

# 

**Rapporto Fnomceo-Censis**

**Il valore economico e sociale**

**del Servizio sanitario italiano**

**Sintesi dei principali risultati**

**Roma, 24 ottobre 2023**

INDICE

1. DAL SERVIZIO SANITARIO TANTI BENEFICI IN TANTI AMBITI 3

2. QUANTIFICANDO I BENEFICI ECONOMICI: VALORE CREATO E SETTORI   
PIÙ COINVOLTI 4

2.1. Valore creato e moltiplicatore 4

2.2. La pluralità dei settori beneficiari 6

3. L’IMPATTO SULL’OCCUPAZIONE 7

3.1. Tanto lavoro, di qualità 7

3.2. Scenari di espansione dell’occupazione 8

3.3. Impatti virtuosi visibili 9

4. POTENZIARE SUBITO L’ECOSISTEMA DELLA RICERCA 9

4.1. Più risorse per fare di più e meglio 9

4.2. Dalle scoperte alla concreta applicazione: l’importanza della velocità   
di transizione 10

4.3. L’ineludibile centralità del medico 11

5. LA COESIONE SOCIALE 12

5.1. Il valore della presenza diffusa 12

5.2. L’interesse nazionale a una sanità di eccellenza 13

TABELLE 15

# Dal servizio sanitario tanti benefici in tanti ambiti

Il Servizio sanitario è una delle istituzioni più apprezzate dagli italiani, tanto più dopo la sfida del Covid in cui gli operatori sanitari, a cominciare dai medici, sono stati in prima linea conquistando un’elevatissima *social reputation* presso gli italiani. Il Servizio sanitario contribuisce in modo rilevante:

* al miglioramento del benessere e della qualità della vita degli italiani, grazie alla sua vocazione universalista e alla massa di servizi e prestazioni quotidianamente erogata;
* ad una società più equa, poiché ammortizza l’impatto sul diritto alla salute delle differenze socioeconomiche, territoriali o di capitale culturale.

Inoltre, il Servizio sanitario ha impatti molto positivi in altri ambiti quali:

* l’economia, in cui per un colossale indotto di imprese di una molteplicità di settori, molti ad elevata propensione all’innovazione, genera una domanda che stimola all’espansione della produzione e allo sviluppo per un maggior benessere;
* l’occupazione, con un’elevata quota di addetti che direttamente, indirettamente e nell’indotto fanno capo all’impiego della spesa sanitaria pubblica. In larga parte è occupazione di qualità, motivante, in linea con le aspettative più avanzate del nostro tempo;
* la ricerca e l’innovazione, poiché è all’interno delle sue strutture che matura una parte significativa della ricerca contribuendo alle innovazioni terapeutiche poi utilizzate su larga scala. Inoltre, il Servizio sanitario operando come potenziale committente *dai grandi numeri* è uno straordinario stimolo per tutti gli attori dell’ecosistema della ricerca, perché è il garante che gli elevati investimenti richiesti per individuare e rendere disponibili al paziente terapie innovative potranno essere ripagati. Inoltre, l’intreccio tra ricerca e concreta attività sanitaria nelle strutture e nei servizi della sanità quotidianamente erogata è garanzia di più alte performance dell’attività di ricerca, anche nella velocità di adozione dei ritrovati scientifici;
* la coesione sociale, poiché la tutela della salute come diritto riconosciuto a tutti i cittadini è uno straordinario collante in una società in cui, come già evidenziato, le disparità socioeconomiche da tempo si vanno ampliando. Garantire la salute a tutti e ovunque è anche un potente fattore di rassicurazione in tempi di grande incertezza. Inoltre, la presenza capillare nei territori delle strutture e dei servizi della sanità comporta una distribuzione puntuale e diffuso dei benefici, anche economici e occupazionali, ad esso associati.

La presente ricerca certifica che il Servizio sanitario è molto più che un erogatore di servizi e prestazioni sanitarie, comunque indispensabili al benessere e alla qualità della vita degli italiani.

È un attore primario dello sviluppo italiano perché le risorse pubbliche destinate alla sanità vanno considerate come *investimento e non come spesa*, proprio perché hanno un impatto altamente positivo sul piano economico, occupazionale, della innovazione e ricerca e sulla coesione sociale.

# 2. Quantificando i benefici economici: valore creato e settori più coinvolti

## 2.1. Valore creato e moltiplicatore

La quantificazione dell’impatto della spesa sanitaria pubblica sul valore della produzione è stata effettuata ricorrendo a un modello di valutazione fondato sull’analisi dell’interdipendenze settoriali, le tavole input-output di *Leontief*, determinando *il valore economico creato per ciascun euro di spesa pubblica investito nel Servizio sanitario*.

In concreto, l’investimento pubblico viene immesso nel sistema economico e per tramite l’azione degli attori economici via via coinvolti promuove la generazione di produzione aggiuntiva di beni e servizi e la conseguente occupazione. Il Servizio sanitario opera come un committente che esprime una domanda che viene soddisfatta direttamente e indirettamente attraverso l’azione di una molteplicità di soggetti di settori diversi, attivando la creazione diretta e indiretta di valore economico.

In Italia, dati recenti indicano che la spesa sanitaria pubblica nel 2022 è stata pari a 131,1 miliardi euro, il 6,7% del Pil **(tab. 1)**. Nelle elaborazioni per la presente ricerca, però, si è partiti da un valore della spesa sanitaria pubblica lievemente superiore, poiché inclusivo anche della spesa per consumi collettivi che, a sua volta, incorpora quella per ricerca e sviluppo.

Così, a partire da un valore della spesa sanitaria pubblica pari a 131,3 miliardi di euro, il valore della produzione interna diretta, indiretta e dell’indotto ad essa ascrivibile è stimata pari a 242 miliardi di euro (**tabb. 2-3**).

La spesa sanitaria pubblica si trasforma in spesa B2B, rivolta dapprima alle imprese dei settori più direttamente coinvolti dalla sua attività, poi di quelli limitrofi e, via via, di quelli più distanti. Inoltre, i redditi distribuiti agli occupati delle imprese coinvolte diventano a loro volta spesa B2C con effetti espansivi per i settori che ne beneficiano.

La transizione dalla spesa al valore della produzione avviene con un moltiplicatore pari a 1,84 che significa che per ogni euro di spesa sanitaria pubblica investito nel Servizio sanitario viene generato un valore della produzione non distante dal doppio. Inoltre, il valore aggiunto complessivo creato è pari a 127 miliardi di euro: il 7,3% del valore aggiunto totale e il 6,5% del Pil.

Ecco i dati impressivi del circuito economico che viene attivato dalla spesa sanitaria pubblica. Infatti, per le imprese essa si trasforma in domanda di beni e servizi a cui rispondono attivando gli opportuni processi di produzione con relativa creazione di occupazione e, a loro volta tali imprese rivolgono una domanda pagante ad altre imprese dello stesso settore o di altri settori. È così che si genera l’effetto cumulativo che si irradia nel sistema economico con una dinamica intersettoriale e che, nello specifico delle attività del Servizio sanitario, mostra una particolare efficacia.

La dinamica evidenziata certifica impressivamente che la spesa sanitaria è un investimento, non un costo, perché nel concreto dei processi economici è capace di generare, per tramite effetti diretti, indiretti e indotti anche in settori distanti da quelli più propriamente coinvolti dall’attività della sanità, una vera e propria redditività differita che si esprime nel valore della produzione stimolata e in quella, come si vedrà, dell’occupazione.

Il quadro macro della *generatività* della spesa sanitaria pubblica si completa con gli effetti sulla raccolta fiscale e contributiva: il totale delle imposte dirette e indirette e dei contributi sociali ascrivibili al circuito attivato dalla spesa sanitaria pubblica citata è pari a oltre 50 miliardi di euro. Sono generati oltre 28 miliardi di imposte dirette e indirette e quasi 22 miliardi di contributi sociali dai lavoratori dipendenti coinvolti.

## 2.2. La pluralità dei settori beneficiari

L’effetto diffusivo nel sistema economico dell’impatto della spesa sanitaria pubblica significa che essa coinvolge settori diversi, inclusi molti distanti dall’attività sanitaria propriamente detta. I settori che direttamente e indirettamente beneficiano della spinta della spesa sanitaria pubblica sono **(tabb. 4-5)**:

* le *attività dei servizi sanitari* per un valore della produzione pari a 125 miliardi di euro con quasi 1,3 milioni di occupati. È un settore ampio e articolato che include i servizi ospedalieri, dagli ospedali alle case di cura specialistiche e di lungodegenza, i servizi degli studi medici e odontoiatrici, e le altre attività di assistenza sanitaria come laboratori di analisi cliniche, radiografici, centri di diagnostica di altro tipo ecc. L’ampiezza e l’articolazione degli attori che sono coinvolti esprime implicitamente la potenza con cui la spesa sanitaria pubblica irradia i suoi positivi effetti, con dinamica cumulativa, nell’economia;
* il *settore dell’assistenza sociale* con 8,6 miliardi di valore di produzione e un’occupazione di 180 mila persone. Il settore include case di riposo con assistenza infermieristica, strutture residenziali per anziani, disabili e altre attività di assistenza sociale non residenziali. È anch’esso un settore con una molteplicità di strutture diffuse sui territori, che diventano altrettanti terminali di una domanda che si rivolge a imprese di settori che operano come fornitori dei beni e servizi di cui hanno bisogno;
* il *commercio al dettaglio e all’ingrosso*, con oltre 9 miliardi di valore di produzione e oltre 95 mila occupati. Tale settore può essere considerato come l’esempio paradigmatico di quanto ampio e diffuso sia l’impatto economico della spesa sanitaria pubblica poiché, mettendo in movimento una molteplicità di imprese, finisce per coinvolgere anche settori non prossimi alla sanità

Ci sono poi una molteplicità di ulteriori settori che beneficiano dell’impulso della spesa sanitaria pubblica come, ad esempio, l’industria farmaceutica o quella dei dispositivi medici, che creano occupazione di qualità in imprese competitive e altamente innovative.

C’è poi il *boost* a settori professionali e di servizi qualificati di tipo amministrativo, legale, contabile, di consulenza gestionale con un valore della produzione che va oltre i 3 miliardi di euro e un’occupazione di oltre 30 mila unità. E, ancora, la domanda che viene rivolta e stimola l’attività di servizi di supporto essenziali come servizi di vigilanza e di *facility management* con quasi 43 mila occupati.

I dati mostrano la possenza, l’ampiezza e l’articolazione settoriale del contributo economico del Servizio sanitario e della spesa sanitaria pubblica italiana al sistema delle imprese e, in generale, allo sviluppo dell’economia.

# 3. L’IMPATTO SULL’OCCUPAZIONE

## 3.1. Tanto lavoro, di qualità

Ulteriore fondamentale beneficio di natura economica, con rilevanti effetti sociali, ascrivibile alla spesa sanitaria pubblica consiste nell’impatto sull’occupazione.

Infatti, gli occupati interni diretti, indiretti e indotti afferenti al meccanismo cumulativo innescato dalla spesa sanitaria pubblica sono stimati complessivamente in 2,2 milioni di persone, pari all’8,7% degli occupati totali.

Il Servizio sanitaria ha 670 mila dipendenti, di cui oltre 470 mila del ruolo sanitario, a cui aggiungere oltre 57 mila medici di medicina generale, titolari di guardie mediche e pediatri di libera scelta **(tab. 6).** È pertanto uno dei principali datori di lavoro nel nostro paese così come all’interno dei singoli territori, cosa che ovviamente amplifica il valore della sua capacità di generare lavoro.

Si tratta, peraltro, di lavoro complessivamente di qualità, motivante, potenzialmente pregno di senso in una fase storica segnata invece da una visibile crisi della cultura e dell’identità legata al lavoro.

C’è poi l’occupazione la cui creazione viene stimolata tramite il meccanismo generativo descritto, per cui la spesa sanitaria pubblica genera una domanda che consente a imprese di settori via via più distanti di espandere la produzione e in parallelo l’occupazione.

## 3.2. Scenari di espansione dell’occupazione

Gli impatti sull’economia e sull’occupazione mostrano che un incremento della spesa sanitaria pubblica è auspicabile, oltre che per migliorare la qualità dell’assistenza così da fronteggiare in modo appropriato l’aumento atteso dei fabbisogni sanitari a causa dell’invecchiamento della popolazione, perché è un investimento generativo il cui positivo impatto sull’occupazione è forse l’esito più impressivo.

Peraltro, il fatto che l’Italia abbia una spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil inferiore a quello di paesi omologhi come la Francia e la Germania prova ulteriormente che investire più risorse pubbliche nella sanità è utile, possibile e, per certi versi, necessario.

A questo proposito, nella presenta ricerca sono stati costruiti scenari di riferimento che consentono di fissare i benefici occupazionali che deriverebbero dall’espansione della spesa sanitaria pubblica italiana sino ai valori dei paesi indicati.

Infatti, nel 2022 in Italia la spesa sanitaria pro-capite in euro è stata pari a 2.226 euro e il totale della spesa sanitaria pubblica al 6,8% del Pil. Nello stesso anno in Francia la spesa sanitaria pubblica pro-capite a parità di potere d’acquisto è stata pari a 3.739 euro e nel complesso la spesa sanitaria pubblica è risultata pari al 10,1% del Pil francese. In Germania invece essa è stata pari a 4.702 euro in PPA, e il totale al 10,9% del Pil tedesco.

Nell’ipotesi di un incremento della spesa sanitaria pubblica pro capite italiana sino al valore di quella francese, la spesa pubblica sanitaria totale italiana crescerebbe di 89 miliardi di euro diventando pari all’10,9% del Pil, con un incremento del totale occupati diretti, indiretti e indotti di 1,5 milioni di unità, per un totale di 3,8 milioni **(tab. 7)**.

Se invece la spesa sanitaria pubblica pro capite italiana salisse al livello di quella della Germania, la spesa sanitaria pubblica totale del nostro paese aumenterebbe di 146 miliardi portando l’incidenza sul Pil a 13,3%, e il totale degli occupati diretti, indiretti e indotti a 4,7 milioni, con 2,5 milioni di occupati in più.

Ecco i benefici occupazionali stimati, ma molto realistici, che sarebbero associati ad un investimento pubblico più alto nella sanità italiana: da 1,5 milioni a addirittura 2,5 milioni di occupati in più, nei settori più strettamente legati alla sanità sino a quelli che invece beneficerebbero degli effetti indiretti e anche indotti.

## 3.3. Impatti virtuosi visibili

Le simulazioni condotte hanno un valore teorico e tuttavia sono un riferimento utile per il dibattito sul potenziamento delle risorse pubbliche per il Servizio sanitario italiano, che comunque in graduatorie internazionali sulla qualità della sanità spesso sopravanza sia quella francese che quella tedesca.

I dati di spesa sanitaria pro capite standardizzati consentono di dire che l’impegno di risorse pubbliche nel nostro paese potrebbe salire ancora, quanto meno approssimando i valori di cui beneficiano i cittadini dei due paesi omologhi.

E tale scelta non significherebbe solo una maggiore disponibilità di risorse per finanziare la produzione di servizi e prestazioni ma, grazie alla più volte citata dinamica delle interdipendenze settoriali, cioè gli effetti diretti, indiretti e indotti ascrivibili all’incremento di spesa pubblica, avrebbe anche l’effetto positivo di generare più occupazione.

Nel rigoroso scrutinio degli impieghi utili delle risorse pubbliche che deve presiedere alla crescente competizione tra i vari settori per imporsi come destinatari delle risorse stesse, la scelta dell’investimento in sanità ha anche lo straordinario beneficio di creare in modo diffuso nuova occupazione.

# 4. Potenziare subito l’ecosistema della ricerca

## 4.1. Più risorse per fare di più e meglio

L’ecosistema della ricerca con i suoi tanti e diversi attori, dagli enti ai ricercatori alle imprese, è da considerarsi un componente costitutivo del sistema sanitario italiano.

La recente traumatica esperienza del periodo pandemico ha generato nella società italiana, al di là di minoranze rumorose, un’elevata *social acceptance* del ruolo della ricerca sulla salute, con alte aspettative sul suo contributo nel rendere disponibili risposte terapeutiche e assistenziali efficaci per le sfide sanitarie del nostro tempo, dalle patologie ancora ad alta mortalità a quelle croniche invalidanti alla lotta tempestiva a improvvisi e inattesi virus e agenti patogeni.

L’Italia ha uno stanziamento di spesa pubblica per ricerca e sviluppo per protezione e promozione della salute umana pari a circa il 12,7% del totale della spesa stanziata per ricerca e sviluppo. È un dato che colloca il nostro paese al quinto posto della graduatoria della Unione Europea per valore pro capite a parità di prezzi d’acquisto **(tab. 8)**. La dinamica nel tempo è stata oscillante poiché:

* nel periodo 2012-2019 ha avuto una crescita del 5,2% %;
* nel 2019-2022, come portato del *boost* indotto dagli effetti dell’emergenza, è salito del 49%;
* nel decennio 2012-2022 l’incremento è stato di oltre il 56%.

In totale la *spesa pubblica italiana per ricerca e sviluppo per protezione e promozione della salute umana* è pari a 1,6 miliardi di euro.

Inoltre, alcuni generali indicatori di performance segnalano che l’ecosistema della ricerca del nostro paese esprime buone performance, poiché l’Italia è al secondo posto della graduatoria europea e al sesto di quella mondiale per numero di pubblicazioni relative all’area tematica della medicina nelle riviste scientifiche.

In pratica, la ricerca sanitaria italiana è di ottimo livello e meriterebbe un significativo potenziamento delle risorse, anche in relazione agli effetti di retroazione che ha sull’innovazione di filiere industriali ad alta creazione di valore aggiunto e di occupazione di qualità.

Il Servizio sanitario è il committente primo degli esiti delle attività di ricerca per la tutela della salute, e pertanto potenziare la sua capacità di finanziare direttamente progetti di ricerca e quella di accogliere e utilizzare diffusamente i ritrovati amplierebbe lo spettro di opportunità per l’intero ecosistema della ricerca, con un *boost* certo sugli esiti.

## 4.2. Dalle scoperte alla concreta applicazione: l’importanza della velocità di transizione

Il nesso tra ricerca sanitaria e attività ordinarie del Servizio sanitario è decisivo, poiché la prima può contribuire in modo rilevante al miglioramento dell’assistenza sanitaria nel tempo. Infatti, gli esiti dell’attività degli attori dell’ecosistema della ricerca contribuiscono ad una migliore conoscenza della salute e delle patologie consentendo di mettere a disposizione soluzioni di prevenzione e cura.

Un errore antico è quello di concepire l’offerta sanitaria in essere come tendenzialmente uguale a sé stessa, con performance dipendenti quasi esclusivamente dall’ammontare di risorse rese disponibili ed eventualmente da qualche adattamento organizzativo.

In realtà, il sentiero di sviluppo della sanità beneficia soprattutto dell’innovazione, cioè dei contributi che provengono dalla ricerca e dalla tempestività ed efficacia con cui entrano nel quotidiano della sanità ordinaria, innalzando gli *outcome* delle cure.

La ricerca poi ha un impatto molto positivo sulle filiere industriali coinvolte dalle sue attività e nella produzione e commercializzazione dei suoi ritrovati, perché le imprese sono sistematicamente stimolate a misurarsi sulle frontiere più avanzate dell’innovazione.

## 4.3. L’ineludibile centralità del medico

La *social acceptance* del valore per la sanità della ricerca e delle innovazioni tecnologiche, incluse quelle digitali fondate sul massiccio utilizzo di dati personali, non è priva di taluni timori.

Infatti, al di là delle pulsioni irrazionali e antiscientifiche, è comunque presente nella *public opinion* la preoccupazione che si impongano relazioni impersonali, con relativa perdita di riferimenti umani e *caldi* nei processi di cura.

In realtà, emerge l’opposizione di principio degli italiani ad un’idea di sanità che, alla fin fine, vorrebbe marginalizzare o addirittura escludere il medico dai processi decisionali sulla cura e la tutela della salute.

Nella cultura sociale collettiva degli italiani prevale la convinzione che al centro dei processi di cura, responsabile delle decisioni essenziali è e deve restare il medico. Non c’è tecnologia o algoritmo che possa sostituire, ad oggi, la figura e la relazionalità con il medico.

Ogni processo di innovazione, ogni ritrovato terapeutico comunque deve entrare nella sanità in conformità all’esercizio del ruolo di riferimento decisionale del medico. La fiducia sociale ampia di cui beneficiano i medici, quindi, è il viatico per rendere socialmente accettabili su larga scala nuove terapie e innovazioni tecnologiche.

# 5. LA COESIONE SOCIALE

## 5.1. Il valore della presenza diffusa

Sono noti i contributi che la *buona sanità per tutti* garantita dal Servizio sanitario ha dato nel tempo al miglioramento della qualità della vita degli italiani. L’Italia è tra i paesi più longevi al mondo e, anche, quello con una più alta aspettativa di vita senza disabilità **(tab. 9)**.

D’altro canto, la qualità della sanità italiana, pur nelle tante difficoltà e contraddizioni del suo quotidiano operare nelle varie Regioni, resta tra le più alte al mondo, in grado di incidere in un modo positivo sulle vite delle persone, soprattutto quando emergono problemi di salute, anche gravi.

Il valore sociale del Servizio sanitario richiama ulteriori contributi rilevanti, come quello alla coesione sociale sui territori. Ciò avviene certamente tramite l’erogazione di servizi sanitari che sono fondamentali per il benessere delle persone e la qualità della vita in ambito locale, ma anche perché è una piattaforma decisiva per l’occupazione locale, di cui rappresenta una componente significativa, che ovviamente è opportuno e utile espandere.

Attualmente il totale del personale del comparto della sanità (personale sanitario, tecnico e amministrativo) come quota per 1.000 occupati ha un valore superiore a 30 in 15 Regioni, con una punta di 41,7 per 1.000 **(tab. 10)**.

La spesa sanitaria pubblica è un investimento economico i cui effetti si dispiegano su tutti i territori del nostro paese, e pertanto le sue risorse possono essere considerate ad alto impatto economico e occupazionale, con in più il pregio di distribuire i benefici in modo diffuso nei territori.

Alla spesa sanitaria pubblica come investimento non fanno capo cattedrali nel deserto, ma un meccanismo diffusivo dei molteplici impatti positivi sul tessuto imprenditoriale locale, l’occupazione, l’innovazione e, anche sulla coesione sociale delle comunità sui territori.

Il Servizio sanitario, poi, contribuisce a tenere insieme la società anche perché esercita una funzione di rassicurazione delle persone di ogni ceto sociale, facendole sentire con le spalle coperte in caso di insorgenza di patologie.

Malgrado le tante disparità territoriali da sempre sottolineate, resta che la spesa sanitaria pubblica pro- capite è superiore a 2.000 euro in tutte le regioni, che sono state erogate diffusamente oltre 1,3 miliardi di prestazioni di prevenzione e cura in anno e che operano sui territori 29 mila strutture pubbliche e private accreditate per un totale di 236 mila posti letto. Sono numeri che raccontano di un’attività diffusa che materializza la sensazione sociale che, in caso di bisogno sanitario, esiste una tutela accessibile e di qualità a cui si ha diritto.

Inoltre, una figura presidio chiave che beneficia di alta fiducia e buona *social reputation* come il Medico di medicina generale (Mmg), malgrado le attuali problematiche di *shortage*, conta ancora 40 mila professionisti diffusi nei territori, con una media di 1.300 adulti residenti per MMG. Il campo di oscillazione regionale per Mmg varia tra 1.514 adulti in Lombardia e 1.063 adulti in Umbria **(tab. 11)**.

## 5.2. L’interesse nazionale a una sanità di eccellenza

Il contributo alla coesione sociale ampiamente intesa completa il racconto del Servizio sanitario come istituzione-pilastro del nostro paese, economicamente generativa, socialmente inclusiva, espressione distintiva e riconoscibile della buona italianità nel mondo.

Esiste poi una dimensione ulteriore di valore del Servizio sanitario che è emersa con forza durante l’emergenza pandemica e che si fonda sull’interesse nazionale ad avere filiere produttive e professionali, incluse le relative competenze legate alla sanità, localizzate sul territorio italiano o, comunque, nei territori di paesi Ue facilmente e sicuramente accessibili.

Infatti, la percezione sociale del rischio della dipendenza da altri per la tutela della salute ha generato una reazione collettiva, dai decisori alla *public opinion*, che considera come ineludibile la strategicità della tutela della salute e del suo garante operativo: il Servizio sanitario.

Esito di questa nuova consapevolezza dovrebbe essere un potenziamento del finanziamento pubblico del Servizio sanitario, e una propensione concreta a favorire la creazione di filiere di ricerca, industriali e di approvvigionamento nazionali per macchinari, tecnologie e a garantire la disponibilità sul territorio nazionale delle competenze essenziali per il buon funzionamento del Servizio sanitario.

Simbolicamente emblema di questa nuova consapevolezza del Servizio sanitario come incarnazione concreta dell’interesse nazionale è stata la tradizionale Rivista per la Festa della Repubblica del 2022 a cui furono chiamati a partecipare 100 tra medici, infermieri e altre professioni sanitarie in rappresentanza degli oltre 600 mila operatori.

A questo stadio, è vitale dare corso a quella sorta di promessa maturata nei periodi peggiori dell’emergenza secondo la quale la sanità sarebbe diventata una priorità dell’agenda del paese con finalmente la piena disponibilità delle risorse di cui necessita.

Oggi questa è la sfida decisiva, anche perché più risorse pubbliche al Servizio sanitario significa più risorse per il sistema economico e sociale italiano ampiamente inteso.

# TABELLE

**Tab. 1 - Andamento della spesa sanitaria pubblica in Italia (1), 2013-2022** *(v.a., var. %, diff. ass. e val. %)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | v.a.  (mln. euro correnti) | % spesa sanitaria  pubblica  sul Pil |
| 2013 | 107.890 | 6,7 |
| 2019 | 115.663 | 6,4 |
| 2022 | 131.103 | 6,7 |
|  |  |  |
| var. % reale (2) |  |  |
| 2013-2019 | 1,3 | -0,3 |
| 2019-2022 | 6,8 | 0,3 |
| 2013-2022 | 8,1 | 0,0 |

(1) Serie annuali dei conti della protezione sociale, uscite correnti, edizione aprile 2023;

(2) per la % spesa sanitaria pubblica sul Pil è indicata la differenza assoluta.

*Fonte*: elaborazione Censis su dati Istat

**Tab. 2 – Gli effetti economici della spesa sanitaria pubblica, 2022**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Totale diretto  e indiretto | *Diretto* | *Indiretto* | Indotto | **Totale** |
| Spesa sanitaria  pubblica (mln euro)\* | 131.393 | | | | |
| Produzione ai prezzi base (mln di euro) | 197.250 | *168.435* | *28.815* | 44.681 | 241.931 |
| Valore aggiunto  (mln di euro) | 105.892 | *92.846* | *13.045* | 21.117 | 127.009 |
| *Produzione generata per ogni € di spesa (moltiplicatore)* | *1,84* | | | | |
| Importazioni  (finali e intermedie)  (mln di euro) | 19.174 | *16.452* | *2.723* | 4.931 | 24.106 |
| Occupati interni | 1.905.485 | *1.706.052* | *199.433* | 326.134 | 2.231.619 |

(\*) Spesa per consumi individuali e collettivi, inclusa la spesa per ricerca e sviluppo in sanità

*Fonte*: elaborazione e stima Censis su dati Istat

**Tab. 3 – Gli effetti economici della spesa sanitaria pubblica in rapporto alla produzione e al Pil, 2022**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Economia attivata  (diretta+ indiretta+ indotta) |
| Produzione ai prezzi base (% sulla produzione totale) | 6,0 |
| Valore aggiunto (% sul valore aggiunto totale) | 7,3 |
| Valore aggiunto (% sul Pil) | 6,5 |
| Occupati interni (% sugli occupati interni totali) | 8,7 |

*Fonte*: elaborazione e stima Censis su dati Istat

**Tab. 4 - Primi otto settori per valore della produzione ai prezzi base (\*) diretta e indiretta generata dalla speda sanitaria pubblica, 2022** *(v.a. e val. %)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | v.a.  (mln euro) | val. % |
| Attività dei servizi sanitari | 125.520 | 63,6 |
| Assistenza sociale | 8.634 | 4,4 |
| Commercio all’ingrosso, escluso quello  di autoveicoli e di motocicli | 4.664 | 2,4 |
| Commercio al dettaglio, escluso quello  di autoveicoli e di motocicli | 4.243 | 2,2 |
| Fornitura di energia elettrica, gas,  vapore e aria condizionata | 3.439 | 1,7 |
| Attività legali e contabilità; attività di sedi centrali; consulenza gestionale | 3.154 | 1,6 |
| Fabbricazione di prodotti farmaceutici  di base e di preparati farmaceutici | 3.080 | 1,6 |
| Attività immobiliari | 3.070 | 1,6 |
|  |  |  |
| Primi 8 settori | 155.804 | 79 |
|  |  |  |
| Totale produzione ai prezzi base diretta  e indiretta | 197.250 | 100 |

(\*) al netto delle importazioni finali

*Fonte*: elaborazione e stima Censis su dati Istat

**Tab. 5 - Primi otto settori per occupati diretti e indiretti generati dalla spesa sanitaria pubblica, 2022** *(v.a. e val. %)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | v.a. | val. % |
| Attività dei servizi sanitari | 1.279.499 | 67,1 |
| Assistenza sociale | 180.152 | 9,5 |
| Commercio al dettaglio, escluso  quello di autoveicoli e di motocicli | 64.121 | 3,4 |
| Servizi di investigazione e vigilanza; attività di servizi per edifici e per paesaggio; attività amministrative  e di supporto per le funzioni d’ufficio  e altri servizi di supporto alle imprese | 42.991 | 2,3 |
| Commercio all’ingrosso, escluso quello di autoveicoli e di motocicli | 30.684 | 1,6 |
| Attività legali e contabilità; attività di sedi centrali; consulenza gestionale | 30.660 | 1,6 |
| Costruzioni | 20.621 | 1,1 |
| Amministrazione pubblica e difesa; assicurazione sociale obbligatoria | 18.308 | 1 |
|  |  |  |
| Primi 8 settori | 1.667.036 | 87,5 |
|  |  |  |
| Totale occupati interni diretti e indiretti | 1.905.485 | 100 |

*Fonte*: elaborazione e stima Censis su dati Istat

**Tab. 6 - Personale della Pubblica Amministrazione (1) del comparto della Sanità, per ruolo e profilo, 2011-2021** *(v.a. e var. %)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | v.a. | | |  | var. % | | |
| 2011 | 2019 | 2021 | 2011-2019 | 2019-2021 | 2011-2021 |
| Sanitari | 474.351 | 460.605 | 476.359 |  | -2,9 | 3,4 | 0,4 |
| *Medici, odontoiatri*  *e veterinari* | *115.449* | *112.147* | *113.312* |  | *-2,9* | *1* | *-1,9* |
| *Dirigenti sanitari non medici (2)* | *14.667* | *13.405* | *14.112* |  | *-8,6* | *5,3* | *-3,8* |
| *Personale infermieristico* | *274.708* | *268.273* | *279.837* |  | *-2,3* | *4,3* | *1,9* |
| *Tecnico-sanitario* | *36.721* | *36.230* | *37.423* |  | *-1,3* | *3,3* | *1,9* |
| *Riabilitazione* | *20.558* | *19.838* | *20.923* |  | *-3,5* | *5,5* | *1,8* |
| *Vigilanza e ispezione* | *12.248* | *10.712* | *10.752* |  | *-12,5* | *0,4* | *-12,2* |
| Ricerca sanitaria | - | 976 | 1.366 |  | - | 40 | - |
| Professionale | 1.792 | 1.554 | 1.622 |  | -13,3 | 4,4 | -9,5 |
| Tecnico | 127.182 | 118.475 | 124.072 |  | -6,8 | 4,7 | -2,4 |
| Amministrativo | 77.870 | 67.034 | 66.290 |  | -13,9 | -1,1 | -14,9 |
| Direttori generali | 860 | 746 | 762 |  | -13,3 | 2,1 | -11,4 |
| Contrattisti | 487 | 133 | 95 |  | -72,7 | -28,6 | -80,5 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Totale | 682.542 | 649.523 | 670.566 |  | -4,8 | 3,2 | -1,8 |

1. Esclusi i contratti flessibili (tempo determinato, LSU, in formazione e lavoro, interinali) e inclusi i dirigenti a tempo determinato
2. Include dirigenti biologi, chimici, farmacisti, fisici, psicologi e delle professioni sanitarie

*Fonte*: elaborazione Censis su dati Ministero dell’Economia e delle Finanze

**Tab. 7 – Scenari di potenziale espansione della spesa sanitaria pubblica (\*) italiana con i valori pro capite di Francia e Germania a parità di potere d’acquisto e impatto sull’occupazione in Italia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pro capite  (euro) | Spesa sanitaria pubblica  (mln euro) | %  Pil | Occupati interni dell’economia attivata | *Occupati in più* |
| Italia | 2.226 | 131.393 | 6,8 | 2.231.619 |  |
| Con spesa pro capite  (PPA) della Francia | 3.739 | 220.717 | 10,9 | 3.771.087 | *1.539.468* |
| Con spesa pro capite  (PPA) della Germania | 4.702 | 277.572 | 13,3 | 4.739.812 | *2.508.193* |

(\*) Amministrazioni pubbliche e assicurazioni sociali obbligatorie; spesa per consumi individuali e collettivi, inclusa la ricerca e sviluppo in sanità

*Fonte*: elaborazioni e stime Censis su dati Istat e Ocse

**Tab. 8 - Stanziamenti di spesa pubblica per R&S (GBARD) per protezione e promozione della salute umana nei Paesi dell'Unione Europea, 2012-2022 (\*)** *(v.a., val. % e var. %)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | v.a. (mln euro) 2022 | % sul totale degli stanziamenti per R&S 2022 | v.a. pro capite (PPA) 2022 | var. % PPA  a prezzi costanti 2005 | | |
|  | 2012-2019 | 2019-2022 | **2012-2022** |
| Lussemburgo | 82 | 19,2 | 97,7 | -5,8 | 1,3 | -4,6 |
| Danimarca | 561 | 18,1 | 72,2 | 28,2 | 18,9 | 52,4 |
| Francia | 2.219 | 12,4 | 30,3 | 66,4 | 4,2 | 73,4 |
| Germania | 2.708 | 6,3 | 29,1 | 24,5 | 36,9 | 70,4 |
| **Italia** | **1.605** | **12,7** | **28,3** | **5,2** | **49,0** | **56,7** |
| Paesi Bassi | 538 | 6,9 | 26,0 | 59,6 | 33,6 | 113,2 |
| Slovenia | 39 | 12,3 | 21,4 | 70,4 | 41,1 | 140,5 |
| Spagna | 914 | 11,5 | 20,6 | 18,9 | 3,4 | 22,9 |
| Austria | 200 | 5,1 | 19,9 | 8,8 | 23,5 | 34,3 |
| Grecia | 165 | 10,4 | 19,1 | 193,0 | 9,8 | 221,8 |
| Cechia | 105 | 6,6 | 12,3 | 58,7 | -20,8 | 25,6 |
| Ungheria | 76 | 12,6 | 12,1 | 260,7 | 28,2 | 362,3 |
| Irlanda | 64 | 6,4 | 10,5 | 10,4 | 22,8 | 35,6 |
| Portogallo | 84 | 10,4 | 9,4 | 135,8 | -7,2 | 118,8 |
| Cipro | 7 | 6,2 | 8,7 | 158,3 | 36,7 | 253,0 |
| Svezia | 109 | 2,7 | 8,2 | 99,8 | 17,5 | 134,8 |
| Lettonia | 12 | 13,2 | 8,2 | 35,0 | 34,4 | 81,4 |
| Finlandia | 51 | 2,1 | 7,3 | -50,5 | -25,6 | -63,2 |
| Slovacchia | 28 | 7,3 | 6,2 | 28,2 | -22,2 | -0,2 |
| Belgio | 64 | 1,8 | 4,9 | 3,5 | 7,2 | 10,9 |
| Estonia | 5 | 1,8 | 3,9 | -61,5 | -28,0 | -72,3 |
| Malta | 2 | 4,8 | 3,9 | 309,7 | 184,9 | 1067,4 |
| Polonia | 78 | 3,0 | 3,3 | -79,5 | 77,3 | -63,7 |
| Lituania | 5 | 2,2 | 2,3 | -46,2 | -13,3 | -53,3 |
| Bulgaria | 6 | 3,1 | 1,4 | -20,0 | 54,3 | 23,4 |
| Croazia | 2 | 0,5 | 0,9 | -0,8 | -32,1 | -32,7 |
| Romania | 3 | 0,8 | 0,3 | -42,2 | -88,0 | -93,1 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Ue 27 | 9.728 | 8,3 | 20,8 | 24,1 | 20,3 | 49,4 |

(\*) Alcuni dati sono stime o previsioni

*Fonte:* elaborazione Censis su dati Eurostat

**Tab. 9 - Graduatoria dei Paesi dell’Unione europea per speranza di vita e speranza di vita in buona salute alla nascita, 2021** *(v.a. in anni)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Speranza  di vita |  |  | Speranza  di vita in buona salute |
| Spagna | 83,3 |  | Malta | 68,7 |
| Svezia | 83,1 |  | Svezia | 68,4 |
| **Italia** | **82,7** |  | **Italia** | **68,1** |
| Lussemburgo | 82,7 |  | Irlanda | 67,2 |
| Malta | 82,5 |  | Francia | 66,2 |
| Irlanda | 82,4 |  | Cipro | 65,7 |
| Francia | 82,4 |  | Germania | 65,6 |
| Belgio | 81,9 |  | Grecia | 65,6 |
| Finlandia | 81,9 |  | Slovenia | 65,4 |
| Danimarca | 81,5 |  | Belgio | 64,6 |
| Portogallo | 81,5 |  | Bulgaria | 63,3 |
| Paesi Bassi | 81,4 |  | Spagna | 62,8 |
| Cipro | 81,3 |  | Polonia | 62,6 |
| Austria | 81,3 |  | Ungheria | 62,5 |
| Germania | 80,8 |  | Cechia | 62,0 |
| Slovenia | 80,7 |  | Lussemburgo | 62,0 |
| Grecia | 80,2 |  | Austria | 61,8 |
| Cechia | 77,2 |  | Finlandia | 61,7 |
| Estonia | 77,2 |  | Paesi Bassi | 60,3 |
| Croazia | 76,7 |  | Croazia | 58,6 |
| Polonia | 75,5 |  | Portogallo | 58,3 |
| Slovacchia | 74,6 |  | Romania | 57,8 |
| Ungheria | 74,3 |  | Lituania | 57,6 |
| Lituania | 74,2 |  | Slovacchia | 56,8 |
| Lettonia | 73,1 |  | Danimarca | 56,6 |
| Romania | 72,8 |  | Estonia | 56,5 |
| Bulgaria | 71,4 |  | Lettonia | 53,8 |
|  |  |  |  |  |
| Ue 27 | 80,1 |  | Ue 27 | 63,6 |

*Fonte*: elaborazione Censis su dati Eurostat

**Tab. 10 - Personale della Pubblica Amministrazione (1) del comparto della Sanità, per regione, 2021** *(per 1.000 occupati)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Per 1.000 occupati | |
|  | Personale sanitario | Totale personale  del comparto della Sanità |
| Piemonte | 20,9 | 30,5 |
| Valle d’Aosta | 25,1 | 41,7 |
| Lombardia | 16,1 | 23,9 |
| Trentino-Alto Adige | 23,3 | 35,5 |
| Veneto | 20,8 | 30,3 |
| Friuli-Venezia Giulia | 26,8 | 39,2 |
| Liguria | 28,1 | 39,1 |
| Emilia Romagna | 24,4 | 33,8 |
| Toscana | 25 | 35,6 |
| Umbria | 25 | 32,7 |
| Marche | 22,9 | 32,4 |
| Lazio | 16,4 | 20,9 |
| Abruzzo | 21,4 | 29 |
| Molise | 21,2 | 27 |
| Campania | 21 | 27,8 |
| Puglia | 23,2 | 32,2 |
| Basilicata | 24,4 | 34,6 |
| Calabria | 24,3 | 34,4 |
| Sicilia | 23,6 | 32,3 |
| Sardegna | 25,5 | 35 |
| **Totale** | 21,1 | 29,7 |

(1) Esclusi i contratti flessibili (tempo determinato, LSU, in formazione e lavoro, interinali) e inclusi i dirigenti a tempo determinato

*Fonte*:elaborazione Censis su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze e Istat

**Tab. 11 – Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, per regione, 2021** *(v.a.)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Medici di medicina generale | |  | Pediatri | |
|  | v.a. | Adulti residenti per Mmg |  | v.a. | Bambini residenti per medico pediatra |
| Piemonte | 2.882 | 1.314 |  | 375 | 1.250 |
| Valle d’Aosta | 79 | 1.384 |  | 14 | 1.004 |
| Lombardia | 5.774 | 1.514 |  | 1.121 | 1.073 |
| Trentino-Alto Adige | 622 | 1.492 |  | 131 | 1.112 |
| Veneto | 2.995 | 1.430 |  | 538 | 1.048 |
| Friuli-Venezia Giulia | 768 | 1.390 |  | 116 | 1.096 |
| Liguria | 1.054 | 1.289 |  | 156 | 963 |
| Emilia Romagna | 2.850 | 1.372 |  | 595 | 865 |
| Toscana | 2.653 | 1.230 |  | 448 | 894 |
| Umbria | 719 | 1.063 |  | 105 | 898 |
| Marche | 1.042 | 1.268 |  | 166 | 999 |
| Lazio | 4.244 | 1.187 |  | 741 | 915 |
| Abruzzo | 1.036 | 1.094 |  | 147 | 968 |
| Molise | 244 | 1.076 |  | 36 | 819 |
| Campania | 3.631 | 1.349 |  | 730 | 997 |
| Puglia | 3.144 | 1.104 |  | 538 | 842 |
| Basilicata | 435 | 1.113 |  | 56 | 1.021 |
| Calabria | 1.089 | 1.499 |  | 186 | 1.199 |
| Sicilia | 3.871 | 1.093 |  | 656 | 917 |
| Sardegna | 1.118 | 1.281 |  | 167 | 932 |
| **Totale** | 40.250 | 1.295 |  | 7.022 | 985 |

*Fonte*: elaborazione Censis su dati Ministero della Salute