

I “presunti” tagli alla sanità pubblica e l'epidemia odierna



di Claudio Negro

Una lamentazione molto *trendy* in questo periodo è quella per cui **i presunti tagli alla sanità pubblica hanno massacrato il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), motivo per cui abbiamo così tanti casi di coronavirus e soffriremo un'epidemia drammatica**. Tesi sostenuta non solo dai soliti frequentatori dei social, che sanno per sentito dire, o che ripetono ciò che dicono tutti, ma diffusa anche da (autorevoli?) testate giornalistiche¹, che evidentemente si documentano sui social come i loro lettori (certificando così la propria superfluità).

Ma vediamo cosa c'è di vero nella presunta distruzione della sanità pubblica. Innanzitutto la risposta delle strutture al contagio è stata eccellente, come dimostrano i numeri e come attestato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. E questo deriva dal fatto che il Servizio Sanitario non è stato affatto devastato dalle scelte politiche degli ultimi anni, come dimostrano alcune cifre: **oggi il SSN “fattura” 115 miliardi di euro, erano 66 nel 2000. Un aumento del 74%, superiore all'inflazione e anche alla crescita del PIL nominale².**

Se è vero che l'organico ha perso 43.721 unità nel 2017 rispetto al 2004 (il 6,5%), la spesa ha comunque registrato uno sfioramento di 5,5 miliardi rispetto al tetto previsto nel 2004. Questo a causa dell'incremento delle retribuzioni medie, ma anche della modifica della composizione degli organici. **Organici che crescono in ospedale, anche se calano sul territorio**. Altri numeri: il personale degli ospedali è passato da 8,4 unità per mille giornate di degenza nel 2004 a 10,7 nel 2017; sul territorio, invece, è passato dal 3,2 unità (per mille abitanti) del 2004 al 2,7 del 2017. La presenza sul territorio, però, è finalizzata alle lungodegenze, riabilitazioni, assistenza socio sanitaria, attività poliambulatoriale. Nulla che c'entri con patologie come il coronavirus, che viene trattato negli ospedali i quali, come abbiamo visto, sono stati potenziati dal punto di vista del personale³.

In realtà la lamentazione riprende i tradizionali lai contro il taglio dei posti letto o addirittura la soppressione di piccoli ospedali nei territori. Scelta corretta dal punto di vista dell'efficienza sanitaria, ma duramente osteggiata da primari che perdevano il feudo e da popolazioni che trovavano comodo e confortevole l'ospedale sotto casa, senza porsi domande sull'adeguatezza dei servizi. E' recente il caso dei piccoli ospedali lombardi dove si riscontrano reparti di maternità che fanno meno di 500 parti all'anno, cioè uno al giorno o poco più: non è questione di risorse sprecate (per quanto debba essere considerato anche questo aspetto), ma di competenze ed efficienza che -con un utilizzo così rarefatto- finiscono per degradarsi, a danno della qualità del servizio. Se le comunità che rivendicano l'ospedale sotto casa fossero chiamate a farsi carico, anche solo parzialmente, dei costi, tutto questo localismo avrebbe poca storia..!

In realtà la spesa sanitaria dal 2013 al 2018 è aumentata del 4,87%, poco più dell'inflazione (3,55%) raggiungendo i 115,41 miliardi; un aumento certamente modesto se si considera l'invecchiamento della popolazione che trae beneficio da questa spesa. Va tuttavia osservato

¹ Massimo Giannini: Affari e Finanza, 9 marzo 2020

² Dati ISTAT

³ Elaborazione su dati VII Rapporto Itinerari Previdenziali

che nello stesso periodo la popolazione censita è diminuita da 60,78 milioni a 60,359 milioni (-0,7%). Il che conferma la crescita modesta, ma reale della spesa pubblica sanitaria⁴.

Un problema è certamente la carenza di medici specialistici, anestesisti, medici di base e personale infermieristico; un personale la cui età media è elevata e nei prossimi anni andrà in quiescenza lasciando scoperti molti posti; già l'adozione di Quota 100 ha ridotto gli organici. Ma il motivo, sul quale è assolutamente necessario intervenire, è il numero chiuso delle specialità che non consente di avere un corretto "tasso di rimpiazzo" e costringe molti dei nostri laureati più brillanti ad andare all'estero per la specializzazione, con costi notevoli per la collettività. Vero è che in quest'emergenza si è costretti a ricorrere a misure straordinarie, come richiamare i pensionati o utilizzare il personale militare. Ma si tratta, appunto, di un'emergenza straordinaria, mai verificatasi dai tempi della Spagnola (1917-18); e ovviamente non è pensabile di tarare ordinariamente strutture ed organici della sanità come se tutti i giorni si dovesse affrontare il coronavirus o la spagnola (che comunque fece 600.000 morti, quanto i caduti in guerra). O meglio: si potrebbe fare, basta pagare..!

E a proposito di pagare, vediamo qui sotto la spesa sanitaria dagli ultimi 5 anni:

LA COMPOSIZIONE DELLA SPESA SANITARIA (anni da 2013 a 2018 - valori in milioni di €)												
VOCI DI SPESA (in milioni)	ANNO 2013	2013 in % sul totale	ANNO 2014	2014 in % sul totale	ANNO 2015	2015 in % sul totale	ANNO 2016	2016 in % sul totale	ANNO 2017	2017 in % sul totale	ANNO 2018	2018 in % sul totale
Spesa per il personale	35.735	32,47%	35.487	31,96%	35.158	31,28%	34.907	31,03%	34.917	30,73%	35.540	30,79%
Spesa per consumi intermedi	28.544	25,94%	29.579	26,64%	30.969	27,55%	31.586	28,08%	32.823	28,89%	33.533	29,06%
Spesa per prestazioni acquistate da produttori e sul mercato (1)	39.365	35,77%	39.684	35,74%	39.744	35,36%	39.589	35,19%	39.565	34,82%	40.345	34,96%
Altre componenti di spesa	6.400	5,81%	6.278	5,65%	6.537	5,82%	6.460	5,74%	6.298	5,54%	5.992	5,19%
Totale spesa sanitaria	110.044		111.028		111.224		112.504		113.611		115.410	
incidenza % spesa sanitaria su spesa pubblica totale	818.986	13,42%	825.420	13,44%	826.429	13,46%	830.111	13,55%	839.599	13,53%	853.618	13,52%
INCIDENZA % su PIL serie SEC 2010	1.604.478	6,86%	1.627.406	6,82%	1.655.355	6,72%	1.695.590	6,64%	1.736.602	6,54%	1.765.421	6,54%

NOTA: Dati aggiornati al DEF 9 aprile 2019 che modificano leggermente quelli utilizzati negli scorsi anni relativi ai DEF precedenti (1) La voce comprende: 7.581 milioni per assistenza farmaceutica convenzionata; 6.821 milioni per assistenza medico generica; 25.943 milioni per ospedaliera, specialistica, riabilitativa, integrativa e altra assistenza.

Fonte: Itinerari Previdenziali – VII Rapporto Andamenti finanziari e demografici delle pensioni e dell'assistenzaper l'anno 2018

Come si vede la spesa sanitaria pubblica non diminuisce ma aumenta, in particolare per il personale.

Un altro argomento scottante è la spesa sanitaria pubblica che va a pagare prestazioni erogate in regime di assistenza pubblica da strutture private accreditate: ecco qui sotto i numeri

Come è facile vedere il privato accreditato è presente soprattutto nella riabilitazione e lungodegenza (come detto sopra) e nell'ospedaliero, dove si avvale tra l'altro si strutture di assoluta eccellenza.

⁴ Ibidem

Tabella 4.1 La spesa SSN per assistenza sanitaria privata accreditata (valori pro capite – 2018)

	Ospedaliera accreditata, €	Specialistica accreditata, €	Riabilitiva accreditata, €	Altra assistenza accreditata*, €	Totale spesa SSN per assistenza privata accreditata pro capite, €	Totale spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente pro capite, €	% Spesa sanitaria SSN per assistenza privata accreditata 2018
Piemonte	109	61	43	141	354	2.017	17,5%
Valle d'Aosta	55	12	33	47	148	2.191	6,7%
Lombardia	227	109	9	221	566	2.056	27,5%
PA Bolzano	50	17	0	176	243	2.500	9,7%
PA Trento	108	49	1	331	489	2.350	20,8%
Veneto	111	68	6	175	360	2.000	18,0%
Friuli VG	54	43	13	124	234	2.159	10,8%
Liguria	135	73	61	126	394	2.170	18,1%
Emilia Romagna	140	49	0	198	387	2.180	17,8%
Toscana	81	40	22	127	270	2.104	12,8%
Umbria	46	27	10	113	196	2.103	9,3%
Marche	75	37	54	116	282	1.989	14,2%
Lazio	217	87	37	129	470	1.920	24,5%
Abruzzo	98	35	51	85	270	1.967	13,7%
Molise	237	127	44	102	510	2.200	23,2%
Campania	145	132	52	52	381	1.821	20,9%
Puglia	181	72	38	101	391	1.882	20,8%
Basilicata	21	64	68	66	219	1.956	11,2%
Calabria	97	59	35	79	270	1.861	14,5%
Sicilia	141	104	37	101	383	1.894	20,2%
Sardegna	48	74	30	89	242	2.064	11,7%
ITALIA	146	79	28	139	392	2.066	20,3%

*La voce "altra assistenza accreditata" include: prestazioni di psichiatria, distribuzione di farmaci File F, prestazioni termali, prestazioni di trasporto sanitario, prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria e consulenze per attività libero professionale intramoenia. La voce più cospicua è rappresentata dalla spesa per l'assistenza territoriale offerta dalle strutture socio-sanitarie private accreditate, principalmente dedicate alla lungodegenza.

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2018

D'altra parte la geremiade sul disastro della sanità italiana si gonfia proprio quando prestigiosi Istituti Internazionali certificano non soltanto (e chi aveva voglia di informarsi lo sapeva) che è tra le migliori al mondo, ma che è migliorata passando dal 6° al 4° posto. Qui sotto potete vedere la tabella elaborata da Bloomberg e che per ragioni di spazio riportiamo solo per le prime posizioni: sono indicati l'indice di efficacia del servizio, l'aspettativa di vita nel Paese, la spesa in percentuale del PIL e in cifra assoluta (espressa in US\$)

Bloomberg Health Care Efficiency

Rank	Rank 1Y Ago	Chg	Economy	Efficiency Score	Life Expectancy	Relative Cost %	Absolute Cost \$
1	1	-	Hong Kong	87.3	84.3	5.7	2,222
2	2	-	Singapore	85.6	82.7	4.3	2,280
3	3	-	Spain	69.3	82.8	9.2	2,354
4	6	2	Italy	67.6	82.5	9.0	2,700
5	4	-1	S. Korea	67.4	82.0	7.4	2,013
6	7	1	Israel	67.0	82.0	7.4	2,756
7	5	-2	Japan	64.3	83.8	10.9	3,733
8	10	2	Australia	62.0	82.4	9.4	4,934
9	12	3	Taiwan	60.8	79.7	6.2	1,401
10	9	-1	U.A.E.	59.7	77.1	3.5	1,402

Naturalmente si può sempre fare meglio, ma per sostenerlo occorre avere in mente le misure per evitare di straparlare. Come abbiamo visto la sanità italiana ha performance- più che

accettabili. Se vogliamo spendere di più, e in prospettiva con l'invecchiamento della popolazione dovremo farlo, dobbiamo fare un po' di conti: per finanziare il nostro welfare nel suo complesso, che nel 2018 è costato **462,114** miliardi, occorrono:

- a) ovviamente tutti i *contributi sociali* versati per il sistema pensionistico; i contributi per le prestazioni temporanee (cassa integrazione, disoccupazione, mobilità, contribuzioni figurative, Naspi) e quelli versati all'Inail. Questi contributi sono sufficienti per finanziare i costi complessivi delle pensioni al netto del carico fiscale IRPEF e delle prestazioni Inail; sono insufficienti se si considera il costo delle pensioni al lordo dell'IRPEF e l'assistenza, compresa quella a carico degli enti locali e la sanità.
- b) Per finanziare assistenza, sanità e il carico fiscale sulle pensioni occorre attingere all'IRPEF finanziata peraltro, in parte, dagli stessi pensionati, a **tutta l'Ires** (imposta sulle società), **tutta l'Irap** (imposta regionale sulle attività produttive) e quasi **tutta l'Isos** (imposta sostitutiva) per un totale entrate pari a 465,891 miliardi, circa 3,8 in più dell'intera spesa per welfare.

Quindi, per finanziare il resto della spesa pubblica (istruzione, giustizia, infrastrutture, macchina amministrativa ecc.) rimangono le residue imposte indirette, le altre entrate e - essendo queste insufficienti- si fa ricorso, perciò, a nuovo “debito”⁵.

Questa è la realtà: gridare contro il taglio delle spesa sanitaria (o previdenziale) ha lo stesso fondamento concreto di strillare *piove governo ladro*. Dispero, naturalmente, che i media veicolino informazioni di questo tipo. Quel che vedremo, temo, è un'ondata di isteria pubblica che imputerà ai “tagli” alla sanità la crisi del coronavirus.

Un'ultima osservazione: le spesa pensionistica è quasi il 12% del PIL, quella sanitaria il 9%. Il 21% del PIL viene speso per provvidenze e assistenze che vanno soprattutto a favore delle fasce anziane della popolazione: per i giovani e il futuro del Paese resta davvero molto poco. Forse a questo problema si dovrebbe rivolgere attenzione e lanciare qualche allarme!

⁵ Itinerari Previdenziali – VII Rapporto