
Autori

Americo Cicchetti

Professore Ordinario di Organizzazione Aziendale, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore.

Direttore di ALTEMS – Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari

Federica Morandi

Ricercatrice in Organizzazione Aziendale, Facoltà di Economia Università Cattolica del Sacro Cuore. Direttrice programmi accademici e ricerca di ALTEMS – Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari

Luca Giorgio

Assegnista di Ricerca - Dipartimento di Scienze Aziendali, ALMA MATER STUDIORUM - Università di Bologna.

Antonella Occhino

Preside della Facoltà di Economia, Professore Ordinario di Diritto del Lavoro, Dipartimento di Diritto Privato e Pubblico dell'Economia – Università Cattolica del Sacro Cuore.

Walter Ricciardi

Professore Ordinario di Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica – Università Cattolica del Sacro Cuore.

Mario Cesare Nurchis

PhD student in Health Service and Systems research-XXXVI ciclo – Altems – Università Cattolica del Sacro Cuore.

Gianluca Altamura

Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR – Ministero della Salute, Rome, Italia.

Gianfranco Damiani

Professore Associato in Igiene Generale ed Applicata, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia Dirigente medico – Dipartimento di Scienze della salute della donna, del bambino e di sanità pubblica, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS.

Roberta Laurita

Ph.D. student in Management e Innovazione XXXV ciclo, Università Cattolica del Sacro Cuore.

Fabrizio Massimo Ferrara

Responsabile del Laboratorio sui Sistemi Informativi Sanitari, ALTEMS, Università Cattolica del Sacro Cuore.

Roberto Bernabei

Professore ordinario di Medicina Interna e Geriatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro Cuore. Direttore del Dipartimento Scienze dell'Invecchiamento-Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Presidente Italia Longeva.

Ilaria Valentini

PhD student in Health Service and Systems research XXXVII ciclo –Altems – Università Cattolica del Sacro Cuore.

Nicola Draoli

Consigliere Comitato Centrale, Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI).

Alice Borghini

Dirigente Medico – Incarico Professionale Organizzazione Modelli Sanitari Territoriali, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas).

Gaetano Guglielmi

Direttore Generale Vicario, Direttore Ufficio 3 Ricerca IRCCS Ministero Salute. Direzione Generale della ricerca ed innovazione in sanità.

Giovanni Scambia

Professore Ordinario – Dipartimento Scienze della salute della donna, del bambino e di sanità pubblica, UOC Ginecologia Oncologica Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS.

Alisha Morsella

PhD student in Health Service and Systems research XXXVII ciclo – Altems – Università Cattolica del Sacro Cuore.

Reparata Rosa Di Prinzio

PhD student in Health Service and Systems research XXXVII ciclo – Università Cattolica del Sacro Cuore.

Fernanda Gellona

Direttore Generale Confindustria Dispositivi Medici.

Lorenzo Leogrande

Past President AIIC; Responsabile dell'Unità di valutazione tecnologie sanitarie del Policlinico "A. Gemelli" di Roma.

Michela Bobini

PhD student in Health Service and Systems research XXXVII ciclo – Altems – Università Cattolica del Sacro Cuore.

Massimo Annicchiarico

Direttore Generale Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio.

Stefano Capolongo

Design & Health Lab, Dip. Architettura, ingegneria delle costruzioni e ambiente costruito, Politecnico di Milano.

Stefano Villa

Professore ordinario di Economia Aziendale, Facoltà di Economia Università Cattolica del Sacro Cuore.

Serena Battilomo

Direttore dell'Ufficio del Sistema informativo sanitario nazionale nella Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica – Ministero della Salute.

Giuseppe Arbia

Professore ordinario di Statistica economica, Facoltà di Economia
Università Cattolica del Sacro Cuore.

Niccolò Salvini

PhD student in Health Service and Systems research XXXVII ciclo – Altems – Università Cattolica del Sacro Cuore.

Marzia Di Marcantonio

PhD student in Health Services and System Research – XXXVII ciclo Altems – Università Cattolica del Sacro Cuore.

Gianni Lorenzoni

Università di Bologna, Lab Medicina Personalizzata ed Innovazione – Altems.

Alessandra Pernice

PhD student in Health Service and Systems research XXXVI ciclo – Università Cattolica del Sacro Cuore.

Dora Di Francesco

Direttore Coordinamento della gestione dell'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR, Ministero della Salute.

Silvia Buti

PhD student in Health Service and Systems research XXXVI ciclo – Altems – Università Cattolica del Sacro Cuore.

Ranieri de Maria Marchiano

PhD student in Health Service and Systems research XXXVI ciclo – Altems – Università Cattolica del Sacro Cuore.

Alessandro Rosina

Professore ordinario di Demografia e Statistica sociale, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore.

Gino Scaccia

Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico, Università degli Studi di Teramo.

Gilberto Turati

Professore ordinario di Scienza delle Finanze, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore.

Introduzione

1. Il Next Generation EU per l'Italia: il PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta la risposta italiana alla drammatica pandemia che, a partire da Febbraio 2020, ha colpito il nostro paese così come il resto del globo. La pandemia di Sars-Cov 2, oltre alle sue conseguenze per la salute degli italiani, ha colpito l'economia nazionale più di quanto sia accaduto in altri Paesi europei. Nel 2020, il prodotto interno lordo si è ridotto dell'8,9%, a fronte di un calo medio osservato nei paesi dell'Unione Europea pari al 6,2%. L'Italia è stata colpita prima e più duramente dalla crisi sanitaria, traducendosi rapidamente in crisi economica e sociale.

Il Next Generation EU (NGEU) è stato lo strumento adottato dall'Unione Europea per rispondere alla crisi pandemica; “un programma di portata e ambizione inedite”, che prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale; migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori; per conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale.

Il programma Next Generation EU (NGEU) è un pacchetto da 750 miliardi di euro, costituito per circa la metà da sovvenzioni, concordato dall'Unione Europea in risposta alla crisi pandemica. La principale componente del programma NGEU è il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (Recovery and Resilience Facility, RRF), che ha una durata di sei anni, dal 2021 al 2026, e una dimensione totale di 672,5 miliardi di euro (312,5 sovvenzioni, i restanti 360 miliardi prestati a tassi agevolati).

Come oramai noto l'Italia è il maggiore beneficiario, in valore

assoluto, dei due principali strumenti del NGEU. Le risorse per il RRF ammontano a 191,5 miliardi di euro, da impiegare nel periodo 2021-2026. Di queste risorse 68,9 miliardi sono sovvenzioni a fondo perduto mentre i restanti 122,6 miliardi sono i prestiti della RRF. Il 40% delle risorse che possono essere associate ad attività “territorializzabili” sono destinate alle regioni del Mezzogiorno.

Il PNRR, si articola in sei Missioni e 16 Componenti. Le sei Missioni del Piano sono: digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo; rivoluzione verde e transizione ecologica; infrastrutture per una mobilità sostenibile; istruzione e ricerca; inclusione e coesione; salute.

Il fattore qualificante degli investimenti che saranno distribuiti attraverso le 6 missioni, sono senz’altro le riforme. Il governo intende attuare quattro importanti riforme di contesto – pubblica amministrazione, giustizia, semplificazione della legislazione e promozione della concorrenza ed altre riforme settoriali (due nel settore salute).

Le riforme inserite nel PNRR e le ingenti risorse dedicate per gli investimenti hanno il duplice obiettivo di ammodernare il Paese e di generare un impatto significativo sulle principali variabili macroeconomiche. Le stime elaborate nel 2021 (quindi prima dell’operazione speciale della Federazione Russa contro l’Ucraina e la conseguente crisi energetica), misuravano una crescita del PIL nel 2026 di 3,6% superiore rispetto all’andamento tendenziale con una occupazione nell’orizzonte temporale 2024-2026, più alta di 3,2 punti percentuali. I potenziali impatti misurabili sul piano sociale riguardano la riduzione dei divari regionali, la maggiore occupazione femminile e l’occupazione giovanile.

Il PNRR è stato trasmesso dal Governo alla Commissione europea (e, subito dopo, al Parlamento italiano) il 30 aprile 2021. Il 22 giugno 2021 la Commissione europea ha pubblicato la proposta di decisione di esecuzione del Consiglio, fornendo una valutazione globalmente positiva del PNRR italiano. Il 13 luglio 2021 il PNRR italiano è stato definitivamente approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio, che ha recepito la proposta della Commissione europea. Al momento (novembre 2022), la *timeline* che prevede il raggiungimento progressivo degli obiettivi specifici di piano è stata rispettata.

È evidente che tutte queste previsioni, nonché l'ottimismo che ha caratterizzato il lancio del PNRR nel luglio 2021, sembrano in parte essersi perse in questi ultimi mesi per via del mutato scenario geo-politico caratterizzato dalle maggiori incertezze legate alla guerra in Ucraina con tutte le sue conseguenze sugli scenari macro-economici.

2. Il PNRR e il SSN

La Missione 6 del PNRR è dedicata al settore della salute e, in particolare, a riforme ed investimenti che riguardano direttamente il Servizio sanitario nazionale. Alla luce delle analisi dei tecnici del Ministero della Salute, sono due le componenti considerate prioritarie per gli interventi, ovvero nella Componente 1 (M6C1), lo sviluppo delle Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale nella Componente 2 (M6C2).

Gli interventi presenti nella M6C1 intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

Quelli relativi alla M6C2, includono misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

3. La Missione 6 nello scenario del Servizio sanitario nazionale prima e dopo la pandemia

Le domande che oggi è ragionevole porsi sono diverse. La prima riguarda lo stato reale del Ssn. L'esperienza pandemica ha certamente reso palese ai cittadini il valore di un servizio sanitario pubblico, gratuito ed universalista. Ma qual è lo "stato di salute" del Ssn, oggi. Il punto cruciale è comprendere se il Ssn continuerà ad essere sostenibile nelle forme e nei modi che abbiamo imparato a conoscere. In relazione a questo, emerge un secondo legittimo quesito: il PNRR è uno strumento sufficiente a garantire al Ssn un rilancio tale da assicurare allo stesso quella resilienza che lo ha sin ora caratterizzato? Ed infine, se lo strumento PNRR fosse sufficiente, il modello di governance ideato per gestirlo sarebbe sufficientemente robusto per garantire efficienza ed efficacia delle azioni ad esso connesse?

Per ciò che riguarda la prima domanda, i dati mostrano come il Ssn sia stato penalizzato in termini di finanziamento per lo meno a partire dal 2008. Un modo per stimare la dinamica del "gap" tra fabbisogni dei cittadini e finanziamento è quello di ipotizzare che la dinamica del fabbisogno sia in linea con quanto è accaduto negli altri principali paesi europei (Germania, Francia, Spagna e UK) e verificare la dinamica della spesa in quei paesi rispetto al nostro.

Considerando infatti i dati Eurostat, l'attuale impegno medio dei 5 principali paesi europei (Italia, UK, Francia, Germania e Spagna) si attesta all'8,1% del PIL. L'Italia, nel 2019, era al 6,41% mentre, nel 2021, l'impegno per la spesa sanitaria ha raggiunto il 7,2% del PIL. Considerando la crescita della spesa sanitaria tra il 2008 e il 2019, in Italia questa è cresciuta del 1,2% in media, dove nei 5 paesi presi collettivamente questa è cresciuta di oltre il 30%. Il gap complessivo nel 2019 era stimabile in 33,7 miliardi di euro di spesa sanitaria pubblica in meno per l'Italia.

Tabella 1. – Spesa sanitaria UE 4 + UK (2008-2019)

EU 5	2008-13	2013-19	2008-2019	12 Anni (2008-2019)
Italia	- 0,9	1	0,1	1,2
Germania	2	2,7	4,7	56,4
Francia	1	1,7	2,7	32,4
Spagna	- 1,4	3	1,6	19,2
UK	1,5	2,2	3,7	44,4
Crescita media	0,44	2,12	2,56	30,72

Per contrastare questa dinamica, il Ssn è stato sottoposto ad una “cura dimagrante” tesa ad efficientare quelle componenti del sistema considerate non in condizioni ottimali. Gli strumenti adottati sono stati i Piano di Rientro dal deficit che, come noto, hanno in particolare interessato le Regioni del centro sud, l'imposizione di nuovi standard organizzativi (es. il D.M. n. 70/2015) e una politica di tagli, spesso lineari, dei costi legati ai principali fattori di produzione (personale, farmaci e dispositivi). Il blocco dell'adeguamento delle tariffe di acquisto delle prestazioni da privato ha rappresentato uno strumento ulteriore. Tra il 2007 e il 2018 il deficit complessivo del Ssn è passato da oltre 6,5 mld di euro ad un sostanziale equilibrio.

Questi dati sostengono in modo robusto la sensazione che il Ssn fosse arrivato alla prova del Coronavirus in condizioni di estrema debolezza. La metafora è quella del maratoneta che dopo mesi di allenamento giunge in fondo alla sua gara, avendo dato tutto, e al traguardo gli venga chiesto di percorrere altri 41 chilometri.

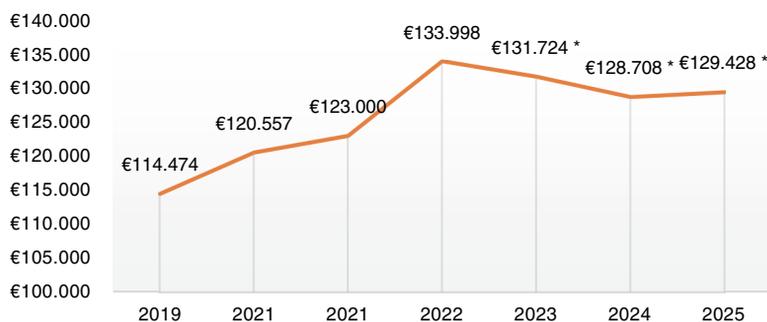
Inoltre, le condizioni del Ssn nel 2019 erano estremamente diverse tra Regione e Regione. Per via dei deficit e dei debiti accumulati, la maggior parte delle Regioni del centro-sud Italia si sono trovate a subire la stretta imposta dai piani di rientro dal deficit. In un generale trend di riduzione della spesa sanitaria in termini reali (soprattutto dopo il 2011), tutte le Regioni hanno sofferto e in tutte le Regioni i servizi sanitari sono stati efficientati. Ma in quelle sottoposte a piano di rientro molti asset fondamentali si sono par-

ticularmente deteriorati. In realtà non ci si riferisce solo alla riduzione del numero dei posti letto o alla chiusura dei piccoli presidi. Infatti, queste politiche hanno spesso permesso di razionalizzare l'offerta e garantito maggiore sicurezza per i pazienti che, facendo qualche chilometro in più, sono stati accolti in strutture con maggiori volumi e migliori esiti clinici. Le tecnologie sanitarie sono “invecchiate”, così come le infrastrutture ed il personale. In una Regione come la Campania, ad esempio, il 70% del personale ha più di 50 anni ed è raro trovare giovani medici in corsia. In tutto il Ssn l'età media dei dipendenti è 52 anni (dato 2019). In queste condizioni per molti pazienti l'unica possibilità rimasta è quella di spostarsi dal sud per ricevere cure appropriate, spesso in Lombardia.

Durante il Covid-19 le risorse a disposizione del Ssn sono certamente aumentate, garantendo una crescita del finanziamento corrente necessaria per compensare i costi dell'emergenza.

Il finanziamento del Fondo sanitario nazionale è passato dai 114,5 miliardi del 2019 ai 120 del 2020, fino ai 123 del 2021, con una spesa che però è salita a 129 miliardi, proprio nel 2021 con un deficit di 6 miliardi. Si stima (NADEF, 2022) che il finanziamento possa arrivare a 133 miliardi nel 2022, ma già nel 2023, gli scenari di finanza pubblica imporranno una riduzione del finanziamento che nell'arco di 2 anni tornerà a 129 miliardi di euro.

Figura 1. – Finanziamento del Servizio sanitario nazionale 2019-2025 (milioni di euro)



Fonte: Ragioneria Generale dello Stato, Monitoraggio Spesa Sanitaria e NEDAF, ottobre 2022 (* stime del NADEF, 2022).

Questi trend impongono un'analisi attenta per comprendere realmente se la spesa sanitaria continuerà ad essere finanziabile e il Servizio sanitario nazionale, sostenibile.

Giungendo alla domanda sulla “sufficienza” dello strumento PNRR, alcune considerazioni sono necessarie. In termini assoluti la Missione 6 assorbirà 19,4 miliardi di investimenti. La cifra è certamente ragguardevole ma la sua adeguatezza va misurata rispetto ai bisogni ed un modo per farlo è avere dei termini di confronto. A settembre 2020, il Ministero della Salute aveva elaborato un piano finanziario per il rilancio del Ssn “post Covid-19”. Ebbene, si stimavano spese per 68 miliardi di euro di cui 34 solo per l'edilizia sanitaria. Di questi ben 14 miliardi per l'adeguamento delle strutture alle normative antisismiche.

Un altro termine di confronto “storico” riguarda il piano di adeguamento degli ospedali italiani finanziato nel 1988 (legge n. 67/1988, art. 20) in legge finanziaria con 30.000 miliardi di lire in 9 anni.

In questo scenario i fondi del PNRR sono certamente preziosi ma non così ingenti come sembrerebbe. Inoltre, è bene ricordare che, essendo risorse da dedicare a spese in conto capitale, non garantiranno un diretto contributo alla sostenibilità delle spese correnti. Fondamentale, però, che queste spese in conto capitale generino un reale effetto di “investimento”, garantendo un contributo all'innalzamento dei livelli di efficienza del l'intero sistema, in modo che questo possa fare effettivamente di più con meno.

Gli interventi della Componente 1, dedicata all'ottimizzazione delle infrastrutture per la gestione delle persone con patologie croniche anche attraverso investimento nelle piattaforme di telemedicina, dovranno tradursi in una migliore capacità di presa in carico dei pazienti sul territorio generando non solo migliorie nello stato di salute ma assicurando minori costi, laddove possibile. L'investimento nella ricerca e nell'innovazione (Componente 2) dovrebbe dare corpo all'idea che le risorse inserite in un sistema sanitario non rappresentano solo uno strumento per garantire il welfare, ma anche una occasione di crescita per il sistema economico in senso globale.

Giungiamo infine all'ultima domanda, che riguarda la governance del programma. L'attuazione del PNRR è coordinata attra-

verso un complesso sistema di strutture, funzioni e responsabilità che fanno capo direttamente alla Presidenza del Consiglio dei Ministri attraverso quattro strumenti:

- la cabina di regia, presieduta dal Presidente del Consiglio dei Ministri, con poteri di indirizzo, impulso e coordinamento generale sull'attuazione degli interventi del PNRR a cui partecipano oltre i Ministri e i Sottosegretari di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri competenti in ragione delle tematiche affrontate in ciascuna seduta, i Presidenti di Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano quando sono esaminate questioni di competenza regionale o locale, nonché il Presidente della Conferenza Stato-Regioni;
- una Segreteria tecnica sempre presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri che supporta le attività della Cabina di regia, la cui durata temporanea è superiore a quella del Governo che la istituisce e si protrae fino al completamento del PNRR entro il 31 dicembre 2026;
- un'Unità per la razionalizzazione e il miglioramento dell'efficacia della regolazione, con l'obiettivo di superare gli ostacoli normativi, regolamentari e burocratici che possono rallentare l'attuazione del Piano;
- un Tavolo permanente per il partenariato economico, sociale e territoriale composto da rappresentanti delle parti sociali, del Governo, delle Regioni, delle Province autonome, degli Enti locali, di Roma capitale, delle categorie produttive e sociali, del sistema dell'università e della ricerca, della società civile e delle organizzazioni della cittadinanza attiva.

Il monitoraggio e la rendicontazione del Piano sono affidati al Servizio centrale per il PNRR, istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze (MEF), che rappresenta il punto di contatto nazionale con la Commissione europea per l'attuazione del Piano. Inoltre, presso il MEF, è istituito un ufficio dirigenziale presso la Ragioneria dello Stato con funzioni di audit del PNRR e di monitoraggio anticorruzione. Ogni Amministrazione centrale titolare di interventi previsti dal PNRR individua (o costituisce ex novo) una struttura di coordinamento che agisce come punto di contatto con il Servizio centrale per il PNRR.

Il piano, per ciascuna delle 6 Missioni e per le riforme trasversali, prevede il raggiungimento di 482 milestones e 665 target secondo precise scadenze che daranno la possibilità di ricevere le tranches da parte della Commissione Europea, oltre i fondi ricevuti in anticipo.

Le *milestone* definiscono generalmente fasi rilevanti di natura amministrativa e procedurale e rappresentano traguardi qualitativi da raggiungere tramite una determinata misura del PNRR (riforma e/o investimento). Individuano, infatti, momenti chiave nell'attuazione delle misure (es. legislazione adottata, piena operatività dei sistemi informativi, ecc.).

I *target*, invece, rappresentano risultati attesi dagli interventi, quantificati con indicatori misurabili essendo traguardi quantitativi da raggiungere tramite una determinata misura del PNRR (es. km di ferrovie costruite, metri quadri di superficie oggetto di interventi di efficientamento energetico, numero di studenti che hanno completato la formazione, ecc.).

La missione 6 è chiamata a conseguire 44 milestone e raggiungere 56 target. Analizzando la natura dei target, in particolare, emerge la natura quali-quantitativa degli indicatori utilizzati ma anche la totale assenza di un legame possibile tra il raggiungimento del target e l'effettivo impatto su indicatori di salute o indicatori di efficienza economica del sistema sanitario.

A titolo di esempio si prenda il target M6C1-11 che riguarda il rinnovo di 400 Ospedali di Comunità¹ interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche entro il Q2 del 2026. È evidente che il target sarà raggiunto ad ospedale aperto e attivo; è altrettanto chiaro che la disponibilità di questa infrastruttura, aperta ed interconnessa al sistema, incrementa l'offerta di punti di accesso al Ssn per i cittadini. Ma questo non implica necessariamente un impatto sugli indicatori di salute della popolazione di riferimento o sulla riduzione dei costi complessivi di gestione dei pazienti.

¹ Gli ospedali comunitari sono strutture sanitarie destinate a pazienti che, a seguito di un episodio di lieve acutezza o di recidiva di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica e per degenze di breve durata che potrebbero essere forniti a casa, ma che sono erogati in tali strutture a causa della scarsa idoneità dell'edificio stesso (struttura e/o casa familiare).

Il limite intrinseco in un modello che appare perfetto sotto il profilo amministrativo, è che non sembra in grado di assicurare, di per sé, il raggiungimento degli esiti che ci attendiamo da questo investimento: ovvero la presenza di un presidio di sanità territoriale, inserito in una rete di servizi integrati per la gestione delle cronicità, dotati di professionisti sufficienti nel numero ed adeguatamente preparati allo scopo per conseguire esiti di salute misurabili.

Alcuni di questi limiti potranno essere superati nella fase attuativa da parte degli enti deputati, come le Regioni, Agenas (per la piattaforma di telemedicina) e il Ministero della Salute. La conseguenza è che aldilà della fase preparatoria, l'efficacia complessiva del PNRR si giocherà proprio nella fase di implementazione.

Conclusioni

La pandemia da Covid-19 ha generato un significativo shock per il Servizio sanitario nazionale che, come in altre occasioni, si è dimostrato “resiliente”. È però evidente che, rispetto al passato, oggi sperimentiamo un sovrapporsi di eventi senza precedenti che seguono la pandemia e che hanno a che fare con la crisi geopolitica in atto, uno shock energetico senza precedenti con evidenti effetti sulle principali variabili macro-economiche tra cui una dinamica inflattiva che ci riporta indietro agli anni '80 del 900. Tutto questo si combina a trend di lungo periodo, quali i fenomeni migratori e la crisi climatica in corso con le sue conseguenze sugli equilibri economici e sociali.

Al tempo stesso, la crisi pandemica ha fatto salire l'apprezzamento del Ssn da parte degli italiani a livelli mai conosciuti nel passato. Sarebbe davvero una disfatta se questo non riuscisse a garantirsi la sostenibilità proprio in un momento come questo. L'opportunità di avere delle risorse ingenti da investire in sanità attraverso lo strumento del PNRR è davvero unica, ma il modo in cui queste risorse saranno sfruttate sarà cruciale per decretare il consolidamento o il declino del pilastro più importante del sistema di welfare nazionale.

Queste considerazioni in parte spiegano le motivazioni che

hanno indotto la Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore ed ALTEMS ad avviare una iniziativa che ha coinvolto, insieme agli studenti e ai docenti della Sede di Roma, tanti esperti del settore e alcune figure chiave che hanno contribuito al disegno di questo inedito Piano di rilancio e che dovranno contribuire alla sua implementazione.

Il libro contiene i contributi del dibattito avvenuto tra marzo e giugno 2022 e intende offrire una sintesi di quanto sta accadendo all'interno di questo enorme "cantiere" dove istituzioni pubbliche, imprese private e terzo settore si stanno impegnando per dare un futuro al Servizio sanitario nazionale italiano.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e le sue “voci”

Nel corso del presente volume verrà più volte sottolineato che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenta una opportunità unica di rilancio e sviluppo per molti settori dell’economia italiana ponendo al tempo stesso nuove sfide per tutti gli stakeholders del sistema siano essi istituzioni, imprese, manager o professionisti coinvolti a vario titolo nella loro implementazione.

In tale scenario il sistema salute, da sempre uno dei settori più complessi e articolati, non è esente dalla sfida di una ripresa consapevole.

Nei capitoli che seguiranno, frutto della proficua collaborazione tra dottorandi di ricerca Altems (Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari) – Università Cattolica del Sacro Cuore e professionisti ed esperti provenienti dal mondo delle istituzioni, della ricerca, dell’Università e dai diversi livelli delle articolazioni assistenziali operanti all’interno del Servizio Sanitario Nazionale italiano, verranno analizzati i punti in cui si articola la Missione 6 Salute del PNRR.

La collaborazione tra i due mondi, quello dei giovani ricercatori e quello dei professionisti si è avviata tra i mesi di marzo e giugno del 2022 nelle aule della sede romana dell’Università Cattolica del Sacro Cuore, nel corso di incontri dedicati a discutere e a soffermarsi sulle sfide poste dalla pandemia da Covid-19 e sulle opportunità offerte dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, che rappresenteranno le linee di indirizzo per la sanità dei prossimi anni.

La prospettiva adottata intende porre in una logica di analisi e sintesi le prove future cui saranno sottoposti i manager del cambiamento. La pandemia ha chiesto e chiederà ancora nei prossimi anni a chi dirige organizzazioni complesse una capacità di adattamento e di gestione dell'imprevisto senza precedenti.

Durante la crisi pandemica, nel corso delle diverse ondate, il management ha appreso una "nuova normalità" nella gestione delle avversità e dell'incertezza su cui è opportuno riflettere con gli adeguati strumenti critici e conoscitivi, per continuare tale apprendimento anche nel futuro.

Ogni sfida porta con sé un insegnamento, una nuova competenza, che messa a sistema con il proprio patrimonio costruisce il profilo del manager della ripresa.

Dalla lettura trasversale dei contributi che si avvicinano nel volume emergono alcuni punti comuni ai passaggi del PNRR, che di seguito discutiamo per fornire al lettore una chiave di lettura *at a glance*:

- (i) **Modelli organizzativi per il sistema salute.** Ancora prima della pandemia scoppiata in modo dirimpante in Italia nel marzo del 2020, il bisogno di creare nuovi luoghi per l'assistenza, più vicini al paziente, alla sua famiglia e alla sua casa erano già intravisti come una soluzione vincente. Il PNRR lancia un forte messaggio in questo senso affermando con risolutezza che il primo luogo di cura deve essere la casa del paziente. L'enfasi è dunque sull'alleggerimento di un sistema sanitario *ospedalocentrico* grazie alla individuazione del domicilio come luogo di assistenza. Tuttavia, il PNRR chiarisce con determinazione che ciò può avvenire solo dotando il domicilio di adeguati strumenti necessari a mantenere costante il contatto tra specialista e paziente, introducendo dunque la diffusione di strumenti quali telemedicina, televisita, teleconsulto non solo adeguati rispetto alle necessità ma sapientemente utilizzati dai professionisti.
- (ii) **Le competenze.** Il particolare riferimento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è allo sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Un sistema funzionante è infatti

non solo dotato degli strumenti necessari al suo funzionamento (tecnologie, dispositivi, modelli per la presa in carico), ma deve essere in possesso dell’adeguato livello di conoscenze, capacità e comportamenti in grado di fornire i fondamenti di teoria, di abilità pratiche nonché delle soft skills più idonei a governare le nuove sfide e a ricoprire nuovi e rinnovati ruoli. Tali competenze sono pensate per i professionisti, ma a cascata impattano sull’empowerment di pazienti e famiglie, educandoli alla salute, all’aderenza terapeutica alla corresponsabilità nel processo di assistenza e cura e alla co-creazione di nuovi modelli e soluzioni assistenziali efficaci e sostenibili.

- (iii) **Quali e quante risorse umane nel sistema salute.** Su questo tema riconfluiscono, anche se indirettamente, diversi punti del PNRR. I nuovi modelli organizzativi delineati portano avanti il bisogno di disegnare e costruire nuovi ruoli. Il processo prende avvio senza dubbio dal sistema universitario e arriva fin dentro le mura delle organizzazioni sanitarie in cui i processi assistenziali vengono attuati e le competenze acquisite sul campo. Inoltre, l’enfasi che si pone sull’assistenza sul territorio apre il dibattito alla definizione di un adeguato numero di accessi ai corsi di laurea in medicina e chirurgia, alle borse destinate alle scuole di specializzazione per medici, ai corsi di laurea in scienze infermieristiche e per le professioni sanitarie. Accessi che saranno strumentali al funzionamento dei diversi setting assistenziali. Su questa direttrice il rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture, e la nascita degli ospedali e delle case di comunità non può prescindere dal rafforzamento degli investimenti sulla formazione di nuovo personale, e sullo sforzo cognitivo e progettuale di saper utilizzare in maniera efficiente le competenze a disposizione, massimizzandone il beneficio ed evitando la loro sovrapposizione nei processi di assistenza e cura.
- (iv) **Innovazione.** Durante la pandemia la ricerca, sia condotta sul campo, nelle corsie degli ospedali nel tentativo di salvare vite umane anche attivando tutte le possibili forme di collaborazione e scambio di pareri tra professionisti, sia quella

di laboratorio nella vera e propria corsa contro il tempo e contro il virus verso la creazione di un vaccino efficace, sono state possibili grazie alla presenza di alcune risorse. Risorse umane: conoscenza, dedizione e sacrificio; risorse economiche: investimenti, finanziamenti, donazioni; risorse tecnologiche: macchinari, attrezzature, solo per citarne alcune. Il PNRR pone in luce il bisogno di ricordare costantemente che se queste dinamiche sono accadute, e se si desidera che accadano ancora, è necessario investire sulla ricerca e su tutte le risorse che la rendono possibile: siano esse umane, economiche o tecnologiche. La spinta agli investimenti deve rendere possibile la massimizzazione dell'impiego di risorse intellettuali umane ed economiche. Le stesse tecnologie impiegate nella ricerca ma impiegate parimenti nello studio, nell'analisi, nella costruzione del quadro clinico dei pazienti deve essere oggetto di attenzione e di investimento. Perché è solo investendo tempo, risorse economiche e capitale intellettuale che possono essere generate innovazioni a vantaggio del singolo e della collettività e di un Paese che auspica a tornare in auge come propulsore dell'innovazione tecnologica.

- (v) **Innovazione e ricerca**, due facce della stessa medaglia. Da questo connubio nasce l'input del PNRR verso la riorganizzazione della rete degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Come evidenziato anche nel passaggio precedente, un punto di vantaggio per una ricerca efficace e innovativa è la collaborazione che si attiva grazie al capitale relazionale in possesso dei singoli individui. Ciò, tuttavia non può avvenire se i contesti organizzativi non si prestano a facilitare e valorizzare la collaborazione intra e inter-organizzativa. Da questo prende avvio il bisogno di partire dall'individuo, dalla sua propensione e capacità allo scambio di idee e innovazioni all'interno di un sistema di organizzazioni propense e predisposte alla creazione della rete.
- (vi) **Conoscenza del contesto, dei dati delle informazioni disponibili provenienti dal sistema salute** è un ulteriore punto di attenzione e di contatto tra i diversi elementi che compongono la Missione 6 Salute del PNRR. La capacità

predittiva sui dati, che riesce a determinare l’attivazione di importanti strategie di prevenzione e/o di attenzione verso fenomeni significativi da un punto di vista epidemiologico non può avvenire senza una adeguata base informativa. L’adeguatezza non si riferisce in questo contesto alla sola quantità, quanto soprattutto alla qualità dei dati e alla capacità di saperli leggere e interpretare in una logica di sistema, simulando scenari e rispondendo ai fenomeni in maniera razionale e specifica.

- (vii) Diversità territoriali, generazionali e di genere** che accomunano i sistemi complessi, rendendo la sfida per la riduzione e auspicabilmente l’annullamento di tali divari un punto di partenza più che di arrivo in un piano che pone sotto i riflettori la ripresa del nostro Paese dalla crisi pandemica ma anche la sua resilienza, ovvero la capacità di reagire e uscire (possibilmente rafforzato) dalla stessa. L’esistenza di differenze di accesso alla sanità legate al territorio, alla condizione economica e sociale, era avvertita certamente anche prima della pandemia, così come il fabbisogno differenziato di assistenza in relazione all’età o al genere della popolazione. Tuttavia, la pandemia ha accentuato tali differenziali cristallizzando situazioni di disparità. Un accesso equo alle tecnologie che consentono la presa in carico a distanza, un sistema di assistenza territoriale più vicino al paziente e alle sue necessità non solo come luogo di stallo ma come luogo di assistenza attiva costituiscono alcuni punti di snodo nel tentativo di colmare i gap di accesso.

Seppure con specificità e prospettive differenti gli input che il PNRR pone sono riconducibili ad alcuni punti comuni che evidenziano gli elementi essenziali e fondanti di cui si compone il sistema salute: pazienti, professionisti, competenze, relazioni, innovazione, ricerca.

