ANNO XI - N°1 - 2021

IHPB

ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

RECOVERY FUND E MES: RISORSE IMPERDIBILI PER UN NUOVO SSN, MODERNO E SOSTENIBILE

INTRODUZIONE

La pandemia Covid, in Italia come in tutto il mondo, ha messo in profonda crisi i sistemi sanitari, minando le loro fondamenta, sia nei modelli organizzativi che nelle stesse convinzioni degli operatori come della gente comune. Sono emerse antiche debolezze, che non vedevamo o non volevamo vedere: ora dobbiamo farci i conti, per riparare i danni e risolvere i nodi venuti al pettine. La sanità va riformata, e per fare questo ci vogliono nuove idee e tante risorse. Ci vogliono nuove idee perché si possa parlare di rilancio: non dobbiamo sostenere o aggiustare vecchi modelli che hanno ormai mostrato il loro tempo. E ci vogliono nuove risorse, perché il nostro paese da troppo tempo cresce poco e si sta impoverendo. Il Recovery Fund, così come il MES, sono risorse che l'Unione Europea mette a disposizione dei paesi membri: risorse mai viste in tale quantità, soprattutto per il nostro paese. Risorse che meritano chiarezza e riflessioni attente, non discorsi e chiacchiere superficiali: c'è bisogno di recuperare tecnicalità e competenze nella discussione politica e pubblica. In questa pubblicazione, Veronica De Romanis descrive l'opportunità di accedere ai Fondi del Recovery Fund e del MES, per poter uscire dalla crisi in cui siamo immersi e per definire i punti dell'agenda italiana per il futuro; Stefano Del Missier, sull'altro lato, partendo da una valutazione della bozza di Piano Nazionale di Resilienza e Rilancio del precedente governo, sottopone al dibattito le priorità di intervento per il nostro Servizio Sanitario e i nodi che vanno sciolti subito, soprattutto in termini di governance di una vera e propria rivoluzione sanitaria dei prossimi anni.

Redazione IHPB

PARTE PRIMA: LE RISORSE PER IL PNRR

Veronica De Romanis,
Economista e Docente di European Economics LUISS di Roma e Stanford University

L'ITALIA È OSSERVATA SPECIALE

In questi lunghi mesi di crisi, la pandemia è stata presentata da chi ha governato come uno shock simmetrico che colpisce i paesi nello stesso modo.

"Siamo tutti nella stessa barca in mezzo al mare in tempesta" hanno spiegato a più riprese diversi esponenti della maggioranza uscente. La realtà, però, è un'altra. Il Covid-19 è - senza dubbio - uno shock comune. Ma con impatti asimmetrici che dipendono dalle condizioni di partenza delle varie economie. In altre parole, la "barca" con cui affrontare la tempesta non è uguale per tutti. L'Italia, in particolare, si è trovata a contrastare il virus con molte fragilità: una crescita pressoché nulla, una produttività stagnante da oltre vent'anni, un mercato del lavoro che penalizza i giovani e le donne, un indebitamento tra i più elevati della zona euro (secondo solo a quello

della Grecia) e, infine, un sistema di Welfare inadeguato, soprattutto per quanto riguarda la medicina territoriale. Simili criticità avrebbero richiesto interventi strutturali e di ampio respiro. Gli esecutivi che si sono succeduti nell'ultimo decennio hanno scelto, invece, soluzioni congiunturali e dal minor costo politico. Le misure per incrementare il potenziale di crescita sono state rinviate.

E, così, settori cruciali come quello della pubblica amministrazione, della giustizia, del fisco, della scuola e della sanità non sono stati riformati. L'Italia rischia, pertanto, di diventare fonte di instabilità. Oramai da tempo, è osservata speciale. La sua ripartenza è fondamentale per la ripresa dell'intera Unione. Per questo motivo è la maggior beneficiaria degli aiuti di Bruxelles. Ai quali si aggiungono, non dimentichiamolo, gli interventi della Banca centrale europea (Bce) che compra titoli di debito di tutti gli stati membri dell'euro e, in misura particolare, del nostro. Una mobilitazione di risorse così ingenti non si era mai vista. Del resto, in questa crisi, l'Europa è scesa in campo con misure senza precedenti - e in tempi davvero brevi; sia per far fronte all'emergenza sia per investire nella ricostruzione. Per l'emergenza sono stati previsti 540 miliardi di euro ripartiti in tre diversi strumenti. Dal SURE *(Support to Mitigate Unemployment Risks in an Emergency)* - volto a sostenere il mercato del lavoro - arrivano 100 miliardi. Finora, è stato attivato da sedici Stati[1] inclusa l'Italia, che ha ottenuto 27,5 miliardi di euro, la quota più elevata. Vi è, poi, la linea pandemica del Meccanismo europeo di Stabilità (MES), creata per il settore della sanità, con 240 miliardi (di cui 36 per l'Italia). Infine, la Banca europea degli investimenti (BEI) ha messo a diposizione circa 200 miliardi di prestiti a tassi agevolati da destinare prevalentemente alle piccole e medie imprese. Sul fronte della ricostruzione, l'Europa ha dato il via libera al Next Generation EU (NGEU). Circa 750 miliardi suddivisi tra prestiti e sussidi da erogare nell'arco del prossimo quinquennio. Questo tipo di riposta non era affatto scontata. Le contrapposizioni sembravano insormontabili. Da una parte, vi erano i paesi cosiddetti "frugali" (Austria, Svezia, Danimarca, Finlandia) disposti a concedere aiuti primariamente sotto forma di prestiti. Dall'altra, i paesi mediterranei - tra cui l'Italia - che chiedevano ampie quote di sussidi.

Le trattative sono state rese, se possibile, ancora più complesse dalla minaccia di veto da parte dell'Ungheria e della Polonia, contrarie ad associare gli aiuti europei al rispetto dei valori fondanti dell'Unione. Dopo un lungo negoziato, il compromesso (purtroppo al ribasso per quanto riguarda lo Stato di diritto) è stato raggiunto grazie alla determinazione della cancelliera Angela Merkel. Esperta tessitrice e politico con maggiore esperienza ai tavoli europei, Merkel è riuscita a convincere i leader più riottosi (in particolare quelli "frugali") che per il bene dell'Europa è necessario "regalare" risorse anche a chi in passato non ha brillato per rigore nei conti. L'accordo[2] è stato firmato al Consiglio europeo del 20 luglio dello scorso anno. Il processo, tuttavia, ancora non è terminato. Il NGEU dovrà essere ratificato dai ventisette parlamenti nazionali. Nella logica della Commissione europea i finanziamenti andrebbero utilizzati in base ai bisogni dei paesi. "L'Europa necessita di una risposta solidale e coordinata" ha ripetuto in questi mesi la Presidente Ursula von der Leyen. Ogni Stato membro dovrà fare la propria parte. Dai più forti ci si aspetta solidarietà, dai più deboli coordinamento. Ovvero, interventi capaci di rimettere in moto il sistema economico in modo veloce e resiliente.

È necessario, quindi, predisporre un programma credibile e attuabile per la ripresa. Nell'immediato, va contrastata l'emergenza. A cominciare da quella sanitaria. Come si è detto, a tale scopo gli Stati possono accedere al MES. Finora nessuno lo ha fatto, però. Alcuni non sono interessati perché possono finanziarsi a tassi più vantaggiosi. Altri stanno valutando. Senza preconcetti, né dibattiti ideologici. In Italia, invece, il ricorso a questi fondi è diventato un tabù. "Attivare il Mes significherebbe dare la possibilità a Bruxelles di imporre misure di austerità come ha fatto con la Grecia", sostengono i detrattori. Da un'attenta lettura dei regolamenti, però, tale rischio appare davvero infondato. Anche perché, a voler essere precisi, all'epoca dello scoppio della crisi greca, il MES neanche esisteva.

1. Spagna, Romania, la Polonia, la Grecia, il Belgio, la Repubblica Ceca, la Slovacchia, la Croazia, la Slovenia, la Lituania, la Bulgaria, Cipro, Malta e la Lettonia. È da notare che le economie più forti come la Germania, la Francia ma anche quelle definite "frugali" (Olanda, Austria, Danimarca e Svezia) non ne hanno fatto ricorso.
2. Conclusioni del Consiglio europeo https://www.consilium.europa.eu/it/press/press-releases/2020/07/21/european-council-conclusions-17-21-july-2020/
3. In quell'occasione Papandreou ammise anche che i conti pubblici erano stati truccati. Il disavanzo in rapporto al Pil non era pari al 3 per cento bensì superiore al 13.
4. Il trattato di Lisbona prevede l'uscita dall'Unione europea (articolo 50) ma non quella dall'Unione monetaria europea.

IL MECCANISMO EUROPEA DI STABILITÀ: DALLA CRISI FINANZIARIA ALLA CRISI PANDEMICA

Quando nell'autunno del 2009, l'allora premier greco George Papandreou andò in televisione a spiegare che il Paese aveva perso l'accesso ai mercati finanziari[3], non esistevano meccanismi comunitari di assistenza finanziaria. Del resto, crisi di un singolo Stato così pervasive da minacciare la stabilità dell'area - come avvenuto con quella greca attraverso il contagio finanziario - non erano state previste dai Trattati[4]. Il primo pacchetto di aiuti greco fu, quindi, finanziato attraverso prestiti bilaterali. Il passaggio a strumenti europei richiese del tempo. Non fu facile trovare un accordo dal punto di vista politico. Si avanzò in maniera graduale. In un primo momento, fu costituito il Fondo Europeo di Stabilità Finanziaria (FESF)[5], una sorta di banca con capacità di erogazione limitata e natura temporanea. Nell'ottobre del 2012, il FESF fu sostituito dal MES[6].

Durante la crisi finanziaria degli ultimi dieci anni, il compito del MES è stato quello di fornire sostegno alle economie della zona euro in difficoltà. Per questo, in Italia è stato ribattezzato "Fondo Salva Stati"[7]. Il fondo si finanzia mediante assunzione di debiti sui mercati finanziari.

In cambio degli aiuti, è necessario aderire a un protocollo d'intesa *(Memorandum of Understanding)* - ossia a un programma di aggiustamento - che definisce le condizioni del prestito. Tali condizioni variano da paese a paese in base alla natura degli squilibri macroeconomici.

In linea di massima, vengono richieste riforme per far ripartire la crescita e misure di consolidamento fiscale (taglio delle spese, incrementi della tassazione o un mix delle due) per rimettere in ordine i conti pubblici[8].

Oltre ai suddetti piani di assistenza, il MES può mettere a disposizione degli Stati specifiche linee di credito per far fronte a eventi inattesi. La linea di credito pandemica ne è un esempio. Anche in questo caso, trovare un accordo non era scontato. Il lavoro svolto dalla delegazione italiana è stato decisivo. L'obiettivo era quello di poter disporre di risorse in tempi brevi. Le condizionalità dovevano essere uguali per tutti e legate unicamente alle spese sanitarie. L'accordo chiuso a Bruxelles ha accolto la totalità delle nostre istanze. Nello specifico, la Commissione ha stabilito che i fondi del MES possono essere utilizzati non solo per le spese sanitarie dirette ma anche per quelle indirette[9]. L'inclusione di queste ultime consente ampi margini di discrezionalità. Le spese che possono essere comprese sono, infatti, molteplici: da quelle per le terapie intensive, per i tamponi, per i termo scanner, a quelle per gli stipendi degli infermieri o degli autisti dei mezzi pubblici neoassunti. I fondi potranno essere richiesti fino alla fine del 2022. Sarà sufficiente fornire una rendicontazione ex-post.

Stando così le cose, appare difficile sostenere - come hanno fatto in particolare gli esponenti del Movimento 5 Stelle - che ci siano "troppe condizionalità" o "condizionalità nascoste". Lo stesso ex Premier Giuseppe Conte ha confermato l'assenza di ulteriori condizionalità. Nonostante ciò, a suo avviso, il MES non va attivato perché "aumenterebbe il deficit" e, quindi, il debito pubblico. Anche questa critica lascia perplessi. Le risorse che arrivano dal MES sono certamente a debito. Ma, tutto ciò che il governo finanzia in questi mesi avviene attraverso maggiore debito.

A cominciare dai 140 miliardi approvati con i decreti ristori[10]. Il vantaggio del debito MES è il costo. Ossia la minore spesa per interessi: la stima fornita dal Ministero dell'Economia e delle Finanze si attesta intorno circa 300 milioni l'anno (3 miliardi nell'arco di un decennio). Dal punto di vista di Conte si tratterebbe di un risparmio "contenuto rispetto al rischio stigma". E qui veniamo alla terza critica. Il rischio stigma è diventato uno degli argomenti più popolari tra i "no MES". Il ricorso al Fondo Salva Stati segnalerebbe che la situazione della finanza pubblica non è delle migliori. Ciò darebbe luogo a un aumento dello spread che vanificherebbe il vantaggio iniziale.

Ancora una volta, il timore sembra essere infondato. Chi investe nel nostro Paese conosce lo stato dei nostri conti. Difficile immaginare che l'accesso al MES rappresenti un motivo di maggiore preoccupazione. Al contrario. L'utilizzo di tale strumento verrebbe interpretato in maniera positiva. Da una parte, si segnalerebbe la volontà di ricorrere

5. Lo strumento è stato attivato per l'Irlanda, il Portogallo e la Grecia. - **6.** Il Mes fu istituito mediante un Trattato intergovernativo, ossia al di fuori del quadro giuridico dell'Unione europea https://www.esm.europa.eu/legal-documents/esm-treaty

7. Il Mes è finanziato dai singoli paesi. Le quote sono stabilite in base alla loro importanza economica. La Germania contribuisce per il 27,1 per cento, la Francia per il 20,3 e l'Italia per il 17,9. L'ammontare massimo è pari a 700 miliardi di euro. Ad oggi sono stati versati 80 miliardi. L'Italia, ad esempio ha, versato 14,3 miliardi. I finanziamenti vengono raccolti sui mercai finanziari attraverso emissioni di bond.

al debito meno costoso. Dall'altra, la capacità di redigere un programma di spesa dettagliato con un serio metodo di lavoro e scadenze precise. I soldi presi a prestito con il MES devono, infatti, essere usati "solo" per la sanità in base a un piano preciso, un vincolo che non c'è per quelli presi con emissione di debito. In altre parole, il Fondo Salva Stati "obbliga" chi ne fa ricorso a mettere nero su bianco le priorità in campo sanitario. Se avessimo aderito in primavera, oggi avremmo un sistema sanitario più forte nell'affrontare la seconda ondata del virus. È mancata la volontà politica. Attorno al dibattito sul MES c'è stata anche tanta confusione. "Non abbiamo bisogno del MES perché c'è il NGEU" ha spiegato a più riprese l'ex Ministro degli Affari Esteri Luigi Di Maio. Chi fa questa affermazione dimostra, però, di non aver colto appieno la differenza tra le risorse che l'Europa mette a disposizione per tamponi e vaccini (quelle del MES) e le risorse per gli investimenti (quelle del NGEU). Le prime possono essere ottenute nell'immediato. Le seconde vanno illustrate in dettaglio nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Se approvate da Bruxelles, arriveranno non prima dell'autunno. I due strumenti non sono intercambiabili.

L'AGENDA DELL'ITALIA DEL FUTURO

Il PNRR rappresenta il nostro programma di sviluppo per i prossimi anni. Delinea le opportunità per le nuove generazioni. Contiene i progetti per crescere in maniera duratura e resiliente. La sua predisposizione richiede tempo e attenzione. Le risorse per l'Italia ammontano a circa 222 miliardi di euro. La maggior parte - circa 196 miliardi - provengono dal Recovery and Resilience Facility (RRF), il resto da altri programmi più piccoli come il REACT-EU. Una dote così rilevante di denaro non era mai stata messa a disposizione da Bruxelles. L'opportunità è unica. Definire come e dove allocare tutte queste risorse non è semplice. Mai un governo ha avuto un simile compito. Non si deve fallire. Per questo è necessario avere un'idea del Paese del futuro e un metodo per attuarla. I tempi sono stretti. La scadenza ultima è in primavera. Ma per accedere all'anticipo straordinario (pari al 13 per cento del totale), il piano dovrà essere presentato entro la fine di febbraio. Ci vorranno, poi, almeno tre mesi - due per l'analisi della Commissione e uno per quella del Consiglio europeo - per il via libera. A conti fatti, se si procedesse in maniera spedita, a giugno l'Italia potrebbe già incassare circa 25 miliardi. Gli altri arriveranno con scadenze semestrali previo controllo del rispetto degli impegni presi.

Il documento prodotto dal governo uscente è stato definito dal Commissario europeo per gli Affari Economici, Paolo Gentiloni, "una buona base". Mancano dettagli sui temi, i costi e gli impatti. E, soprattutto, sull'allocazione delle risorse. Ad esempio, per la Sanità sono previsti 20 miliardi, circa il doppio rispetto alla bozza di dicembre. Una somma sufficiente? Difficile rispondere. Certo è che se si riesce - in poche settimane - a spostare oltre dieci miliardi da un comparto all'altro significa che non sono state stabilite delle priorità. Pertanto, le risorse per la Sanità aumentano solo se aumenta il totale. Il metodo di "fissare un ammontare per poi distribuirlo", non sapendo come, lascia perplessi. La suddivisione dei fondi europei dovrebbe seguire la procedura inversa. Ovvero partire da un programma che includa obiettivi e responsabilità. Sia nel medio e lungo termine sia nel breve.

Nel PNRR attuale mancano anche i dettagli sulle riforme. Quelle più urgenti sono note: giustizia, fisco, mercato del lavoro, concorrenza. La Commissione chiede, inoltre, da anni, la riforma della pubblica amministrazione. Il Paese ha bisogno di un'amministrazione più efficiente.

Anche per poter usare al meglio i fondi europei. I tempi sono stretti. Le risorse devono essere impegnate entro il 2023 e spese entro il 2026. Poter disporre di una macchina dello Stato semplice e veloce è fondamentale. Il rischio è quello di perdere parte degli aiuti. Infine, va riformato il Welfare. In passato si è molto investito in previdenza (l'Italia è prima in Europa con una spesa rispetto al Pil pari al il 16,3 per cento rispetto al 13,1 della media dell'Unione) e molto meno in politiche sociali (5,3 per cento contro il 6,9 per cento europeo) e sanità (6,5 per cento

8. La Spagna, l'Irlanda e il Portogallo hanno aderito a un programma di aggiustamento macroeconomico predisposto dal Mes. La Grecia solo dopo il primo pacchetto di aiuti. È interessante notare come i paesi che hanno attivato il Mes registravano a fine 2019 le migliori performance economiche in termini di crescita del prodotto interno lordo: la Spagna al 2 per cento, l'Irlanda al 5,6 e il Portogallo al 2,2. L'Italia, invece, che con il governo Monti scelse di non ricorre al Fondo Salva Stati (implementando molte misure di austerità e poche riforme) era ferma allo 0,3 per cento (la media dell'area euro era 1,3 per cento)

9. Lettera del Vice Presente Valdis Dombrovskis e del Commissario Paolo Gentilini a Mario Centeno presidente dell'Eurogruppo 5 maggio 2020, https://ec.europa.eu/info/

contro l'8,4 europeo). La pandemia ha evidenziato come questo sistema sia inadeguato. Sarà necessario disegnare una sanità più attenta ai bisogni delle persone. Ciò passa inevitabilmente dal potenziamento delle infrastrutture sui territori. L'approccio deve essere quello del Welfare di prossimità. Questa è la sfida che aspetta il nuovo esecutivo. Nel suo discorso al Senato, il neo premier Mario Draghi ha spiegato che intende mantenere la struttura del piano elaborato dal Conte due. Dovrà, tuttavia, essere rafforzato, sia la parte degli investimenti (tempi, costi, impatti) sia quella delle riforme. Per quanto riguarda la governance, Draghi ha spiegato che sarà *"incardinata al Ministero dell'Economia e delle Finanze con strettissimo coordinamento dei ministri competenti"*. Il parlamento sarà *"informato in modo tempestivo sul programma e sulle linee di intervento"*. Nessuna entità ad hoc verrà, quindi, costituita. Una simile impostazione è già stata seguita in paesi come la Spagna e la Francia. Quest'ultima ha persino cambiato il nome del Ministero dell'Economia. Ora si chiama Ministero dell'Economia, delle Finanze e del Rilancio[11]

PARTE SECONDA:
IL PNRR PER UN NUOVO SISTEMA DI SALUTE

Stefano Del Missier,
Direttore Responsabile di Italian Health Policy Brief

IL DENARO NON È TUTTO

Di fronte alla disponibilità di denaro che, come abbiamo visto, è tutt'altro che scontata, abbiamo un'occasione irripetibile per innovare e rendere sostenibile il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) per molte delle generazioni a venire. Ma bisogna definire un Piano vero, con contenuti, tempi, risorse. La bozza di Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza (PNRR) del governo "Conte II" (d'ora in poi PNRR Conte) non ha queste caratteristiche ed è stato un documento a lungo indisponibile alla valutazione, sia in sede politica che in quella tecnica. Per chi ha a cuore il futuro del SSN, il documento rimane ancora troppo generico e infarcito di "dichiarazioni di intenti" piuttosto che di un elenco saldo e sicuro di azioni da svolgere. Inoltre, fatto che avrebbe potuto rappresentare almeno un punto di partenza per un percorso istituzionale, oltreché politico, di decisioni che caratterizzeranno il futuro del nostro paese, non rappresenta neanche una necessaria visione politica che nel corso di questi ultimi anni nessuno ha avuto il coraggio di rappresentare: questa è la causa principale di una certa inerzia nella progettualità e nella definizione delle priorità di intervento. Con il "governo Draghi", la speranza è che ci sia un deciso cambio di passo e che si arrivi all'appuntamento con le scadenze europee sia con le idee chiare che con documenti di rilancio del paese intrisi di progetti e contenuti: pur partendo dalla bozza del PNRR Conte, quindi, si dovrà quanto prima cogliere quanto vada salvaguardato e quanto, invece, debba essere immediatamente sostituito, integrato, supportato da una maggiore capacità progettuale e programmatoria.

LA SANITÀ NELLA PRIMA BOZZA DI PIANO DI RESILIENZA E RILANCIO ITALIANO

Il PNRR Conte, come tutti quelli presentati dagli Stati Membri dell'Unione Europea, coerentemente alle indicazioni europee, è redatto lungo tre ASSET STRATEGICI:

- digitalizzazione e innovazione;
- transizione ecologica;
- inclusione sociale.

Tale PNRR, nel declinare gli asset strategici in un proprio documento di azione, così come fatto da ciascuno stato membro secondo le proprie declinazioni, è stato strutturato in 6 MISSIONI, a ciascuna delle quali vengono riservate quote delle risorse previste dall'intero PNRR (si veda tabella 1):

- digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura;
- rivoluzione verde e transizione ecologica;
- infrastrutture per una mobilità sostenibile;

sites/info/files/economy-finance/letter_to_peg.pdf

10. In particolare, i 32 miliardi del quinto decreto ristori sono servito a finanziare ambiti che avrebbero potuto rientrare tra le spese Mes: ristori per il Covid, liquidità per le imprese, misure per i settori penalizzati, compensazioni per gli Enti locali che hanno subito meno entrate, fondi per la sanità, fondi per la scuola.

11. Ministère de l'Economie, des Finances et de la Relance https://www.economie.gouv.fr

	RISORSE (€/MLD)				
	In essere	Nuovi	Totale	React EU	TOTALE NGEU
Digitalizzaz., Innovaz., Competitività e Cultura	10,11	35,27	45,38	0,80	46,18
Rivoluzione Verde e Transizione Ecologica	30,16	36,43	66,59	2,31	68,90
Infrastrutture per una Mobilità Sostenibile	11,68	20,30	31,98	0	31,98
Istruzione e Ricerca	4,37	22,29	26,66	1,83	28,49
Inclusione e Coesione	4,10	17,18	21,28	6,35	27,62
Salute	5,28	12,73	18,01	1,71	19,72
TOTALE	**65,7**	**144,2**	**209,9**	**13,0**	**222,9**

Tabella 1 – Struttura del PNRR: missioni e saldi finanziari. Fonte: PNRR Conte

- istruzione e ricerca;
- inclusione e coesione;
- salute.

La Missione Salute, quindi, che per sua natura ha a che fare con ciascun asset strategico e, probabilmente, con tutte le missioni elencate, ha un proprio spazio dedicato e separato: il che farebbe pensare che le uniche risorse per la salute sono quelle elencate in questa Missione (si veda tabella 2) e che gli attori del SSN, di conseguenza, non possano beneficiare di quanto previsto nelle altre Missioni, anche se la sanità ne è fortemente interessata. È così?

La mancanza di dettaglio del Piano nel momento in cui si scrive non può sciogliere questo dubbio, ma la cosa è dirimente per le decisioni da prendere.

Infatti, è evidente ai più che la salute sia trasversale a tutte le policy, non solo perché è la condizione primaria per avere benefici effetti sulla ripresa economica[12], ma anche perché è piuttosto risaputa la necessità di dare risposte al suo fabbisogno di digitalizzazione, innovazione, formazione, ricerca, modernizzazione infrastrutturale, etc., ovvero le principali tematiche affrontate nelle altre Missioni in cui è articolato il PNRR Conte.

La valutazione rischia di essere superficiale, dato che la "Mission 6 – Salute" è descritta in 17 pagine rade (un massimo di 3000 caratteri circa, spazi inclusi), nelle quali sono comprese anche tabelle e box, spesso ripetitivi di quanto scritto nel testo del capitolo. Il quadro politico-strategico dovrebbe risiedere negli obiettivi generali della Missione, la prima parte del capitolo, ma le indicazioni sono fortemente generiche e astratte *("rafforzamento sia del sistema ospedaliero sia dell'assistenza territoriale")* che tautologiche (*"realizzare ospedali tecnologici… con azioni miranti all'ammodernamento tecnologico… con particolare riferimento alle attrezzature di alta tecnologia")*.

La Missione Salute del PNRR Conte, per entrare più nel merito delle questioni, tocca una serie di queste necessità e le catalizza attorno a due COMPONENTI nelle quali viene suddivisa:

- assistenza di prossimità e telemedicina;
- innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria.

Interventi che a loro volta *"saranno caratterizzati da linee di azione che si concepiscono all'interno di un unico progetto di riforma"* quali:

- promuovere e rafforzare un'assistenza di prossimità;
- definire un nuovo assetto istituzionale di prevenzione Salute-Ambiente-Clima;
- riformare il rapporto tra Salute e Ricerca.

Il tutto, purtroppo, si esaurisce nell'elencazione di alti titoli, con indicazioni generiche sulle cose da fare.

Per la prima componente, guardando nel c.d. "BOX Riforme", troviamo che le iniziative più concrete sono rappresentate dal dover definire standard, atti e regolamenti, oltre che (poteva mancare?) l'istituzione di un nuovo ente (Sistema Nazionale di Prevenzione Salute-ambiente-clima, SNPS) con conseguenti atti regolamentari applicativi ed attuativi[13]. Difficile, oltre ad iniziative rappresentate dal dover definire standard, atti e regolamenti, o ad individuare nuove entità pubbliche, trovare molto altro. In estrema sintesi, il PNRR Conte è un documento

12. Si veda BORGONOVI Elio, "La circolarità (positiva e negativa) tra salute ed economia", formaFuturi (Magazine di ASFOR e APAFORM), Dic 2020.

13. Nella linea Salute-ambiente-clima. Sanità Pubblica ecologica, il PNRR Conte istituisce il SNPS che dovrà integrarsi con il SNPA (Sistema Nazionale per la Protezione Ambientale) e, quindi, si prevede di realizzare un piano di investimenti e Action Plan per far funzionare le nuove strutture pubbliche per lo scopo.

	RISORSE (€/MLD)				
	In essere	Nuovi	Totale	React EU	TOTALE NGEU
Potenziamento assistenza sanitaria e rete territoriale	-	7,00	7,00	-	7,00
Casa della comunità e presa in carico della persona	-	4,00	4,00	-	4,00
Casa come primo luogo di cura. Assistenza domiciliare	-	1,00	1,00	-	1,00
Sviluppo delle cure intermedie	-	2,00	2,00	-	2,00
Salute, Ambiente e Clima. Sanità pubblica ecologica	-	0,50	0,50	0,40	0,90
TOTALE M6-C1	**-**	**7,50**	**7,50**	**0,40**	**7,90**
Ammodernamento tecnologico e digitale	5,28	4,73	10,01	-	10,01
Ammodern. parco tecnologico e digitale ospedaliero	1,41	2,00	3,41	-	3,41
Ospedali	3,30	2,30	5,60	-	5,60
FSE e raccolta, elaboraz. e analisi dei dati a liv.cent.	0,57	0,43	1,00	-	1,00
Ricerca e trasferimento tecnologico e formazione	-	0,50	0,50	1,31	1,81
Valorizzaz. e potenz. della ricerca biomedica del SSN	-	0,20	0,20	-	0,20
Ecosistema innovativo della salute	-	0,10	0,10	-	0,10
Sviluppo competenze (…) dei professionisti in sanità	-	0,20	0,20	1,31	1,31
TOTALE M6-C1	**5,28**	**5,23**	**10,51**	**1,31**	**11,82**

Tabella 2 – Struttura del PNRR: Missione 6 (Salute) e risorse delle Componenti.
Fonte: PNRR Conte

pomposo nel suo dire ed evanescente nel suo fare: ci sarà bisogno di ben altro per poter attingere ai fondi messi a disposizione dell'UE e supportare la transizione verso un SSN efficace, moderno e sostenibile.

Dati i tempi e le condizioni contingenti, sembra allora utile virare su una visione a carattere più tecnico, cercando asset condivisi e di sicura necessità di intervento.

PROGETTI ALEATORI E PROGETTI AGGANCIATI AD UNA SERIA ANALISI DEI BISOGNI E DEI VUOTI DA RIEMPIRE

Al di là di considerazioni e convincimenti personali, nei c.d. "titoli" emerge chiaramente che ci sono alcuni asset strategici dove il consenso può essere convogliato per prendere decisioni tempestive ed efficaci, in un quadro sinergico dove, come abbiamo detto, la sanità possa beneficiare anche degli effetti delle altre missioni, e viceversa. Lo stesso Presidente Draghi, nel suo discorso al Senato del 17 febbraio u.s., ha detto che *"la strategia per i progetti del Next Generation EU non può che essere trasversale e sinergica, basata sul principio dei co-benefici, cioè con la capacità di impattare simultaneamente più settori, in maniera coordinata"*.

Potremmo enucleare tre componenti sui quali sono tutti d'accordo di intervenire:

- digitalizzazione della sanità italiana;
- maggiori e più qualificate risorse umane all'interno del sistema;
- incrementare l'offerta nell'ambito della medicina territoriale.

Potremmo anche affermare che le componenti in cui è articolata la Missione Sanità, almeno in apparenza, ne siano, sinteticamente, una corretta rappresentazione, anche se, come detto, ad una prima lettura del PNRR, sono in molti[14] ad individuarne soprattutto le lacune che non le risposte ai problemi sul tavolo.

Il contesto d'insieme è, a mio avviso, nella sintesi di riforma sanitaria descritta dal Presidente Draghi nel discorso citato: *"Sulla base dell'esperienza dei mesi scorsi*

14. SalutEquità, Analisi della proposta di PNRR, 2° Report, Febbraio 2021.

dobbiamo aprire un confronto a tutto campo sulla riforma della nostra sanità. Il punto centrale è rafforzare e ridisegnare la sanità territoriale, realizzando una forte rete di servizi di base (case della comunità, ospedali di comunità, consultori, centri di salute mentale, centri di prossimità contro la povertà sanitaria). È questa la strada per rendere realmente esigibili i "Livelli essenziali di assistenza" e affidare agli ospedali le esigenze sanitarie acute, post acute e riabilitative. La "casa come principale luogo di cura" è oggi possibile con la telemedicina, con l'assistenza domiciliare integrata".

Prendiamo allora alcuni specifici ambiti di possibile lavoro, per dare una prima valutazione concreta dei vuoti da riempire.

DIGITALIZZAZIONE SANITÀ

Nel PNRR Conte, è interessante la considerazione che la percentuale di spesa sanitaria pubblica per tecnologia digitale sia solo del 1,2% o che, in termini assoluti, in Italia si spendano su questo 22€ pro-capite mentre in Danimarca se ne spendano 70€. Tuttavia, pur in una linea denominata "Ammodernamento tecnologico e digitale", gli interventi si limitano ad indicazioni di massima sul digitale ospedaliero (acquisto e collaudo di 2.648 apparecchiature e digitalizzazione di 184 sedi DEA) e ad interventi per sviluppo e diffusione del FSE (piani, programmi, nuovi flussi informativi, etc). Pur sapendo che il tema non si può ridurre all'informatica e che rappresenta un ventaglio ben ampio di problematiche, credo si convenga che per realizzare una sanità veramente digitale sia necessaria la realizzazione della sua principale infrastruttura, ovvero il Fascicolo Sanitario Elettronico. Ma cosa può farlo diventare realmente un'infrastruttura comune a tutto il SSN partendo dalla sua attuale condizione di strumento diversificato a seconda delle Regioni, incompleto, indisponibile? L'attuale modello è vecchio, concettualmente (nasce su paradigmi propri di una sanità tradizionale) e tecnologicamente (non sfrutta le più moderne innovazioni della digital technology): si possono mettere risorse su uno strumento già oggi inadeguato? Si può fare un investimento di impatto sul sistema senza prima averne definito (o messo sul tavolo decisionale) la governance?

Con la pandemia, il modo di funzionare della sanità è stato travolto ed è chiaro che è necessario avere sistemi informativi che parlino tra loro: è importante sviluppare l'interoperabilità che garantisce possibilità di scambio dei dati e, di conseguenza, continuità di cure al paziente che si muove all'interno del sistema di offerta. La sanità non è locale e i dati si devono poter scambiare a distanza, sia nel tempo che nello spazio.

Certo, finchè parliamo di tele-medicina non riuscendo ad andare oltre la tele-fonata tra medico e paziente non andremo lontano. In questo, il documento Colao, sottolineando iniziative sia sul lato infrastrutture (Piano Fibra Nazionale e Cablaggio della PA) che sul lato degli interventi per la PA (Piano Digitalizzazione, Piano Digital Health e Monitoraggio sanitario nazionale), fornisce una visione ampia di sistema, cui anche le strutture di offerta del SSN dovranno potersi integrare. La presenza di Vittorio Colao, in qualità di Ministro per l'Innovazione Tecnologica e la Transizione Digitale, è quindi di buon auspicio.

RISORSE PROFESSIONALI PER L'INTERO SISTEMA

È di patrimonio comune la convinzione che abbiamo un lack di risorse professionali all'interno del SSN, soprattutto di infermieri piuttosto che di medici[15].

La FNOPI, citando il 16° rapporto CREA Sanità[16], non solo sottolinea come manchino oltre 160.000 infermieri nel nostro paese, ma che questa carenza si acuirà se davvero dovranno istituirsi tutte quelle realtà territoriali in cui è prevista la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità.

Sul fronte medico, d'altro canto, l'ANAAO[17] prevede che, oltre ad un picco di circa 7000 unità nelle quiescenze annuali a partire dal 2021, si rischia anche un esodo di medici in servizio, per via degli eccessivi carichi di lavoro, della scarsa retribuzione, della poca valorizzazione professionale, etc. Dove si trovano tutte queste risorse? In quanto tempo le avremo a disposizione? Con quale programmazione sul fronte formativo e quale legame tra questo e il mondo del lavoro? E aggiungiamo una considerazione in merito alla rigidità della nostra struttura di offerta, ovvero il

15. Lo stesso PNRR del Governo Conte sottolinea questo dato: "…l'Italia mostra un numero di infermieri inferiore ai paesi OCSE (5,8 per 1000 abitanti rispetto alla media europea di 8,8) e, nonostante il numero dei medici sia nel complesso superiore al valore europeo, è necessario colmare le carenze sia relativamente ad alcune figure specialistiche… sia nel campo della medicina generale".

16. 16° Rapporto CREA Sanità, Università Tor Vergata di Roma.

17. ANAAO-ASSOMED, Survey "Il lavoro in ospedale ai tempi del Covid".

ricollocamento: infatti, se come numero di medici siamo in linea con i paesi OCSE, ma abbiamo forti carenze in alcune specialità, perché non pensare a percorsi di riqualificazione professionale? Perché impedire a medici con una specialità inflazionata di specializzarsi in una di quelle carenti? E, magari, farlo con percorsi di riqualificazione di operatori in servizio che non devono ripartire dalle scuole di specialità come se fossero neo-laureati...

STRUTTURE DI OFFERTA

Nel PNRR Conte, per realizzare la medicina territoriale e/o di prossimità, si prevede la costruzione di Case della Comunità (2.564, una ogni 24.500 abitanti, con std di riferimento comuni), nuovi modelli di ADI (575 centrali di coordinamento e 51.750 medici e altri professionisti per 500.000 nuovi pazienti over 65), e nuove strutture intermedie (753 ospedali di comunità, 1 ogni 80.000 abitanti): un massiccio investimento in strutture "fisiche" (Case della Comunità, Ospedali di Comunità), oltre che interventi di manutenzione ai fini "antisismici" per Ospedali esistenti. Solita logica ministeriale, nel senso di coloro che conoscono la realtà attraverso gli atti amministrativi, facendo calcoli del fabbisogno a quote di cittadinanza, a prescindere dall'analisi del fabbisogno epidemiologico e dalla densità abitativa delle varie aree del paese. La realtà, nella quotidianità, è ben diversa, per cui la definizione delle strutture di offerta territoriali non può che essere fatta da chi conosce (e gestisce) il territorio e la popolazione che ci vive. Inoltre, siccome in molte Regioni sono state già realizzate[18] strutture del tutto simili a quelle ipotizzate dal PNRR Conte, potrebbe essere più utile indicare modelli esistenti e vincenti e obbligare le Regioni che sono in ritardo a definire un piano puntuale di interventi, magari riposizionando strutture della rete ospedaliera esistente in strutture di comunità e, di conseguenza, razionalizzando l'offerta ospedaliera per acuti.

ASSISTENZA DOMICILIARE

Nell'ambito di tutto quanto si sta dicendo in materia di medicina territoriale e/o di medicina di prossimità, è utile una riflessione sul caso concreto dell'ADI, per capire che il prossimo documento di programmazione dovrà essere di ben altro spessore. Nel PNRR Conte, partendo dalla fotografia su dati non recenti (OCSE 2017) si sottolinea sia il ritardo dell'Italia sull'assistenza domiciliare agli anziani, rispetto agli altri paesi OCSE (4% contro 6%), sia una relativa elevata disomogeneità tra le Regioni.

L'analisi, quindi, dovrebbe essere più analitica (alcune Regioni sono mediamente più alte dei paesi OCSE?), per capire che i fabbisogni di assistenza domiciliare agli anziani dovrebbero, per esempio, essere misurati rispetto ai tassi di anzianità della popolazione, molto differenziati tra le diverse aree del paese. All'interno del PNRR Conte, poi, si prevede 1 miliardo di euro per l'assistenza domiciliare, e si afferma che con queste risorse si assisteranno 500.000 persone in più rispetto alle attuali. L'affermazione pare contraddetta semplicemente facendo una banale divisione aritmetica, grazie alla quale scopriamo che potremo erogare 6 ore al mese e quindi 1 ora e mezza a settimana!

Nella parte più evoluta dell'Europa, se si vuole prendere in carico a domicilio le persone con problemi di cronicità, si prevede una media di 20 ore a settimana. Quindi, per far sì che la "presa in carico" non si trasformi in una "presa in giro", è necessario stanziare almeno 7 miliardi per un coefficiente minimo di assistiti pari a 900.000 unità.

DIVERSI E RECENTI CONTRIBUTI AL RILANCIO DEL SSN

In attesa di una seria rivisitazione delle parti fondanti il Servizio Sanitario Nazionale, soprattutto nelle sue componenti culturali ed etiche che ne determineranno la sostenibilità[19], molti sono i contributi che da più parti sono stati fatti per dare una visione al futuro del nostro SSN se non, più concretamente, per proporre alcune linee di policy sanitaria che il PNRR dovrebbe contenere.

Dal mio punto di vista, tuttavia, è necessaria una premessa di metodo su proposte da fare e conseguenti decisioni da prendere perché, come succede in qualsiasi sistema,

18. Su tutte, vale l'esempio delle Case della Salute in Regione Emilia-Romagna

le variabili che lo compongono non solo non possono essere tenute separate, ma sono anche reciprocamente e continuamente influenzate: se fai un progetto sulla digitalizzazione della sanità, che cambia radicalmente l'organizzazione del lavoro, dovrai cambiare i criteri di calcolo del fabbisogno di personale medico e infermieristico, così come dovrai pensare di introdurre figure professionali "diverse" nel middle management delle organizzazioni sanitarie. Questo è un limite riscontrabile tanto nel PNRR Conte quanto in molti contributi fatti in queste settimane su specifici temi/azioni da sviluppare: infatti, nel corso della pandemia 2020, terreno di coltura per tutte le decisioni che sono state prese dalla Commissione Europea all'interno del confronto politico nell'UE, abbiamo vissuto dibattiti e interventi più o meno pertinenti alla posta in gioco.

La sanità del futuro, di certo, vedrà cambiamenti notevoli nelle aspettative e nei comportamenti dei pazienti, e sarà tecnologica e foriera di diversi modelli di organizzazione e di lavoro all'insegna, come da documenti delle maggiori Consulting internazionali[20], del modello 4P (Predittiva, Preventiva, Personalizzata, Partecipativa): bisogna pensare in modo diverso, per fare qualcosa di veramente nuovo, e prepararci al futuro senza doverlo rincorrere o, peggio, subire. Anche in sede politica, fin da tempi pre-Covid, non sono mancate anche proposte di chi ha provato a delineare un Piano politico per la Sanità[21], con previsioni fin troppo facili riguardanti i temi su cui, come detto, c'è ampia convergenza e su cui attivare scelte di politica sanitaria: i piani di assunzione per il personale sanitario e di miglioramento delle loro condizioni lavorative, la ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, una miglior relazione tra Stato e Regioni, il rafforzamento della medicina territoriale, l'ammodernamento strutturale e tecnologico della rete di offerta sanitaria e sociosanitaria, dedicare una percentuale fissa del Fondo Sanitario nazionale alla ricerca, la digitalizzazione del SSN, la formazione e la selezione del Management sanitario. È necessario trovare quanto prima una visione di sistema, una linea politica quanto più condivisa su questi asset fondamentali, e utilizzare tutti i fondi possibili facendo simulazioni di impatto e di capacità di restituzione e sostenibilità futura.

Per questo, gli investimenti vanno fatti pensando anche agli impatti fiscali, in modo da creare un circolo virtuoso che generi quella crescita economica in grado di assicurare assistenza e cura a chi ne ha bisogno. Un elenco corposo, degno di un vero Rilancio del SSN: al nuovo governo il dovere della sintesi e delle scelte.

CONSIDERAZIONI FINALI

L'emergenza pandemica Covid-19 in Italia ha messo in evidenza problemi che non pensavamo di avere. Per anni abbiamo pensato di avere uno dei migliori sistemi sanitari al mondo, ma ci siamo scoperti incapaci, con diversi punti deboli, e facendo errori che non avremmo mai dovuto fare. Ora è il momento di rimboccarsi le maniche e guardare avanti, perché siamo all'interno di una fase storica unica, topica, per il SSN, sia per l'ingente quantità di risorse disponibili, sia per le condizioni di "ricostruzione" possibili dopo un Armageddon quale quello che abbiamo appena vissuto. Non possiamo sprecare le risorse in investimenti inutili, perché ne andrebbe della stessa sopravvivenza del SSN che tutti dicono di voler salvaguardare.

Investire, oggi, significa realizzare una vera discontinuità con l'esistente, superando quanto di obsoleto abbiamo, soprattutto per quei settori che hanno già mostrato la corda sia sul piano dell'efficacia che su quello della sostenibilità nel tempo. C'è un'avanzata incessante dell'innovazione, tecnologica e non, all'interno della sanità: va colta, pensando ad un sistema per i prossimi 10 anni, dando priorità a quegli asset che ormai tutti condividono come prioritari, quali l'assistenza primaria, la digitalizzazione, la ricerca, l'ammodernamento infrastrutturale e tecnologico, la formazione. Investire! Con attenzione non tanto alla contabilità dello Stato, perché mettere la spesa sul conto capitale di per sé (come dimostra la storia) non basta; ma con attenzione a quanto possano "rendere", ovvero a quanto ci permetteranno di restituire il debito e di rendere sostenibile il nuovo assetto del SSN.

Redazione IHPB

19. Si rimanda al numero istituzionale 3/2020 di IHPB: S. Del Missier - Il senno di poi. Il SSN alla prova del Coronavirus: imparare e ripartire.
20. Tra gli altri, interessante il documento "The Future unmasked. Predicting the future of healthcare and life sciences in 2025", Deloitte Center of Health Solutions, 2021.
21. Per sintesi e chiarezza, mi sento di citare il documento di Azione, "OperAzione Sanità", novembre 2019.

Italian Health Policy Brief

Anno XI - N° 1 - 2021

Direttore Responsabile
Stefano Del Missier

Direttore Editoriale
Walter Gatti

Direttore Progetti Istituzionali
Marcello Portesi

Editore

ALTIS Omnia Pharma Service

ALTIS Omnia Pharma Service S.r.l.

Segreteria di Redazione
Ilaria Molteni

Tel. +39 02 49538303

info@altis-ops.it
www.altis-ops.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. **Nota dell'Editore:** nonostante l'impegno messo nel com-pilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.

Aut. Trib. Milano 457/2012 - Numero di iscrizione al RoC 26499