la sua capacità di garantire prestazioni tempestive ed eque si sta deteriorando. Proprio perché condivido la diagnosi, vorrei proporre – senza alcuno spirito polemico – cinque osservazioni di metodo sulla strada che porta a quella diagnosi. Riguardano un indicatore, la spesa in quota di PIL, che tutti usiamo e che credo meriti di essere adoperato con cautela, da chiunque lo usi e in qualunque direzione.

Prima: il decimale. Il passaggio dal 6,3% al 6,2% viene letto come un calo. Il valore 2025 del database OCSE è però una stima preliminare, soggetta a revisione; il Documento di Finanza Pubblica certifica per lo stesso anno un 6,3% invariato e una spesa cresciuta di 3,2 miliardi in valore assoluto; con i PIL nominali dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio il rapporto non arrotondato passa da 6,29% a 6,26%. In dodici mesi tre fonti istituzionali hanno indicato per il 2025-2026 tre valori diversi – 6,2, 6,3 e 6,6 – perché diverse sono le definizioni del numeratore. Uno scarto di un decimale, quattro volte inferiore alla varianza tra definizioni, non sostiene l'inferenza di una tendenza. La stessa Fondazione, commentando il DFP in aprile, aveva definito il rapporto «stabile».

Seconda: i perimetri. L'analisi riconosce, correttamente, che la «spesa pubblica» dei vari Paesi comprende schemi diversi – fiscalità generale, assicurazione sociale, assicurazione privata obbligatoria – ma confronta poi le percentuali come se fossero la stessa grandezza. L'11% tedesco è in gran parte contribuzione assicurativa, con l'assicurazione per la non autosufficienza inclusa

Ultime analisi e review da QS Pro Gold



Cloud sanitario: infrastrutture, compliance, GDPR e Risk management



Gestione dell'ipertensione resistente: dalle Linee Guida alle terapie innovative



Leadership Infermieristica 2026: nuovi modelli di responsabilità e autonomia



Leadership Medica 2026: guidare team clinici ad alte prestazioni



AI e telemedicina nello studio odontoiatrico: applicazioni concrete e uso protetto

Quotidiano Sanità CLUB

Gli speciali



Sanità digitale per garantire più salute e sostenibilità. Ma servono standard e condivisione

[Tutti gli speciali](#)

I più letti [7 giorni][30 giorni]



La Lombardia anticipa al 1° settembre la campagna gratuita di immunizzazione anti-VRS per tutti i neonati



Acque trattate in bar e ristoranti. Nas: irregolarità nel 54% dei controlli. Sanzioni per 175mila euro

nel perimetro. Il confronto omogeneo è quello sulla spesa sanitaria corrente totale: l'Italia è all'8,4% del PIL contro il 9,3% medio OCSE. Il divario si riduce e cambia natura: non un deficit di finanziamento, ma una diversa composizione tra fonti — che è il vero problema italiano, e che l'indicatore public-only non riesce a cogliere.

Terza: le parità di potere d'acquisto. Il divario di 36 miliardi nasce da un confronto pro capite in dollari PPP. Le PPP correggono il livello generale dei prezzi, non quello del settore sanitario, che è fatto per due terzi di retribuzioni. Se un'ora di infermiere costa in Italia molto meno che in Germania, quella differenza resta dentro il numero e si legge come «minore spesa» quando è lo stesso servizio pagato meno. Quei 36 miliardi misurano quanto costerebbero i servizi altrui ai loro prezzi, non quante prestazioni mancano ai cittadini italiani.

Quarta: la spesa è un input. L'inferenza «meno spesa, quindi meno prestazioni, quindi meno qualità» va verificata sui dati, non presunta. Tra il 2019 e il 2024 la spesa pubblica è cresciuta sensibilmente — la stessa Fondazione riconosce al governo un aumento senza precedenti del Fondo Sanitario — e nello stesso periodo la rinuncia alle cure è passata dal 6,3% al 9,9% della popolazione. Più spesa, meno accesso. Il Country Report 2026 della Commissione europea colloca infatti il problema italiano nel personale, nell'iperprescrizione e nei colli di bottiglia organizzativi, non nel livello della spesa. Il deterioramento è dell'accesso, non degli esiti; e l'accesso è una variabile organizzativa prima che contabile.

Quinta: il margine. Nei sistemi ad alto reddito il rendimento della spesa aggiuntiva dipende da dove va. La Germania spende quasi il doppio in quota pubblica e ricovera per condizioni evitabili quasi quattro volte di più; il comparto che in Italia rende di più per euro speso è la medicina generale, che assorbe circa il 5% della spesa e gestisce quasi tutta la cronicità. Allineare l'Italia alla «media europea» non produce, di per sé, un solo ricovero evitato; destinare la risorsa marginale alla capacità organizzata delle cure primarie sì.

Queste osservazioni valgono simmetricamente. L'obiezione al «calo di un decimale» è la stessa che va mossa a chi presenta l'aumento del Fondo in euro assoluti come prova di un miglioramento: entrambe sono affermazioni sugli input, e nessuna misura ciò che il sistema produce. Il dibattito sul 6,2 contro 6,3 è esattamente il «copione» che la Fondazione GIMBE dichiara, giustamente, di voler superare.

Per superarlo occorre cambiare metrica: dalla quota di PIL che lo Stato spende alla spesa complessiva, pubblica e privata, e al risultato che il sistema produce per ogni unità di risorsa, con esiti e accesso misurati separatamente. È il lavoro che LEDECS, laboratorio indipendente e senza finanziamenti, ha svolto in questi mesi e che sta ora sottoponendo a una rivista scientifica internazionale: un contributo approfondito e articolato sulla metodologia di valutazione dei sistemi sanitari — un protocollo in sei passi per misurare efficacia, efficienza e risultati, applicato a sei sistemi OCSE di diversa architettura e, in profondità, all'Italia — che rende disponibile a chiunque le regole di lettura che qui ho solo accennato. Sarebbe utile — e lo propongo qui pubblicamente — che sulle regole di lettura di questi dati si costruisse un protocollo condiviso tra chi li produce, chi li analizza e chi li usa per decidere. Su questo la Fondazione GIMBE troverebbe in noi un interlocutore convinto.

Claudio Alberto Cricelli, *Fondatore, Presidente e Direttore scientifico di LEDECS — Laboratorio di Epidemiologia e Demografia, Economia Clinica e Sociale, Firenze, Presidente Emerito Vicario SIMG — Professore a contratto, Università Cattolica del Sacro Cuore*

04 Settembre 2026

© Riproduzione riservata

Potrebbe interessarti in Lettere al direttore

Sanità pubblica: i numeri non sono più un allarme,

Assistente infermiere. Arriva l'ok del Tar: "Nessuna invasione delle competenze degli infermieri"

Psoriasi a placche. Biosimilare di infliximab efficace e sicuro quanto l'originator

Liste d'attesa, cambia il rapporto con il cittadino: Cup unico, richiamata automatica, percorsi di tutela e più trasparenza. Ma se non disdici l'appuntamento paghi anche se sei esente. Ecco cosa prevede il nuovo Piano 2026-2028



sono una scelta che il Paese deve decidere se continuare a compiere

Gentile Direttore, i dati pubblicati sulla spesa sanitaria italiana impongono una riflessione che non può più essere rinviata. Essere ultimi nel G7 per spesa sanitaria pubblica pro capite non rappresenta semplicemente...



Dignità del lavoro e sostenibilità della cura: la stessa responsabilità

Gentile Direttore, ho letto con grande attenzione La trappola del non profit di Rita Longobardi, una persona che stimo e apprezzo sinceramente per la serietà, la sensibilità e la chiarezza con...



Il sociale e la sanità: due separati in casa

Gentile Direttore, nell'ordinamento dello Stato Italiano le politiche sanitarie e le Politiche sociali fanno capo a due circuiti diversi di gestione e erogazione. Le politiche di contenimento della spesa pubblica...



Debito orario e Case di Comunità: la contraddizione del PNRR che mette in crisi le Medicine di Gruppo

Gentile Direttore, l'ACN stralcio firmato il giugno scorso ha introdotto il debito orario di 6 ore settimanali nelle Case di Comunità (CdC) per la continuità assistenziale diurna ed è in fase...

Edizioni Regionali

**Abruzzo Veneto Piemonte Valle
Basilicata Giulia Provincia Trentino D'Aosta
Calabria Lazio Autor Puglia Veneto
Campidoglio Liguria di Sardegna
Emilia Romagna Lombardia Sicilia
Roma Marche Provincia Toscana
Friuli Venezia Giulia Molise Autor Umbria**

sanità

 Quotidiano online
 d'informazione sanitaria

Direttore responsabile
 Luciano Fassari

Direttore editoriale
 Francesco Maria Avitto

Sede legale e operativa:
 Via della Stelletta, 23, 00186 - Roma

Sede operativa:
 Via Luigi Galvani, 24, 20124 - Milano

Tel: (+39) 06 45209 715
Email: info@homnya.com
Coordinamento Pubblicità
commerciale@homnya.com
Redazione
redazione@homnya.com

 Copyright 2013-2026 © Homnya
 Srl
 Tutti i diritti sono riservati

P.I. e C.F. 13026241003

 Iscrizione al ROC n. 34308
 Iscrizione Tribunale di Roma
 n. 115/2013 del 22/05/2013

Riproduzione riservata

[Privacy Policy](#)