

Eppur si muove: *General Escape Clause Covid-19* tra le incertezze della salute

Still moving: General Escape Clause Covid-19 among health uncertainties

Enza Caruso

*Dipartimento di Scienze Politiche, Università degli Studi di Perugia
Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche delle Università di Modena e Bologna*

Parole chiave: Europa, Italia, finanziamento sanità, decretazione di emergenza sanitaria, Covid-19

RIASSUNTO

Il saggio esamina l'impatto della pandemia da coronavirus sul finanziamento del SSN e ripercorre la lunga lista delle priorità inserite nell'agenda politica ma rinviate per scarsità di risorse. Nel nuovo contesto di interdipendenza della salute globale, la discussione esplora le conseguenze dell'attuale incertezza (che caratterizza ordinariamente il settore della salute ed è causa dei fallimenti di mercato) sui mercati reali e finanziari e analizza le risposte monetarie e fiscali adottate dalla governance europea nel quadro della *General Escape Clause Covid-19*. Il saggio si concentra quindi sulle politiche che hanno avuto l'obiettivo di rafforzare il settore della sanità pubblica potenziando le risorse attualmente disponibili (personale, beni e servizi) e riorganizzando in percorsi più sicuri il trattamento dei pazienti negli ospedali (in particolare nelle unità di terapia intensiva) e attraverso i servizi sanitari territoriali. Sono state valutate le implicazioni in termini di costo-efficacia dei diversi modelli di erogazione dell'assistenza sanitaria (patient-centered or community-centered). Infine, sono state discusse le principali azioni che possono essere intraprese nel quadro della programmazione nazionale nel sistema di legislazione vigente per ridurre le disparità tra le regioni e vincolare l'allocazione delle risorse all'implementazione di strategie efficaci a livello nazionale.

Key words: Europe; Italy; health financing; health emergency decrees; Covid-19

SUMMARY

The paper examines the impact of coronavirus pandemic on health financing in Italy and it reviews the list of priorities that have been postponed, despite being listed in the political agenda, because of lack of resources. In the new context of global health interdependence, the discussion explores the consequences

Autore per corrispondenza: enza.caruso@unipg.it

of the current uncertainty (beyond the ordinary reasons of market failures in the health sector) into real and financial markets, and it investigates the monetary and fiscal responses adopted by the European governance in the picture of the *General Escape Clause Covid-19*. The paper focuses on policies aimed to reinforce the public health sector increasing the currently available resources (staff, goods and services) and reorganizing safe pathways to treat patients in hospitals (in particular in ICUs) and through community services. Cost-effectiveness implications of different models of healthcare delivery were assessed. Last, we discuss the major actions that may be taken within the framework of national programming in the current legislation system to decrease disparities among regions as well to constrain the allocation of resources in order to implement nation-wide effective strategies.

1. Introduzione

Fare i conti con l'incertezza e il rischio è una questione ordinaria in sanità, un settore tra i più complessi dell'economia, attraversato da tutti i fallimenti di mercato e dove la "mano visibile" dell'intervento pubblico è necessaria e auspicabile in ogni sua dimensione (1-2). La salute collettiva, o meglio la prevenzione delle malattie trasmissibili, è prima di tutto un bene pubblico¹ globale, tanto più quanto più i mercati sono interconnessi nel mondo globalizzato (3-4), e le emergenze sanitarie possono essere sempre affrontate con una corretta programmazione di sistema. Le epidemie ci sono sempre state e ci saranno sempre, non farsi trovare impreparati significa prima di tutto ridare dignità al territorio in una rete di servizi fortemente integrata. In questa prospettiva, tanto enunciata quanto tralasciata, si gioca la capacità di promuovere il benessere sociale della popolazione e di governare la transizione epidemiologica nella direzione della sostenibilità di sistema.

Il nostro SSN ha affrontato la pandemia come un soggetto fortemente debilitato, e questo saggio volutamente ripercorre la lunga lista delle priorità, sempre inserite nell'agenda politica ma troppo spesso rinviate, non solo per scarsità di risorse ma anche per un diffuso disimpegno delle regioni in una reale tutela della salute della popolazione; regioni sempre più avidi di autonomia e sempre più intolleranti ai vincoli di sistema, quando non esplicitamente rivolte a tutelare gli interessi del mercato.

Avevamo tirato un sospiro di sollievo con il cambio di governo in una manovra di finanza pubblica che confermava le promesse fatte sul finanziamento e addirittura restituiva un po' di spicci per l'abolizione del *superticket*. Tra i rinvii e le promesse siamo stati invece travolti dalla potenza di un virus che, bloccando la catena del valore globale, ha attaccato il cuore del capitalismo facendolo precipitare in un'incertezza senza precedenti. Sotto il segno di un marcato deterioramento del contesto internazionale e per rilassare prima di tutto le tensioni finanziarie, alla ricerca della stabilizzazione dei mercati, i vincoli dell'austerità sono saltati e dai bracci monetari e fiscali della governance globale e di un'Europa poco unita, scorrono adesso risorse che confluiscono fino alla nostra decretazione d'emergenza sanitaria. No-

¹ Un bene pubblico è un bene non rivale e non escludibile: una volta prodotto tutti ne beneficiano e nessuno può essere escluso.

nostante i cordoni della borsa siano stati prontamente allentanti, abbiamo visto lavorare a mani nude i nostri professionisti della salute, e tanti ne abbiamo persi, per assenza di disponibilità di mercato nel fornirci dispositivi medici e di protezione individuale (dpi). È stata la potenza di un virus a mostrarci quanto precari siano i nostri sistemi sanitari in assenza di programmazione di politiche di prevenzione e di integrazione dei servizi, e quanto l'attuale modo di produzione neoliberista, che deprime e consuma le risorse comuni, pone enormi questioni di iniquità e disuguaglianze. Distanziati dal completo *lockdown*, la pandemia ci avrebbe dovuto rendere consapevoli di quanto la nostra salute individuale sia imprescindibile da quella collettiva, e che solo nell'economia del comune possiamo produrre rilevanti effetti esterni. In tal senso, come sostiene da sempre Nerina Dirindin, un sistema sanitario non può dirsi eccellente se anche una sola delle sue articolazioni fondamentali resta indietro, al massimo può soltanto vantare un'eccellenza parziale².

2. La sanità italiana tra problemi e rinvii sul che fare

In uno scenario internazionale profondamente segnato dalle incertezze e dalla grande onda della recessione globale, l'economia italiana raggiunge nel 2019 il traguardo dello 0,3% di crescita reale del Pil (5) (le prospettive per il 2020 indicate nella NadeF 2019 indicavano una crescita dello 0,6%). La spesa sanitaria pubblica ammonta nel 2019 a 115.448 mln, il 6,5% del Pil, contro il 7,5% nel Regno Unito, il 9,3% in Francia, il 9,5% in Germania (6). Rispetto ai valori tendenziali previsti nei precedenti Def, in 10 anni il settore ha realizzato economie di spesa pari a circa 21 mld. Dopo anni di decrescita in valori assoluti, dal 2016 una lenta ripresa caratterizza la spesa sanitaria, senza tuttavia riuscire a recuperare quote di Pil (tab. 1). Nel merito della composizione della spesa (tab. 2), la copertura è sempre più dipendente dai trasferimenti dal bilancio dello Stato a titolo di compartecipazione Iva e sempre meno dalla capacità fiscale delle regioni; le entrate da ticket per la specialistica ambulatoriale sono aumentate al centro nord e si sono ridotte a sud, dove ha prevalso l'effetto sostituzione verso i privati a causa del *superticket*. Nonostante il riavvio dei rinnovi contrattuali, la spesa per il personale è ancora inferiore a quella registrata nel 2010 con perdite significative nelle regioni in piano di rientro; l'innovazione tecnologica di farmaci e dispositivi medici è sempre più causa di forti tensioni per il controllo della spesa, malgrado gli sforzi della *spending review* per il contenimento dei prezzi dei beni e servizi acquistati sul mercato³; nondimeno, a fronte di una forte contrazione dell'offerta ospedaliera pubblica, le

² In Lombardia, la sub ottimizzazione nell'allocazione delle risorse (con l'ospedale ipertrofico a scapito del resto del Ssr) ha fatto sì che il peso dell'epidemia si riversasse inevitabilmente sull'assistenza ospedaliera, dove in assenza di cura e di preparedness si verificano gli altrettanto inevitabili eventi di super-diffusione aggravati dalla mancata protezione delle fasce anziane che genera un circolo vizioso gravando sull'ospedale con numerosi casi di malattia severa.

³ La crescita più contenuta degli acquisti di beni e servizi per il 2019 beneficia della liquidazione dei contenzioni payback 2013-2017 portati in detrazione dalla spesa per i farmaci (7).

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Δ 10-14	Δ 15-19
Previsione tendenziale DEF (anno di rif)	114,962	114,836	114,497	111,108	111,474	111,289	113,376	114,138	115,818	118,061		
Risultati DEF 2020	113,131	112,255	110,461	109,614	110,961	110,014	110,977	112,185	113,869	115,448		
<i>Variazioni annue</i>		-0,8%	-1,6%	-0,8%	1,2%	-0,9%	0,9%	1,1%	1,5%	1,4%	-0,5%	0,8%
<i>% Pil</i>	7,0%	6,8%	6,8%	6,8%	6,8%	6,6%	6,5%	6,5%	6,4%	6,5%		
Risparmi di spesa	1,831	2,581	4,036	1,494	0,513	1,275	2,399	1,953	1,949	2,613		
Finanziamento SSN	105,398	106,905	107,961	107,005	109,928	109,715	111,002	112,577	113,405	114,474		
<i>Variazioni annue</i>		1,4%	1,0%	-0,9%	2,7%	-0,2%	1,2%	1,4%	0,7%	0,9%	1,1%	0,8%
<i>% Pil</i>	6,5%	6,5%	6,6%	6,6%	6,8%	6,6%	6,5%	6,5%	6,4%	6,4%		
Spesa corrente primaria al netto della sanità	554,919	557,629	564,730	577,359	583,636	587,479	599,281	602,365	619,863	633,893		
<i>Variazioni annue</i>		0,5%	1,3%	2,2%	1,1%	0,7%	2,0%	0,5%	2,9%	2,3%	1,3%	1,7%
<i>% Pil</i>	34,4%	33,8%	34,8%	35,8%	35,9%	35,5%	35,3%	34,7%	35,1%	35,5%		
PIL (DEF2020)	1.611,279	1.648,756	1.624,359	1.612,751	1.627,406	1.655,355	1.695,787	1.736,593	1.766,168	1.787,664		
<i>Variazioni annue</i>		2,3%	-1,5%	-0,7%	0,9%	1,7%	2,4%	2,4%	1,7%	1,2%	0,3%	1,9%

Tab.1 - Risultati di finanza sanitaria nei DEF 2010-2020 (mdl di euro)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
RICAVI	111.234	113.795	116.674	115.547	116.926	116.271	117.917	119.912	121.727	122.692
di cui finanziamento (1)	109.135	111.548	114.547	113.233	114.484	113.909	115.628	117.524	118.964	120.210
Regioni	110.671	113.154	116.027	114.955	116.293	115.618	117.264	119.259	121.074	122.063
di cui finanziamento (1)	108.373	110.907	113.900	112.641	113.851	113.256	114.975	116.871	118.311	119.581
IRAP add.IRPEF	36.874	38.134	39.902	37.466	35.575	30.190	30.649	29.322	29.462	30.438
FSN - Iva e accise	53.498	53.803	52.969	54.145	56.875	63.031	63.786	65.458	66.089	66.139
Riparto quota premiale 0,30% - quota riequilibrio				430	1.924	274	278	281	284	286
FSN - Quote vincolate	4.212	4.002	4.004	4.207	4.336	4.433	4.564	5.469	5.643	5.550
Ulteriori trasf. da pubblico e privato	10.995	10.752	12.176	11.531	10.739	10.720	11.039	11.496	11.727	12.048
Entrate proprie	2.994	3.115	3.302	3.225	3.123	3.088	3.089	3.046	3.279	3.339
Ricavi intramoenia	1.158	1.158	1.124	1.056	1.047	1.021	1.025	1.002	1.031	1.039
Ricavi straordinari	941	1.088	1.002	1.203	1.325	1.313	1.231	1.350	1.475	1.088
Costi capitalizzati		1.101	1.487	1.559	1.732	1.801	1.864	1.911	1.976	1.990
Rivalutazioni			1	3	2	2	5	6	2	1
Rettifiche e utilizzo fondi			59	130	-386	-255	-266	-82	107	144
<i>Altre rettifiche ricavi (1)</i>				53	68	27	29	31	256	354
<i>Altri enti</i>	563	641	647	592	633	653	653	653	653	630
COSTI	113.428	115.057	116.091	115.214	116.701	116.940	118.193	120.066	121.837	122.754
di cui Spesa (2)	111.330	112.811	113.964	112.900	114.259	114.578	115.904	117.678	119.074	120.272
Regioni	112.866	114.416	115.444	114.622	116.069	116.287	117.540	119.413	121.184	122.125
di cui Spesa (2)	110.767	112.170	113.317	112.308	113.626	113.925	115.251	117.025	118.421	119.643
<i>Servizi a gestione diretta</i>	71.686	74.156	75.890	75.126	76.534	76.581	77.669	79.697	81.118	81.351
Personale	36.674	36.101	35.585	35.090	34.779	34.608	34.330	34.296	34.802	35.206
Beni e servizi	33.103	34.423	35.620	35.717	37.342	37.950	39.234	41.433	42.527	42.390
Costi intramoenia	1.100	1.080	929	847	837	801	799	781	795	788
Costi straordinari e var. rimanenze	809	999	1.053	825	928	661	777	705	523	564
Ammortamenti		1.553	2.559	2.502	2.528	2.452	2.392	2.378	2.392	2.379
Svalutazioni			145	146	121	110	138	103	80	24
<i>Assistenza in convenzione</i>	40.984	40.058	39.352	39.263	39.301	39.462	39.641	39.476	39.829	40.517
Medicina generale	6.541	6.626	6.647	6.609	6.614	6.619	6.633	6.637	6.642	6.640
Farmaceutica	10.913	9.862	8.891	8.616	8.390	8.235	8.100	7.592	7.553	7.554
Ospedaliera	8.849	8.641	8.525	8.538	8.712	8.757	8.697	8.710	8.804	9.100
Specialistica	4.504	4.668	4.755	4.679	4.572	4.553	4.622	4.702	4.792	4.887
Altra assistenza (3)	10.177	10.261	10.533	10.821	11.013	11.298	11.590	11.835	12.039	12.336
<i>Rettifiche costi (2)</i>				157	140	41	42	44	344	450
<i>Mobilità vs B. Gesù</i>	161	167	166	193	195	206	192	192	192	217
<i>Mobilità vs Smom</i>	35	35	36	39	40	37	37	49	44	40
<i>Saldo Mobilità internazionale (2)</i>				105	72	14	13	14	89	97
<i>Altri enti</i>	563	641	647	592	633	653	653	653	653	630
DISAVANZO/AVANZO (presunto)	-2.194	-1.262	583	333	224	-669	-276	-154	-110	-62
PIL	1.611.279	1.648.756	1.624.359	1.612.751	1.627.406	1.655.355	1.695.787	1.736.593	1.766.168	1.787.664
<i>Inc. % finanziamento sul PIL</i>	6,77	6,77	7,05	7,02	7,03	6,88	6,82	6,77	6,74	6,72
<i>Inc. % spesa sul PIL</i>	6,91	6,84	7,02	7,00	7,02	6,92	6,83	6,78	6,74	6,73
<i>Inc. % disavanzo sul PIL</i>	0,14	0,08	-0,04	-0,02	-0,01	0,04	0,02	0,01	0,01	0,00

Tab.2 - Gestione del SSN. Anni 2010-19 (mdl di euro)

Fonte: Ns. elaborazioni su conti economici del Ministero della Salute aggiornati al 25 maggio 2020

- (1) Il Finanziamentodel SSN non ricomprende i ricavi della gestione straordinaria, dell'intramoenia, le rivalutazioni e le altre rettifiche dei ricavi;
- (2) La spesa del SSN sconta dai costi delle sole funzioni assistenziali con i saldi della gestione straordinaria, dell'intamoenia, delle rival/ svalut e delle rettifiche dei costi e aggiunge il saldo della mobilità internazionale;
- (3) Include riabilitativa e integrativa;

componenti più dinamiche della spesa sono associate alle prestazioni fornite dai privati accreditati (specialistica, riabilitativa, integrativa, lungodegenza, Rsa etc.).

D'altra parte, le politiche per riassorbire gli squilibri e contenere i deficit (con tagli alla spesa e penalizzazioni sulla leva fiscale locale) hanno fatto emergere criticità crescenti sulla qualità delle cure tra le diverse aree del Paese. Nel merito del complesso sistema di monitoraggio centrale, mentre le regioni in piano di rientro sono sottoposte ad un controllo puntuale sui vincoli alla ri-programmazione della rete dei servizi offerti, ciò non vale per regioni in equilibrio economico finanziario, libere di strutturare l'allocazione delle risorse come meglio credono sul proprio territorio di competenza (8). Si tratta di una grave carenza nelle regole concertate della leale collaborazione tra lo Stato e le regioni per un servizio sanitario che ha la pretesa di definirsi nazionale, ma che in realtà ha accentuato le differenze del regionalismo che da sempre lo caratterizzano.

La XVIII legislatura si è aperta inserendo nell'agenda politica una lunga lista di priorità (9-10), cumulate a causa della reiterata politica del rinvio sul "che fare": dalle mancate valutazioni costo-efficacia nella governance farmaceutica, all'appropriatezza dei percorsi di cura nella gestione delle liste di attesa; dalla battaglia ormai storica per l'eliminazione del *superticket* fino alle necessità di monitorare con trasparenza i fondi integrativi favoriti fiscalmente; dalla riorganizzazione dei piani di rientro regionali per la tutela dei Lea alla mancata attivazione di quelli aziendali; senza tralasciare in generale la riduzione degli investimenti per la messa in sicurezza del patrimonio edilizio e per il rinnovo del parco tecnologico.

Tra i numerosi problemi da affrontare, in cima alla classifica si colloca però la (ritardata) approvazione della metodologia per la determinazione dei fabbisogni ospedalieri e l'avvio di quella per il fabbisogno dei servizi territoriali, in un SSN dove progressivamente sono peggiorate le condizioni di lavoro in termini di orari, remunerazione, *burn-out*, contenziosi legali. Dal 2010 al 2017 il SSN, in particolare nelle regioni in piano di rientro, ha perso oltre 45 mila posti di lavoro, inclusivi di oltre 19 mila unità tra medici e infermieri⁴, mentre le nuove assunzioni stanno procedendo per sanatorie o con procedure di emergenza senza una reale programmazione dei bisogni. Al riguardo, per garantire continuità ai servizi, il nuovo Patto 2019-22 prevede di allentare i tetti per le assunzioni, ammettere l'utilizzo temporaneo delle graduatorie esistenti per i concorsi già svolti, di concedere agli specializzandi al terzo anno la partecipazione ai nuovi concorsi, estendere la permanenza volontaria in servizio della dirigenza fino ai 70 anni.

Collegata ai fabbisogni del personale sta la necessità di ridefinire l'offerta formativa, incrementare le borse per gli specializzandi e riorganizzare i percorsi per i medici di medi-

⁴ Le differenze tra l'annuario statistico del 2017 e quello del 2010 indicano 45.552 unità, di cui 42.261 dipendenti del Ssn (inclusivi di 6.348 medici e 10.373 infermieri in meno, solo parzialmente compensati da personale precario), e 2.661 tra medici di base, pediatri di libera scelta e guardie mediche.

cina generale (mancanti di una specializzazione che altrove esiste), come riaffermato nel nuovo Patto.

La drastica cura dei posti letto⁵, accelerata con il D.M. 70/15, ne ha tagliati dal 2010 al 2018 oltre 32.700 (di cui oltre 24 mila in degenza ordinaria): una riduzione del 16% dei posti letto pubblici e del 6% di quelli privati. Con una numerosità inferiore alla media OCSE⁶, il costo medio per posto letto in Italia risulta essere abbastanza elevato (11) seppure presenta un maggior mix di complessità (12).

La grande operazione di deospedalizzazione e la recente ridefinizione dei percorsi nei nuovi Lea, spostando sul *day hospital e day surgery* molte prestazioni precedentemente erogate in degenza ordinaria⁷, sono state finalizzate a risparmiare risorse da investire nel rafforzamento dell'assistenza territoriale, quale percorso più appropriato e sostenibile per la gestione integrata⁸ delle cronicità associate alla transizione epidemiologica. Il contesto si è invece caratterizzato per le politiche di austerità⁹ fatte ricadere sulla spesa sanitaria pubblica per il rispetto del vincolo esterno di bilancio. In un difficile equilibrio tra la richiesta di risparmi immediati e gli sforzi per contenere la spesa, la stessa prospettiva della riorganizzazione delle cure territoriali in senso sostenibile è stata compromessa, a fronte di un mercato che ha continuato ad occupare sempre maggior spazio tra la scarsità delle risorse disponibili (13).

L'assenza del territorio (e l'abbandono della cultura dei distretti che aveva caratterizzato la sanità italiana prima delle riforme in senso aziendalista) insieme all'intasamento dei servizi di emergenza (si direbbe ordinariamente nelle fasi invernali) hanno rappresentato il vero tallone di Achille del nostro SSN, là dove la crisi pandemica è stata affrontata prevalentemente negli ospedali divenuti luoghi di diffusione di virus. Il prezzo pagato in termini di vite umane è tra i più elevati al mondo e ancor più gravi sono i costi e le responsabilità ultradecennali nell'aver disinvestito sulla prevenzione lasciando i nostri operatori sanitari a mani nude nella lotta contro un nemico non propriamente inatteso.

3. Cambio di governo e manovra di bilancio

Tra le danze della calda estate del 2019 si è consumata definitivamente la crisi del primo governo della XVIII legislatura.

⁵ L'Italia ha 3,2 pl x 1000 ab contro 8 pl in Germania, 6 pl in Francia, 3 pl in Spagna, 2,5 pl in Uk (6).

⁶ Opendata del Ministero della Salute: <http://www.dati.salute.gov.it/dati/homeDataset.jsp>

⁷ Il nuovo nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche, di cui è pronto da tempo il d.m., non è ancora stato approvato. In sua assenza i nuovi Lea non entrano a regime in tutte le regioni.

⁸ Gli indicatori dell'Adi sono migliorati ma presentano forti disomogeneità: solo Veneto, Emilia e Toscana riescono ad assistere 1 anziano su 10; d'altra parte sono cresciute a ritmi sostenuti le Rsa (+18% nel periodo 2010-2017), fortemente concentrate nel nord [Annuario statistico del Ssn - anni 2010 e 2017].

⁹ Il concorso al riequilibrio della finanza pubblica delle regioni è stato principalmente caricato sulla sanità (nelle Rsa per il 2020 vale 7 mld su 8,7 mld).

Con il cambio di maggioranza, tra i precari vincoli della nuova manovra di bilancio, il dicastero della salute conferma le risorse promesse nella precedente manovra (9): +2 mld per il 2020 e +3,5 mld per il 2021 rispetto al livello del 2019 (114,5 mld). La sottoscrizione del Patto per la salute 2019-2020 è avvenuta il 18 dicembre 2019, concedendo il via libera allo svincolo degli incrementi del FSN.

Nel nuovo Patto è stata reinserita la lunga lista delle priorità che la politica del rinvio ha lasciato indietro per scarsità di risorse. Per i LEA, oltre alla (ancora mancante) approvazione dei nuovi tariffari, l'attenzione cade sui percorsi di miglioramento della qualità delle prestazioni da monitorare attraverso il Nuovo sistema di garanzia¹⁰, rafforzando il ruolo centrale del Comitato LEA nel rilevare le criticità all'interno delle macro-aree e impegnando le regioni a correggerle entro le compatibilità economico-finanziarie e la sostenibilità del sistema. Da qui la sottoscrizione di piani di potenziamento dei LEA con percorsi simili a quelli dei piani di rientro dal deficit¹¹ e le cui inadempienze conducono fino al commissariamento. Strettamente connessa alla sostenibilità del sistema è la riorganizzazione dell'assistenza territoriale integrando attività di prevenzione e presa in carico della cronicità.

Ci sono poi tra le 17 schede del nuovo Patto: il riesame del D.M. 70/15 per la riconfigurazione degli ospedali nelle piccole regioni; la riforma delle agenzie nazionali AIFA e AGENAS e dell'ISS, per eliminare la sovrapposizione di funzioni; gli investimenti¹², inseguendo la semplificazione dell'iter amministrativo per la conclusione degli accordi di programma; i fondi sanitari integrativi, su cui è necessario potenziare la vigilanza e ricercare la trasparenza. La lista della riorganizzazione dei flussi informativi è lunga: per la correzione della mobilità sud-nord determinata da carenze organizzative (di qualità e quantità) nell'offerta delle prestazioni sanitarie regionali; per i modelli previsionali della salute della popolazione; per i dispositivi medici impiantabili; per la valutazione dell'appropriato ricorso agli erogatori privati. Addirittura, il nuovo Patto nella sezione prevenzione re-inserisce la "salute in tutte le politiche" considerando anche le tematiche ambientali (ma senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica).

Tra gli elenchi e i rinvii la manovra di bilancio 2020 si porta intanto a casa dal 1° settembre 2020 l'abolizione del superticket sulle prestazioni specialistiche (i 10 euro della l.

¹⁰ Approvato con il d.m. 12 marzo 2019 è in vigore dal 2020.

¹¹ Nel merito, il Patto per la salute introduce un meccanismo di allerta che scatta qualora il disavanzo superi il 3% del finanziamento ordinario.

¹² La ricognizione del Ministero della salute sullo stato del patrimonio sanitario pubblico fatta nel 2018 e inserita nel nuovo Patto, ha stimato il nuovo fabbisogno per interventi infrastrutturali in 32,1 mld (di cui 12,4 per la messa in sicurezza antisismica), e il fabbisogno per ammodernamento tecnologico in 1,5 mld (di cui 1,1 mld per macchinari obsoleti da sostituire)(6). La legge di bilancio 2020 ha rifinanziato per il periodo 2022-2032 gli investimenti per il patrimonio edilizio e tecnologico con ulteriori 2 mld, facendo arrivare a 30 mld le somme complessivamente finanziate ex art. 20 l. 67/88.

296/06 o equivalentemente le misure alternative adottate dalle regioni), facendo incrementare il FSN di ulteriori 185 mln nel 2020 e 554 mln a decorrere dal 2021. Giunge così a termine la lunga battaglia contro la geografia variabile della compartecipazione alla spesa e lo spiazzamento dei servizi pubblici da parte del mercato privato, in attesa della sempre rinviata revisione complessiva del sistema in base al costo della prestazione e al reddito familiare equivalente, alla ricerca di una maggiore equità¹³.

Sul piano delle risorse capitali, con l'obiettivo di internalizzare negli ambulatori dei medici base alcune prestazioni sanitarie per la gestione delle cronicità e ridurre la pressione sulle liste di attesa, sono stati finalizzati tra le risorse capitali 235,8 mln per l'acquisto da parte del Ssn di attrezzature per lo svolgimento della telemedicina.

Diverse le disposizioni previste dal nuovo Patto per la salute che impattano sulle risorse già disponibili a legislazione vigente: la formazione degli specializzandi; l'estensione della sperimentazione della farmacia dei servizi in 9 regioni¹⁴; il differimento dei termini a fine 2022 per la stabilizzazione dei precari prevista dal d.lgs. 75/17.

Infine, il d.l. fiscale 124/19 che accompagna la legge di bilancio, è intervenuto per la sanità nuovamente sullo sblocco del personale elevando, nel triennio 2019-2021, l'incremento annuo della spesa del personale dal 5%¹⁵ al 10% sempre entro il limite dell'incremento regionale del Fsn, con un'ulteriore flessibilità del 5% dietro valutazione dei bisogni da parte del Mef in caso di riduzione strutturale dei servizi esternalizzati. Ha inoltre abrogato la misura della *spending review* del 2012 che aveva obbligato ad inserire nei contratti per gli acquisti delle prestazioni specialistiche e ospedaliere da privati accreditati una riduzione del 2% rispetto alla spesa del 2011¹⁶. Misure queste che ricadono in termini di copertura sugli incrementi complessivi del Fsn a legislazione vigente.

4. L'insostenibile incertezza dell'economia e della finanza pubblica

Le aspettative razionali del mondo dell'economia e della finanza sono esplose e l'incertezza, che attraversa ordinariamente il mondo della salute, con la potenza di un virus travolge gli scenari delle previsioni macroeconomiche: il 2020 sarà l'anno della più grande

¹³ La legge di bilancio 2020 ha escluso dalla detraibilità delle spese fiscali al 19% totalmente i contribuenti con redditi superiori a 240 mila euro e parzialmente quelli con redditi compresi tra i 120 e 240 mila euro. Oltre due terzi delle spese detraibili sono riferibili alle spese sanitarie (16,7 mld su 23,5 mld di spesa intermediata per un ammontare di detrazioni di 3 mld). L'esclusione totale e parziale interessa lo 0,7% dei contribuenti e il recupero di imposta ammonterebbe a 63,8 mln (14).

¹⁴ La farmacia dei servizi di comunità è stata introdotta dalla legge di bilancio del 2018: le nuove disposizioni per il 2020 aggiungono un servizio di collaborazione tra Mmg e farmacisti per l'accesso personalizzato ai farmaci dei pazienti cronici.

¹⁵ Il decreto Calabria (d.l. 35/19) ha sbloccato il turnover introducendo il nuovo vincolo di spesa entro il 5% annuo dell'incremento regionale del Fsn.

¹⁶ La spesa del 2011 resta l'unico parametro di riferimento.

31-gen-20	Il governo dichiara lo stato di emergenza
23-feb-20	Il d.l. 6/20 chiude i primi comuni lombardi e veneti interessati dai focolai con la sospensione di tutte le attività produttive ad eccezione di quelle dichiarate di prima necessità
01-mar-20	Dal 1 marzo la zona rossa viene estesa e vengono prese le prime misure di contenimento e restrizione della mobilità su tutto il territorio nazionale.
02-mar-20	Il d.l. 9/20 attiva le prime misure di sostegno del reddito.
04-mar-20	Il 4 marzo si decreta la sospensione dell'attività didattica in scuole e università fino al 15 marzo.
08-mar-20	L'8 marzo in tutta la Lombardia e altre 14 province di Veneto, Emilia Romagna, Piemonte e Marche sono vietati gli spostamenti interregionali in entrata e uscita, annullati gli eventi pubblici, limitati orari di apertura di bar e ristoranti, viene prolungata la chiusura di scuole e università.
09-mar-20	Il 9 Marzo la chiusura è totale su tutto il territorio nazionale, vietando ogni forma di assembramento in luoghi pubblici o aperti al pubblico; lo stesso giorno il d.l. 14/20 introduce le misure di potenziamento del Ssn.
11-mar-20	L'11 marzo vengono dettagliate le attività di prima necessità non soggette al lockdown.
17-mar-20	Il 17 marzo è la volta del d.l. 18/20 cura Italia che assorbe i precedenti decreti 9 e 14 e potenzia ulteriormente il SSN.
22-mar-20	dal 22 marzo sospesa l'intera catena produttiva; le restrizioni sono via via crescenti, si attivano le task force di medici e infermieri provenienti da tutta Italia per le zone critiche. A più riprese si proroga il lockdown: dapprima al 3 aprile; poi al 13 aprile; e successivamente al 3 maggio
04-mag-20	Inizio fase 2
03-giu-20	Inizio fase 3

Fonte: ns elaborazioni su documenti di finanza pubblica

Tab. 3 - Principali decreti del lockdown

recessione globale dai tempi del 1929, ad annunciarlo è il FMI¹⁷. Il nemico inatteso inaugura il nuovo anno bloccando la catena del valore globale dei flussi reali dell'economia che dalla Cina si diramano in ogni angolo del mondo. Arriva dalla provincia dell'Huabei, è veloce, viaggia in *business class*, fa scalo come prima tappa in Europa, e pian piano si diffonde nel lodigiano fino ad essere identificato a Codogno, nel cuore produttivo e urbanizzato del nostro paese.

Il 31 gennaio il governo italiano attivando lo stato di emergenza per 6 mesi¹⁸, stanZIA i primi fondi urgenti per i controlli aeroportuali e istituisce presso il Ministero della salute la *task force* per le azioni di controllo e rispondenza alle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). A febbraio la diffusione della Sars-CoV2 nel territorio italiano è già in stato avanzato. Il caos sul "che fare?" a partire dai primi argini ai focolai regna tra le autonomie regionali.

La tanto decantata eccellente sanità lombarda, tutta costruita su aziende ospedaliere pubbliche e private in competizione tra loro¹⁹, sprovvista di un sistema efficace di cure primarie e incapace di costruire tempestivamente percorsi puliti in ambiente ospedaliero,

¹⁷ Il World Economic Outlook del Fmi stima tra i 4 e gli 8 punti percentuali. Nelle previsioni di primavera La Ce stima una contrazione del 7,5% per l'Europa.

¹⁸ Il 23 gennaio il governo cinese ordina il lockdown di Wuhan.

¹⁹ Sin dalla riforma Amato-De Lorenzo la metà delle Ao italiane è concentrata in Lombardia (27 su 54). Dal 2015 la regione sta sperimentando la riforma della L.R. 23/2015 che ha riorganizzato le 15 ex Asl in 8 Ats (Agenzie di tutela della salute in seno alla regione) con funzioni di programmazione, separate dalle 27 Asst (ex Aziende ospedaliere) con funzioni gestionali. In sostanza i distretti sono stati incorporati nelle ex Ao. Il ritardo nella definizione delle Ats ha comportato la ridefinizione degli equilibri all'interno delle Asst a svantaggio dei distretti che sono divenuti enormi e hanno perso la funzione di coordinamento dei servizi (15-16).

diventa il principale canale di trasmissione dell'epidemia.

Il governo italiano, consapevole dei punti deboli del nostro Ssn (depauperato nel tempo dalle risorse, fortemente differenziato da regione a regione, invaso dagli interessi di mercato e impreparato a gestire una pandemia), si è subito allineato al modello cinese con il *lockdown* in tutto il territorio nazionale anticipando di 2 giorni l'Oms che l'11 marzo ha dichiarato ufficialmente lo stato di pandemia Covid-19 (tab.3).

La governance dell'epidemia, espressione massima dei fallimenti di mercato, viene fatta rientrare nella gestione dell'economia del comune e le esternalità positive prodotte dal distanziamento sociale rappresentano per il nostro precario Ssn, diffusamente debole nell'organizzazione di percorsi puliti territoriali e ospedalieri, l'unica arma capace di produrre sufficienti effetti esterni per massimizzare i benefici sociali cercando al contempo di minimizzare le perdite in termini di vite umane e ricoveri ospedalieri. Da qui la responsabilità di affrontare l'epidemia nell'assetto coercitivo della salute pubblica assunta come interesse collettivo superiore, travalicando i confini della corrispondenza fiscale sia all'interno del nostro paese (perdono di senso misure di governance autonoma delle regioni), sia al di fuori dei confini nazionali (dove diventa prioritario fare i conti con gli enormi costi economici causati dallo shock sulla domanda e sulla produzione).

Alla ricerca della stabilizzazione dei mercati, in linea con le azioni delle principali autorità di governo dell'economia e della finanza globale, il braccio monetario dell'Europa ripercorre il sentiero del *whatever it takes* del precedente governatore della Banca centrale europea (Bce) immettendo liquidità nel sistema per 1.300 mld²⁰. Ma la potenza del virus è tale da smuovere nella governance europea anche il braccio fiscale (da sempre mancante) per il sostegno della domanda e della produzione (18). Su proposta della Commissione Europea (Ce) il 23 marzo ECOFIN autorizza il ricorso alla *General Escape Clause Covid-19* che sospende il Patto di stabilità e crescita per i paesi membri, permettendo ai paesi di indebitarsi. Lo stato di eccezionalità apre dunque a nuovi scenari di politica fiscale comune: il cannone di fuoco della Ce per il sostegno al reddito degli individui, l'immissione di liquidità per le imprese e la protezione dei sistemi sanitari può disporre di altrettante risorse²¹.

²⁰ Al Quantitative Easing a legislazione vigente vengono aggiunti 750 mld di acquisti titoli prevalentemente pubblici per il Pandemic Emergency Purchase Programme (PEPP). Il nuovo programma introduce una certa flessibilità negli acquisti dei titoli dei paesi membri da parte della Bce derogando alla regola della partecipazione delle banche centrali al capitale della Bce. Gli acquisti dei titoli di Stato italiani da parte della Bce potrebbero arrivare a coprire oltre il 40% delle nostre emissioni (fino a 223 mld su 550 mld previsti) (17).

²¹ Il braccio fiscale poggia su tre principali programmi vigenti (Sure, Bei e Mes) e uno in prospettiva: il futuro programma di investimenti Recovery Fund all'interno del bilancio pluriennale europeo 2021-2027, di proposta francese ma fortemente supportato dall'Italia e dalla Spagna a sostegno delle aree geografiche maggiormente colpite dalla crisi. Il Sure (Support to mitigate unemployment risks in emergency) conta 100 mld a sostegno dei redditi dei lavoratori; la Bei (Banca europea degli investi-

Tra le risorse immediatamente messe sul piatto dalla Ce per la gestione dei piani di emergenza dei sistemi sanitari riportate nel Def (5) ci sono: 2,7 mld di aiuti sanitari a supporto all'emergenza; 300 mln sono riservati al meccanismo di protezione civile europea per acquisti diretti di attrezzature mediche e sostegno agli ospedali da campo. Il *Coronavirus Response Investment Initiative* (CRII e CRII+) rende subito flessibili i fondi di coesione e sviluppo e abbuona gli 8 mld non spesi per coprire tutti i costi sanitari sostenuti dal 1 febbraio 2020 per fronteggiare la pandemia²². Estendendo l'ambito di applicazione delle grandi calamità naturali alle principali emergenze in materia di salute pubblica, all'Italia vengono riservati 800 mln dal fondo di solidarietà dell'Ue e 50 mln di aiuti di Stato per la produzione e fornitura di dispositivi medici e di protezione individuale. Ci sono poi i fondi di cui l'Ue dispone per la ricerca dei vaccini e le infrastrutture di emergenza²³.

Ormai dai rubinetti scorrono risorse e per la prima volta un arido documento di programmazione economica e di finanza pubblica quale è il Def si apre ponendo al centro la tutela della salute e delle persone fragili. Il nuovo e mutante coronavirus ha radicalmente modificato il quadro delle tendenze. Nel solco dell'incertezza il Def 2020, seguendo le linee guida europee (20), limita il suo orizzonte di stima a due anni con tanto di beneficio di inventario e senza scenario di programmazione. La congiuntura negativa nell'anno del Covid-19 si aggira tra l'8 e il 10% del Pil, il rimbalzo positivo nel 2021 tra il 4,7 e il 3,7%: una varianza che si innesta su quell'economia stagnante che dalla crisi del 2009 ad oggi ha viaggiato intorno allo zero. L'apertura dei rubinetti da parte dell'Europa è stata anticipata dall'Italia, con la prima autorizzazione del Parlamento del 5 marzo a deviare dai saldi di finanza pubblica per l'emergenza sanitaria. L'impatto dei primi provvedimenti (cura Italia, liquidità e rilancio)²⁴, dopo le rassicurazioni dell'UE²⁵, porta l'indebitamento

menti) aggiunge 25 mld ai 40 mld già disponibili per attivare finanziamenti fino a 200 mld a favore delle piccole e medie imprese; Il Mes (Meccanismo Europeo di Stabilità) dispone 240 mld di risorse riservate a titolo di Pandemic Crisis Support per il sostegno dei costi diretti e indiretti dell'emergenza sanitaria senza condizioni (di cui 36 mld di capienza massima per l'Italia); infine sul Recovery Fund saranno allocati 750 mld di eurobonds per il rilancio dell'economia e degli investimenti dei paesi maggiormente colpiti dallo shock (5, 19).

²² Il programma CRII è alimentato dai fondi di coesione e sviluppo: la Ce rinuncia a 8 mld di quote non spese per integrare i 29 mld di finanziamenti strutturali su cui si applica flessibilità nell'utilizzo. Nel periodo 2020-21 il cofinanziamento della Ce può arrivare al 100% per programmi connessi alla crisi.

²³ 48,5 mln per Horizon; 90 mln per l'Iniziativa innovazione medica con l'industria farmaceutica, 80 mln per lo sviluppo di vaccini; 5 mld di fondi Bei destinati agli investimenti in sanità per le infrastrutture di emergenza e sviluppo vaccini.

²⁴ I tre provvedimenti caricano sull'indebitamento netto 75,3 mld nel 2020 e 26,1 mld per il 2021 (di cui 19,8 per la disattivazione delle clausole di salvaguardia); in arrivo è il nuovo decreto semplificazione.

²⁵ I provvedimenti adottati per rispondere all'emergenza Covid-19 rientrano nell'ambito di applicazione della clausola generale di salvaguardia (General Escape Clause Covid-19), e poiché difficilmente quantificabili ex-ante, sono pienamente flessibili (cioè è possibile deviare dai saldi strutturali di bilancio secondo esigenze).

al 10,4% del Pil nell'anno del Covid-19 e al 5,7% per il 2021; il debito pubblico è previsto crescere rispettivamente al 155,7% (21 pp di Pil) e al 152,7%²⁶.

Per il biennio le previsioni di spesa sanitaria contenute nel Def stimano rispettivamente 119,6 e 121,1 mld e scontano, oltre alla legislazione vigente, i costi sanitari associati ai decreti d'urgenza cura Italia e liquidità ma non le nuove spese allocate nel decreto rilancio. Il futuro sentiero di rientro dai debiti non troverà posto nello spazio governato dall'incertezza dove potenziali politiche restrittive fiscali sarebbero solo controproducenti: la fase a breve richiede politiche di stabilizzazione socio-economica, ma nel medio-lungo termine saranno necessari investimenti pubblici per non morire di austerità.

Nel pacchetto di primavera la Ce (20) ci raccomanda più sostegno alla resilienza del Ssn assumendo personale ed investendo in infrastrutture essenziali per affrontare la presente e le future epidemie. Possiamo spendere fino a 36 mld dal Mes: sul "che fare?" abbiamo già discusso, il Ssn ha bisogno di prevenzione prima ancora che di cure, di meno ospedale e più cure territoriali, di riformare i percorsi formativi dei medici di base, di assumere infermieri per l'assistenza domiciliare e di riorganizzare quella spesa residenziale nelle Rsa (21) che non può essere gestita in casermoni dove le fragilità diventano merce per il profitto.

5. Le risorse nella decretazione di emergenza sanitaria Covid-19

Le risorse per potenziare la capacità di risposta del sistema sanitario nell'emergenza Covid-19 sono racchiuse nei due decreti cura Italia e rilancio (tab. 4) (19).

Il d.l. 18/20, che assorbe il precedente d.l. 14/20 del 10 marzo, stanziava oltre 3 mld su due fondi: 1.650 mln sul Fondo per emergenze nazionali; 1.410 mln a rifinanziamento del Fsn²⁷.

Il Ssn ha bisogno prima di tutto di mani e 1.010 mln sono vincolati ad accrescere rapidamente le carenze di personale con nuovi incarichi di lavoro autonomo per la durata dell'emergenza o a tempo determinato fino ad un anno (660²⁸ mln già disposti sul d.l. 14/20 cui si aggiungono 100 mln con il d.l. 18/20), oltre che con le richieste di lavoro straordinario (250 mln). È un reclutamento di massa, da distribuire sul territorio o tra le corsie degli ospedali, escluso dai vincoli sulla spesa del personale, che coinvolge specializzandi, pensionati richiamati o pensionamenti rinviabili²⁹, ma anche medici appena

²⁶ Le previsioni più recenti della Commissione Europea nel biennio indicano per l'Italia -11,1% e +5,6% in termini di indebitamento; 158,9% e 153,6% per il debito pubblico.

²⁷ Il riparto delle disponibilità tra le regioni avviene per quota di accesso al Fsn 2019. Le regioni gestiscono le risorse nel centro di costo Covid-19, monitorato dal Mef e dal Ministero della salute.

²⁸ I primi 660 mln sono stati ripartiti subito con decreto del Ragioniere generale dello Stato il 10 marzo secondo esigenze.

²⁹ Il d.l. 162/19 (milleproroghe) ha previsto per i medici la permanenza in servizio anche oltre i 40 anni di anzianità e fino a 70 anni di età, in caso di carenza di medici e fino a nuove assunzioni.

	2020	2021	2022
Finanziamento FSN LB 2020(*)	116,659	118,528	
DL 18/20 cura Italia	1,850		
Incremento FSN	1,410		
ex dl 14/18 Incarichi straordinari	0,660		
di cui Ore specialistica ambulatoriale a TD	0,006		
di cui USCA	0,104		
Lavoro straordinario	0,250		
Nuovi incarichi (lavoro autonomo e cococo)	0,100		
Accordi contrattuali per acquisto prestazioni pubb e priv TI	0,240		
Avvalimento di strutture private	0,160		
Altre misure sanità Fondo emergenze et al.	0,440		
Aree e strutture temporanee	0,050		
Produzione DPI	0,050		
Ossigenoterapia	0,005		
Impianti di ventilazione assistita	0,185		
Requisizioni di beni mobili e immobili	0,150		
DL 34/20 Rilancio	3,261	0,605	1,609
Incremento FSN	1,793	0,605	1,609
Assistenza territoriale FSN	1,257	1,246	1,246
ADI (di cui 265 mln per personale)	0,734	0,734	
USCA Infermieri	0,333	0,480	
FQA MMG per indennità personale inf	0,010		
USCA medici specialisti	0,061		
USCA Assistenti sociali	0,014		
Centrali operative (di cui 23,7 Personale)	0,073	0,033	
Requisizione immobili	0,033		
Contratti di specializzazione FSN	0,105	0,105	0,109
Assistenza ospedaliera FSN	0,431	0,372	0,372
Personale	0,431	0,347	
di cui mezzi trasporto	0,052	0,083	
di cui personale TI strutturale	0,189	0,237	
di cui rifinanziamento dl 18	0,190		
Manutenzione TI		0,025	
Assistenza ospedaliera Fondo emergenze	1,468		
Terapia intensiva	0,661	0,008	
Terapia subintensiva	0,601	0,010	
Separazione dei percorsi PS	0,193	0,007	
Mezzi soccorso	0,013	0,001	
Effetti su FSN dl 18 e dl 34	3,203	0,605	1,609
Finanziamento FSN	119,862	119,133	1,609
Scoperto FSN		1,118	0,118
<i>Per memoria</i>			
Fondo emergenze nazionali	3,150		
DL 18/20 Cura Italia	1,650		
DL 34/20 Rilancio	1,500		

Fonte: ns elaborazioni su documenti di finanza pubblica
 (*) FSN rideterminato nel Patto della salute e inclusivo dell'abolizione del superticket;

Tab. 4 - Le risorse per il SSN nella decretazione di emergenza sanitaria

laureati senza adeguata formazione³⁰ o medici stranieri con titoli non ancora riconosciuti, personale delle professioni sanitarie e operatori socio-sanitari. Tra queste somme, 104 mln sono indirizzati all'organizzazione delle Usca (Unità speciali di continuità assistenziale, una ogni 50mila ab.) per la gestione domiciliare dei pazienti Covid-19³¹.

Le restanti risorse vincolate del Fsn servono a remunerare con 240 mln l'acquisto di prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate, oltre i tetti di spesa fissati nei contratti, o anche solamente autorizzate, con l'obiettivo di potenziare del 50% la capienza dei posti letto in terapia intensiva, e del 100% di quelli in pneumologia e malattie infettive, qualora ciò non sia possibile entro gli ospedali pubblici o entro i contratti già stipulati con le strutture private accreditate. Alla requisizione in uso di strutture sanitarie private per lo svolgimento in percorsi puliti ospedalieri di prestazioni pubbliche urgenti non rinviabili sono vincolati 160 mln. Molte regioni hanno accordato al privato percentuali dei Drg chirurgici eccessivamente elevate³² che vanno dall'80% (e.g. in Umbria) all'85% (e.g. in Emilia Romagna), suscitando non pochi malumori tra il personale del Ssn che effettivamente svolge gli interventi. Per tali ragioni il d.l. 34/20 ha successivamente vincolato le erogazioni alla sanità privata ai costi effettivamente sostenuti durante l'emergenza. La decretazione d'urgenza affida al Commissario straordinario per la gestione dell'emergenza e alla Protezione civile le competenze organizzative, anche utilizzando i fondi europei, per aumentare la capienza dei posti di terapia intensiva e sub-intensiva negli ospedali o per l'acquisto, la produzione o la requisizione di dispositivi medici, strumentazioni e strutture di urgente necessità. La gestione diretta dei fondi emergenziali in contabilità speciale³³ è stata vincolata: all'acquisto urgente di circa 5.000 impianti di ventilazione assistita (185 mln già nel d.l. 14/20); alla requisizione in uso o proprietà di presidi sanitari e medico chirurgici, beni mobili di ogni genere e strutture alberghiere per le quarantene (150 mln); alla fornitura di ossigenoterapia e ricarica dei relativi presidi portatili, coinvolgendo anche la farmacia dei servizi (5 mln); alle aree sanitarie temporanee e mobili all'interno o all'esterno di strutture sanitarie o di assistenza (con 50 mln di fondi per edilizia sanitaria ex art. 20 l. 67/88 non ancora ripartiti); alla produzione di dispositivi

³⁰ Il d.l. 18/20 ha reso abilitante la laurea in medicina e chirurgia.

³¹ Nelle Usca (già previste dal d.l. 14/20) sono stati assunti inizialmente medici di continuità assistenziale o frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale o, in via residuale, i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine. Il decreto rilancio ha allargato le figure professionali coinvolte nelle Usca includendo infermieri, medici specialisti e assistenti sociali.

³² Regione Umbria, Deliberazione della giunta regionale n.277 del 16/04/2020, Allegato 1.

³³ Gli acquisti di beni fatti in contabilità speciale derogano alla legislazione ordinaria del codice dei contratti pubblici. Per essi non si applicano i controlli interni di regolarità amministrativa e contabile, né il controllo della Corte dei conti, se non per dolo. Le caratteristiche dei beni acquistati possono anche essere non conformi ai parametri standard del Ssn qualora i benefici della rapidità superano i rischi della qualità.

medici e di protezione individuale, comprese le mascherine chirurgiche in deroga ai requisiti normalmente richiesti per l'autorizzazione (50 mln)³⁴.

Durante l'emergenza sono state rinviate o sospese le attività ambulatoriali e di ricovero non urgenti, anche in intramoenia; sono state adattate alle necessità le normative sul trattamento dei dati personali; è stata rafforzata la sanità militare³⁵; sono state introdotte, in mancanza di protocolli, misure semplificate per la sperimentazione clinica in uso terapeutico compassionevole dei farmaci. Tema quest'ultimo su cui è intervenuto anche il successivo d.l. 23/20, che ha inoltre ammesso l'uso delle attrezzature radiologiche nelle aree temporanee o presso il domicilio dei pazienti. Il decreto liquidità ha peraltro svincolato le risorse per i rinnovi degli accordi collettivi nazionali 2016-18 firmati nel luglio 2019 della medicina e specialistica convenzionata.

È invece con il decreto rilancio³⁶ (d.l. 34/20) che il quadro dei futuri percorsi puliti per non farsi trovare impreparati viene meglio articolato. Il Fsn viene rifinanziato con ulteriori 1.793 mln nel 2020³⁷, cui si aggiungono 1.467 mln sul Fondo per emergenze nazionali per il piano di riorganizzazione ospedaliera delle terapie intensive. Alcuni interventi sono resi strutturali anche per gli anni a seguire potenziando il fabbisogno degli specializzandi e le assunzioni nelle terapie intensive e per l'assistenza territoriale.

Il nuovo incremento del Fsn interessa in buona parte l'assistenza territoriale (1.257 mln). L'intervento maggiore va ai distretti per la tutela prioritaria delle fragilità e cronicità a domicilio con 734 mln a regime (inclusivi di 260 mln per nuove assunzioni tra cui gli infermieri di comunità), ampliando le prestazioni in Adi a favore di oltre 380 mila nuovi assistiti.

Limitatamente alla gestione dell'emergenza, invece, le regioni devono predisporre i piani di potenziamento della sorveglianza attiva territoriale per il tracciamento dei casi attivi

³⁴ I Dpi sono forniti in via prioritari a medici e operatori sanitari. La spesa è finanziata con 25 mln di fonti correnti e 25 mln di finanziamento europeo a fondo perduto. Per la gestione dei fondi il Commissario straordinario si avvale di Invitalia spa interamente posseduta dal Mef.

³⁵ Il d.l. 18/20 ha allocato 35 mln alla sanità militare per misure di biocontenimento (compresi ospedali da campo, acquisto e produzione di disinfettanti, sistemi di trasporto aereo e terrestre, e potenziamento del ospedale Celio di Roma); i due decreti cura Italia e rilancio hanno disposto nuove assunzioni di personale nella sanità militare complessivamente per 104 mln e 16 mln nel biennio 2020-21.

³⁶ Il decreto rilancio stanza per le regioni due fondi: il Fondo per l'esercizio delle funzioni in materia di sanità, assistenza e istruzione (1,5 mld) e il Fondo di liquidità per il pagamento dei debiti commerciali maturati alla data del 31 dicembre 2019 dagli Enti territoriali (fino a 12 mld di cui 4 mld per il Ssn). Queste nuove anticipazioni di liquidità (dopo quelle del 2013-14) da restituire in rate trentennali rendono evidente che il problema dei ritardi nei pagamenti, benché migliorati, permane. Inoltre, il d.l. 34/20 eleva per gli anni 2019 e 2020 le anticipazioni per cassa nel riparto del Fsn - quota indistinta fino al 99% ovvero al 99,5% per le regioni adempienti nell'ultimo triennio - e d'altra parte le regioni devono garantire entro la fine del 2020 il trasferimento del 100% delle risorse alle aziende sanitarie.

³⁷ Il riparto avviene per quota di accesso al Fsn del 2020, e trattandosi sempre di risorse vincolate, confluisce nel centro di costo Covid-19.

e dei loro contatti, per la presa in carico dei pazienti in isolamento non ospedalizzati e per il monitoraggio delle RSA³⁸. Le regioni devono inoltre costituire reti di laboratori di microbiologia per aumentare prontamente la capacità produttiva di fare tamponi.

Le USCA con il decreto rilancio possono avvalersi di nuovi incarichi temporanei per tutto il 2020, a partire dal reclutamento di circa 9.600 infermieri³⁹ (8 infermieri ogni 50 mila ab. cui sono riservati 333 mln nel 2020), di medici specialisti convenzionati (61 mln) e assistenti sociali (14 mln per 600 unità). Per il 2021 sono invece previste assunzioni permanenti di personale infermieristico con una disponibilità di 480 mln. Alle centrali operative regionali che si occupano di coordinare tutti gli interventi sanitari e socio-sanitari con funzioni di raccordo dei servizi di urgenza-emergenza vanno 73 mln nel 2020 e 33 mln nel 2021. Infine, oltre le requisizioni di strutture alberghiere precedentemente disciplinate è possibile ricorrere ai più semplici contratti di locazione di appartamenti per l'isolamento e la sorveglianza dei contagiati che non possono permanere presso il proprio domicilio (32 mln).

Il d.l. 34/20 incrementa il Fsn per il fabbisogno di nuovi contratti di specializzazione con 105 mln per gli anni 2020-21 e 109,2 mln per il triennio successivo. Per effetto di questo ulteriore intervento le borse di studio dovrebbero arrivare a coprire circa 13.400 specializzandi⁴⁰. Vengono peraltro accantonati 20 mln annui dal 2021 tra le risorse a legislazione vigente del Fsn per incrementare le borse dei futuri Mmg.

Sempre a carico del Fsn sono le nuove spese per le assunzioni di personale (in particolare anestesisti) nelle terapie intensive e per i mezzi di soccorso con 241 mln nel 2020 e 347 mln a regime dal 2021. Cade sul Fsn del 2020 anche il rifinanziamento mln per gli straordinari (190 mln) e sul Fsn del 2021 la manutenzione delle strumentazioni di terapia intensiva e dei mezzi di trasporto sanitari (25 mln).

Il potenziamento dell'assistenza ospedaliera cui sono riservati 1.467 mln è invece a carico dei fondi emergenziali del Commissario straordinario trasferiti alle regioni solo a seguito dell'approvazione dei piani di riordino per affrontare in maniera flessibile e con una adeguata logistica possibili risalite della curva pandemica. Tali fondi coprono: l'incremento permanente di 3.500 pl di terapia intensiva (Ti)⁴¹ per garantire a regime 0,14 pl x 1.000 ab. (661 mln⁴²); la riqualificazione di 4.225 pl di terapia semi-intensiva, precedentemente classificati in area medica, di cui la metà facilmente riconvertibili in pl di Ti secondo necessità (601

³⁸ È prevista la predisposizione di linee guida per la prevenzione, monitoraggio e gestione dell'emergenza sanitaria nelle Rsa, garantendo la sicurezza di personale e ospiti.

³⁹ Il Fondo per la qualità dell'assistenza (quota variabile della retribuzione dei Mmg) è stato incrementato di 10 mln per finanziare l'indennità di personale infermieristico.

⁴⁰ Le borse ammontavano a 6934 nel 2018; poi incrementate a 8920 nel 2019; e a 9200 per il 2020.

⁴¹ Da notare che i pl di Ti sono aumentati da 4.659 nel 2010 a 5.184 nel 2018 (+505 pl); mentre si sono ridotti quelli di altre discipline e in particolare i pl di pneumologia (-444) e di malattie infettive (-636).

⁴² Comprendono 54 mln vincolati alle strutture di Ti movimentabili per un massimo di 300 pl.

mln); gli interventi strutturali nei pronto soccorso per la separazione dei percorsi di accesso dei pazienti potenzialmente contagiosi (193 mln); l'acquisto di nuovi mezzi di soccorso specificamente attrezzati per i pazienti contagiosi (13 mln). Per il 2021 il costo complessivo di tutti questi interventi sui fondi emergenziali si riduce a 25 mln.

In conclusione, il Ssn nell'anno del coronavirus è stato finora finanziato con 5,1 mld sommando gli interventi del Cura Italia al decreto rilancio. Per buona parte i nuovi interventi a regime restano scoperti in quanto i rifinanziamenti del Fsn per il prossimo biennio ammontano rispettivamente a 605 mln e 1.609 mln (per il 2022 il Fsn non è stato peraltro ancora ridefinito) e risultano inferiori ai costi programmati pari a 1,7 mld. Complessivamente si tratta di interventi flessibili e/o strutturali che possono garantire un miglioramento della qualità dei servizi. Tuttavia, in mancanza di future coperture, tali spese ricadranno sulle risorse a legislazione vigente confermate nella legge di bilancio per il 2020.

6. Dentro la pandemia le contraddizioni di sistema

Il 31 dicembre 2019 la sezione cinese dell'Oms è stata informata della presenza di strane polmoniti dall'eziologia sconosciuta (22). Il 9 gennaio 2020 l'Oms rende noto l'isolamento in Cina di un nuovo ceppo di coronavirus, classificato come Sars-CoV2, associato ad un focolaio di polmoniti nella città di Whuan. Il 30 gennaio il nuovo coronavirus viene dichiarato un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale, tale da richiedere una risposta coordinata tra tutti gli Stati, come previsto dal regolamento sanitario internazionale (23). Il 1 febbraio l'Oms sottolinea nel *situation report* n.12 (24) che in via prioritaria la trasmissione del virus avviene tramite contatti con casi sintomatici (e pauci-sintomatici), seppure si è a conoscenza della possibilità (molto rara e incerta) di trasmissione da parte di persone asintomatiche. Il 13 marzo l'Oms dichiara l'Europa l'epicentro della pandemia. Verso la fine di marzo l'epicentro si è già spostato oltreoceano, a New York.

Alla data in cui scriviamo siamo arrivati al 174° *situation report* dell'OMS e la curva pandemica continua a salire con quasi 13 mln di casi e 600 mila morti positivi al Covid-19⁴³: Stati Uniti, Brasile e India sono i paesi più colpiti⁴⁴(25). L'OMS, operando in condizioni di scarsità di risorse (aggravata dal definanziamento degli Usa), nella sua funzione di condivisione di tutte le informazioni possibili ad ogni stadio del Covid-19, raccomanda di rompere con ogni mezzo la catena di trasmissione: "*find, isolate, test and treat every case*" con azioni coordinate tra i paesi (26). Le risposte sono state tuttavia molto disparate⁴⁵,

⁴³ Comprendono 54 mln vincolati alle strutture di Ti movimentabili per un massimo di 300 pl.

⁴⁴ Le comparazioni internazionali sui livelli di letalità devono essere interpretate con cautela considerando le differenze nei tamponi e nei test sierologici fatti nella popolazione; altrettanto dicasi per la mortalità e i criteri utilizzati per stabilirne la causa.

⁴⁵ La Cina, meglio di tutti, ha saputo contenere la diffusione del nuovo coronavirus entro i suoi confini

spesso disallineandosi alle corrette prassi epidemiologiche (27).

Il nuovo coronavirus viaggia nel cielo in *business class* e ad ogni atterraggio apre un vaso di Pandora (28) facendo emergere le contraddizioni di sistema nel trade-off salute-economia: le tipologie dei sistemi sanitari (i loro punti di forza o di debolezza) combinate con i modelli di governo (e al potere) stanno giocando un ruolo non marginale nella velocità e/o intensità della diffusione della grande epidemia (nelle forme lunghe o brevi del *lockdown*). Nella lotteria dell'incertezza, le pandemie, peraltro, non colpiscono mai tutti allo stesso modo, ma esacerbano le disuguaglianze di salute (e di copertura dei rischi) sui soggetti più vulnerabili (lavoratori precari, operai, poveri, migranti) rendendoli maggiormente esposti alla crisi economica, oltre che al virus (29-31).

Nel vecchio continente, per quanta comunicazione di *best practice* nell'ambito della soft governance ci sia stata tra i paesi membri, le azioni di coordinamento sono state limitate dal sistema delle competenze del TFUE che all'art. 168 impedisce di interferire nelle modalità di organizzazione dei sistemi sanitari. In questo senso, il ruolo svolto dall'*European centre for disease prevention and control* è rimasto marginale, quando piuttosto sarebbe auspicabile la costituzione di un fondo comune⁴⁶ per la condivisione dei rischi⁴⁷ (33).

In Italia, sempre alla data in cui scriviamo, i contagiati sono arrivati a circa 244 mila e i deceduti hanno superato la soglia dei 34 mila (14% di letalità); quasi 30 mila operatori sanitari sono risultati positivi al tampone Sars-CoV2 e tanti ne abbiamo persi sul campo di battaglia⁴⁸ (34). Per i mesi di marzo e aprile rispetto livelli medi 2015-2019 si contano oltre 45 mila decessi in eccesso, di cui secondo il sistema di sorveglianza integrata circa il 63% potrebbero essere considerati Covid-19; nel mese di marzo l'eccesso di mortalità in Lombardia ha superato il 190% (35). Certamente è ancora presto per dire quanta parte di questo eccesso sia dovuta direttamente al Covid-19 o indirettamente per complicanze cumulate ad esso associate, e quanta parte sia invece stata causata dal collasso del sistema ospedaliero nelle regioni più colpite dal coronavirus. Solo le analisi sulle cause di morte ci aiuteranno meglio a capire (36).

Abbiamo chiamato eroi i nostri operatori sanitari, ma li abbiamo visti lavorare a mani nude sulla scia di protocolli blandi applicati come mero adempimento burocratico da

attraverso le più drastiche misure di distanziamento sociale, l'utilizzo dei tamponi e il tracciamento dei contatti. In Europa, paesi inizialmente titubanti come la Francia e l'Uk hanno adottato gradualmente misure sempre più severe per evitare il collasso dei propri sistemi sanitari (27).

⁴⁶ La Banca mondiale nel 2016 ha costituito un fondo per mitigare le conseguenze delle pandemie nei paesi poveri che necessiterebbe di essere riformato (32).

⁴⁷ I paesi potrebbero partecipare al fondo comune contribuendo in funzione della propria ricchezza e accedendo in funzione dei bisogni.

⁴⁸ La Fnomceo riporta 172 medici deceduti e la Fnopi riporta 40 infermieri deceduti.

parte delle direzioni generali⁴⁹ (37-38). Nonostante le risorse rese disponibili contro ogni austerità, la carenza dei Dpi non è stata soddisfatta dal rapace mercato. A dispetto delle regole sulla protezione prioritaria dei professionisti della salute come principale risorsa da tutelare⁵⁰ (39), l'irresponsabilità sulla disponibilità delle scorte appare grave considerando l'evidenza subito fornita dai cinesi sulla trasmissione del coronavirus da parte dei presintomatici (40). Durante l'onda grossa della grande epidemia in Italia abbiamo ricevuto l'immediata solidarietà di Cina e Cuba che ci hanno donato Dpi e supportato con personale medico, mentre Francia e Germania ne vietavano l'esportazione (41-42). A fronte di chi, ancora fiducioso nella competizione di mercato, elogiava la sinergia pubblico-privato (43), abbiamo subito la violenza dei cumuli di bare portate via dai blindati militari, mentre gli ospedali e le Rsa diventavano il principale conduttore dell'epidemia, e i medici dell'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo gridavano al mondo intero sul *New England Journal of Medicine* che il modello lombardo centrato sulle acuzie non funzionava (44).

E se da un lato, con "lacrime di rabbia" c'era chi ci chiedeva di interrogarci sulle visioni non di spesa pubblica ma dei profitti di mercato del modello *patient-centered*, considerando che la pandemia è prima di tutto una crisi culturale di salute pubblica e umanitaria nella cura delle fragilità (21), dall'altro abbiamo letto nero su bianco, con grande sconcerto, il documento della SIAARTI (45) di giustizia distributiva dei posti letto di terapia intensiva⁵¹ dalla visione fin troppo utilitaristica (*capacity to benefit*) che, scavalcando i criteri clinici, ha aperto un grande dibattito sulle (diverse) posizioni etiche di massimizzazione dei benefici collettivi (46-49), tanto da indurre il Comitato nazionale di bioetica⁵² a dichiarare il razionamento proposto eticamente inaccettabile con riferimento ai principi del Ssn (50). E anziché concentrarsi sulla corretta organizzazione dei percorsi

⁴⁹ Le indicazioni di minima dell'Oms per garantire la protezione del personale sono state recepite come mero adempimento burocratico dall'Iss, dalle regioni e dalle direzioni delle aziende sanitarie senza essere messe in discussione nonostante le evidenze sulla diffusione delle infezioni e, addirittura, negando i tamponi al personale sanitario (38).

⁵⁰ Gli operatori come previsto sin dal d.l.14/20 sono esclusi dalla sorveglianza attiva da contatti con casi infetti, prevedendo la sospensione dell'attività solo in caso di malattia respiratoria o positività ai tamponi.

⁵¹ Il documento mette nero su bianco, assumendo un contesto di medicina delle catastrofi, i comportamenti da seguire e le priorità sulle vite da salvare.

⁵² "Sulla base dei principi fondamentali della Costituzione (diritto alla tutela della salute, principio di uguaglianza, dovere di solidarietà) e del criterio universalistico ed egualitario su cui si basa il Servizio Sanitario Nazionale, il Comitato ritiene che nell'allocazione delle risorse si debbano rispettare i principi di giustizia, equità e solidarietà. In questo contesto, il CNB riconosce il criterio clinico come il più adeguato punto di riferimento, ritenendo ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l'età, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l'appartenenza etnica, la disabilità, la responsabilità rispetto a comportamenti che hanno indotto la patologia, i costi, eticamente inaccettabile" (50).

puliti piuttosto che sul razionamento dei posti letto, dal trade-off equità-efficienza sul valore di quali vite salvare, il dibattito si è spostato sulla pura efficienza tecnica (anziché allocativa) dei nostri posti letto ospedalieri nei confronti internazionali (11-12, 51-52), non sempre avendo contezza dei mix di complessità né dell'appropriatezza dei percorsi assistenziali.

La dura realtà, difficile da accettare per i sostenitori della competizione, è molto semplice: i modelli centrati sull'assistenza ospedaliera, per quanto questa possa essere eccellente, non riescono a reggere le emergenze (anche quelle semplicemente influenzali). E un buon sistema di urgenza-emergenza richiede una forte integrazione con il territorio. In Lombardia il 50% dei pazienti con diagnosi Covid-19 è stato ospedalizzato contro il 22% in Veneto. Il rapporto tra i pazienti trattati in terapia intensiva e quelli trattati a domicilio è stato in Lombardia il doppio rispetto al Veneto, Emilia Romagna e Piemonte; e l'occupazione giornaliera dei letti in terapia intensiva ha superato il 100%, a differenza dell'Emilia-Romagna, la seconda regione più gravemente colpita, dove l'occupazione è stata del 38% (53). Il Veneto, tra le regioni ad alta intensità di diffusione dell'epidemia, con il suo modello ancora centrato sull'assistenza territoriale, scegliendo la strategia indicata dall'Oms "*find, isolate, test and treat every case*" ha retto bene l'onda d'urto evidenziando un basso tasso di ospedalizzazione (54). Più in generale, sono le regioni dove la cultura dei distretti ancora resiste (seppure con notevoli difficoltà nella scarsità di risorse e personale) che hanno saputo meglio trattare i pazienti Covid-19 incanalandoli in percorsi puliti.

Al di là delle considerazioni di chi pensa che la regionalizzazione del nostro Ssn, con i suoi differenti modelli, abbia rappresentato un esperimento naturale per le indicazioni sui migliori percorsi (53-55), l'evidenza ha riaperto il conflitto tra i livelli di governo su quale autonomia e quanta differenziazione possiamo accettare tra le regioni.

La questione è delicata e si intreccia con le vicende della deriva del federalismo sanitario nel Titolo V della Costituzione. In condizioni ordinarie, i sistemi di risposta alle emergenze infettive⁵³ rientrano nel macro-livello della prevenzione definito nel quadro generale dei livelli essenziali e uniformi di assistenza di competenza centrale (art. 117, c. 2, lett m), ma la gestione concorrente della tutela della salute implica che spetta alle regioni non farsi trovare impreparate nelle azioni organizzative sul proprio territorio. Così non è stato. La crisi epidemica ha reso evidente la confusione nella gestione dell'emergenza sanitaria da parte delle regioni. Tra le tensioni sul "che fare?", bene ha fatto il governo centrale a prendere quanto prima le redini della governance del sistema

⁵³ I Piani nazionali di preparazione alle pandemie devono prevedere tutte le azioni di sanità pubblica per la gestione delle emergenze (di sorveglianza e trattamento, di formazione e comunicazione, di approvvigionamento e organizzazione etc.).

con la dichiarazione dello stato di emergenza⁵⁴ e ad imporre nella forma coercitiva⁵⁵ la disciplina per tutti (enti territoriali e cittadini) in coerenza con le indicazioni di sanità pubblica. Per questa via si è dimostrato meglio in grado di dare risposta agli enormi problemi insorti nella geografia differenziata in cui langue il SSN che, tra le criticità istituzionali dei problemi irrisolti con le autonomie in tema di federalismo asimmetrico, vede fortemente minacciata la sua tenuta pubblica e nazionale.

Sfide inattese fanno esplodere le carenze di sistema e mostrano ferite sanguinanti: il frazionamento delle competenze nei meandri del regionalismo e le differenze nell'erogazione dei Lea tra il nord e il sud; il continuo travaso di risorse verso il mercato; i ritardi nella definizione dei fabbisogni di personale; l'impoverimento del territorio e la mancata integrazione dei servizi. La grande epidemia ci ricorda che l'uso efficiente delle risorse richiede appropriatezza allocativa e valutazione dei rapporti costo-efficacia.

Le risorse vincolate ai percorsi appropriati stanziati in questi mesi non ci faranno trovare impreparati di fronte ai rischi di nuove ondate di epidemia, ma le questioni irrisolte su risorse e investimenti dovranno trovare una rapida risposta contro ogni rinvio nelle agende sospese. Se è vero che i problemi vengono da lontano⁵⁶, sarebbe un errore, come qualcuno sostiene (56), intraprendere nuovamente lunghi processi di riforma costituzionale. Non abbiamo bisogno di appellarci alle ennesime grandi riforme, bensì di fare ciò che è già nella legislazione vigente sanitaria.

Nell'attuale governance delle autonomie in equilibrio di bilancio raramente sono stati identificati e valutati i punti deboli del sistema. In questo senso, sarebbero auspicabili azioni più decisive nella programmazione nazionale per porre rimedio ai disordini che si sono cumulati nei processi decisionali di allocazione delle risorse (poco trasparenti) da parte delle autonomie che di fatto, rivendicando propri modelli di organizzazione dei

⁵⁴ Con la dichiarazione dello stato di emergenza nazionale le funzioni di coordinamento vengono accentrate nelle mani della Presidenza del consiglio dei ministri e della Protezione civile (suo braccio operativo) in cogestione con le regioni, adattando le risposte allo stato di organizzazione dei servizi sui territori.

⁵⁵ I Dpcm emanati per la gestione dell'emergenza sanitaria, sin dal primo d.l. n. 6 del 23 febbraio 2020, sono stati fatti rientrare nelle materie «ordinamento e organizzazione dello Stato e degli enti pubblici nazionali» e «profilassi internazionale» (art. 117, c. 2, lett. g e q) che la Costituzione riserva alla competenza esclusiva dello Stato. Le eccezioni alla libertà di circolazione sono invece giustificate ai sensi dell'art. 16, c. 1 Cost. per motivi di sanità o di sicurezza, e dell'art. 32 Cost. che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Per questa tutela di salute collettiva i trattamenti volti a preservare la salute di tutti possono giustificare la compressione dell'autodeterminazione di sé (sentenza della Corte costituzionale n. 307 del 1990).

⁵⁶ Nel disegno dei rapporti contrattuali della riforma Amato-De Lorenzo nel '92, la svolta manageriale, seguendo la filosofia del new public management, ha privatizzato i contratti dell'alta dirigenza (13); l'accelerazione di queste forme di contrattualizzazioni in tutto il pubblico impiego si è realizzata con le riforme amministrative di Bassanini del '97, che hanno accentuato le logiche proprietarie nella gestione della cosa pubblica.

servizi, hanno stratificato disfunzioni consolidate nel tempo.

Dopo l'austerità subita per oltre un decennio, la pandemia ci insegna invece che nessun settore deve essere lasciato indietro e che un approccio community-centered, investendo in prevenzione e territorio con una forte integrazione di sistema, appare oggi una scelta obbligata per la tenuta generale del SSN e una migliore qualità della salute di tutti.

Questo articolo rappresenta una versione rivista di un mio saggio in corso di pubblicazione, scritto per il volume *La Finanza Pubblica Italiana*, a cura di Giampaolo Arachi e Massimo Baldini, edito da il Mulino. Il lavoro è stato svolto nell'ambito del progetto "la sanità nella finanza pubblica italiana", finanziato esclusivamente con il Fondo della ricerca di base 2018, dell'Università degli Studi di Perugia. Ringrazio Carlo Romagnoli e Fabrizio Stracci per gli utili commenti e per la critica costruttiva.

Bibliografia

1. Hurley J. An Overview of the Normative Economics of the Health Sector. In: Culyer AJ, Newhouse JP (Ed.). *Handbook of Health Economics*, vol. 1/A. Amsterdam: Elsevier; 2000: 55-118.
2. Donaldson C, Gerard K. *Economics of Health Care Financing: The Visible Hand*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2005
3. Chen LC, Evans TG, Cash RA. Health as a global public good. In: Kaul I, Grunberg I, Stern M (Ed.). *Global public goods. The United Nations Development Programme*. New York: Oxford University Press; 1999: 284-304.
4. Zacher MW. Global epidemiological surveillance: international cooperation to monitor infectious diseases. In: Kaul I, Grunberg I, Stern M (Ed.). *Global public goods. The United Nations Development Programme*. New York: Oxford University Press; 1999: 266-283.
5. Mef. Documento di Economia e Finanza – Programma di Stabilità dell'Italia. 2020; disponibile online: http://www.dt.mef.gov.it/modules/documenti_it/analisi_programmazione/documenti_programmatici/def_2020/DEF_2020_Sez-I-Programma_di_Stabilitx.pdf
6. Oecd. OECD Health Statistics. 2019; disponibile online: <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
7. Corte dei conti. Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica. Sezioni riunite in sede di controllo; 2020.
8. RGS. Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n.6. Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato. Ministero dell'Economia e delle Finanze; novembre 2019.
9. Caruso E. La Sanità nell'economia delle promesse. In: Arachi G, Baldini M (Ed.). *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2019*. Bologna: il Mulino; 2019: 133-162.
10. Gabriele S. Lo stato della sanità in Italia. Focus tematico n. 6/2. UPBilancio. 2019; disponibile online: <http://www.upbilancio.it/focus-tematico-n-6-2-dicembre-2019/>
11. Rizzo L, Secomandi R. Posti letto: perché in Italia costano di più. Lavoce.info. 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/author/leonzio-rizzo/>
12. Gabriele S. Il costo dei posti letto e i rischi dei confronti internazionali. *Economia e politica*, Rivista online di critica della politica economica. 2020; disponibile online: <https://www.economiaepolitica.it/industria-e-mercati/costo-medio-giornaliero-di-degenza-ospedaliera-2020/>

13. Caruso E, Dirindin N. Salute ed Economia – Questioni di economia e politica sanitaria. Bologna: il Mulino; 2019.
14. UPBilancio. Rapporto sulla politica di bilancio 2020. Dicembre 2019; disponibile online: <http://www.upbilancio.it/rapporto-sulla-politica-di-bilancio-2020/>
15. Ghetti V. Il Sistema di governance della Lombardia. Welforum. 2018; disponibile online: <https://welforum.it/il-sistema-di-governance-in-lombardia/>
16. Lonati F. La nuova sanità lombarda. Salute Internazionale. 2017; disponibile online: <https://www.saluteinternazionale.info/2017/02/la-nuova-sanita-lombarda/>
17. UPBilancio. Audizione informale del Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito dell'attività conoscitiva preliminare all'esame del Documento di economia e finanza 2020. Aprile 2020; disponibile online: <http://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2020/04/Audizione-UPB-DEF-2020.pdf>
18. Bordignon M. Per l'Europa il rischio del “troppo poco, troppo tardi”. Lavoce.info. 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/64180/per-leuropa-il-rischio-del-troppo-poco-troppo-tardi/>
19. UPBilancio. Rapporto sulla programmazione di bilancio 2020. Luglio 2020; disponibile online: <http://www.upbilancio.it/rapporto-sulla-programmazione-di-bilancio-2020/>
20. Commissione Europea. Guidelines for a streamlined format of the 2020 stability and convergence programmes in light of the Covid-19 outbreak. Note for the Alternates of the Economic and Financial Committee; 6 aprile 2020.
21. Dirindin N. Lacrime di rabbia per non dimenticare la lezione. Quotidiano Sanità. 20 aprile 2020; disponibile online: http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=84244
22. Who. Pneumonia of unknown cause – China. Disease outbreak news. 5 gennaio 2020; disponibile online: <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en/>
23. Who. International Health Regulations. 2005; disponibile online: <https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/>
24. Who. Novel Coronavirus (2019-nCoV). Situation Report–12. 1 febbraio 2020; disponibile online: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200201-sitrep-12-ncov.pdf?sfvrsn=273c5d35_2
25. Who. Coronavirus disease (Covid-19). Situation Report–174. 12 luglio 2020; disponibile online: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200712-covid-19-sitrep-174.pdf?sfvrsn=5d1c1b2c_2
26. Who. Who Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. 13 March 2020; disponibile online: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-covid-19---13-march-2020>
27. Forman R, Atun R, McKee M, Mossialos E. 12 Lessons learned from the management of the coronavirus pandemic. Health Policy. 2020; 124 (6): 577-580.
28. Morens DM, Daszak P, JK Taubenberger. Escaping Pandora's Box — Another Novel Coronavirus. N Engl J Med. 2020; 382:14 [nejm.org](https://www.nejm.org) April 2
29. Van Dorn A, Cooney R, Sabin M. COVID-19 exacerbating inequalities in the US. Lancet. 2020; 395: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30893-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30893-X.pdf)
30. Costa G, Schizzerotto A. Se la pandemia accentua le disuguaglianze di salute. Lavoce.info. 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/author/giuseppe-costa/>
31. Stiglitz J, Ahmed F, Ahmed N, Pissarides C. Why inequality could spread COVID-19. Lancet Public Health. 2020; 5: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30085-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30085-2)
32. Bangin B, Clare W. Pandemic Emergency Financing Facility: struggling to deliver on its innovative

- promise. *BMJ*. 2019; 367: l5719.
33. Rizzo L. Dov'è il bene pubblico al tempo del contagio. *Lavoce.info*. 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/63947/dove-il-bene-pubblico-al-tempo-del-contagio/>
 34. Iss. Epidemia Covid -19, Aggiornamento nazionale. 7 luglio 2020; disponibile online: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_7-luglio-2020.pdf
 35. Istat-Iss. Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente periodo gennaio-maggio 2020. 9 luglio 2020; disponibile online: https://www.istat.it/it/files//2020/07/Rapp_Istat_Iss_9luglio.pdf
 36. Rettore E. Vittime dell'epidemia: tempi lunghi per un quadro definitivo. *Lavoce.info* 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/66581/vittime-dellepidemia-tempi-lunghi-per-un-quadro-definitivo/>
 37. Beltramello C. Salvare gli operatori sanitari. *Salute internazionale*. 2020; disponibile online: <https://www.saluteinternazionale.info/2020/03/salvare-gli-operatori-sanitari/>
 38. Beltramello C. La solitudine degli eroi. *Salute internazionale*. 2020; disponibile online: <https://www.saluteinternazionale.info/2020/05/la-solitudine-degli-eroi/>
 39. Sellwood WC. *Health Emergency Preparedness and Response*. 1st Edition. CABI Editor; 2016.
 40. Chang D, Xu H, Rebaza A, Sharma L, Dela Cruz C. Protecting health-care workers from sub-clinical coronavirus infection. *Lancet Respir Med*. 2020; 8(3). [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30066-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30066-7).
 41. Sánchez NE. Coronavirus: EU ministers urge members to share supplies. 2020; disponibile online: <https://euobserver.com/social/147659>
 42. Anderson M, McKee M, Mossialos E. Covid-19 exposes weaknesses in European response to outbreaks. *BMJ*. 2020; 368: m1075.
 43. Ricci A, Tarricone R. Il sistema pubblico-privato alla prova del Covid-19. *Lavoce.info*. 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/64035/sanita-il-sistema-pubblico-privato-alla-prova-del-coronavirus/>
 44. Nacoti M et al. At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *N Engl J Med*. 2020; disponibile online: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080>
 45. Siaarti. Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. In: Vergano M et al. (Ed.). Documento della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva; 6 marzo 2020.
 46. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy - Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *N Engl J Med*. 2020; 382 (20): 1873-1875. doi:10.1056/NEJMp2005492
 47. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020; 382(21): 2049-2055. doi:10.1056/NEJMs2005114
 48. Bimbi F. Microfisica del potere al tempo di Covid19, Rinuncio alla TI...ma rifiuto il metodo impositivo della SIAARTI e della regione Veneto. Studi sulla questione criminale. 2020; disponibile online: <https://studiquestionecriminale.wordpress.com/?p=2368&preview=true>
 49. Mapelli V. Scelte in corsia: i criteri per guidarle. *Lavoce.info*. 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/64517/scelte-in-corsia-i-criteri-per-guidarle/>
 50. Cnb. Covid-19: La decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica". Comitato Nazionale per la Bioetica. Presidenza del Consiglio dei ministri. 8 aprile 2020; disponibile online: <http://bioetica.governo.it/italiano/documenti/pareri-e-risposte/covid-19-la->

- decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica/
51. Angelici M, Berta P, Moscone F, Turati G. Ospedali, dove e perché si è tagliato. Lavoce.info. 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/64538/ospedali-dove-e-perche-si-e-tagliato/>
52. Mapelli V. Sugli ospedali l'Italia dà il buon esempio. Lavoce.info. 2020b; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/66322/sugli-ospedali-litalia-da-il-buon-esempio/>
53. Boccia S, Cascini F, McKee M, Ricciardi W. How the Italian NHS Is Fighting Against the Covid-19 Emergency. *Front Public Health*. 2020; 8:167. doi:10.3389/fpubh.2020.00167
54. Crisanti A, Cassone A. In One Italian Town, We Showed Mass Testing Could Eradicate the Coronavirus. *The Guardian*. 2020 mar 20; disponibile online: <https://www.theguardian.com/commentis-free/2020/mar/20/eradicated-coronavirus-mass-testing-covid-19-italy-vo>
55. Bordignon M, Turati G. Adesso c'è chi vuole riportare la sanità al centro. Lavoce.info. 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/65386/adesso-ce-chi-vuole-riportare-la-sanita-al-centro/>
56. Oricchio M. Con la pandemia è scoppiata la questione istituzionale. Lavoce.info. 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/68362/con-la-pandemia-e-scoppiata-la-questione-istituzionale/>

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno