



Decenni di restrizioni alla spesa hanno lasciato il Sistema sanitario nazionale impreparato ad affrontare la crisi del Covid-19¹

Franz Prante, Alessandro Bramucci, Achim Truger

La pandemia del Covid-19 ha sconvolto i sistemi sanitari di alcuni paesi europei. La situazione è stata particolarmente grave in Italia dove nelle regioni più colpite il sistema sanitario non è stato in grado di fornire assistenza a tutti i pazienti affetti dal virus. Guardando indietro agli anni dell'austerità nei paesi dell'Europa meridionale è giusto chiedersi se la politica dei tagli alla spesa pubblica sia in parte responsabile della situazione attuale. Le misure di riduzione della spesa che sono seguite alla crisi economica del 2008 ed alle sue conseguenze nell'area dell'euro sono state particolarmente drastiche in Italia. Tuttavia, le politiche di austerità nel paese risalgono a molto prima. In questo articolo vogliamo approfondire il rapporto tra sanità e austerità in Italia.

La Costituzione italiana (art. 32) garantisce il diritto all'assistenza sanitaria universale e in larga parte gratuita². Fondato nel 1978, spetta al Servizio sanitario nazionale (Ssn) offrire questo diritto ai cittadini. Tuttavia, già nel corso degli anni novanta si sono registrati tentativi di riforma del Ssn che hanno cercato di sostituire il sistema sanitario pubblico con uno più orientato all'economia di mercato. Sebbene questo obiettivo non sia stato pienamente raggiunto, il tentativo ha innescato un significativo processo di trasformazione del sistema sanitario italiano. Oltre a misure di contenimento della spesa, negli anni novanta si è assistito alla riorganizzazione del sistema amministrativo del Ssn in base all'approccio della cosiddetta «Nuova amministrazione pubblica» (*New Public Management*) orientata ai principi del libero mercato³.

Obiettivo delle riforme era provvedere al contenimento dei costi alla luce delle crescenti esigenze sanitarie dovute all'invecchiamento della popolazione e a nuove tecnologie in rapido miglioramento. L'obiettivo prioritario a livello macroeconomico era quello di limitare la crescita del debito pubblico per rispettare i criteri del Trattato di Maastricht e del Patto di stabilità e crescita⁴. Più recentemente, la crisi finanziaria globale e le politiche di austerità che sono seguite alla crisi dell'euro hanno messo a dura prova l'economia italiana e le restrizioni alla spesa sanitaria sono tornate all'ordine del giorno⁵. Si può quindi concludere che a differenza di molti altri paesi dell'area euro, l'Italia è stata sottoposta a un regime di austerità fin dai primi anni novanta a causa degli sforzi compiuti per soddisfare i requisiti dei trattati europei. Di fatto il bilancio dello Stato italiano ha registrato avanzi primari per quasi trent'anni (figura 1). Questo significa che per quasi tre decenni lo Stato italiano ha sottratto risorse all'economia italiana più di quanto la popolazione abbia ricevuto in cambio in termini di servizi pubblici.

Il grafico seguente mostra che nella prima metà degli anni novanta e nella crisi dell'euro dopo il 2010, i periodi di tagli alla spesa sanitaria sono stati tendenzialmente accompagnati da periodi di forte consolidamento fiscale (come mostrato dall'aumento del saldo primario corretto per l'andamento del ciclo economico).

¹ Questo contributo si basa sui primi risultati di un progetto di ricerca sull'economia italiana finanziato dalla fondazione Friedrich-Ebert in Germania. La versione inglese dell'articolo è apparsa sulla rivista *Intereconomics* e in tedesco nel blog *Makronom.de*.

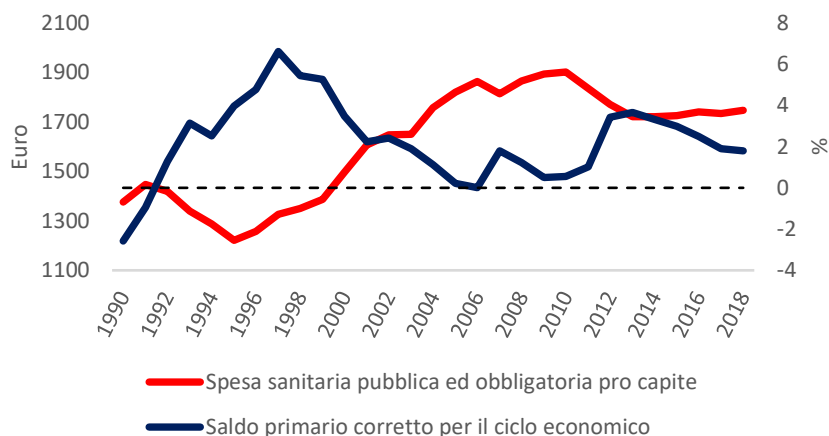
² La Commissione europea nel suo *Country Report 2019* (Commissione europea, 2019) ritiene che il Ssn sia generalmente efficiente e che i suoi risultati in termini di salute degli italiani siano buoni anche se con disparità regionali evidenti.

³ Pavolini e Vicarelli (2013).

⁴ Pavolini e Vicarelli (2013).

⁵ De Belvis e al. (2012).

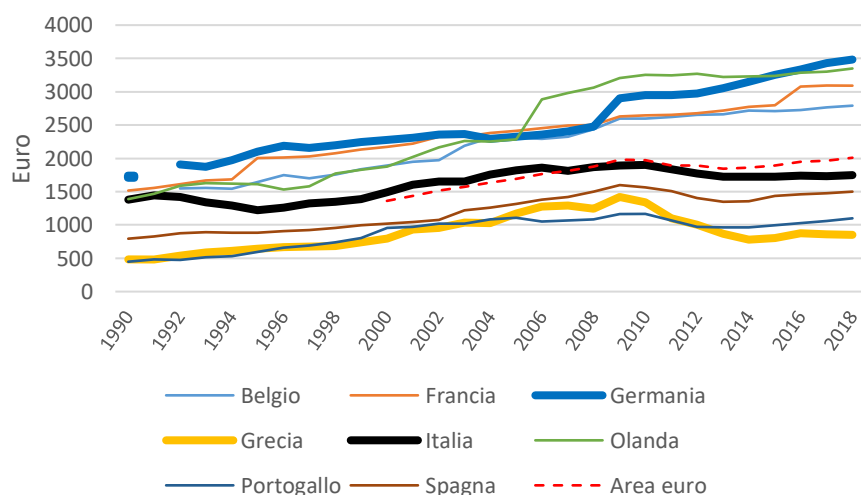
Figura 1 - Spesa pubblica sanitaria pro capite a prezzi costanti in euro (anno base 2010) (asse sinistro) e saldo primario corretto per il ciclo economico in percentuale del Pil potenziale (asse destro) per l'Italia



Fonte: dati Ocse e Fmi.

Note: l'Ocse classifica nella stessa categoria le spese sanitarie finanziate dallo stato e quelle finanziate dall'assicurazione sanitaria obbligatoria.

Figura 2 - Spesa sanitaria pubblica e obbligatoria pro capite a prezzi costanti in euro (anno base 2010) per paesi selezionati



Fonte: dati Ocse ed elaborazione degli autori.

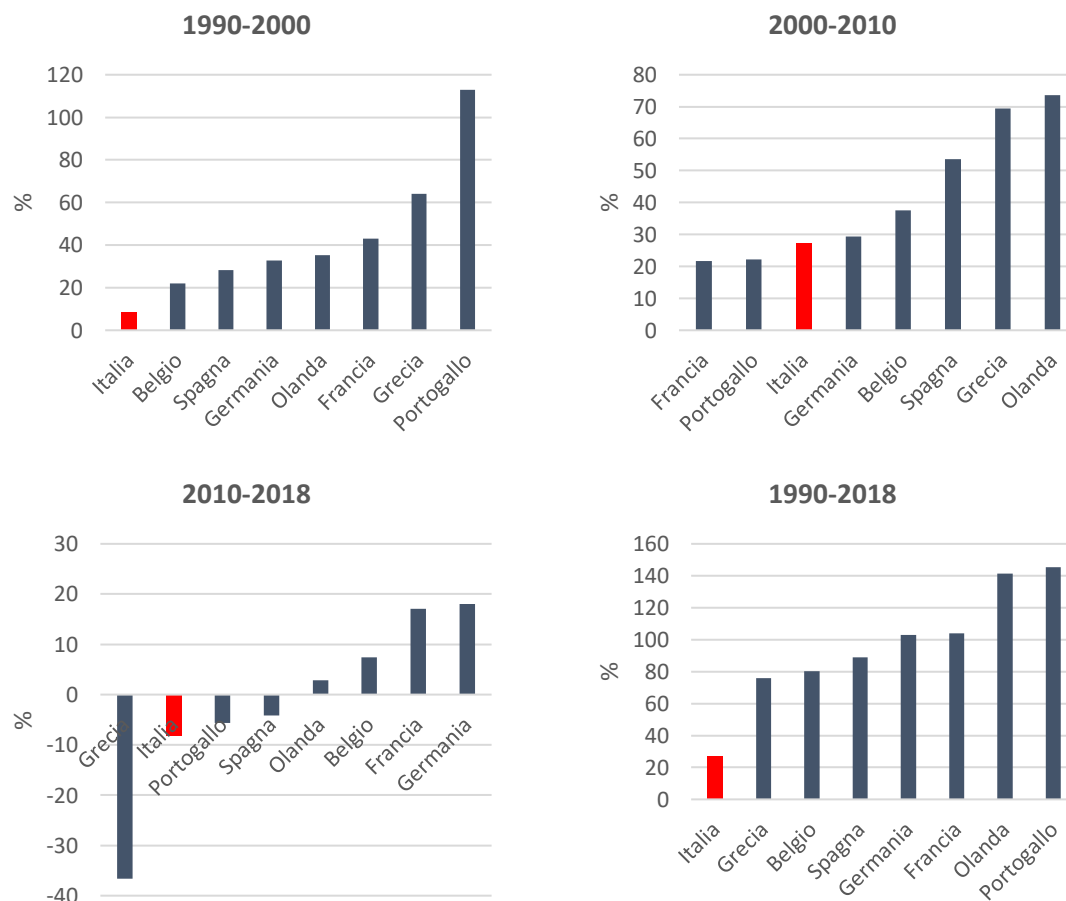
Note: I dati per Malta e Cipro non sono disponibili e non sono inclusi nel calcolo della media dell'area euro (calcolo con paesi membri allo stato attuale). Interruzioni presenti nelle serie storiche. Per il 2018, dati provvisori o stime Ocse.

La figura 2 mostra l'evoluzione della spesa sanitaria in Italia insieme a quella dei paesi più popolosi dell'area monetaria dell'euro e alla media dell'area euro. Si possono osservare tre fasi nell'evoluzione della spesa italiana. Negli anni novanta, a differenza della maggior parte dei paesi industrializzati, l'Italia ha registrato un calo della spesa sanitaria pubblica (misurata in euro pro capite a prezzi costanti). Solo dalla fine degli anni novanta è iniziata una leggera tendenza al rialzo, periodo nel quale la spesa è aumentata parallelamente agli altri paesi europei fino alla fine degli anni duemila. A partire dal 2010 inizia invece una nuova fase di contenimento della spesa sanitaria che si protrae fino al 2015. In questo periodo, la spesa

sanitaria pubblica si è contratta in modo analogo in Portogallo e Spagna e in misura maggiore in Grecia, i paesi più colpiti dalla crisi dell'euro e dalle successive politiche di austerità. Al contrario, in questo periodo si è verificato un rapido aumento della spesa sanitaria pubblica e obbligatoria pro capite in Germania, Francia e Belgio.

La figura 3 riporta la variazione percentuale della spesa sanitaria pubblica e obbligatoria pro capite per le tre fasi osservate e per tutto il periodo compreso tra il 1990 e il 2018. Dal 1990 al 2000 si registra in Italia una prima fase di contenimento nella quale la spesa sanitaria aumenta solo dell'8,7% (la più bassa tra i paesi considerati). Dopo una leggera espansione dal 2000 al 2010 in cui la spesa pro capite in Italia è aumentata del 27,1%, nella terza fase la spesa sanitaria ha registrato una contrazione (come anche in Portogallo, Grecia e Spagna). In questo periodo, caratterizzato dalle più recenti politiche di tagli, la spesa pro capite in Italia è diminuita dell'8,2%, meno che in Grecia ma più che in Spagna e Portogallo. Al contrario, il gruppo dei paesi del Nord ha registrato un aumento della spesa. Complessivamente, dal 1990 al 2018, la spesa sanitaria pubblica in Italia è aumentata del 26,8%, di gran lunga il valore più basso tra i paesi europei analizzati.

Figura 3 - Variazione percentuale della spesa sanitaria pubblica e obbligatoria pro capite a prezzi costanti in euro (anno base 2010) nei paesi selezionati

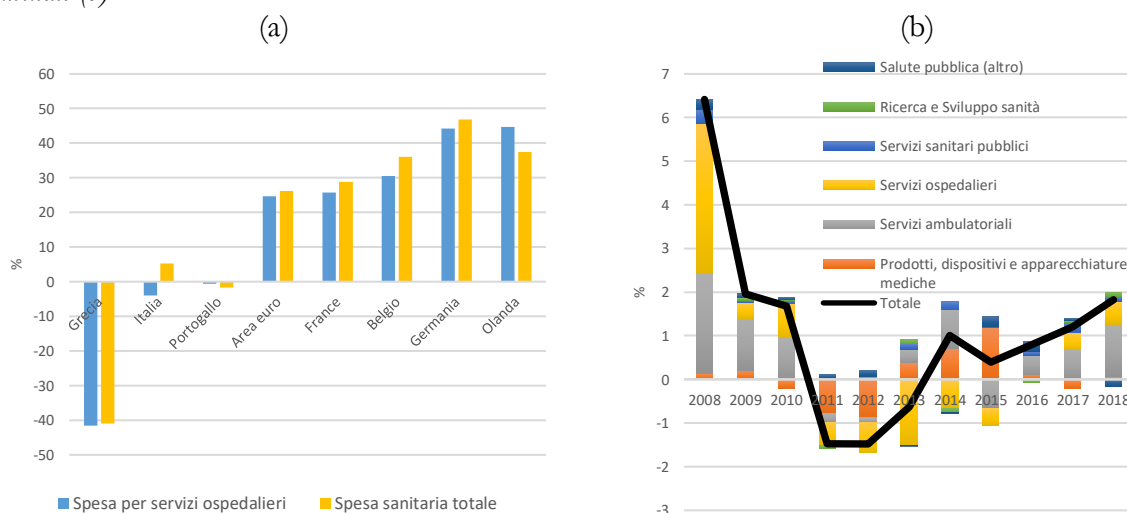


Fonte: dati Ocse ed elaborazione degli autori.

Note: Per il Belgio manca il valore del 1990 ed è stato sostituito con il valore del 1993.

Nell'ultimo decennio, la portata dei tagli al Ssn è stata particolarmente drammatica. Sulla scia della crisi economica e finanziaria del 2008, la spesa sanitaria pubblica totale in Italia (compresi investimenti, consumi intermedi, ricerca e sviluppo e altre componenti) ha subito una drastica battuta d'arresto. Dal 2008 al 2018, la spesa sanitaria pubblica totale in termini nominali (cioè includendo l'inflazione) è aumentata solo del 5,3%, mentre in Germania è aumentata del 46,8% (figura 4a). I dati Cofog⁶ forniscono inoltre evidenza dell'entità dei tagli ai servizi ospedalieri⁷. A differenza dei paesi del Nord Europa, l'Italia (insieme al Portogallo e in misura maggiore alla Grecia) ha ridotto la spesa pubblica destinata al sistema ospedaliero.

Figura 4 - Variazione percentuale della spesa pubblica totale per l'assistenza sanitaria e i servizi ospedalieri, 2008-2018 (a) e decomposizione del tasso di crescita della spesa pubblica totale per l'assistenza sanitaria in Italia, valori nominali (b)



Fonte: Eurostat-Cofog ed elaborazione degli autori.

Dal 2011 al 2018, i tagli ai servizi ospedalieri pubblici hanno contribuito in modo sostanziale alla dinamica negativa del tasso percentuale di crescita della spesa pubblica sanitaria totale (figura 4b). Anche se nel corso degli anni le politiche di austerità hanno rappresentato un onere non indifferente per il sistema sanitario nazionale, la quota della spesa sanitaria nel totale della spesa pubblica è passata dal 10% nel 1995 al 14,7% nel 2008 ed è rimasta costante poco al di sopra del 14% dopo il 2008, sempre in base ai dati Cofog. Questo fatto potrebbe indicare che l'assistenza sanitaria è stata importante per il governo del paese nonostante i vincoli generali imposti alla spesa pubblica. Tuttavia non è stato sufficiente a impedire che la spesa sanitaria italiana scendesse al di sotto del trend internazionale.

Secondo un recente rapporto della Federazione europea delle strutture ospedaliere e sanitarie (Hope), nell'Unione europea quasi un terzo della spesa sanitaria pubblica è utilizzata per coprire le spese degli istituti di cura⁸. Nel corso degli anni, il sistema ospedaliero è stato soggetto a pressioni crescenti ed è stato

⁶ I dati Eurostat organizzati in base alla classificazione delle funzioni delle amministrazioni pubbliche (dall'inglese Classification of the Functions of Government, Cofog) per la spesa sanitaria (GF07 e relativi sottogruppi) raccolgono tutti i tipi di spesa pubblica a fini sanitari (comprese le spese per il personale dipendente, i consumi intermedi, le spese pubbliche per gli investimenti lordi, ecc.) La delimitazione della spesa pubblica nella classificazione Cofog differisce dal Sistema dei conti della sanità (System of Health Accounts).

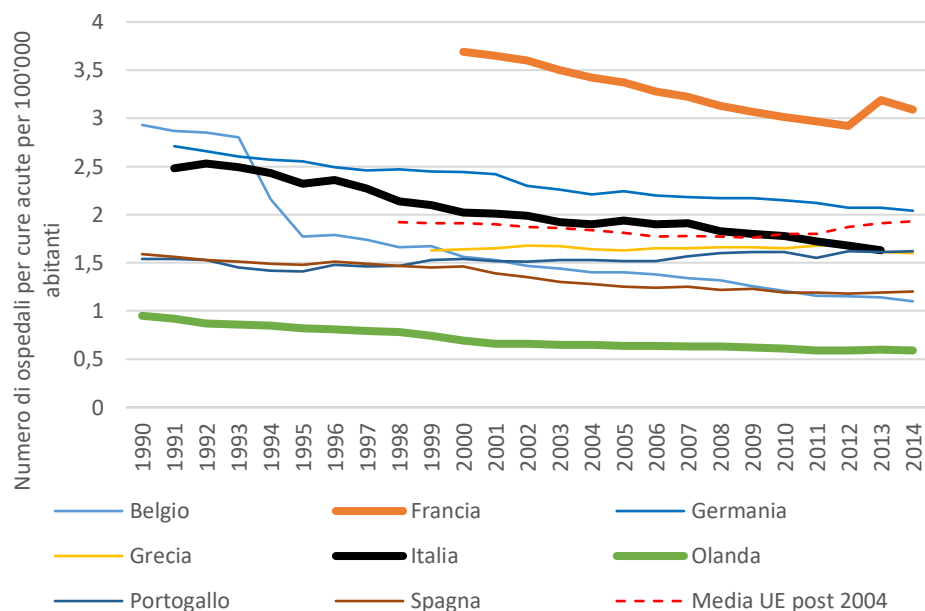
⁷ Secondo la classificazione Cofog, il ricovero in day hospital è classificato tra le prestazioni ospedaliere.

⁸ European Hospital and Healthcare Federation (2018).

spesso considerato la principale fonte per potenziali tagli ai sistemi sanitari pubblici⁹. Le strategie di contenimento dei costi hanno ridotto l'offerta di cure ospedaliere con ricorso ai ricoveri a favore dei servizi di tipo *day hospital* e ambulatoriali, sacrificando così la capacità ricettiva del sistema ospedaliero. I dati dell'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) mostrano che dall'inizio degli anni novanta, il numero di ospedali (in particolare degli ospedali per cure acute) è stato ridotto drasticamente in tutta Europa, ma soprattutto in Belgio e in Italia.

Gli ospedali per cure acute sono un elemento centrale nella lotta al Covid-19. Un numero maggiore di ospedali di questo tipo avrebbe facilitato l'isolamento dei pazienti infetti dal virus riducendo così il rischio di contagio. La figura 5 mostra che nel 1990 l'Italia aveva un numero di ospedali per cure acute (ogni 100.000 abitanti) simile alla Germania. Tuttavia nello spazio di due decenni l'Italia ha ridotto la propria capacità ospedaliera molto più che altri paesi europei. Dal 2010 in poi, il numero degli ospedali per cure acute in Italia è sceso al di sotto della media Ue continuando a diminuire nel corso degli anni della crisi dell'euro.

Figura 5 - Numero di ospedali per cure acute per 100'000 abitanti per paesi selezionati e media Ue

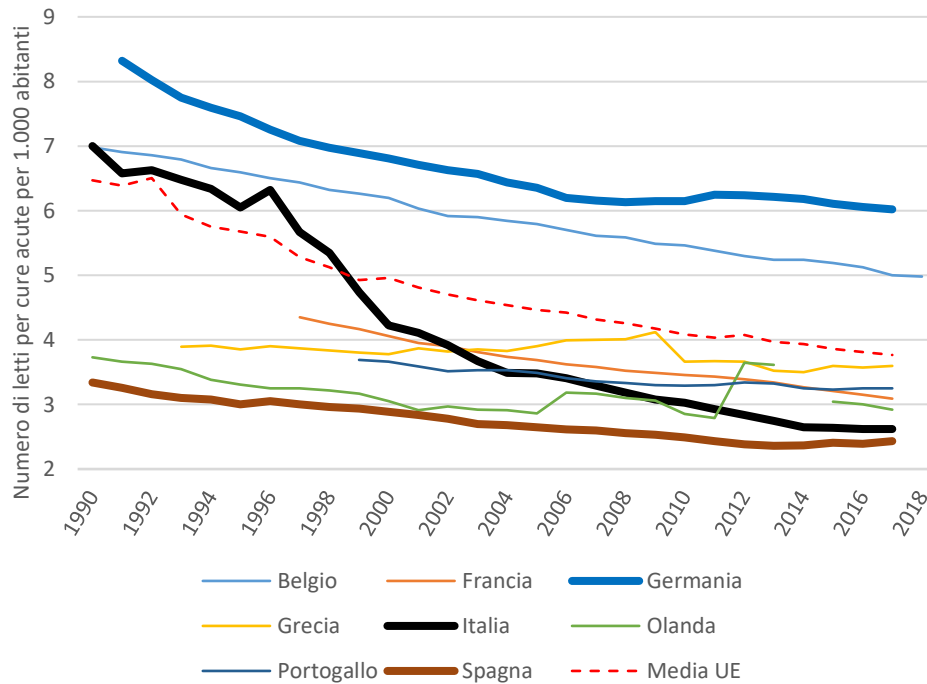


Fonte: dati Oms ed elaborazione degli autori.

La disponibilità di letti per cure acute (espressa in posti letto ogni 1.000 abitanti) è stata ridotta persino di più della capacità ospedaliera di cure acute (figura 6). Sebbene una tendenza alla riduzione del numero di posti letto disponibili per 1.000 persone si possa osservare in molti paesi europei, solo pochi hanno ridotto il numero di letti a un livello così basso come ha fatto l'Italia. Nel 1990, l'Italia aveva sette posti letto ogni 1.000 abitanti, un valore vicino a quello tedesco e al di sopra della media Ue. Nel 2017, il numero dei letti per cure acute era sceso a 2,6 ogni 1.000 abitanti, significativamente più basso rispetto alla Germania con sei letti disponibile per 1.000 persone e molto più vicino al valore storicamente basso della Spagna. Quindi in un tempo piuttosto breve periodo, l'Italia si è trovata ad avere una delle capacità ospedaliere più basse d'Europa.

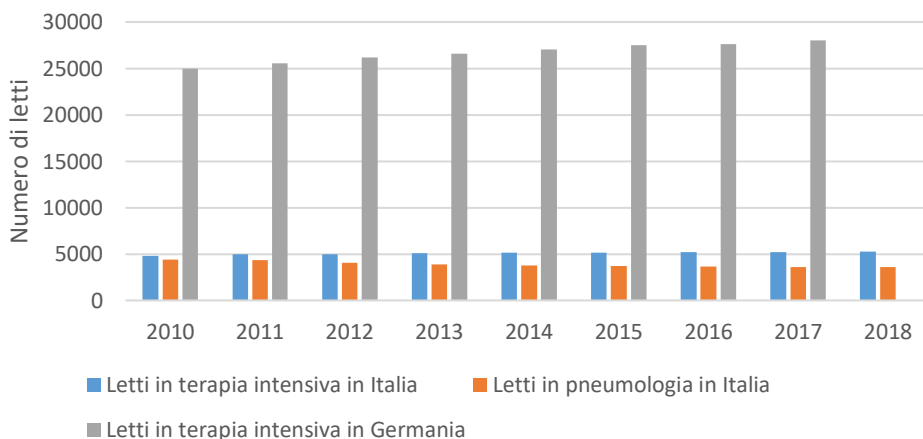
⁹ Si veda McKee (2004) e Popic (2020).

Figura 6 - Numero di letti per cure acute per 1.000 abitanti nei paesi selezionati e media dell'Ue



Fonte: dati Ocse ed elaborazione degli autori.
 Note: calcolo media UE con dati disponibili e con paesi membri allo stato attuale.

Figura 7 - Numero totale di letti in terapia intensiva e in pneumologia in Italia e Germania



Fonte: Ministero della Salute e Destatis.

Si registra inoltre una differenza notevole nella disponibilità di letti per terapia intensiva, con l'Italia di nuovo in coda in Europa¹⁰. Sebbene negli ultimi anni il numero di posti letto per la terapia intensiva in

¹⁰ Si veda Rhodes e al. (2012) e OCSE (2020).



Italia sia rimasto relativamente costante (figura 7), la capacità di letti in terapia intensiva non è stata ampliata a sufficienza (a differenza ad esempio della Germania) nonostante gli avvertimenti della formazione di possibili colli di bottiglia nella capacità di accoglienza dei pazienti¹¹.

L'Italia, così come altri paesi europei, sarebbe stata meglio attrezzata per un trattamento adeguato dei pazienti affetti dal Covid-19, in particolare di quelli in condizioni gravi, se la capacità assistenziale di cure acute e di emergenza non fosse stata ridotta così drasticamente. Va inoltre considerato che mentre la discussione pubblica si è concentrata sulla disponibilità di posti letto in terapia intensiva e sulla disponibilità di apparecchiature per la ventilazione meccanica anche il numero di letti disponibili nei reparti di pneumologia risulta essere importante. La velocità con cui deve essere fornita la ventilazione meccanica ai pazienti è infatti una questione controversa tra medici pneumologi e medici di terapia intensiva¹². Dato l'attuale gap di ricerca sul Covid-19 potrebbe essere richiesta una diagnosi completa dei pazienti affetti dal virus anche da parte di medici pneumologi con la possibilità di avere cure e risultati migliori¹³. In questo contesto, la sostanziale riduzione del numero di letti nei reparti di pneumologia che si è registrata in Italia a partire dal 2010 risulta particolarmente tragica. Secondo i dati del Ministero della Salute, il numero di posti letto in pneumologia è sceso da 4.414 nel 2010 a 3.573 nel 2018, una riduzione del 19%. In conclusione, la riduzione delle risorse destinate al Ssn e in particolare al sistema ospedaliero pubblico prosegue ormai da quasi 30 anni. La popolazione sta attualmente pagando il prezzo di politiche di bilancio restrittive. L'attenzione unilaterale al contenimento della spesa e alla riduzione del debito pubblico ha privato il sistema sanitario italiano di una parte importante della sua capacità di offrire una protezione adeguata alla popolazione. La riduzione delle risorse a disposizione del Ssn ha causato gravi difficoltà nell'affrontare efficacemente le conseguenze del Covid-19. Lo scoppio della crisi sanitaria ha suonato un campanello d'allarme che non può rimanere inascoltato.

Riferimenti bibliografici

Begley S., 2020, *With ventilators running out, doctors say the machines are overused for Covid-19*, «STAT» 8 Aprile, <https://www.statnews.com/2020/04/08/doctors-say-ventilators-overused-for-covid-19/> (ultimo accesso 9 Maggio 2020).

De Belvis A.G., Ferrè F., Specchia M.L., Valerio L., Fattore G. e Ricciardi W., 2012, *The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector*, «Health policy», vol. 106, pp. 10-16.

Gattinoni L., Coppola S., Cressoni M., Busana M. e Chiumello, D., 2020, *Covid-19 Does Not Lead to a "Typical" Acute Respiratory Distress Syndrome*, «American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine», advance online publication.

European Commission, 2019, *Country Report Italy 2019: Including an In-Depth Review on the prevention and correction of macroeconomic imbalances*, SWD(2019) 1011 final.

European Hospital and Healthcare Federation, 2018, *Hospital in Europe*, Health care data 2018.

McKee M., 2004, *Reducing hospital beds: What are the lessons to be learned?*, European Observatory on Health Systems and Policies, Policy Brief No. 6.

Oecd, 2020, *Beyond Containment: Health systems responses to Covid-19 in the Oecd*, https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=119_119689ud5comtf84&Title=Beyond%20Containment:Health%20systems%20responses%20to%20Covid-19%20in%20the%20OECD (ultimo accesso 9 Maggio 2020).

¹¹ Rhodes e al. (2012).

¹² Su questo di veda Gattinoni e al. (2010).

¹³ Si veda anche Begley (2020).



- Pavolini E. e Vicarelli G., 2013, *Italy: A Strange NHS with Its Paradoxes*, in Pavolini E. e Guillén A.M. (a cura di), *Health Care Systems in Europe under Austerity, Work and Welfare in Europe*, Palgrave Macmillan.
- Popic T., 2020, *European health systems and Covid-19: Some early lessons*, «EUROPP blog», <https://blogs.lse.ac.uk/europpblog/2020/03/20/european-health-systems-and-covid-19-some-early-lessons/> (ultimo accesso 9 Maggio 2020).
- Rhodes A., Ferdinande P., Flatten H., Guide B., Metniz P.G. e Moreno R.P., 2012, *The variability of critical care bed numbers in Europe*, «Intensive Care Medicine», vol. 38, pp. 1647-1653.

Articolo pubblicato il 20 maggio 2020

<https://www.ediesseonline.it/riflessioni-sullemergenza-e-oltre/>



Franz Prante è economista ricercatore presso l'Università di Duisburg-Essen. In precedenza è stato ricercatore e docente presso la Scuola di economia e diritto di Berlino (HWR Berlin) dove rimane attualmente dottorando in collaborazione con l'Università Sorbonne Paris Nord di Parigi. Nel suo dottorato di ricerca si occupa degli effetti macroeconomici della variazione nella distribuzione del reddito.



Alessandro Bramucci, ricercatore economista e docente presso la Scuola di economia e diritto di Berlino (HWR Berlin). Nel 2015 ha ottenuto il dottorato di ricerca in Economia presso l'Università degli studi di Urbino «Carlo Bo» dove in precedenza ha studiato Filosofia. Attualmente si occupa di macroeconomia e dello studio dell'economia italiana.



Achim Truger è professore di Socioeconomia presso l'Università di Duisburg-Essen. Dal 2019 è uno dei cinque membri del Consiglio degli esperti economici del Governo tedesco. È inoltre Senior Research Fellow presso l'Istituto di politica macroeconomica della Fondazione Hans-Böckler di Düsseldorf. È autore di numerose pubblicazioni su temi di macroeconomia, finanza pubblica e politiche fiscali ed è critico dell'austerità in Europa.