

Politiche e governo del welfare <<https://welforum.it/area/politiche-governo-welfare/>>

Governance e riparto del PNRR per il SSN

Francesco Longo <<https://welforum.it/autori/francesco-longo/>>, Michela Bobini <<https://welforum.it/autori/michela-bobini/>>, Claudio Buongiorno Sottoriva <<https://welforum.it/autori/claudio-buongiorno-sottoriva/>>, Francesca Meda <<https://welforum.it/autori/francesca-meda/>> | 17 Maggio 2021

Per riparare ai gravi danni sociali ed economici causati dalla pandemia, l'Europa ha potenziato il proprio bilancio pluriennale 2021-2027 con un programma di finanziamento straordinario: il *Next Generation EU* (NGEU) conta infatti una quantità complessiva di risorse pari a 750 miliardi di euro, dei quali oltre la metà è costituita da sovvenzioni (390 mlrd €). Il NGEU non è solamente un ammontare cospicuo di risorse, ma piuttosto uno strumento programmatico di ripresa economica attraverso cui l'Europa intende dare forma ai pilastri cardine della propria visione strategica per il futuro: transizione ecologica, trasformazione digitale, coesione sociale, territoriale e di genere, crescita sostenibile ed inclusiva, politiche di sostegno per le nuove generazioni, salute e resilienza istituzionale [Nota: Le proposte per l'impiego del *Next Generation EU* per la sanità presentate in questo articolo sono frutto di un lavoro collegiale che ha visto la partecipazione di numerosi accademici appartenenti ad atenei differenti: Eugenio Anessi Pessina e Americo Cicchetti per l'Università Cattolica; Federico Spandonaro, Barbara Polistena e Daniela D'Angela per l'Università di Tor Vergata; Cristina Masella per il Politecnico di Milano; Giuseppe Costa per l'Università di Torino; Sabina Nuti, Federico Vola e Milena Vainieri per la Scuola Superiore Sant'Anna; Amelia Compagni, Giovanni Fattore, Francesco Longo, Michela Bobini, Francesca Meda, Claudio Buongiorno Sottoriva per l'Università Bocconi. L'analisi e la definizione delle proposte hanno beneficiato delle competenze complementari presenti nel gruppo di lavoro, capace pertanto di offrire una visione di insieme al contempo organica e multi-prospettica.] .

Il nostro Paese ha fatto propri questi i principi fondamentali attraverso l'elaborazione del *Piano nazionale di ripresa e resilienza* che prevede l'impiego di 191,5 miliardi di euro, ovvero l'ammontare massimo che l'Italia può richiedere nell'ambito del NGEU, suddivisi in 68,9 miliardi di sovvenzioni e 122,6 miliardi di prestiti. A queste risorse vanno poi sommate quelle rese disponibili dal programma di finanziamento REACT-EU (13 miliardi di euro), pensate per il brevissimo periodo da spendere negli anni 2021-2023 secondo normative europea e quelle derivanti dalla programmazione nazionale aggiuntiva (il c.d. fondo complementare, che ammonta a 30,64 miliardi di euro). La disponibilità complessiva del Piano risulta quindi di 235,14 miliardi di euro. Il Piano si articola in sei Missioni e tra queste, la Missione 6, a cui vengono assegnati in totale 20,22 miliardi, è quella dedicata alla sanità e si articola in due componenti principali: da un lato il potenziamento dell'assistenza territoriale tramite la creazione di nuove strutture (come Ospedali di Comunità e Case della Comunità), rafforzamento dell'assistenza domiciliare e lo sviluppo della telemedicina; dall'altro la digitalizzazione e il rafforzamento del capitale umano del SSN attraverso il potenziamento della ricerca e della formazione.

Più del 60% delle risorse complessive del Piano è rappresentato da prestiti che graveranno sulle generazioni future: questo determina una grande responsabilità collettiva sulle priorità e le logiche di spesa e di investimento. È necessario infatti che queste risorse vengano impiegate in modo efficace, garantendo un effettivo sviluppo di lungo periodo, che generi crescita economica e sociale generale in modo che quest'ultima permetta di sostenere e ripagare il debito contratto. Questo può accadere solamente se, anche per quanto riguarda l'ambito Salute, si inizia ad intendere il termine investimento in senso lato, considerando non solo gli aspetti di natura infrastrutturale (tecnologie mediche, edilizia, ICT, etc.), ma anche e soprattutto prestando attenzione a ciò che oggi manca in termini di ridisegno delle caratteristiche dei servizi, reingegnerizzazione dei processi e sviluppo di competenze tecnico-specialistiche necessarie ma oggi insufficienti nel SSN (ad esempio in campo manageriale, in ambito gestione delle strutture

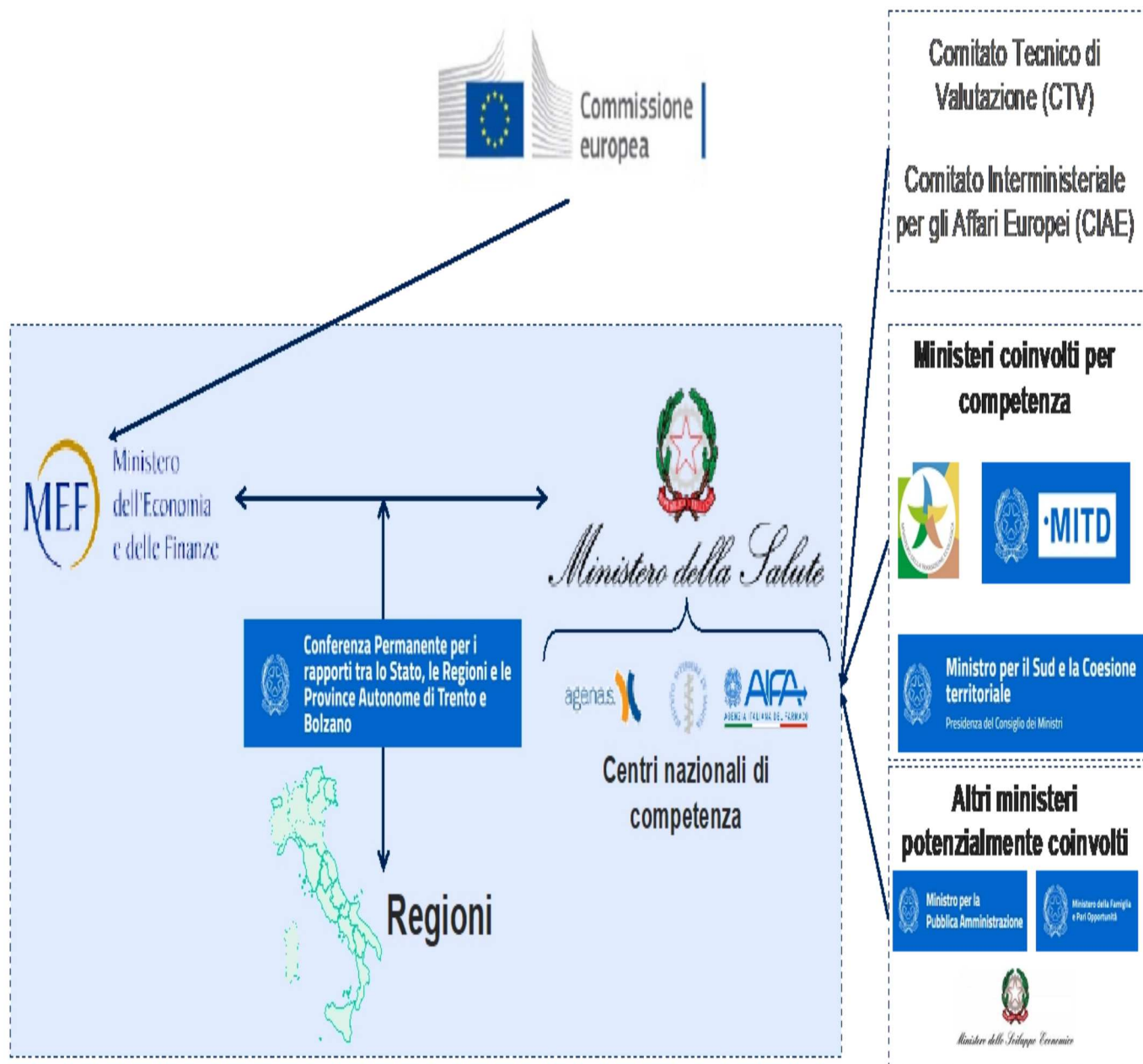
intermedie e territoriali, nell'area digitale e IA, di data analysis, di HTA, etc.). In questo senso, le riforme contenute nel PNRR, certamente quelle a tema Salute, ma in generale anche quelle afferenti alle altre 5 Missioni, vanno intese come: (a) interventi trasformativi dotati di una visione di insieme, capaci di incidere positivamente sul tasso di crescita socio-economico del Paese; (b) investimenti su cui sperimentare nuove forme di progettazione e gestione dei servizi (si pensi alle logiche di co-production individuale e di coinvolgimento della comunità applicabili in sanità), che mirino al rinnovamento del SSN nel suo complesso; (c) progetti organici inseriti in una cornice programmatica che ne definisca anche le logiche di monitoraggio: affinché gli interventi producano effettivo valore aggiunto, è necessario infatti predisporre un sistema di monitoraggio degli outcome coerente che *ex ante* definisca gli obiettivi e le metriche di valutazione, che *in itinere* controlli lo stato di avanzamento dei progetti e preveda dei meccanismi di aggiustamento e che *ex post* verifichi il corretto raggiungimento degli outcome prefissati.

Riteniamo queste condizioni fondamentali perché le risorse stanziare con il PNRR, una consistente parte delle quali a debito, portino ad un SSN rinnovato, capace di garantire sviluppo sociale ed economico e pronto a soddisfare i bisogni di salute anche delle future generazioni. Il gruppo di cui facciamo parte, che comprende accademici e ricercatori di economia e management della sanità, si è riunito per riflettere sulle modalità con cui le risorse dovranno essere investite (la governance, il monitoraggio, la ripartizione dei fondi tra regioni) e sulle priorità per realizzare i miglioramenti auspicati per il SSN. L'invio del PNRR alla Commissione Europea è certamente un momento di cruciale importanza, ma molti aspetti attuativi, non solo operativi ma anche di ripartizione delle risorse, sono ancora in discussione. Da questi ultimi dipende l'effettiva capacità del PNRR di generare la forza propulsiva per la ripresa, anche nel settore della salute. Di seguito riportiamo le proposte attuative che abbiamo elaborato sulla governance e sul riparto delle risorse previste dal PNRR per il SSN.

Il modello di governance per l'attuazione del PNRR e quindi l'utilizzo del EU *Next Generation Fund* per il Servizio Sanitario Nazionale deve tenere di conto di almeno due fattori. Il primo riguarda la forte dinamica di decentramento che vede protagoniste le Regioni, le quali svolgono un ruolo attivo ed incisivo di capogruppo del sistema delle aziende sanitarie del SSR. Inoltre, proprio sul piano regionale, sebbene negli anni si siano raggiunti numerosi punti di convergenza, permangono forti eterogeneità in termini di assetti istituzionali e organizzativi, produttività, mix professionali, *performance* finanziarie, sanitarie (di attività e di esito) e di competenze manageriali accumulate che potenzialmente potrebbero impattare negativamente nel raggiungimento degli obiettivi definiti dal PNRR se non attentamente considerate e valorizzate. Inoltre è necessario considerare che il finanziamento europeo impone un orizzonte temporale relativamente breve: i fondi che arriveranno dall'Europa dovranno infatti essere spesi entro 5 anni. Questo comporta non solo che i progetti e le riforme da finanziare debbano essere convincenti agli occhi della Commissione, ma appare evidente la necessità di definire una progettazione esecutiva per ogni misura, costruire pianificazioni regionali, attuare le politiche nelle singole aziende sanitarie locali, cercando di creare convergenze e apprendimento di sistema, in modo che anche i contesti regionali più deboli siano parte di un processo di *bench-learning* progettuale e attuativo.

La nostra proposta di governance nell'ambito del processo attuativo del PNRR prevede il coinvolgimento immediato di tutta la filiera istituzionale secondo un processo sincretico che coordina momenti più centralizzati e altri *bottom-up* di *decision making* (Figura 1).

Figura 1. Modello di governance multilivello



In un primo momento, il livello centrale, di concerto con le Regioni, dovrebbe definire all'interno dell'impianto generale del PNRR, una direzione strategica più puntuale dettagliando le linee guida e le visioni attuative per ogni macro-obiettivo e definendo gli indicatori di outcome, nonché i relativi target, che avranno uno standard nazionale, ma anche inevitabilmente rilevanti contestualizzazioni regionali, visti gli ampi differenziali delle baseline di partenza. In questo modo, le risorse messe a disposizione per ogni direttrice strategica saranno facilmente allocabili ad ogni regione secondo un meccanismo di riparto che consideri, oltre alla quota capitaria, una valutazione dei gap o degli obiettivi sovra-standard regionali rispetto alla singola linea di intervento.

In un secondo momento, ogni Regione produrrà un piano contenente le indicazioni programmatiche per il proprio territorio rispetto i macro-obiettivi evidenziati dal PNRR. Nella stesura del piano regionale, vi deve essere coinvolgimento e concertazione bidirezionale tra Regione e aziende sanitarie. Di conseguenza, coerentemente con quanto emerge dal PNRR, la governance del processo attuativo dovrà essere multilivello su tutta la filiera del sistema con un importante lavoro di supporto e coordinamento da parte

del livello centrale, inteso come Ministero della Salute e i suoi centri di competenza (Agenas, ISS, AIFA etc..). Riguardo l'allocazione locale delle risorse riteniamo necessario che le Regioni possano spostare i soldi da un macro-obiettivo all'altro garantendo però la *compliance* e il raggiungimento degli outcome. In particolare la riallocazione regionale da un silos all'altro è da osservarsi favorevolmente se vi sono ingenti gap da recuperare o ambiziosi obiettivi sovra standard rispetto ad un determinato filone di intervento del PNRR. Ad esempio, è noto che la Regione Lombardia ha una offerta di RSA importante e sovra media nazionale e una carenza di Case della Comunità (PREST nel linguaggio regionale) e quindi una deviazione dall'allocazione dei silos del PNRR può essere sostenuta se i miglioramenti di outcome programmati sono coerenti al fabbisogno sanitario osservato. Un secondo esempio sono le regioni meridionali che registrano spesso un eccesso di piccoli e medi ospedali e una carenza di Hub; potrebbero utilmente investire maggiormente su questi ultimi.

I singoli progetti che compongono il piano regionale dovranno essere sottoposti a logiche di *impact evaluation* in termini di HTA e costo-efficacia, in modo tale da garantire la loro sostenibilità e fattibilità intrinseca, oltre alla loro coerenza alla programmazione regionale generale. A questo proposito è essenziale individuazione di un arbitro terzo (es. *board* di tecnici) che valuti i piani regionali, solleciti chiarimenti, richieda correzioni al piano e rinvi l'erogazione della parte delle risorse per cui sono necessarie modifiche. L'obiettivo del board non è quello di selezionare o scartare progetti, ma, al contrario, di sostenere tutte le regioni affinché siano progressivamente in grado di raffinare le proprie proposte fino a renderle tutte costo-eficaci e coerenti ai fabbisogni regionali. Il board continuerà la sua attività durante i 5 anni di implementazione prevedendo valutazioni in itinere, finalizzate sia alla verifica del raggiungimento di target e obiettivi intermedi e quindi all'erogazione di parte dei finanziamenti, sia alla possibilità di riparametrare gli investimenti tra le diverse linee progettuali interne alle singole regioni, o, in casi estremi, tra diverse regioni, ove necessario per non perdere i finanziamenti.

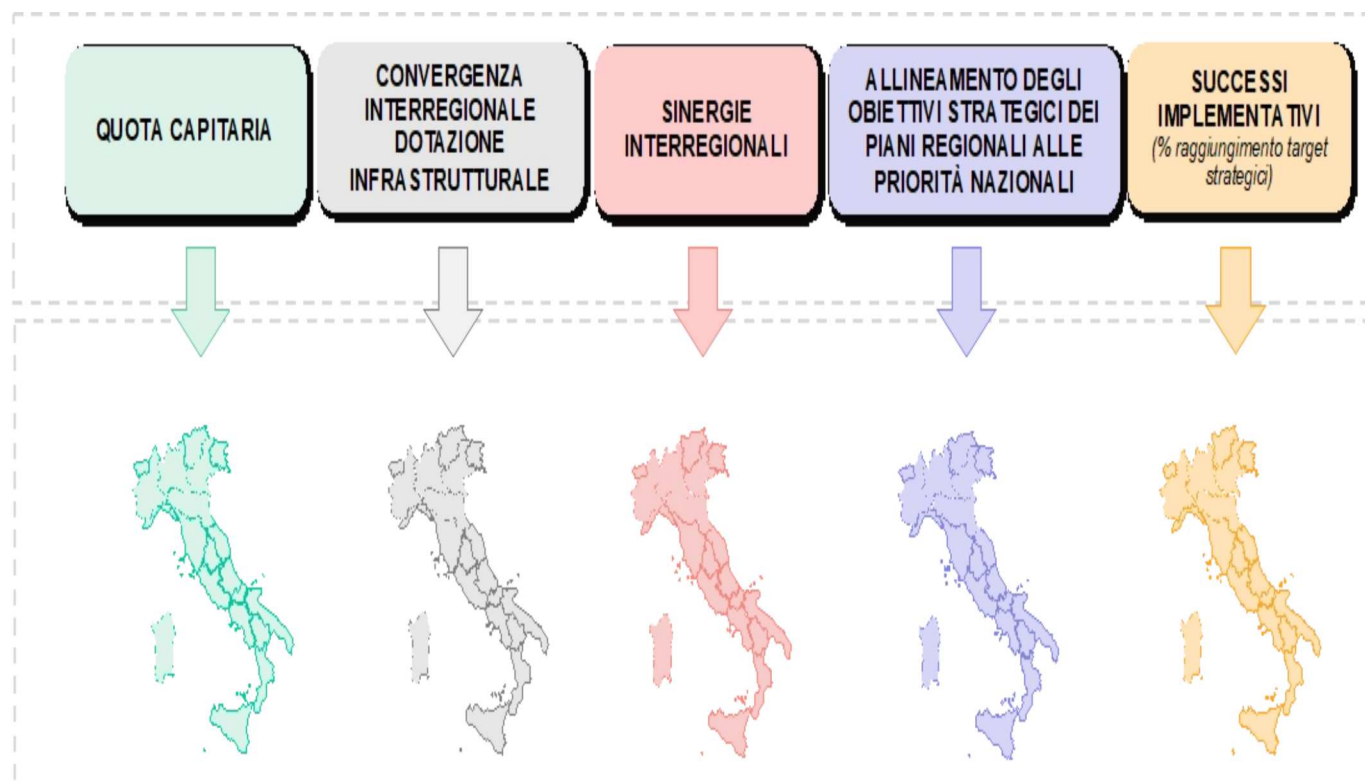
Riteniamo che la possibilità di acquisire competenze sia fondamentale al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi. Di fatto il PNRR prevede che le Amministrazioni centrali, le Regioni e gli enti locali possano beneficiare di azioni di rafforzamento della capacità amministrativa attraverso due modalità principali. La prima prevede l'assunzione di personale esperto a tempo determinato specificamente destinato alle strutture preposte all'attuazione delle iniziative del PNRR, dalla progettazione alla concreta realizzazione. Mentre la seconda prevede la ricerca di sostegno da parte di esperti esterni appositamente selezionati, al fine di assicurare la corretta ed efficace realizzazione dei progetti ed il raggiungimento dei risultati prefissati.

In sintesi, il fine del modello di governance proposto è che le risorse siano effettivamente spese e che tutte le regioni riescano a raggiungere gli outcome desiderati. Con la stessa finalità proponiamo di seguito un meccanismo di riparto dei fondi del PNRR, che tiene conto della natura regionalista della sanità italiana e che si basa sui principi di equità, meritocrazia, incentivazione e convergenza. Per tradurre questi principi, dovranno essere considerati cinque criteri di riparto (Figura 2), che vengono operazionalizzati e specificati diversamente per ogni filone del PNRR e che andranno a definire l'ammontare di spesa destinato a ciascuna regione:

1. La quota capitaria, che è già parte integrante del sistema di finanziamento della sanità. Ogni regione dovrebbe, quindi, ricevere una parte dei fondi in base alla quota di popolazione residente rispetto al totale nazionale;
2. La capacità dei piani regionali di garantire convergenza nella dotazione infrastrutturale regionale rispetto ai target nazionali;
3. La previsione nei piani di sinergie interregionali, come iniziative congiunte o supporto e integrazione tra SSR;
4. La rispondenza dei piani strategici regionali rispetto alle priorità individuate a livello nazionale;

5. La verifica del raggiungimento dei risultati regionali programmati, durante ogni fase dell'implementazione. Quest'ultimo criterio deve essere declinato in termini di outcome piuttosto che di output. In altri termini, è necessario prevedere, per ogni linea di intervento, gli indicatori che rendono l'intervento misurabile e gli associati target per valutare il successo dei piani. E così, un intervento sui piccoli ospedali, ad esempio, potrebbe prevedere come indicatore la quota di unità operative per stabilimento che rispetta gli standard di casistica minima indicata dal DM/70. Un piano regionale, di conseguenza, dovrebbe indicare il valore atteso dell'indicatore prescelto al termine dei cinque anni previsti dal PNRR e gli step di miglioramenti progressivi anno per anno in itinere.

Figura 2. I criteri di ripartizione nei distinti filoni del PNRR



I 5 criteri devono essere applicati con pesi diversi nei distinti filoni del PNRR. Alcuni filoni (es. strutture intermedie) richiedono maggiore attenzione alla convergenza nazionale, perché le differenze strutturali tra le diverse regioni sono oggi troppo ampie. Altri filoni, come ad esempio la digitalizzazione, suggeriscono una distribuzione potenziale più equa, in base alla popolosità delle regioni, con una grande enfasi sulla capacità di definire progetti con rilevanti outcome innovativi.

Una formula trasformerebbe questi criteri in un'allocazione teorica per ogni regione, prevedendo pesi diversi di ciascun criterio per ogni capitolo di investimento. Come anticipato, in fase di formalizzazione dei piani strategici, le regioni potrebbero decidere, nel limite della propria allocazione teorica, di investire su alcuni filoni in misura maggiore rispetto alla previsione nazionale, muovendo le risorse da un macro-obiettivo all'altro. Questo tipo di flessibilità permetterebbe alle regioni di investire negli ambiti politicamente prioritari e tecnicamente raggiungibili ed eviterebbe di utilizzare risorse per progetti lontani dalle priorità regionali o complessi da attivare nell'orizzonte temporale del PNRR.

Come già evidenziato, l'erogazione di parte dei fondi sarebbe influenzata dalla capacità di ciascuna regione di rispondere alle sfide poste dal PNRR, sia in fase di progettazione che in fase implementativa, occorre pertanto inserire rapidamente le regioni con risultati non allineati alle aspettative in un percorso di supporto e sostegno, volto al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Sezioni: [Normativa nazionale](https://welforum.it/sezione/normativa-nazionale/) <<https://welforum.it/sezione/normativa-nazionale/>>, **Punti di vista** <<https://welforum.it/sezione/opinioni/>>

Tag: [finanziamento e spesa](https://welforum.it/tag/finanziamento/) <<https://welforum.it/tag/finanziamento/>> | [Europa](https://welforum.it/tag/europa/) <<https://welforum.it/tag/europa/>> | [Regioni](https://welforum.it/tag/regioni/) <<https://welforum.it/tag/regioni/>> | [sanità](https://welforum.it/tag/sanita/) <<https://welforum.it/tag/sanita/>> | [SSN](https://welforum.it/tag/ssn/) <<https://welforum.it/tag/ssn/>> | [PNRR](https://welforum.it/tag/pnrr/) <<https://welforum.it/tag/pnrr/>>