



FONDAZIONE GIANDOMENICO ROMAGNOSI  
S C U O L A   D I   G O V E R N O   L O C A L E

*Note della Fondazione Giandomenico Romagnosi*

***Nota 1-2021***

## **La spesa sanitaria pubblica**

**Franco Osculati**

*Febbraio 2021*

Fondazione Scuola di Governo Locale Giandomenico Romagnosi

Presidente: Andrea Zatti.

Responsabile Scientifico delle Note: Andrea Zatti.

---

*Nota 1-2021, febbraio 2021.*

*Autore: Franco Osculati.*

*La spesa sanitaria pubblica.*

## La spesa sanitaria pubblica

di Franco Osculati<sup>1</sup>

Ebbene, ci eravamo sbagliati. Non avevamo capito fino in fondo che spendere in servizi sanitari universali è un investimento necessario per l'economia, oltre che, ovviamente, per il benessere degli individui. La nostra spesa pubblica sanitaria rappresentava un record.

**1.** Tra il 2008 e il 2013 in Italia la spesa pubblica e privata pro capite in termini reali è diminuita in misura dello 0,9%, a fronte di una crescita media Oecd dell'1% annuo. Dal 2013 al 2018 è risalita dello 0,8%, cioè un terzo della media Ocse<sup>2</sup>. La spesa pubblica corrente italiana è aumentata in termini nominali del 40% tra il 2002 e il 2010 per poi rimanere sostanzialmente invariata; a prezzi costanti essa è aumentata del 20% tra il 2002 e il 2008, ma negli anni successivi è decresciuta<sup>3</sup>.

Rispetto al Pil, nel 2018 la spesa sanitaria pubblica e privata ha raggiunto l'8,8%, uguagliando la media Oecd. In Francia e Germania era all'11,2%, nel Regno Unito al 9,8% (e a un ridicolo 16,9% negli Stati Uniti)<sup>4</sup>. Nei valori medi pro capite le differenze erano maggiori. Sempre con riferimento al 2018, in Italia 3.428 euro, 4.070 in Gran Bretagna, 4.965 in Francia, 5.986 in Germania, 10.586 negli Stati Uniti<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Vicepresidente della Fondazione Giandomenico Romagnosi - Scuola di Governo Locale.

<sup>2</sup> Cfr. Oecd, *Health at a glance*, Parigi, 2019, p. 151.

<sup>3</sup> Ufficio parlamentare di bilancio, *La revisione della spesa pubblica: il caso della sanità*, Roma, 2015, p. 10. Negli anni più recenti, in termini nominali, il finanziamento del Ssn ha assorbito 112,7 miliardi nel 2018, 115,4 miliardi nel 2019, 120,6 nel 2020. Per il 2021 lo stanziamento nella legge di bilancio è di 121,4 miliardi. Tra le maggiori spese previste è compreso il finanziamento di ulteriori 4.200 borse di studio per gli specializzandi. Nel corso del 2020 sono stati anche spesi 9,9 miliardi per effetti di vari decreti anticrisi. Cfr. Ufficio parlamentare di bilancio, *Rapporto sulla politica di bilancio 2021*, pp. 45 e 123. Il "Decreto ristori" approvato dal Consiglio dei Ministri del 14 gennaio 2021 prevede nuove spese nella sanità per circa 2 miliardi (probabilmente anche a copertura dell'assunzione con contratti di lavoro "somministrato" di 3.000 medici e 12.000 infermieri a supporto della campagna vaccinale).

<sup>4</sup> Oecd, *Health cit.*, p. 153.

<sup>5</sup> *Ibidem*.

Ancora più significativo e impressionante il dato di trend (pro capite). La previsione per il periodo 2015-2030 non raggiungeva il 2% annuo, cioè il dato più basso tra i 37 Paesi Oecd<sup>6</sup>.

In buona sostanza, nei 10-15 anni fino alla fine del 2019, il Servizio sanitario nazionale (Ssn) ha costituito un'ampia area di risparmi, tanto da essere rappresentato talvolta come un caso di *spending review* riuscito (Appendice 1).

**2.** A fronte di una spesa contenuta, da noi, prima del Covid, si potevano vantare indici nella speranza di vita media alla nascita, 83 anni, secondi soltanto al Giappone (84,2) e più confortanti che in altri Paesi (82,6 Francia; 81,3 Regno Unito; 81,1 Germania e 78,6 Stati Uniti)<sup>7</sup>. Vari indici di successo delle cure, per esempio del cancro, erano comparativamente più che buoni, mentre tra le cause di decesso in Italia l'inquinamento era indicato con valori piuttosto alti. La mortalità infantile era come in Germania e Regno Unito, inferiore a quella francese, pari ai due terzi di quella americana<sup>8</sup>.

Come dato incoerente rispetto al contesto si poteva citare la speranza di vita residua in buona salute a 65 anni. Era di 9,8 anni, poco peggiore della media europea, ma molto lontano dal primo della classe, la Svezia, che faceva segnare una speranza di 15,8<sup>9</sup>. Forse in questo aspetto va ricercata una parte dell'alta incidenza di decessi per effetto della pandemia.

Il quadro, dunque, sembrava confortante, sia in termini di efficienza, costi contenuti, sia in termini di efficacia, diffusione e caratteristiche delle cure. In realtà si accumulavano i problemi che poi sono esplosi in questo terribile 2020.

**3.** Negli anni più recenti il Ssn ha subito un'evoluzione che possiamo intuire osservando la dinamica della spesa corrente scomposta in alcuni grandi aggregati, come esposto in Tab.1.

---

<sup>6</sup> *Ivi*, p.167.

<sup>7</sup> *Ivi*, p. 25.

<sup>8</sup> *Ivi*, p. 81. Riguardo a indici di morbidità come il diabete e la presenza di due o più malattie croniche nello stesso soggetto, i dati italiani erano simili alla media Oecd.

<sup>9</sup> Cfr. Istat, *Salute1*, Roma, 2019, p.23.

**Tab.1. Spesa corrente. Tasso di crescita medio annuo in termini nominali. Periodo 2015-2019.**

Spesa totale	1,2%
Redditi da lavoro dipendente	1,2%
Consumi intermedi	2,2%
Assistenza medico-generica da convenzione	0,2%
Altre prestazioni sociali in natura da privato	2,0%

Fonte: Mef, *Il monitoraggio della spesa sanitaria, Roma, 2020, passim*<sup>10</sup>.

Ampliando il periodo di osservazione si evidenzia come la spesa per il personale sia stata consistentemente sacrificata. Dal 2002 al 2019 essa passa dal 35% del 2002 al 30% del 2019 della spesa corrente totale. In particolare, tra il 2012 e il 2019 il tasso di incremento annuo medio è stato del -0,3%, nonostante il recupero dovuto ai rinnovi contrattuali del 2018-2019 (che spiega il valore riportato in Tab. 1). Nel corso degli anni la legislazione di settore ha calmierato gli esborsi attraverso tetti di spesa, rinvio dei rinnovi contrattuali e, in minor misura rispetto ad altri comparti della PA, blocco del *turn over* (legge 208/2015, art. 1, comma 541), il tutto inserito nei “piani di rientro” imposti alle Regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia, Sicilia) con conti disallineati rispetto a varie regole di rigore anche pregresse<sup>11</sup>.

L’aspetto di maggior sostanza si compendia nella riduzione del personale dipendente di 45.000 unità tra il 2009 (693.716 addetti) e il 2018 (648.507 addetti)<sup>12</sup>. Il dato, pur in un contesto di ampia approssimazione, sembra coerente con i confronti internazionali di Tab. 2 (i quali peraltro, come avverte l’Oecd, sono migliorabili date le diverse convenzioni nazionali in ordine al conteggio dei medici in attività). L’Italia, va aggiunto, detiene il record della più alta percentuale Oecd di medici oltre i 55 anni di età<sup>13</sup>.

<sup>10</sup> I dati riportati sono di “contabilità economica” derivanti dalle contabilità degli enti sanitari locali; sono dati leggermente diversi da quelli di “contabilità nazionale” da cui si traggono i rapporti al Pil indicati nelle prime righe.

<sup>11</sup> Mef, *Il monitoraggio della spesa sanitaria, Roma, 2020, p.27*.

<sup>12</sup> *Ibidem*. Il tasso di decrescita è del 6,5% appena superiore alla diminuzione dell’intero impiego pubblico (6,3%). Nel decennio 2009-2018 la riduzione maggiore tra i grandi comparti spetta a “Funzioni centrali”, pari a 18,9%. All’interno di “Personale in regime di diritto pubblico”, che diminuisce dell’8,7%, la categoria rappresentata da “professori e ricercatori universitari” perde 14.737 unità, cioè circa un quarto del totale. Cfr. Ragioneria generale dello Stato, *Conto annuale, passim*, Roma, 2019.

<sup>13</sup> Oecd, *Health cit.*, p.175.

**Tab. 2. Personale sanitario. Confronti internazionali. Anno 2017.**

	Percentuale di occupati in “sanità e assistenza” sul totale dell’occupazione	N.° di medici per 1.000 abitanti	N.° di infermieri per 1.000 abitanti
Francia	14,1	3,2	10,5
Germania	13,3	4,3	12,9
Regno Unito	12,3	2,8	7,8
Stati Uniti	13,4	2,6	11,7
Italia	7,8	4,0	5,8

Fonte: *Oecd, Health at a glance, Parigi, 2019, pp. 33 e 171.*

Se consideriamo insieme il dato di Tab. 1 su “Assistenza medico-generica da convenzione” (crescita media annua 0,2) e questi dati sul personale constatiamo come, verso la fine del secondo decennio del secolo, il panorama italiano fosse impoverito dal lato del Ssn e della medicina di base, ma non dal lato della sanità privata (“Altre prestazioni sociali in natura da privato” cresciute del 2% annuo).

**4.** L’opinione corrente da molti anni fino all’avvento del Covid è stata che in Italia ci fossero molti o, addirittura, “troppi” medici. La presenza di infermieri era invece giudicata insufficiente. I dati Oecd riportati sopra supportano questi rilievi. Tuttavia, è opportuno non trascurare alcuni aspetti particolari.

La tesi dell’abbondanza di medici forse non era totalmente corretta e forse meritava di essere specificata come abbondanza di “laureati in medicina”. Certamente, da qualche tempo, emergeva una carenza di specialisti, come si poteva evincere dai documenti (2018) delle Regioni (Emilia Romagna, Lombardia, Veneto) che chiedevano “l’autonomia rafforzata”<sup>14</sup>. Se nelle Regioni più ricche e meglio dotate di servizi si lamentavano carenze di personale, il problema non poteva non essere serio anche nelle altre.

La distribuzione del personale Ssn non è uniforme sul territorio per vari motivi, tra i quali il diverso “modello di sanità” regionale. Se confrontiamo la Lombardia, come campione della sanità privata, e il Veneto, come esempio di sistema “pubblico centrico”, pochi dati valgono a sottolineare la differenza. La

<sup>14</sup> Cfr. F. Osculati, *L’autonomia differenziata regionale non sopravvive al Covid*, Fondazione Romagnosi, nota n. 20, novembre 2020: [http://www.fondazioneromagnosi.it/sites/default/files/nota\\_romagnosi\\_2020-20.pdf](http://www.fondazioneromagnosi.it/sites/default/files/nota_romagnosi_2020-20.pdf)

popolazione lombarda è di 10,1 milioni di persone; quella veneta corrisponde al 48% di questo importo. Se consideriamo la disponibilità all'interno del Ssn di medici e infermieri, le quote venete rispetto al totale lombardo sono 59% e 69%. Probabilmente in tema di vaccinazioni, campagna che richiede ampie disponibilità di addetti, le differenze possono incidere sul livello di efficacia dei servizi.

Il tipo di rapporto di lavoro, ovvero di contratto, degli addetti può incidere sulla comparabilità dei dati nazionali<sup>15</sup> e forse anche sulla qualità e quantità della prestazione. Nei dati italiani compare una certa tendenza all'aumento (fino al 9% per i medici e un poco inferiore per gli infermieri) dei rapporti di lavoro "flessibile"<sup>16</sup>.

**5.** Nel corso del 2020 si è dibattuto con frequenti aspre polemiche sul Meccanismo europeo di stabilità (Mes) sanitario (fino a 37 miliardi). Con l'anno nuovo i contrasti continuano.

Che il mancato accesso (dalla primavera) al Mes abbia comportato una carenza di finanziamenti sembra contraddetto sia dagli incrementi di spesa che abbiamo indicato all'inizio di questa nota, sia dall'imponenza dello "scostamento di bilancio" (oltre 100 miliardi) effettuato nel corso dell'anno.

Pur trascurando il significato del Mes quale strumento della politica di *austerità* seguita in Europa anche dopo la crisi finanziaria del 2008, per una pacata valutazione dell'opportunità di ricorrervi non si può, anzitutto, non considerare che si tratterebbe di prestiti, cioè di finanziamenti *una tantum* che, secondo una normale regola di cautela finanziaria, dovrebbero finanziare spese in conto capitale. Nella sanità italiana non mancano, presumibilmente, necessità nel campo dell'edilizia e delle apparecchiature, ma i servizi sanitari, come la scuola, richiedono finanziamenti adeguati e stabili. La sanità mal si accompagna al concetto e alla pratica della finanza straordinaria.

I finanziamenti Mes, si dice trentennali e a tasso negativo, sarebbero convenienti rispetto ai Btp decennali che in questi mesi sono stati collocati sul mercato ad un tasso vicino allo 0,5%. In realtà il confronto di costo deve essere meglio specificato per tenere conto della parte di emissioni che (sia pure sul mercato secondario ma senza più rispettare la *key ratio*, quota dei singoli Paesi nel capitale della Bce) viene assorbito dalla Banca centrale, la quale "retrocede" quasi totalmente l'importo degli interessi al Tesoro dei Paesi dell'area euro. Di fatto l'assorbimento "monetario" del debito pubblico italiano

<sup>15</sup> Per esempio, nei dati Oecd sopra riportati possono nascondersi differenze in ordine alla considerazione degli "interni" che solo in alcuni Paesi vengono conteggiati.

<sup>16</sup> Ministero della salute, *Il personale del sistema sanitario cit., passim.*

è assai ampio. «...la quota di titoli di Stato detenuta dall'Eurosistema salirebbe dal 17% di fine 2019 al 22% nel 2020 e al 25% nel 2021»<sup>17</sup>.

È rimasta sulla sfondo la questione se i finanziamenti Mes si collocherebbero come succedanei dei o come aggiuntivi ai finanziamenti utilizzabili nel quadro del *Next generation Eu* (Ngeu) che per l'Italia si commisurano in 82 miliardi di trasferimenti e 125 miliardi di prestiti (probabilmente a condizioni simili a quelle del Mes sanitario). La questione va affrontata tenendo anzitutto in conto che dei 209 miliardi complessivi del Ngeu la bozza iniziale di *Piano Nazionale di ripresa e resilienza* (Pnrr) ne accantonava 88 per sostituire finanziamenti per progetti in atto e da reperire con gli strumenti consueti del Tesoro. Tale cifra, nel testo del Ngrr approvato dal Consiglio dei ministri del 12 gennaio è stata ridotta a 63 miliardi.

Il Piano nazionale per la ripresa e la resilienza (Pnrr) già nelle sue prime elaborazioni prevede, alla “missione” 6, risorse destinate alla tempestività di risposta alle patologie infettive, o di altro tipo, emergenti e punta anche alla digitalizzazione dell'assistenza (fascicolo sanitario elettronico, telemedicina, potenziamento delle cure a domicilio)<sup>18</sup>. Per questa missione il testo approvato dal Consiglio dei Ministri del 12 gennaio appostava 19,7 miliardi.

**6.** I dati finanziari sono soltanto l'inizio di un'analisi accettabile dell'attività del settore pubblico e di un particolare servizio. Sono insostituibili per verificare le compatibilità macroeconomiche, ma per poter parlare del benessere collettivo dovrebbero essere accompagnati da valutazioni sul “prodotto”, ovvero per esempio quante operazioni per miliardo speso, e sul “risultato”, ovvero i miglioramenti dello stato di salute determinati da tali operazioni. Tuttavia, anche i dati complessivi, come quelli ricordati in questa nota, non sono muti. Se non altro, dai confronti internazionali (con Paesi comparabili) e dalla loro dinamica anche dai dati macro si possono trarre conclusioni.

Anche prima del Covid la spesa sanitaria italiana è stata eccessivamente sacrificata. In futuro il Ssn dovrà contare su un livello di risorse più elevato di quello degli ultimi anni (fino al 2019) e sulla loro stabilità.

La spesa sanitaria pubblica nel medio e lungo periodo non potrà non aumentare sia in termini assoluti, sia in termini relativi (al Pil, al consumo di beni privati di mercato, ad altre voci di spesa pubblica). La pandemia del Covid sarà risolta quando sarà vaccinata l'intera popolazione mondiale; ciò avverrà

<sup>17</sup> Ufficio parlamentare di bilancio, *Rapporto sulla politica di bilancio 2021*, Roma, 2020, p. 80.

<sup>18</sup> Camera dei deputati, *Le politiche di settore nel quadro europeo. Elementi per l'attività di indirizzo parlamentare in vista del Pnrr*, Roma 22 settembre 2020.

molto avanti nel tempo non essendo escluso (a gennaio 2021) che i vaccini disponibili richiedano una reiterazione annuale. Secondo vari esperti, inoltre, non si aspetteranno altri 100 anni, come fu per la “spagnola”, per vedere radicarsi altre pandemie.

Oltre la tematica delle malattie infettive, che è da considerarsi nuova per le proporzioni raggiunte dal Covid, rimangono, a spingere verso la crescita del fabbisogno sanitario, i due noti aspetti dell’invecchiamento della popolazione e del progresso tecnico. Nei conteggi statistici, il fattore invecchiamento rimane chiaramente correlato alla spesa, quantunque parzialmente ridimensionato dal fatto che la spesa sanitaria si impenna nell’ultimo anno di vita delle persone (anche giovani). Quanto al progresso tecnico, cioè ricerca e scoperta di nuovi farmaci e nuove apparecchiature, il fabbisogno finanziario non diminuirà. Anzi si prospetta una crescita sia per la necessità di sostegno pubblico all’innovazione, sia per l’aspetto etico che impedisce di confinare i frutti della ricerca tra i ricchi e gli abbienti.

Per assicurare stabilità al Ssn è utile mettere a fuoco il termine e il concetto di “investimento” che in sanità non si riduce alla logica contabile delle spese in conto capitale. Si deve spendere in nuovi ospedali non meno che, per esempio, in borse di studio per medici e infermieri. Per la collettività tutto ciò che serve è investimento perché diagnosi tempestive e buone cure riducono le costose ospedalizzazioni e i giorni di assenza dal lavoro. Senza dire di quel che avviene in caso di pandemia. Dal lato del finanziamento, l’enfasi va posta non sui mutui ma sui tributi, come si fece negli anni ’90 con l’introduzione dell’imposta regionale sulle attività produttive (Irap) voluta per diverse buone ragioni (valide anche oggi) con lo scopo di sostenere la sanità.

### **Appendice. Concezione e quantità della spesa pubblica in sanità negli ultimi anni.**

Di seguito riporto alcuni brani che traggio da documenti dell’*Ufficio parlamentare di bilancio* che è un organo tecnico *super partes* incaricato di esaminare di volta in volta i provvedimenti di finanza pubblica, con particolare riguardo alle leggi di stabilità. Tali documenti distillano il concetto che ha prevalso negli anni scorsi riguardo al sistema sanitario pubblico e segnalano, se non altro, come la sanità fosse intesa dai decisori pubblici come una voce di spesa da mettere a regime, alla pari di ogni altra e senza nessun riguardo ai moniti ricavabili dai confronti internazionali e dall’evoluzione demografica.

Con gli interventi del disegno di legge di stabilità (Ddl) per il 2016, il finanziamento del Ssn viene posto a 111 miliardi, livello superiore a quello del 2015 (pari a 109,7), ma inferiore di 2,1 miliardi a quanto previsto, a legislazione vigente, dopo la manovra dello scorso anno (113,1 miliardi). ...Per il triennio 2017-2019 il Ddl prevede riduzioni aggiuntive del finanziamento ...Lo sforzo richiesto alle Regioni, pari a 4 miliardi per il 2017 e 5,5 sia per il 2018 che per il 2019...

Questo avviene mentre i principali Paesi sviluppati allocano quantità sempre maggiori di risorse sulla sanità, seguendo una tendenza che riflette l'aumento della domanda di salute legato all'incremento del benessere e all'invecchiamento della popolazione, oltre che la scoperta di nuove tecnologie e le aspettative di sviluppo del settore.

Ufficio parlamentare di bilancio, *La revisione della spesa pubblica: il caso della sanità*, Roma, 21 dicembre 2015, pp. 1 e 20.

Considerando le stime sull'evoluzione della spesa sanitaria a legislazione vigente contenuta nella NadeF (Nota di aggiornamento al documento di economia e finanza) del 2015, che prevedono un calo, in rapporto al Pil da 6,8 a 6,5 punti percentuali tra il 2015 e il 2019, nel quadro programmatico la riduzione complessiva a fine periodo potrebbe risultare di circa mezzo punto di Pil.

Ufficio parlamentare di bilancio, *Rapporto sulla politica di bilancio 2016*, Roma, p. 102.

In rapporto al Pil, ipotizzando che la manovra si traduca per intero in minori esborsi e applicandola alla previsione tendenziale riportata nella NadeF 2016, si osserva una stabilità della spesa sanitaria nel 2017 e una sua diminuzione dal 6,8 al 6,4% nel periodo di previsione che si chiude al 2019.

Ufficio parlamentare di bilancio, *Rapporto sulla politica di bilancio 2017*, Roma, p. 124.

Il Ddl di bilancio sottolinea inoltre che la copertura degli oneri per i contratti 2016-18 e per il rinnovo delle convenzioni resta a carico del bilancio del Ssn. E' verosimile che le Regioni abbiano avuto difficoltà ad accantonare tutti i fondi per gli aumenti contrattuali e per le convenzioni anche in considerazione: 1) dei tagli al finanziamento; ... 4) della necessità di attuare nuove assunzioni per garantire il *turn over* ...affrontando il problema del precariato ...La necessità di individuare nelle risorse a legislazione vigente gli spazi per i rinnovi contrattuali introduce un elemento di rischio sul livello delle prestazioni sanitarie...

Ufficio parlamentare di bilancio, *Rapporto sulla politica di bilancio 2018*, Roma, p. 154.