

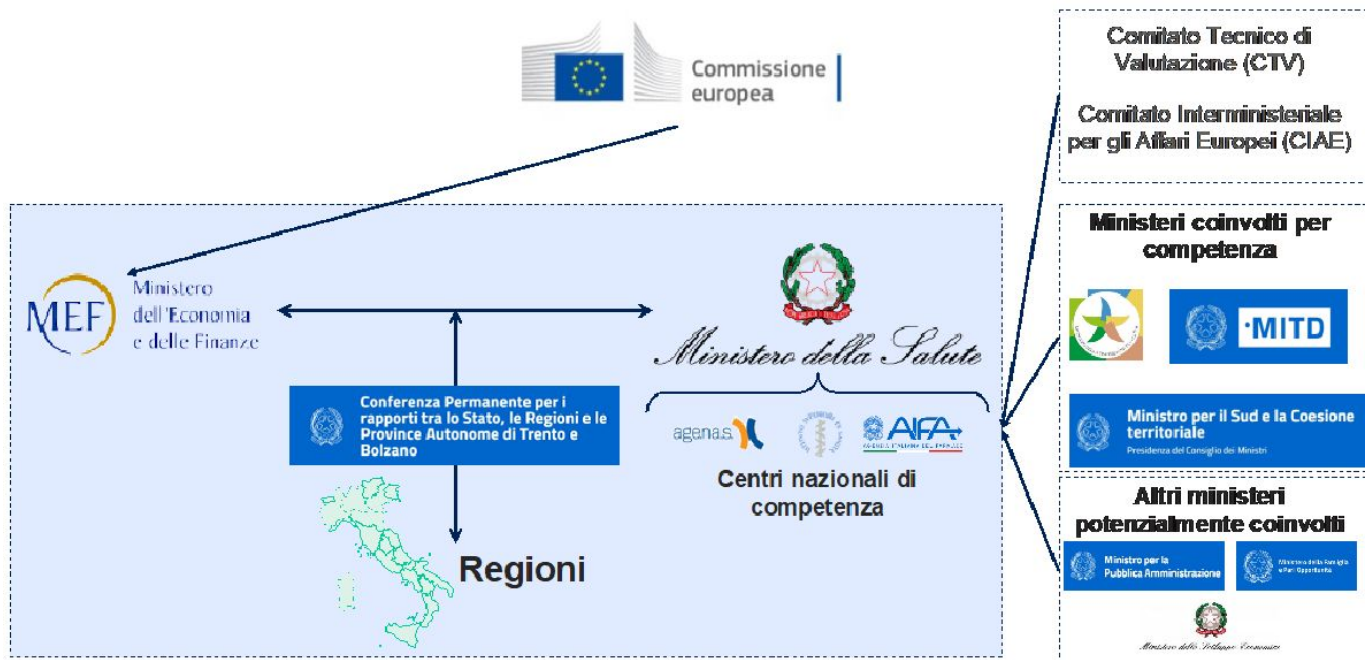
Marco Geddes

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Un gruppo di studiosi di economia, management e politiche sanitarie, appartenenti a sei università, hanno ritenuto di confrontarsi sul futuro del SSN. Un'analisi del documento.

Negli ultimi giorni di maggio è stato reso disponibile un documento: “**Proposte per l’attuazione del PNRR in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni**”[1]. L’interesse di tale proposta è rappresentato, oltre che dal suo contenuto, dalla provenienza degli autori, studiosi di economia, management e politiche sanitarie appartenenti alle Università di Roma (Cattolica e Tor Vergata), di Milano (Politecnico e Bocconi), di Torino e di Pisa (Scuola Superiore Sant’Anna). Il testo si apre con la sintesi di un Focus che elenca le ragioni per cui, a seguito della pandemia, sta aumentando il divario sociale nella mortalità.

Gli autori affrontano, quale primo elemento di riflessione, il problema della **governance per l’attuazione del PNRR**, proponendo uno schema (**Figura 1**) con il coinvolgimento immediato di tutta la filiera istituzionale secondo un processo sincretico che coordina momenti più centralizzati e altri *bottom-up*.

Figura 1. Modello di governance multilivello



Si tratta di un passaggio molto rilevante, in considerazione del fatto che gli interventi previsti nell'ambito della Missione 5 (Coesione e inclusione) e, in particolare, nella Missione 6 (Salute) vedono, in misura maggiore che per le altre Missioni, un ruolo fondamentale delle Regioni e, in parte, dei Comuni. Viene anche ipotizzata una modalità di riparto dei fondi fra le Regioni (questione assai delicata) che, oltre alla quota capitolaria, utilizzi i criteri di convergenza infrastrutturale, le sinergie interregionali, la rispondenza ai piani nazionali e modalità di verifica e implementazione dei risultati regionali raggiunti nelle diverse fasi.

Tali criteri - propongono gli autori - saranno da applicare con un monitoraggio trasparente ed effettuato da un Board di tecnici, che avrebbe - opportunamente - una funzione di sostegno e valutazione; non di selezione dei finanziamenti e dei progetti.

La Proposta si articola in Fattori abilitanti:

- Ricerca e innovazione, per un SSN fonte di sviluppo sociale ed economico. Si tratta di una proposta che punta su gruppi di centri di ricerca di eccellenza in rete, con investimenti che premiano logiche di finanziamento pubblico e privato.
- Trasformazione digitale e utilizzo dei big data, definendo standard di interoperabilità per facilitare l'integrazione dei dati.
- Ridefinizione dei percorsi di formazione e istituzione di un processo di valutazione

delle competenze, finalizzato prioritariamente a creare una classe dirigente gestionale nazionale del SSN.

Vengono poi individuate dieci Aree di intervento, specificando per ciascuna Area “*La proposta*” e “*Le ragioni della proposta*”; in questo secondo paragrafo sono illustrati in sintesi, con grafici e tabelle (prevalentemente provenienti dai Rapporto OASI del CERGAS), le problematiche e le criticità che gli interventi del PNRR dovrebbero risolvere.

1. Prevenire i rischi e promuovere comportamenti salubri, per tutti.
2. La rete ospedaliera: promuovere la competenza clinica nei piccoli ospedali
3. Sempre per la rete ospedaliera: rinnovare le infrastrutture nei grandi ospedali.
4. Potenziare la presa in carico della cronicità.
5. Garantire assistenza domiciliare per mantenere autosufficienza e relazioni sociali.
6. Razionalizzare la rete ambulatoriale territoriale.
7. Rafforzare la Medicina Generale.
8. Riequilibrare e riqualificare la rete delle cure intermedie.
9. Ammodernare il parco tecnologico.
10. Cambiare lo skill-mix tra medici e professioni sanitarie.

Il contributo di articolate proposte è di indubbio interesse e quello che qui abbiamo succintamente riportato è solo una traccia, un indice ragionato alla lettura. **L’approccio che i colleghi hanno scelto solleva tuttavia, alcuni quesiti che meriterebbero un approfondimento.**

In particolare l’ottica che viene adottata è di carattere prevalentemente organizzativo-finanziario e vengono elusi alcuni quesiti di politica sanitaria che caratterizzano invece il dibattito attuale. Vi è chi da tempo ritiene, e ripropone attualmente, una riforma complessiva del Servizio sanitario nazionale^[2]; chi invece pensa che l’attuale maggioranza non sia in grado di proporre una organica riforma e che la strategia esemplificata dalle continue e incomplete riforme della scuola - epocali cambiamenti che ogni nuovo ministro annuncia - sia invece da evitare.

Risulta tuttavia poco credibile delineare un’adeguata attuazione del PNRR nelle due Missioni richiamate senza individuare alcuni provvedimenti normativi e contrattuali e una coerenza fra i finanziamenti europei e il sistema di welfare (e i conseguenti bilanci) che si delinea nel nostro Paese per il prossimo decennio.

Il Rapporto non affronta inoltre una serie di questioni - forse per il loro carattere più manifestamente “politico” - che, a mio parere, risultano ineludibili. Proverò ad elencare

sinteticamente le principali:

1. **Viene sostanzialmente elusa la questione della carenza del personale**, peraltro assai presente ad alcuni estensori della Proposta che qui esaminiamo[3] e la conseguente connessione fra questo problema, la rimozione dei vincoli - ancora presenti - nella assunzione di personale dipendente e il necessario incremento del Fondo sanitario nazionale. Riferimenti al fabbisogno di personale infermieristico sono nel testo totalmente assenti.
2. **Trattando - opportunamente - di ricerca scientifica (fattore A), prevale una ipotesi di finanziamento dei centri di eccellenza** piuttosto che di incrementare il livello medio dei ricercatori e dei centri di ricerca, in contrasto ad altri autorevoli punti di vista[4]. Ipotesi legittima ma manca, pur con un riferimento al ridotto finanziamento italiano in ricerca rispetto alla media europea, una ipotesi di progressivo incremento di tale finanziamento (ad esempio un miliardo in più all'anno, come alcuni propongono, per i prossimi cinque anni?).
3. **L'Università, anche per il suo rapporto con il Servizio sanitario nazionale, risulta soggetto totalmente assente** e il termine "Università" appare quindi solo nella qualifica degli autori della Proposta! Risulta difficile ipotizzare un'attivazione delle diverse strutture che il PNRR individua senza un diverso rapporto, nella definizione dei fabbisogni professionali, fra SSN e Università; senza che questi soggetti ridefiniscano congiuntamente lo skill-mix tra medici e professioni sanitarie (tema che viene opportunamente richiamato nell'Area 10) e senza superare l'attuale imbuto formativo delle Scuole di specializzazione.
4. **La Proposta affronta in più Aree il tema della sanità territoriale:** con la presa in carico della cronicità; l'assistenza domiciliare per mantenere l'autosufficienza (in questo settore, il documento indica con chiarezza una iniziativa normativa: creare il Fondo unico per la LTC!) e la razionalizzazione della rete ambulatoriale territoriale.

Tuttavia il quadro normativo risulta totalmente eluso; si parla solo di integrazione, di standard tecnologici, strutturali e organizzativi, di una " ... ancora poco chiara evoluzione dei ruoli e delle funzioni dei Mmg, degli ambulatoriali specialistici e ospedalieri".

Il tema della formazione dei Mmg, della loro relazione con le Case della salute, di queste strutture con la Comunità, delle funzioni del Distretto (termine che appare solo una volta associato alla formazione del middle management!) non sono oggetto di alcuna riflessione.

Al termine della lettura di questa articolata Proposta ci si domanda se gli autori abbiano voluto, forse per una non omogenea concordanza, evitare alcune scelte

fondamentali di politica sanitaria; se invece le abbiano rinviate a un successivo documento o, infine, se ritengano che la strategia da seguire per l'attuazione del PNRR sia unicamente organizzativa - finanziaria non condividendo il giudizio del professor Mario Monti, laddove afferma che "le riforme sono il motore della crescita, non i soldi europei..." [5]. Senza dubbio anche una crescita in salute necessita di una serie di fondamentali provvedimenti normativi e contrattuali.

Bibliografia

1. Eugenio Anessi Pessina, Americo Cicchetti, Federico Spandonaro, Barbara Polistena, Daniela D'Angela, Cristina Masella, Giuseppe Costa, Sabina Nuti, Federico Vola e Milena Vainieri, Amelia Compagni, Giovanni Fattore, Francesco Longo, Michela Bobini, Francesca Meda, Claudio Buongiorno Sottoriva, [Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni](#), 28.05.2021.
2. Ivan Cavicchi. La sinistra e la sanità. Roma: Castelvecchi, 2021, con riferimento alla Quarta Riforma (2016).
3. Intervista a Walter Ricciardi, Corriere Trentino - Festival dell'Economia (3 giugno 2021): "Primo tra tutti servirà un piano straordinario di assunzione per i moltissimi medici precari ancora in attesa di stabilizzazione. Altro tema cardine quello dei medici di medicina generale, che vanno riformati puntando alla prossimità e all'assistenza territoriale".
4. Silvio Garattini: Non abbiamo bisogno di cattedrali nel deserto, abbiamo bisogno di aumentare il livello medio perché è quello che conta per avere una - ricerca efficace e per far sorgere gruppi di eccellenza. Quotidiano l'Avvenire, 14.05.2021.
5. Mario Monti. Intervista su la Lettura. Corriere della Sera, 30.05.2021.