

Piano Bridge Sanità

Sommario

Un Piano in cinque mosse per ridisegnare la sanità italiana nel post Covid, valorizzando lo strumento del *Pandemic Crisis Support*, la linea di credito speciale creata in ambito MES. Risorse che per l'Italia ammonterebbero sino a 36 miliardi di euro (2 punti di Pil) e che sarebbero soggette ad una unica condizione: il finanziamento della sanità, dei costi di prevenzione e cura, diretti o indiretti, per consentire al Paese di fronteggiare ordinatamente l'eventualità di una nuova emergenza pandemica. Lo ha messo a punto "M&M - Idee per un Paese migliore", l'Associazione presieduta da Fabrizio Pagani che riunisce centinaia tra manager, imprenditori, accademici di diversa estrazione e provenienza politica.

Il Piano, elaborato in collaborazione con la Fondazione CERM, Competitività, Regole, Mercati, presieduta da Fabio Pammolli, mira a far sì che la crisi possa costituire un'occasione di cambiamento, valorizzando la linea di finanziamento del MES per potenziare, in modo ordinato e programmato, alcuni snodi chiave del sistema sanitario. Nel testo si ipotizza il ricorso alla linea di finanziamento sino all'importo massimo disponibile. Il programma potrà essere rimodulato a fronte degli approfondimenti tecnici che dovranno essere svolti in una fase più avanzata dell'analisi istruttoria (cf., inoltre, le considerazioni in Appendice C, punto 7).

Il focus è sulla modernizzazione del sistema sanitario in termini di strutture ospedaliere, assistenziali e di prossimità, dotazioni tecnologiche, infrastrutture digitali per la raccolta e l'analisi dei dati. Il programma si propone di contribuire a raggiungere un equilibrio tra prevenzione, assistenza territoriale e sanità ospedaliera, in linea con le previsioni del DM 70/2015, proseguendo lungo il percorso di allineamento di fabbisogni e spesa standard avviato con la L 42/2009.

Cinque le linee principali d'intervento del programma, messo a punto, oltre che da Pagani e Pammolli, da un team di esperti composto, tra gli altri, da Carlo Altomonte, Gioia Ghezzi, Cosimo Pacciani, Roberto Sambuco e arricchito grazie ai commenti di Valentina Canalini, Fabrizio Landi, Claudio Tucciarelli:

1) Programma per l'ammodernamento della rete ospedaliera nazionale, razionalizzando le complementarità con le linee di finanziamento esistenti, attraverso una struttura di progettazione degli strumenti di finanziamento e degli interventi, per realizzare nuove strutture in sostituzione delle esistenti o il retrofit di strutture disponibili, rendendole idonee all'ordinata gestione delle malattie infettive e delle emergenze pandemiche.

- 2) Adeguamento delle strutture intermedie di cura, delle strutture di prossimità e delle residenze sanitarie assistenziali (RSA), rendendole idonee all'ordinata gestione delle malattie infettive e delle emergenze pandemiche;
- 3) Realizzazione di una rete nazionale permanente di monitoraggio sanitario e biosorveglianza, con la previsione di un coordinamento centrale e con il contestuale rafforzamento delle reti regionali e territoriali;
- 4) Potenziamento della rete di prevenzione, diagnostica e assistenza domiciliare e realizzazione di una rete per la telemedicina e la teleassistenza (*home-care*), per concentrare gli Ospedali sulle funzioni di *Acute Care Centers*, gestendo cronicità, medicina terminale e epidemiologia sul territorio;
- 5) Rinnovo delle dotazioni tecnologiche sanitarie in coerenza con gli indirizzi di cui sopra e, inoltre, costituzione di una rete nazionale di laboratori per lo svolgimento di test diagnostici, con particolare riferimento ai test di natura genetica e molecolare.

Il piano prevede interventi da finanziare ex novo, la rifinalizzazione di stanziamenti esistenti, l'accelerazione di programmi pluriennali d'investimento.

Le misure dovranno essere coerenti con un quadro di programmazione pluriennale, che ne assicuri la sostenibilità, curando di non determinare un innalzamento della spesa sanitaria pubblica corrente a regime.

L'esecuzione del programma prevede procedure accelerate per le Regioni che abbiano adottato piani sociosanitari previsti dal DM 70/2015 e, inoltre, l'identificazione, presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, di un soggetto responsabile della progettazione delle soluzioni di finanziamento, dell'attuazione e della rendicontazione, assicurando tempi certi per la realizzazione, l'aggiudicazione e il monitoraggio delle attività programmate e dei relativi bandi di gara.

Le amministrazioni regionali cureranno in autonomia lo svolgimento delle gare, fatta salva la previsione di poteri sostitutivi per assicurare in ogni caso il rispetto dei tempi di esecuzione del programma.

I. Un nuovo strumento: il *Pandemic Crisis Support*

La recente decisione dell'Eurogruppo di introdurre un nuovo strumento nell'ambito del Meccanismo Europeo di stabilità (MES) in risposta alla crisi COVID-19 si fonda sulla provata capacità del MES come emittente pubblico (il MES può emettere titoli per centinaia di miliardi di euro) e sulla sua credibilità sui mercati dei capitali (il MES gode della 'tripla A, ossia il massimo rating possibile).

È evidente che la crisi del Covid-19 è, a differenza di quelle del periodo 2010-12 e la crisi greca del 2015, una crisi simmetrica, che ha colpito tutti i Paesi ed in cui nessuno Stato si ritrova singolarmente in una situazione di difficoltà finanziaria con il rischio di perdita di accesso al mercato. Ne consegue che per permettere l'accesso al MES nell'ambito della crisi COVID-19, si è dovuto concepire uno strumento nuovo, diverso da quelli utilizzati in passato.

Si è dunque creata una linea di credito speciale: il *Pandemic Crisis Support* (PCS). La possibilità di creare strumenti di questo tipo, separati dall'operatività tradizionale, è prevista dal Trattato fondativo del MES e non è stato necessario introdurre modifiche.

Proprio in ragione della sua specificità, la linea di credito PCS non ha condizionalità, se non quella di spendere i fondi per il finanziamento nazionale di costi sanitari diretti o indiretti dovuti all'emergenza COVID-19 (cf. Appendice A per un approfondimento sul funzionamento dello strumento).

II. L'Italia e il *Pandemic Crisis Support*

L'Italia potrebbe accedere a finanziamenti PCS per 2% del PIL, ovverosia fino a 36 miliardi. Questa linea di credito è finalizzata al finanziamento nazionale di costi sanitari, di cura e prevenzione, diretti o indiretti, dovuti all'emergenza COVID-19.

L'utilizzo da parte dell'Italia delle risorse PCS porta i seguenti benefici:

- Un 'vantaggio' pari a circa 150bps per i circa 36 miliardi disponibili. Si tratta di un risparmio considerevole che ammonta ad alcuni miliardi di Euro;
- Una minore utilizzazione, per l'Italia, del mercato internazionale del debito, dato che i prestiti proverrebbero da una istituzione europea e avrebbero la natura di finanziamenti a condizioni particolari e a lunga scadenza;
- Un ampliamento delle fonti di finanziamento dello Stato, in un momento che ha visto un aumento senza precedenti, per dimensioni e urgenza, di spesa pubblica;
- Un'allocazione di fondi esclusivamente mirata a rafforzamento e riforma del sistema sanitario, in maniera profonda e moderna, che tenga conto delle esigenze della salute nel Covid e post-Covid, dunque anche in chiave di prevenzione e rifocalizzazione del SSN, verso una maggiore articolazione della medicina del territorio.

Infine, un utilizzo ordinato e programmato dei fondi PCS ben si coordina ed è complementare alle ulteriori risorse previste dalla *EU Recovery Initiative* nell'ambito del programma *EU4Health*, finalizzato allo sviluppo di politiche sanitarie a carattere generale per l'intera UE.

III. Interventi per il rafforzamento e riforma del sistema sanitario

Il programma d'intervento con risorse PCS si propone d'imprimere un'accelerazione significativa alla modernizzazione del sistema sanitario nazionale, accrescendone la resilienza rispetto al rischio di epidemie, ripensando il ruolo delle strutture ospedaliere come *Acute Care Centers* interconnesse ma fisicamente separate dalle strutture di medicina territoriale (RSA, Centri di gestione della cronicità, *Home-Care*, Centri di *Day Care* diagnostici e terapeutici, Unità di Riabilitazione e Prevenzione).

L'obiettivo primario è quello di disegnare e attuare un Programma di Emergenza Sanitaria che rafforzi il Paese nella capacità di gestire ordinatamente le malattie infettive e le emergenze epidemiche. L'intervento si propone di intervenire su alcuni snodi e strutture chiave del sistema sanitario, con evidenti benefici complessivi.

Le linee d'intervento previste ricomprendono sia nuovi programmi da finanziare *ex novo* che la copertura di stanziamenti eleggibili già esistenti e la velocizzazione di programmi pluriennali d'investimento già previsti.

Si prevedono interventi finalizzati alla modernizzazione della rete degli ospedali e al potenziamento della capacità installata per il fronteggiamento delle malattie infettive, al rafforzamento delle strutture di prossimità e di residenza assistita, al potenziamento della rete di monitoraggio sanitario e biosorveglianza, alla costituzione di un'adeguata capacità installata per lo svolgimento di test diagnostici di laboratorio, al rafforzamento della medicina generale e delle attività di telemedicina e teleassistenza.

Le misure sono coerenti con un quadro di programmazione pluriennale, che ne assicura la sostenibilità, senza determinare un innalzamento della spesa pubblica corrente a regime.

Il focus primario è sulla modernizzazione del sistema sanitario, in termini di strutture edilizie, dotazioni tecnologiche, infrastrutture digitali, con l'obiettivo di raggiungere un efficace bilanciamento tra attività di prevenzione, assistenza territoriale e sanità ospedaliera e con soluzioni capaci di assicurare la continuità ospedale-territorio, in linea con le previsioni del DM 70/2015.

L'esecuzione del programma prevede l'identificazione di un soggetto responsabile della progettazione degli strumenti di finanziamento da impiegare, dell'attuazione e della rendicontazione, assicurando tempi certi per la realizzazione, l'aggiudicazione e il monitoraggio delle attività programmate e dei relativi bandi di gara.

La struttura responsabile dell'attuazione del programma supporterà le amministrazioni nella scrittura dei bandi di gara e dei contratti, assicurandone comunque l'esecuzione nei tempi prefissati (cf. infra, Appendice B).

Si prevedono cinque linee principali d'intervento:

- 1) La prima linea, che assume un peso prevalente, prevede un programma urgente per l'ammodernamento della rete ospedaliera nazionale, realizzando nuove strutture in sostituzione delle esistenti o il retrofit di strutture esistenti, per renderle idonee alla gestione delle malattie infettive e delle emergenze epidemiche. Il programma conferma gli standard vigenti di numeri di posti letto per 1.000 abitanti, così come i rapporti tra acuzie, lungodegenze e post acuzie. La linea d'intervento dovrà inoltre consentire la realizzazione di una rete nazionale per la cura e la gestione delle malattie infettive, con un livello di ridondanza distribuito sul territorio nazionale e in modo da preservare, in caso di pandemia, il normale funzionamento delle strutture ospedaliere. Per ciascuna Regione, sarà identificato un numero congruo di ospedali in specializzati nella gestione delle malattie infettive e delle emergenze epidemiche. Lo stanziamento effettivo si baserà sui documenti di programmazione regionale, sull'analisi della composizione per età e delle dotazioni degli ospedali esistenti e sulla costruzione di ospedali dimensionati adeguatamente, dotati di terapie intensive, dotazioni tecnologiche, profili energetici e layout idonei. In Italia, ancora troppi ospedali sono vecchi. Oltre il 30 per cento delle

strutture sono state realizzate prima del 1940, mentre l'età media dei circa 800 ospedali presenti sul territorio nazionale è superiore a 50 anni. I ritardi nei contratti di appalto e le lungaggini burocratiche dei dialoghi competitivi hanno ritardato il rinnovamento della rete ospedaliera. Gli ospedali vecchi sono anche eccessivamente costosi da mantenere, oltre che inefficienti sotto il profilo dei consumi energetici. La realizzazione di nuove strutture in sostituzione delle esistenti o il retrofit di strutture esistenti per renderle energeticamente efficienti può tradursi, oltre che in un layout idoneo alla gestione delle malattie infettive e delle emergenze epidemiche, in una riduzione dei costi operativi di un ospedale in modo sostanziale (riduzione di almeno il 20% dei costi energetici). Si prevede che la linea di finanziamento consenta di realizzare *un effetto blending*. In particolare, si richiede che la linea d'intervento attivi, grazie alla collaborazione con la Banca Europea degli Investimenti (BEI), una piattaforma di coinvestimento capace di promuovere il *blending* tra finanziamento in forma di *grant* e prestiti di lungo periodo, con la contestuale costituzione di SPV dedicati. Questa soluzione permette di realizzare un effetto moltiplicatore sul lato del finanziamento e, inoltre, di mobilitare le competenze tecniche, finanziarie e gestionali di investitori istituzionali specializzati, per realizzare strutture sostenibili sotto il profilo energetico e inserite adeguatamente all'interno dei sistemi di trasporto. Si stima, in prima approssimazione, che il rinnovo della rete ospedaliera possa beneficiare di uno stanziamento sino a circa 30 miliardi di euro, di cui **17,5 miliardi** a valere sulla linea di finanziamento PCS (3,5 miliardi all'anno per 5 anni).

- 2) La seconda linea di finanziamento si concentra sull'adeguamento delle strutture intermedie di cura cioè delle strutture di medicina territoriale (RSA, Centri di gestione della cronicità, Centri di Day Cure diagnostici e terapeutici, Unità di Riabilitazione e Prevenzione) rendendole nel contempo *pandemic-compliant*. In questo caso, con operazioni di importo unitario inferiore rispetto agli interventi prospettati sub 1), il finanziamento PCS consente di attivare, attraverso la collaborazione con la BEI, una linea di coinvestimento sulle strutture intermedie di cura e di residenza sanitaria assistenziale. Questa linea d'intervento si propone di rafforzare la rete extra ospedaliera per la gestione di problemi medici non gravi e per la gestione delle fasi di cura e assistenza post acuta e per la rete di gestione delle cronicità e della medicina terminale. Si stima, in prima approssimazione, che l'ammodernamento della rete delle strutture di assistenza e cura possa richiedere un finanziamento sino a circa 7,5 miliardi di euro (circa 1.5 miliardi all'anno per 5 anni), di cui circa **3,5 miliardi** a valere sulla linea di finanziamento PCS. Sarà prevista una linea di finanziamento anche per formazione del personale.
- 3) Realizzazione di una rete permanente di monitoraggio sanitario e biosorveglianza, con una struttura di coordinamento e di analisi dei dati a livello centrale e con il contestuale rafforzamento e coordinamento delle reti regionali e territoriali. Questa linea d'intervento, che prevede la realizzazione di adeguate soluzioni di interoperabilità tra basi di dati diverse (anagrafe, fascicolo sanitario, esenzioni, anagrafe tributaria, anagrafe

delle imprese...) appare di particolare importanza per l'introduzione di piani integrati di gestione delle cronicità e delle comorbidità, per la costruzione di modelli predittivi per l'analisi dei fattori di rischio e, in caso di epidemie, per la tempestiva localizzazione dei focolai d'infezione. Si stima, in prima approssimazione, che la costruzione della rete nazionale di monitoraggio sanitario e biosorveglianza e il contestuale rafforzamento delle reti regionali e territoriali, possano richiedere un finanziamento complessivo sino a circa **6** miliardi di euro, a valere sulla linea di finanziamento PCS (1.2 miliardi all'anno per 5 anni).

- 4) Rafforzamento della rete di diagnostica e assistenza domiciliare (Home-Care, Medicina Terminale). Realizzazione, in coordinamento con la medicina generale, di una rete per la gestione domiciliare del paziente, con supporto di tecnologie di telemedicina e di teleassistenza. Si stima, in prima approssimazione, un finanziamento complessivo pari a circa **5** miliardi di euro (circa 1 miliardo all'anno per 5 anni), a valere sulla linea di finanziamento PCS. Sarà prevista inoltre una linea di finanziamento per la formazione del personale infermieristico. Il sistema è integrato con il fascicolo sanitario e integra le cartelle cliniche del paziente. L'obiettivo è quello di rafforzare le seguenti attività:
- a. Diagnostica, triage, supporto alla decisione medica;
 - b. Gestione giornaliera del paziente a casa e visite in remoto;
 - c. Supporto del mantenimento della salute del paziente;
 - d. Monitoraggio e gestione delle condizioni croniche;
 - e. Supporto delle fasi preoperatorie e post-acute;
 - f. Gestione della fase terminale dei pazienti post-acute.
- 5) Rinnovo delle dotazioni tecnologiche sanitarie e realizzazione di una rete nazionale di laboratori per lo svolgimento di test diagnostici, con particolare riferimento ai test genetici e molecolari. Obiettivo primario della linea d'intervento è quello di imprimere un'accelerazione all'adeguamento delle dotazioni strumentali delle strutture sanitarie e, inoltre, di assicurare un numero congruo di centri di rilevamento. Elemento chiave è la creazione di impianti in grado di produrre test IVD su grande scala, con particolare attenzione alla produzione di reagenti di laboratorio. Si stima, in prima approssimazione, uno stanziamento di risorse pari a circa **4,5** miliardi di euro, a valere sulla linea di finanziamento PCS (1,5 miliardi all'anno per tre anni).

IV. L'Esecuzione del programma

Per assicurare la realizzazione del programma in 5 anni sarà necessario curare il rispetto dei tempi per l'aggiudicazione dei bandi di gara e l'esecuzione dei lavori. Per realizzare questo obiettivo, il programma d'intervento prevede alcuni punti qualificanti.

L'esecuzione del programma prevede la costituzione di un soggetto responsabile del programma, che curerà la progettazione, l'attuazione e la rendicontazione, assicurando tempi certi per la realizzazione, l'aggiudicazione e il monitoraggio delle attività programmate e dei relativi bandi di gara. La struttura responsabile dell'attuazione del programma potrà fungere da stazione appaltante o lasciare che le amministrazioni bandiscano le gare direttamente, assicurando comunque l'esecuzione del piano definito.

1. La programmazione degli investimenti¹

Nel caso di Regioni che abbiano adottato un piano sociosanitario coerente con i due provvedimenti sopra citati, l'analisi delle priorità e della rilevanza degli investimenti risulterà di veloce soluzione.

Per le Regioni che non abbiano ancora adottato il piano, la valutazione dei documenti programmatici sarà svolta a cura del Nucleo di Valutazione degli Investimenti istituito presso il Ministero della Salute. Per le Regioni che hanno adottato piani sociosanitari adeguati rispetto al DM 70, il parere del Nucleo di Valutazione è sostituito da un semplice nulla osta da parte del Ministero.

Per l'utilizzo dei fondi PCS, anziché procedere con la sottoscrizione degli accordi di programma tra Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e Regione (fondi ex art. 20 della L. n. 67/88), il Ministero approva direttamente il programma degli investimenti presentato dalle singole Regioni. Il programma verrebbe inserito all'interno dell'Osservatorio Investimenti del NSIS per assicurarne il monitoraggio. Rimangono in capo alle Regioni, attraverso le Aziende Sanitarie, le competenze per la progettazione, l'appalto e la realizzazione delle opere. Nel complesso, si ritiene che questo

¹ La programmazione degli investimenti dovrà essere coerente con le disposizioni contenute nel decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e s.m.i., e in particolare l'articolo 15, comma 13, lett. c), oltre a quanto disposto dal Decreto del Ministro della Salute 2 aprile 2015, n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

assetto possa assicurare una drastica riduzione, stimata in almeno due anni, rispetto allo stato attuale dei tempi per la messa a disposizione effettiva dei fondi.

2. Le stazioni appaltanti

Nel corso degli anni, si è registrato un significativo impoverimento, in numero e in professionalità, delle figure tecniche e amministrative che operano all'interno delle aziende sanitarie. Queste figure sono fondamentali per la gestione degli investimenti sia in fase di realizzazione che di gestione, con attività non esternalizzabili.

Pertanto, l'investimento nel reclutamento e nella formazione (tecnica, economica, amministrativa, gestionale) dell'organico tecnico-amministrativo è di prioritaria importanza. Su questi aspetti, si veda Appendice B.

3. Il monitoraggio degli investimenti e il supporto alle stazioni appaltanti

Una parte significativa del tempo necessario per realizzare un'opera è costituita da tempi "morti" nel passaggio da una fase all'altra: un continuo monitoraggio di avanzamento dell'investimento potrebbe essere un modo per stimolare il soggetto attuatore a ridurre queste tempistiche.

Il programma dovrà prevedere la strutturazione, presso il Ministero dell'Economia, di un'unità responsabile del monitoraggio e del supporto alle stazioni appaltanti. Un importante aiuto alle stazioni appaltanti potrebbe essere costituito dall'individuazione di tempi certi per l'ottenimento di tutti i pareri a qualunque titolo necessari, potenziando l'istituto della conferenza dei servizi, anche in forma asincrona, e prevedendo esplicitamente il silenzio-assenso da parte di tutti gli enti coinvolti.

Appendice

A. Il Pandemic Crisis Support del MES

Qui di seguito gli elementi salienti del nuovo Pandemic Crisis Support (PCS) del MES.

- 1) Strumenti: Il Pandemic Crisis Support utilizza due strumenti finanziari specificamente modificati: l'*Enhanced Conditions Credit Line* e il *Primary Market Purchase*. In pratica significa che il PCS può erogare risorse non solo in forma di prestito, ma anche comprare titoli emessi dai paesi dell'Eurozona.
- 2) Ammontare: le risorse ottenibili equivalgono fino a 2% del PIL del paese richiedente, per un totale di circa Eur240bn e assegnati ai Paesi su base pro-rata. Questo vuol dire che l'Italia potrebbe attingere fino a Eur36bn del totale.
- 3) Modalità: lo strumento finanzia i Paesi in contante o attraverso l'emissione di titoli MES (*in kind*). Questa seconda modalità può dare al Paese più flessibilità nell'uso dei fondi, in particolare relativamente alla disponibilità temporale degli stessi. L'erogazione del prestito è limitata ad una richiesta al mese, fino al 15% dell'ammontare totale disponibile per il Paese. Tutto ciò permette al MES di ottimizzare il suo piano di emissioni di titoli (il *funding plan*).
- 4) Tempistica: Il PCS sarà disponibile inizialmente dal 15 maggio 2020 al 31 Dicembre 2022. Durante questo periodo, i Paesi potranno richiedere accesso ad una linea specifica di prestito. Una volta creata la linea, il Paese avrà un periodo iniziale di 12 mesi, estendibile due volte per sei mesi, in cui poter fare richiesta specifica di fondi. La scadenza di cui sopra è estendibile, a giudizio del Consiglio dei Governatori del MES (I 19 ministri delle finanze dell'Eurozona), su proposta del Direttore Generale del MES per garantire una maggiore flessibilità nell'accensione del fondo.
- 5) Spese eleggibili: le risorse del PCS devono essere utilizzate per il finanziamento nazionale di costi sanitari, di cura e prevenzione, diretti o indiretti, dovuti all'emergenza COVID-19.

- 6) Condizionalità: Il prestito non ha condizionalità, a parte la destinazione dei fondi. La Commissione Europea ha escluso il ricorso al meccanismo di sorveglianza rafforzata nel monitoraggio dei conti pubblici dei Paesi che usufruiranno del PCS. In questo senso verrà emendato il Regolamento delegato 877/2013, mentre il Regolamento 472/2013 (*Two Pack*) non troverà scopo di applicazione, se non nella previsione di rapporti trimestrali da parte degli Stati membri relativi all'uso dei fondi utilizzati per le spese oggetto del finanziamento. Inoltre, il sistema di allerta, o *'Early Warning System'* utilizzato dal MES per asseverare la capacità del Paese di ripagare i prestiti non subirà variazioni, rimanendo esclusivamente uno strumento interno di valutazione dei rischi. Non ci saranno missioni nel Paese richiedente né della Commissione, né del MES, come invece è previsto durante un programma di finanziamento.

- 7) Interessi: Il costo della linea è di 10bps in aggiunta al costo a cui si finanzia il MES, che dipende dalla strategia del funding - che, si può immaginare, sia basata su un mix di obbligazioni a breve e medio termine. In aggiunta, ogni paese finanziatore dovrà anche pagare una iniziale (upfront) commissione di 25bps e un'altra piccola commissione annuale di servizio di 0.5bp. Quindi, il primo anno un paese aderente pagherebbe: costo di finanziamento del $MES+10bp+0.25bp+0.05bp$ sull'ammontare del finanziamento; per poi scendere a: costo del finanziamento del $MES+10bp+0.05bp$ negli anni successivi. La componente del costo legata al MES è variabile e dipenderà dalla tipologia di richiesta da parte dei Paesi e del tipo di utilizzo. Il MES deciderà di volta in volta come strutturare il suo piano di emissioni, per accomodare gli importi e le scadenze richieste.

- 8) Scadenza: La scadenza media dei finanziamenti erogati si presuppone di essere attorno ai dieci anni.

- 9) Seniority: I prestiti del MES beneficiano dello stato di creditore preferenziale (*'preferred creditor status'*). Questa forma di privilegio caratterizza i prestiti del MES e puntella il rating dell'emittente, come prestatore di ultima istanza, con un rischio di recupero che dovrebbe essere meno accentuato rispetto ad altri creditori. Tuttavia, gli importi dei finanziamenti MES sono comunque esigui rispetto all'ammontare di debito emesso dalla maggior parte dei Paesi europei. Nel caso italiano, il totale del prestito MES (circa 36 miliardi) sarebbe pari a circa il 10% del debito rifinanziato in media dall'Italia in un singolo anno. Dunque, non sussistono problematiche particolari rispetto ai mercati dei capitali, né particolari rischi di spiazzamento dei titoli emessi.

B. Il Programma e il Codice dei Contratti Pubblici

Nel corso degli anni, il Codice dei Contratti Pubblici è stato in continuo aggiornamento, con l'obiettivo dichiarato di stimolare gli investimenti. Purtroppo, il quadro complessivo di riferimento è stato caratterizzato dal progressivo appesantimento degli adempimenti burocratici e dal sovrastare della sfera del diritto penale rispetto all'ordinato svolgimento del procedimento amministrativo, finendo per ostacolare l'assunzione di responsabilità da parte dei funzionari.

Ai fini di una effettiva attuazione del programma è necessario semplificare e snellire il Codice dei Contratti Pubblici, evitando il ricorso a cd. "goldplating" e, in estrema sintesi, applicando quanto previsto dalle direttive comunitarie.

Tra le modifiche da apportare, si sottolinea la possibilità di ricorrere all'appalto integrato, consentendo di appaltare a un medesimo appaltatore sia la fase di progettazione che quella di esecuzione. Su questo punto, si osserva come l'edilizia sanitaria sia tra le forme di costruzione di maggior complessità. Pertanto, le scelte progettuali coinvolgono fortemente il soggetto realizzatore.

Inoltre, con riferimento alle norme del Codice dei Contratti Pubblici da correggere allineandole alle regole comunitarie, si evidenzia la necessità di adeguare le soglie entro cui è possibile ricorrere all'affidamento diretto.

Su di un piano diverso, il programma promuove lo sviluppo del partenariato pubblico privato e il ricorso alla finanza di progetto. Nel caso delle infrastrutture sanitarie, il ricorso a soluzioni di finanza di progetto è stato sino a oggi limitato, con più di un problema nella fase di scrittura e di gestione dei contratti.

Attualmente, risulta più idoneo sviluppare *project finance* snelli, con pochi servizi, legati alla gestione dell'immobile, escludendo i servizi sanitari e i servizi alberghieri non necessari ad assicurare la disponibilità dell'immobile. Con il ricorso alla finanza di progetto mediante concessioni di costruzione e gestione in PPP si alloca al concessionario anche il rischio della gestione dell'immobile e la responsabilità su eventuali errori in fase di costruzione. La matrice dei rischi deve trovare effettivo riscontro nella convenzione e nei capitolati prestazionali e il concessionario deve remunerare il capitale investito con la messa a disposizione dell'intervento alla stazione appaltante.

Per promuovere il ricorso a PPP, è necessario introdurre alcune modifiche agli articoli 180 e 183 del Codice dei Contratti Pubblici, semplificando e razionalizzando l'uso di questi strumenti e, inoltre, supportando i tecnici delle stazioni appaltanti nella redazione dei bandi, nella valutazione dei progetti e nella fase di esecuzione: Si tratta di fornire procedure e convenzioni standardizzate

e, più in generale, di operare un bilanciamento tra finanziamento pubblico a fondo perduto, capitali privati e linee di credito da parte di investitori istituzionali come BEI e CdP.

Per quanto riguarda le opere prioritarie ai sensi del Codice dei Contratti Pubblici, è necessario prevedere le condizioni per il ricorso alla nomina di commissari straordinari, ai sensi peraltro dell'articolo 4 del Decreto "Sblocca Cantieri". La nomina dei commissari permette di superare un altro elemento che spesso rallenta, se non addirittura impedisce, la realizzazione degli interventi: la numerosità di autorizzazioni, pareri, visti, nulla osta richiesti per realizzare un'opera pubblica (basta ricordare che gli immobili pubblici che hanno più di 65 anni sono soggetti alla tutela di beni culturali)².

² L'art. 4 comma 2 dello "Sblocca Cantieri" riporta "...l'approvazione dei progetti da parte dei Commissari straordinari, d'intesa con i Presidenti delle regioni e delle province autonome territorialmente competenti, sostituisce, ad ogni effetto di legge, ogni autorizzazione, parere, visto e nulla osta occorrenti per l'avvio o la prosecuzione dei lavori, fatta eccezione per quelli relativi alla tutela di beni culturali e paesaggistici, per i quali il termine di conclusione del procedimento è fissato in misura comunque non superiore a sessanta giorni, decorso il quale, ove l'autorità competente non si sia pronunciata, l'autorizzazione, il parere favorevole, il visto o il nulla osta si intendono rilasciati, nonché per quelli di tutela ambientale per i quali i termini dei relativi procedimenti sono dimezzati".

Perché usare il MES?- FAQ

1 – Conviene veramente usare il MES?

Immaginando di prendere a prestito tutto l'importo a disposizione per l'Italia (36 miliardi di euro) a 10 anni, il risparmio per il nostro Paese è di alcuni miliardi, dato il differenziale sul costo di finanziamento tra il MES e la Repubblica italiana, superiore all'1%.

Nel dettaglio, il costo della linea Pandemic Support Crisis del MES è inferiore a quello di altri programmi passati del MES, ed è calcolato come:

- Costo del finanziamento (CDF) del MES sui mercati dei capitali (cost of funding) +
- Commissione di 10 punti base +
- Commissioni aggiuntive: Commissione annuale di 0.5bps; Commissione iniziale di 25bps.

Sul sito del MES ci sono alcune elaborazioni compiute su emissioni a 7 e 10 anni (che sono in linea con la durata media dei prestiti che il MES può elargire con il Pandemic Crisis Support Mechanism), comparando il CDF per tutti i paesi membri con il CDF dell'ESM per lo stesso periodo, usando una media calcolata sugli ultimi tre mesi di emissioni³.

Come si evince dalle tabelle allegate, riprese dal sito stesso del MES, il costo del finanziamento per l'Italia a 10 anni (incluse le fees) sarebbe attualmente intorno allo 0.08%, quello a 7 anni allo -0.07%. In termini di comparazione, il costo del finanziamento per le stesse scadenze sul debito italiano è 1.65 e 1.34%.

Dunque, il risparmio è di circa 160 bps l'anno per 10 anni se il finanziamento è a 10 anni, e di circa 130 bps l'anno per 7 anni per le scadenze a 7 anni.

2. Non conviene prendere a prestito dal mercato al tasso di un anno, che è più basso?

Accorciare la durata media del debito in una fase di rapida salita dello stesso può essere una strategia rischiosa, che rischia di essere punita dal mercato in termini di maggiore premio al rischio (maggiori tassi di interesse richiesti), annullando il vantaggio iniziale sul rifinanziamento futuro del debito.

Inoltre, il gradimento del mercato per il nostro debito è per sua natura mutevole nel tempo. Il debito nei confronti delle istituzioni comunitarie è inquadrato in un accordo che ha anche una componente politica di lungo periodo, dunque non volatile.

3. Non conviene emettere debito e farlo ricomprare a BCE, che ci restituisce gli interessi?

La BCE, per le regole europee, può comprare meno della metà del debito che l'Italia deve emettere nel 2020 e nel 2021. La parte restante deve comunque essere pagata a tassi di mercato, che sono considerevolmente più alti di quelli a cui ci si potrebbe finanziare con il MES (v. FAQ n. 1)

³Il CDF basso del MES è supportato dal rating di AAA del MES, ma rimane soggetto, nella parte variabile, alle dinamiche di mercato e potrebbe variare nel tempo.

Nel dettaglio, nonostante sul debito acquistato da BCE non si pagano al momento interessi (con le attuali disposizioni la Banca d'Italia, che acquista BTP per BCE, rigira gli interessi al Tesoro sotto forma di dividendi e tasse), va considerato che la BCE non può comprare tutto il debito che l'Italia dovrà emettere.

Come esempio, nel 2020 l'Italia deve collocare sul mercato 380 miliardi di euro fra rifinanziamenti e nuovo debito previsto. La Banca Centrale Europea, con il programma PEPP e APP, può acquistare debito pubblico in funzione della *capital key*, dunque proporzionalmente al peso di ciascun paese. Per l'Italia, la quota di riacquisti provenienti dal programma PEPP della BCE (integrato dagli altri Asset Purchase Programs decisi) è pari a circa 140 miliardi di euro nel 2020. Ergo l'Italia deve comunque rifinanziare nel 2020 circa 240 miliardi di euro a tassi di mercato. È rispetto al costo di questo finanziamento sul mercato, che dobbiamo comunque fare, che va calcolata la convenienza del MES.

4. Nelle linee di credito Pandemic Crisis Support ci sono le condizionalità previste dal Trattato?

Le regole europee prevedono la Sorveglianza Rafforzata per i paesi che usano il MES. La Commissione europea ha tuttavia chiarito che nel caso della linea di credito Pandemic Crisis Support l'unico monitoraggio previsto è quello relativo alla corretta implementazione delle spese (dirette e indirette) in ambito sanitario finanziate dal MES, emendando in questo senso il relativo Regolamento.

Nel dettaglio, la Commissione Europea ha chiarito in una comunicazione che il Regolamento 472/2013 ("Two Pack") che istituisce il meccanismo di sorveglianza rafforzata non troverà scopo di applicazione, se non nella previsione di rapporti trimestrali da parte degli Stati membri relativi all'uso dei fondi utilizzati per le spese oggetto del finanziamento. A questo scopo si sta provvedendo ad emendare il Regolamento delegato 877/2013 di applicazione della norma.

Ricordiamo che la Sorveglianza Rafforzata può comunque essere attivata in ogni momento, MES o non MES, nel caso di deviazione significativa di uno Stato dal sentiero di stabilità dei conti pubblici concordato con le Istituzioni comunitarie.

5. L'Early Warning System del MES introduce di nascosto condizionalità?

L'Early Warning System utilizzato dal MES per valutare la capacità del Paese di ripagare i prestiti rimane esclusivamente uno strumento interno di valutazione dei rischi. Nello schema legislativo delle linee di credito Pandemic Crisis Support non sono previste condizionalità macroeconomiche, né competenza giuridica autonoma da parte del MES sul monitoraggio dei conti pubblici di uno Stato.

6. Se è così conveniente, perché altri Stati non utilizzano il MES?

L'Italia è fra i paesi con la maggiore convenienza ad utilizzare il MES per finanziare la spesa sanitaria, perché non solo paga i tassi di interesse alti sul debito pubblico ma è tra i Paesi maggiormente colpiti dall'epidemia COVID-19. Inoltre, date le dimensioni della nostra economia, risparmi su 2% del PIL costituiscono una cifra ingente.

7. Il debito con il MES ha la precedenza nel rimborso rispetto al debito pubblico italiano: è un problema?

Per garantire un basso costo di finanziamento (e dunque delle linee di prestito) il MES, come altre istituzioni internazionali, è un creditore privilegiato (“senior”) nel rimborso del debito. Tuttavia l’ammontare del prestito per l’Italia (al massimo 36 miliardi di euro) è pari a circa l’1.5% del totale del debito pubblico italiano, e con una scadenza più lunga della durata media prevista nei termini dei prestiti del MES. Per questo l’effetto sulla percezione dei mercati del rischio complessivo del debito pubblico italiano è insignificante.

8. Conviene usare tutta la linea MES? E conviene usarla nel 2020 o nel 2021?

Dati i vantaggi in termini di costo di finanziamento del debito, che dobbiamo comunque pagare sul mercato, conviene utilizzare tutta la capienza della linea MES. Il punto è se conviene usarla tutta nel 2020, sapendo che i soldi si possono richiedere fino a fine 2021. Occorre anche valutare se usare la linea PCS in sostituzione o in aggiunta al debito che contraiamo per finanziare la spesa pubblica, visto che i fondi richiesti al MES in ogni caso sono contabilizzati come nuovo debito pubblico, sia pure verso una Istituzione comunitaria e non verso il mercato.

I Decreti legge varati nel 2020 hanno allocato un importo complessivo stimabile attorno a 14mld per far fronte a spese sanitarie direttamente o indirettamente riconducibili all. Tuttavia, il Governo non ha ancora emesso tutto il debito necessario da qui a fine anno (mancano ancora circa 100 miliardi di euro da finanziare). Le spese sanitarie sono finanziabili dal MES e, eventualmente, si potrebbe pensare di usare la linea di credito PCS nel 2020 per coprirle. A debito invariato, questa decisione abbasserebbe gli oneri di servizio del debito. In alternativa, a parità di debito da contrarre sul mercato (i 100 miliardi mancanti), si libererebbe un ammontare corrispondente di risorse per altri impieghi che il Governo dovesse valutare come prioritari. Evidentemente, si registrerebbe un corrispondente aumento di debito nel 2020. Nelle stime del Governo, nel 2021 il debito italiano rispetto al PIL dovrebbe ridursi leggermente (da 155 a 152% del PIL). Si potrebbero utilizzare i 22 miliardi di risorse ancora disponibili dal MES per avviare il programma di riorganizzazione della sanità. Queste sarebbero risorse aggiuntive, e non sostitutive, rispetto a quelle programmate per il 2021.

Appendice: Tabelle costo del finanziamento MES per paesi Eurozona da sito MES
 (Fonte: <https://www.esm.europa.eu/blog/out-box-new-esm-new-crisis>)

