

Cerca nel sito

14 Settembre 2026 12:08

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: più risorse sono necessarie, ma senza regole e metodo rigoroso e co...



Stampa

Spesa sanitaria: più risorse sono necessarie, ma senza regole e metodo rigoroso e condiviso non bastano



Gentile Direttore, la ringrazio per l'opportunità di ospitare un dibattito non formale sulle risorse destinate alla salute degli italiani, e ringrazio l'amico Nino Cartabellotta per una risposta che accoglie nella sostanza tutte e cinque le osservazioni di metodo.

Gentile Direttore,
la ringrazio per l'opportunità di

ospitare un dibattito non formale sulle risorse destinate alla salute degli italiani, e ringrazio l'amico Nino Cartabellotta per una [risposta](#) che accoglie nella sostanza tutte e cinque le osservazioni di metodo: il dato 2025 è preliminare, i confronti vanno fatti nella stessa fonte e nello stesso perimetro, le PPP usate non sono sanitarie, i 36,1 miliardi non sono prestazioni mancanti, la spesa è un input. Il terreno comune è ampio.

Resta una divergenza. GIMBE sostiene che, accolte le cautele, «la conclusione resta invariata». Ma se le cautele sono fondate, il dato cambia; e se il dato cambia mentre la conclusione no, la conclusione non discende dal dato: lo precede. «Sottofinanziamento» è un giudizio normativo — risorse inferiori a un fabbisogno — e il fabbisogno non compare in nessun indicatore di spesa. Il differenziale con la media europea misura una distanza, non una mancanza.

Tre esempi. Primo: il divario di 0,9 punti non si riduce, ma cambia natura. Il dato UPB — pubblico al 73,1%, famiglie al 23,6% — è il dato giusto. Ma oltre tre quarti dell'out-of-pocket riguarda prestazioni fuori LEA (MEFOP 2026), e 4,5 miliardi l'anno di detrazioni sanitarie (MEF) non compaiono in nessuna percentuale. La spesa per integratori è «sanitaria» per la statistica e «non sanitaria» per il fisco: lo stesso dato non è lineare, e chi lo usa deve dichiarare quale criterio applica. Secondo: se i 36,1 miliardi sono «un differenziale comparativo di spesa», quale policy ne discende? Due terzi della sanità è lavoro, e il nostro costa meno: una parte di quel numero è prezzo, non quantità. Terzo: «più spesa, meno accesso» tra 2019 e 2024 era dichiaratamente simmetrica. Se non prova che il finanziamento è irrilevante, «meno spesa» non prova che l'accesso peggiori per difetto di risorse.

Ultime analisi e review da QS Pro Gold



Terapia antitrombotica nel paziente fragile: nuove evidenze per una gestione personalizzata



Assistenza infermieristica al paziente adulto in ventilazione non invasiva (NIV)



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

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]



Tumore della prostata: siamo pronti per uno screening con RM senza mezzo di contrasto?



L'infermiere, una professione usurante che richiede un nuovo sistema di welfare

I confronti aiutano. Sui dati OCSE 2025, l'Italia spende 5.164 dollari PPP pro capite (8,4% del PIL): meno di Spagna (5.346), Portogallo (5.212), Regno Unito (6.747), Germania (9.365) e Stati Uniti (14.885). La mortalità prevenibile è 93 per 100.000 in Italia contro 129 in Germania, 156 nel Regno Unito e 217 negli USA (media OCSE 145); quella trattabile 52 contro 66, 71 e 95 (media OCSE 77). In anni di vita per 1.000 dollari, l'Italia è prima (16,2), la Germania a 8,7, gli USA a 5,3. Il Portogallo, a spesa pari alla nostra, ha mortalità trattabile 63 e out-of-pocket al 29%: paga la composizione delle fonti, non il livello. Sulla serie OMS 2000-2019 l'Italia converte in salute l'84% degli anni guadagnati, la Spagna il 69%. Non è autocompiacimento: oltre una soglia il livello non predice gli esiti, e composizione e capacità organizzata spiegano più del finanziamento.

Dentro il sistema, un dato dice dove la risorsa marginale rende di più: la quota della medicina generale sulla spesa pubblica è scesa dal 6,2% nel 2012 al 5,1% nel 2023. Nello stesso decennio la MG ha assorbito la crescita della cronicità e mantenuto il controllo sanitario del territorio, con 224 ricoveri evitabili per 100.000 contro 473 di media OCSE e 810 in Germania. Il paradosso è che il comparto più defanziato è quello che ha contribuito in misura crescente all'efficienza del SSN. Non prova che quelle risorse fossero superflue: prova dove il loro esaurimento costerebbe di più.

Il metodo non cancella il sottofinanziamento. Ma decide se ciò che misuriamo si chiami sottofinanziamento, composizione delle fonti, prezzo degli input o vincolo di capacità: quattro diagnosi, quattro terapie. Cartabellotta elenca ciò che un sistema completo dovrebbe integrare — spesa pubblica e privata, risorse reali, personale, attese, rinunce, equità, esiti — ed è l'architettura del protocollo LEDECS, con accesso ed esiti misurati separatamente. Non propongo di sostituire la quota di PIL con un indicatore sintetico; propongo di non usarla come se lo fosse.

Questa risposta non conclude un dibattito: apre un processo, da sviluppare con il rigore che caratterizza il lavoro di entrambe le nostre istituzioni. E poiché la quota di risorse sanitarie sul PIL non è attesa in crescita, non basta l'efficienza: serve una nuova, radicale architettura allocativa e organizzativa dell'intero sistema. Perché quel sistema gli italiani lo pagano tutto, di tasca propria — con le imposte quando è pubblico, con il portafoglio quando è privato — e hanno il diritto di sapere che cosa comprano, e con quale metodo lo si misura.

Claudio Alberto Cricelli
Fondatore, Presidente e Direttore scientifico di LEDECS, Firenze · Presidente Emerito Vicario SIMG
14 Settembre 2026
© Riproduzione riservata

Potrebbe interessarti in Lettere al direttore



Rivoluzione nella Sanità Pubblica: il TAR abbatte le esclusive e conferma l'unitaria Dirigenza Sanitaria

Gentile Direttore, una recente pronuncia del Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia (Sezione staccata di Brescia), la sentenza n. 01174 pubblicata il 24 agosto 2026, traccia un solco nel panorama giurisprudenziale,...



Pro e contro dell'intelligenza artificiale e perché è necessario costruirne una completamente europea

Gentile Direttore, l'intelligenza artificiale va considerata per quello che è: non un oracolo, non un nemico, ma uno strumento estremamente potente. Ha già vantaggi reali e documentati: velocizza l'analisi, automatizza...



La cura della sofferenza genera vera libertà di



PS Ospedali Riuniti Padova Sud.
 Paziente in stato di agitazione
 danneggiata l'area rossa, nessun
 ferito



Tumore del pancreas. Aiom:
 "Daraxonrasib non ancora disponibile
 in Italia. Avviare subito l'uso
 compassionevole"



Ostetricia. Il Policlinico Abano
 introduce OdonAssist, nuovo
 strumento per rendere il parto sempre
 più fisiologico, sicuro e delicato. È il
 primo in Veneto