

Sanità, Meccanismo Europeo di Stabilità e finanziamento pubblico a seguito della pandemia da Covid-19

Editoriale

Luigi Spampinato

Dottore di ricerca in Economia e gestione delle aziende e delle amministrazioni pubbliche,
Dirigente del Ministero dell'Economia e delle Finanze – Ragioneria Generale dello Stato



Luigi Spampinato

Corrispondenza a:

Luigi Spampinato
Ministero dell'Economia e delle Finanze
Via XX Settembre 97, 00187 Roma

E-mail: l.spampinato@gmail.com

ABSTRACT

Lo scopo di questo editoriale è quello di illustrare il nuovo quadro di finanziamento pubblico del Sistema Sanitario Nazionale a seguito della pandemia da Covid-19. Il documento passa in rassegna le misure poste in essere dal Governo italiano e dalle Istituzioni europee, quali la Commissione Europea (CE), la Banca Centrale Europea (BCE) e il Meccanismo Europeo di Stabilità (MES), per far fronte alla crisi sanitaria ed alla grave recessione economica, con particolare riferimento alle fonti ed agli impieghi delle risorse.

L'utilizzo di nuovi spazi finanziari di bilancio *in deficit* impone maggiore attenzione alla graduazione ed alla misura degli interventi, rendendo necessario mantenere sotto rigoroso controllo la qualità e l'effettiva necessità della spesa. Allo stesso tempo, rimodulazioni della spesa nell'ambito dei suoi aggregati, investimenti pubblici in innovazione, rimozione degli ostacoli amministrativi, possono contribuire al potenziamento della capacità del sistema sanitario per fronteggiare le esigenze straordinarie derivanti dalla diffusione del Covid-19 ed alla sua capacità di resilienza a futuri shock sanitari.

PAROLE CHIAVE: Covid-19, public governance, revisione della spesa sanitaria, sistema sanitario nazionale, MES, sanità digitale

Il periodo che abbiamo vissuto, e che nessuno di noi avrebbe mai immaginato di poter vivere, rappresenta certamente un passaggio unico che ha messo in luce, oltre e in risposta alla drammaticità del contesto clinico, la grande capacità di reazione del nostro sistema. Ha mobilitato risorse umane, mentali e organizzative spesso trainate da responsabilità assunte a livello individuale, ma anche nell'ambito di azioni coordinate dei vari servizi sanitari regionali e supportate da un notevole sforzo economico da parte delle istituzioni. È evidente che questo sbilanciamento, seppur necessario e da tempo atteso, pone delle tematiche rilevanti per il futuro della nostra sanità e per la sostenibilità del sistema. Per trasformare un periodo vissuto sull'emergenza in un bene oggettivo di cui fruire nel tempo, senza dover immaginare un alternarsi di fasi ipertrofiche seguite da profonde depressioni, come abbiamo vissuto, occorre saper impostare bene le cose e avviare preventivamente serie riflessioni associate ad adeguati provvedimenti di medio e lungo periodo che possano dare stabilità a quella importante risorsa di cui disponiamo che è il Servizio Sanitario Nazionale. In quest'ottica, come Editor di questo giornale, ho invitato il dr. Luigi Spampinato, dirigente del Ministero dell'Economia e delle Finanze-Ragioneria Generale dello Stato, già componente del Collegio Sindacale di CONSIP S.p.A., a proporre una "invited contribution". Il dr. Luigi Spampinato, Dottore di Ricerca nell'ambito delle proprie attività professionali e di ricerca indirizza le proprie competenze in particolare sui temi di "finanza pubblica e public procurement".

Buona lettura.

Gaetano La Manna

1. Il nuovo quadro di finanziamento pubblico del Sistema Sanitario Nazionale*

L'emergenza derivante dalla pandemia da Covid-19 si è pesantemente abbattuta sulla sanità pubblica nazionale, che ha già pagato un prezzo molto alto, sia in termini di risorse umane che economico-sociali.

Il Sistema Sanitario Nazionale continua, infatti, ad essere sottoposto a dura prova, in particolar modo il personale sanitario ed i comparti della filiera considerati essenziali. Una risposta efficace del sistema sanitario alla pandemia richiede, nondimeno, ulteriori fondi pubblici da veicolare in modo rapido e trasparente. Senza finanziamenti pubblici aggiuntivi, infatti, il sistema sanitario non solo avrebbe difficoltà a controllare la pandemia, ma non riuscirebbe a garantire ed a mantenere i servizi sanitari essenziali per altre patologie. Ulteriori risorse pubbliche possono essere prelevate dagli ordinari fondi di bilancio, anche attraverso un loro rifinanziamento, ovvero attraverso l'utilizzo di fondi apprestati per le emergenze.

La Commissione Europea ha disposto l'attivazione della c.d. *General Escape Clause*, clausola che consente agli Stati membri dell'Unione Europea di porre in atto gli interventi necessari per affrontare la crisi sanitaria e la grave recessione economica garantendo un'adeguata flessibilità; è stato così autorizzato lo spazio finanziario indispensabile al sostenimento delle spese sanitarie per l'emergenza epidemiologica e per il contrasto degli effetti recessivi sulle economie europee della diffusione del Covid-19. Sulla base di detta clausola, il Governo ha richiesto al Parlamento l'autorizzazione al ricorso al **maggiore indebitamento per l'anno 2020 di 55 miliardi di euro**.

Nel Documento di economia e finanza 2020 (DEF 2020) [1], il Governo ha, quindi, delineato le misure adottate e che intende adottare in seguito all'emergenza Covid-19. Esse consentiranno, grazie alla maggiore flessibilità accordata a livello europeo, di aumentare il finanziamento ed il potenziamento della capacità del sistema sanitario, anche avvalendosi di iniziative di supporto e rilancio dell'economia a livello eurounitario. Il Decreto "Cura Italia" [1] è intervenuto ad aumentare, a seguito della crisi sanitaria, le risorse a disposizione del sistema sanitario per

garantire l'assistenza alle persone colpite dalla malattia, nonché la prevenzione, la mitigazione ed il contenimento dell'epidemia, e incrementando fortemente la capacità del sistema ospedaliero, con particolare riferimento all'aumento di posti letto per terapie intensive. Il successivo Decreto "Rilancio[2]" ha previsto il potenziamento e la riorganizzazione della rete assistenziale territoriale, al fine di un monitoraggio costante e ad un tracciamento precoce dei casi e dei contatti da coronavirus, per una più efficace capacità di identificazione, isolamento e trattamento.

Il *fabbisogno sanitario standard* per il 2020 è stato dunque incrementato di **1.410 milioni di euro** ad opera del DL "Cura Italia", ed ulteriormente di euro **1.256 milioni** ad opera del DL "Rilancio", per un importo complessivo pari ad euro **119.642 milioni** in termini di saldo netto, da finanziare con un incremento del **4,5%** rispetto al 2019.

A ciò vanno aggiunte le autorizzazioni di spesa, contenute nei medesimi decreti legge, per l'anno 2020 di **34,6 milioni** di euro (DL "Cura Italia") e di **88,8 milioni** di euro (DL "Rilancio") rispettivamente. Queste spese vanno per il potenziamento dei servizi sanitari militari, per l'acquisto di dispositivi medici e presidi sanitari mirati alla gestione dei casi urgenti e al bio-contenimento, per la realizzazione di strutture sanitarie dedicate, per l'adeguamento infrastrutturale dei Poli ospedalieri militari esistenti, per l'acquisto dei dispositivi e presidi sanitari idonei a gestire in sicurezza l'emergenza, e soprattutto per il trasporto in sicurezza e la gestione a terra, su unità navali, negli aeroporti militari e in volo di pazienti con malattie infettive contagiose. In particolare, la sanità militare concorre, in corso di emergenza, ad aumentare la capacità di ricovero sul territorio nazionale, sia in strutture sanitarie militari esistenti che in strutture campali appositamente destinate.

Livello del finanziamento del fabbisogno nazionale standard per il triennio 2019-2021 post Covid-19	2017	2018	2019	2020	2021
Legge di Bilancio 2017 e s.m.i.	112.577	113.404			
Legge di Bilancio 2019 (L. n. 145 del 2018) art. 1, commi 514-518			114.439	114.439	114.439
			10	2.000	2.000
					1.500
DL "Cura Italia"					
Incremento livello finanziamento Stato del fabbisogno sanitario nazionale standard, art. 18, c.1				1.410,00	
DL "Rilancio"					
Incremento livello finanziamento Stato del fabbisogno sanitario nazionale standard, art. 1, co. 11				1.256,63	
Incremento livello finanziamento Stato del fabbisogno sanitario nazionale standard – Unità di personale aggiuntive che le regioni e le province autonome assumono, art. 2, co. 10				430,98	
Incremento livello finanziamento Stato del fabbisogno sanitario nazionale standard per borse di studio per contratti di formazione specialistica dei medici, art. 5				105,00	105,00
Incremento livello finanziamento Stato del fabbisogno sanitario nazionale standard, art. 265, c. 4					500,00
Totale	112.577	113.404	114.449	119.642	118.544

Tabella I: Livello del finanziamento del fabbisogno nazionale standard 2017-2021. Fonte: elaborazione propria su dati Servizio Studi Camera e Senato.

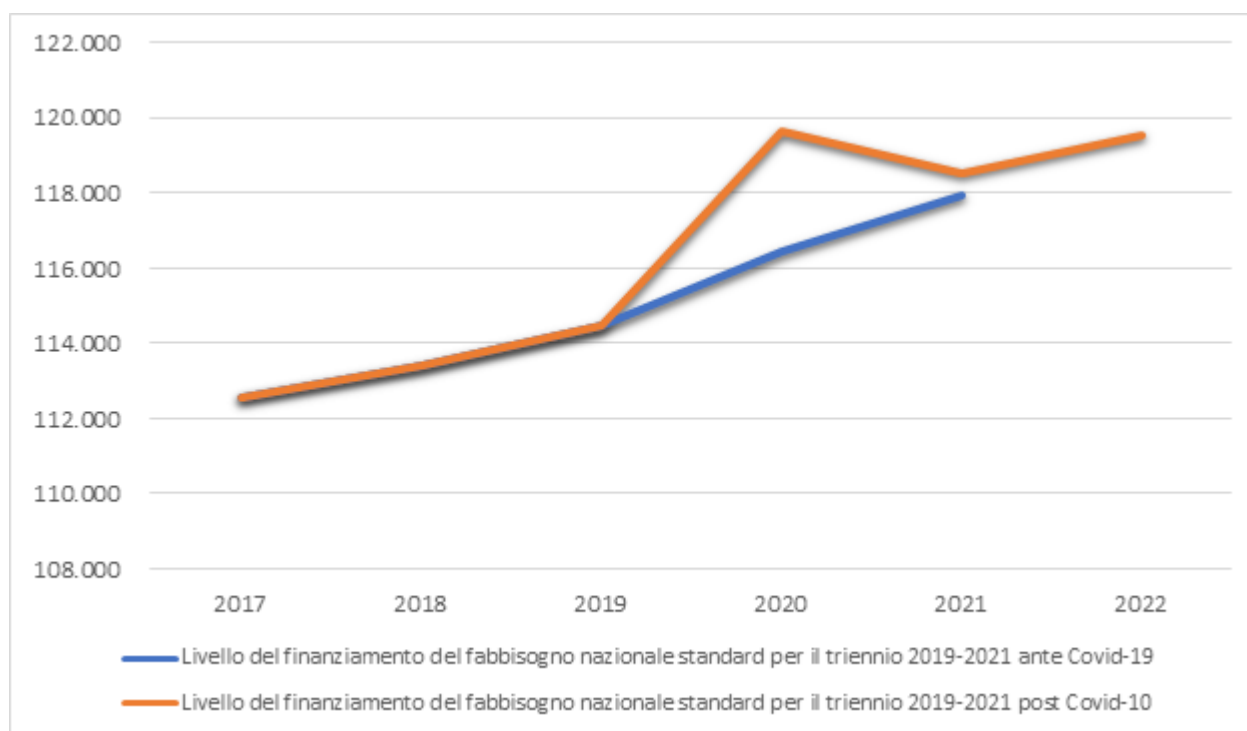


Fig. 1: Livello del finanziamento del fabbisogno nazionale standard 2017-2021 (previsione 2022). Fonte: elaborazione propria su dati Servizio Studi Camera e Senato

L'incremento delle risorse per il 2020 determinato dall'emergenza sanitaria, ancora in corso, interessa in particolare:

- i **redditi da lavoro dipendente**, con particolare riferimento alle spese per reclutamento e lavoro straordinario per garantire l'assistenza sanitaria in ragione delle esigenze connesse con la diffusione del virus;
- i **consumi intermedi**, con riguardo all'incremento di spesa per la componente farmaceutica, nonché ai maggiori oneri derivanti dalle esigenze straordinarie;
- l'**acquisto di prestazioni sociali in natura** (ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative ed altra assistenza) conseguenti ai maggiori oneri per l'acquisto di prestazioni di natura sanitaria da operatori privati, per fronteggiare le esigenze straordinarie derivanti dalla diffusione del Covid-19.

Al fine di far fronte alle straordinarie esigenze connesse allo stato di emergenza, il Governo, con i citati DL "Cura Italia" ed il DL "Rilancio" ha altresì disposto l'incremento rispettivamente di **1.650 milioni e di 1.500 milioni** del *Fondo per le emergenze nazionali* e ha destinato ulteriori **1.467 milioni** per l'anno 2020 al Commissario straordinario, per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica. Sono state previste specifiche autorizzazioni di spesa per la requisizione in uso o in proprietà, da ogni soggetto pubblico o privato, di presidi sanitari e medico-chirurgici, oltre che di beni mobili di qualsiasi genere, occorrenti per fronteggiare l'emergenza sanitaria in corso (fino a 150 milioni); è stato anche previsto l'acquisto di 5.000 impianti di ventilazione assistita (fino a 185 milioni).

Poiché, come abbiamo accennato, si tratta di spesa di bilancio *in deficit*, occorre una maggiore attenzione a graduare e mirare gli interventi, mantenendo sotto rigoroso controllo la qualità e l'effettiva necessità della spesa [2]. Di più, l'utilizzo di nuovi spazi finanziari in debito dovrebbe essere necessariamente preceduta da una profonda e capillare revisione della spesa, volta a verificare prioritariamente la possibilità di rimodulazione degli interventi programmati in corso

d'anno, al fine di posporre gli effetti finanziari negli esercizi successivi in conseguenza del *lockdown* e della graduale riapertura, secondo la logica della competenza finanziaria potenziata.

2. Possibilità di finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale a seguito della Pandemia da Covid-19.

In questa fase di ricerca di nuovi spazi finanziari da destinare alle politiche pubbliche, si inserisce il dibattito sull'utilizzo della nuova linea di credito da **240 miliardi** di euro concessa dal Meccanismo Europeo di Stabilità[3] (MES) secondo l'accordo recentemente intervenuto [3] tra i ministri delle Finanze europei specificatamente dedicata alle **spese sanitarie** da Covid-19.

Si tratta, in particolare, di prestiti con scadenza a **dieci anni**, con **tasso di interesse annuale a 0,1%**, costo una tantum di 0,25% e costo annuale di 0,005%. L'accordo prevede che ogni Stato membro possa prendere a prestito un ammontare **fino al 2%** del PIL, impegnandosi ad utilizzare questa linea di credito per sostenere il finanziamento interno dell'assistenza sanitaria diretta e indiretta, nonché i costi relativi alla cura e alla prevenzione dovuti al Covid-19, con operatività del fondo a partire dal primo giugno. Le richieste di supporto per la crisi pandemica potranno essere presentate fino al 31 dicembre 2022. Secondo quanto sostenuto dalla Commissione Europea, l'assistenza finanziaria del MES contribuirebbe a infondere fiducia, a stabilizzare i mercati finanziari e ridurrebbe i rischi per la stabilità finanziaria dell'area dell'euro nel suo insieme [4].

Si rimanda ad un altro articolo dell'Autore [5] per un approfondimento sui possibili rischi ed opportunità circa l'adesione allo strumento finanziario in corso di predisposizione dal Meccanismo Europeo di Stabilità; l'aspetto che, in questa sede, più interessa approfondire riguarda l'effettiva destinazione delle risorse da prendere in prestito. Appare, infatti, quasi del tutto assente nel dibattito pubblico il tema della progettualità e del possibile impiego concreto delle risorse, così come appare non definito l'importo da richiedere; i più ne ricordano il limite massimo, circa **36 miliardi** di euro nel caso dell'Italia. Per accedere al finanziamento è previsto che lo Stato richiedente debba redigere un dettagliato **piano di risposta alla pandemia**. Inoltre, nell'ambito della nuova linea di credito del MES, si prevede che ogni Stato potrà richiedere mensilmente fino ad un massimo del 15% dell'ammontare totale disponibile [6]. Per l'Italia si tratterebbe di **5,4 miliardi** di euro al mese.

La nuova linea di credito istituita dal Meccanismo Europeo di Stabilità non è tuttavia l'unico strumento con cui è possibile finanziare l'economia reale e, quindi, anche la spesa sanitaria, per contrastare i gravi rischi derivanti dalla pandemia in corso. Il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), infatti, ha recentemente aggiornato le "Linee guida della gestione del debito pubblico 2020" [7], in cui il Tesoro indica le modalità attraverso le quali intende gestire le esigenze di finanziamento aggiuntivo per l'anno 2020 scaturite dall'attuazione da parte del Governo di misure straordinarie di potenziamento del servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Tali interventi hanno determinato la necessità di reperire, tramite l'emissione di debito pubblico, fonti di finanziamento aggiuntivo in un contesto di mercato profondamente mutato e colpito dalla crisi in atto. Tra gli strumenti a disposizione del MEF al fine di consentire un coinvolgimento più ampio degli investitori *retail* vi è la nuova emissione di **BTP Italia**, interamente destinata a finanziare le spese dell'emergenza e i provvedimenti per la ripresa economica dell'Italia e il sostegno a famiglie e imprese. In particolare, il collocamento del *Btp Italia*, con scadenza a 5 anni e rendimento dell'1,4%, iniziato il 18 maggio e concluso lo scorso 21 maggio, ha permesso di raccogliere **22,3 miliardi**, di cui oltre 13,9 acquistati da piccoli risparmiatori.

Il MEF può inoltre contare su una politica monetaria di sostegno a livello europeo che, a seguito della crisi sanitaria e delle incertezze sull'economia globale, ha posto in essere interventi straordinari, di seguito riepilogati. Lo scorso 12 marzo la Banca Centrale Europea (BCE) ha rafforzato ed esteso ulteriormente il programma di acquisto di titoli pubblici, il *Public Sector Purchase Programme* (PSPP), più noto con il termine *Quantitative Easing* (20 miliardi di euro mensili), con una dotazione temporanea aggiuntiva di **120 miliardi** di euro per ulteriori acquisti netti di attività sino alla fine del 2020. Inoltre, a fronte del rapido estendersi dell'epidemia e del conseguente insorgere di forti tensioni sui mercati finanziari, il 18 marzo il Consiglio Direttivo della Banca Centrale Europea ha introdotto un programma straordinario di acquisto di attività tra cui titoli di Stato, il *Pandemic Emergency Purchase Programme* (PEPP), per un ammontare complessivo di **750 miliardi** di euro. È previsto che tali acquisti verranno condotti in maniera flessibile almeno fino alla fine del 2020 e comunque fino a quando permarrà l'emergenza legata all'epidemia di Covid-19.

Contestualmente, lo scorso 17 aprile, la Banca di Sviluppo del Consiglio d'Europa (CEB, dall'acronimo inglese *Council of Europe Development Bank*) ha approvato uno strumento di finanziamento [8] a sostegno dello Stato italiano da **300 milioni** di euro, al fine di cofinanziare le misure e le spese straordinarie sostenute dalla protezione civile italiana; tra di esse, i costi di esercizio e manutenzione, l'acquisizione di attrezzature e materiali di consumo e la trasformazione degli spazi necessari per far fronte all'emergenza Covid-19, nonché il finanziamento di spese temporanee e straordinarie per il personale medico.

A livello europeo, è in fase di studio un nuovo strumento finanziario, l'**European Recovery Fund**; al momento in cui si scrive non si conoscono i dettagli di questo fondo, che dovrebbe aiutare i Paesi più colpiti dalla crisi Covid-19. La Commissione Europea, anche sulla base della recentissima proposta franco-tedesca dal valore di **500 miliardi** di euro, è stata chiamata a presentare una specifica proposta nell'ambito del quadro finanziario pluriennale (QFP), ovvero nell'ambito del bilancio a lungo termine dell'UE, fissandone i limiti. Il fondo per la ricostruzione dovrebbe operare attraverso l'emissione di "**recovery bond**", nuovi titoli di debito garantiti dal bilancio settennale dell'Ue 2021-2027, e dovrebbe avere una dimensione finanziaria e consistenza adeguata a far fronte a questa crisi.

3. Potenziamiento delle capacità del Sistema Sanitario Nazionale e resilienza

Appare quindi necessario sottoporre all'attenzione del dibattito pubblico non tanto, o non solo, la scelta relativa al prendere o meno in prestito risorse finanziarie dal MES, ma quali siano gli obiettivi da raggiungere e quali i progetti di investimento di maggior qualità cui destinare risorse aggiuntive e che massimizzino l'efficacia della spesa. Contestualmente, appare altresì necessario valutare se, entro la data di scadenza concessa agli Stati per presentare richiesta di supporto al MES, fissata al 31 dicembre 2022, il bilancio dello Stato non possa essere rimodulato in modo tale da recuperare al suo interno le risorse necessarie a rilanciare il Sistema Sanitario Nazionale, evitando quindi, in modo prudentiale, il ricorso ad uno strumento finanziario la cui attivazione comporta conseguenze che fino ad oggi sono state discusse solo a livello teorico e i cui effetti pratici potrebbero disattendere le speculazioni.

Va considerato che la nuova linea finanziaria erogata dal MES non si configura come forma di finanziamento con effetti strutturali, ovvero con possibilità di essere rinnovata a scadenza, ma costituisce una forma di finanziamento *spot* con effetti congiunturali. Trattandosi di un finanziamento *una tantum*, occorrerebbe orientare la maggiore spesa *in deficit* verso interventi di investimento infrastrutturali di estremo valore per la crescita del Paese, su cui far convergere

altresì risorse private, puntando su un sistema di assistenza territoriale più strutturato ed efficiente. Appare quindi necessario individuare e confrontare i possibili progetti di investimento nel settore sanitario che, sulla base dell'esperienza appena vissuta, prendano in adeguata considerazione una ridefinizione dell'assistenza territoriale.

La differente risposta sanitaria alla pandemia all'interno del Paese dovrebbe portare a privilegiare progetti che tendano a diminuire, fino ad azzerare nel medio periodo, le differenze nella qualità dei servizi offerti nelle diverse aree. La crisi, infatti, ha messo in luce i rischi insiti nel ritardo e nel disallineamento con cui la macchina politico-amministrativa ha predisposto strumenti per rafforzare le strutture di assistenza territoriali e recuperare più elevati livelli di efficienza e di appropriatezza nell'utilizzo delle strutture di ricovero. A tal fine, sarebbe opportuno individuare livelli standard di risorse, volti ad assicurare una adeguata protezione per eventuali futuri "pandemic recovery" e garantendo prontezza, continuità operativa e disponibilità dei servizi.

Di fronte ad una crisi epidemiologica come quella causata dal Covid-19 appare inoltre doverosa una riflessione circa la concentrazione delle cure, avvenuta nel corso degli anni, in grandi ospedali specializzati; riducendo quelli minori che, per numero di casi e per disponibilità di tecnologie, non garantivano adeguati risultati di cura, si è lasciata la popolazione senza un adeguato livello di assistenza in prossimità. In questo senso, lungi dal riproporre la riapertura di strutture periferiche spesso inefficienti ed inadeguate, si propone una riflessione su un possibile ridisegno dell'assistenza e dell'erogazione dei servizi sanitari al cittadino sulla base dell'esperienza della pandemia ancora in corso. È, infatti, sempre più evidente come una adeguata rete di assistenza sul territorio rappresenti non solo una questione di civiltà a fronte delle esigenze sanitarie dei singoli e delle persone con disabilità e cronicità, ma rappresenti un valido ed adeguato strumento di difesa per affrontare e contenere con rapidità fenomeni come quello che stiamo combattendo. L'insufficienza delle risorse destinate al territorio ha contribuito ad una risposta più tardiva e ha reso il primo fronte, di fatto, disarmato nella lotta di opposizione al virus, portando con sé un prezzo decisamente alto in termini di vite umane.

4. Composizione della spesa sanitaria, monitoraggio e possibile efficientamento

Al fine di ricorrere nella giusta misura e con maggior efficacia al finanziamento esterno del Sistema Sanitario Nazionale, è opportuno soffermarci brevemente sulla composizione della spesa sanitaria che, nel corso degli anni, ha subito profondi cambiamenti.

In base all'ultimo rapporto disponibile sul monitoraggio della spesa sanitaria, redatto dal Ministero dell'Economia e delle Finanze [9], è possibile osservare come la spesa per la componente "redditi da lavoro dipendente" costituiva nel 2005 il 35,1% della spesa complessiva e si riduceva nel 2018 al 30,8%, per una spesa di **35,5 miliardi**.

Di segno opposto l'andamento della spesa per "consumi intermedi"[4], la cui incidenza sulla spesa complessiva è pari al 29,1% nel 2018, per una spesa di **33,5 miliardi**, mentre costituiva il 20,8% nel 2005, mantenendo un tasso di crescita medio annuo significativamente superiore al resto della spesa.

Significativa risulta altresì la dinamica della spesa con riferimento all'aggregato "altre prestazioni sociali in natura da privato" [5]. Tale aggregato è aumentato di oltre 10 miliardi di euro dal 2002 al 2018, attestandosi nell'ultimo anno di rilevamento ad un livello di spesa di **25,9 miliardi** e registrando un tasso di crescita medio annuo del 3,5%. L'incidenza relativa dell'aggregato sul totale della spesa sanitaria è aumentata dal 19,8% del 2005 al 22,5% del 2018.

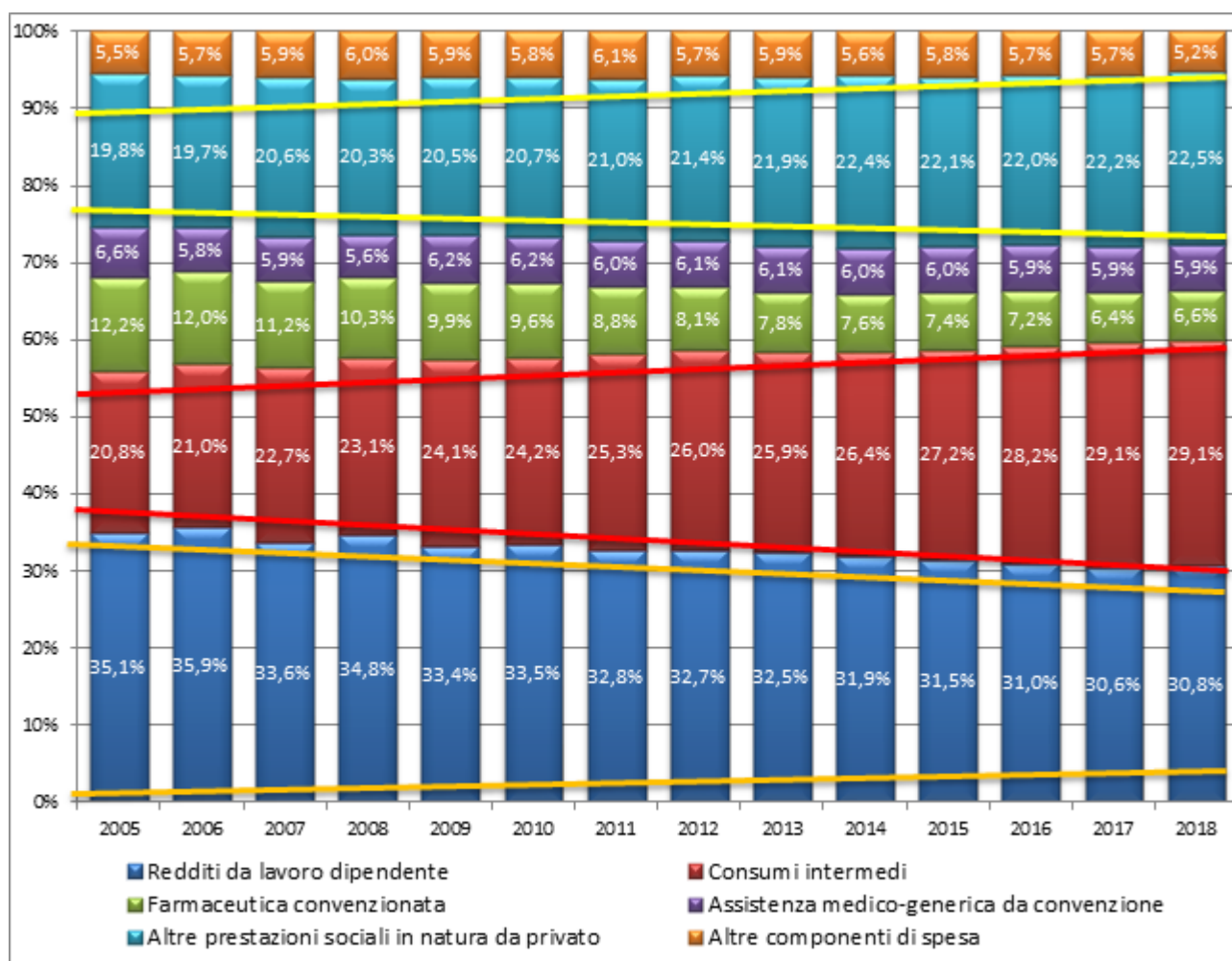


Fig. 2: Spesa sanitaria corrente – Anni 2005-2018 (composizione percentuale). Fonte: Elaborazione propria su dati Istat.

La Corte dei conti [10] ha recentemente ricordato l'importanza dell'analisi e del monitoraggio della spesa sanitaria, nonché l'utilizzo e la diffusione delle pratiche migliori che emergono nei diversi modelli organizzativi sanitari regionali. A livello regionale è, infatti, emerso che "una gestione non efficiente delle risorse finanziarie in campo sanitario, oltre a determinare rilevanti disavanzi, comporta molto spesso una cattiva qualità dei servizi assicurati ai cittadini". Il miglioramento della *governance* del sistema sanitario ed il recupero di margini di efficientamento e razionalizzazione del sistema e delle risorse possono essere attivati, secondo la Corte, senza compromettere la qualità e l'universalità dei servizi erogati.

Secondo la Corte, recuperi di efficienza possono derivare ad esempio da (i) una azione di contrasto agli "abusi" delle prestazioni di Pronto Soccorso, (ii) azioni di monitoraggio e controllo circa l'abuso di ricoveri, spesso in regime "intensivo", presso strutture private accreditate, (iii) il rispetto degli standard regionali per l'erogazione delle prestazioni attraverso un monitoraggio del fenomeno delle "iperprescrizioni", prescrizioni di farmaci in quantità eccedente rispetto alle pertinenti soglie statistiche o rispetto ai valori ordinari di assunzione.

Dall'esame della spesa sanitaria emergerebbe, quindi, non solo la possibilità di conseguire un rallentamento della dinamica della spesa, ma anche la possibilità di dirottare le risorse liberate verso altre componenti di spesa che maggiormente concorrono al rafforzamento strutturale del Sistema Sanitario Nazionale.

5. Conclusioni

Il profondo cambiamento imposto al Sistema Sanitario Nazionale dall'epidemia Covid-19 offre nuovi spunti circa il modo in cui le cure possono e devono essere fornite. Questa ristrutturazione, in parte già in atto, non può prescindere da un forte sostegno finanziario e da una visione strategica che preveda contemporaneamente un cambiamento della *governance* e nuovi investimenti pubblici nel settore sanitario.

Come abbiamo osservato, nel 2018 il settore della sanità ha mobilitato circa 33,5 miliardi di euro in acquisti di beni e servizi ed è stato un utilizzatore intenso di tecnologie. Appare prioritario, ancor più in questo periodo, accelerare il progetto di riforma sul ridisegno dell'assistenza e dell'erogazione dei servizi sanitari al cittadino, rafforzando la capacità di spesa tramite appalti innovativi e nuove tecnologie. Nello stesso tempo, occorre rimuovere velocemente i vincoli amministrativi, anche attraverso una completa revisione dell'impostazione dell'attuale codice dei contratti pubblici, in modo da poter rapidamente finalizzare i nuovi fondi resi disponibili ed accelerare il cambiamento.

In questo senso, appare opportuno orientare la spesa in investimenti pubblici che permettano di sostenere una riforma strutturale del Sistema Sanitario Nazionale volta a privilegiare la telemedicina, la sanità di prossimità e la sanità digitale. Attraverso l'erogazione a distanza, laddove possibile, di servizi sanitari, cogliendo l'opportunità di superare gli attuali modelli di medicina basata sulla presenza del paziente, è possibile approcciare un nuovo modello, nel quale la distanza e la necessità di distanziamento rappresentino una opportunità per utilizzare in modo più efficiente non solo le risorse pubbliche, ma anche il tempo a disposizione, e per ridurre contestualmente i rischi della prossimità.

In conclusione, tenuto conto della ingente massa di risorse finanziarie in debito a disposizione sia a livello nazionale che europeo, appare in questo momento opportuno focalizzarsi non tanto sulle fonti, o su una possibile loro diversificazione, ma sulla qualità degli impieghi, per una migliore gestione delle stesse, ripensando il modello di sanità pubblica italiano alla luce degli ultimi accadimenti. Ciò consentirebbe al nostro Paese di ripresentarsi all'Europa come un Paese propositivo, in grado cioè di fare di una crisi un'occasione di rinascita a livello non solo economico ma sistemico.

Note

* Le opinioni espresse dall'Autore sono personali e non impegnano in alcun modo l'Amministrazione di appartenenza.

[1] Legge 24 aprile 2020, n. 27, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 (cd. decreto cura Italia), recante *“Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Proroga dei termini per l'adozione di decreti legislativi”*. GU Serie Generale n.110 del 29-04-2020 – Suppl. Ordinario n. 16.

[2] Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34 (cd. decreto rilancio) recante *“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”*. GU Serie Generale n.128 del 19-05-2020 – Suppl. Ordinario n. 21.

[3] Meccanismo Europeo di Stabilità (MES), la cui missione, riportata nella pagina internet del sito, è quella di *“fornire assistenza finanziaria ai paesi dell'area dell'euro che devono affrontare o sono minacciati da gravi problemi di finanziamento. Tale assistenza è concessa solo se si è dimostrata necessaria per salvaguardare la stabilità finanziaria dell'area dell'euro nel suo insieme e dei membri del MES”*. <https://www.esm.europa.eu/assistance/lending-toolkit>

[4] L'aggregato ricomprende la spesa per prodotti farmaceutici.

[5] L'aggregato ricomprende la spesa da privato relativamente agli acquisti di prestazioni ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative, protesiche, psichiatriche e altre prestazioni da operatori privati accreditati con il SSN.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero dell'Economia e delle Finanze, "Documento di Economia e Finanza 2020", 24 aprile 2020.
2. Corte dei conti, "Memoria della Corte dei conti sul Documento di economia e finanza (DEF) 2020, inviata alle Commissioni congiunte bilancio di Camera dei deputati e Senato della Repubblica", 20 aprile 2020.
3. Consiglio dell'Unione Europea, "Eurogroup Statement on the Pandemic Crisis Support", 8 maggio 2020.
4. Commissione Europea, "Assessment of risks to the financial stability of the euro area", Annex 1, 7 maggio 2020.
5. Spampinato L, "Perché la scelta di aderire al MES non è neutrale e l'European Recovery Fund non sarà un 'pasto gratis' per l'Italia", 4 maggio 2020.
6. European Stability Mechanism, "Proposal from the Managing Director for financial assistance in the form of a Pandemic Crisis Support", 8 maggio 2020.
7. Ministero dell'Economia e delle Finanze, "Linee guida della gestione del debito pubblico 2020 – Aggiornamento Aprile 2020".
8. Banca di Sviluppo del Consiglio d'Europa, "Linea di azione 'inclusive growth' nell'ambito del Piano di Sviluppo 2020-2022".
9. Ministero dell'Economia e delle Finanze, "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 6, anno 2019.
10. Corte dei conti, "Relazione scritta della Procura generale in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario 2020", 13 febbraio 2020.

Voci di spesa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Redditi da lavoro dipendente	34.116	36.802	34.610	38.062	37.143	37.862	36.789	36.145	35.670	35.422	35.082	34.875	34.691	35.540
Consumi intermedi	20.219	21.519	23.372	25.242	26.830	27.422	28.456	28.750	28.436	29.331	30.235	31.705	32.985	33.533
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market	37.533	38.499	38.819	39.583	40.795	41.319	40.195	39.218	39.337	39.956	39.470	39.493	39.136	40.345
Farmaceutica convenzionata	11.849	12.334	11.543	11.226	10.997	10.913	9.862	8.905	8.616	8.392	8.245	8.100	7.264	7.581
Assistenza medico-generica da convenzione	6.453	5.930	6.076	6.079	6.949	6.984	6.724	6.710	6.666	6.663	6.654	6.690	6.675	6.821
Altre prestazioni sociali in natura da privato	19.231	20.235	21.200	22.278	22.849	23.422	23.609	23.603	24.055	24.901	24.571	24.703	25.197	25.943
Altre componenti di spesa	5.364	5.801	6.057	6.597	6.559	6.528	6.815	6.346	6.464	6.252	6.437	6.431	6.439	5.992
Spesa sanitaria corrente	97.232	102.621	102.858	109.484	111.327	113.131	112.255	110.459	109.907	110.961	111.224	112.504	113.251	115.410

Tabella II: spesa sanitaria corrente – Anni 2005-2018. Fonte: Elaborazione propria su dati Istat