

OSSERVATORIO  
GLOBALIZZAZIONE®

## SANITÀ PUBBLICA:

un diritto da preservare dalle austere logiche di mercato

### *Abstract:*

*A seguito dell'emergenza covid-19 i sistemi sanitari – sia quello nazionale che quelli europei e globali – sono divenuti gli attori chiave a cui è affidato l'arduo compito di limitare al massimo il valore del danno atteso in termini di vite umane. Infatti, il suddetto valore è strettamente legato alla loro capacità di reggere la crisi evitando il collasso. Partendo da questo presupposto l'autore ha ritenuto indispensabile svolgere un'analisi di "ampio respiro" al fine di comprendere i principali eventi che hanno inciso sull'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) sin dalla sua nascita. Dato il carattere pubblico della sanità italiana, il punto di partenza è quello di comprendere quali sono le ragioni che spingono, a livello teorico, lo Stato ad intervenire nel mercato sanitario. Lo studio prosegue con l'analisi delle principali riforme che si sono succedute dagli anni Novanta sino ai nostri giorni, evidenziando in particolare le conseguenze delle nuove modalità di finanziamento del SSN – riconducibili al federalismo fiscale – sulle disparità territoriali. Nella parte successiva dello scritto ci si concentra, invece, sulle ripercussioni della doppia crisi - che ha investito il "Vecchio Continente" nell'ultimo decennio - sul SSN. In questa sezione, si presta attenzione soprattutto alle cause che hanno condotto alla seconda crisi, la cosiddetta Crisi dell'Eurozona, e sulle conseguenze che le politiche di consolidamento fiscale hanno manifestato sulla spesa sanitaria italiana. Infine, si sono analizzate gli effetti di tali politiche di consolidamento – la cosiddetta austerità – attraverso un confronto con i principali paesi dell'area Ocse. Il filo conduttore, che deve guidare il lettore lungo lo scritto, deve essere quello di cercare di comprendere le conseguenze delle scelte politiche ed economiche che sono state prese nel recente passato, al fine di avere una giusta prospettiva per valutare gli interventi economici e sanitari che verranno presi per contrastare la crisi coronavirus.*

Samarani Matteo

# SOMMARIO

<b>1. LE RAGIONI DELL'INTERVENTO DELLO STATO NEL MERCATO SANITARIO</b>	<b>2</b>
1.1. Efficienza economica e fallimenti nel mercato sanitario	3
1.2. Asimmetria informativa e azzardo morale	4
1.3. Le soluzioni private all'inefficienza da selezione avversa	4
1.4. Equità e intervento pubblico nel mercato sanitario	5
<b>2. IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE</b>	<b>7</b>
2.1. <i>Legge 833/1978</i> e diritto universale alla sanità	7
2.2. Le riforme degli anni Novanta	8
2.3. Disparità territoriali e regionalismo differenziato	10
<b>3. CRISI, AUSTERITÀ E DEFINANZIAMENTI ALLA SANITÀ</b>	<b>15</b>
3.1. Grande Recessione e Crisi dell'Eurozona	15
3.2. La fragilità dell'unione monetaria europea	18
3.3. <i>Spread</i> e austerità	22
3.4. Austerità e definanziamenti al sistema sanitario	25
3.5. Spesa sanitaria: un confronto con l'area Ocse	31
<b>4. CONCLUSIONI</b>	<b>36</b>

## 1. LE RAGIONI DELL'INTERVENTO DELLO STATO NEL MERCATO SANITARIO

La soluzione di mercato all'assistenza sanitaria è senza ombra di dubbio l'assicurazione sanitaria "privata". Il dibattito teorico tra i sostenitori e i detrattori dell'intervento della "mano pubblica" all'interno del mercato sanitario può essere ricondotto al dibattito centenario sul ruolo dello Stato in economia. Per farla breve, fin dalla nascita della scienza economica, il mondo si divide tra economisti "liberisti" ed economisti "interventisti". I primi credono, più o meno fermamente, che il mercato debba essere lasciato a sé stesso in quanto intrinsecamente in grado di "autoregolarsi" e che il perseguimento dell'interesse personale da parte degli agenti economici porti a massimizzare anche il benessere collettivo. Se questo è vero, lo Stato dovrebbe avere un ruolo limitato nell'economia garantendo le funzioni essenziali di giustizia, ordine pubblico e garante della concorrenza<sup>1</sup>. I secondi credono invece che il mercato lasciato a sé stesso non sia in grado di produrre un punto di ottimo a livello collettivo, in quanto non sempre l'interesse individuale coincide con l'interesse collettivo. Essi sono quindi favorevoli ad interventi statali finalizzati a guidare l'economia capitalistica verso un equilibrio stabile ed inclusivo.

---

<sup>1</sup> Infatti, la concorrenza perfetta è il *benchmark* da perseguire al fine di permettere al mercato di lasciare esprimere al meglio le forze che lo guidano.

### 1.1. Efficienza economica e fallimenti nel mercato sanitario

Se c'è un punto su cui entrambe le scuole di pensiero si trovano, più o meno, in accordo è la necessità di un intervento qualora il mercato non riesca ad allocare in modo “efficiente”<sup>2</sup> le risorse generando quelli che vengono chiamati “fallimenti di mercato”. Sono proprio le motivazioni legate all'efficienza che giustificano l'intervento pubblico nel mercato delle assicurazioni sanitarie ed in particolare quelle legate ad un fallimento di mercato noto in letteratura come asimmetria informativa (*information asymmetry*). Tale situazione si verifica quando una delle parti coinvolte nella transazione dispone di informazioni sul bene o sul servizio, oggetto della transazione, che l'altra non possiede. Questa circostanza è particolarmente problematica nel mercato delle assicurazioni sanitarie in quanto genera un fenomeno che mina l'esistenza del mercato stesso, ossia la selezione avversa (*adverse selection*). Dato che le compagnie assicurative non dispongono di tutte le informazioni sono costrette a stabilire il prezzo della polizza (*premio assicurativo*) sulla base del rischio medio dei contraenti. Questo fa sì che il contratto assicurativo sarà conveniente per i soggetti ad elevato rischio sanitario<sup>3</sup>, mentre non lo sarà per quegli acquirenti che hanno una bassa probabilità di contrarre malattie. Questi ultimi decideranno così di non acquistare la polizza, incrementando le perdite attese della

---

<sup>2</sup> In questo senso, il concetto di efficienza più diffuso è quello paretiano che vede un'allocatione efficiente là dove non è possibile trovare un'allocatione alternativa che consenta di migliorare il benessere di un individuo senza peggiorare quello di un altro. Una visione più “flessibile” del concetto di efficienza è quella postulata da Kaldor e Hicks (1939) in cui, perché vi sia efficienza, è fondamentale che coloro che subiscono una perdita di benessere siano compensati da coloro verso i quali la modificazione dell'allocatione ha operato favorevolmente.

<sup>3</sup> Infatti, questi pagano un premio assicurativo che risulta inferiore rispetto alla perdita attesa.

compagnia assicurativa e causandone il fallimento. La selezione avversa incrementa quindi la probabilità che vi sia un'assenza di mercato: le assicurazioni decideranno, in assenza di informazioni aggiuntive, di evitare di offrire i contratti di assicurazione sanitaria.

### 1.2. Asimmetria informativa e azzardo morale

Un'altra problematica legata all'asimmetria informativa è quella dell'azzardo morale (*moral hazard*). Secondo alcuni, l'acquisto di una polizza assicurativa con annessa copertura sanitaria incentiva i contraenti a tenere comportamenti "opportunistici". Degli esempi di tali condotte possono essere la scelta di uno stile di vita meno "salubre", ma anche l'incentivo a consumare una quantità eccessiva di cure sanitarie. Tutto ciò porta la spesa aggregata in servizi sanitari a crescere al di sopra della soglia di efficienza.

### 1.3. Le soluzioni private all'inefficienza da selezione avversa

Una volta stabiliti quali sono i problemi è indispensabile stabilire quale sia l'istituzione più adeguata a risolverli. In altre parole, a chi tocca il compito di contrastare i "fallimenti di mercato", allo Stato o al mercato stesso?

Per quanto riguarda l'ultima problematica esposta – l'azzardo morale – è ragionevole credere che essa difficilmente venga risolta dall'intervento pubblico. Infatti, essa si presenta ogni volta che le spese sanitarie vengono coperte, almeno in parte, da soggetti terzi indipendentemente dal fatto che essi siano pubblici o privati.

Passando al fronte *adverse selection* gli economisti più liberisti sostengono che essa può essere risolta mediante soluzioni “private” evitando così l’intervento dell’autorità pubblica e lasciando operare le forze di mercato<sup>4</sup>. Essi sostengono che dato che la selezione avversa deriva da una condizione di asimmetria informativa, se il mercato è in grado di ridurre tale *gap* informativo autonomamente non vi è alcuna ragione che giustifica l’intervento dell’autorità pubblica. Esistono, infatti, pratiche che consentono alle compagnie assicurative di selezionare i loro clienti e far pagare loro premi diversi sulla base dei profili di rischio (*experience rating*). In questo modo i venditori possono evitare di concedere la copertura, o concederla ad elevati premi assicurativi, ai soggetti che non sono in un buono stato di salute o che hanno una storia medica pregressa difficile. Quindi, maggiori sono le informazioni a disposizione delle assicurazioni, minore sarà il *gap* informativo e minore sarà l’inefficienza legata alla selezione avversa.

#### 1.4. Equità e intervento pubblico nel mercato sanitario

Il fronte degli economisti “interventisti” mette in evidenza come il miglioramento dell’efficienza legato alle suddette pratiche può avere infauste implicazioni dal punto di vista equitativo. Infatti, i soggetti più deboli della popolazione potrebbero trovarsi a essere impossibilitati ad accedere alle cure mediche dato l’elevato esborso monetario che concernono. Più in generale, i sostenitori dell’intervento pubblico nel

---

<sup>4</sup> È proprio questa la soluzione che si è adottata nei paesi più liberisti come gli Usa.

mercato sanitario si rifanno alle *teorie dell'egualitarismo dei beni*<sup>5</sup> secondo le quali l'accesso ad alcuni beni e servizi, considerati fondamentali, non deve essere legato alla disponibilità di reddito, ma deve essere reso disponibile a tutti in modo indiscriminato. Il diritto alla cura rientra sicuramente all'interno dei suddetti beni e servizi.

Un'altra argomentazione a favore dell'intervento dello Stato nel mercato sanitario è quella legata al *paternalismo*. Dato che gli individui potrebbero non comprendere l'importanza della copertura assicurativa, lo Stato deve intervenire come farebbe un "buon padre di famiglia", assumendosi la responsabilità di costringerli ad acquistare un'assicurazione sanitaria.

---

<sup>5</sup> Si veda J. Tobin, 1970.

## 2. IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

### 2.1. *Legge 833/1978 e diritto universale alla sanità*

È a seguito di motivazioni in linea con le *teorie dell'egualitarismo dei beni* che l'Assemblea costituente decise, nel 1948, di incidere nella carta costituzionale l'*art. 32* che sancisce il diritto alla salute come "*fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*". In attuazione a tale norma costituzionale il legislatore ha istituito successivamente, con la *Legge 833/1978*, il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) segnando il passaggio da un sistema mutualistico ad un sistema universalistico<sup>6</sup>. Questo evento rappresenta una tappa di fondamentale importanza nell'evoluzione storica della legislazione sanitaria del nostro paese e segna il momento culminante della tendenza a una sempre maggiore partecipazione dello Stato all'assistenza sanitaria dei cittadini. La legge estese l'opera di diffusione della sanità come bene pubblico essenziale e, attraverso l'istituzione del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), incarica il governo centrale di reperire annualmente le risorse.

La ripartizione delle risorse tra le varie regioni era decisa annualmente mediante il Piano Sanitario Nazionale (PNS), ripartizione che era stabilita attraverso appositi indici che avevano lo scopo di garantire livelli di prestazioni sanitarie su tutto il territorio, così da elidere progressivamente le differenze esistenti tra le diverse regioni. Le

---

<sup>6</sup> Si passa da un sistema fondato sull'obbligatorietà dell'assicurazione sociale contro le malattie in favore dei lavoratori e dei pensionati (mutualistico) ad uno che garantisce l'accesso alle cure a tutti i cittadini (universalistico).



regioni a loro volta distribuivano i fondi alle Unità Sanitarie Locali (USL) che avevano il compito di erogare le prestazioni sanitarie sul territorio. La struttura del SSN era quindi articolata su tre livelli: centrale, regionale e locale. Tale struttura aveva il principale compito di garantire il diritto alla cura indiscriminatamente su tutto il territorio nazionale, garantendo la copertura sanitaria e la qualità del servizio.

## 2.2. Le riforme degli anni Novanta

Il modello appena esposto venne radicalmente modificato con una serie di riforme che hanno avuto inizio nei primi anni Novanta e che sono terminate nel 2011<sup>7</sup>. Il motivo che, almeno sulla carta, ha guidato tale processo è legato al contenimento e all'efficientamento della spesa pubblica in vista dell'adesione all'Unione Monetaria Europea (UME). In realtà, tutto ciò è stato guidato dalle crescenti spinte secessioniste che hanno condotto ad una riforma del sistema paese nel verso del *federalismo fiscale*.

L'obiettivo del legislatore era quello di responsabilizzare gli enti regionali mediante l'istituzione di entrate "proprie" che avrebbero dovuto essere in parte usate per finanziare il sistema sanitario. In particolare, il *D.lgs. 56/2000* stabiliva che le regioni venissero finanziate con i cosiddetti *tributi propri* (*Irap*, addizionale *Irpef*) e con la *compartecipazione al gettito Iva*. In merito a quest'ultima, essa avrebbe dovuta essere ripartita tra le varie regioni tenendo conto dei

---

<sup>7</sup> Ci si riferisce in particolare a: i) *D.lgs. 502/1992* e *D.lgs. 517/1993*; ii) *D.lgs. 229/1999* e *D.lgs. 56/2000*; iii) riforma del Titolo V della costituzione (2001); iv) *D.lgs. 68/2011*.

consumi medi di ciascuna regione. In altre parole, le entrate di ogni ente regionale vengono strettamente a dipendere dalla base imponibile di ciascuna regione, ossia il Pil regionale<sup>8</sup>. La riforma del *Titolo V* della Costituzione, attraverso la *Legge costituzionale 3/2001*, ha dato il colpo di grazia al vecchio sistema con l'introduzione della possibilità da parte delle amministrazioni regionali di aprire un tavolo con l'amministrazione centrale sul cosiddetto *regionalismo differenziato*<sup>9</sup>.

La logica che ha guidato le sopracitate riforme è riconducibile alla *teoria del federalismo fiscale di seconda generazione*, che deriva dal filone della *public choice*<sup>10</sup>. Alcuni esponenti di tale scuola sostengono che, dato che i dirigenti pubblici che non riescono ad efficientare la gestione difficilmente possono essere estromessi, si può giungere, attraverso il decentramento fiscale, ad una sorta di "concorrenza tra giurisdizioni". Tale meccanismo è guidato sia dalla competizione (orizzontale e verticale) tra le amministrazioni, che dalla "minaccia" da parte dei cittadini di scegliere giurisdizioni alternative in caso di insoddisfazione nei confronti dei servizi offerti dall'amministrazione locale. Tutto ciò dovrebbe portare ad incrementi di efficienza nella fornitura dei servizi e nella gestione dei costi.

---

<sup>8</sup> Infatti, i consumi – la base imponibile per l'Iva – sono strettamente legati al prodotto interno lordo regionale da una relazione positiva: al crescere del prodotto regionale cresceranno anche i consumi e di conseguenza la base imponibile Iva e le entrate.

<sup>9</sup> Ossia la possibilità di chiedere al Governo centrale maggiore autonomia nelle materie a competenza residuale.

<sup>10</sup> Essa è una scuola, nata negli Stati Uniti negli anni Settanta, che ha l'intento principale di applicare strumenti dell'analisi economica neoclassica per spiegare in che modo vengono prese le decisioni politiche. Il suo principale esponente è Buchanan, premio Nobel nel 1986.

In realtà, lo schema nato dalle suddette riforme si è subito dimostrato inadatto alle vaste eterogeneità che caratterizzano il territorio italiano, in particolare a quelle disparità che affliggono Nord e Mezzogiorno. Diversamente dalla narrazione teorica la “concorrenza regionale” non è stata in grado di ridurre il *gap* tra le varie porzioni territoriali, rendendo necessario il sistematico utilizzo della compartecipazione al gettito Iva come una sorta di fondo perequativo, legato al criterio della spesa storica, al fine di garantire (almeno sulla carta) i cosiddetti *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA).

### 2.3. Disparità territoriali e regionalismo differenziato

Nonostante siano stati introdotti strumenti come quelli visti sopra o come, per esempio, l’aziendalizzazione delle USL<sup>11</sup>, la logica del mercato e della concorrenza hanno fallito la prova di riassorbire le disparità territoriali rischiando per di più, attraverso il *regionalismo differenziato*, di aggravare ulteriormente la situazione.

La *figura 1* - che mostra l’evoluzione nel tempo della spesa sanitaria pro capite per Nord, Centro e Mezzogiorno – evidenzia come le risorse disponibili in materia di sanità siano sbilanciate tra i vari territori nazionali<sup>12</sup>. Dai dati, emergono due blocchi territoriali contrapposti rappresentati dalle regioni del Nord e del Centro Italia, che godono di una spesa sanitaria pro capite al di sopra della media nazionale, e da

---

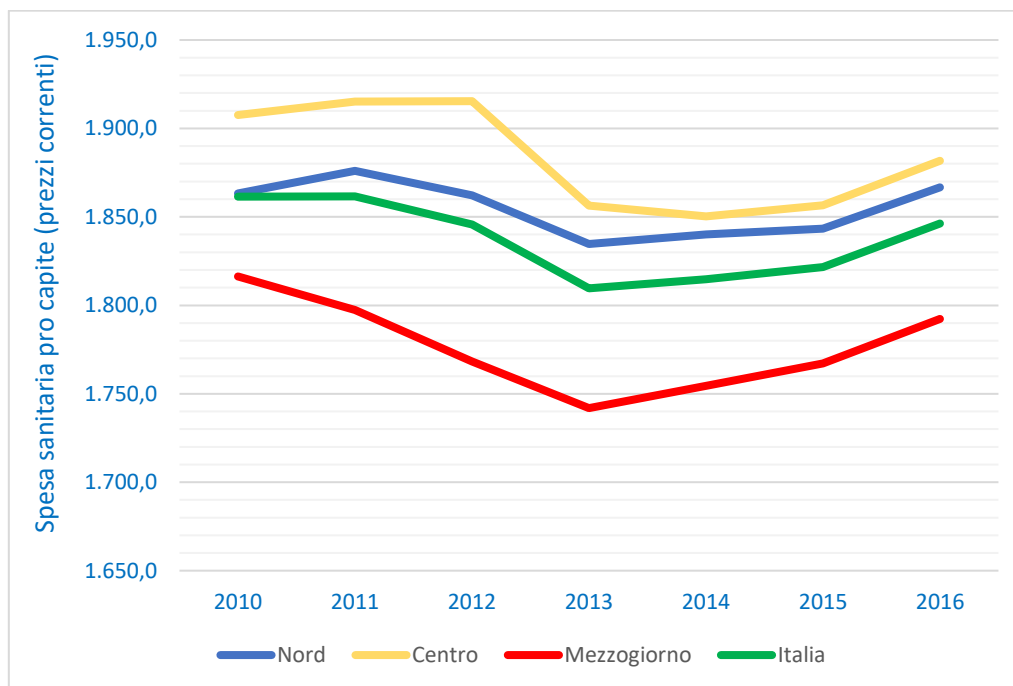
<sup>11</sup> Che con il *D.lgs. 502/1992* sono diventate ASL (Aziende Sanitarie Locali), dotate di personalità giuridica e vincolate quindi dal bilancio annuale.

<sup>12</sup> Per un’analisi più approfondita sarebbe necessario tenere in considerazione il livello dei prezzi dei vari territori nazionali, tuttavia la spesa a prezzi correnti può essere una buona approssimazione del fenomeno.

quelle del Mezzogiorno, che invece presentano un andamento di tale indice al di sotto della media italiana.

*Figura 1: evoluzione della spesa sanitaria per abitante (2010-2016)*

*Fonte: elaborazione dati Istat*



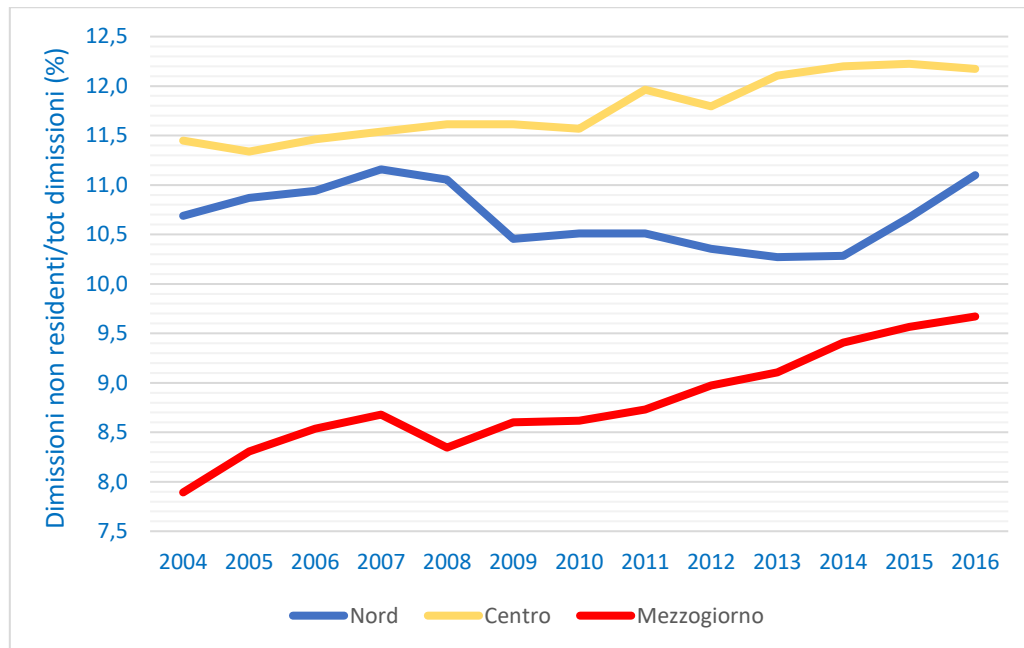
Dall'andamento dell'indicatore sembrerebbe che le disparità tra i diversi territori si mantengano costanti nel corso del tempo, lasciando poche speranze in merito al ricucirsi del *gap* tra le regioni "ricche" e quelle "povere".

Le divergenze concernenti le risorse tra i diversi territori impattano negativamente sulla qualità del servizio offerto, con le regioni del Centro e del Settentrione che offrono, in media, un servizio sanitario di maggiore qualità rispetto a quelle del Mezzogiorno. Questo porta al fenomeno della "migrazione ospedaliera" che vede i cittadini delle

regioni “meno” efficienti spostarsi nelle regioni “più” efficienti in cerca di un servizio sanitario di qualità superiore.

*Figura 2: evoluzione dell'indice di immigrazione ospedaliera (2004-2016)*

Fonte: Elaborazione dati Istat



Per questo motivo, *l'indice di immigrazione ospedaliera*<sup>13</sup> riesce a darci una buona approssimazione della qualità del servizio sanitario offerto nei vari territori. La *Figura 2* – che mostra l'evoluzione di tale indicatore nel tempo – sembra rilevare differenze nei vari territori, infatti le regioni del Nord e del Centro Italia accolgono un numero maggiore di pazienti non residenti rispetto alle regioni del Mezzogiorno. L'andamento dell'indicatore nel corso del tempo

<sup>13</sup> Tale indice viene calcolato mediante il rapporto tra il numero di dimissioni di pazienti non residenti e il numero di dimissioni totali di una determinata regione. Questo fa sì che minore è il valore assunto da tale rapporto e minori saranno i servizi sanitari che vengono erogati dalla regione nei confronti di cittadini non residenti.

sembrerebbe darci buone notizie: il differenziale tra le regioni meridionali e quelle del centro, che si attestava all'incirca al 3,6% nel 2004, sembrerebbe essersi ridotto di circa un punto percentuale, passando al 2,5% nel 2016.

Tuttavia, sono presenti notevoli differenze tra gli *indici di immigrazione ospedaliera* delle regioni del Mezzogiorno, infatti la media delle deviazioni standard per gli anni analizzati è pari a 8,73, diversamente da quelle del Nord e del Centro che assumono un valore rispettivamente di 2,14 e 2,76. L'elevato valore dell'indicatore di dispersione dell'*indice di immigrazione ospedaliera* nel Mezzogiorno è dovuto alla presenza di due raggruppamenti al suo interno: i) Abruzzo, Molise e Basilicata che hanno un *indice di immigrazione ospedaliera* medio pari al 18%; ii) Campania, Puglia, Calabria, Sardegna e Sicilia che hanno un *indice di immigrazione ospedaliera* medio pari a 3,3%. Questo risultato mostra che è presente una migrazione ospedaliera interna al Mezzogiorno stesso e che quindi l'analisi condotta, attraverso la *Figura 2*, sopravvaluta la qualità dei servizi sanitari del meridione. Infatti, se considerassimo solamente le regioni del secondo raggruppamento, il differenziale dell'*indice di immigrazione ospedaliera* con le regioni del centro si attesterebbe a 8,43% nel 2004 e a 8,38% nel 2016, restando quindi su livelli costanti e invalidando la riduzione del *gap* messa in mostra dal grafico.

L'analisi esposta sino ad ora mostra quindi un profondo divario territoriale, divario che rischia di aggravarsi se si dovesse realmente

attuare il cosiddetto *regionalismo differenziato* come previsto dall'Art. 116 della Costituzione riformata nel 2001. Come viene giustamente fatto notare da Sergio Marotta, in un suo scritto per la rivista ["Economia e Politica"](#), l'attuazione del suddetto principio comporterebbe – secondo uno studio degli economisti Adriano Giannola e Gaetano Stornaiuolo dell'Università di Napoli "Federico II" – un incremento delle risorse gestite autonomamente dalle regioni<sup>14</sup> a scapito di quelle gestite dall'amministrazione centrale. La summenzionata riforma ha di fatto ribaltato la logica universalistica sancita dall'Assemblea costituente, permettendo l'esistenza di regioni che – grazie alle possibilità economiche – possono offrire servizi sanitari ai loro cittadini con una qualità superiore rispetto alle altre, mettendo così in secondo piano l'obiettivo di diffondere indiscriminatamente il bene pubblico sanità.

---

<sup>14</sup> Tale incremento è stimato in una misura pari a 106 miliardi per la Lombardia, 41 miliardi per il Veneto e 43 miliardi per l'Emilia-Romagna.

### 3. CRISI, AUSTRITÀ E DEFINANZIAMENTI ALLA SANITÀ

Oltre alle riforme che abbiamo visto in precedenza il SSN ha risentito – come tutta l'economia nel suo complesso - delle crisi che si sono abbattute nell'ultimo decennio. In particolare, possiamo dire che in Europa (specialmente nei paesi periferici), a seguito delle ricette di *policy* che sono state introdotte al fine di contrastare la doppia crisi (politiche che alcuni hanno definito *self-defeating* – controproducenti), esse hanno colpito più duramente e più a lungo rispetto al resto del mondo. Tutto ciò ha, almeno secondo l'autore, contribuito al progressivo definanziamento del SSN a cui abbiamo assistito negli ultimi anni. Per questo motivo, è indispensabile comprendere le ragioni che hanno portato alla doppia crisi e alle risposte di *policy* europee per analizzare con le lenti adeguate la situazione attuale della sanità e dell'economia italiana in modo da evitare gli stessi errori del passato nel contrastare la crisi dovuta alla nuova *pandemia* globale.

#### 3.1. Grande Recessione e Crisi dell'Eurozona

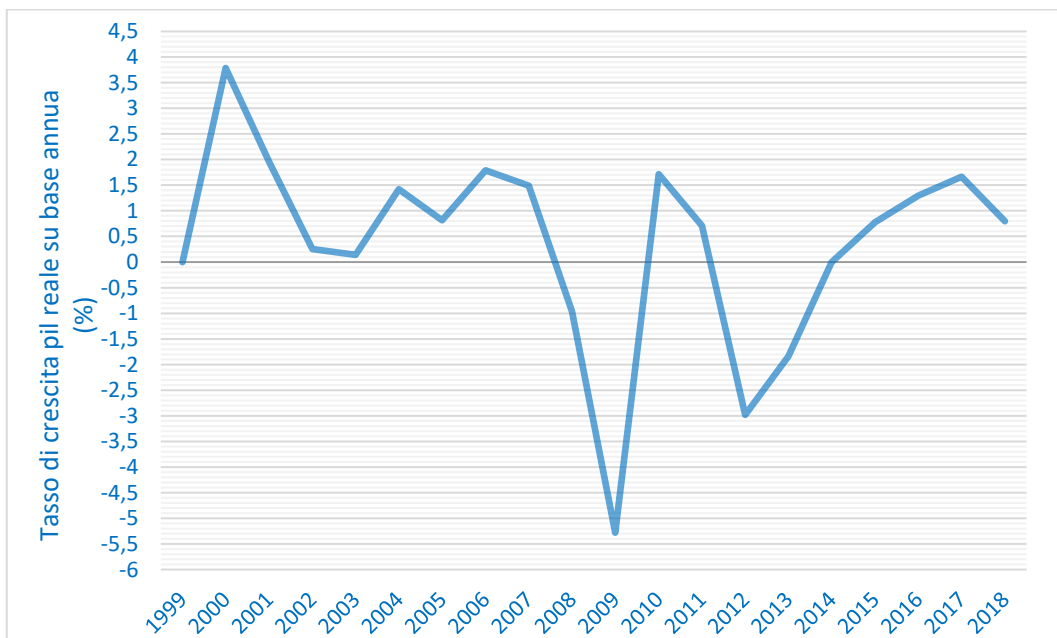
Il 15 settembre del 2008 una delle maggiori banche d'investimento del mercato statunitense e globale, la *Lehman Brothers*, annuncia la bancarotta. È crisi finanziaria. I principali listini americani e globali, dopo un lungo periodo di rialzi - periodo che alcuni hanno definito "*Great moderation*" - subiscono pesanti ribassi tanto da essere paragonabili (se non peggiori) a quelli del *giovedì nero* che diede inizio alla *Grande Depressione* del 1929. La crisi di fiducia sui mercati



finanziari si estese velocemente all'economia reale, abbattendo il tasso di crescita del reddito dei principali paesi avanzati. La crisi economica, anche se ha avuto inizio sulla sponda ovest dell'Atlantico, colpì più duramente le principali economie esportatrici: Giappone, Germania e Italia.

*Figura 3: evoluzione del tasso di crescita del Pil reale italiano (1999-2018)*

*Fonte: elaborazione dati Istat*

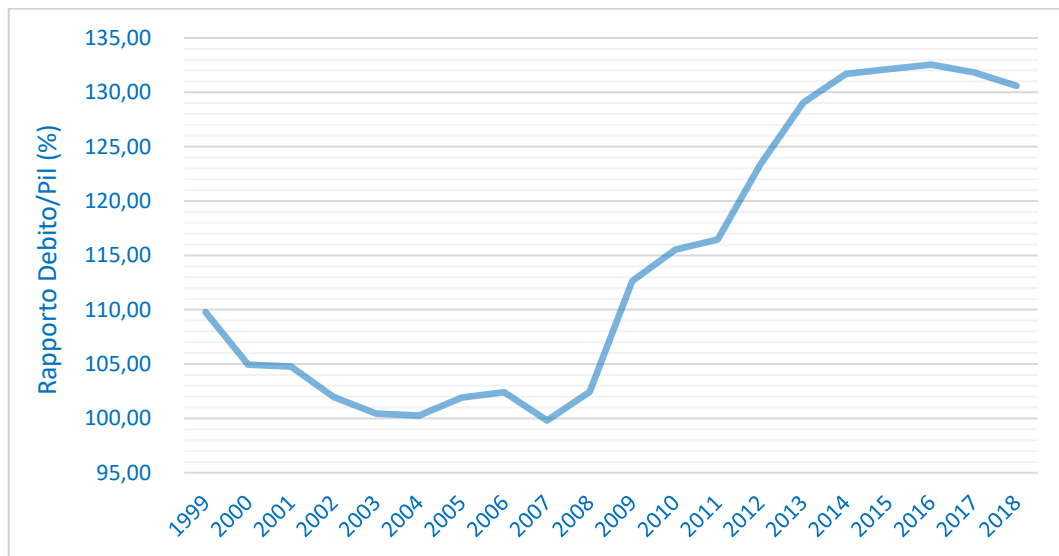


La *Figura 3* – che analizza l'evoluzione del tasso di crescita del Pil reale italiano dal 1999 sino al 2018 – mostra gli effetti della *Grande Recessione* sull'economia italiana. Se nel 2008 la recessione italiana fu lieve (-0,96%), il 2009 non lascia scampo alla nostra penisola con una contrazione del prodotto pari a 5,28 punti percentuali. La caduta del prodotto si rifletté immediatamente sul rapporto debito/Pil che, dopo

un periodo di costante riduzione, vede un rialzo, tra il 2008 e il 2009, di più di dieci 10 punti percentuali<sup>15</sup> come mostra la *Figura 4*.

*Figura 4: evoluzione del rapporto debito/Pil italiano (1999-2018)*

Fonte: elaborazione dati Ocse



È proprio a causa dell'esplosione dei disavanzi e dei debiti dovuta principalmente alla caduta del denominatore del rapporto<sup>16</sup> – il Pil – che l'Eurozona precipita, negli anni successivi, in una seconda recessione, quella che alcuni chiamano *Crisi dei Debiti Sovrani*.

A far precipitare la situazione fu la rivelazione, ad ottobre 2009, da parte del nuovo *premier* greco (Papandreou) che il vero disavanzo di quel paese era oltre il 12% sul Pil, il doppio di quello prima annunciato<sup>17</sup>. La suddetta rivelazione causò un crollo della fiducia sui mercati finanziari, diffondendo la preoccupazione di un possibile

<sup>15</sup> Tale rapporto passa dal 99% circa del 2007 sino al 112% circa del 2009.

<sup>16</sup> E agli interventi a sostegno dell'economia e a salvataggio delle banche, anche se in Italia la misura di tali interventi è stata trascurabile.

<sup>17</sup> Marelli e Signorelli (2019).

*default* greco e mettendo in discussione l'irreversibilità della moneta comune facendo sorgere il cosiddetto *rischio ridenominazione*<sup>18</sup>. La crisi si propagò in maniera rapida anche nei paesi periferici – i cosiddetti *Piigs*<sup>19</sup> - facendo schizzare al rialzo i rendimenti dei titoli pubblici e lo *spread* e dando vita ad un circolo vizioso che ha messo a dura prova la sostenibilità dei debiti sovrani. In Italia, “l'ora più buia” della crisi si è avuta nel novembre del 2011 con il differenziale tra i Btp e i Bund tedeschi che ha toccato i 575 ptb, costringendo alle dimissioni l'allora esecutivo guidato da Silvio Berlusconi. La *Figura 3* mostra gli effetti recessivi causati dalla suddetta crisi: nel 2012 il prodotto italiano ha avuto una contrazione di circa 3 punti percentuali e nel 2013, nonostante un lieve recupero, il reddito si è ridotto di 1,80 punti percentuali rispetto all'anno precedente.

### 3.2. La fragilità dell'unione monetaria europea

Alcuni economisti ritengono che la summenzionata crisi non è da considerare a sé stante rispetto alla *Grande Recessione*. Infatti, può essere vista come una sua continuazione europea, in quanto provocata da due *driver*: i) gli squilibri nelle finanze pubbliche dovuti alla riduzione del prodotto a seguito della *Grande Recessione*; ii) la fragilità intrinseca all'architettura istituzionale dell'Eurozona. È proprio la somma di queste due variabili che ha, in parte, condizionato le politiche economiche, in risposta alla crisi, nel verso dell'*austerità*.

---

<sup>18</sup> Esso consiste nel timore, da parte dei mercati finanziari, di ricevere il rimborso dei titoli del debito pubblico di un determinato paese in una moneta diversa dall'euro e soggetta ad una forte svalutazione.

<sup>19</sup> Portogallo, Irlanda, Italia, Grecia e Spagna.

Per comprendere il motivo che spinge l'autore ad attribuire tale importanza ai suddetti punti è indispensabile introdurre una breve analisi teorica che consenta di capire il funzionamento di un'ipotetica unione monetaria.

Secondo la teoria delle *aree valutarie ottimali* (Avo) tradizionale l'adesione ad un'unione monetaria comporta principalmente due costi. Il primo, è la perdita dello strumento del tasso di cambio, utile a stabilizzare il reddito nazionale in presenza di *shock asimmetrici*<sup>20</sup>. Il secondo, è la perdita dell'indipendenza monetaria che può essere utile al fine di implementare politiche monetarie *ad hoc* in presenza dei sopraindicati *shock*.

Secondo De Grauwe<sup>21</sup>, la teoria Avo tradizionale è incompleta in quanto "dimentica" un'importante implicazione della perdita di indipendenza monetaria. Essa modifica la capacità dei governi di finanziare i propri *deficit* di bilancio: gli stati membri emettono debito in una moneta che non controllano e non possono garantire con certezza che avranno una scorta di liquidità sufficiente a rimborsare i loro debitori.

Supponiamo che gli investitori di un paese monetariamente indipendente<sup>22</sup> – che chiameremo Italia – temano una sua possibile insolvenza. È probabile che questi vendano titoli così da spingerne il rendimento verso l'alto. Una volta venduti tali titoli, gli investitori

---

<sup>20</sup> Per *shock asimmetrico* si intende uno *shock* che colpisce con segno opposto due paesi.

<sup>21</sup> (2016).

<sup>22</sup> In questo senso intendiamo un paese che non aderisce ad un'unione monetaria.

disporrebbero di lire e vorranno liberarsene vendendole sul mercato dei cambi, causandone un deprezzamento. Il deprezzamento spingerebbe gli investitori ad acquistare lire, la quantità di moneta nell'economia italiana rimarrebbe invariata e probabilmente verrebbe investita in titoli italiani, sostenendone il prezzo. Anche se tutto ciò non accadesse, la Banca d'Italia verrebbe costretta dal Governo italiano a fornire la liquidità necessaria a rimborsare i detentori dei titoli di debito. Questo fa sì che una crisi di liquidità non possa essere veicolata dagli investitori verso un *default*. La banca centrale agisce in questo caso da *prestatore di ultima istanza*.

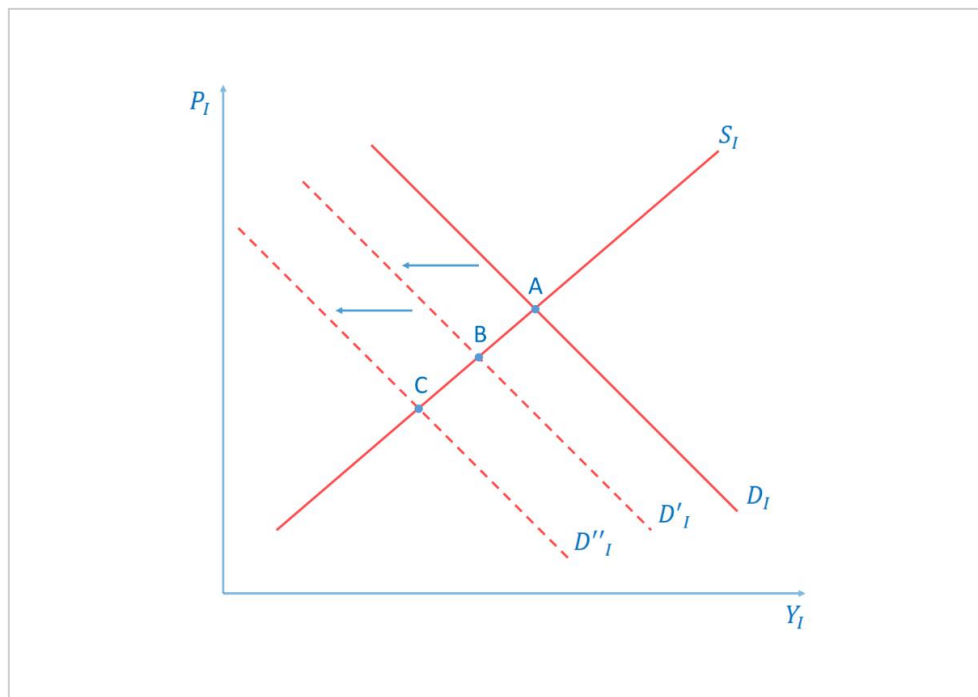
Supponiamo ora che l'Italia aderisca ad un'unione monetaria e perda l'indipendenza monetaria. Una crisi di fiducia sulla solvibilità del debito sovrano, come nel caso precedente, condurrebbe gli investitori a vendere titoli italiani facendo rivedere al rialzo i tassi di rendimento. Gli investitori che incassano euro vorranno investirli altrove, poniamo in titoli tedeschi. Vi è quindi un deflusso di moneta dall'Italia e, data l'assenza di un tasso di cambio flessibile che ferma questo meccanismo, si assiste ad una restrizione della moneta nell'economia (diversamente dal caso precedente). Il Governo italiano si trova in una crisi di liquidità ma non può finanziarsi sui mercati ad un tasso ragionevole. La banca centrale potrebbe fornire la liquidità necessaria a rimborsare il debito in scadenza ma non è tenuta a farlo, non agisce da *prestatore di ultima istanza*. La crisi di liquidità può quindi portare al *default*. Da questi meccanismi si riesce a comprendere la fragilità a cui è esposta un'unione monetaria qualora gli investitori non avessero

fiducia nella solvibilità di un determinato paese ad essa appartenente. Da notare come la mancanza di fiducia può anche non derivare dai fondamentali dell'economia, ma può essere anche guidata solamente da un eccesso di pessimismo dei mercati finanziari. In questo caso, le aspettative si autoavverano: l'aspettativa di *default* spinge il paese a doverlo dichiarare realmente.

Inoltre, al verificarsi di *shock* sulla domanda aggregata, i meccanismi visti sopra ne amplificano gli effetti. La *Figura 5* spiega bene questo punto. Immaginiamo che, per effetto di uno *shock negativo*, la produzione e l'occupazione italiane si contraggano. La curva di domanda italiana,  $D_I$ , si sposta verso sinistra sino a  $D'_I$ . La riduzione del prodotto provoca un aumento del *deficit* di bilancio.

*Figura 5: amplificazione degli shock*

Fonte: P. De Grauwe, *Economia dell'unione monetaria. Elaborazione della versione 2016.*



L'aumento del disavanzo inizia a creare dubbi sulla solvibilità dello stato italiano. Gli investitori vendono titoli causando un incremento del tasso d'interesse e portando ad una crisi di liquidità. L'incremento dei tassi d'interesse causa una riduzione dei consumi e degli investimenti, portando ad un'ulteriore riduzione della domanda aggregata, del reddito e dell'occupazione. La curva di domanda si sposta di nuovo verso sinistra in corrispondenza di  $D_I''$ . Tutto ciò, comporta nuovamente un aumento del *deficit* e un crollo della fiducia degli investitori: si viene a innescare un circolo vizioso che mette in dubbio la sostenibilità del debito pubblico e rischia di portare al *default*.

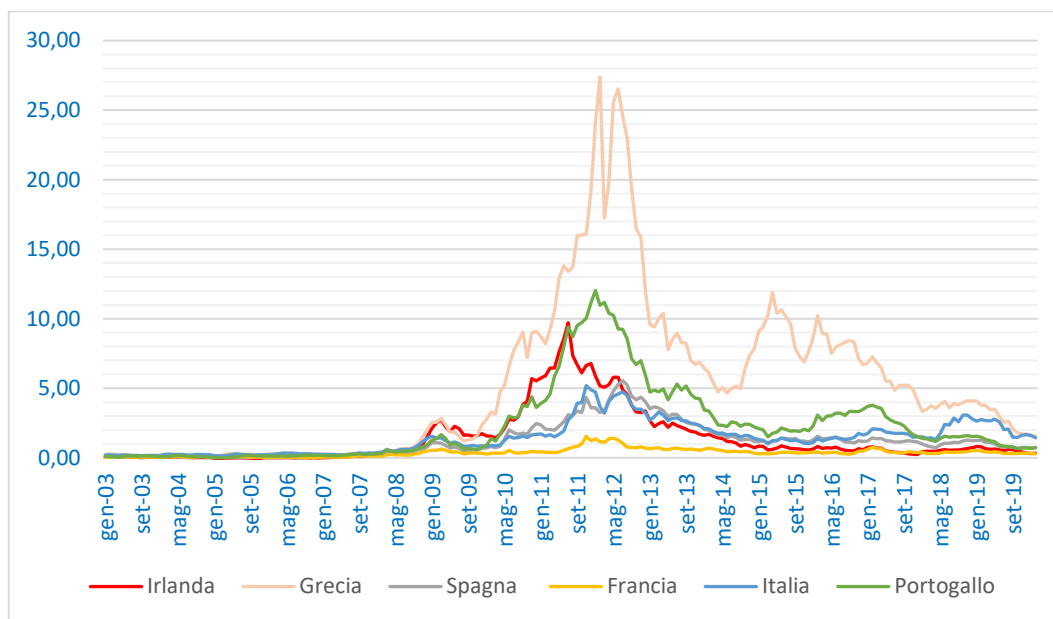
### 3.3. *Spread e austerità*

Lo schema teorico visto sopra è in grado di spiegare con un buon grado di approssimazione quello che è accaduto durante la *Crisi dell'Eurozona*. La *Grande Recessione* ha causato una caduta della domanda aggregata con conseguente calo della produzione e dell'occupazione (da  $D_I$  sino a  $D_I'$  nella *Figura 5*). I mercati hanno iniziato a mettere in dubbio la solvibilità dei paesi periferici, con lo *spread* che ha iniziato a crescere nel biennio 2008-2009, dopo un decennio in cui è stato praticamente pari a zero (come mostrato nella *Figura 6*). La rivelazione dei "conti truccati" greci è stata la goccia che ha fatto traboccare il vaso con gli *spread* che hanno iniziato una corsa al rialzo che vedrà il suo apice nella primavera del 2012. Il rialzo dei rendimenti ha compresso ulteriormente la domanda aggregata, con

conseguente riduzione della produzione e dell'occupazione (da  $D_1'$  sino a  $D_1''$  nella Figura 5).

*Figura 6: Differenziale di rendimento dei titoli di stato decennali rispetto a quelli tedeschi, dati mensili (%)*

Fonte: elaborazione dati Eurostat



La crisi di liquidità, innescata dalla crisi di fiducia e non fronteggiata tempestivamente dalla Bce, ha costretto i governi dei paesi periferici a sostenere dolorose manovre di consolidamento fiscale per assicurare i mercati e impedire la perdita di accesso al credito: la cosiddetta *austerity*. Quella che in molti definiscono *Crisi dei Debiti Sovrani* può più correttamente essere definita *Crisi dell'Eurozona* in quanto è stata fortemente influenzata dalla fragilità istituzionale dell'area euro e imputabile, in particolare, al mancato ruolo di *prestatore di ultima istanza* svolto dalla Bce. Che l'Eurozona avesse bisogno di un prestatore di ultima istanza nei mercati dei titoli di stato



fu finalmente riconosciuto dalla Bce nel luglio del 2012 quando, dopo le famose parole del neopresidente Mario Draghi “*whatever it takes*”, vennero lanciate le OMT (*Outright Monetary Transactions*) che possono essere considerate vere e proprie operazioni di prestito di ultima istanza. Purtroppo, tali aiuti sono stati condizionati ad ulteriori piani di austerità, ma nonostante ciò l’impegno da parte della Bce ad acquistare illimitatamente i titoli degli stati membri ha ridotto la fragilità finanziaria del sistema, come mostrano le curve degli *spread* (*Figura 6*), che a partire dal 2012 fanno osservare un drastico calo. C’è da far notare come in quel periodo i tassi di rendimento sui titoli di stato siano calati drasticamente nonostante non vi sia stato nessun significativo miglioramento dei fondamentali: è bastato il semplice annuncio della Bce per far rasserenare la situazione sui mercati finanziari<sup>23</sup>. Un chiaro segnale a sostegno della necessità di avere una banca centrale che agisca da *prestatore di ultima istanza*.

In Italia le politiche di *austerity* hanno avuto origine con il cosiddetto “*Decreto salva Italia*” varato nel 2011 dall’allora esecutivo guidato da Mario Monti. Il decreto prevedeva numerosi interventi volti a ridurre la spesa e ad incrementare le entrate fiscali. La *Figura 7* – che mostra l’evoluzione dei saldi di bilancio in rapporto al Pil per il periodo 1999-2018 – dà un’idea dell’entità del consolidamento fiscale. Il saldo primario su Pil passa dallo 0,04% del 2010 sino al 1,06% del 2011, aumentando di un altro punto percentuale nel 2012 passando al 2,22%

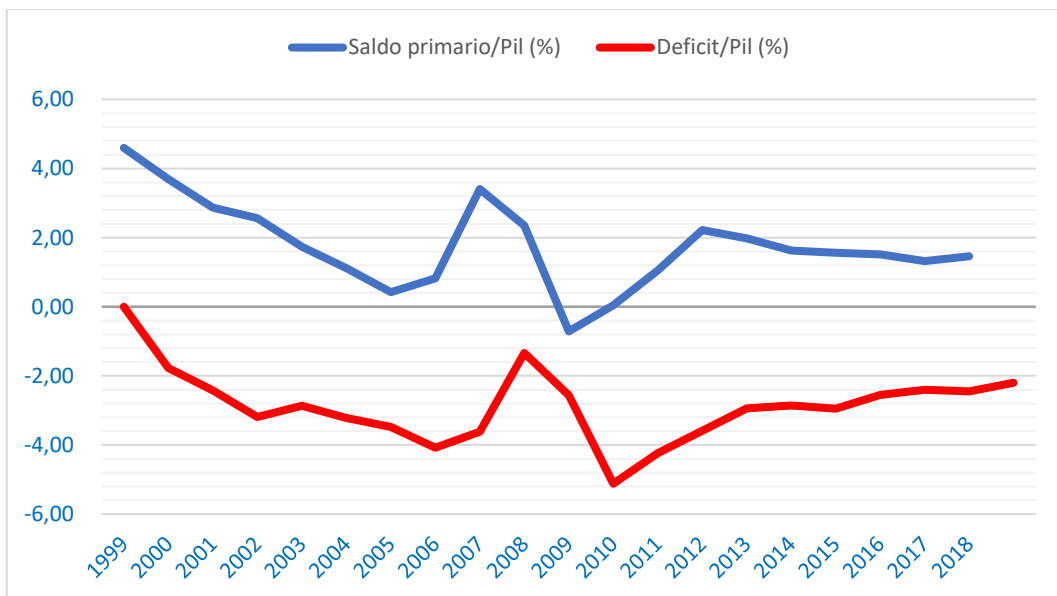
---

<sup>23</sup> Infatti, il piano OMT non fu utilizzato da nessun paese.

rispetto al Pil. Le politiche restrittive si sono dimostrate controproducenti, sia dal lato della riduzione del rapporto debito/Pil, che da quello della crescita economica.

*Figura 7: evoluzione dei saldi di bilancio in rapporto al Pil (1999-2018)*

*Fonte: Istat (saldo primario) e Ocse (deficit)*



Gli anni 2012 e 2013 sono stati caratterizzati, infatti, da una decrescita cumulativa del 4,82%, decrescita che ha sicuramente contribuito ad accentuare la spirale crescente del rapporto debito/Pil che, in quel periodo, è cresciuto di circa 10 punti percentuali.

### 3.4. Austerità e definanziamenti al sistema sanitario

Le politiche di consolidamento fiscale hanno interessato varie voci della spesa pubblica italiana tra cui anche la spesa sanitaria. La *Figura 8* mostra che la spesa pubblica destinata alla sanità, dopo un periodo (1999-2009) in cui è cresciuta ad un tasso abbastanza sostenuto, ha visto un forte rallentamento nel periodo successivo (2010-2018).

Figura 8: evoluzione della spesa sanitaria pubblica (1999-2018)

Fonte: Istat

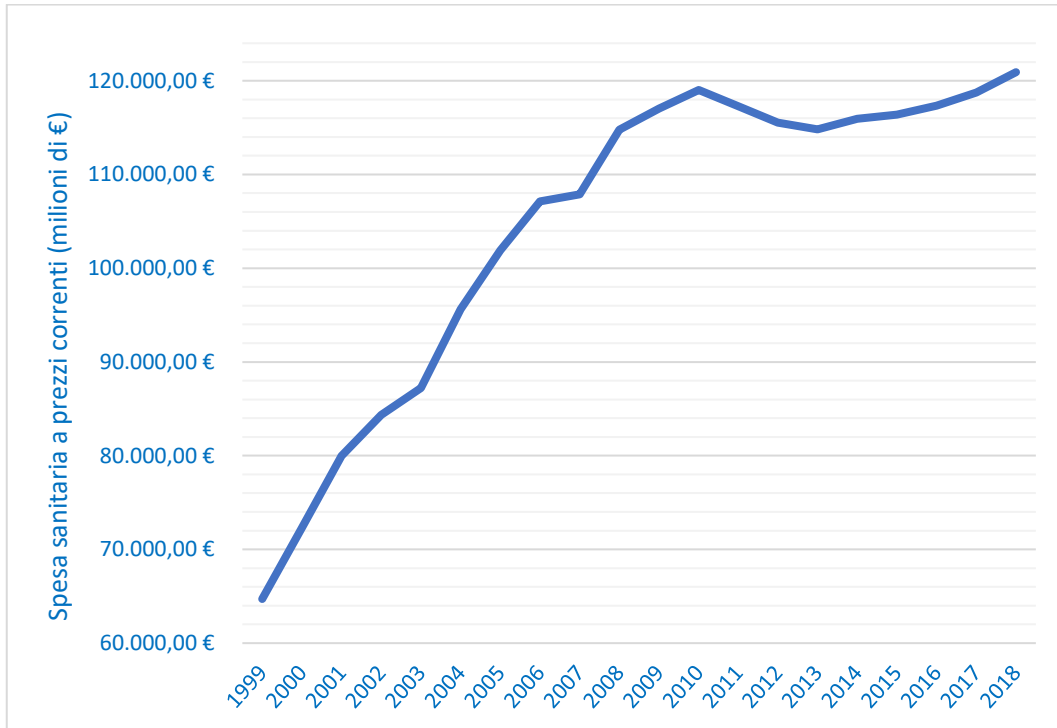
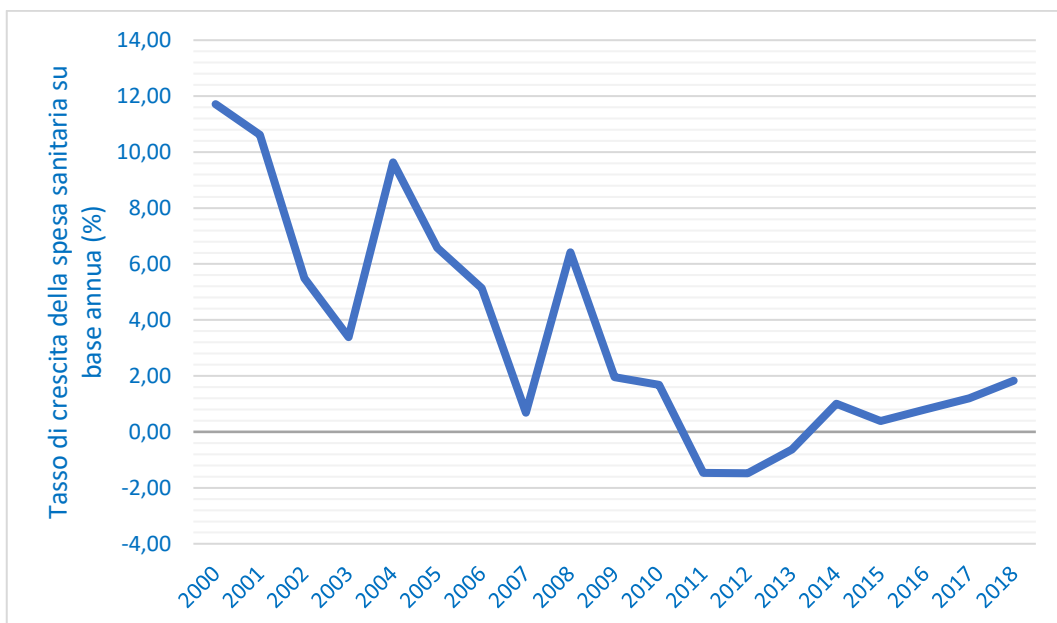


Figura 9: variazione annua della spesa sanitaria pubblica (2000-1999)

Fonte: elaborazione dati Istat



In particolare – come mostrato dalla *Figura 9* – la spesa sanitaria pubblica, che era cresciuta in media del 6,16% l'anno nel periodo 2000-2009, è cresciuta nel periodo successivo (2010-2018) solamente dello 0,37% l'anno. Se si considera che il tasso d'inflazione medio per l'ultimo periodo è stato pari a 1,2%, la crescita della spesa non è stata nemmeno sufficiente a mantenere costante il potere d'acquisto. Dai dati emerge inoltre, che negli anni che vanno dal 2011 al 2013 – gli anni dell'austerità - la spesa sanitaria pubblica non solo non è cresciuta come nel periodo precedente, ma si è persino ridotta. Nello specifico, vi è stata una riduzione del 1,47% nel 2011, del 1,48% nel 2012 e dello 0,63% nel 2013, portando ad una riduzione cumulata per il periodo pari a 3,58%. L'*austerità* ha dunque contribuito in modo abbastanza marcato al progressivo definanziamento del SSN, come evidenziato anche da uno studio condotto da [GIMBE](#) che afferma che “*nel decennio 2010-2019 tra tagli e definanziamenti al SSN sono stati sottratti circa € 37 miliardi*”<sup>24</sup>.

Anche osservando l'evoluzione della spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil, il risultato è più o meno lo stesso come mostra la *Figura 10*. L'indicatore cresce costantemente dal 1999 sino a toccare un massimo, pari a 7,4% circa, nel 2010 per poi decrescere sino al 6,85% nel 2018. Anche qui l'inversione di marcia si è vista nel periodo dell'*austerità* ed è proseguita negli anni successivi indipendentemente

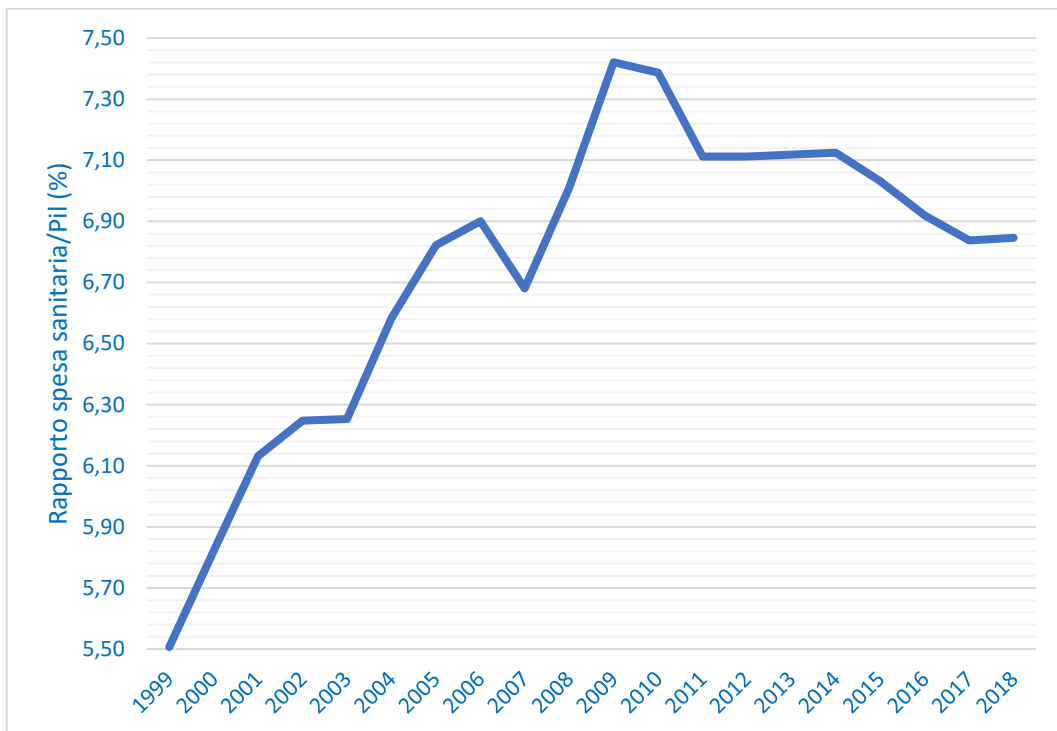
---

<sup>24</sup> Report GIMBE 2019.

dal “colore” dell’esecutivo, come evidenziato anche dagli studiosi di GIMBE nel *report* citato sopra.

*Figura 10: evoluzione del rapporto spesa sanitaria/Pil (1999-2018)*

*Fonte: elaborazione dati Istat*



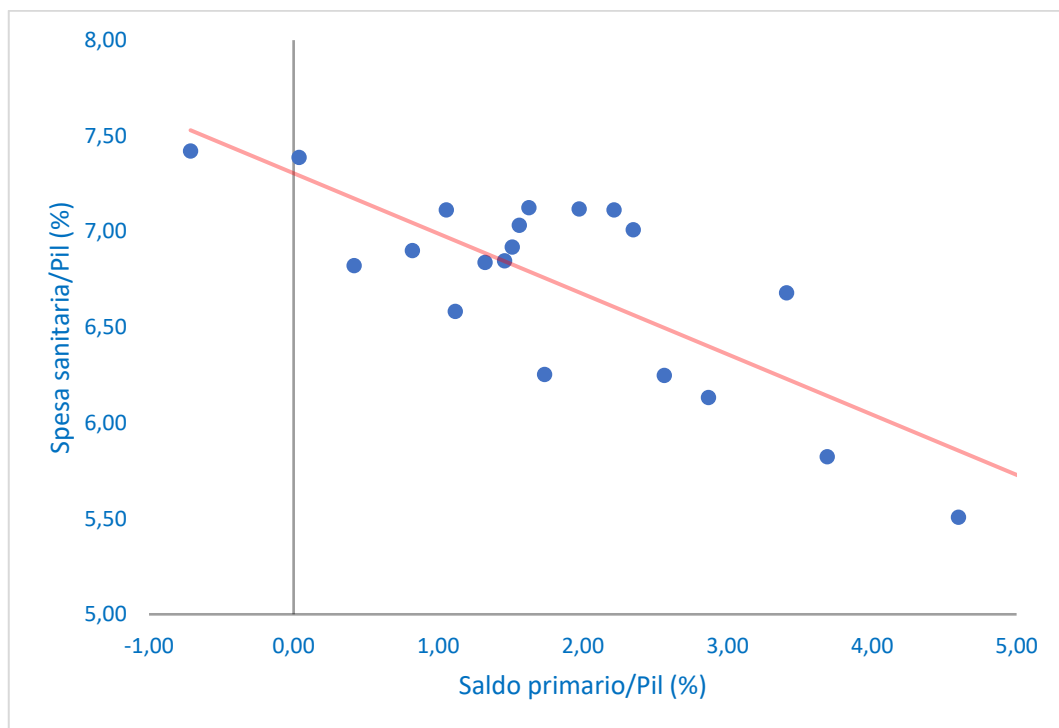
È interessante, a questo punto, chiedersi quanto sono “dolorose” le politiche di consolidamento fiscale in termini di tagli e definanziamenti al SSN. In primis, è bene definire cosa si intende per consolidamento fiscale e, in questo senso, la definizione più diffusa è quella che guarda al *saldo primario*<sup>25</sup> in rapporto al Pil. Tale definizione vede un’espansione fiscale come una riduzione del saldo primario, mentre un consolidamento fiscale come un suo incremento. È ragionevole supporre che, in presenza di un consolidamento fiscale, anche la spesa

<sup>25</sup> Per saldo primario si intende la differenza tra le entrate e le uscite della pubblica amministrazione al netto degli interessi sul debito pubblico.

sanitaria venga in un qualche modo “sforbiciata” e per indagare qual è l’entità che hanno assunto tali tagli nel corso delle varie manovre restrittive, l’autore ha svolto un’analisi di regressione per il periodo che va dal 1999 sino al 2018. La *Figura 11* mostra il diagramma di dispersione di tale analisi.

*Figura 11: relazione tra saldo primario/Pil e spesa sanitaria/Pil*

*Fonte: elaborazione dati Ocse (saldo primario) e Istat (spesa sanitaria)*



Sull’asse delle ascisse abbiamo il rapporto saldo primario/Pil, che rappresenta il regressore. Sull’asse delle ordinate abbiamo, invece, il rapporto spesa sanitaria/Pil, che rappresenta la variabile dipendente. Per stimare la relazione esistente tra le suddette variabili si è scelto di utilizzare il modello dei minimi quadrati ordinari (Ols). La relazione

viene ipotizzata lineare e rappresentata attraverso la seguente equazione:

$$(G_s/Y)_i = \beta_0 + \beta_1(S_p/Y)_i + u_i \quad [1]$$

Dove  $(G_s/Y)_i$  rappresenta la spesa sanitaria su Pil della  $i$ -esima osservazione;  $(S_p/Y)_i$  rappresenta il saldo primario su Pil della  $i$ -esima osservazione;  $u_i$  rappresenta il residuo della  $i$ -esima osservazione, che contiene tutte le altre variabili che incidono sul valore della variabile dipendente;  $\beta_0$  rappresenta l'intercetta di regressione;  $\beta_1$  rappresenta il coefficiente di regressione e può essere rappresentato come:  $\beta_1 = \frac{\Delta(G_s/Y)}{\Delta(S_p/Y)}$ <sup>26</sup>.

La *Tabella 1* mostra i risultati delle stime dei parametri  $\beta_0$  e  $\beta_1$  e le rispettive verifiche d'ipotesi.

*Tabella 1: stima dei coefficienti di regressione*

	<b>Coefficiente</b>	<b>Errore std.</b>	<b>Rapporto t</b>	<b>P-value</b>
$\widehat{\beta}_0$	7,30456	0,133397	54,76	1,78e – 021
$\widehat{\beta}_1$	-0,315173	0,0736694	-4,278	0,0005

Dai risultati esposti all'interno della *Tabella 1* è possibile risalire all'equazione della retta teorica<sup>27</sup> che rappresenta la stima della

<sup>26</sup> In altre, parole ci dice di quanto varia il rapporto spesa sanitaria/Pil al variare del rapporto saldo primario/Pil.

<sup>27</sup> Si riportano di seguito i principali indici che mostrano la bontà dell'analisi svolta:

<b>Media var. dipendente</b>	6,743241	<b>SQM var. dipendente</b>	0,509528
<b>Somma quadr. residui</b>	1,949184	<b>E.S. della regressione</b>	0,329071
<b>R-quadro</b>	0,604848	<b>R-quadro corretto</b>	0,582896

relazione tra il rapporto saldo primario/Pil e il rapporto spesa sanitaria/Pil:

$$\overline{(G_s/Y)} = 7,30456 - 0,315173\overline{(S_p/Y)} \quad [2]$$

La stima del coefficiente di regressione ( $\widehat{\beta}_1$ ) mostra che – per il periodo che va dal 1999 al 2018 – ogni volta che si è incrementato il saldo primario/Pil di un punto percentuale, il rapporto spesa sanitaria/Pil si è ridotto, in media, di circa 0,3 punti percentuali. In altre parole, ad ogni consolidamento fiscale della sopraindicata entità, si è assistito ad un taglio della spesa sanitaria per circa 4,6 miliardi.

### 3.5. Spesa sanitaria: un confronto con l'area Ocse

Arrivati a questo punto è lecito chiedersi se i tagli e i definanziamenti al SSN hanno inciso sull'andamento della spesa sanitaria relativamente agli altri paesi avanzati (Ocse). Quando si svolgono questi tipi di analisi solitamente l'indicatore più diffuso è quello che analizza la spesa dei vari paesi a parità di potere d'acquisto (PPP). La *Figura 12* mostra l'evoluzione della spesa sanitaria pubblica pro capite dal 1998 sino al 2018 a parità di potere d'acquisto, confrontando l'Italia con alcuni paesi dell'area Ocse e con la spesa media per l'intera area. I dati evidenziano come Italia, Grecia e Spagna – che appartengono ai *Piigs*

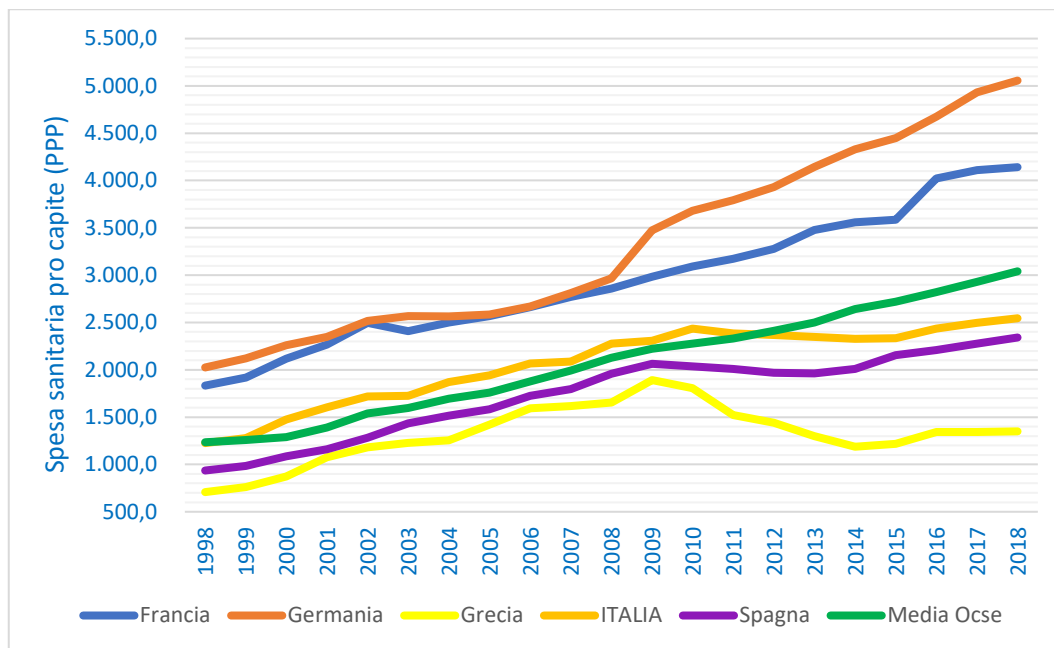
<b>F(1, 18)</b>	18,30308	<b>P-value(F)</b>	0,000452
<b>Log-verosimiglianza</b>	-5,095556	<b>Criterio di Akaike</b>	14,19111
<b>Criterio di Schwarz</b>	16,18258	<b>Hannan-Quinn</b>	14,57987
<b>rho</b>	0,70326	<b>Durbin-Watson</b>	0,531025



– dopo un periodo di costante crescita della spesa sanitaria pro capite, hanno fatto segnare un’inversione di tendenza a partire dal 2010.

*Figura 12: evoluzione della spesa sanitaria pro capite a parità di potere d’acquisto (1998-2018)*

Fonte: Ocse

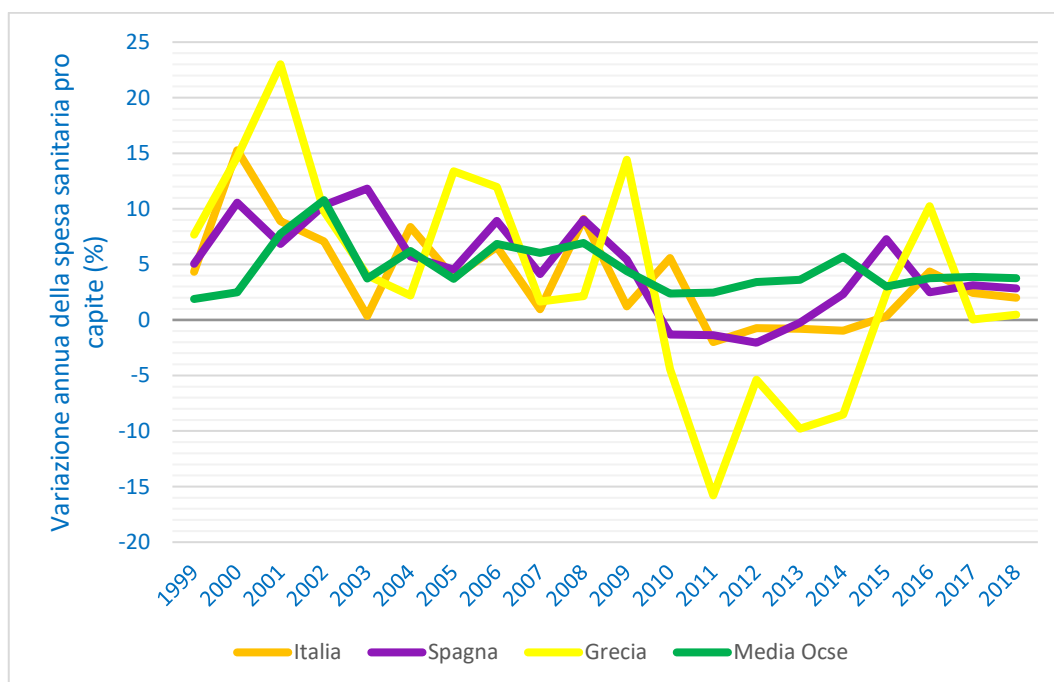


Spagna e Grecia, che si trovavano già al disotto della media Ocse, si sono distanziati ulteriormente allargando il *gap* con i principali paesi avanzati. L’Italia, che prima del 2010 si trovava al di sopra della media Ocse, dopo il 2010 è finita al di sotto di tale media. I nostri principali *partner* europei – Francia e Germania – sono largamente al di sopra della media Ocse e fanno registrare una costante crescita della spesa sanitaria pro capite. Dai dati emerge chiaramente come i tagli alla spesa sanitaria si sono verificati principalmente nei paesi soggetti a politiche di consolidamento più dure. Se analizziamo la variazione annua della spesa sanitaria pro capite per Italia, Grecia e Spagna

rispetto a quella della media Ocse (*Figura 13*), riusciamo meglio ad inquadrare il *trend*. Nel periodo che va dal 1999 sino al 2009 la spesa sanitaria pro capite di Italia, Grecia e Spagna è cresciuta, in media, rispettivamente del 6%, del 9,54% e del 7,48%, tassi di crescita superiori rispetto a quello medio dell'area Ocse che è stato, in quel periodo, pari a 5,52%.

*Figura 13: variazione della spesa sanitaria pro capite a parità di potere d'acquisto su base annua (1999-2018)*

Fonte: elaborazione dati Ocse



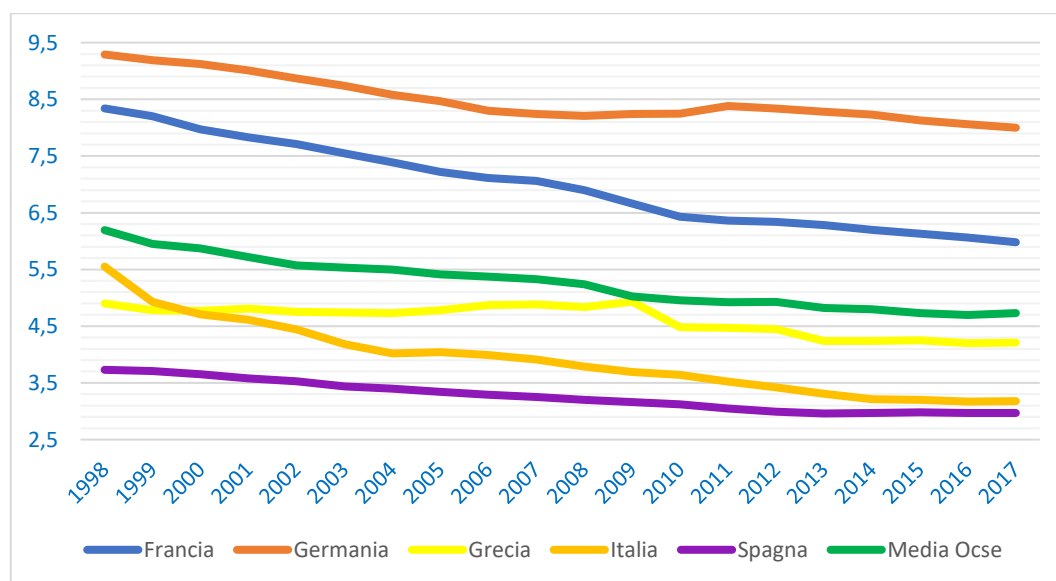
Nel periodo successivo (2010-2018) la variazione è stata del 1,13% per l'Italia, del -3,42% per la Grecia e del 1,45% per la Spagna, tassi di crescita inferiori a quello medio dell'area Ocse che è stato pari a 3,55%. Se consideriamo il periodo che va dal 2011 al 2013 – il periodo dei consolidamenti fiscali più duri – i dati dicono che il Paese più colpito è

stato la Grecia, con una decrescita della spesa sanitaria pro capite cumulata pari a circa il 30,9%. Anche Italia e Spagna hanno fatto registrare, seppur in misura minore, una decrescita della spesa pro capite nel suddetto periodo, pari al 3,55% per la prima e al 3,67% per la seconda.

Un altro indicatore interessante da analizzare e utile per un confronto internazionale è quello che rappresenta i posti letto ospedalieri ogni mille abitanti. La *Figura 14* mostra l'evoluzione di tale indice dal 1998 sino al 2017.

*Figura 14: evoluzione posti letto ospedalieri ogni 1000 abitanti (1998-2017)*

Fonte: Ocse



Anche in questo confronto Italia, Grecia e Spagna sono ben al di sotto, nel 2017, alla media Ocse (4,73), facendo registrare 3,18 letti ospedalieri ogni mille abitanti in Italia, 2,97 letti ospedalieri ogni mille abitanti in Spagna e 4,21 letti ospedalieri ogni mille abitanti in Grecia.

Anche in questo caso, i nostri principali *partner* europei – Francia e Germania – sono davanti a noi. La prima fa registrare, nel 2017, 5,98 posti letto ospedalieri ogni mille abitanti, mentre la seconda, sempre in quell'anno, circa 8 posti letto ospedalieri ogni mille abitanti.

## 4. CONCLUSIONI

A seguito dei risultati del lavoro svolto nei paragrafi precedenti è indispensabile instaurare una riflessione sul presente e sul futuro, sulla necessità di mettere in campo misure adeguate per contenere la nuova *pandemia* e sulle politiche/riforme economiche che si renderanno necessarie all'indomani della stessa.

Una prima certezza è che, nonostante i tagli, i definanziamenti e le riforme, il SSN è un fiore all'occhiello che ci viene invidiato da tutto il resto del mondo. In questi giorni maledettamente difficili ha saputo rispondere all'avanzata del contagio, resistendo, contrattaccando ed evitando il collasso. Tale risultato non è solo frutto delle strutture o delle conoscenze e delle competenze di medici, infermieri e operatori sanitari, ma è anche il frutto di uno straordinario senso civico e del dovere che in momenti come questi contraddistingue il nostro Paese. Basta solo pensare agli ottomila medici che in questi giorni hanno risposto immediatamente all'appello offrendosi volontari per prestare soccorso negli ospedali più colpiti.

Una seconda certezza è che la sanità deve essere necessariamente considerata come un bene pubblico e deve essere tenuta al riparo da malsane ed egoistiche logiche di mercato. Il godimento di tale bene deve essere, come sancito dalla Costituzione, reso disponibile a tutti indiscriminatamente e indipendentemente da ogni altra variabile. Per questo motivo, è indispensabile, una volta che l'emergenza *covid-19* sarà finalmente domata, ripensare al Sistema Sanitario Nazionale

rimettendo al centro l'obiettivo della diffusione equa e inclusiva del bene pubblico sanità su tutto il territorio nazionale. Le varie riforme degli ultimi anni hanno invertito pericolosamente la rotta sancita dai "Padri Costituenti", permettendo l'esistenza di fazioni territoriali che possono godere più di altre di questo bene. In questo senso, sarebbe opportuno ripensare al sistema di finanziamento al SSN in modo che l'ammontare delle risorse e la loro destinazione sia deciso dall'amministrazione centrale senza tener conto del contributo delle varie regioni alla creazione della ricchezza nazionale. Con questo non si vuole far venire a meno il principio di *sussidiarietà*, inteso come fornitura dei servizi da parte del livello di governo più vicino possibile al cittadino, ma si auspica una gestione centralizzata delle risorse da destinare alle varie amministrazioni locali.

Una terza certezza è che gli eventi correlati alla nuova *pandemia*, soprattutto la contrazione economica ad essa conseguente, obbligheranno la *governance* e le istituzioni europee ad un cambio di paradigma. Se così non fosse e la crisi economica fosse gestita nuovamente attraverso ricette "lacrime e sangue" – ricette di cui è stato fatto largo uso nella crisi più recente – si rischierebbe una spaccatura definitiva e difficilmente ricucibile che segnerebbe la fine dell'Unione Europea e dell'Eurozona. In questo senso, serve immettere tutte le risorse necessarie nel sistema sanitario al fine di garantire il minor danno possibile in termini di vite umane. Inoltre, tali risorse non devono essere viste come risorse *una tantum* ma, visti i dati relativi alla spesa sanitaria nel nostro paese che parlano di tagli e

definanziamenti, è indispensabile che le disponibilità aggiuntive vengano destinate al sistema in modo strutturale e permanente. Non va in questo senso la *Legge sanità n.14* del 9 marzo scorso che apre la porta – per i ventimila medici e infermieri che verranno assunti per fronteggiare l'emergenza – a soluzioni contrattuali precarie che prevedono contratti di un anno senza possibilità di rinnovo. A livello europeo, invece, si sta finalmente iniziando a prendere qualche decisione importante. Prima su tutte, la storica decisione della Commissione di attivare la clausola che permette di “stoppare” il Patto di Stabilità e Crescita (Psc), consentendo tutta la flessibilità necessaria a fronteggiare l'emergenza sanitaria ed economica. Un primo segnale nel verso della presa di consapevolezza che le politiche di *austerità* – come abbiamo visto nei paragrafi precedenti – si sono rivelate controproducenti. Un'altra decisione importante è quella presa dal Consiglio Direttivo della Bce nei giorni scorsi – dopo un clamoroso “scivolone” della Presidente Christine Lagarde – di attivare 750 miliardi di euro per fornire liquidità all'area euro. Tuttavia, come sostengono anche i più di 150 economisti che hanno scritto una [lettera](#) al premier Giuseppe Conte, serve di più.

Dal lato della politica monetaria è indispensabile, secondo l'autore, che la Bce annoveri tra le sue funzioni quella di *prestatore di ultima istanza*, acquistando illimitatamente i titoli di Stato dei paesi in difficoltà nei momenti di crisi. In questo modo si eviterebbe di trasformare tutte le crisi di liquidità in potenziali *default*, obbligando a dolorosi aggiustamenti i paesi membri. L'accesso a tali aiuti, inoltre,

non dev'essere condizionato a piani di austerità imposti dalla famigerata *Troika*, come fu nel caso delle OMT, evitando così di far perdere di efficacia alla politica stessa in termini di effetti sull'economia reale.

Dal lato della politica fiscale, serve il ricorso a politiche espansive per fronteggiare l'emergenza sanitaria e sostenere la domanda aggregata. I 25 miliardi stanziati dall'esecutivo vanno sicuramente nella direzione giusta ma non sono sufficienti. Serve una manovra fiscale coordinata a livello europeo e finanziata con *Eurobond*, privi di rischio e a bassi tassi d'interesse, in modo da non gravare ulteriormente sui debiti pubblici dei singoli paesi.

Vorrei infine precisare che, anche se il lavoro esposto in queste pagine può sembrare molto critico nei confronti dell'architettura istituzionale europea, tale criticità non dev'essere intesa in senso distruttivo, ma bensì in senso costruttivo. Chi scrive si considera un europeista convinto e consapevole dell'importanza di appartenere a istituzioni sovranazionali e, proprio per questo, si auspica che vengano prese tutte le decisioni necessarie a cambiare paradigma e a garantirne la sopravvivenza. In questo senso, voglio concludere questo scritto lasciando riflettere il lettore su questa citazione:

*“La difficoltà non risiede nelle nuove idee, ma nel sottrarsi alle vecchie che [...] ramificano in ogni angolo della mente”*

*J. M. Keynes, 13 dicembre 1935*