

Cala la spesa sanitaria Italia ultima nel G7 e si rinuncia alle cure

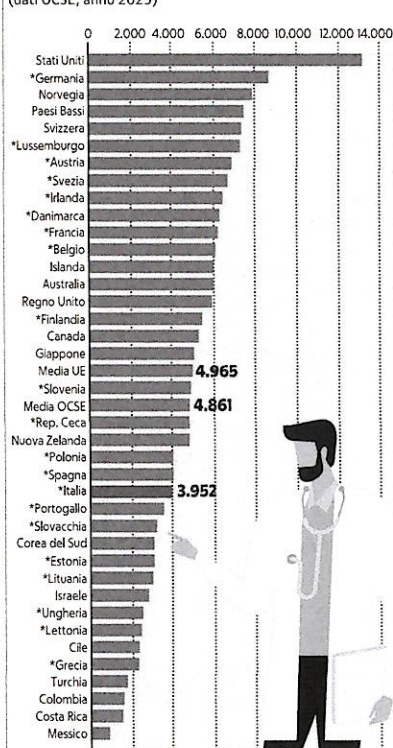
I numeri di Gimbe sono impietosi: un cittadino su dieci non si visita per motivi economici. Schlein: "Il governo ha scelto il settore privato"

L'Italia è l'ultima economia del G7 nella spesa sanitaria pubblica pro capite: nel 2025 si è fermata a 3.952 dollari a testa, contro una media europea di 4.965. Un distacco che, allargando il confronto ai 27 Paesi Ocse europei, la relega al 15esimo posto (davanti a noi anche Repubblica Ceca, Slovenia e Polonia). A certificarlo è l'analisi che la Fondazione Gimbe ha diffuso ieri sui dati Ocse, a poche settimane dalla sessione di bilancio 2027 che dovrà decidere se, e quanto, rifinanziare il Servizio sanitario nazionale. Sul fronte del Pil, la spesa pubblica per la salute è al 6,2%, mezzo punto sotto la media Ocse ed europea (7,1%) e in calo anche rispetto al 6,3% dell'anno precedente.

Ma il numero che racconta meglio la deriva a cui siamo approdati non è quello di oggi. Fino al 2011 l'Italia spendeva quanto la media europea, addirittura undici dollari pro capite in più. Da lì il distacco non si è più richiuso: 424 dollari nel 2019, 1.013 oggi. Moltiplicati per i quasi 59 milioni di residenti, fanno 36,1 miliardi l'anno che l'Italia non investe rispetto ai vicini europei. Basti un raffronto: la Germania destina alla sanità pubblica l'11% del Pil, quasi il doppio rispetto a noi; e spende 8.726 dollari pro capite, più del doppio dei 3.952 italiani.

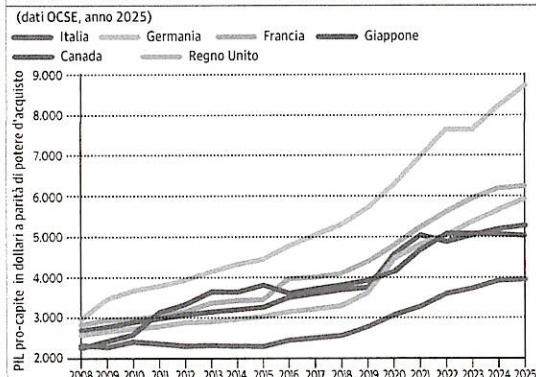
Ma il paragone più tagliente è con il Regno Unito, l'unico altro grande Paese che finanzia la sanità con la fiscalità generale invece che con assicurazioni. Nel 2008 Londra e Roma spendevano cifre quasi identiche, poco sopra i 2.200 dollari pro capite: l'Italia è rimasta ferma sotto quota 2.600 fino al 2018, mentre il Re-

SPESA SANITARIA PUBBLICA NEI PAESI OCSE
IN \$ PRO-CAPITE
(dati OCSE, anno 2025)



*Paesi dell'area OCSE membri dell'Unione Europea

TREND SPESA PUBBLICA 2008-2025 NEI PAESI DEL G7



gno Unito dal 2020 ha accelerato superando Canada e Giappone e avvicinandosi alla Francia. Stesso modello, destini opposti. «Il sottofinanziamento pubblico della sanità è una criticità strutturale che ha indebolito il Ssn e compromesso l'esigibilità di un diritto fondamentale», dice il presidente di Gimbe Nino Cartabellotta, che parla apertamente di «selezione dei diritti per reddito» e di negazione dell'articolo 32 della Costituzione: chi può, si rivolge al privato; chi non può, aspetta o rinuncia. Il conto lo pagano i cittadini: li-

● **Personale sanitario al lavoro in un pronto soccorso**

ste d'attesa fuori controllo, pronto soccorso al collasso, carenza di medici di famiglia, disuguaglianze territoriali e sociali. Solo nel 2024, 5,8 milioni di persone (quasi 1 su 10) hanno rinunciato a visite o esami diagnostici per motivi economici.

Un problema così grande che a luglio la Commissione europea, per la prima volta, ha collegato esplicitamente il deterioramento dell'Ssn a produttività ed equità sociale, e il Consiglio Ue ha raccomandato all'Italia di garantire cure accessibili in tempi ragionevoli. Le opposizioni non si sono fatte attendere: per la segretaria del Pd Elly Schlein, quello di Meloni è «il governo che più ha deficiato la sanità pubblica, per favorire gli interessi di quella privata». Per il presidente del M5 Giuseppe Conte, senza «investimenti massicci» il rischio è «condannare a morte una sanità pubblica in agonia». Eppure Gimbe colloca la responsabilità su quindici anni di tagli, sotto esecutivi di ogni colore politico.

Intanto il ministro della Salute Orazio Schillaci ha già chiesto almeno 5 miliardi in più per il 2027. Ma per la Fondazione la vera partita non è quanto il ministro strapperà al Mef quest'autunno: è se si romperà, per la prima volta in quindici anni, il copione che ogni anno accende il dibattito alla vigilia della manovra e lo spegne il giorno dopo. Senza un patto pluriennale tra le forze politiche, avverte Cartabellotta, il rischio è che anche le nuove Case di Comunità finanziate dal Pnrr (1.038, non ancora rendicontate a due mesi dalla scadenza) restino «scatole vuote».

— G.B.

©IMMAGINE ASSOCIATI

L'INTERVISTA

di GIULIA BOERO

Dirindin "Si premiano le cliniche servono più risorse al pubblico"

È una scelta fatta per penalizzare la sanità pubblica, sapendo che quella privata ne avrebbe tratto vantaggio. Nerina Dirindin non usa mezzi termini. Economista sanitaria, docente di economia pubblica all'Università di Torino, dal 2004 al 2009 è stata assessora alla Sanità della Regione Sardegna.

Il problema sono le risorse insufficienti, o spendiamo male quello che abbiamo?

«Non escludo che possano esserci ancora degli sprechi, ma il problema è la carenza di personale: medici, infermieri e altre professioni sanitarie. Dal 2005 soffriamo di un vincolo di legge che impone alle regioni di spendere nelle assunzioni l'1,4% in meno rispetto al 2004. Negli anni nessun governo è di fatto mai intervenuto,

se non durante il Covid».

Non è riuscito o non ha voluto?

«Noi l'abbiamo chiesto, ma c'era sempre qualche altra esigenza. E alla fine hanno dovuto externalizzare i servizi, comprare dal privato fino ad arrivare ai gettonisti. Tutto perché il capitolo di spesa sul personale dipendente aveva il tetto bloccato».

Per assumere servono risorse.

«Sì, ma da investire per costruire un patrimonio professionale che possa essere valorizzato, a cui offrire prospettive di carriera e una retribuzione adeguata. Molti non godono delle ferie maturate, altri non rispettano nemmeno i turni di riposo».

Se è così semplice, perché nessun governo ha pensato di invertire la rotta?

«Gli ospedali statali producono risultati migliori e tutelano i fragili, non c'è studio che dica il contrario»



● **Nerina Dirindin, economista sanitaria e docente all'università di Torino**

«Per l'idea, insita nella cultura neoliberista, che la sanità potesse essere consegnata in gran parte al mercato. Si è pensato che ridurre la capacità di offerta del pubblico non avrebbe creato problemi. In fondo, i cittadini si sarebbero potuti rivolgere al privato».

Quali sono state le conseguenze?

«Tanto sulle politiche sociali quanto su quelle sanitarie, il pubblico produce risultati migliori. Non c'è studio che dica il contrario, basta guardare l'esempio degli altri Paesi. Il privato esclude le persone più fragili. Il sistema pubblico è attento all'appropriatezza delle prestazioni, il privato ad aumentare i volumi. Faccio un esempio: il privato (non accreditato) non è obbligato a rispettare le specializzazioni mediche, nel

pubblico sì. Non è un caso che le denunce all'Ordine dei medici stiano crescendo».

Ma il privato non è comunque un'alternativa, per chi può permetterselo?

«Il privato ha puntato sulla diagnostica e la specialistica, a volte con un eccesso di consumo di prestazioni e accertamenti. Anche perché dopo il Covid molte persone hanno maturato ansia nei confronti della propria salute, e capita di affidarsi a medici che non sono sempre quelli più adatti: sta allo specialista, a quel punto, avere la serietà di indirizzarti a chi può prendersi cura di te. Ma è il pubblico a rispondere alle esigenze più importanti, dai ricoveri ospedalieri alle malattie gravi».

©IMMAGINE ASSOCIATI