

## **Memoria sul Piano nazionale di Ripresa e Resilienza**

*Federico Spandonaro*

Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” – Presidente Comitato Scientifico di C.R.E.A. Sanità

La memoria che segue, redatta a seguito del gradito invito dell’Ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, della XII Commissione (Affari sociali) della Camera dei deputati, intende offrire alla Commissione, in modo necessariamente quanto più possibile sintetico, alcuni spunti di riflessione relativi al Piano nazionale di ripresa e resilienza – PNRR (Doc. XXVII, n. 18).

Come richiesto ci si concentrerà sulle parti di competenza della XII Commissione, riguardanti soprattutto la Missione n. 6 “Salute” e la n. 5 “Inclusione e coesione” (per quanto mi sia possibile competenza).

Si ritiene opportuno dividere la memoria in tre parti, logicamente conseguenti e fra loro interdipendenti: 1) la declinazione dell’obiettivo dell’iniziativa Next Generation EU nel PNRR, 2) la valutazione sulla scelta e sulla descrizione delle Componenti e degli Interventi relativi alle Missioni considerate, 3) la *governance* prevista per l’implementazione del Piano.

Per quanto concerne il primo punto, esso è propedeutico alle analisi, in quanto inquadra gli obiettivi del Piano e quindi i riferimenti utilizzati nella memoria per elaborare le valutazioni.

Iniziamo ricordando che, come citato nel PNRR, l’intervento *Next Generation EU* è finalizzato «*a recuperare capacità produttiva, a migliorare le infrastrutture materiali e immateriali, ad affrontare la transizione energetica e digitale*».

Inoltre, nelle intenzioni del PNRR, l’ambizione per l’Italia è che gli interventi «*non riguardino solo le conseguenze immediate della pandemia, ma anche e soprattutto i problemi e i divari strutturali che hanno ostacolato la crescita italiana degli ultimi decenni*».

Vale la pena sottolineare ancora l’affermazione contenuta nel PNRR per cui «*L’insoddisfacente crescita italiana è dovuta non solo alla debole dinamica degli investimenti, ma anche a fattori strutturali, quali la dinamica demografica declinante e il basso tasso di natalità, la ridotta dimensione media delle imprese e l’insufficiente competitività del sistema-Paese, il peso dell’elevato debito pubblico, una incompleta transizione verso un’economia basata sulla conoscenza*».

Quanto sopra implica che *green economy* e digitale debbano essere le aree prioritarie di investimento, ma anche che gli interventi del PNRR, quale che sia la missione considerata, devono essere indirizzati a creare condizioni per una maggiore crescita del Paese, tale da evitare anche un

ulteriore aggravamento strutturale del debito pubblico che, trasferendosi sulle prossime generazioni, ne minerebbe definitivamente il futuro.

Da questo punto di vista rileva che le risorse messe a disposizione del Paese, per circa due terzi sono prestiti, e quindi un nuovo debito, sebbene contratto a condizioni particolarmente favorevoli e con un orizzonte temporale di restituzione di lungo periodo: ne segue che garantire la creazione di condizioni affinché, gli interventi, generino condizioni di crescita sufficienti a rendere sostenibile una progressiva restituzione del debito è, oltre che economicamente essenziale, anche moralmente doveroso nei confronti delle “*next generation*”.

L’esperienza del Servizio Sanitario Pubblico italiano (SSN) appare paradigmatica della importanza degli investimenti per la crescita e, in ultima istanza, anche dell’equilibrio finanziario; a tal fine ricordiamo come il SSN, negli ultimi 25 anni, abbia contribuito in modo significativo alle politiche tese al risanamento dei conti pubblici, sperimentando un tasso di crescita del finanziamento che dal 2000 è stato del 1,0%, ovvero meno di un terzo di quello medio degli altri Paesi EU-14 (che hanno ratificato il trattato di Corfù); la politica di austerità si è tradotta in una riduzione significativa della quota di finanziamento pubblico della Sanità, che si attesta ormai al 74,1% (inferiore tanto all’80,6% dell’EU14, quanto all’74,5% dell’EU27), traslatasi in un allargamento continuo del *gap* di spesa pro-capite verso i Paesi dell’EU12: nel 2019 la spesa sanitaria italiana risulta inferiore a quella media EU14 del 35,1%, e quella pubblica del 40,2%.

Malgrado il contenimento della spesa sanitaria, a livello macro-economico l’incidenza sul PIL della stessa rimane pari a quella media degli altri Paesi a parità di livelli di sviluppo (si veda Rapporto Sanità – C.R.E.A. Sanità, vari anni): le politiche messe in atto sono quindi state funzionali a perseguire l’equilibrio finanziario, ma non a generare crescita.

In altri termini, se l’austerità ha permesso di portare in sostanziale equilibrio i conti della Sanità, e certamente anche contribuito in quota significativa al tentativo di risanamento dei conti pubblici, ha anche generato una sostanziale stagnazione degli investimenti reali, tale per cui non si sono create le condizioni per una maggiore crescita, che sarebbe necessaria per innescare un circolo virtuoso, capace tanto di incidere significativamente sul debito, quanto di rilanciare il SSN (e il *Welfare* in generale).

Non si può quindi dubitare del fatto che la Ripresa (richiamata nel titolo del Piano), sia obiettivo ineludibile delle politiche pubbliche, ancor più della Resilienza.

Allo stesso tempo, va rimarcato che l’incremento degli investimenti, pur essendo condizione necessaria, risulta assolutamente non sufficiente per garantire la Ripresa: il problema, ancor prima che quantitativo, rimane di tipo qualitativo, ovvero di capacità degli investimenti di incidere positivamente sui tassi di crescita.

Quanto sopra sembra comportare tre immediate conseguenze, che citiamo per poi riprenderle nelle analisi seguenti in maggior dettaglio.

La prima è che gli investimenti debbano essere inseriti in un quadro di riforma generale dei vari ambiti di intervento: è improbabile, ad esempio con riferimento alla Sanità, che gli interventi possano aumentare la efficienza e la produttività del sistema, in assenza di una discontinuità con i modelli assistenziali attuali, ovvero se si limitano a rifinanziare l' "esistente".

La seconda è che per massimizzare l'impatto degli investimenti, questi, seppure raggruppati per macro aree di intervento, dovrebbero essere prioritizzati sulla base del loro rendimento atteso, ovvero sulla base del loro potenziale contributo alla crescita.

La terza è che, pur assumendo che *green economy* e digitale debbano essere le principali aree di riferimento, assumendo, come richiamato nel PNRR, l'«*incompleta transizione verso un'economia basata sulla conoscenza*», l'importanza della Ricerca (e in generale dell'investimento in capitale umano) per la Ripresa risulta prioritario.

In sintesi, nelle analisi seguenti si assumerà che il PNRR debba rendere conto della organicità degli interventi, inserendoli in un quadro generale di riforma del sistema Paese, nonché della capacità degli interventi previsti, ovvero degli investimenti, di generare crescita per il Paese: in assenza di questa ultima, come anticipato, si genererà un aggravio di debito che ricadrà sulle future generazioni, impedendo quello sviluppo armonico e inclusivo che è la finalità ultima degli interventi del *Next Generation EU*.

Il secondo punto riguarda l'analisi della Componenti individuate e dei relativi Interventi che, alla luce di quanto argomentato nella prima parte della memoria, devono essere valutate alla luce del disegno riformatore sottostante e, in ultima istanza del rendimento atteso per il sistema Salute e per il sistema Paese.

Per quanto concerne la Salute, il PNRR individua 2 Componenti ("Assistenza di prossimità e telemedicina" e "Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria") e, di fatto, 10 Interventi.

Appare immediatamente evidente il tentativo di richiamare nei titoli delle componenti uno dei due assi portanti di *Next Generation EU*, nello specifico la digitalizzazione, sebbene sia presente un riferimento all'ambiente in uno dei progetti di intervento: la digitalizzazione è richiamata direttamente nella seconda componente e, indirettamente, anche nella prima, dove si cita la telemedicina (che si fonda sulle tecnologie "digitali" dell'ICT).

La scelta di individuare un tema specifico (il primo) ed uno "trasversale" (il secondo), sembra dettata dall'osservazione del fallimento delle politiche di potenziamento del "territorio", resesi viepiù evidenti nella fase pandemica.

Non appare, inoltre, del tutto esplicitato il rapporto fra le due componenti, visto che la digitalizzazione è trasversale, e quindi riguarda anche l'assistenza primaria (e di "prossimità").

A riprova della interpretazione fornita, gli interventi previsti nell'ambito della prima componente, riguardano il "Potenziamento assistenza sanitaria e rete territoriale", declinati in "Case di Comunità e la presa in carico delle persone", "La casa come primo luogo di cura. Assistenza domiciliare", "Sviluppo delle cure intermedie"; ad esse si aggiunge l'intervento denominato "Salute, ambiente e clima. Sanità pubblica ecologica".

I primi tre interventi si riferiscono ad aree dell'assistenza primaria che sono già radicate nell'organizzazione del SSN, seppure con evidenti limiti e alcune differenze organizzative regionali.

Il primo progetto, in particolare, *«prevede la realizzazione di strutture fisicamente identificabili ("Casa della comunità"), che si qualificano quale punto di riferimento di prossimità e punto di accoglienza e orientamento ai servizi di assistenza primaria di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per i cittadini, garantendo interventi interdisciplinari attraverso la contiguità spaziale dei servizi e l'integrazione delle comunità di professionisti (équipe multiprofessionali e interdisciplinari) che operano secondo programmi e percorsi integrati, tra servizi sanitari (territorio-ospedale) e tra servizi sanitari e sociali»*.

L'elemento portante del progetto sembra, quindi, essere quello della realizzazione di strutture, come indirettamente confermato dall'unica indicazione quantitativa, ovvero quella che riporta il numero di 2.564 nuove "Case" da realizzare.

Dalla lettura del Piano non risulta, invece, chiara indicazione né di come questo servizio innovi la capacità di risposta del SSN, anche rispetto alle sperimentazioni già in essere, regionalmente denominate "Case della Salute" o anche "Presidi Territoriali di Assistenza", né di come si prevede che l'investimento possa aumentare l'efficienza dei servizi, in prospettiva contribuendo alla ripresa del Paese (se non evidentemente nel breve periodo, per effetto delle commesse legate alla realizzazione delle "Case").

Dal punto di vista dell'efficacia dei servizi, sarebbe auspicabile l'esplicitazione di quale sia il vantaggio atteso: dalla lettura del Piano sembra evidente che si attribuisce "valore" all'elemento della "identificabilità" delle strutture, nonché all'aspetto della *«contiguità spaziale dei servizi e l'integrazione delle comunità di professionisti»*; vale la pena di osservare che non è chiaro se la contiguità spaziale dei servizi sia considerata o meno condizione necessaria anche per l'integrazione delle comunità di professionisti; e non è neppure evidente quanto l'accentramento dei servizi, derivante dalla ricerca della contiguità, possa rappresentare un elemento critico, almeno in zone a bassa densità abitativa (piccoli comuni etc.): si paventa che l'accentramento, potrebbe generare un allontanamento del punto di primo accesso al SSN, attualmente largamente rappresentato dallo studio

del medico di base, dalla residenza dei pazienti. Data l'importanza della digitalizzazione nell'impianto del Piano, sarebbe altresì auspicabile un approfondimento di come il "modello" prefigurato (che si basa sull'integrazione fisica dei servizi) si rende coerente con le potenzialità offerte dalla digitalizzazione in termini di integrazione funzionale.

Infine, va notato che, tranne un generico riferimento all'integrazione ospedale-territorio, il Piano non esplicita quale sia la visione in tema di rapporto fra Case di comunità e Ospedali.

La debolezza del territorio, resasi evidente con la pandemia, ha anche dimostrato come sia superato nei fatti un modello di "territorio" inteso come mero filtro al ricorso all'ospedale, e come non esista più una precisa gerarchia di interventi (primari e secondari); l'esperienza di questi ultimi 10 anni dimostra che l'ospedale ha radicalmente cambiato la sua natura: a fronte di una riduzione, che non ha avuto pari in Europa, del ricorso alla ospedalizzazione, tale da portare il Paese ad avere il tasso di ospedalizzazione più basso fra tutti i Paesi (malgrado una delle popolazioni in assoluto più anziane), l'ospedale ha modificato il suo mix produttivo, incrementando in modo esponenziale l'attività specialistica in regime ambulatoriale.

I *trend* richiamati, dimostrano come il problema strategico non sia probabilmente più quello di realizzare un filtro che eviti il ricorso al ricovero (se non per gli accessi al pronto soccorso), che si è già ridotto a livelli minimi, bensì quello di prendere atto che l'ospedale è un elemento inscindibile dal territorio, fornendo quella attività specialistica di tipo diagnostico e terapeutico che è alla base della medicina moderna. Peraltro, la linea di intervento 1.1 "Ammodernamento parco tecnologico e ospedaliero" della componente 2, rafforzando ulteriormente la capacità diagnostica degli ospedali, rafforza la considerazione che, senza un modello strutturato di integrazione fra ospedale e territorio, sia probabile che l'identificabilità delle nuove strutture si dimostri elemento del tutto insufficiente per renderle un riferimento per la popolazione.

Si aggiunga che, analogamente, pur essendo richiamata l'integrazione con le prestazioni sociosanitarie e sociali, nulla è dato intendere nel Piano delle basi sulla quale essa debba materializzarsi: la questione è evidentemente delicata, richiedendo il superamento della attuale frammentazione dell'assistenza fra ASL, Comuni, INPS, etc.

Per quanto concerne la seconda linea di intervento, il Piano propone, in sostanza, un cospicuo intervento sulla telemedicina, con 575 centrali di coordinamento e 51.750 medici e altri professionisti (nuove assunzioni?) dedicate all'assistenza domiciliare. Anche in questo caso, se appare scontata la indiscutibile componente di umanizzazione delle cure connessa al potenziamento dell'assistenza domiciliare, non appare chiaro quale sia l'ipotesi progettuale in tema in maggiore efficienza ottenibile per il SSN: visto il parallelo cospicuo investimento dell'intervento 1.3 in Ospedali di comunità, sembra lecito chiedersi tanto se la telemedicina di per sé sia condizione sufficiente per incrementare

la presa in carico a domicilio, quanto (in caso di risposta, peraltro non scontata, di tipo affermativo) di quale *setting* assistenziale la domiciliarità dovrebbe ridurre il carico.

Anche in questo caso, sarebbe auspicabile un approfondimento sul modello di assistenza domiciliare previsto, che appare (implicitamente) declinato in termini di potenziamento (essenzialmente) del telemonitoraggio; si ricorda che il “mantenimento a casa” richiede, ad esempio, anche una forte integrazione con le forme di *housing* sociale, peraltro declinate solo nella missione 5, ma senza un richiamo esplicito alla non autosufficienza.

Di fatto sembra dimenticata dal piano tutta la parte di edilizia e urbanistica tesa a rendere possibile la permanenza a domicilio delle persone non completamente autosufficienti.

Il successo del progetto sull’assistenza domiciliare richiede un adeguamento normativo e un forte investimento nella formazione del personale sanitario (ponendosi la questione della congruità dell’investimento previsto nell’intervento 2.3 della componente 2, dove peraltro non sembra affatto citata la formazione nell’ambito dell’utilizzo delle tecnologie digitali).

Infine, si richiama come il successo del progetto richieda anche una ridefinizione dei ruoli dei professionisti: il richiamo del testo ai soli medici e non agli infermieri, e neppure ai professionisti dell’assistenza sociale, sembra fallace nella misura in cui non riconoscere adeguatamente che il *setting* in oggetto dovrebbero poggiare essenzialmente su queste ultime figure professionali.

Il terzo intervento “Sviluppo delle cure intermedie” mira alla implementazione di Ospedali di comunità, a cui si attribuisce una dichiarata funzione di cerniera fra assistenza territoriale e ospedaliera.

Tali presidi sanitari sono definiti a degenza breve, che viene, però, quantificata in 15-20 giorni, misura che non sembra propriamente “breve”.

Mentre il progetto viene “quantificato” considerando la realizzazione di 753 presidi (senza peraltro indicazione delle dimensioni), non viene esplicitato quale debba essere il modello e il rapporto di tali presidi con gli altri nodi della rete (ospedali, RSA, Case di comunità, etc.).

In particolare, non è dato comprendere se si configuri o meno un tentativo di superare l’attuale modello delle “residenze”. Il fatto che siano denominati Ospedali, ma l’intervento sia posizionato nell’ambito dell’assistenza territoriale, sembra far propendere in tal senso, come anche il fatto che non c’è mai nel piano un richiamo alle Residenze Sanitarie per Anziani e strutture analoghe.

Quanto sopra fa propendere per far valere anche per questo intervento, le osservazioni avanzate per quello sulle “Case di comunità”: in particolare, si richiama l’esigenza di chiarire quale sia il modello di integrazione ospedale-territorio che si intende perseguire.

Si deve sottolineare che il Piano declina l’impianto riformatore in termini di mera definizione di nuovi *standard* “strutturali, tecnologici e organizzativi” e i risultati in termini di pazienti presi in

carico. Ne segue logicamente una sostanziale conferma dell'assetto organizzativo attuale, sebbene con adeguamenti degli *standard* di offerta, e uno scarso "interesse" per gli impatti sulla crescita.

Per completezza, si rileva che fa parte della prima componente, anche la previsione dell'istituzione del Sistema Nazionale Prevenzione Salute-Ambiente-Clima.

Il Piano richiama l'esigenza di interventi sui siti contaminati di interesse nazionale, mentre per il resto sembra trattarsi di un investimento teso a sviluppare una nuova linea di intervento, il cui posizionamento organizzativo nel SSN non appare peraltro esplicitato: in particolare non è dato desumere il raccordo con le attività dei Dipartimenti in essere, quali quelli di prevenzione.

Passando alla seconda componente ("Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria"), essa prevede tre interventi "Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero", "Ospedali", "Fascicolo Sanitario elettronico e raccolta, elaborazione e analisi dei dati a livello centrale" componenti la linea "Ammodernamento tecnologico e digitale", nonché altri tre, "Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN", "Ecosistema innovativo della salute" e "Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in Sanità", componenti la linea "Ricerca e trasferimento tecnologico e formazione".

L'intervento di "Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero" prevede la sostituzione delle attrezzature di alta tecnologia con più di 5 anni di vita (in tutto 2.648 grandi apparecchiature), e la digitalizzazione degli ospedali sede di DEA (184).

L'intervento "Ospedali" prevede la realizzazione di 675 interventi per l'adeguamento delle strutture alle normative antisismiche.

Il terzo intervento riguarda l'evoluzione, il completamento e la diffusione del fascicolo elettronico, nonché azioni per potenziare il sistema informativo nazionale e regionale.

Rispetto a questi tre interventi, si deve notare che il Piano non esplicita come l'investimento in digitalizzazione degli ospedali si integri con gli interventi previsti sul "territorio": condizione evidentemente necessaria per realizzare la più volte richiamata integrazione ospedale-territorio.

Inoltre, non è dato desumere dal Piano se siano state analizzate le possibilità di efficientamento dei servizi di diagnostica, ottenibili con il ricambio delle attrezzature vetuste; a tal fine sarebbe necessario conoscere la produttività ipotizzata per le stesse, e il tasso di "ricambio": se 1:1 o minore, come sarebbe auspicabile per effetto del fatto che, come noto, l'Italia dispone di attrezzature vetuste ma in numero elevato rispetto alla popolazione.

Il terzo intervento sembra voler rivitalizzare un progetto, quale quello del fascicolo elettronico, che sconta un elevato ritardo, tanto da essere ormai a rischio di essere divenuto in larga misura obsoleto nella sua impostazione: sarà, quindi, essenziale, declinare l'evoluzione del progetto, piuttosto che il suo mero completamento, tenendo (nuovamente) conto della necessità di integrare le

informazioni derivanti dai flussi ospedalieri e da quelli territoriali, ivi compresi quelli delle strutture private accreditate.

Per quanto concerne la “Ricerca e trasferimento tecnologico e formazione”, osserviamo che l’intervento “Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN” contiene alcune indicazioni sugli investimenti in ricerca; essi sono, però, limitati alle patologie rare e ad un programma di *Proof of Concept* per tecnologie non ben identificate (presumibilmente dispositivi medici). Il finanziamento complessivo di € 200 milioni, risulta pari all’1% del finanziamento globale; una quota che si ritiene probabilmente insufficiente per innescare processi virtuosi capaci di generare Ripresa.

A queste risorse si aggiungono quelle relative all’intervento “Ecosistema innovativo della salute” che prevede la realizzazione di infrastrutture per la ricerca pubblico-privata, finanziate per altri € 100 milioni (portando il “capitolo” ricerca all’1,5% del totale).

Pur elemento di grande interesse per il contributo che il settore può dare alla crescita, il Piano non affronta il tema dell’individuazione delle aree strategiche di interesse, con il rischio che il finanziamento si frazioni disperdendosi.

Infine, l’intervento “Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in Sanità” prevede la copertura di borse di studio per la Medicina Generale, per corsi sulle infezioni ospedaliere, e per la formazione manageriale dei ruoli apicali del SSN.

Sembra mancare, come anticipato, un riferimento alla diffusione delle competenze digitali, come anche alle competenze necessarie per favorire l’integrazione multi-professionale.

Complessivamente, il Piano appare quindi largamente migliorabile; in particolare sarebbe auspicabile una integrazione tesa a fornire una valutazione degli impatti degli interventi sulle potenzialità di crescita del Paese; sarebbe auspicabile una maggiore focalizzazione e impegno sulla ricerca, e sulle iniziative atte a rendere attrattivo il Paese per gli investimenti in *life sciences*.

Non si sfruttano, poi, gli effetti leva, resi possibili da una coerente integrazione dei vari interventi, ivi compresi quelli di altre missioni: in particolare quelli della Missione 5, ad esempio nel campo dell’*housing* sociale (con la domiciliarità), e dell’ecosistema dell’innovazione al Sud (con la ricerca in *life sciences*).

Contrariamente alle attese, i risultati sono declinati, quasi, unicamente in termini di pazienti presi in carico, facendo assumere alla Sanità la configurazione di “centro di spesa”: per quanto la presa in carico sia foriera di benefici in termini di benessere della popolazione, quella adottata per il sistema Salute appare essere una interpretazione riduttiva, almeno rispetto alle potenzialità del settore in termini di contributo industriale alla crescita del Paese.

Sarebbe, inoltre, opportuno un maggiore approfondimento sul disegno riformatore sottostante gli Interventi proposti: il richiamo del Piano alla sola ridefinizione degli *standard* “strutturali, tecnologici e organizzativi”, va chiarito se implichi una sostanziale conferma dell’attuale assetto del SSN, o si ritenga, invece, necessario un ripensamento complessivo dello stesso.

Infine, va notato che gli investimenti nel settore ospedaliero sembrano trascurare l’elemento del rafforzamento della flessibilità, anche strutturale, dei presidi: la flessibilità sembra elemento chiave in termini di coniugazione della Resilienza, con l’efficienza. Evidentemente non si può dare una risposta alle emergenze mantenendo per periodi lunghi forti eccessi di capacità produttiva (quali, ad esempio, letti di terapia intensiva): è necessario che le strutture siano pensate in modo da poter essere adeguate alle esigenze in termini rapidi e con costi ridotti.

La flessibilità è, peraltro, elemento chiave per far fronte ai rapidi cambiamenti che sono tipici di sistemi complessi in rapidissima evoluzione tecnologica.

Gli ospedali possono, inoltre, produrre risparmi, che però non sembra possano essere perseguiti con il solo adeguamento antisismico previsto dal Piano.

Il terzo punto della memoria riguarda la *governance* del Piano.

Evidentemente, nella sua stesura attuale si tratta di una elencazione, elaborata, *top-down* delle priorità di intervento.

Come argomentato più in esteso nel 16° Rapporto Sanità del C.R.E.A., l’approccio *top-down* presenta alcuni limiti/rischi; in primo luogo, per la mancanza di trasparenza rispetto alle valutazioni che hanno portato alla prioritizzazione. Come sopra accennato, non è chiaro se (come riterremo corretto) siano state privilegiati gli investimenti capaci di generare crescita, o piuttosto quelli tesi alla Resilienza rispetto a fatti emergenziali. Il fatto di misurare i risultati in termini di prese in carico sembra far propendere per un approccio “reattivo”, ovvero condizionato dall’esperienza pandemica. Ma, se non c’è dubbio che la flessibilità strutturale e organizzativa (peraltro largamente trascurate nel Piano) siano condizioni necessarie per la Resilienza, appare discutibile poter basare un piano di medio-lungo periodo sui rischi che si ripresentino emergenze, la cui intensità, frequenza e durata sono largamente imprevedibili.

L’approccio *top-down* implica anche il rischio della creazione di silos non osmotici, che potrebbe generare frammentazione dei finanziamenti e allocazioni inefficienti.

Si ritiene, quindi, che per evitare lo spreco delle risorse, la *governance* del Piano dovrebbe prevedere un processo di generazione *bottom-up* delle concrete proposte di investimento, valutate centralmente sulla base di algoritmi di prioritizzazione, che non possono che essere basati su algoritmi definiti a priori, e che tengano conto del rendimento sociale atteso degli stessi.

La definizione degli algoritmi sarebbe, peraltro, funzionale a rendere esplicita quale sia la *vision* pubblica per il “dopo pandemia”, in termini di evoluzione del SSN e, più in generale, del settore delle *life sciences*.

La generazione *bottom-up* dei progetti di investimento coinvolge tanto il rapporto fra livello centrale e regionale, anche in ossequio all’assetto federalista della Sanità, quanto quello intra-regionale, fra Regione, Aziende sanitarie e Comunità. Da questo punto di vista appare un passaggio essenziale per riconoscere la competenza largamente diffusa nelle strutture e nelle organizzazioni sanitarie.

Non di meno, le competenze sono diffuse in modo diseguale, in special modo da un punto di vista geografico.

La *governance* del Piano riteniamo che debba evitare che una giusta meritocrazia, diventi fonte di ulteriore disparità, concentrando le risorse ove è maggiore la capacità progettuale.

Allo stesso tempo, sarebbe del tutto inefficiente allocare a priori le risorse, senza tenere conto del valore dei progetti presentati.

Ne segue che, onde evitare di seguire ulteriormente la strada dei Commissariamenti, che di fatto implicano una perdita di opportunità di creazione di capitale umano, il Piano dovrebbe prevedere una linea di finanziamento ad hoc per le realtà con minore capacità progettuale, in modo che con esse possano accedere alle risorse presenti sul mercato, integrando le competenze locali, e colmando (o almeno riducendo) il proprio *gap* di capacità progettuale.

Roma 3.2.2021