

Il valore economico e sociale del Servizio sanitario toscano

1. INTRODUZIONE

Il Servizio sanitario assolve ad una funzione fondamentale: preservare il benessere e la qualità della vita dei cittadini. Grazie alla sua natura universale, il servizio sanitario pubblico garantisce a tutti i cittadini il diritto alla salute, rimuovendo ogni ostacolo riconducibile a fattori socioeconomici o culturali. I servizi e le prestazioni quotidianamente erogati dal servizio sanitario pubblico concorrono, quindi, alla realizzazione di una società più equa, in cui la salute è un diritto garantito indipendentemente dalla condizione economica. Tramite la spesa sanitaria, infatti, le disuguaglianze di reddito si ridimensionano salvaguardando i diritti di cittadinanza.

Il servizio sanitario pubblico ha anche un importante impatto economico ed occupazionale: da un lato, infatti, crea valore generando una domanda di beni e servizi che si rivolge ad un ampio numero di imprese collocate in vari settori; dall'altro, crea posti di lavoro, sia direttamente che indirettamente, con una parte significativa di occupazioni di qualità.

Il servizio sanitario della Toscana non è quindi soltanto un fornitore di prestazioni finalizzate alla salute della popolazione, ma anche un motore di sviluppo per l'intera regione. Ogni euro impiegato nella sanità produce benefici economici, occupazionali e sociali e va considerato come un investimento, piuttosto che una spesa corrente.

Il rapporto esamina il contributo del sistema sanitario regionale all'economia e alla società toscana, quantificando l'impatto che esso ha in termini di generazione di valore, di occupazione e di coesione sociale preservata.

A tale scopo il documento è diviso in 3 paragrafi.

Il primo paragrafo misura i benefici economici ed occupazionali che sono attivati dal servizio sanitario regionale. L'obiettivo di questa sezione del lavoro è evidenziare il ritorno economico che è associabile alla spesa sanitaria. Questa redditività differita si manifesta sia nel valore della produzione stimolata, sia nell'occupazione creata dal servizio sanitario regionale, dimostrando come la spesa sanitaria non sia semplicemente un esborso, ma anche un motore di crescita economica. La spesa sanitaria, che in Toscana vale poco più di 8 miliardi di euro, genera infatti un valore aggiunto superiore ai 7 miliardi, che è distribuito sotto forma di salari, rendita e profitti ai fattori produttivi, lavoro e capitale, e alimenta un volume di occupazione che equivale a più di 100mila lavoratori a tempo pieno.

Il secondo paragrafo descrive le caratteristiche dell'occupazione che opera nel servizio sanitario toscano, evidenziandone gli aspetti di qualità. La sanità pubblica non è solo uno dei principali datori di lavoro nel nostro paese, nella nostra regione e all'interno dei singoli territori, ma è anche un datore di lavoro che impiega un'occupazione relativamente più istruita, a più elevata retribuzione e che rappresenta un importante sbocco lavorativo per il genere femminile.

L'ultimo paragrafo, infine, sottolinea la funzione redistributiva della spesa sanitaria nel ridimensionare le disuguaglianze di reddito fra le famiglie toscane. Se nella misurazione del tenore di vita incorporiamo, oltre al reddito, il consumo della sanità, la distanza fra i più ricchi e i più poveri si riduce significativamente. Un apposito indice, noto come rapporto inter-decilico, segnala come la quota di reddito del 10 per cento più ricco sia più del triplo superiore alla frazione di reddito detenuta dal 10 per cento delle famiglie più povere della Toscana. Se diamo un valore ai consumi sanitari aggiungendoli al reddito disponibile, la sproporzione nel tenore di vita fra i due estremi della relativa distribuzione si riduce. Conseguentemente, attraverso la fornitura diretta e/o il finanziamento dei servizi sanitari, il settore pubblico attua una redistribuzione implicita di risorse, detta in natura o *in kind*, a favore delle famiglie.

2. I BENEFICI ECONOMICI ED OCCUPAZIONALI DELLA SPESA SANITARIA

Per superare una visione puramente contabile che considera la sanità pubblica unicamente come un costo, è utile analizzare il contributo che il servizio sanitario regionale apporta in termini di generazione di valore e creazione di occupazione.

Questa valutazione si basa su un modello input-output, che sfrutta le connessioni tra i diversi settori del tessuto produttivo toscano. Utilizzando i dati provenienti dalle "tavole input-output", uno strumento informativo utilizzato dagli esperti¹ per analizzare le interrelazioni economiche, è possibile calcolare il valore aggiunto prodotto per ogni euro investito nella sanità pubblica. Questo approccio consente di modificare radicalmente la percezione del settore sanitario, trasformandolo da centro di spesa a motore di crescita economica. Senza di esso, infatti, il PIL (Prodotto Interno Lordo) realizzato annualmente dal sistema economico sarebbe significativamente inferiore.

La spesa sanitaria non rappresenta quindi solo un costo, perché da essa si avvia un processo di attivazione economica che coinvolge una rete di imprese, collocate in vari settori, preposta a fornire le materie prime e gli input necessari per i servizi sanitari. Le imprese direttamente collegate al sistema sanitario, a loro volta, generano nuovi bisogni, che stimolano ulteriori attività in altre aziende, solo indirettamente legate al servizio sanitario. Questo effetto a catena si estende a vasta parte del sistema produttivo, innescando una produzione aggiuntiva che genera valore economico e nuovi posti di lavoro. Tutte queste imprese, pur appartenendo a settori diversi e operando in fasi distanti nel processo produttivo, sono unite da un fattore comune: sono tutte attivate dalla necessità di fornire cure e servizi sanitari. In questo contesto, l'impatto complessivo della spesa sanitaria pubblica può essere visto come una misura del peso economico di tutte le imprese coinvolte, direttamente o indirettamente, nella creazione dei servizi sanitari.

La spesa sanitaria toscana contribuisce quindi alla crescita economica e all'occupazione regionale in una misura tale (lo vedremo con riferimento ai numeri per la Toscana) da compensare il costo e l'esborso necessario a finanziare l'offerta di servizi e prestazioni.

2.1 Le dimensioni della spesa sanitaria

Nel 2022, la spesa sanitaria pubblica in Toscana ha raggiunto circa 8,32 miliardi di euro², con un incremento di circa 130 milioni rispetto all'anno precedente. Se poniamo uguale a 100 l'intero ammontare della spesa pubblica per consumi finali, si osserva che la componente sanitaria rappresentava il 37% nel 2021 e il 36% nel 2022. In altre parole, più di un terzo della spesa pubblica corrente per consumi finali è dedicata a questa funzione (Tabella 1).

Tabella 1.
COMPOSIZIONE DELLA SPESA PUBBLICA IN TOSCANA
Valori a prezzi correnti

| Funzione | 2021 | 2022 |
|--|-------|-------|
| Servizi generali delle amministrazioni pubbliche | 11,0% | 11,1% |
| Difesa | 6,0% | 5,8% |
| Ordine pubblico e sicurezza | 9,3% | 9,4% |
| Affari economici | 8,3% | 8,4% |
| Protezione dell'ambiente | 2,1% | 2,2% |
| Abitazioni e assetto del territorio | 1,5% | 1,5% |
| Sanità | 36,9% | 36,4% |
| Attività ricreative, culturali e di culto | 2,2% | 2,3% |
| Istruzione | 18,6% | 18,4% |
| Protezione sociale | 4,2% | 4,7% |

Fonte: elaborazioni IRPET su dati ISTAT

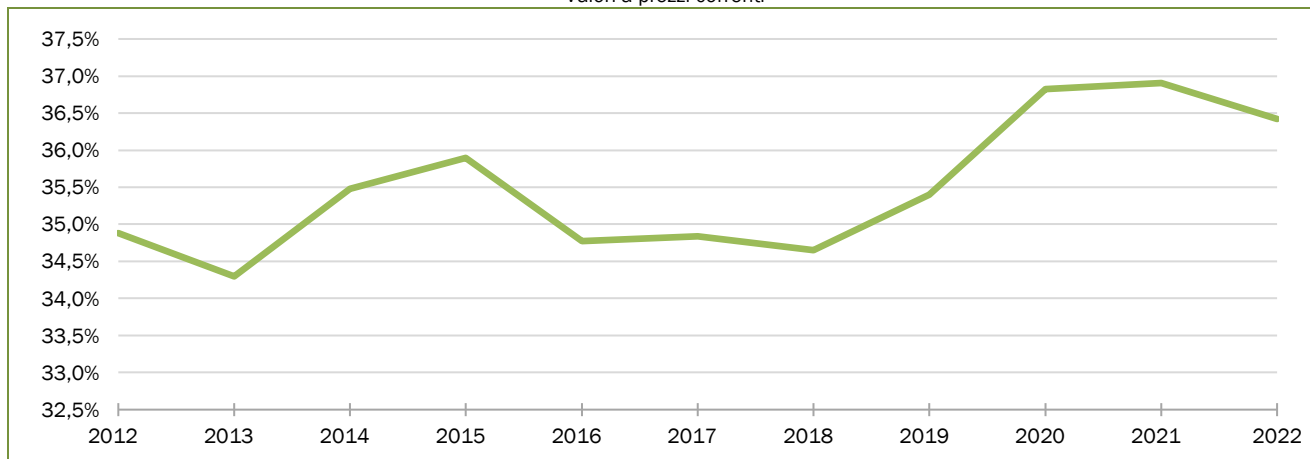
L'evoluzione della spesa sanitaria nel tempo evidenzia come la pandemia di COVID-19 abbia incrementato l'incidenza della sanità sulla spesa pubblica: essa passa dal 35% del 2019 al 37% del 2020 e 2021, per successivamente attestarsi sul 36% (Figura 2). Anche prima della pandemia, comunque, la sanità era la voce di spesa più significativa e quella più capace di stimolare la crescita e la creazione di valore nell'economia locale. In futuro, l'impatto della spesa sanitaria sarà ancora più

¹ IRPET costruisce le tavole input-output per tutte le regioni italiane.

² Contabilità Nazionale: Spesa per consumi finali della PA per funzione di spesa, ISTAT, ultimo anno disponibile.

rilevante, soprattutto considerando l'invecchiamento della popolazione, che porterà ad un aumento della domanda di servizi sanitari e, di conseguenza, della spesa.

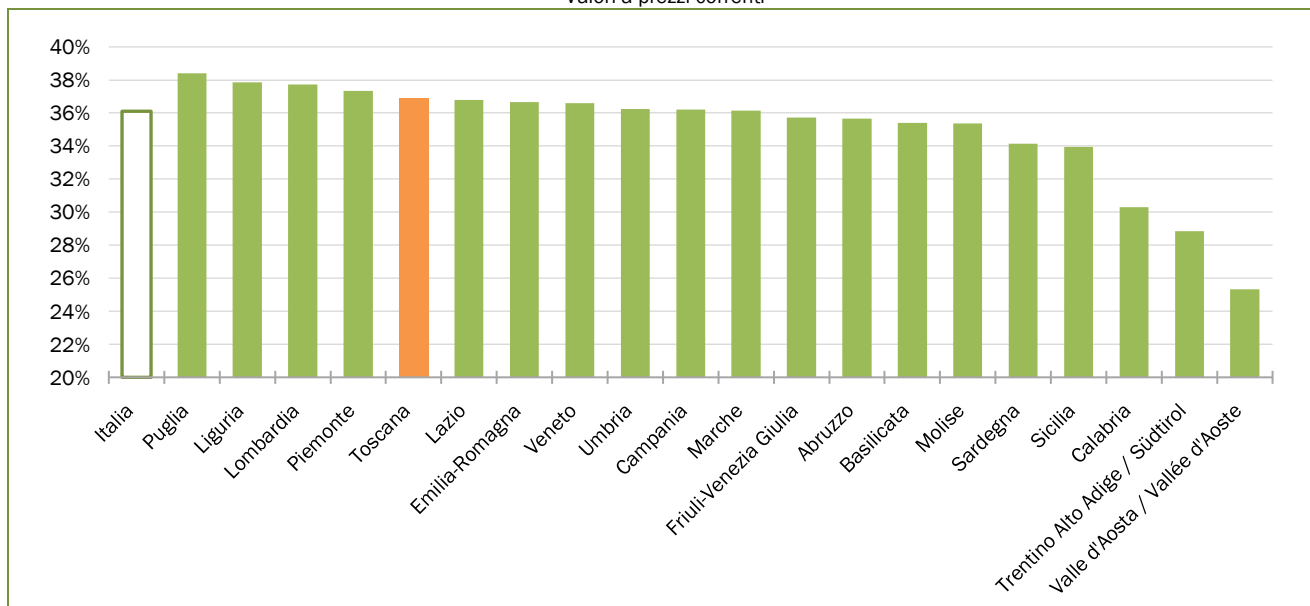
Figura 2.
EVOLUZIONE DEL PESO DELLA SPESA SANITARIA SUL TOTALE DELLA SPESA DELLA PA PER CONSUMI FINALI
Valori a prezzi correnti



Fonte: elaborazioni IRPET su dati ISTAT

Nel confronto interregionale, la Toscana si colloca tra le regioni italiane con la maggiore incidenza della spesa sanitaria sul totale della spesa pubblica per consumi finali, al pari di Emilia-Romagna, Lazio e Piemonte, e appena sotto la Lombardia. Le regioni del sud Italia, eccetto la Puglia, si trovano generalmente al di sotto di questa media, con la Campania che si avvicina ai valori della Toscana (Figura 3).

Figura 3.
INCIDENZA DELLA SPESA PER LA FUNZIONE SANITARIA SUL TOTALE DELLA SPESA PA PER CONSUMI FINALI
Valori a prezzi correnti



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT

2.2 La quantificazione dell'impatto economico della spesa sanitaria

Per cogliere l'effetto generativo della spesa sanitaria sul prodotto interno lordo e sull'occupazione calcoliamo, tramite la modellistica input-output, gli effetti di attivazione che si realizzano lungo l'intera filiera delle imprese che sono a vario titolo coinvolte nei processi finalizzati a soddisfare la domanda sanitaria. Tali effetti si distinguono in tre categorie:

- *gli effetti diretti*, che derivano direttamente dall'utilizzo delle risorse destinate a un determinato settore o attività. Ad esempio, con riferimento alla spesa per costruire un ospedale, gli effetti diretti sono quelli legati alla realizzazione dell'ospedale stesso, come la creazione di posti di lavoro per i costruttori, gli

architetti, gli operai, e il pagamento diretto per i materiali necessari. Questi effetti sono visibili subito, e influenzano direttamente i settori coinvolti nella spesa;

- *gli effetti indiretti*, che si verificano in seguito alla spesa iniziale senza essere immediatamente legati ad essa. Essi si manifestano attraverso le reazioni a catena che la spesa pubblica innesca nei settori economici collegati indirettamente. Tornando al caso della costruzione dell'ospedale, un esempio di effetti indiretti può essere l'aumento della domanda di beni e servizi da parte delle imprese che forniscono materiali da costruzione, attrezzature mediche e servizi di consulenza. Inoltre, la spesa per la costruzione dell'ospedale potrebbe generare un aumento della domanda per altri settori, come quello dei trasporti o dell'energia, creando ulteriore attività economica;
- *gli effetti indotti*, che riguardano la produzione aggiuntiva di beni e servizi derivante dall'aumento dei consumi delle famiglie, in seguito all'incremento dei redditi dei lavoratori dipendenti, che a loro volta sono il risultato della produzione attivata dalla spesa sanitaria, sia direttamente che indirettamente.

Nel 2022, la spesa sanitaria pubblica toscana ha attivato una produzione regionale totale di circa 10,78 miliardi di euro, comprendendo gli effetti diretti e indiretti. Se consideriamo anche l'effetto indotto, derivante dall'occupazione e dal consumo generato, la produzione complessiva stimata raggiunge i 12,7 miliardi di euro.

Complessivamente, quindi, il moltiplicatore della spesa sanitaria è superiore ad 1: ogni euro nel sistema sanitario genera infatti una produzione pari a 1,6 euro.

Tuttavia, ciò che è più rilevante è il valore aggiunto³ generato da questa produzione che, considerando sia gli effetti diretti, sia indiretti, sia indotti, raggiunge i 7 miliardi e 155 milioni. Tale cifra rappresenta il 6,1% del valore aggiunto totale della regione e il 5,5% del PIL⁴ toscano.

Naturalmente una parte dello stimolo che nasce dalla domanda iniziale di oltre 8 miliardi è disperso all'esterno dei confini regionali. In parte ciò avviene nel momento stesso in cui il sistema sanitario regionale formula la domanda stessa di alcuni servizi o prodotti; ma in gran parte questa dispersione avviene negli step produttivi che scaturiscono dalla prima attivazione e che si propagano a tutto il sistema produttivo. In ogni fase della filiera avvengono infatti acquisti di prodotti intermedi o semilavorati che provengono dalle altre regioni o dall'estero.

Nel complesso, considerando sia l'attivazione diretta, che quella indiretta e indotta, si ha un volume di importazioni riconducibili alla funzione sanitaria che stimiamo in 2,7 miliardi di euro. Di questi, 1 miliardo e 241 milioni sono di provenienza estera, mentre 1 miliardo e 459 milioni sono produzioni effettuate dalle altre regioni italiane.

L'effetto indotto, come detto, scaturisce dal reddito da lavoro distribuito a causa dei processi produttivi che in via più o meno diretta derivano dalla spesa sanitaria della PA. L'ammontare dei consumi aggiuntivi delle famiglie toscane per effetto del reddito da lavoro indotto dalla spesa sanitaria è pari a 1 miliardo e 891 milioni di euro. Tali consumi addizionali originano da un valore di retribuzioni lorde (ante imposte quindi) di 2 miliardi e 949 milioni. In parte, queste retribuzioni lorde vanno a pagare imposte dirette per circa 650 milioni, ed in parte vengono risparmiati, alimentando la ricchezza finanziaria delle famiglie toscane per oltre 400 milioni di euro (Tabella 4 e Figura 5).

Tabella 4.
IMPATTO DELLA SPESA SANITARIA SUI CONSUMI FINALI DELLA PA IN TOSCANA
Valori in milioni correnti

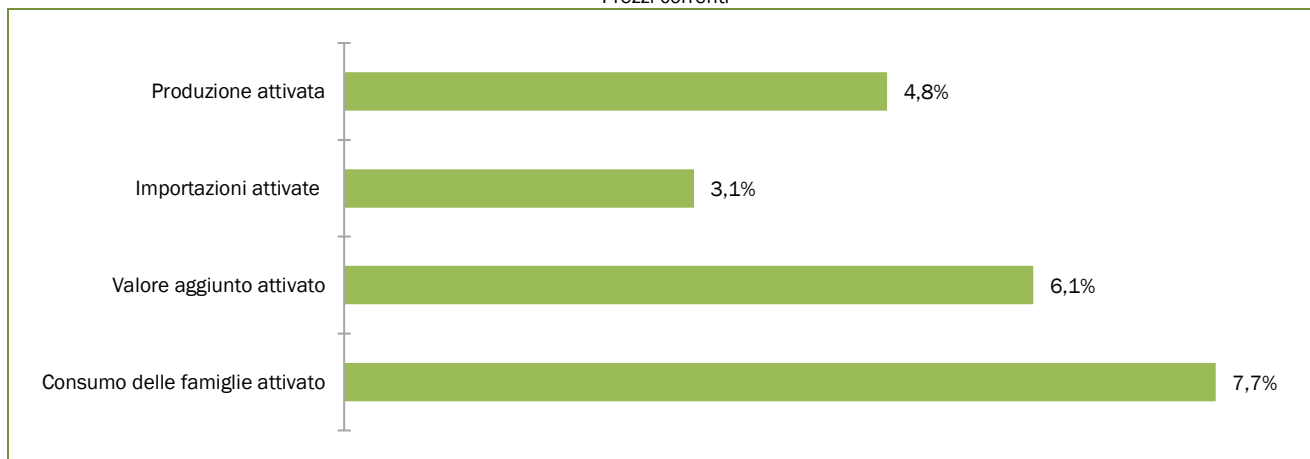
| Valori | Valore (in milioni) |
|---|---------------------|
| Spesa sanitaria | 8.320,0 |
| Produzione attivata | 12.701,2 |
| Importazioni | 2.700,9 |
| - Importazioni estere | 1.241,0 |
| - Importazioni interregionali | 1.459,9 |
| Valore aggiunto attivato (a+b) | 7.155,2 |
| a) Retribuzioni lorde attivate | 2.949,0 |
| - Consumo endogeno delle famiglie | 1.890,7 |
| - Imposte dirette su redditi da lavoro dipendente | 653,5 |
| - Risparmio da reddito da lavoro | 404,7 |
| b) Altro valore aggiunto | 4.206,2 |

Fonte: stime da modello IRPET

³ Il valore aggiunto è la parte del valore della produzione che rimane dopo aver sottratto i costi relativi ai beni e servizi acquistati per realizzare il volume complessivo di beni e servizi sanitari.

⁴ Rispetto al valore aggiunto il PIL include il valore delle imposte indirette al netto dei contributi alla produzione.

Figura 5.
INCIDENZA DELL'IMPATTO DELLA SPESA SANITARIA SUL TOTALE REGIONALE DI OGNI SINGOLA VARIABILE. TOSCANA
Prezzi correnti



Fonte: stime da modello IRPET

Infine, l'occupazione attivata è pari a 109mila unità di lavoro standard⁵ (ULA), considerando sia l'effetto di attivazione diretto che quello indiretto e indotto. Si tratta di circa il 6,8% di tutte le ULA attivate in Toscana in un anno solare e questo sottolinea ulteriormente la dimensione e l'importanza che la sanità ha come motore del sistema economico regionale.

2.3 L'impatto distinto per settori coinvolti

I settori che traggono benefici diretti e indiretti dalla spesa sanitaria pubblica sono numerosi e coinvolgono sia i servizi che l'industria manifatturiera.

Tra i settori maggiormente stimolati, quello dei servizi sanitari riveste ovviamente un ruolo di primo piano. In questo ambito, si genera un valore aggiunto di circa 4 miliardi e 99 milioni di euro, di cui circa la metà è rappresentata da retribuzioni lorde destinate ai lavoratori dipendenti.

A seguire c'è il settore del commercio, che beneficia dei vari acquisti fatti direttamente e indirettamente dalla pubblica amministrazione nel momento in cui essa alimenta la funzione sanitaria: nello specifico, il valore aggiunto generato all'interno del settore commercio è pari a circa 490 milioni di euro.

Il settore dell'assistenza sociale, tra i cosiddetti altri servizi, viene invece attivato per circa 125 milioni di euro di valore aggiunto.

Un valore aggiunto di circa 100 milioni di euro si genera anche nei servizi di ristorazione.

Altri settori legati ai servizi professionali (ad esempio legali e contabili) ricevono dalla spesa sanitaria una attivazione di circa 120 milioni di valore aggiunto, mentre quelli amministrativi sono attivati per circa 100 milioni di valore aggiunto. Il settore dei trasporti e magazzinaggio genera, grazie alla produzione connessa alla domanda di servizi sanitari, circa 110 milioni di euro di valore aggiunto.

La spesa sanitaria pubblica stimola anche l'attività di ricerca e sviluppo, con un valore aggiunto di circa 80 milioni di euro, di cui 17 milioni destinati alle retribuzioni dei ricercatori.

Per quanto riguarda i settori manifatturieri, sebbene l'impatto sia meno rilevante rispetto ai servizi, la spesa sanitaria continua a giocare un ruolo importante. Ad esempio, la produzione di software riceve uno stimolo pari quasi a 30 milioni di euro di valore aggiunto. Anche il settore farmaceutico regionale beneficia della spesa sanitaria, con l'attivazione di 30 milioni di euro, nonostante gran parte della spesa in farmaci vada a beneficio di imprese al di fuori della regione (con importazioni superiori ai 500 milioni di euro derivanti dalla spesa sanitaria pubblica).

Infine, altri settori manifatturieri, come quelli legati al tessile, ai prodotti in metallo e alla produzione cartaria, sono meno coinvolti nella filiera locale e quindi hanno un impatto più contenuto (Tabella 6).

⁵ Una unità di lavoro standard, ULA, corrisponde all'ammontare di lavoro svolto da un lavoratore a tempo pieno in un anno (di solito 1.800 ore di lavoro all'anno, se si considera un orario di lavoro settimanale di 40 ore per 45 settimane).

Tabella 6.
ATTIVAZIONE DERIVANTE DALLA SPESA PUBBLICA IN SANITÀ DISTINTA PER I PRINCIPALI SETTORI COINVOLTI. TOSCANA
Valori a prezzi correnti

| | Domanda impattata | Produzione attivata | Importazioni | Valore aggiunto attivato (a+b) | Retribuzioni lorde (a) | Altro valore aggiunto (b) |
|---|----------------------|------------------------|--------------|--------------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Attività dei servizi sanitari e servizi assistenziali | 6.482,0 | 7.246,0 | 37,7 | 4.099,3 | 2.043,8 | 2.055,5 |
| Attività immobiliare | 0,1 | 557,8 | 3,5 | 491,0 | 3,6 | 487,4 |
| Commercio | 213,7 | 797,0 | 86,2 | 489,3 | 117,2 | 372,1 |
| Altri servizi | 16,6 | 173,4 | 8,8 | 125,1 | 66,1 | 59,0 |
| Servizi professionali | 3,4 | 231,5 | 60,4 | 120,5 | 25,6 | 94,9 |
| Trasporto e magazzinaggio | 1,3 | 247,6 | 83,2 | 108,4 | 35,8 | 72,6 |
| Altre attività amministrative | 3,0 | 296,8 | 105,5 | 102,5 | 38,3 | 64,1 |
| Servizi di ristorazione e accomodation | 1,1 | 184,9 | 12,1 | 96,5 | 39,0 | 57,5 |
| Servizi finanziari | 1,1 | 172,6 | 102,6 | 90,0 | 27,4 | 62,6 |
| Servizi della PA | 94,2 | 130,1 | 13,0 | 88,4 | 43,4 | 45,0 |
| Ricerca scientifica | 80,7 | 101,0 | 110,3 | 79,8 | 17,5 | 62,3 |
| Utilities (elettricità, gas) | 0,2 | 205,9 | 15,2 | 52,9 | 9,2 | 43,7 |
| Costruzioni | 2,2 | 118,5 | 6,8 | 47,8 | 15,4 | 32,4 |
| Servizi educativi | 10,9 | 57,0 | 0,8 | 46,9 | 27,4 | 19,5 |
| Farmaceutica | 33,9 | 68,4 | 503,9 | 29,2 | 10,4 | 18,8 |
| Servizi IT | 4,0 | 47,0 | 34,4 | 25,7 | 8,3 | 17,4 |
| Altri servizi di ricerca e studi di mercato | 0,9 | 49,3 | 29,0 | 24,8 | 5,3 | 19,5 |
| Attività ricreative | 0,6 | 65,0 | 1,9 | 24,6 | 8,8 | 15,9 |
| Agricoltura | 0,3 | 30,9 | 38,8 | 21,4 | 5,3 | 16,2 |
| Raccolta e trattamento rifiuti | 0,5 | 49,3 | 20,0 | 15,8 | 7,0 | 8,8 |
| Riparazioni macchinari | 0,6 | 31,2 | 8,4 | 15,1 | 5,8 | 9,3 |
| Altre attività manifatturiere | 0,1 | 53,5 | 145,9 | 14,1 | 4,8 | 9,3 |
| Servizio idrico | 0,0 | 22,4 | 4,7 | 13,6 | 3,6 | 10,0 |
| Attività di telecomunicazioni | 0,4 | 23,7 | 55,5 | 11,8 | 2,0 | 9,8 |
| Tessile e abbigliamento | 3,9 | 37,8 | 77,4 | 11,2 | 4,2 | 7,1 |
| Alimentari | 0,7 | 33,1 | 163,3 | 8,4 | 3,1 | 5,3 |

Fonte: stime da modello IRPET

3. IL CAPITALE UMANO NELLA SANITÀ TOSCANA

Al di là di ogni effetto di attivazione, il servizio sanitario toscano contribuisce ad assorbire una quota rilevante e crescente di forza lavoro, con caratteristiche di pregio e qualità: l'occupazione femminile è relativamente preponderante, le condizioni contrattuali sono migliori rispetto ad altri settori e i livelli retributivi in linea con l'elevata qualificazione associata alle professioni sanitarie.

3.1 Lo stock di personale impiegato e i flussi occupazionali

Il personale del Servizio sanitario nazionale ammonta in Italia a circa 685mila⁶ unità, ovvero 11,6 ogni 1.000 abitanti. La copertura del personale sanitario pubblico è molto eterogenea tra regioni, riflettendo le caratteristiche dei sistemi sanitari regionali e il peso del settore pubblico sul totale. La Toscana, con i suoi oltre 55mila addetti al Servizio sanitario, è la regione a statuto ordinario con la maggiore dotazione in rapporto alla popolazione (15,1 dipendenti ogni 1.000 abitanti), seguita da Emilia-Romagna e Umbria (Tabella 7).

⁶ Si considerano all'interno del personale del Sistema Sanitario Nazionale i dipendenti a tempo indeterminato e determinato e i lavoratori somministrati. Sono esclusi da questo totale i medici di medicina generale, i titolari di guardie mediche e i pediatri di libera scelta, che sono liberi professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale.

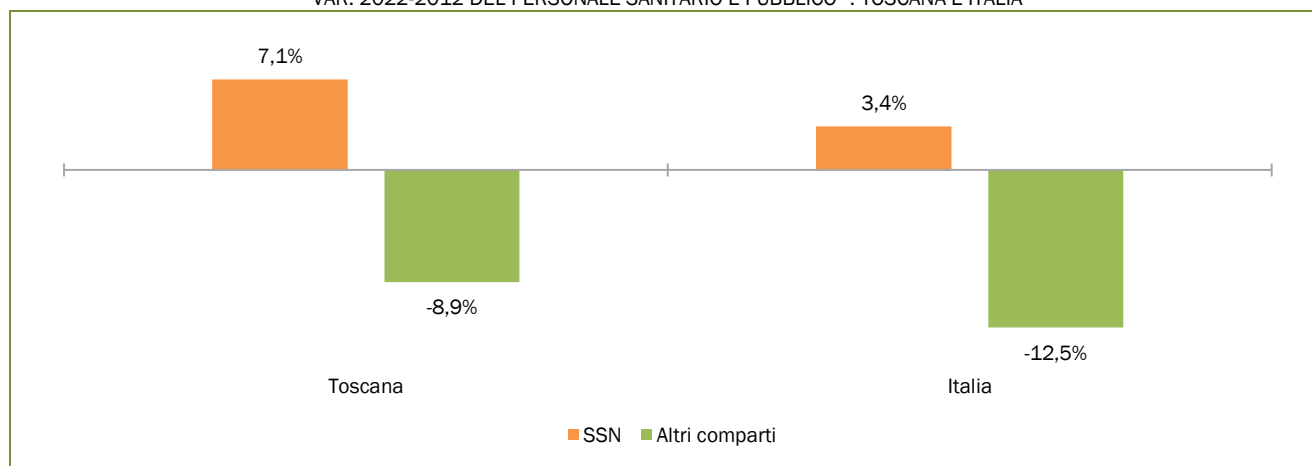
Tabella 7.
PERSONALE SANITARIO PER REGIONE, TOTALE E PER 1.000 ABITANTI. ANNO 2022

| | Personale impiegato | Personale ogni 1.000 ab. |
|-----------------------|---------------------|--------------------------|
| Abruzzo | 16.896 | 13,2 |
| Basilicata | 6.526 | 12,0 |
| Calabria | 18.982 | 10,2 |
| Campania | 49.676 | 8,8 |
| Emilia-Romagna | 63.443 | 14,3 |
| Friuli-Venezia Giulia | 19.735 | 16,4 |
| Lazio | 50.058 | 8,7 |
| Liguria | 16.228 | 10,7 |
| Lombardia | 95.685 | 9,6 |
| Marche | 20.105 | 13,4 |
| Molise | 2.988 | 10,2 |
| Piemonte | 58.056 | 13,6 |
| Puglia | 42.381 | 10,8 |
| Sardegna | 22.915 | 14,4 |
| Sicilia | 50.259 | 10,4 |
| TOSCANA | 55.667 | 15,1 |
| Trentino-Alto Adige | 19.351 | 18,0 |
| Umbria | 12.283 | 14,2 |
| Valle d'Aosta | 2.332 | 18,8 |
| Veneto | 62.258 | 12,8 |
| ITALIA | 685.823 | 10,7 |

Fonte: elaborazioni su Conto Annuale del Personale, IGOP-Ragioneria Generale dello Stato

Il comparto sanitario pubblico toscano è cresciuto del 7,1% negli ultimi 10 anni, in misura quindi maggiore rispetto al dato nazionale, che segnala una crescita più modesta (+3,4%) e in controtendenza con la dinamica degli altri comparti pubblici, che hanno visto nel decennio un forte ridimensionamento dei propri organici (Figura 8).

Figura 8.
VAR. 2022-2012 DEL PERSONALE SANITARIO E PUBBLICO*. TOSCANA E ITALIA



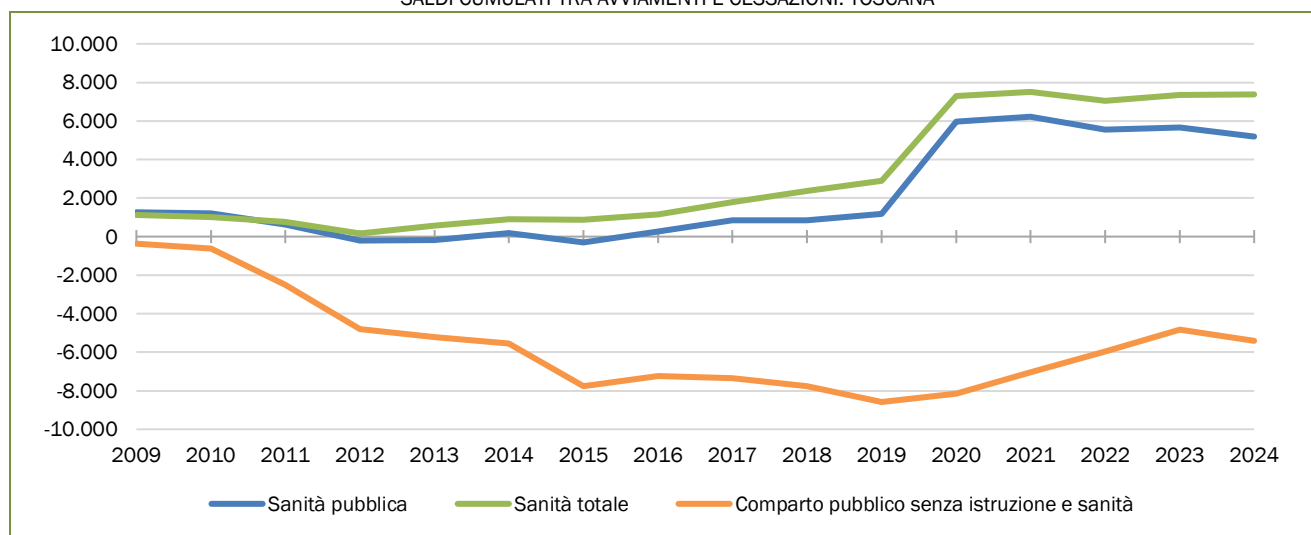
*Negli altri comparti sono considerati quello delle Regioni e Autonomie locali e quello dell'Università. Non sono inclusi i comparti, come la Scuola, il cui personale, anche se impiegato nel territorio regionale, risulta dipendente del Ministero dell'Istruzione e del Merito, con sede in altra regione.

Fonte: elaborazioni su Conto Annuale del Personale, IGOP-Ragioneria Generale dello Stato

La crescita del settore sanitario toscano emerge anche dai dati del Sistema Informativo Lavoro, che registra gli avviamenti e le cessazioni relativi ai rapporti di lavoro dipendente attivati in Toscana, sia nel settore pubblico che in quello privato. Dalla Figura 9 emerge che a partire dal 2017 il comparto sanitario toscano ha registrato un aumento delle posizioni di lavoro nette, principalmente per il contributo del settore pubblico. La dinamica è opposta per gli altri comparti pubblici regionali⁷, che complessivamente hanno perso circa 6mila posizioni di lavoro dal 2009.

⁷ Esclusa l'istruzione.

Figura 9.
SALDI CUMULATI TRA AVVIAMENTI E CESSAZIONI. TOSCANA



Fonte: elaborazioni su Sistema Informativo Lavoro

La disaggregazione per categoria professionale del personale a tempo indeterminato, effettuata sui dati del Conto Annuale, evidenzia che sono le professioni sanitarie in senso stretto ad aver trainato la crescita del comparto sanitario pubblico toscano, mentre le professioni amministrative e tecniche coinvolte nel comparto sono diminuite. Nel complesso, gli occupati nelle professioni sanitarie sono aumentati di 3.681 unità (+8%), mentre gli occupati nelle professioni amministrative e tecniche sono diminuiti di 1.220 unità (-15%). Tra le professioni sanitarie, i medici hanno visto un incremento del 5%, il personale tecnico sanitario del 6% e gli infermieri del 4%, così come il personale di vigilanza ed ispezione; l'incremento maggiore è stato quello degli operatori sociosanitari, aumentati in un decennio di circa 2mila unità (+29%) (Tabella 10).

Tabella 10.
PERSONALE SANITARIO A TEMPO INDETERMINATO PER CATEGORIA. TOSCANA. 2012 E 2022

| | 2022 | 2012 | Var. % |
|------------------------------------|--------|--------|--------|
| Medici | 8.601 | 8.145 | 5% |
| Dirigenti sanitari non medici | 1.249 | 1.217 | 3% |
| Dirigenti amministrativi e tecnici | 334 | 405 | -21% |
| Infermieri | 22.386 | 21.484 | 4% |
| Personale tecnico sanitario* | 3.085 | 2.911 | 6% |
| Personale funzioni riabilitative** | 1.574 | 1.592 | -1% |
| Personale vigilanza e ispezione*** | 1.025 | 986 | 4% |
| Operatori sociosanitari | 7.296 | 5.200 | 29% |
| Personale amministrativo e tecnico | 7.848 | 8.954 | -14% |
| Altro personale | 37 | 80 | 0% |
| TOTALE | 53.435 | 50.974 | 5% |

*Include: tecnico di laboratorio biomedico, di radiologia media, ortopedico, audiometrista, dietista, igienista, ottico, ecc.

**Include: logopedista, ortottista, terapeuta, fisioterapista, educatore, podologo, ecc.

***Include: tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, assistente sanitario.

Fonte: elaborazioni su Conto Annuale del Personale, IGOP-Ragioneria Generale dello Stato

3.2 Le caratteristiche socio-demografiche

Dal punto di vista delle caratteristiche socio-demografiche, la forza lavoro del comparto sanitario si distingue da quella degli altri comparti pubblici per alcune peculiarità.

In particolare, la composizione per genere evidenzia un peso preponderante delle donne tra gli occupati della sanità, molto maggiore di quello, già elevato, registrato in generale nel comparto pubblico⁸ (73% in Toscana, 69% in Italia); nell'ultimo decennio si è inoltre registrato un aumento della quota di donne nel comparto, passata dal 70% al 73%.

⁸ Esclusa istruzione.

Con riferimento all'età, il comparto sanitario si caratterizza, rispetto agli altri comparti pubblici toscani, per una quota maggiore di giovani (5% vs 2%) e una quota minore di personale over 60 (15% vs 20%), che tuttavia è più che raddoppiata nel decennio analizzato, in linea con il generalizzato invecchiamento della forza lavoro.

Infine, dal punto di vista del titolo di studio, non stupisce la quota elevata di personale con laurea o titolo superiore (51% in Toscana e in Italia), qualifiche necessarie per esercitare larga parte delle professioni sanitarie. La quota di personale con titolo almeno terziario è maggiore rispetto a quella riscontrata negli altri comparti pubblici toscani ed è aumentata di 10 punti percentuali dal 2012 (Tabella 11).

Tabella 11.
PERSONALE SANITARIO A TEMPO INDETERMINATO PER CARATTERISTICHE INDIVIDUALI. 2012 E 2022

| | % donne | | % under 30 | | % over 60 | | % con laurea o titolo superiore | |
|-------------------------|---------|------|------------|------|-----------|------|---------------------------------|------|
| | 2022 | 2012 | 2022 | 2012 | 2022 | 2012 | 2022 | 2012 |
| Toscana SSN | 73% | 70% | 5% | 3% | 15% | 5% | 51% | 41% |
| Toscana altri comparti* | 57% | 54% | 2% | 1% | 20% | 8% | 49% | 36% |
| Italia SSN | 69% | 65% | 6% | 3% | 17% | 8% | 51% | 36% |

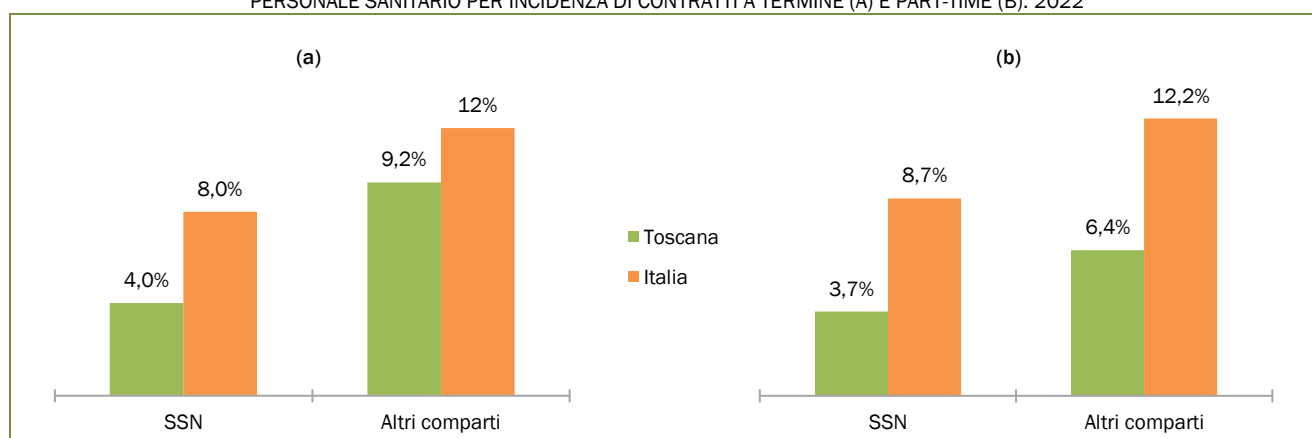
*Negli altri comparti sono considerati quello delle Regioni e Autonomie locali e quello dell'Università.
Non sono inclusi i comparti, come la Scuola, il cui personale, anche se impiegato nel territorio regionale, risulta dipendente del Ministero dell'Istruzione e del Merito, con sede in altra regione.
Fonte: elaborazioni su Conto Annuale del Personale, IGOP-Ragioneria Generale dello Stato

I dati della Rilevazione sulle Forze di Lavoro (RFL) ISTAT mostrano, infine, che la percentuale di stranieri tra i dipendenti del settore sanità toscano, complessivamente inteso (pubblico e privato), è nel 2023 pari al 6%, un dato che vede gli stranieri sottorappresentati rispetto al loro peso sull'occupazione regionale (13,5%). Entrando però nelle diverse professioni, emerge una elevata presenza di lavoratori stranieri tra gli operatori socio-sanitari (10%) e gli infermieri (8%) a dimostrazione che in questo settore il contributo della forza lavoro migrante è significativo.

3.3 Le condizioni contrattuali e retributive

I contratti del personale impiegato nel servizio sanitario regionale sono nella maggior parte dei casi a tempo indeterminato e pieno. Solo il 4% del personale ha un contratto a tempo determinato o di somministrazione, una percentuale inferiore a quella che si registra a livello nazionale (8%) e a quella degli altri comparti pubblici (9%). I dipendenti in part-time sono solo il 4% del totale, due punti percentuali in meno rispetto alla quota di occupati a tempo parziale nel servizio sanitario nazionale (6%) e meno della metà del dato che si registra negli altri comparti pubblici (9%) (Figura 12).

Figura 12.
PERSONALE SANITARIO PER INCIDENZA DI CONTRATTI A TERMINE (A) E PART-TIME (B). 2022



Fonte: elaborazioni su Conto Annuale del Personale, IGOP-Ragioneria Generale dello Stato

Le buone condizioni contrattuali del personale impiegato nel servizio sanitario regionale sono confermate dall'analisi dei livelli retributivi. Per capirlo classifichiamo i lavoratori dipendenti, dopo averli ordinati in base alla retribuzione oraria, in cinque gruppi di uguale numerosità, denominati *quinti*, in ciascuno dei quali ricade il 20% dei lavoratori. Presi nel loro complesso, i lavoratori occupati in professioni sanitarie, nello specifico i medici, gli infermieri, gli ostetrici, gli altri tecnici della salute e gli operatori socio-sanitari,

appartengono più frequentemente rispetto al complesso dei lavoratori ai quinti in cui la retribuzione oraria è più elevata e meno spesso a quelli con retribuzione oraria più bassa. Nello specifico, il 32% degli occupati nelle professioni sanitarie fa parte dell'ultimo quinto di retribuzione oraria, il 30% è nel quarto. I livelli retributivi del personale impiegato nella sanità sono migliori non solo rispetto ai settori tradizionalmente più colpiti dal così detto lavoro povero, come l'agricoltura, gli alberghi e la ristorazione, i servizi alla persona, ma anche rispetto al manifatturiero, al terziario avanzato, alla Pubblica Amministrazione (Tabella 13).

Tabella 13.

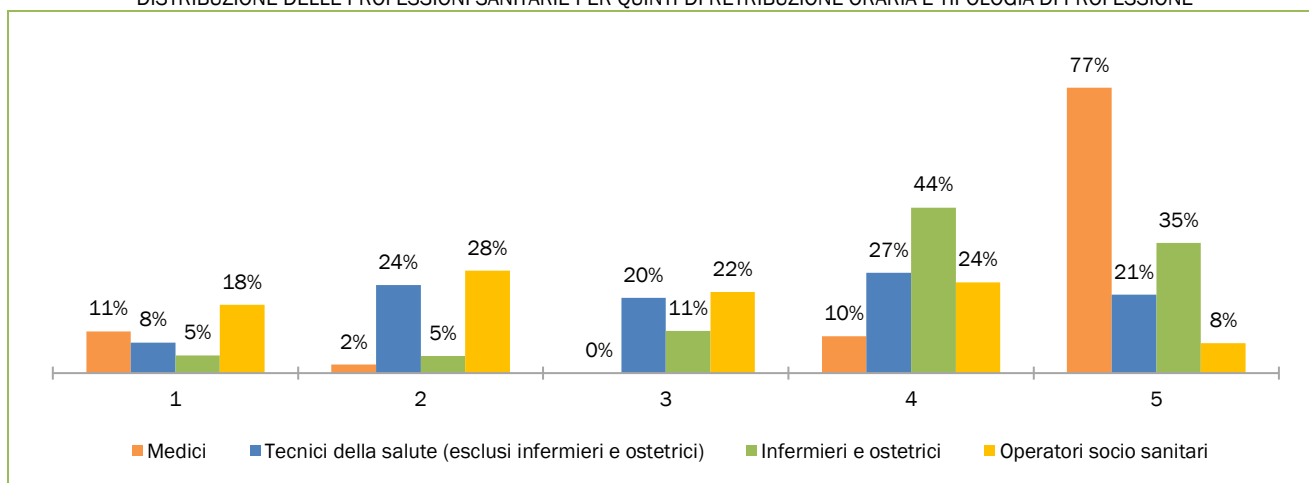
| DISTRIBUZIONE DEI LAVORATORI DIPENDENTI PER QUINTI DI RETRIBUZIONE ORARIA: PROFESSIONI SANITARIE E ALTRI SETTORI DI ATTIVITÀ | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| Agricoltura, caccia e pesca | 49% | 24% | 12% | 10% | 5% |
| Industria | 16% | 27% | 25% | 19% | 13% |
| Commercio, alberghi, ristoranti | 28% | 25% | 17% | 19% | 12% |
| Trasporti e comunicazioni, intermed. mon e fin., attività imm., servizi imprese | 19% | 22% | 18% | 17% | 25% |
| PA, difesa, assicurazioni sociali obbligatorie, istruzione, servizi sociali | 31% | 14% | 12% | 14% | 28% |
| Altri servizi pubblici, sociali e alle persone | 53% | 18% | 10% | 11% | 8% |
| Professioni sanitarie | 10% | 14% | 14% | 30% | 32% |

Fonte: elaborazioni su Forze di Lavoro ISTAT 2019

Non tutte le professioni sanitarie godono però di livelli retributivi tali da essere collocati nella parte alta della distribuzione dei salari orari. Questa condizione riguarda, infatti, principalmente i medici (il 77% appartiene all'ultimo quinto di retribuzione oraria) e le professioni infermieristiche e ostetriche (il 44% è nel quarto e il 35% nell'ultimo quinto). Gli operatori socio-sanitari sono più equamente distribuiti nei vari quinti, il 18% è nel primo, il 28% nel secondo, il 22% nel terzo, il 24% nel quarto e l'8% nell'ultimo. I tecnici della salute sono maggiormente presenti nella parte medio-alta della distribuzione del salario orario (Figura 14).

Figura 14.

DISTRIBUZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE PER QUINTI DI RETRIBUZIONE ORARIA E TIPOLOGIA DI PROFESSIONE



Fonte: elaborazioni su Forze di Lavoro ISTAT 2019

In conclusione, lo sviluppo e l'investimento nel settore sanitario, limitato per molto tempo dai vincoli sulla spesa pubblica, consente, di aumentare il peso delle professioni a più elevata qualificazione (e retribuzione oraria) rendendo più virtuosa la polarizzazione del mercato del lavoro regionale che finora ha visto, invece, crescere soprattutto i lavoratori a bassa qualificazione (e retribuzione oraria).

4. L'IMPATTO DISTRIBUTIVO DEI TRASFERIMENTI *IN KIND*

Così come avviene anche nel settore dell'istruzione o nel trasporto pubblico locale, attraverso la fornitura diretta e/o il finanziamento dei servizi sanitari, il settore pubblico attua una redistribuzione implicita di risorse, detta in natura o *in kind*, a favore delle famiglie. I trasferimenti *in kind* sono spesso trascurati nelle analisi sulla distribuzione del reddito, nonostante che la fornitura e/o il finanziamento dei servizi

pubblici, dato anche l'ingente ammontare di risorse investite, possa avere un rilevante effetto progressivo, similmente ai trasferimenti in moneta o così detti *in cash*, come le pensioni sociali, gli assegni alle famiglie con figli o le misure di contrasto alla povertà.

4.1 Come valutare l'impatto distributivo dei trasferimenti sanitari

Per valutare l'impatto distributivo dei trasferimenti *in kind* occorre in primo luogo darne una quantificazione monetaria. Nella maggior parte degli studi questo viene fatto calcolando il costo sostenuto dal settore pubblico per fornire o finanziare un determinato servizio⁹. Una volta quantificato il valore del trasferimento *in kind* è necessario attribuirlo agli individui, operazione che può essere fatta seguendo due approcci. Con il primo, detto del "beneficio effettivo", si imputa il valore monetario solo agli individui che utilizzano effettivamente un servizio in un certo anno. Con il secondo, denominato "assicurativo", si attribuisce a tutti gli individui un valore del servizio, differenziando per caratteristiche demografiche, senza tener conto dell'uso effettivo.

Per valutare l'impatto dei trasferimenti *in kind* dei servizi sanitari pubblici offerti in Toscana¹⁰ ne quantifichiamo il valore utilizzando i dati del Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza (Modello LA) degli enti del SSN raccolti dalla Ragioneria Generale dello Stato relativi al 2022. I dati del modello LA permettono di conoscere il costo dei tre macro-settori in cui sono organizzati i Livelli essenziali di assistenza (Lea), i) prevenzione, ii) assistenza distrettuale – all'interno della quale vi sono la medicina di base, la farmaceutica, la specialistica e l'offerta territoriale – e iii) assistenza ospedaliera.

Per attribuire il valore dei trasferimenti *in kind* sanitari agli individui seguiamo l'approccio "assicurativo", calcolando una sorta di premio assicurativo contro il rischio di ammalarsi che ciascun individuo dovrebbe pagare in base alle proprie caratteristiche demografiche. Differenziamo il valore da attribuire agli individui seguendo i criteri utilizzati dallo Stato per ripartire tra le Regioni il fondo per il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard di cui all'Intesa Stato-Regioni del 9 novembre 2023 (Rep/atti 262/CSR). Tale riparto non tiene conto delle caratteristiche demografiche della popolazione per tutte le tipologie di assistenza. Sono, infatti, attribuite tenendo conto solo del totale della popolazione; quindi, con un valore pro capite uguale per tutti gli individui, le risorse per finanziare la prevenzione, la medicina di base e l'offerta territoriale. Le risorse per la specialistica e il 50% di quelle per l'assistenza ospedaliera sono invece ripartite sulla base di coefficienti per classe di età, che pesano cioè il maggiore o minore grado di bisogno di servizi sanitari in funzione dell'età¹¹. Le risorse per la farmaceutica sono attribuite sulla base di come è ripartito il totale delle altre voci.

Attribuiamo il valore dei servizi sanitari erogati in Toscana così quantificati agli individui del campione EU-SILC dell'ISTAT, un'indagine rappresentativa della popolazione toscana, che permette di conoscere i redditi e le condizioni di vita degli individui e delle famiglie. Per cogliere gli effetti distributivi a livello familiare classifichiamo i nuclei, dopo averli ordinati in base al reddito disponibile familiare equivalente, in cinque gruppi di uguale numerosità, i *quinti*.

4.2 L'impatto distributivo dei trasferimenti *in kind* in Toscana

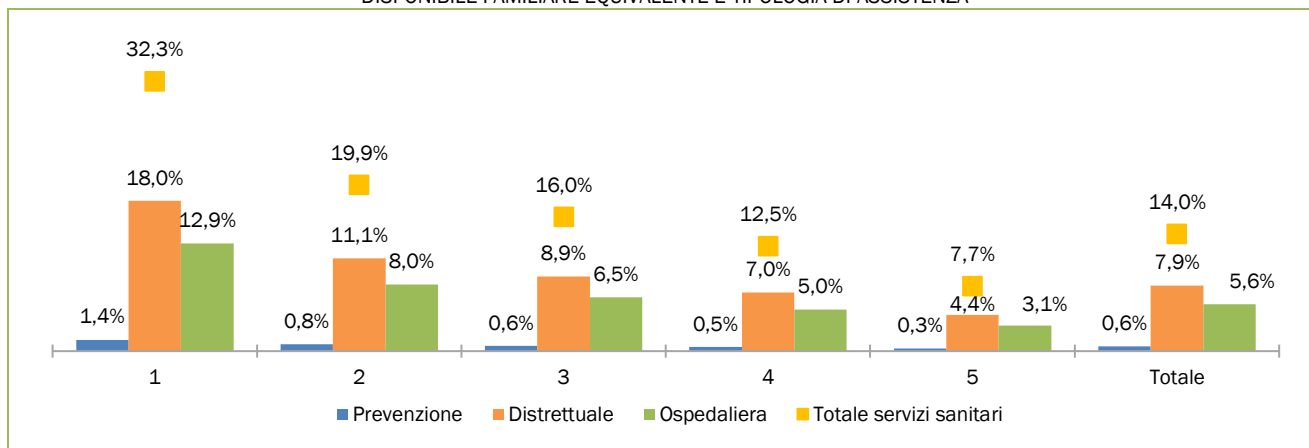
Secondo le nostre simulazioni, in media, i servizi sanitari valgono in Toscana il 14% del reddito disponibile delle famiglie, di cui il 7,9% proviene dall'assistenza distrettuale, il 5,6% da quella ospedaliera e lo 0,6% dalla prevenzione. Come mostra la Figura 15, la fornitura e/o il finanziamento dei servizi sanitari favoriscono maggiormente le famiglie appartenenti alle fasce più povere della popolazione, con un chiaro effetto progressivo e *pro-poor*. Per quelle del primo quinto il valore dei servizi sanitari arriva, infatti, a rappresentare un terzo del reddito disponibile delle famiglie (32,3%) mentre diminuisce per i quinti di reddito più elevati fino a costituire il 7,7% nell'ultimo.

⁹ Nonostante sia l'approccio più seguito, la quantificazione del valore monetario dei trasferimenti *in kind* mediante il costo di produzione presenta alcuni limiti. Il costo di produzione potrebbe incorporare inefficienze, dipendere da una diversa qualità dei servizi offerti o da differenze nel costo degli input di cui non si tiene conto. Inoltre, considerare il costo di produzione potrebbe portare ad una sovrastima del valore dei servizi *in kind* perché non si tiene conto della struttura di preferenza degli individui che potrebbero voler spendere meno risorse in quei servizi e più in altri. Infine, è ragionevole pensare che il valore dato dai ricchi ai servizi pubblici forniti sia diverso da quello dato dai poveri.

¹⁰ Le stime sono effettuate facendo ricorso al modello di microsimulazione fiscale dell'IRPET Microreg. Si veda Maitino, M. L., Ravagli, L., & Sciclone, N. (2017). Microreg: a traditional tax-benefit microsimulation model extended to indirect taxes and in-kind transfers. *International Journal of Microsimulation*, 10(1), 5-38.

¹¹ Il restante 50% di risorse per l'assistenza ospedaliera è ripartito semplicemente in termini pro capite.

Figura 15.
VALORE DEI TRASFERIMENTI *IN KIND* SANITARI IN RAPPORTO AL REDDITO DISPONIBILE DELLE FAMIGLIE PER QUINTI DI REDDITO DISPONIBILE FAMILIARE EQUIVALENTE E TIPOLOGIA DI ASSISTENZA



Fonte: modello di microsimulazione fiscale MicroReg su dati EU-SILC 2023

Per valutare in modo sintetico l'efficacia redistributiva implicita nell'erogazione e nel finanziamento dei servizi sanitari, è utile ricorrere a indici di disuguaglianza e di progressività. Questi indici mostrano come varia il grado di disuguaglianza nella distribuzione del reddito disponibile, misurato attraverso l'indice Gini e il rapporto interdecilico¹², prima e dopo l'erogazione del trasferimento, e quale è il grado di progressività/regressività del trasferimento preso in esame¹³. Gli indici sono calcolati a livello individuale attribuendo a ciascun individuo del campione il reddito disponibile della famiglia a cui appartiene reso equivalente con la scala OCSE-modificata.

Come mostra la Tabella 16, tutti i trasferimenti sanitari considerati riducono la disuguaglianza nella distribuzione del reddito disponibile. L'indice di Gini post-trasferimento e il rapporto interdecilico, infatti, diminuiscono rispetto a quelli pre-trasferimento per tutti gli interventi considerati. I benefici sanitari considerati nel loro complesso riducono l'indice di Gini di quasi 2 punti e il rapporto interdecilico passa da 3,2575 a 2,9171. I trasferimenti *in kind* nel settore sanitario sono, inoltre, tutti progressivi, cioè più favorevoli ai redditi bassi. Il grado di progressività è lievemente inferiore (quando l'indice Kakwani espresso in termini assoluti è più basso) per quei trasferimenti che favoriscono maggiormente le fasce più anziane di popolazione che tendono ad appartenere ai quinti di reddito più elevati più frequentemente rispetto alle fasce giovanili.

Tabella 16.
INDICI DI DISUGUAGLIANZA E PROGRESSIVITÀ

| | REDDITO DISPONIBILE PRE: | REDDITO DISPONIBILE POST: | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------|-------------|--------------|---------------|--------------|--------------|------------------|
| | | Totale servizi sanitari | Prevenzione | Ospedaliera | Distrettuale | Specialistica | Farmaceutica | Territoriale | Medicina di base |
| Gini | 0,2592 | 0,2400 | 0,2583 | 0,251 | 0,2481 | 0,2549 | 0,2562 | 0,2567 | 0,2574 |
| Average tax rate | | -0,0875 | -0,0035 | -0,035 | -0,049 | -0,0197 | -0,0125 | -0,0097 | -0,0071 |
| Kakwani progressivity index | | -0,2452 | -0,2592 | -0,2479 | -0,2423 | -0,2260 | -0,2452 | -0,2592 | -0,2592 |
| Rapporto interdecilico | 3,2575 | 2,9171 | 3,2408 | 3,0777 | 3,0415 | 3,1922 | 3,2117 | 3,2120 | 3,2241 |

Fonte: modello di microsimulazione fiscale MicroReg su dati EU-SILC 2023

Al di là delle lievi differenze tra un trasferimento e l'altro, l'analisi dimostra in modo chiaro che investire nella sanità migliora la distribuzione del reddito e favorisce le famiglie più povere.

Nota a cura di
S. Duranti, L. Ghezzi, L. Ravagli, N. Sciclone

¹² Il rapporto interdecilico è il rapporto tra il 90° percentile e il 10° percentile della distribuzione.

¹³ L'indice assume valore 0 in caso di perfetta uguaglianza, 1 in caso di massima disuguaglianza. L'indice di Kakwani valuta la progressività del trasferimento confrontandone la concentrazione rispetto a quella del reddito prima del trasferimento.