3.2. Proposte per l’attuazione del PNRR in sanità: i tre fattori abilitanti

Claudio Buongiorno Sottoriva, Francesca Meda, Francesco Longo, Michela Bobini, | 14 luglio 2021

Facendo seguito ai precedenti due articoli pubblicati su welforum.it, in cui abbiamo illustrato prima la governance e il riparto per lo sviluppo del SSN; e successivamente le nostre proposte sulla progettazione organizzativa e operativa delle dieci diverse aree di intervento individuate nell’ambito del PNRR[note]Il PNRR è un documento di alta visione e di allocazione di importanti risorse di investimento per il SSN che devono garantire valore entro 5 anni, per ottenere l'effettivo riconoscimento finanziario da parte della EU e giustificare l'aumento del debito per le generazioni future. La partita attuativa è, quindi, solo iniziata e durerà 5 anni: un tempo breve in cui occorre definire la progettazione esecutiva per ogni misura, costruire pianificazioni regionali, attuare le politiche nelle singole aziende sanitarie locali. Il successo non può allora considerarsi scontato, richiedendo grande coesione di intenti, da perseguirsi con un forte impegno finalizzato a creare convergenze e collaborazione istituzionale. Nell’ottica descritta, un gruppo di studiosi, appartenenti a sei università di economia, management e politiche sanitarie, hanno ritenuto di confrontarsi sul tema, ed esperire il tentativo di trovare una convergenza di visioni sul futuro del SSN (e del suo ruolo nelle politiche economiche e sociali del Paese), da consegnare alla valutazione delle istituzioni e al dibattito scientifico. In particolare, il gruppo è formato da 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. Questa spontanea iniziativa ha permesso di elaborare delle proposte attuative sulla governance e sul riparto del PNRR, sull'autonomia e i vincoli per le regioni e le loro aziende, sullo sviluppo dei fattori abilitanti e sulla progettazione organizzativa ed operative delle diverse missioni del PNRR.[/note], riportiamo di seguito i tre i fattori abilitanti che abbiamo identificato come strategici e abilitanti per lo sviluppo del SSN, ovvero tre condizioni trasversali e necessarie per perseguire le diverse traiettorie evolutive identificate dal PNRR stesso: **ricerca e innovazione, trasformazione digitale e capacity building.**

In questo momento, crediamo sia più che mai fondamentale supportare la ricerca e l’innovazione nel settore delle scienze biomediche e nelle aziende del SSN, in modo tale dare una spinta importante alla ripresa del Paese. In Italia il settore pubblico investe in ricerca lo 0,5% del suo PIL, a fronte di una media EU dell’1% (spesa pari all’1,3% del PIL a fronte del 2,7% di EU). Inoltre siamo il terzo produttore farmaceutico in Europa (il quarto di dispositivi medici) ed il settore farmaceutico è infatti al primo posto, tra i manifatturieri, in termini di crescita di investimenti ed esportazioni (+ 17% in tre anni), tuttavia il saldo della bilancia commerciale è negativo (€ -1,9 mld) e tra i tre peggiori EU.[note]Rapporto Sanità 2020 del CREA Sanità - Università Tor Vergata.[/note]

Le potenzialità del settore *life sciences,* e della ricerca condotta nel SSN nel generare crescita, sono infatti declinate in via teorica, senza un quadro organico di azioni di incentivazione. *In primis*, appare evidente l’assenza di un raccordo istituzionale fra politiche assistenziali e industriali: nelle politiche del SSN non ci sono metriche efficaci legate agli impatti economici della ricerca ed innovazione in ambito biomedico, i fondi di ricerca disponibili sono legati alle priorità del SSN senza un riferimento esplicito alle potenzialità di generare un indotto economico e infine la governance sottostante le regole di rimborso dei farmaci non considera l’aspetto del ritorno industriale. In secondo luogo, emerge la mancanza di una strategia nazionale sulle aree di ricerca e innovazione, che scontano spesso la frammentazione degli investimenti in progetti a volte poco competitivi, l’assenza di esperienze di integrazione di fondi pubblici e privati e reti per la ricerca clinica ancora poco consolidate e strutturate. Infine le regole per l’attribuzione e l’integrazione degli investimenti pubblici sono inefficienti, in quanto gli Irccs conducono ricerca con un riscontro ancora limitato in termini di brevetti, trasferimento tecnologico e creazione di *spin-off* e, in aggiunta, si incorre nel rischio di escludere dal finanziamento organizzazioni che pur non essendo Irccs hanno un potenziale rilevante di innovazione.

È quindi necessario promuovere reti di centri di ricerca di eccellenza che possano generare un effetto leva attraverso le

seguenti linee di azione:

- innanzitutto è necessario identificare le aree di ricerca e le tipologie di ricerca in cui il Paese può eccellere e che sono potenzialmente foriere di innovazione e di crescita. In questi ambiti è opportuno sfruttare l'effetto leva dell'integrazione di fondi per la ricerca pubblici e privati, in particolare per promuovere la ricerca clinica e traslazionale svolte nel SSN e il trasferimento tecnologico. È quindi necessario promuovere tavoli di confronto permanente fra il settore pubblico e quello privato (for-profit e non-profit) per il finanziamento della ricerca e l'innovazione dei sistemi di approvvigionamento (es. approvvigionamento prima della messa in commercio; innovazione degli acquisti del settore pubblico);
- l'ottimizzazione degli investimenti in ricerca richiede che si eviti frazionamento e duplicazione, si dia priorità agli investimenti sulla base di metriche esplicite che tengano conto degli impatti in termini di salute, innovazione e crescita che possono generare e infine, si premino quei progetti capaci di attrarre co-finanziamento privato;
- dal punto di vista dei processi, l'assegnazione e l'utilizzo dei fondi (ma anche reclutamento dei ricercatori etc.) devono essere svincolati dalle rigidità tipiche del settore pubblico, le regole sullo sfruttamento economico dei risultati e sulla suddivisione degli eventuali utili devono essere chiare e stabilite a priori e, infine, la collaborazione tra centri di ricerca di eccellenza pubblici e privati va incentivata anche facilitando il reclutamento congiunto di ricercatori, la promozione della condivisione delle conoscenze e lo sviluppo di competenze di gestione e valorizzazione dei risultati della ricerca.

Per far si che queste azioni siano messe in atto efficacemente occorre collegare gli investimenti in ricerca ai risultati progressivamente raggiunti (stabilendo metriche basate su brevetti, pubblicazioni, etc.), creare enti che possano muoversi con logiche di ingaggio snelle (ad esempio, fondazioni miste), promuovere finanziamenti dimensionalmente adeguati e pluriennali e premiare le logiche di co-finanziamento pubblico e privato.

Il secondo fattore abilitante è quello della trasformazione digitale. Lo sforzo di digitalizzazione e innovazione viene identificato come Missione 1 del PNRR ma, come esplicitato nel documento, riguarda trasversalmente anche tutte le altre Missioni, inclusa la Salute. Concordiamo sul fatto che la digitalizzazione sia una necessità trasversale, da non tradurre però in semplice ingegnerizzazione informatica ma in cambio radicale della logica di progettazione e in sistemi di gestione del dato, che siano avanzati e diffusi lungo l'intera filiera professionale e dei servizi del SSN. In sanità, la digitalizzazione dei servizi di cura non è semplicemente la loro dematerializzazione informatica ma deve consistere piuttosto in un processo di riforma e ripensamento del modello di erogazione dei servizi, secondo logiche innovative e a maggior valore aggiunto per la totalità degli stakeholders coinvolti.

La nostra proposta sulla digitalizzazione si articola dunque su due dimensioni: la trasformazione delle caratteristiche dei servizi attraverso il digitale e la valorizzazione dei *big data.* La prima riguarda la digitalizzazione dei servizi come investimento in riprogettazione dei modelli erogativi, dei processi produttivi e in interventi volti a sostenere il cambiamento di *skill-mix,* dove la tecnologia è «solo» un fattore abilitante. Prendendo ad esempio il paziente cronico, riteniamo che la ricetta elettronica periodica potrebbe essere abolita a favore della sottoscrizione di un PAI annuale, che opera come vettore autorizzativo automatico per l'accesso alle prestazioni prescritte. Attraverso procedure digitali di case management e di controllo della compliance, il paziente verrà seguito nel percorso di presa in carico e il farmaco ordinato digitalmente potrà essere spedito direttamente a casa del paziente. In questo modo la funzione di controllo non è più esercitata sulla autorizzazione all'acquisto del farmaco ma sul suo reale consumo. Oppure prendendo il caso della telemedicina, il medico può visitare i pazienti tramite televisita, teleconsulto, etc., riducendo la variabilità dei consumi medi per pazienti a pari stadio di patologia, generando quindi equità nei consumi e minimizzando il rischio di consumo eccessivo da un lato e di trattamento insufficiente dall'altro. Applicando modelli di servizi sanitari «di iniziativa» si può quindi prevenire la richiesta del paziente, facendo leva su dati e informazioni disponibili in tempo reale. In entrambi casi la trasformazione digitale non consiste nella mera dematerializzazione del servizio ma si traduce in una riprogettazione per l'implementazione di modelli efficaci dal punto di vista clinico e della comodità della fruizione di salute digitale.

Per quanto riguarda invece la valorizzazione dei *big data,* la costruzione di un ecosistema di Sanità connessa, basato sulle soluzioni digitali in grado di generare dati, raccoglierli, integrarli e valorizzarli, rappresenta la sfida principale del nostro sistema sanitario per i prossimi anni.

Si tratta di un ambito oggi ancora da sviluppare in quanto i principali dati raccolti dalle aziende sanitarie sono di tipo amministrativo, gestionale e clinico, ma non vengono analizzati attraverso strumenti analitici avanzati. Inoltre, se da un lato, sono presenti *data warehouse* a livello aziendale o sovraziendale, sono ancora poche le aziende che raccolgono e integrano diverse fonti di dati per la gestione sociosanitaria del paziente. Ma soprattutto questi dati non vengono resi fruibili alla filiera professionale per l'attività clinica quotidiana o alla dirigenza di medio livello per la sua azione gestionale. Riteniamo pertanto opportuno abilitare l'integrazione dei dati e favorire l'interoperabilità dei sistemi allo stesso livello e tra diversi livelli (aziendale, regionale, nazionale, europeo), attraverso: criteri di interoperabilità o soluzioni condivise, anagrafiche e codifiche comuni, garanzia di qualità dei dati e tempestività di scambio dei dati (rispetto alle attuali logiche dei flussi ex post). Ogni azienda deve produrre una architettura strutturata di messa a disposizione dei dati, con semplici tool di analisi periferica, ai clinici e ai manager, affinché diventino la base delle decisioni quotidiane e sul singolo problema o paziente.

Terzo fattore abilitante è quello relativo al *capacity building* per supportare il cambiamento, formare e sviluppare competenze lungo l'intera piramide generazionale e in ogni settore aziendale. Nell'area del personale continua a prevalere una concezione burocratica-amministrativa delle risorse umane come mera definizione di regole e applicazione dei contratti collettivi. Come è noto, i professionisti delle aziende sanitarie sono caratterizzati da un elevato livello di anzianità (nel 2018 oltre il 55% dei medici aveva più di 55 anni). Anche i ruoli manageriali-gestionali registrano lo stesso fenomeno (l'età media dei DG delle azienda Sanitarie è quasi 60 anni).[note]Rapporto OASI, 2019 e Rapporto OASI, 2020 del Cergas Bocconi.[/note] Inoltre, come visibile in figura 1, anche i direttori di dipartimento delle aziende sanitarie ha età media elevata (sopra i 63 anni), con laurea in medicina e una sola specializzazione, ha generalmente operato in una sola azienda e in una sola regione e non ha seguito corsi di formazione manageriale (al netto di quelli obbligatori).

Figura 1 - Distribuzione della dirigenza intermedia delle aziende sanitarie per specializzazione e per età