



Rapporto Fnomceo-Censis

**Il valore economico e sociale
del Servizio sanitario
italiano**

Rapporto finale

Roma, 24 ottobre 2023

Indice

1. MOLTEPLICI BENEFICI	4
1.1. <i>Dimensioni coinvolte.....</i>	4
1.2. <i>Quantificando i benefici.....</i>	5
1.2.1. Il contributo economico e occupazionale	5
1.2.2. Lo stimolo alla ricerca	6
1.2.3. La coesione sociale	7
1.3. <i>I principali risultati.....</i>	8
1.3.1. Verità semplici ineludibili.....	8
1.3.2. Numeri in pillole	9
2. MOLTO PIÙ CHE WELFARE	12
2.1. <i>Una diversa prospettiva.....</i>	12
2.2. <i>L'irrinunciabile istituzione: le parole decisive del Capo dello Stato.....</i>	13
2.3. <i>Un investimento produttivo</i>	14
2.4. <i>Un nuovo modello.....</i>	15
3. L'IMPATTO SULL'ECONOMIA	16
3.1. <i>Potenziare la spesa sanitaria pubblica</i>	16
3.1.1. Andamento quantitativo nel tempo	16
3.1.2. Guardando al futuro: conseguenze dell'urgenza demografica	17
3.1.3. Non solo buone cure per tutti.....	17
3.2. <i>Il virtuoso circuito generativo</i>	18
3.2.1. L'effetto complessivo.....	18
3.2.2. La pluralità dei settori beneficiari	20
3.3. <i>Non è un costo</i>	21
4. L'IMPATTO SULL'OCCUPAZIONE	23
4.1. <i>Tanto lavoro, di qualità.....</i>	23
4.1.1. Le condizioni degli occupati attuali.....	23
4.1.2. Scenari di espansione dell'occupazione.....	24
4.2. <i>Impatti virtuosi visibili.....</i>	26
5. RICERCA E INNOVAZIONE	27
5.1. <i>Un ecosistema vitale.....</i>	27
5.1.1. Buoni numeri	27



5.1.2. Dalle scoperte alla concreta applicazione: l'importanza della velocità di transizione	28
5.1.3. La continuità nel tempo	29
5.1.4. <i>Social acceptance</i> decisiva	29
5.1.5. Innovare per massimizzare il valore degli investimenti	31
5.1.6. Dell'uso intelligente dei dati in sanità e i suoi effetti	31
5.1.7. L'ineludibile centralità del medico	32
5.2. <i>Indicazioni utili</i>	33
6. LA COESIONE SOCIALE	35
6.1. <i>La buona qualità della vita italiana</i>	35
6.2. <i>Il valore della presenza diffusa</i>	35
6.3. <i>La vocazione a tenere insieme</i>	36
6.4. <i>L'interesse nazionale a una sanità di eccellenza</i>	37
TABELLE E FIGURE	39
ALLEGATO: IPOTESI DI BASE E METODOLOGIE	52



1. MOLTEPLICI BENEFICI

1.1. Dimensioni coinvolte

Il Servizio sanitario è da lungo tempo 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 nazionale, basato sui valori di universalità e uguaglianza, è fondamentale nel contribuire:

- al miglioramento del benessere e della qualità della vita di tutti gli italiani, grazie alla sua vocazione universalista e alla massa di servizi e prestazioni quotidianamente erogati;
- a una società più equa, poiché tende ad impedire che il diritto alla salute sia condizionato da differenze socioeconomiche o di capitale culturale.

La salute in Italia è un diritto riconosciuto ed esigibile per tutti i cittadini grazie al Servizio sanitario.

Sono verità elementari che è importante sottolineare, così come il fatto che la sanità universalista è un fattore distintivo positivo della nostra società, molto apprezzata dagli italiani.

Tuttavia, il valore sociale e culturale del servizio sanitario troppo spesso lascia in secondo piano altre dimensioni significative che ne connotano il ruolo e l'impatto sulla vita collettiva, a cominciare dal suo essere una straordinaria piattaforma per lo sviluppo generale del nostro paese. Esso infatti crea valore:

- economico, perché genera una colossale domanda di beni e servizi per operatori economici di una molteplicità di settori, alcuni con un'elevata propensione all'innovazione;
- occupazionale, poiché gli addetti che direttamente e indirettamente fanno capo all'attività del Servizio sanitario e alla spesa sanitaria pubblica sono in quota molto elevata. E, in buona parte è un'occupazione di qualità, motivante, in linea con le aspettative più avanzate del nostro tempo;



- per la ricerca, visto che all'interno delle sue strutture matura una parte dell'innovazione che poi viene disseminata, che l'intreccio tra ricerca e concreta attività sanitaria è fondamentale e che è un committente certo e forte per i risultati della ricerca;
- nella 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. Inoltre, la presenza capillare nei territori delle strutture e dei servizi della sanità comporta una distribuzione puntuale e diffusa dei benefici ad esse associate.

Il Servizio sanitario, quindi, è molto più che un erogatore di servizi e prestazioni sanitarie indispensabili al benessere e alla qualità della vita delle persone. È un attore primario dello sviluppo italiano perché ogni euro investito in esso (*le risorse in sanità vanno intese come investimenti non come spese*) ha un effetto altamente positivo sul piano economico, occupazionale, dell'innovazione e della ricerca e anche sulla coesione sociale.

1.2. Quantificando i benefici

1.2.1. Il contributo economico e occupazionale

Il presente Rapporto esplicita il ruolo del Servizio sanitario italiano come motore di sviluppo economico del paese quantificando il suo contributo in termini di valore della produzione creata e di occupazione connessa.

La quantificazione è stata possibile grazie al ricorso a un modello di valutazione fondato sull'analisi delle interdipendenze settoriali, le tavole input-output di Leontief, che ha consentito di determinare *il valore economico creato per ciascun euro di spesa pubblica investito nel Servizio sanitario*.

L'investimento pubblico, infatti, viene immesso nel sistema economico e, 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 imprese di settori diversi, attivando la creazione diretta e indiretta di valore economico.

Tenendo conto della produzione generata in origine dalle risorse pubbliche per la sanità immesse nel sistema, si è proceduto a elaborare una stima degli impatti occupazionali che, direttamente o indirettamente, sono ascrivibili all'attività del Servizio sanitario.

Individuare e riconoscere in modo semplice e impressivo il valore economico e occupazionale attribuibile al Servizio sanitario significa rendere evidente e concreto il suo ruolo di motore dello sviluppo.

E tutto ciò dimostra, oltre ogni ragionevole dubbio, che la spesa sanitaria pubblica è una voce di investimento ad alta redditività economica, che sarebbe opportuno promuovere e potenziare. Una ragione in più perché l'Italia non continui ad avere livelli di spesa pubblica per la salute inferiori a quelli di numerosi paesi omologhi.

1.2.2. Lo stimolo alla ricerca

Esiste un contributo specifico del Servizio sanitario alla ricerca e all'innovazione, come straordinario fattore di stimolo in quanto fonte di finanziamento e, più ancora, committente esplicitamente interessato a utilizzare su larga scala i ritrovati utili ed efficaci.

Inoltre, l'integrazione tra le attività sanitarie e quelle di ricerca resta un formidabile *boost* per processi di ricerca non chiusi in sé stessi in logiche di progresso scientifico e tecnologico autocentrato, ma partecipi del miglioramento dell'assistenza sanitaria, dalla prevenzione alle cure alla qualità dei servizi.

Il nesso con il Servizio sanitario è la miglior garanzia che la ricerca sia sempre strutturalmente orientata a contribuire al miglioramento della salute delle persone e a consentire una più alta qualità della vita.

È un ecosistema della ricerca, parte integrante del grande ambito della sanità, non più una componente distinta e, spesso, distante, piuttosto un motore interno al sistema, tanto più in un'epoca di alta innovazione tecnologica e di potenziale rapida applicazione dei ritrovati scientifici e tecnologici. L'esperienza recente del vaccino contro il Covid ha certificato quanto decisivo sia il nesso tra ricerca e sanità ordinaria, quotidiana.

Del resto, è così che lo sforzo e gli esiti della ricerca sanitaria diventano ulteriori modalità attraverso le quali il sistema sanitario partecipa del progresso economico, sociale e anche civile del nostro paese. La ricerca



inoltre contribuisce anche a far decollare la produttività delle risorse utilizzate.

1.2.3. La coesione sociale

Poco valorizzato è anche l'effetto coesivo che il Servizio sanitario esercita in modo diffuso sulla società italiana, grazie alla presenza e all'attività capillare nei territori e nelle comunità.

Attraverso la produzione e l'erogazione di oltre un miliardo di prestazioni sanitarie all'anno, il Servizio sanitario dispiega il suo contributo al benessere e ad una più alta qualità della vita delle persone, a beneficio di tutti i gruppi sociali, senza discriminazioni di natura socioeconomica o territoriale.

È, pertanto, tra i più potenti strumenti di welfare perché, garantendo l'accesso alle cure per tutti ovunque, ammortizza gli effetti delle disuguaglianze, esercita un effetto inclusivo potenziando l'internità e il senso di appartenenza delle persone e, al contempo, promuovendo la compattezza delle comunità locali in una fase storica segnata da potenti processi erosivi.

Inoltre, il Servizio sanitario universalista, malgrado le tante difficoltà operative, garantendo tutela in caso di necessità, anche in presenza di patologie gravi, genera un senso di sicurezza nella psicologia individuale e collettiva, segnata da grande incertezza.

La sanità resta in Italia un formidabile fattore di rassicurazione per la psicologia sociale degli italiani perché, anche in situazioni gravi ed estreme, malgrado le tante difficoltà operative di questa fase, è un riferimento istituzionalmente preposto ad accogliere tutti per erogare le cure necessarie.

Il contributo alla coesione sociale nei territori ha anche una dimensione economica, poiché la creazione di opportunità per le imprese e di nuova occupazione e, in generale, la spinta alla crescita del benessere economico coinvolge trasversalmente tutti i territori, in linea con la presenza diffusa di strutture, servizi e personale del Servizio sanitario.

La generazione cumulativa di valore e occupazione da parte del Servizio sanitario è una dimensione diffusa, che esprime e coinvolge tutti i territori in cui esso è presente.



1.3. I principali risultati

1.3.1. Verità semplici ineludibili

Sono molte le ragioni per tutelare e potenziare il Servizio sanitario, sintetizzate nelle parole del Capo dello Stato Sergio Mattarella che lo definisce “*un patrimonio prezioso, da difendere e adeguare*”, e “*presidio insostituibile di unità del paese*”.

Guardando al futuro, poi, la dinamica demografica di invecchiamento della popolazione e il conseguente decollo dei fabbisogni sanitari, in particolare quelli legati alle cronicità, rendono il potenziamento della sanità una priorità assoluta. L'Italia, infatti, è diventata tra i paesi più longevi al mondo anche grazie a una sanità di eccellenza, e tuttavia è evidente la necessità di investire massicciamente per colmare il gap certo tra la domanda attesa di servizi e prestazioni sanitarie e la capacità dell'offerta.

Garantire la tutela della salute dei cittadini e la qualità della vita, preservare l'unità del paese, fronteggiare gli effetti di una demografia regressiva sono ragioni potenti che supportano la necessità di aumentare la spesa sanitaria pubblica e, in generale, potenziare il Servizio sanitario.

La presente ricerca, pur richiamando la rilevanza di tali argomentazioni, punta un faro su un aspetto altrettanto rilevante ma poco richiamato: la spesa sanitaria pubblica è *generativa*, perché ogni euro investito in essa genera un ritorno di valore quasi doppio, con ulteriori positivi effetti sull'occupazione, le attività di ricerca e, anche, sulla coesione sociale nei territori.

Ecco la verità elementare che i risultati costruiti tramite opportune metodologie mettono in luce: la spesa sanitaria pubblica è un investimento perché genera una redditività di fatto che si materializza in un di più di produzione, esito del meccanismo cumulativo che essa innesca, con una domanda di beni e servizi che si rivolge al sistema delle imprese, che così sono stimolate a espandere la produzione, creare occupazione e, spesso e volentieri, anche a investire in innovazione per rispondere alle esigenze della committenza.

La generazione di valore e occupazione è diffusa nei territori, in linea con la presenza del servizio sanitario le cui attività coinvolgono appunto tutte le regioni italiane. La spesa sanitaria pubblica, quindi, alimenta una crescita economica significativa, che ha la duplice virtù di contribuire a migliorare la qualità della vita delle persone e promuovere coesione sociale nelle comunità locali. In una fase in cui si moltiplicano i segnali che sarà necessario

restringere i budget pubblici, è fondamentale un salto nel mainstream della cultura sociale italiana che consenta di vedere nella spesa sanitaria pubblica un investimento e non un costo, una spesa generativa e non di puro consumo.

I dati mostrano che nel 2022 l'Italia ha un rapporto spesa sanitaria pubblica/Pil pari al 6,7%, uguale a quello del 2013, che il valore è inferiore a quello di Spagna (7,4%), Francia (10,1%) e Germania (10,9%), e che nel prossimo futuro è destinato a ridursi sino al 6,1% nel 2026.

Dati che indicano che, al di là delle promesse di questi anni, la sanità stenta ad essere competitiva nella crescente sfida per l'allocazione delle risorse pubbliche, mentre i risultati della presente ricerca indicano che investire nel Servizio sanitario è una scelta molto efficace, oltre che auspicabile, per investire nel futuro dell'economia italiana, oltre che della salute degli italiani.

1.3.2. Numeri in pillole

Un *boost* per l'economia. Partendo da un valore della spesa sanitaria pubblica pari a 131,3 miliardi di euro (inclusiva di una quota per ricerca e sviluppo) il valore della produzione interna diretta, indiretta e dell'indotto ad essa ascrivibile è stimata pari a 242 miliardi di euro. Il moltiplicatore della transizione dalla spesa al valore della produzione è pari a 1,84: per ogni euro di spesa sanitaria pubblica investito nel Servizio sanitario viene generato un valore della produzione non distante dal doppio. 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. I settori che direttamente e indirettamente beneficiano della spinta della spesa sanitaria pubblica sono le *attività dei servizi sanitari* per un valore della produzione pari a 126 miliardi di euro con quasi 1,3 milioni di occupati, il *settore dell'assistenza sociale* con 8,6 miliardi di valore di produzione e un'occupazione di 180 mila persone, il *commercio al dettaglio e all'ingrosso*, con quasi 9 miliardi di valore di produzione e oltre 95 mila occupati. E poi settori professionali e di servizi qualificati di tipo amministrativo, legale, contabile, di consulenza gestionale con un valore della produzione di oltre 3 miliardi di euro per oltre 30 mila addetti, e quello relativo a servizi di vigilanza e di *facility management* con 3 miliardi di euro di valore della produzione e quasi 43 mila occupati. La *generatività* della spesa sanitaria pubblica si completa considerando che il totale delle imposte dirette e indirette e dei contributi sociali ascrivibili al circuito attivato dalla spesa sanitaria pubblica citata è pari ad oltre 50 miliardi di euro. Si tratta di oltre 28 miliardi di imposte dirette e indirette e quasi 22 miliardi di contributi sociali relativi ai lavoratori dipendenti coinvolti.

La spinta alla buona occupazione. 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. La creazione di occupazione, quindi, va ben oltre il Servizio sanitario, che comunque è uno dei più importanti datori del lavoro del paese con 670 mila addetti e cui aggiungere oltre 57 mila medici di medicina generale, titolari di guardie mediche e pediatri di libera scelta. Incrementare la spesa sanitaria pubblica vuol dire espandere l'occupazione: infatti, se la spesa sanitaria pubblica pro capite italiana pari a 2.226 euro salisse al valore di quella francese di 3.739 euro a parità di potere d'acquisto, la spesa pubblica sanitaria totale italiana crescerebbe di 89 miliardi di euro diventando pari al 10,9% del Pil italiano, con un incremento del totale occupati diretti, indiretti e indotti di 1,5 milioni di unità, per un totale di 3,8 milioni. Nell'ipotesi di un adeguamento della spesa sanitaria pubblica pro capite italiana al valore di quella tedesca che è pari a 4.702 euro a parità di potere d'acquisto, la spesa sanitaria pubblica totale del nostro paese sarebbe superiore di 146 miliardi e pari al 13,3% del Pil, mentre il totale degli occupati diretti, indiretti e indotti sarebbe di 4,7 milioni, cioè 2,5 milioni di occupati in più.

La spesa per la ricerca da potenziare. Lo stanziamento di spesa pubblica per ricerca e sviluppo per protezione e promozione della salute umana è in Italia pari a circa il 12,7% del totale della spesa pubblica stanziata per ricerca e sviluppo: tale dato colloca il nostro paese al quinto posto della graduatoria dell'Unione Europea per valore pro capite a parità di prezzi d'acquisto. La spesa attuale è il portato di un decennio di evoluzione della spesa che ha registrato nel periodo 2012-2019 una crescita del 5,2% e nel 2019-2022 un rialzo del 49%. L'esito per l'intero periodo 2012-2022 è un incremento 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. Buoni gli esiti di indicatori di 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.

Il positivo impatto sulla coesione sociale. Il Servizio sanitario con la sua garanzia di tutela della salute per *tutti ovunque* ha molto contribuito a fare del nostro paese uno dei più longevi al mondo e, anche, quello con una più alta aspettativa di vita senza disabilità. Infatti, l'Italia si colloca al terzo posto della graduatoria Ue per speranza di vita con 82,7 anni dopo Spagna (83,3) e Svezia (83,1). E anche al terzo posto della graduatoria della speranza di vita in buona



salute con un valore dell'indicatore pari a 68,1, superato solo da quello di Malta (68,7) e della Svezia (68,4). Il contributo all'innalzamento della qualità della vita riguarda, sia pure con intensità diversa, tutti i territori del nostro paese. Importante è poi il contributo alla coesione sociale sui territori, dove opera come una piattaforma decisiva per l'occupazione locale. 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. Inoltre, malgrado le tante disparità territoriali, la spesa sanitaria pubblica pro capite resta superiore a 2.000 euro in tutte le regioni. In un anno sono state erogate in modo diffuso oltre 1,3 miliardi di prestazioni di prevenzione e cura, e operano sui territori 29 mila strutture pubbliche e private accreditate per un totale di 236 mila posti letto. Una figura essenziale, anche per l'elevata fiducia e buona *social reputation* di cui beneficia, come il Medico di medicina generale (Mmg) conta comunque 40 mila professionisti diffusi nei territori, con una media di 1.300 adulti residenti per Mmg, che oscilla tra 1.514 adulti in Lombardia e 1.063 adulti in Umbria. Malgrado le tante problematiche di *shortage*, il Mmg resta una figura chiave dei processi coesivi locali.



2. MOLTO PIÙ CHE WELFARE

2.1. Una diversa prospettiva

Il presente Rapporto disegna un affresco originale del Servizio sanitario come pilastro dello sviluppo dell'economia e della società italiana, poiché è un ambito in cui le risorse pubbliche operano come investimenti ad alto impatto su economia, occupazione, ricerca e coesione sociale.

Pertanto, la spesa sanitaria pubblica emerge senza ambiguità come investimento sociale sia sulla salute degli italiani che sull'insieme dell'infrastruttura socioeconomica del nostro paese.

Essa alimenta un'istituzione come il Servizio sanitario che promuove equità e coesione nella società, e la cui azione contribuisce in modo decisivo a tenere insieme le comunità, anche perché esercita una funzione di assicurazione per persone di ogni ceto sociale, facendole sentire con le spalle coperte in caso di insorgenza di patologie, anche gravi. Da questo punto di vista è una delle risposte più efficaci all'incertezza esistenziale del nostro tempo.

È importante rilevare che i molteplici esiti dell'investimento in sanità imporrebbero al dibattito pubblico sul futuro del Servizio sanitario un salto di qualità.

Di fronte al rischio di tagli alle risorse pubbliche o di una loro inadeguata crescita non si tratta solo di sottolineare il ruolo decisivo di una istituzione fondamentale per la qualità della vita degli italiani a cominciare dai più fragili alle prese con problematiche di salute, ma di evidenziare con chiarezza che tali risorse, tramite il circuito sanitario, possono attivare un meccanismo con effetti altamente benefici per l'economia, le imprese, l'occupazione, l'innovazione industriale e, anche, la coesione della nostra società.

In questa ottica la sanità non è semplicemente uno dei settori economici e sociali in competizione per le risorse pubbliche, ma una potenziale fonte generativa di valore in grado di moltiplicare l'impatto delle risorse pubbliche che gli sono destinate.

La sanità è parte del welfare ma, al contempo, è veicolo di un'economia contemporanea che genera opportunità per il sistema di imprese e, più in generale per gli attori economici, stimolando una creazione cumulata e sistemica del valore con annessa occupazione di qualità, grazie a un

meccanismo generativo con effetti diretti, indiretti e indotti di cui, alla fin fine, beneficiano anche operatori di settori economici formalmente distanti.

Inoltre, poiché le risorse entrano in circuito tramite l'azione diffusa sui territori del Servizio sanitario, essa è anche una potente centralina di diffusione di energia economica nei territori, ai quali offre opportunità di sviluppo che, al contempo, favoriscono anche la coesione.

2.2. L'irrinunciabile istituzione: le parole decisive del Capo dello Stato

Il periodo del Covid ha spinto la tutela della salute e la sanità in cima all'agenda di priorità del paese. Per lunghi mesi ci si è confrontati pubblicamente sulle cose da fare con urgenza per adeguare il Servizio sanitario alle sfide e sull'entità delle risorse pubbliche aggiuntive da mobilitare.

Non a caso nel Pnrr la Missione 6 delineava una molteplicità di interventi a cui destinare investimenti con obiettivo l'upgrading della sanità.

Calata la tensione dell'emergenza, però, ci si è via via resi conto, a partire dalla documentazione ufficiale, che scelte di allocazione delle risorse pubbliche generavano nel tempo un finanziamento corrente alla sanità in contrazione in rapporto al Pil.

Così, in caso di concreta implementazione della sanità territoriale e digitale delineata dal Pnrr, il rischio concreto non potrà che essere un sottofinanziamento dell'attività corrente, in sintonia con quanto accaduto nel decennio precedente.

Intanto riemergono le tradizionali criticità a cominciare da lunghe liste di attesa che rendono difficile l'accesso alle prestazioni in tempi appropriati, con un effetto di differenziazione del grado di tutela per territorio di residenza e per capacità di acquistare o meno prestazioni nel privato.

Il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella più volte nei suoi interventi pubblici ha richiamato il valore dell'istituzione Servizio sanitario rilevando che esso “... è un patrimonio prezioso, da difendere e adeguare”. E nel discorso di fine anno del 2022 ha indicato la necessità di rinforzare il Servizio sanitario definendolo “*presidio insostituibile di unità del paese*” e segnalando come riferimento per il suo necessario potenziamento “*la centralità della persona e dei suoi bisogni concreti, nel territorio in cui vive*”.

Parole di formidabile efficacia che richiamano impressivamente la rilevanza istituzionale del Servizio sanitario, come un patrimonio da difendere e potenziare perché essenziale per l'unità della comunità nazionale. Parole che inoltre indicano che il suo potenziamento dovrebbe avere come faro il cittadino nel suo contesto di vita, facilitando ovunque il rapporto con il Servizio sanitario in ogni fase e per ogni esigenza specifica.

2.3. Un investimento produttivo

Il dibattito pubblico sulla sanità in questa fase è fortemente concentrato intorno alla quantità di risorse pubbliche disponibili, mentre è residuale l'attenzione sul loro utilizzo e, quindi, su aspetti organizzativi, gestionali e di governance.

Le parole del Presidente della Repubblica fissano in modo definitivo le ineludibili ragioni che motivano la necessità di potenziare il Servizio sanitario.

Nel presente Rapporto si è invece scelto di raccontare le ragioni di un Servizio sanitario potenziato con un più alto investimento di risorse pubbliche da una prospettiva diversa, originale: gli effetti sull'economia nazionale e su quelle locali.

In tale ottica sono delineati puntualmente anche gli effetti sull'occupazione e sulla ricerca, completando la visione della spesa sanitaria pubblica come motore di sviluppo capace di innescare processi generativi cumulativi di creazione di valore economico che, opportunamente veicolato tramite il sistema sanitario nei territori, ridistribuisce il valore stesso con un effetto coesivo sulle comunità locali.

Sono ragioni a sostegno della necessità di dedicare più risorse pubbliche alla sanità molto concrete, verificabili, argomentate e supportate con dovizia di dati che affiancano le ragioni più istituzionali e storiche, che già di per sé stesse sono potenti.

L'analisi degli impatti economici e sociali del presente Rapporto consente di scartare rispetto a visioni tradizionali della spesa pubblica che continuano a contrapporre investimenti produttivi e spese improduttive e di pura redistribuzione, tra le quali è inserita quella sanitaria.

2.4. Un nuovo modello

La lunga stagione di inadeguato finanziamento del Servizio sanitario non poteva che esitare, dopo l'emergenza, in un'accentuazione di deficit strutturali. Le difficoltà di accesso tout court alle prestazioni e le diversità sociali e territoriali nelle opportunità di cura hanno ormai una presenza quotidiana nei media.

E tuttavia la potenza delle denunce del moltiplicarsi di casi di sanità negata o inadeguata ha assoluto bisogno di essere integrata da una riflessione più alta e, al contempo, concreta e di prospettiva, in cui la spesa sanitaria pubblica viene considerata, come dimostra la presente ricerca, per quel che realmente è: un motore di crescita socioeconomica, sul quale conviene investire risorse perché c'è un ritorno amplificato di valore, di cui beneficiano tutti i territori.

È un passaggio culturale decisivo perché affianca alle potenti ragioni di natura solidaristica, al dovere di garantire sostegno alle persone in difficoltà a causa di patologie, un'inedita e molto potente ragione economica.

Infatti, il diffuso processo di creazione di valore che grazie al processo cumulativo descritto con le interdipendenze strutturali, e alla presenza della sanità in tutte le regioni, ha impatti positivi trasversali a gruppi sociali e territori, certifica che la sanità non toglie per finalità improduttive risorse a settori produttivi.

Piuttosto, investire in sanità diventa una scelta relativa al tipo di economia e società che si vuole promuovere, perché essa garantisce un inedito e molto apprezzato equilibrio tra sviluppo economico, qualità della vita e coesione sociale.

Ancora una volta la novità decisiva, che deve pesare nel dibattito pubblico, è che la spesa sanitaria pubblica è generativa, crea valore aggiuntivo e non si limita, come troppo a lungo si è sostenuto, a ridistribuire e consumare quel che viene creato in altri settori.

3. L'IMPATTO SULL'ECONOMIA

3.1. Potenziare la spesa sanitaria pubblica

3.1.1. Andamento quantitativo nel tempo

La spesa sanitaria italiana nel 2022 è stata pari a 131,1 miliardi di euro, vale a dire il 6,7% del Pil. Nel 2013-2022 l'evoluzione quantitativa indica una stagnazione, poiché la sua quota rispetto al Pil è rimasta inalterata.

Se nella fase pre-Covid si era assistito alla sua contrazione del -0,3%, nel periodo emergenziale si era avuta una ripresa che, comunque, non è riuscita a invertire il precedente trend di contrazione. Nel confronto con altri paesi, rispetto al Pil, il valore è stato **(tab. 1)**:

- nel 2013 in Italia pari al 6,7%, in Francia all'8,7%, in Germania al 9,2% e in Spagna al 6,4%;
- nel 2019 in Italia al 6,4%, in Francia al 9,3%, in Germania al 9,8% e in Spagna al 6,5%;
- nel 2022 in Italia al 6,7%, in Francia al 10,1%, in Germania al 10,9% e in Spagna al 7,4%.

I dati raccontano la prolungata *fragilizzazione* del Servizio sanitario nel pre-Covid, il sussulto emergenziale e, poi, malgrado le tante promesse di quel periodo, il ritorno del trend di indebolimento.

Infatti, nella *Nadef 2023* si rileva che, in rapporto al Pil, la spesa sanitaria pubblica italiana è destinata negli anni futuri a scendere progressivamente fino a toccare quota 6,1% nel 2026 **(fig. 1)**.

L'informazione chiave sulla quale concentrare l'attenzione è che l'analisi dei dati e delle indicazioni presenti nei documenti programmatori confermano che il lento andare della spesa sanitaria pubblica è destinato a protrarsi nel tempo, in contrasto con le promesse di centralità e potenziamento delle risorse pubbliche che avevano avuto ampia eco nel periodo emergenziale.

È evidente che ogni aumento di finanziamento della spesa sanitaria corrente è un fatto positivo e, tuttavia, di fronte alle sfide future per la salute, è urgente un mutamento sostanziale, strutturale e permanente dell'investimento pubblico per il Servizio sanitario.

3.1.2. Guardando al futuro: conseguenze dell'urgenza demografica

La contrazione annunciata del finanziamento pubblico corrente alla sanità non farà che aggravare le criticità gestionali attuali, anche perché nei prossimi anni gli annunciati investimenti pubblici in sanità dovrebbero potenziare l'offerta, con una presenza più capillare sui territori.

Il potenziamento strutturale della sanità di territorio, quindi, dovrebbe essere realizzata con una disponibilità di risorse uguale o, addirittura, inferiore a quella attuale. Ma la necessità di potenziare il Servizio sanitario per il prossimo futuro ha ulteriori potenti motivazioni, legate alla demografia regressiva con invecchiamento della popolazione e rialzo delle cronicità e dei fabbisogni sociosanitari e assistenziali conseguenti.

Dati previsionali recenti indicano che le persone con almeno 65 anni, che all'atto dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale nel 1978, erano il 12,6% del totale della popolazione e che attualmente sono il 24,1%, nel 2050 saranno il 34,5% nel 2050.

Colpisce in particolare la velocità di trasformazione demografica delle regioni meridionali che si vanno adeguando rapidamente ai livelli di invecchiamento del Centro-Nord.

È vero che le attuali generazioni di anziani hanno uno stato di salute e un benessere soggettivo mediamente migliore delle precedenti generazioni di coetanei, e tuttavia, l'allungamento della durata della vita coincide anche con una maggiore esposizione all'insorgenza di patologie croniche.

Pertanto, sebbene gli italiani vivano più a lungo senza disabilità rispetto a quanto accade in altri paesi, in ogni caso nel futuro prossimo occorrerà affrontare la rilevante pressione dei crescenti fabbisogni assistenziali di una popolazione via via più anziana.

La sanità in specifico, e la protezione sociale in generale, subiranno la pressione della nuova demografia e dell'epidemiologia associata, che impone di potenziare per tempo e in modo appropriato l'offerta di servizi e prestazioni sanitarie.

3.1.3. Non solo buone cure per tutti

I dati indicati mostrano l'urgenza del potenziamento della spesa sanitaria pubblica alla luce dell'urgenza demografica e delle sue conseguenze probabili.



Inoltre, la buona sanità per tutti è un'aspettativa socialmente condivisa, peraltro rilanciata nel periodo emergenziale quando i deficit più importanti, ad esempio riguardo alla sanità territoriale, sono emersi in modo evidente.

E tuttavia, come più volte rilevato, non basta l'esortazione a spendere di più per la sanità, occorre un salto culturale nel ripensare senso e funzione della spesa sanitaria pubblica, per evidenziare che è in grado di generare benefici troppo a lungo sottovalutati o non adeguatamente compresi.

Essa, infatti, è certamente una componente significativa della spesa per il welfare, quella protezione sociale che si alimenta storicamente della redistribuzione per via fiscale.

Ma, come anticipato, nel presente Rapporto si dimostra che la spesa sanitaria pubblica non è solo un veicolo redistributivo, perché è in grado di operare al cuore della creazione di ricchezza, con effetti moltiplicativi diffusi, che consentono di dire che è un formidabile strumento sia di creazione che di diffusione di redditi e ricchezza nel corpo sociale e sui territori.

Pertanto, il presente Rapporto non vuole essere l'ennesima, legittima, difesa del valore etico del Servizio sanitario, come istituzione che materializza il dettato costituzionale che impone un equo accesso alla tutela della salute per tutti i cittadini, senza discriminazione alcuna.

In esso si evidenzia la molteplicità di funzioni economiche e sociali della spesa sanitaria pubblica e, quindi, del Servizio sanitario, che rendono l'investimento in essi un'opzione particolarmente virtuosa per l'economia, l'occupazione e la coesione sociale nei territori.

Si può e si deve parlare di potenziamento della spesa sanitaria pubblica pensando a obiettivi di crescita economica, di espansione dell'occupazione di qualità, di promozione dell'innovazione scalabile e, anche, di potenziamento della compattezza socioeconomica nei territori.

3.2. Il virtuoso circuito generativo

3.2.1. L'effetto complessivo

Sul Servizio sanitario nazionale occorre sempre più andare oltre la sua visione di erogatore di servizi fondamentali per il benessere e la qualità della vita delle persone, pensandolo come un attore primario anche dello sviluppo economico.

In Italia, dati recenti indicano che la spesa sanitaria pubblica nel 2022 è stata pari a 131,1 miliardi di euro, il 6,7% del Pil (**tab. 2**). 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.

Quest'ultima non è altro che la produzione che dipende in origine dalla spesa sanitaria pubblica, la quale si trasforma in spesa B2B, rivolta dapprima agli attori dei settori più direttamente coinvolti dalle attività *core* che essa finanzia, poi da quelli limitrofi e, via via, da 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 (**tabb. 3-4**).

Ecco i dati impressionanti 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 indicata evidenzia impressivamente come sia impropria la definizione della spesa sanitaria pubblica come costo, perché nel concreto dei processi economici essa opera come un investimento 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 considerando anche gli effetti in termini di raccolta fiscale e contributiva: infatti, 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 generate oltre 28 miliardi di imposte dirette e indirette e quasi 22 miliardi di contributi sociali dai lavoratori dipendenti coinvolti.

La spesa sanitaria è, quindi, una *spesa generativa* perché oltre a innescare il circuito di creazione di valore della produzione, di potenziamento dell'occupazione e di distribuzione diffusa di opportunità economiche per imprese di una molteplicità rilevante di settori, contribuisce ad ampliare la raccolta fiscale e di contributi sociali del lavoro dipendente. Una spesa pubblica che beneficia della generazione di ulteriori risorse a disposizione dell'azione pubblica che, pertanto, possono essere reinvestite nei circuiti economici e/o di protezione sociale.

3.2.2. La pluralità dei settori beneficiari

L'effetto diffusivo nel sistema economico dell'impatto della spesa sanitaria pubblica significa che essa coinvolge settori diversi, a volte anche formalmente distanti da quelli che la sanità richiama alla mente.

Dai dati emerge che i settori che direttamente e indirettamente beneficiano della spinta della spesa sanitaria pubblica sono **(tabb. 5-6)**:

- le *attività dei servizi sanitari* per un valore della produzione pari a 126 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, altri centri di diagnostica ecc. L'ampiezza e articolazione degli attori che sono coinvolti esprime implicitamente quanto da questo settore si irradiano poi ulteriori effetti positivi, con una dinamica cumulativa virtuosa di cui beneficia l'economia;
- il *settore dell'assistenza sociale* con oltre 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. Anche in questo caso è 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*, per oltre 9 miliardi di valore di produzione e quasi 95 mila occupati. È l'esempio paradigmatico di quanto ampio e diffuso sia l'impatto economico della spesa sanitaria pubblica poiché beneficia anche settori formalmente distanti dal sistema sanitario.

C'è poi una molteplicità di ulteriori settori molto diversi e anche distanti tra loro che pure beneficiano della domanda generata dalle attività del Servizio sanitario. Si pensi, ad esempio, alle imprese di settori che sono fornitori diretti, come l'industria farmaceutica o quella dei dispositivi medici, in grado di creare occupazione di qualità in imprese competitive e altamente innovative.

E, poi, anche 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.

L'analisi delle interdipendenze settoriali, quindi, consente di fissare la potenza del contributo economico del Servizio sanitario e della spesa sanitaria pubblica italiana. E i dati indicati mostrano che il suo impatto sull'economia e, in generale, la sua capacità di metterla in movimento per creare valore aggiuntivo è ad oggi sottovalutata.

3.3. Non è un costo

Il modello costruito per fissare il moltiplicatore della spesa sanitaria pubblica e così valutarne la potenza generativa ha il merito di trasformare in numeri semplici, diretti, espliciti, inequivocabili il concetto chiave del presente Rapporto: il Servizio sanitario è una piattaforma decisiva dello sviluppo italiano, a cominciare da quello economico.

Rende pertanto evidenti le ragioni per cui la spesa sanitaria pubblica relativa al Servizio sanitario non può essere considerata come un costo, ma come un investimento.

Essa, come rilevato, tende ad attivare dentro al sistema economico tramite i meccanismi del B2B e poi, anche, del B2C un'onda di creazione di valore, che significa molto concretamente domanda di beni e servizi per le imprese, lavoro per le persone e valore aggiunto complessivo disponibile e potenzialmente da ridistribuire per il paese.

È il capovolgimento del significato sociopolitico e operativo della spesa sanitaria pubblica che in questa nuova accezione non finanzia una sorta di “*consumo di assistenza*” da parte di cittadini che ne hanno bisogno e che sul piano dell'economia complessiva genera al massimo occupazione e relativi redditi solo nei servizi e nelle prestazioni strettamente coinvolte, ma è una spesa *generativa*, un investimento, perché oltre a quel che finanzia direttamente attiva processi economici in settori diversi chiamati a fare da fornitori, a rispondere e a beneficiare della domanda che da essa viene generata.

L'effetto moltiplicativo è fondamentale poiché, come rilevato, ogni euro di spesa sanitaria pubblica è non distante dalla generazione di un valore doppio.

Ecco la prova provata, quantitativamente certificata, che la spesa sanitaria pubblica è un motore di creazione di valore dentro al sistema economico e che non può assolutamente essere letta nelle istanze politiche e in quelle di gestione della politica economica come una spesa corrente uguale a sé stessa, destinata a bruciarsi negli atti della spendita, anche se per fini alti e nobili di assistenza sanitaria.

Potenziare la spesa sanitaria pubblica non è solo una scelta di politica sociale finalizzata ad un welfare più ampio e performante, ma è una scelta di investimento economico in grado di generare benefici economici elevati e diffusi.

4. L'IMPATTO SULL'OCCUPAZIONE

4.1. Tanto lavoro, di qualità

4.1.1. Le condizioni degli occupati attuali

Un ulteriore fondamentale beneficio, di natura economica ma 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. È occupazione che viene creata in una molteplicità di settori produttivi che, come rilevato, sono spesso distanti dal *core* delle attività finanziate dalla spesa pubblica sanitaria, a testimonianza di un *boost* rilevante, che è in grado di diffondersi trasversalmente al sistema economico e delle imprese.

Il dato dell'occupazione è molto rilevante e in linea con il Servizio sanitario nazionale come protagonista economico a vocazione nazionale con però la capacità di incidere nella molteplicità delle realtà regionali, in cui ha una presenza consolidata e diffusa.

Il Servizio sanitario 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. 7**).

È pertanto uno dei principali datori di lavoro nel nostro paese e all'interno dei singoli territori, cosa che ovviamente amplifica gli effetti positivi 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.

Se è evidente la potenza motivazionale, in molti casi quasi vocazionale, del lavoro in sanità per medici e infermieri, non è una forzatura rilevare che il Servizio sanitario è anche un ambiente lavorativo in grado di creare senso e motivazione anche per coloro che, a diverso titolo e con diverso ruolo, vi operano o vi entrano professionalmente in contatto.

Il lavoro afferente al Servizio sanitario, quindi, a parità di condizioni ha presumibilmente una capacità di motivare e mobilitare le persone più elevata di altri settori.

Ecco perché l'impatto positivo sull'occupazione va considerato non solo di natura quantitativa, ma anche qualitativa nel senso che è lavoro con connotati più in linea con quella ricerca di senso che negli ultimi anni così travagliati è diventata bussola primaria nelle scelte delle persone.

Anche alla luce della qualità intrinseca del lavoro nel servizio sanitario, sarebbe importante garantirgli ben altro riconoscimento sul piano retributivo e su quello delle concrete condizioni di lavoro.

Infatti, nel tempo è come se si fosse creato un gap, via via più ampio, tra il significato soggettivo potenzialmente motivante attribuito al lavoro in sanità o comunque a contatto con il mondo sanitario e le condizioni oggettive, molto concrete di lavoro, che troppo spesso sono segnate da ridotta gratificazione economica, aspre condizioni di esercizio delle mansioni e, in non pochi casi, precarietà nelle forme contrattuali.

4.1.2. Scenari di espansione dell'occupazione

La riflessione sul nesso tra occupazione e spesa sanitaria pubblica rinforza ulteriormente la concezione di quest'ultima come investimento piuttosto che costo. Infatti, un'espansione della spesa sanitaria pubblica avrebbe come effetto generativo anche un significativo ampliamento di quell'occupazione di buona qualità richiamata nei paragrafi precedenti.

Questa capacità di creare buona occupazione aggiuntiva, quindi, è una ragione ulteriore per potenziare la spesa sanitaria pubblica, che si affianca a quelle citate legate all'innalzarsi dei fabbisogni di tutela di una popolazione che invecchia o anche alla necessità di promuovere omogeneità di diritti tra i territori.

Dimostrazione plastica del significato positivo che avrebbe l'espansione della spesa sanitaria pubblica anche per l'occupazione proviene dall'analisi e dall'interpretazione di sentieri di crescita possibili espressi con simulazioni relative a scenari alternativi.

Infatti, l'Italia ha una spesa sanitaria pubblica sul Pil significativamente inferiore a quella di paesi omologhi come Francia e Germania, e pertanto è possibile procedere a verificare gli effetti sull'occupazione di un eventuale

adeguamento della spesa sanitaria pubblica pro capite italiana a quella francese o a quella tedesca.

È evidente che si tratta di esercizi di simulazione che assumono l'ipotesi che una serie di fattori di contesto sono dati e tendenzialmente statici, laddove nella materialità del reale, in alcuni casi, potrebbero anche variare proprio a seguito dell'incremento di spesa sanitaria pubblica.

Ad esempio, in presenza di un incremento di domanda un determinato settore potrebbe attivare processi di ottimizzazione della produzione che, almeno parzialmente, potrebbero attenuare gli incrementi attesi dell'occupazione.

Tuttavia, al di là di necessarie puntualizzazioni metodologiche, resta che le simulazioni proposte sono particolarmente utili, poiché mostrano con la forza impressiva dei numeri la relazione diretta tra la spesa sanitaria pubblica e il circuito di creazione di occupazione, rendendo visibili senza equivoci i benefici concreti associabili a più spesa pubblica per la sanità.

È una smentita ulteriore di una visione puramente redistributiva della spesa sanitaria pubblica come se si limitasse a garantire servizi di welfare utilizzando valore creato in altri settori produttivi.

Riguardo ai risultati, dati 2022 indicano che in Italia la spesa sanitaria pro capite in euro è pari a 2.226 euro, e il rapporto della spesa sanitaria pubblica totale rispetto al Pil è pari al 6,8% (**tab. 8**).

In Francia invece la spesa sanitaria pubblica pro capite a parità di potere d'acquisto è pari a 3.739 euro, mentre nel complesso la spesa sanitaria pubblica è pari al 10,1% del Pil francese. In Germania è invece pari a 4.702 euro in PPA, e il totale è pari 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 al 10,9% del Pil italiano, con un incremento del totale occupati diretti, indiretti e indotti di 1,5 milioni, per un totale di 3,8 milioni.

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 la sua incidenza sul Pil italiano al 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, dai settori più strettamente legati alla sanità a quelli che invece beneficerebbero degli effetti indiretti e anche indotti.

4.2. Impatti virtuosi visibili

Le simulazioni condotte hanno un valore teorico e sono da considerare come un riferimento utile per il dibattito sul potenziamento del Servizio sanitario italiano, poiché mostrano come l'impegno di risorse pubbliche nel nostro paese potrebbe salire ancora, visto che paesi omologhi hanno valori di spesa più alti.

Certo che la sanità italiana spesso e volentieri sopravanza sia quella francese che quella tedesca nelle graduatorie internazionali sulla qualità dell'offerta sanitaria, e tuttavia è altrettanto evidente che la tutela e il potenziamento di questa capacità di operare passa anche attraverso un di più di risorse pubbliche a disposizione.

Al contempo, il presente Rapporto mostra che potenziare la spesa pubblica in sanità non significherebbe solo finalmente mettere il mondo sanitario nelle condizioni di operare con un'adeguata quantità di risorse e quindi uscire da quello stress da scarsità che ormai da troppo tempo va avanti; ma avrebbe ulteriori evidenti effetti benefici perché creerebbe più occupazione, coinvolgendo trasversalmente i territori del nostro paese.

In tempi di ripensamenti sulle politiche pubbliche in economia e per l'industria, è importante cogliere il valore di questa riflessione e il senso dei dati su cui si fonda. Puntare sugli investimenti in sanità significa attivare un meccanismo virtuoso, che è di stimolo all'imprenditorialità di una molteplicità di settori, tra cui quelli connotati da una notevole propensione all'innovazione. E, inoltre, il meccanismo generativo porta con sé anche una scia diffusa di maggiore occupazione.

5. RICERCA E INNOVAZIONE

5.1. Un ecosistema vitale

5.1.1. Buoni numeri

L'ecosistema della ricerca composto dai tanti e diversi protagonisti dell'innovazione, dai ricercatori fino alle imprese, va ormai considerato come un componente costitutivo del sistema sanitario italiano.

Infatti, l'esperienza traumatica del periodo pandemico ha generato, al di là di minoranze rumorose, una elevata *social acceptance* delle attività di ricerca degli italiani in ambito sanitario.

È consolidata la fiducia degli italiani nei ricercatori scientifici, così come la convinzione che la spesa pubblica per la ricerca in salute e sanità è un investimento e non un costo, perché contribuisce a generare cure più efficaci e di più alta qualità e, al contempo, a promuovere crescita economica.

L'Italia ha una spesa pubblica per ricerca e sviluppo per protezione e promozione della salute umana pari a circa il 12,7% del totale della spesa 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. 9**). La dinamica della spesa è stata nel tempo diversa 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.

I dati di spesa e alcuni indicatori di performance raccontano di una ricerca sanitaria italiana di ottimo livello, che meriterebbe un significativo potenziamento delle risorse, anche in relazione agli effetti di retroazione che potrebbero avere sull'innovazione di filiere industriali ad alta creazione di valore aggiunto e anche di occupazione di qualità.

Altri indicatori di performance, per quanto generali, confermano che l'ecosistema della ricerca del nostro paese è in grado di esprimere buone performance.

Infatti, 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.

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.

Comunque, malgrado le buone performance della ricerca sanitaria italiana e la recente conquistata buona *social reputation*, resta la sensazione che è ancora un pezzo di sanità che andrebbe molto più valorizzato in vista delle sfide che richiedono di innalzare l'efficacia delle cure e anche della prevenzione sanitaria.

Proprio il contributo di ricerca e innovazione, infatti, potrebbe allentare la pressione della domanda sanitaria sul sistema delle strutture e dei servizi della sanità, soprattutto in previsione degli effetti dell'invecchiamento della popolazione.

5.1.2. Dalle scoperte alla concreta applicazione: l'importanza della velocità di transizione

Il nesso tra attività della 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, contribuendo a una migliore conoscenza della salute e delle patologie, potrebbero 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, le cui performance dipendono quasi esclusivamente dall'ammontare di risorse rese disponibili ed eventualmente da qualche adattamento organizzativo.

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

Di solito, poi, nel riferirsi alla ricerca sanitaria si amplificano vincoli e criticità, sottacendo le potenzialità incorporate dal suo ecosistema che invece

può avere impatti decisivi non solo sul piano sociale e della creazione di una maggiore equità nell'accesso alla tutela della salute, ma anche, come più volte sottolineato nel presente testo, su quello della crescita economica e occupazionale.

Il formidabile potenziale di miglioramento del benessere delle persone della ricerca sanitaria dipende quindi dalle risorse di cui dispone, dalle condizioni organizzative e di governance in cui opera, dall'intensità del nesso con la sanità in azione, cioè strutture e persone che concretamente si misurano con pazienti e patologie, e dalla velocità con cui i suoi ritrovati ed esiti sono operativamente disponibili, cioè il ritmo che segna la transizione dalla scoperta all'ideazione del prodotto o servizio alla sua concreta disponibilità per i pazienti.

5.1.3. La continuità nel tempo

Perché la ricerca possa assolvere alla molteplicità di funzioni che gli sono attribuite per una sanità in grado di rispondere alle sfide di acuzie, cronicità ed emergenze, è indispensabile uscire da logiche discontinue, che non collocano l'investimento per la ricerca in sanità tra le priorità nella destinazione delle risorse pubbliche.

Infatti, la ricerca non è mai estemporanea, esito di una pressione d'emergenza o di una casualità che matura d'improvviso, ma è sempre il portato di percorsi prolungati, tanto più in una fase storica in cui è possibile un networking globale di confronto e stimolo reciproco nell'universo dei ricercatori.

Esempio emblematico è il vaccino contro il Covid che è stato reso disponibile in un arco di tempo eccezionalmente ristretto, ma che comunque ha beneficiato di una consolidata attività di ricerca di ricercatori ormai conosciutissimi che, peraltro, aveva stentato a ricevere l'attenzione adeguata.

5.1.4. Social acceptance decisiva

Oltre agli aspetti del finanziamento e dell'organizzazione, incluso il rapporto con il Servizio sanitario, l'innovazione e la ricerca necessitano di un diffuso consenso sociale per assolvere ai propri compiti e soprattutto riuscire a entrare velocemente nel quotidiano.

L'esperienza di questi anni, infatti, mostra che è decisivo evitare il consolidarsi di forme di resistenza irrazionale che possono diventare ostacolo importante alla valorizzazione sociale dei ritrovati della ricerca.



Ad oggi, come rilevato, l'irrazionalità antiscientifica è minoritaria nella public opinion, anche se spesso molto aggressiva, e tuttavia il consenso va gestito, promosso, rinforzato, affinché prevalga l'idea che la ricerca e la sperimentazione non sono minacce o costi, piuttosto una necessità.

È importante anche che nella percezione sociale prevalente degli italiani ci sia la convinzione che investire sulla sanità non si risolve solo nel necessario ampliamento del numero di posti letto e del personale di Pronto Soccorso, dei Reparti di terapia intensiva e di altri ambiti ospedalieri e nell'organizzazione di una sanità di prossimità, ma anche negli investimenti su ricerca e nuove tecnologie, per una sanità in grado di fronteggiare patologie ad oggi non curabili o ad alto impatto assistenziale e quindi sfidanti per il sistema di offerta.

Se l'idea di poter contare su un'offerta sanitaria, dal territorio all'ospedale, adeguata ai fabbisogni indotti da acuzie e cronicità, promuove rassicurazione nella società perché fa sentire le persone con le spalle coperte, un ecosistema della ricerca sanitaria efficiente è un ulteriore potente fattore di rassicurazione, perché trasmette l'idea che c'è un impegno in atto, potenzialmente di successo, per trovare risposte terapeutiche per le patologie oggi incurabili o altamente invalidanti.

Anche negli effetti sulla psicologia collettiva degli italiani, quindi, l'ecosistema della ricerca è sempre più componente costitutivo, interno, strutturale del Servizio sanitario. Ecco una ulteriore *legacy* dell'esperienza pandemica durante la quale è diventato evidente come lo sforzo collettivo degli attori dell'ecosistema della ricerca e sperimentazione è decisivo per accelerare e trovare in tempi rapidi la risposta alla sfida del virus.

Così, guardando in avanti, di fronte alla pressione di patologie ad alta mortalità e di altre croniche-degenerative particolarmente diffuse e impattanti, le persone si attendono non solo efficaci risposte riparative e forme di assistenza appropriata da parte del Servizio sanitario, ma anche che al suo interno operino con efficienza ed efficacia attori da cui dipende la scoperta e la messa a disposizione di opportune soluzioni terapeutiche e assistenziali.

Ecco che torna un concetto chiave del nostro tempo: il Servizio sanitario e in generale il sistema sanitario, per i cittadini non si compongono solo ed esclusivamente della rete di offerta di servizi e prestazioni, perché percepiscono come parte integrante di esso anche l'ecosistema della ricerca.

5.1.5. Innovare per massimizzare il valore degli investimenti

La rilevanza della spesa sanitaria pubblica come investimento e il consenso sociale intorno ad essa dipende anche dalle aspettative dei cittadini verso la capacità dell'ecosistema sanitario di migliorare le opportunità di cura nel tempo in relazione agli investimenti che sono effettuati.

Come rilevato, in questo senso gli attori dell'innovazione non sono avulsi dall'ecosistema sanitario, ne sono componenti a parte intera poiché è ormai socialmente evidente che dalla loro azione proviene un contributo decisivo a massimizzare l'efficacia delle risorse investite rispetto alla dinamica incrementale e all'articolazione crescente dei fabbisogni sanitari.

Infatti, l'invecchiamento della popolazione genera un boom delle cronicità e dei connessi fabbisogni assistenziali e sociosanitari, che affiancano sia la persistente domanda di cure relative alle acuzie che quella legata all'insorgere inatteso di emergenze, come è stato nel caso del Covid. È chiaro che solo un motore potente che promuove incessantemente innovazione consentirà di far fronte ai fabbisogni crescenti e, al contempo, di rispondere a quella potente richiesta di personalizzazione di assistenza e terapie che proviene dai cittadini.

Solo un sistema che è in grado strutturalmente di promuovere scoperta di innovazioni, farmaci e dispositivi più efficaci può affrontare la sfida della nuova domanda sanitaria, largamente annunciata dalle previsioni sociodemografiche. Per questo è essenziale l'innovazione in senso ampio relativa alle terapie così come alla progettazione di servizi in grado di migliorare l'esperienza e il percorso del paziente.

Inoltre, potenziare la ricerca clinica e sui servizi sanitari consente di costruire un giacimento conoscitivo che può orientare nel modo più efficiente ed efficace possibile le scelte in relazione all'impiego delle risorse pubbliche per la sanità.

5.1.6. Dell'uso intelligente dei dati in sanità e i suoi effetti

Nei processi di innovazione del nostro tempo, anche della sanità, è essenziale la centralità della generazione e dell'utilizzo intelligente dei dati.

Allo stadio attuale nella sanità italiana prevale ancora un approccio improntato a un utilizzo non sistematico di dati, e tuttavia nel futuro di certo diventerà vitale la capacità di trasformare ogni contatto tra cittadino e sanità in occasione per generare dati utilizzabili.

In estrema sintesi, nella sanità italiana è ormai maturo il passaggio

- da una generazione a-sistematica di dati accumulati in modalità poco compatibili tra loro, inadatti a supportare un'azione sistematica di innovazione;
- a una guidata da logiche di accumulo intelligente dei dati così da promuoverne la gestione e l'elaborazione funzionale all'innovazione.

Ecco uno dei passaggi decisivi della nuova sanità, funzionale a un rapporto virtuoso tra la sanità quotidiana e la ricerca, poiché l'integrazione vasta, ampia, sistemica dei dati variamente prodotti è un formidabile meccanismo di stimolo e supporto all'innovazione medico-scientifica.

Masse ampie e crescenti di dati disponibili per intelligenza artificiale e *deep learning* saranno all'origine di straordinarie opportunità per l'innovazione di soluzioni terapeutiche e assistenziali in ambito sanitario.

Ecco un ulteriore moltiplicatore di opportunità per i settori industriali variamente coinvolti dall'attività della sanità, dall'industria del farmaco a quella dei dispositivi medici e di soluzioni terapeutiche di vario tipo.

L'innovazione legata alla gestione e all'utilizzo intelligente dei dati promuove la transizione da una sanità episodica e riparativa a una più centrata sulla prevenzione continua.

In questa ottica la *digital health* è molto più che la somma delle prestazioni sanitarie a distanza utili per migliorare la qualità della vita dei pazienti e le condizioni di lavoro degli operatori sanitari; essa è una leva ulteriore di moltiplicazione del valore legato alle attività sanitarie e, anche, un *boost* rilevante per l'intero sistema della salute e per la sua capacità di impattare sulle filiere industriali.

5.1.7. L'ineludibile centralità del medico

Si è visto che tra gli italiani prevale una positiva *social acceptance* della ricerca e dell'innovazione in sanità e tuttavia essa non è scevra da preoccupazioni e ansie.

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

In realtà quel che emerge con evidenza, come riflesso del peso crescente che le innovazioni tecnologiche e quelle digitali in particolare vanno giocando, è l'opposizione di principio a una 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, infatti, 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 per tramite l'esercizio del ruolo di riferimento decisionale del medico. La fiducia sociale ampia di cui beneficiano i medici, quindi, resta un pilastro anche per una sanità ad alta intensità tecnologica e in cui la ricerca sanitaria modula il ritmo di sviluppo dell'offerta sanitaria.

Nel tempo, infatti, all'interno del Servizio sanitario italiano, il medico si è conquistato e ha conservato il ruolo insostituibile di garante delle esigenze e degli interessi dei pazienti. È la sua azione che per gli italiani incarna una certa idea e pratica della sanità che fa della tutela della salute la priorità da preservare a fronte di qualsivoglia esigenza economica o anche tecnologica.

Il medico è per gli italiani in questa fase storica la garanzia che non ci sarà alcun ritrovato tecnologico, per quanto rilevante sia, che potrà sostituire lo *human factor* e, in particolare, la decisione medica.

È la concezione sociale prevalente tra gli italiani relativamente al nesso tra tutela della salute e ruolo del medico, che va oltre l'elevata fiducia che da sempre gli italiani hanno nei medici. Infatti, per la maggioranza dei cittadini i processi di cura, per quanto sia ampio e approfondito il ricorso a ritrovati scientifici e innovazioni tecnologiche, devono comunque beneficiare della guida e del riferimento *umano* del medico.

5.2. Indicazioni utili

La ricerca è un componente fondamentale del Servizio sanitario, capace di garantire uno sviluppo di qualità e di promuovere una sanità migliore.

Nella cultura sociale collettiva degli italiani, infatti, essa porta a una efficacia più alta delle cure, a una più alta qualità della vita in caso di malattie croniche e a una potenza d'urto maggiore nella lotta ai nuovi virus e ai batteri.



Ricerca e ricercatori sono socialmente percepiti come attori riconosciuti e decisivi dell'ecosistema sanitario, cosa che evidenzia che l'onda di irrazionalità che ha attraversato, e attraversa, la società italiana e che ha coinvolto anche vaccini e medicina, in realtà resta residuale e che la grande maggioranza degli italiani ha fiducia nella ricerca sanitaria e nei suoi protagonisti.

Il Servizio sanitario svolge una funzione essenziale per la ricerca, non solo perché le sue strutture sono spesso il luogo in cui essa viene materialmente effettuata, ma perché è il suo committente primo con un'ampia disponibilità di risorse.

In estrema sintesi, il Servizio sanitario è uno straordinario committente che di fatto garantisce a farmaci, dispositivi medici e ad altri ritrovati scientifici che dimostrano la propria efficacia e utilità, uno sbocco che sicuramente consentirà di coprire i costi e generare un ritorno sugli investimenti.

Pertanto, la dimensione del Servizio sanitario e l'entità delle risorse che è in grado di mobilitare è un ulteriore fattore di potenziale promozione della ricerca e di stimolo per gli attori, anche privati, della filiera della ricerca scientifica in ambito sanitario.

L'industria del futuro prossimo avrà l'innovazione come epicentro, e l'Italia ha assoluto bisogno di accelerare su questo fronte per non perdere ulteriore terreno rispetto ad altri paesi, anche della Ue, che da tempo hanno riattivato politiche industriali attive su tecnologie strategiche.

6. LA COESIONE SOCIALE

6.1. La buona qualità della vita italiana

Il ruolo storico del Servizio sanitario risulta evidente in relazione all'andamento di indicatori di benessere degli italiani che sono migliori di quelli di tanti altri paesi.

Infatti, la sanità italiana ha sicuramente dato un contributo importante a quello sviluppo del *buon vivere* italiano che ha vasto consenso nel mondo.

Ad esempio, non si può non rilevare l'importanza del contributo della *buona sanità per tutti* garantita dal Servizio sanitario a fare dell'Italia uno dei paesi più longevi al mondo e, anche, quello con una più alta aspettativa di vita senza disabilità. Infatti, l'Italia si colloca al terzo posto della graduatoria Ue per speranza di vita con 82,7 anni dopo Spagna (83,3) e Svezia (83,1); ed è al terzo posto della graduatoria della speranza di vita in buona salute dove registra un valore dell'indicatore pari a 68,1, inferiore solo a quello di Malta (68,7) e Svezia (68,4) (**tab. 10**).

È evidente che la qualità del Servizio sanitario, nel lungo periodo, non è estraneo al fatto che l'Italia sia un caso di studio per allungamento della speranza di vita e per diffusione della longevità attiva, vale a dire per la diffusione di positive esperienze esistenziali individuali di terza e quarta età, fatte di buona salute e coinvolgimento sociale.

6.2. Il valore della presenza diffusa

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. 11**).

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”, perché essa attiva un meccanismo diffusivo dai molteplici impatti positivi sul tessuto imprenditoriale locale, sull’occupazione, sull’innovazione e anche sulla coesione sociale delle comunità nei territori.

Il Servizio sanitario, poi, contribuisce a tenere insieme la società anche perché esercita una funzione di assicurazione 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 un 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. 12**).

6.3. La vocazione a *tenere insieme*

In una società ad alta soggettività, dove i percorsi individuali rispondono alla voglia di ciascuno di costruire il proprio destino, restano però ambiti di vita che hanno assoluto bisogno del legame sociale e di logiche e meccanismi comunitari. La tutela della salute è uno dei principali ambiti in cui solo una logica collettiva, di redistribuzione di rischi e costi può consentire alle persone di far fronte agli imprevisti legati alla propria salute.

Il servizio sanitario è la materializzazione istituzionale e operativa di queste esigenze di condivisione collettiva, a livello dell’intera comunità nazionale,

dei rischi e dei costi legati allo stato di salute. Senza questo straordinario collante, le disparità sociali, che già si vanno da tempo ampliando, diventerebbero incolmabili, con un effetto erosivo sulle comunità locali e, più ancora, su quella nazionale.

Ecco il senso delle già citate parole del Presidente Mattarella sul Servizio sanitario come pilastro dell'unità del paese, perché la sua vocazione istituzionale a garantire *l'equo accesso alle cure per tutti ovunque* ha un effetto centripeto, perché ammortizza le disuguaglianze, genera senso di inclusione, oltre che la tranquillità di sentirsi con le spalle coperte in caso di malattia, anche grave.

In questa dimensione di condivisione di rischi e costi con una mutualità estesa all'intera comunità risiede un aspetto ulteriore della funzione coesiva che il Servizio sanitario esercita sulla società italiana.

In tempi in cui le potenze erosive di vario tipo, da quelle sociali legate all'individualizzazione dei percorsi di vita a quelle tecnico-economico legate alla diversità di performance tra territori sino a quelle generate dalle crescenti disuguaglianze, è evidente che la funzione di coesione sociale del Servizio sanitario ha un valore amplificato, diventa essenziale, tanto più che altri pilastri storicamente finalizzati a preservare la compattezza sociale e territoriale del paese sono entrati in crisi.

Pertanto, è vero che anche il Servizio sanitario subisce gli effetti delle crescenti disparità territoriali e sociali e che, sue disfunzioni spesso contribuiscono a loro volta a consolidare o ampliare le disparità, e tuttavia se messo nelle condizioni di operare efficacemente, la sua vocazione è di costruire legami sociali, promuovere solidarietà di fatto tra gruppi sociali e territori, in estrema sintesi: di tenere insieme il paese.

6.4. 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 significano più risorse per il sistema economico e sociale italiano ampiamente inteso.

TABELLE E FIGURE

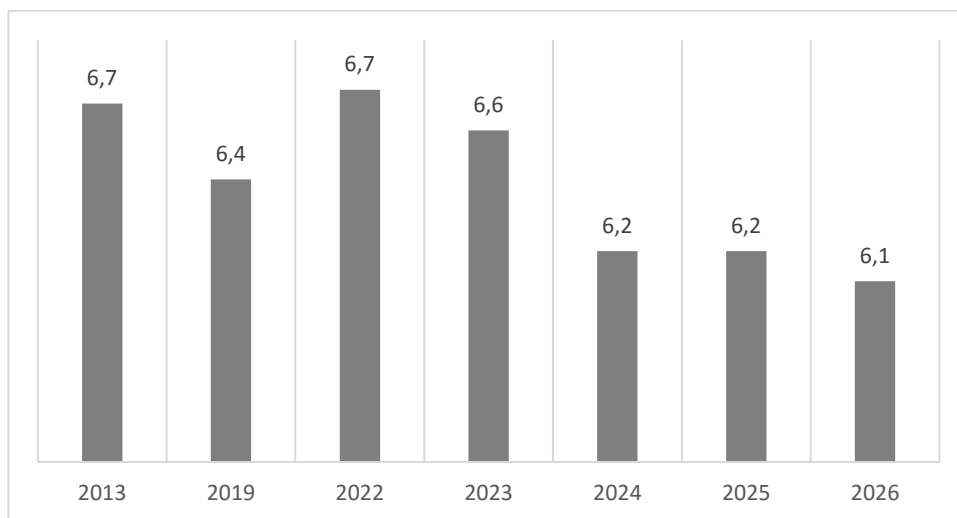


Tab. 1 - Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil: confronto internazionale, 2013-2022 (% sul Pil)

	2013	2019	2022	2013-2022
Italia	6,7	6,4	6,7	0,0
Spagna	6,4	6,5	7,4	+1,0
Francia	8,7	9,3	10,1	+1,4
Germania	9,2	9,8	10,9	+1,7

Fonte: elaborazione Censis su dati Ocse e Istat

Fig. 1 - Spesa sanitaria pubblica: 2013, 2019, 2022 e previsioni 2023-2026
(% sul Pil)



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

Tab. 2 - 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. 3 – Gli effetti economici della spesa sanitaria pubblica, 2022

	Totale diretto e indiretto	<i>Diretto</i>	<i>Indiretto</i>	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
<i>Produzione generata per ogni € di spesa (moltiplicatore)</i>			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. 4 – 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. 5 - Primi otto settori per valore della produzione ai prezzi base (*)
diretta e indiretta generata dalla spesa 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. 6 - 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. 7 - 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
<i>Medici, odontoiatri e veterinari</i>	<i>115.449</i>	<i>112.147</i>	<i>113.312</i>	<i>-2,9</i>	<i>1</i>	<i>-1,9</i>
<i>Dirigenti sanitari non medici (2)</i>	<i>14.667</i>	<i>13.405</i>	<i>14.112</i>	<i>-8,6</i>	<i>5,3</i>	<i>-3,8</i>
<i>Personale infermieristico</i>	<i>274.708</i>	<i>268.273</i>	<i>279.837</i>	<i>-2,3</i>	<i>4,3</i>	<i>1,9</i>
<i>Tecnico-sanitario</i>	<i>36.721</i>	<i>36.230</i>	<i>37.423</i>	<i>-1,3</i>	<i>3,3</i>	<i>1,9</i>
<i>Riabilitazione</i>	<i>20.558</i>	<i>19.838</i>	<i>20.923</i>	<i>-3,5</i>	<i>5,5</i>	<i>1,8</i>
<i>Vigilanza e ispezione</i>	<i>12.248</i>	<i>10.712</i>	<i>10.752</i>	<i>-12,5</i>	<i>0,4</i>	<i>-12,2</i>
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. 8 – 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	<i>Occupati in più</i>
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. 9 - 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 (EURO 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. 10 - 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. 11 - 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. 12 – 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

ALLEGATO

IPOTESI DI BASE E METODOLOGIE



A. Ipotesi a fondamento delle valutazioni sugli effetti della spesa sanitaria pubblica sul sistema economico

Per calcolare l'impatto economico della spesa sanitaria pubblica sui settori di attività è stato utilizzato il modello input-output, a partire dalla tavola delle interdipendenze intersettoriali dell'Istat (Anno 2019, branca per branca).

In base alla definizione internazionale, per spesa sanitaria pubblica si intende la spesa corrente per consumi finali sostenuta dalle amministrazioni pubbliche e dalle assicurazioni sanitarie obbligatorie (di seguito Amministrazioni pubbliche).

Il dato di partenza per il calcolo dell'impatto economico è stato la spesa per consumi finali delle Amministrazioni pubbliche per funzione di spesa *Sanità* al 2022 (Istat, edizione aprile 2023), che include anche la spesa per ricerca e sviluppo (R&S) del comparto, per le parti ricerca applicata e sperimentale.

Per la divisione nelle sue componenti e imputazione per branca di attività economica di produzione sono stati inoltre utilizzati il sistema dei conti della sanità e i conti della protezione sociale (Istat, edizioni giugno ed aprile 2023 rispettivamente).

Nel dettaglio:

- la spesa dei farmaci, dai “Conti della protezione sociale”, ai prezzi di acquisto, è stata trasformata ai prezzi base, eliminando la quota relativa alle tasse meno contributi ai prodotti, e stimando e attribuendo le parti relative alle branche:
 - Fabbricazione di prodotti farmaceutici di base e di preparati farmaceutici (branca 21);
 - Commercio all'ingrosso (branca 46);
 - Commercio al dettaglio (branca 57).

È importante tenere presente che è considerata la spesa per uso finale di farmaci, ossia in questa fase non è inclusa ad esempio la spesa per farmaci degli ospedali (uso intermedio nel processo produttivo) di cui si terrà conto nella fase di utilizzo del modello.

- La spesa per R&S in materia sanità, è stata attribuita alla branca 72, sotto l'ipotesi di analogia della catena di interrelazioni nel caso di quote non direttamente attribuite alla branca;
- La spesa degli erogatori di servizi di amministrazione e finanziamento del sistema sanitario è stata attribuita alla branca O (Amministrazione pubblica e difesa e assicurazione sociale obbligatoria);
- La spesa per soggetto erogatore “Strutture di assistenza residenziale di lunga durata” è stata attribuita in quota parte alle branche:
 - Assistenza sociale (branca 87-88);
 - Attività dei servizi sanitari (branca 86);
- La restante spesa, alla branca 86, attività dei servizi sanitari.

Per ciascuna voce è stata calcolata la quota di spesa pubblica che si rivolge direttamente al mercato estero (importazioni finali), poiché questa parte non entra nella produzione nazionale e verrà aggiunta solo in un secondo momento alle importazioni intermedie per avere una valutazione complessiva delle importazioni.

A seguire la descrizione del modello utilizzato.

B. Modello Input-Output

Il modello di Leontief (o modello input-output) è utilizzato per condurre l'analisi delle interdipendenze settoriali e:

- garantisce una buona attendibilità dei risultati in termini di effetti diretti ed in relazione agli effetti moltiplicativi indiretti dalla spesa originaria;
- ha una notevole ricchezza interpretativa ed espositiva in relazione alle variabili economiche di output ed alla loro disaggregazione settoriale.

Il modello input-output nel presente studio ha consentito di misurare gli effetti della spesa sanitaria pubblica sulla produzione, sul valore aggiunto, sulle importazioni e sull'occupazione, come effetto dell'incremento esogeno della domanda finale, che in questo caso è rappresentato dalla spesa stessa.

In relazione agli effetti, sono distinti:

- gli **effetti diretti**, intesi come quelli direttamente collegati alla spesa, ossia tutti i risultati dell'azione intrapresa capaci di influire in maniera immediata sul sistema economico, innescando od accrescendo l'operatività dei diversi soggetti economici che ne costituiscono parte integrante, con positivi riflessi sull'intero contesto sociale, economico ed occupazionale;
- gli **effetti indiretti**, rappresentati dalla produzione di beni e servizi utilizzati come input intermedi dalle attività produttive direttamente collegati alla spesa;
- gli **effetti indotti**, rappresentati dalla produzione di beni e servizi aggiuntivi derivante dall'incremento della spesa delle famiglie come effetto dell'aumento dei redditi dei lavoratori dipendenti conseguente alla produzione diretta ed indiretta attivata dalla spesa.

Descrizione del modello

Il modello input-output consiste in uno schema che ha le sue fondamenta nella teoria dell'equilibrio economico generale, che ne fa un utilissimo modello di analisi quantitativa. Il modello consente di misurare gli scambi che intercorrono fra le varie branche (o attività o industrie) di un'economia e,

quindi, di quantificare gli effetti delle scelte di politica economica sull'economia nel suo complesso.

Ciascuna industria impiega due tipi di risorse (input) e dà luogo a due tipi di prodotto (output).

Gli input si distinguono in:

- prodotti intermedi;
- risorse originarie, definite come esogene al sistema economico. Un esempio sono i capitali durevoli, prodotti in periodi precedenti ma che continuano ad avere utilità nel periodo di tempo a cui fa riferimento l'analisi, e le risorse naturali, poiché non costituiscono l'output di nessun'altra branca (es. terra, lavoro).

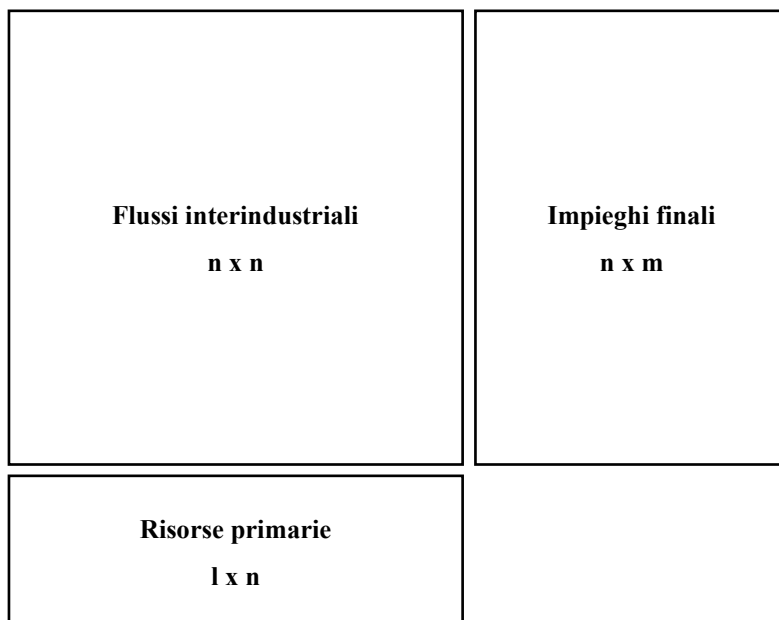
Gli output si distinguono in:

- prodotti intermedi, ovvero i prodotti che verranno impiegati da altri processi produttivi come input;
- prodotti finali, ovvero i prodotti destinati al consumo.

Lo schema che sintetizza i flussi degli input e degli output fra le branche di un'economia è la *tavola delle transazioni input-output* o *delle interdipendenze intersettoriali* o *schema dei flussi*.

La tavola delle interdipendenze settoriali è suddivisa in tre sezioni (fig. a): una sezione quadrata $n \times n$ dove sono rappresentati i flussi interindustriali, una sezione rettangolare $n \times m$ degli impieghi finali e una sezione $l \times n$ delle risorse primarie.

Fig. A – Tavola delle interdipendenze settoriali



È possibile definire la produzione di ogni branca sia come il valore degli input assorbiti, sia come il valore degli output distribuiti. Dal punto di vista delle risorse assorbite, la produzione della branca *j*-esima è data dalla somma della *j*-esima colonna della tavola delle transazioni. Nel secondo caso il valore della produzione della *i*-esima branca è dato dalla somma della *i*-esima riga della tavola delle transazioni.

È possibile considerare la tavola delle transazioni come una matrice ed utilizzare tutte le proprietà dell'algebra matriciale. In questo caso l'equazione di Leontief ha la forma seguente:

$$X u' + d' = x' \quad [1]$$

dove *X* è la matrice dei flussi interindustriali, *u'* il vettore unitario trasposto, *d'* il vettore degli impieghi finali e *x'* il vettore della produzione.

Il valore della produzione della *i*-esima branca è dato dal valore degli output destinati ad essere reimpiegati come input all'interno del settore interindustriale, più il valore dei beni destinati al consumo finale.

Se si legge la tavola delle transazioni nel senso delle colonne, il valore della produzione della *j*-esima branca è dato dalla somma della *j*-esima colonna, ossia dalla somma delle risorse assorbite dai singoli processi produttivi,

quindi dagli input intermedi provenienti dalle altre branche più il valore aggiunto (la remunerazione delle risorse originarie utilizzate) della j-esima branca.

La seconda equazione di Leontief è la seguente:

$$u X + v = x \quad [2]$$

dove v è il vettore del valore aggiunto e tutti gli altri termini conservano lo stesso significato della [1].

La matrice dei coefficienti di spesa e la sua inversa

Dalla tavola delle interdipendenze settoriali deriva la matrice dei coefficienti di spesa A , detti anche *coefficienti di fabbisogno diretto*, il cui generico elemento a_{ij} è ottenuto tramite il rapporto tra il valore dell'output prodotto dalla branca i-esima (utilizzato come input dalla branca j-esima) ed il valore della produzione della branca j-esima.

$$a_{ij} = x_{ij} / X_j ; \quad 0 < a_{ij} < 1$$

La somma di ogni colonna rappresenta il costo degli input necessari a produrre un euro del bene j , la somma della generica colonna j deve essere inferiore all'unità; dal punto di vista economico, infatti è ingiustificata una produzione il cui valore sia interamente assorbito dal costo dei fattori.

Usando la matrice A , la [1] in notazione matriciale può essere riscritta come:

$$(I - A) x = d \quad [3]$$

dove x è il vettore della produzione, d è il vettore della domanda finale e I è la matrice identità. Se la matrice $(I - A)$, detta **matrice di Leontief**, è invertibile la soluzione della [3] è una sola:

$$x = Z d; \quad \text{con } Z = (I - A)^{-1}; \quad x_{ij} \geq 1; \quad [4]$$

La matrice Z è la matrice inversa dei coefficienti di spesa, *matrice dei coefficienti di fabbisogno diretto e indiretto di produzione*. Il coefficiente z_{ij} misura il valore degli input i-esimi necessari direttamente ed indirettamente per la produzione di un euro del bene j-esimo.

La somma per colonna della Z è detta coefficiente di attivazione, poiché misura gli effetti indotti della variazione di un euro della produzione della branca i-esima, sulle altre $n-1$ branche. Per questo motivo, tali coefficienti devono essere maggiori o pari all'unità: l'aumento della produzione necessiterà, infatti, degli input intermedi provenienti dalle altre branche.

L'attivazione della produzione

Si applichi la [4] per la determinazione della produzione al tempo zero (t_0) e la produzione al tempo uno (t_1), misurata in seguito alla variazione intervenuta nella domanda finale.

La variazione della produzione (Δx) è data dalla differenza fra la produzione al tempo uno e la produzione al tempo zero.

$$\Delta x = (x_1 - x_0) = Z (d_1 - d_0) = Z \Delta d \quad [5]$$

Le economie nazionali sono un sistema aperto verso l'economia mondiale e non è plausibile pensare che l'intera domanda differenziale si rivolga al mercato interno. Una parte di questa si rivolgerà al mercato estero, sia sotto forma di domanda di beni finali sia sotto forma di domanda di beni intermedi.

E' utile, dunque, introdurre il concetto di coefficiente di importazione corrispondente alla quota di domanda finale che si rivolge direttamente al mercato estero.

Il coefficiente di importazione è ottenuto dal rapporto tra il totale delle importazioni di beni destinati al consumo ed il totale delle risorse disponibili. Sia M una matrice che ha sulla diagonale principale i coefficienti di importazione delle branche e tutti gli altri elementi pari a zero.

Il sistema formalizzato dalla [3] assume ora la seguente forma:

$$(I - A) x = d - M d$$
$$(I - A) x = (I - M) d \quad [6]$$

Il valore della produzione effettiva (interna al sistema economico) si ottiene come soluzione del sistema [6]:

$$x = Z (I - M) d \quad [7]$$

Mentre il valore della produzione attivata da un incremento autonomo della domanda finale è ora così determinato:

$$\Delta x = Z (I - M) \Delta d \quad [8]$$

Dalla [8] risulta che l'effetto moltiplicativo sul reddito nazionale è funzione della domanda autonoma o esogena depurata dalla quota che si rivolge direttamente al mercato estero.

Effetti indiretti sulle importazioni

Nella trattazione relativa all'attivazione della produzione effettiva in seguito ad un aumento esogeno della domanda finale, è possibile analizzare l'attivazione della domanda esogena sulle importazioni di beni intermedi (in considerazione dei settori di domanda considerati).

Sia N la matrice dei coefficienti di importazione intermedi, ottenuta dalla post-moltiplicazione della matrice dei flussi di importazione di beni intermedi B , per la matrice diagonale inversa delle risorse disponibili $/x/^{-1}$. Com'è noto, le importazioni totali di un'economia sono date dalla somma delle importazioni di beni intermedi e di beni finali. Sia T il vettore delle importazioni totali:

$$T = B u' + M d \quad [9]$$

e, procedendo per trasformazioni lineari:

$$T = B / x /^{-1} / x / u' + M d \quad [10]$$

Ponendo N (matrice dei coefficienti di importazione intermedi) uguale a $B / x /^{-1}$, le importazioni totali sono date dalla seguente equazione:

$$T = N x + M d \quad [11]$$

Il primo elemento di destra della equazione è il vettore delle importazioni intermedie (s). Sostituendo ad x la [7], le importazioni totali sono ottenibili come nell'equazione seguente:

$$T = N Z (I - M) d + M d. \quad [12]$$

Il valore delle importazioni di prodotti intermedi, attivato da una variazione autonoma della domanda finale, è così determinato:

$$\Delta s = N Z (I - M) \Delta d \quad [13]$$

Per comprendere il significato economico della [13], è conveniente analizzare un sistema in cui le importazioni di beni intermedi sono espresse in funzione della domanda di beni finali, senza considerare la quota di domanda che si rivolge direttamente al mercato estero:

$$s = N Z d \quad [14]$$

Si ricordi che lo scopo rimane la determinazione del valore delle importazioni del bene generico j , attivate direttamente ed indirettamente da una variazione esogena della domanda finale. Sia la matrice S uguale a $N Z$, l'elemento s_{ij} è dato dalla [15]:

$$s_{1j} = n_{11} z_{11} + n_{12} z_{21} + \dots + n_{1n} z_{n1} \quad [15]$$

Per ottenere una unità di produzione lorda del bene 1 da destinare alla domanda finale sono necessarie z_{11} unità di produzione lorda del settore 1, z_{21} unità del settore 2, e così via.

Poiché il sistema economico è aperto verso i mercati esteri, è necessario considerare la quota di beni intermedi che i settori ricevono dalle branche estere corrispondenti al settore 1 domestico. Si devono considerare, quindi, il valore della quantità del bene 1 importata dalla branca 1 (n_{11}), il valore della quantità del bene 1 importata dalla branca 2 (n_{12}) e così via. Il generico elemento della matrice S (s_{ij}) esprime il valore delle importazioni del bene i direttamente ed indirettamente necessarie alla produzione del valore di un euro del bene j .

La somma della j -esima colonna della matrice S è il valore delle importazioni (dal sistema economico estero) direttamente ed indirettamente necessarie alla produzione di un euro del bene j . La somma della i -esima riga della matrice S è il valore del fabbisogno dell'economia di importazioni del bene i .

Il valore aggiunto generato

Ogni euro di risorse disponibili contiene una quota di valore aggiunto. È possibile, dunque, determinare il valore aggiunto attivato da un incremento autonomo della domanda finale.

La quota suddetta è data dal rapporto fra il valore aggiunto e le risorse disponibili relative a ciascuna branca al tempo t .

Sia r il vettore delle risorse disponibili, v il vettore del valore aggiunto e r^{-1} l'inversa della matrice diagonale delle risorse disponibili, allora il vettore t relativo al rapporto suddetto è dato dalla [16]:

$$v / r^{-1} = t \quad [16]$$

L'incremento di valore aggiunto è dato dall'incremento indotto nel valore della produzione finale da una unità monetaria di domanda finale incrementale, moltiplicato per il valore aggiunto contenuto in un euro di risorse disponibili.

$$\Delta v = \Delta x / t \quad [17]$$

dove Δv è il vettore del valore aggiunto indotto e Δx il valore della produzione incrementale determinato utilizzando la [8].



Definizione del sistema di lavoro e impatto occupazionale

Per ottenere un'unità di produzione lorda sono necessari una serie di input di prodotti intermedi e di risorse originarie, tra cui il lavoro.

È necessario, dunque, determinare la quota di lavoro che entra come input nella produzione del generico bene i , da cui è possibile risalire al volume della manodopera addizionale generato da un aumento esogeno della domanda finale.

L'obiettivo è di ottenere il volume degli occupati delle n branche in cui è suddivisa l'economia, come funzione della domanda finale (d).

Sia L il vettore degli occupati per branca, il problema può essere posto in termini della determinazione di una matrice H tale che:

$$H d = L \quad [18]$$

Sia x il vettore della produzione, A la matrice dei coefficienti di spesa e Z la sua inversa, dalla [3] e dalla [4] si ha:

$$A x + d = x \quad [19a]$$

$$Z d = x \quad [19b]$$

Premoltiplicando i sistemi di cui alle [19] per la matrice diagonale inversa della produzione effettiva $/x/^{-1}$ si ha:

$$/x/^{-1} A /x/ /x/^{-1} x + /x/^{-1} d = /x/^{-1} x; \quad [20a]$$

$$/x/^{-1} Z d = /x/^{-1} x \quad [20b]$$

da cui:

$$/x/^{-1} A /x/ u + /x/^{-1} d = u \quad [21a]$$

$$/x/^{-1} Z d = u \quad [21b]$$

Si moltiplichino ora i due sistemi per la matrice $/L/$, questa presenta il volume degli occupati per branca sulla diagonale principale e zero in corrispondenza degli altri elementi:

$$/L/ /x/^{-1} A /x/ /L/^{-1} /L/ u + /L/ /x/^{-1} d = /L/ u \quad [22a]$$

$$/L/ /x/^{-1} Z d = /L/ u \quad [22b]$$

$$/L/ /x/^{-1} A /x/ /L/^{-1} L + /L/ /x/^{-1} d = L \quad [23a]$$

$$/L/ /x/^{-1} Z d = L \quad [23b]$$

Il problema posto in [18] è risolto ponendo:



$$H = /L/ /x/^{-1} A /x/ /L/^{-1} \quad [24]$$

Il sistema [23a] può essere riscritto nella forma seguente:

$$H L + /L/ /x/^{-1} d = L \quad [25]$$

e il volume di occupati è determinato come segue:

$$L = (I - H)^{-1} /L/ /x/^{-1} d \quad [26]$$

Sia $/P/^{-1}$ la matrice diagonale inversa della produttività, il sistema [26] può essere riscritto come segue:

$$L = (1-H)^{-1} /P/^{-1} d \quad [27]$$

E' possibile sostituire $/P/^{-1}$ nel sistema [25b]

$$/P/^{-1} Z d = L \quad [28]$$

La [28] fornisce la quantità di lavoro necessaria ad ogni branca in funzione della domanda finale d; per cui una seconda soluzione del problema posto nella [18] è:

$$H = /P/^{-1} Z \quad [29]$$

Per poter meglio decifrare il significato economico della matrice H si consideri il suo generico elemento:

$$h_{ij} = L_i / x_i \quad x_{ij} / L_j \quad [30]$$

equivalente a:

$$h_{ij} = x_{ij} / (x_i L_i) \quad 1 / L_j \quad [31]$$

Il primo termine di destra della [30] rappresenta il rapporto tra la quantità del bene i-esimo assorbito dall'industria j-esima, e la produttività dell'industria i-esima, ovvero la quantità del fattore lavoro della i-esima branca contenuto nel flusso di beni assorbiti dalla j-esima branca affinché, quest'ultima, possa utilizzare una quantità unitaria del fattore lavoro.

L'occupazione generata

Gli effetti occupazionali generati da un incremento di domanda sono dipendenti dal volume della domanda autonoma che ne scaturisce.

Per la [27] l'occupazione indiretta indotta dalla spesa è così definita:

$$\Delta L = (1 - H)^{-1} /P/^{-1} \Delta d \quad [32]$$



Se si utilizza la [28], che misura l'attivazione di lavoro indotta direttamente ed indirettamente, si ha:

$$\Delta L = /P^{-1} Z \Delta d \quad [33]$$

Per tener conto soltanto della domanda che si rivolge effettivamente al mercato interno, il vettore della domanda incrementale (Δd) è stato premoltiplicato per la matrice (I - M), ossia per una matrice diagonale che presenta, sulla diagonale principale, la quota di beni finali prodotti nel sistema economico domestico (Cfr. [8]).

$$\Delta L = /P^{-1} Z (I - M) \Delta d \quad [34]$$

Il sistema di lavoro appena definito si basa sull'ipotesi che nel breve periodo la produttività del lavoro resti invariata, per cui l'unico evento che modifica lo stato di equilibrio preesistente risiede nella variazione della domanda finale.

Effetti indotti

Nella forma standard del modello input-output gli elementi della domanda finale sono considerati esogeni al sistema. Tuttavia, i consumi privati e gli investimenti dipendono per molti aspetti dal reddito.

L'effetto indotto è stato calcolato a partire dagli occupati dipendenti diretti ed indiretti e dal loro reddito da lavoro dipendente ottenuti dal modello.

Usando i dati Istat dei “Conti e aggregati economici nazionali” e dei “Conti non finanziari per settore istituzionale” (la componente delle famiglie consumatrici), per ciascuna branca di attività economica, a partire dal reddito da lavoro dipendente, sono stati calcolati:

- Le retribuzioni lorde, sottraendo al reddito da lavoro dipendente i contributi sociali a carico dei datori di lavoro;
- Il reddito disponibile lordo, sottraendo alle retribuzioni lorde la parte di contributi sociali effettivi a carico dei lavoratori dipendenti e le imposte sui redditi da lavoro dipendente, stimate dai dati Istat sulle famiglie consumatrici e sul carico fiscale e contributivo degli individui;
- La spesa destinata ai consumi finali, sottraendo la parte di risparmio lordo, stimata dai conti delle famiglie consumatrici, al reddito disponibile lordo;
- La spesa media per occupato dipendente destinata ai consumi finali.

A partire dalla spesa media per occupato dipendente e dagli occupati dipendenti diretti e indiretti per branca ottenuti dal modello, è stata calcolata la spesa complessiva, sottratta la quota relativa alle imposte meno contributi ai prodotti e ripartita la quota restante nei settori di attività economica secondo la distribuzione della spesa per consumi finali delle famiglie in Italia.

Come prima, attraverso l'analisi delle tavole input-output dell'Istat, è stata calcolata la produzione interna aggiuntiva che tale spesa attiva nell'economia, il valore aggiunto e i relativi occupati necessari per soddisfare la produzione interna attivata (produzione, valore aggiunto e occupati indotti).

C. Impatto fiscale dell'economia attivata dalla spesa sanitaria pubblica

A partire dalle grandezze economiche attivate dalla spesa della sanità pubblica è possibile avere una stima delle imposte e contributi sociali che il sistema economico attivato versa alle Amministrazioni pubbliche.

Attraverso le tavole input-output è possibile distinguere le componenti del valore aggiunto. Nel dettaglio:

- Reddito da lavoro dipendente, con dettaglio delle retribuzioni lorde;
- Altre imposte nette sulla produzione;
- Risultato lordo di gestione e reddito misto lordo;
- Ammortamenti.

La componente contributiva è calcolata a partire dai redditi da lavoro dipendente, e considera i contributi sociali effettivi a carico dei datori di lavoro e a carico dei lavoratori dipendenti.

Le imposte sono distinte in dirette e indirette.

Le imposte dirette comprendono:

- l'Irpef, calcolato sul reddito da lavoro dipendente;
- l'Ires, calcolato applicando l'aliquota al risultato netto di gestione delle società. Quest'ultimo è calcolato sottraendo gli ammortamenti al reddito lordo di gestione e reddito misto e stimando, a partire dalla quota derivante dai dati della "Sequenza dei conti per settore istituzionale e stock di attività non finanziarie" dell'Istat, il valore in capo alle società.

Le imposte indirette comprendono:

- le imposte meno i contributi ai prodotti della spesa delle famiglie derivante dai redditi da lavoro dipendente della parte diretta e indiretta;
- le imposte meno i contributi ai prodotti sottratte prima di utilizzare il modello dalla spesa dei farmaci per uso finale nella trasformazione della spesa a prezzi di acquisto in valori a prezzi base;
- altre imposte meno contributi ai prodotti derivante dalla quota dei consumi intermedi ai prezzi base rispetto ai consumi intermedi ai prezzi d'acquisto;

- altre imposte nette sulla produzione, derivante dal dettaglio delle voci del valore aggiunto.

È importante sottolineare che la stima delle imposte e dei contributi non è esaustiva di tutte le parti ma leggermente sottostimata per mancanza delle informazioni necessarie ad aggiungere:

- i contributi provenienti da altre forme di lavoro oltre quello dipendente;
- le imposte derivanti dal reddito misto.

Inoltre, le “imposte sui prodotti” e le “altre imposte sulla produzione” sono già al netto dei contributi delle Amministrazioni pubbliche per queste voci.

D. Calcolo degli scenari alternativi basati sui confronti con Francia e Germania

Premessa

Le analisi fatte con i confronti internazionali sono puramente indicative. Bisogna infatti ricordare che il modello input-output si basa su una serie di assunzioni fondamentali:

- omogeneità delle produzioni;
- fissità dei coefficienti;
- ipotesi di assenza di economie di scala;
- esogeneità della domanda finale.

È ipotizzabile che a fronte di una modifica sostanziale della spesa sanitaria si attiverebbero dei meccanismi di aggiustamento del sistema di relazioni tra le branche, in modo da rendere più efficiente e funzionale il sistema a fronte della domanda aggiuntiva.

Calcolo degli scenari

Per il confronto internazionale sono stati considerati la Francia e la Germania. La fonte dei dati iniziale è la spesa sanitaria pubblica pro capite di fonte Ocse dei tre Paesi al 2022. A livello internazionale il dato della spesa sanitaria pubblica non include la spesa per R&S in sanità (ricerca applicata e sperimentale). Per correttezza di confronto le differenze tra l'Italia e i due

Paesi sono state calcolate a partire dal dato italiano al netto della R&S e ottenuti i valori economici e occupazionali che sarebbero generati dalla spesa aggiuntiva sono stati sommati alla stima a livello nazionale.

Inoltre, per avere un confronto omogeneo, sono stati considerati i valori pro capite in dollari a parità di potere d'acquisto.

Per ciascun Paese di confronto:

- il valore pro capite della spesa sanitaria pubblica a parità di potere d'acquisto è stato moltiplicato per la popolazione residente italiana, ottenendo il valore complessivo che si avrebbe in Italia con i valori pro capite del Paese considerato;
- il valore complessivo è stato riportato ai valori in euro nazionali, utilizzando il coefficiente di conversione dai dollari a parità di potere d'acquisto ai valori in euro per l'Italia;
- è stata calcolata la differenza tra il valore così ottenuto e il valore effettivo dell'Italia;
- sono state utilizzate le tavole input-output per calcolare l'economia generata da questa differenza, in termini di valore aggiunto e occupazione.

Il valore aggiunto generato è stato sommato al Pil italiano, e il valore risultante è stato utilizzato per calcolare l'incidenza della spesa sanitaria pubblica italiana con l'aggiunta del valore derivante dalla differenza con la Francia e con la Germania rispettivamente.