

MISSIONE 6 SALUTE

Esecuzione e attuazione delle linee progettuali del PNRR

N.8/2022 Policy Brief – Area Innovazione

AUTORI

Maria Vittoria Di Sangro, Angela Zaroni

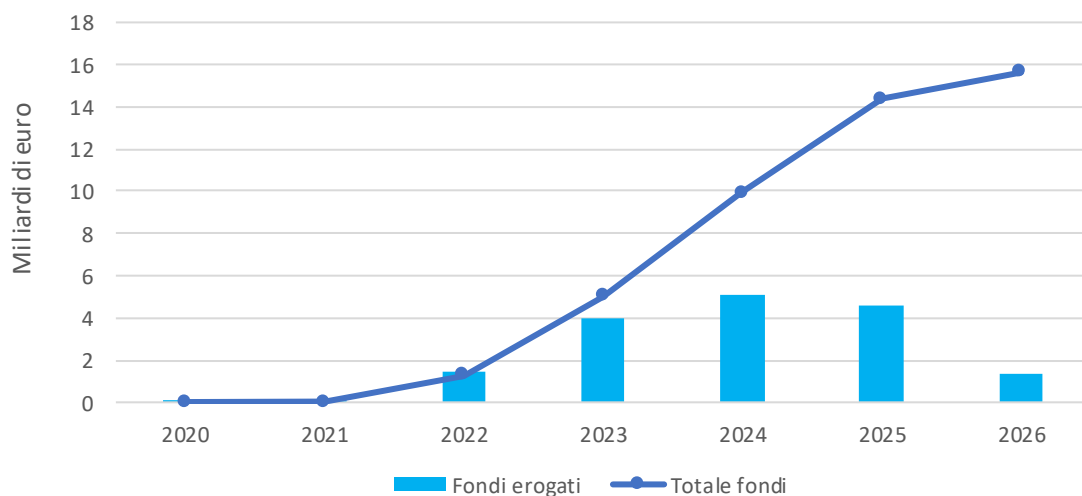
Fin dall'inizio dell'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia, il modello assistenziale e organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale si è rilevato inadeguato alla risposta alla domanda di salute su vari fronti. La complessità che caratterizza il nostro sistema sanitario ha reso e rende tutt'ora necessaria la realizzazione di riforme d'impatto per il raggiungimento di obiettivi molto ambiziosi. Rispetto al passato, il SSN si trova di fronte alla possibilità di una riqualificazione senza precedenti. L'implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e del Piano Nazionale per gli investimenti Complementari rappresenta un'opportunità e, al contempo, una sfida che passa non solo per le risorse stanziare ma per un grande cambiamento culturale e di approccio. Per questo sin dal principio la *governance* di questi piani ha rappresentato un tema di grande rilievo. Il piano di attuazione del PNRR mira ad assicurare la realizzazione di specifici interventi e delle necessarie riforme, cui provvedono, nelle rispettive competenze, i singoli Ministeri, le Regioni e gli enti locali, e il coordinamento centralizzato per il monitoraggio e il controllo sull'attuazione del Piano. È stata quindi istituita una Cabina di Regia per il PNRR con il compito di garantire il monitoraggio dell'avanzamento del Piano, il rafforzamento della cooperazione con il partenariato economico, sociale e territoriale e di proporre l'attivazione di poteri sostitutivi e le modifiche normative necessarie per l'implementazione delle misure del PNRR. Il Policy Brief si propone di inquadrare lo stato di avanzamento lavori alla data odierna, i prossimi passi nell'attuazione e le leve attraverso cui è possibile contribuire al raggiungimento degli obiettivi da cui dipende in gran parte il futuro del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

1. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e Piano Nazionale degli investimenti Complementari al PNRR: gli interventi in sanità

La pandemia ha messo in evidenza tutti i problemi generati dalla mancata riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, che ha visto nel corso degli anni un ridimensionamento dei servizi ospedalieri, non affiancato da un'adeguata riforma dell'assistenza territoriale. Soprattutto, è emersa anche un'elevata disomogeneità fra le regioni di tutti i servizi sanitari di prossimità. Inoltre, nel tentativo di far fronte al cambiamento della domanda di salute e alla dinamica dell'innovazione tecnologica e farmaceutica, la scelta di tagliare i costi sanitari in modo lineare si è dimostrata fallimentare in modo evidente alla prova del Covid-19. Nonostante si dica spesso che la sanità non debba configurarsi come un costo bensì come un investimento, gli orientamenti di policy, prima della pandemia, non si sono nei fatti allineati a questa visione. In un'ottica di medio-lungo termine, **il nostro SSN avrebbe registrato difficoltà nella risposta alle dinamiche fisiologiche della domanda di salute, anche in assenza dell'emergenza sanitaria.** Ad influire sulle crescenti esigenze di cura troviamo sicuramente l'invecchiamento demografico - con il conseguente aumento delle comorbidità e dell'incidenza di molte patologie - ma anche gli avanzamenti diagnostici e terapeutici, responsabili della riduzione nella mortalità di molte di queste.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) mira proprio a colmare il divario tra la domanda di cura dei cittadini e l'offerta di servizi sanitari, in un'ottica di sostenibilità a lungo termine. Il fine ultimo del PNRR è garantire un efficace miglioramento del SSN per rendere le strutture più moderne, digitali e inclusive, garantire equità di accesso alle cure, rafforzare la prevenzione e i servizi sul territorio, promuovendo la ricerca. Il Piano prevede vari interventi strutturali e normativi con un largo focus sul potenziamento e integrazione dell'offerta di servizi di assistenza sul territorio. L'investimento programmato dalla Missione Salute ammonta complessivamente a **15,63 miliardi** (l'8,16% del totale) ed è suddiviso in due componenti (M6C1 e M6C2). Nella Fig.1 l'erogazione dei fondi per anno e il totale cumulato.

Fig.1: Fondi totali e erogati all'anno per gli investimenti della Missione Salute del PNRR



Fonte: Elaborazioni I-Com su dati Italiadomani.gov.it

La prima componente è dedicata a **“Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”** per un totale di **7 miliardi di euro**. La componente mira a reindirizzare l’offerta di salute verso una visione olistica di benessere fisico, mentale e sociale dell’individuo attraverso una riforma che aggiorna e definisce il quadro normativo per l’assistenza di prossimità grazie alla definizione di standard organizzativi, tecnologici e qualitativi. La riforma della prima componente comprende anche la definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l’approccio **“One-Health”**. **L’investimento 1.1 assegna 2 miliardi di euro per “Case della Comunità e presa in carico della persona”**. In un’ottica di miglioramento del coordinamento tra ospedale e territorio, la riallocazione di selezionate attività assistenziali alle Case della Comunità favorirebbe quindi l’implementazione e diffusione di modelli integrati di gestione dei percorsi assistenziali cross-setting. **L’investimento 1.2 destina 4 milioni di euro alla telemedicina** e rappresenta uno strumento fondamentale di supporto alla digitalizzazione dei servizi e dei processi. Grazie a questo investimento verrà implementata per la prima volta una **piattaforma nazionale unica per la telemedicina**, affiancata a sistemi verticali regionali per l’erogazione effettiva dei servizi di assistenza. **Il terzo investimento (1.3) della M6C1 stanziava 1 miliardo per il “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità)”**. La riqualificazione delle cure intermedie e domiciliari per i pazienti dovrà certamente partire da questi fondi anche per il potenziamento della dotazione di medici e professionisti sanitari dedicati.

La **seconda Componente** della Missione Salute del PNRR è focalizzata su “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale” e prevede 8,32 miliardi di euro suddivisi su due macro investimenti. Di questi, **un miliardo e mezzo circa è destinato al “Rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione”**. Questi fondi possono essere rivolti alla realizzazione di piattaforme per la raccolta dei dati clinici del paziente (a partire dal Fascicolo sanitario elettronico) e per l’informazione dei pazienti. È inverosimile immaginare una trasformazione strutturale del SSN e dei suoi processi senza prendere in considerazione l’importanza delle competenze digitali delle persone che vi operano. **740 milioni di euro vengono quindi destinati allo sviluppo delle competenze del personale sanitario per supportare la formazione e lo skill mix tra medici e professionisti sanitari.**

Il Governo italiano ha integrato i contenuti del PNRR attraverso il Piano Nazionale per gli investimenti Complementari al PNRR (PNC) stanziando ulteriori 30,6 miliardi di risorse nazionali, disponibili in aggiunta alle sovvenzioni e ai fondi previsti nell’ambito del Recovery and Resilience Facility (RRF). La complementarietà del PNC rispetto al PNRR si manifesta sia a livello progettuale, con una integrazione delle risorse per gli interventi già previsti nel PNRR (programmi e interventi cofinanziati) ma anche a livello di missione o di componente della missione, con la previsione di ulteriori investimenti che contribuiscono al raggiungimento delle finalità del PNRR. **Il PNC stanziava circa due miliardi e 385 milioni di euro per la salute¹**. Suddivisi in tre progetti, gli investimenti programmati hanno l’obiettivo di completare la riqualificazione del SSN. **Il primo progetto del PNC per la salute dedica 500 milioni di euro a “Salute, ambiente, biodiversità e clima” è complementare alla prima componente della Missione Salute (M6C1)**. Gli obiettivi principali sono: rafforzare le strutture e dei servizi di SNPS-SNPA², sviluppare programmi operativi pilota per la definizione di modelli di intervento integrato salute-ambiente-clima in 2 siti contaminati selezionati di interesse nazionale; la creazione della piattaforma di rete digitale nazionale SNPA-SNPS; la creazione di una rete coordinata di centri per il trasferimento tecnologico e la creazione di un Polo Anti-Pandemia. **Il secondo progetto, “Verso un ospedale sostenibile”, stanziava un miliardo e 450 milioni di euro per la realizzazione di ulteriori 220 interventi per adeguare gli ospedali italiani alla normativa antisismica** (in aggiunta ai 109 già previsti con i fondi del PNRR³). L’ultimo progetto, dedicato ad un “Ecosistema innovativo della salute”, destina **437,4 milioni di euro alla creazione di reti clinico-transnazionali di eccellenza in grado di mettere in comune le**

¹ PIANO NAZIONALE PER GLI INVESTIMENTI COMPLEMENTARI, Decreto legge 6 maggio 2021, n. 59, “Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti”

² Sistema nazionale di prevenzione sanitaria e Sistema nazionale per la protezione dell’ambiente

³ Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

competenze esistenti in Italia e creare interventi pubblico-privati che lavorino in sinergia per innovare, sviluppare e creare opportunità occupazionali per posti di lavoro altamente qualificati.

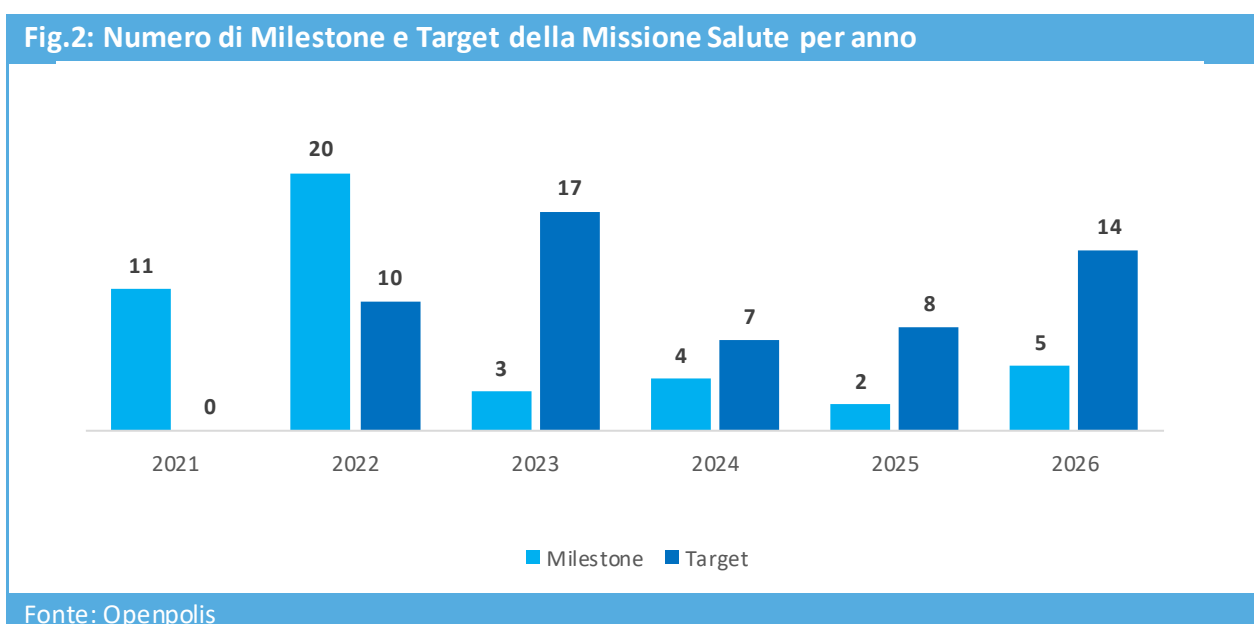
Il **piano di attuazione** del PNRR mira ad assicurare la realizzazione di specifici interventi e delle necessarie riforme, cui provvedono, nelle rispettive competenze, i **singoli Ministeri, le Regioni e gli enti locali**, e il **coordinamento centralizzato per il monitoraggio e il controllo** sull'attuazione del Piano. È stata quindi istituita una **Cabina di Regia per il PNRR** con il compito di garantire il monitoraggio dell'avanzamento del Piano, il rafforzamento della cooperazione con il partenariato economico, sociale e territoriale e di proporre l'attivazione di poteri sostitutivi e le modifiche normative necessarie per l'implementazione delle misure del PNRR. Gli investimenti e i sub-investimenti previsti nella Missione Salute del PNRR si distinguono in **due tipologie: progetti a Titolarità dove il soggetto attuatore è il Ministero della Salute e progetti a Regia** dove il soggetto attuatore è esterno al Ministero della Salute, per lo più **rappresentato dalle Regioni e Province Autonome o da altre Pubbliche Amministrazioni centrali, attraverso i Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS)**.

I **CIS sono strumenti di programmazione negoziata** volti ad accelerare la realizzazione di progetti strategici di rilievo nazionale, interregionale e regionale tra loro funzionalmente connessi, che richiedono un approccio integrato. Nei Contratti sono definiti i **tempi di attuazione degli interventi** (cronoprogramma), **le responsabilità** dei contraenti, **i criteri di valutazione** e monitoraggio e **le sanzioni per eventuali inadempimenti**. Allegati al CIS sono presenti documenti tecnici vincolanti per i soggetti attuatori, come il Piano Operativo Regionale (documento redatto e approvato dalla Regione, su indicazioni e con il supporto del Ministero della Salute, tramite l'Agenas) e gli Action plan (documenti che contengono il cronoprogramma vincolante di ogni singola linea d'investimento, con i principali step per il completamento degli interventi nel rispetto delle tempistiche previste). Nel caso del PNRR, la sanzione in cui si incorre in caso di ritardo o inadempimento è la **revoca dei fondi**. Le diverse Amministrazioni centrali e regionali che sottoscrivono un CIS concentrano il loro impegno per la realizzazione di investimenti di rilevante dimensione finanziaria e concentrazione territoriale. Questa tipologia di accordo condizionato pone molti **quesiti di governance** e il rischio che la ripartizione delle responsabilità possa non rispettare i principi costituzionali di suddivisione delle competenze⁴. La rendicontazione delle spese necessaria secondo questa tipologia di accordi è estremamente capillare e le regioni hanno più volte dimostrato preoccupazione, anche in Commissione Salute, in merito alla concreta realizzabilità degli interventi, nelle tempistiche e nelle modalità previste (considerato che i requisiti dovranno essere tutti rispettati)⁵.

⁴ Cfr. Articolo 117 della Costituzione

⁵ Audizione della Commissione Bilancio della Camera dei Deputati (9 febbraio 2022).

Le scadenze riguardo la realizzazione di riforme e investimenti del PNRR sono di 2 tipi: i target (obiettivi) e le milestone (traguardi). Per valutare il raggiungimento dei primi si utilizzano indicatori quantitativi, come il numero di ospedali riqualificati o di pazienti assistiti tramite la piattaforma di telemedicina. Le seconde invece si caratterizzano per una componente più qualitativa e rinviano generalmente all'approvazione di atti normativi o amministrativi. La verifica sul rispetto delle scadenze da parte delle istituzioni europee, dal cui esito positivo dipende l'erogazione dei fondi, avviene su base semestrale. Ogni paese quindi deve inviare tutte le volte una nuova richiesta per accedere a una parte dei fondi, anche se già assegnati. **Per poterlo fare però deve prima aver conseguito tutti le milestone e i target previsti per il semestre precedente.** Per la salute sono previsti in totale 28 milestone/target europei e 73 a carattere nazionale. Dato che il PNRR dovrà tassativamente concludersi entro il 2026, **il mancato rispetto del cronoprogramma potrebbe comportare l'impossibilità di inviare le domande in tempo, con il rischio di perdere una parte delle risorse**, specie alla conclusione di questo arco temporale. Il rispetto delle scadenze però non è semplice da conseguire. Per la Missione Salute il 2022 presenta il numero maggiore di obiettivi da raggiungere, con 20 milestone e 10 target.



Le **scadenze** da rispettare nella realizzazione dei Piani sono numerose, **stringenti e assolutamente vincolanti**. Questo pone particolare attenzione all'importanza della **capacità amministrativa** delle Regioni. Uno sforzo di pianificazione, programmazione e attuazione tanto imponente, richiederà sicuramente **l'assunzione e la formazione di personale altamente qualificato**.

2. La prima Componente: a che punto siamo

Per quanto riguarda la realizzazione di questa Componente, **il Ministero della Salute, in qualità di Soggetto Titolare si avvale del supporto di Agenas** (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) in vari ambiti, formalizzato tramite un Accordo di Collaborazione⁶. Per tutti gli interventi della prima Componente (1.1,1.2,1.3) Agenas ricopre il ruolo di Supporto Tecnico Operativo. Nel dettaglio dei sub-investimenti 1.2.2d (COT – Progetto pilota di intelligenza artificiale), 1.2.2e (COT – Portale della Trasparenza) e per l'1.2.3 (Telemedicina), l'Agenas ricopre invece il ruolo di Amministrazione attuatrice.

Case della Comunità e presa in carico della persona

Il **primo investimento della prima componente** (M6C1 - 1.1) riguarda la realizzazione delle **Case della Comunità** lungo tutto il territorio nazionale. Come anticipato, questo investimento è incentrato sulla decentralizzazione delle attività a bassa intensità assistenziale a favore di setting non ospedalieri. Nel PNRR si prevedono una Casa di Comunità “*hub*” per ogni Distretto e almeno 3 Case di Comunità “*spoke*” (una ogni 30/35.000 nelle aree metropolitane, una ogni 20/25.000 abitanti nelle aree urbane e sub-urbane e una ogni 10/15.000 abitanti nelle aree interne e rurali) per favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree attualmente svantaggiate. **Il primo obiettivo del cronoprogramma per questo investimento è stato raggiunto** il 1 giugno 2022, con la stipula di **21 Contratti istituzionali di sviluppo con le Regioni e le Province Autonome**. Nei CIS in questione, il Ministero della Salute in qualità di Amministrazione centrale titolare della Missione 6 del PNRR, ha la responsabilità di supervisionare l'attuazione delle riforme e degli investimenti. **Il Soggetto attuatore, però, è rappresentato dalle singole Regioni e Province Autonome**. I prossimi traguardi e obiettivi da raggiungere sono: l'approvazione di almeno 1.350 progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità entro la fine del 2022; l'assegnazione di almeno 1.350 CIG⁷ di convenzione entro metà 2023; la stipula di altrettanti contratti per la realizzazione entro fine 2023. **Da tabella di marcia entro metà 2026 dovrebbero essere terminate, rinnovate e rese tecnologicamente avanzate tutte le 1.350 Case della Comunità in questione**. Le criticità legate alla realizzazione di questo investimento riguardano principalmente le figure professionali che verranno incluse all'interno di queste strutture. Di fatto, il SSN già subisce gli effetti di una carenza di personale sia infermieristico che medico e queste strutture non solo richiederanno molte nuove assunzioni ma anche **figure professionali altamente specializzate e formate**.

⁶ Cfr. Decreto-legge n. 80 del 9 giugno 2021

⁷ Il Codice Identificativo di Gara (CIG) è un codice adottato per identificare un contratto pubblico stipulato in seguito ad una gara d'appalto o affidato con una delle altre modalità consentite dal codice dei contratti pubblici.

Casa come primo luogo di cura e telemedicina

L'investimento 1.2 della prima Componente destina **4 miliardi alle cure domiciliari**. L'investimento si suddivide in tre sub-investimenti, l'**1.2.1 "Casa come primo luogo di cura"** incentrata sull'assistenza domiciliare integrata, con 2,72 miliardi. L'**obiettivo** è aumentare il volume delle prestazioni erogate in assistenza domiciliare fino a **prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni**, rispetto all'attuale 5% in media tra le diverse regioni italiane⁸. Per questo intervento sono **già state raggiunte due milestone** che hanno portato **all'approvazione delle linee guida in conferenza Stato Regioni contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare**⁹. I prossimi target di carattere nazionale sono incentrati sull'incremento di persone over 65 trattate in assistenza domiciliare scadenzato annualmente, fino al raggiungimento del **target europeo di almeno 800 mila persone entro metà del 2026**.

Il **sub-investimento 1.2.2** è dedicato principalmente all'implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT). I 280 milioni di euro a disposizione sono così suddivisi:

- **103 milioni di euro da destinare alla realizzazione di 600 COT**, ossia delle strutture che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria;
- **42,64 milioni di euro da destinare all'interconnessione aziendale;**
- **58 milioni di euro ai device a supporto degli operatori e dei pazienti;**
- **50 milioni da destinare alla implementazione di un progetto pilota per i servizi di Intelligenza artificiale** a supporto dell'assistenza primaria, per verificare le opportunità e i rischi relativi all'implementazione di tali strumenti all'interno del SSN;
- **25,5 milioni di euro da destinare al Potenziamento del Portale della Trasparenza**, con la finalità di fornire al cittadino informazioni in ambito sanitario di facile accesso, chiare e univoche, assicurando la necessaria integrazione tra le differenti fonti informative già esistenti, a livello nazionale, regionale e locale.

I **target finali** per questo investimento di ampio respiro sono il **completamento di almeno 105 interventi di interconnessione aziendale** e la piena operatività di almeno **600 COT entro metà del 2024**. Ma anche, il monitoraggio del "potenziamento del Portale della Trasparenza" attraverso il rilascio di almeno il 70% dei moduli previsti e il completamento del progetto per l'implementazione degli strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria, entro metà 2026.

⁸ Italiadomani, Ministero della Salute "Attuazione delle Misure del PNRR" (2021)

⁹ Decreto del 29 aprile 2022, Ministero della Salute

Il **sub-investimento 1.2.3** “Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici” mette a disposizione un miliardo di euro per la realizzazione di progetti regionali di telemedicina e iniziative di ricerca ad hoc sull’utilizzo delle tecnologie digitali in sanità. Grazie a questo investimento verrà realizzata per la prima volta una piattaforma nazionale unica di telemedicina. **La piattaforma abilitante di telemedicina, così come immaginata dal Ministero della Salute e da Agenas, sarà connessa con le piattaforme verticali regionali di telemedicina** che, integrate nei processi delle aziende sanitarie e con i medici di medicina generale, erogano i servizi minimi previsti (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio e teleassistenza). L’infrastruttura regionale di telemedicina sarà unica a livello regionale e interoperabile con quelle delle altre Regioni grazie all’integrazione con la piattaforma nazionale abilitante. **La realizzazione e la gestione della Piattaforma Nazionale di Telemedicina avverrà tramite una partnership pubblico-privato (PPP) da aggiudicare entro novembre 2023.** La concessione, della durata di otto anni, per la piattaforma nazionale di telemedicina stabilisce che l’operatore economico scelto dovrà realizzare e poi gestire sino alla fine del contratto la piattaforma, la cui proprietà sarà poi trasferita ad Agenas. Per **l’implementazione sperimentale delle piattaforme verticali regionali** sono state scelte due Regioni, esempi virtuosi di dinamismo e innovatività nel settore della telemedicina: **la Puglia e la Lombardia**. Queste ultime dovranno sviluppare le applicazioni che abilitano i servizi specifici di telemedicina (in particolare la televisita, il telecontrollo, il teleconsulto e il telemonitoraggio) in affiancamento verticale alla componente abilitante sviluppata a livello nazionale. Le due Regioni, con questo incarico, **metteranno a disposizione del Paese i servizi e le tecnologie digitali che svilupperanno nell’ambito dei progetti pilota chiamate a realizzare.** Il cronoprogramma per l’attuazione di questo investimento prevede per una milestone e un target europei, questi comprendono **l’avviamento di almeno un progetto di telemedicina per regione entro fine 2023 e l’assistenza di almeno 200 mila pazienti in regime di telemedicina entro il 2025.**

Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

L’ultima linea di investimento della prima Componente è la **1.3** “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”. Si tratta di **un miliardo di euro destinato alla costruzione di 400 Ospedali di Comunità su tutto il territorio nazionale.** Queste strutture forniranno posti letto in un setting intermedio, principalmente destinati a pazienti con patologie lievi o recidive croniche. **I 21 CIS firmati il primo giugno 2022 con ogni Regione e Provincia Autonoma includono l’impegno per la realizzazione di queste strutture.** Il prossimo target nazionale da raggiungere sarà l’approvazione dei progetti idonei da parte delle Regioni entro la fine di quest’anno. Successivamente, dovranno essere realizzate le convenzioni necessarie (tramite l’assegnazione dei CIG¹⁰) entro la metà del 2023. L’ultimo target è di carattere europeo e

¹⁰ Codici Identificativi di Gara

prevede che **entro la fine del 2026 questi 400 ospedali siano operativi**, tecnologicamente attrezzati e interconnessi.

Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima

L'investimento in **“Salute, ambiente, biodiversità e clima”** intende prestare supporto al SSN attraverso a creazione di 190 centri nazionali adibiti all'analisi in campo ambientale e alimentare. Inoltre, si andrà a potenziare il 50% delle strutture afferenti alla rete SNPS-SNPA. L'obiettivo è quello di **“rafforzare la capacità, l'efficacia, la resilienza e l'equità del Paese nell'affrontare gli impatti sanitari presenti e futuri, associati sia ai rischi ambientali che a quelli climatici¹¹”**. Questo progetto è **afferre al PNC ma complementare alla Componente 1 della Missione Salute** del PNRR. Il suo finanziamento è affidato interamente al PNC e ammonta a **500 milioni di euro**.

Il Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS) è stato istituito recentemente, con d.l. 30 aprile 2022. Il 9 giugno scorso, con decreto del Ministro della Salute sono stati definiti i compiti degli enti coinvolti (Regioni, Istituti zooprofilattici sperimentali, Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute)¹². Il SNPS dovrà svolgere funzioni di ricerca e consultive in ambito di prevenzione sanitaria, secondo il paradigma One Health¹³.

Il Sistema nazionale protezione ambiente (SNPA) è il riferimento tecnico ufficiale per le azioni ad impatto ambientale della pubblica amministrazione: il suo parere in ambito di programmazione è vincolante. **La stipula dei CIS era prevista per la fine di marzo 2022, ma il termine non è stato rispettato**. Nell'attesa che si recuperi questo ritardo, si può guardare alle scadenze a venire. I bandi di gara per il rafforzamento delle strutture nazionali e regionali (SNPS-SNPA) dovranno essere lanciati entro marzo 2023, poi entro dicembre 2024 e infine entro dicembre 2025. Prima della fine del 2025, inoltre, si dovranno attivare almeno 14 corsi online del programma nazionale di formazione continua in salute-ambiente-clima. **Entro la fine del 2026, la totalità delle strutture nazionali e la metà di quelle regionali appartenenti alla rete SNPS-SNPA dovranno essere state sottoposte ad interventi di rafforzamento**. Inoltre, allo scadere della stessa data, dovranno essere stati effettuati **due interventi integrati di salute-ambiente-clima** in due siti contaminati di interesse nazionale, nonché **lanciati almeno 14 programmi di ricerca applicata** con approcci multidisciplinari nelle aree di intervento in questione¹⁴.

¹¹ <https://italiadomani.gov.it/it/Interventi/investimenti/salute-ambiente-e-clima.html>

¹² Decreto Ministro della Salute 9 giugno 2022

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2022&codLeg=87626&parte=1%20&serie=null>
<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2022&codLeg=87626&parte=1%20&serie=null>

¹³ D.l. 30 aprile 2022, n.36 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/04/30/22G00049/sg>

¹⁴ <https://italiadomani.gov.it/it/Interventi/investimenti/salute-ambiente-e-clima.html>

3. La seconda Componente: a che punto siamo.

Le strutture ospedaliere italiane permangono in uno **stato di arretratezza rispetto a quelle dei principali paesi europei**. L'obsolescenza dei macchinari comporta spese di manutenzione elevate, che pure non riescono a garantire performance comparabili alle nuove tecnologie. **In particolare, l'uso di attrezzature non d'avanguardia ostacola l'impiego di strumenti digitali**, mettendo a repentaglio la realizzazione di un Sistema Sanitario Nazionale efficiente, sostenibile e in linea con il principio di interoperabilità. La seconda Componente della Missione Salute è incentrata proprio sul rinnovamento e ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti. Tra gli interventi c'è particolare attenzione anche alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e al miglioramento della capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi.

Ammodernamento del parco tecnologico ospedaliero

Il totale assegnato per l'investimento 1.1 della seconda Componente ammonta a circa 4 miliardi di euro, ripartiti in due sottocomponenti: **quasi 3 miliardi in digitalizzazione, il restante importo per l'acquisto di 3100 grandi apparecchiature mediche**¹⁵.

Secondo Agenas¹⁶, le categorie di macchinari più colpite da vetustà sono le tomografie computerizzate (TAC), le risonanze magnetiche nucleari (RMN), gli angiografi, le mammografie e i ventilatori polmonari. Questi ultimi versano in una condizione particolarmente grave, poiché **circa il 50% delle unità supera i 10 anni di attività**. Da qui, e a ragione degli effetti della pandemia di Covid-19, nasce l'attenzione particolare per il rinnovamento dei reparti di terapia intensiva. Secondo le linee guida, **il numero di posti letto dovrebbe aumentare del 70% rispetto al periodo pre-pandemico (almeno +3500 posti letto) entro dicembre 2026**.

Per quanto riguarda la digitalizzazione, un processo radicale di informatizzazione dei processi investirà le strutture ospedaliere. Nello specifico, **il sub-investimento 1.1.1 è dedicato ai Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA)**: ognuno dei 280 DEA interessati dovrà predisporre, entro la fine del 2025, di mezzi tecnologici (hardware e software) adatti allo scopo, e di un **Centro Elaborazione Dati (DPC)** per la gestione del flusso di informazioni provenienti dai reparti¹⁷. **La progressione di questo obiettivo è in linea con l'agenda governativa**: nel 2021 sono stati approvati dal Ministero della Salute i piani di riorganizzazione delle strutture sanitarie, di concerto con le Regioni. Come anticipato, il primo giugno 2022 è stata raggiunta l'intesa riguardo

¹⁵ <https://italiadomani.gov.it/it/Interventi/investimenti/ammodernamento-tecnologico-degli-ospedali.html>

¹⁶ Agenas, "PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA MISSIONE SALUTE". Monitor, Anno II numero 45–2021. https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/Agenas_Monitor_45_DOPPIE_Web.pdf

¹⁷ Mascolo, Antonella, "Lo Stato digitale nel PNRR – L'ammodernamento del sistema ospedaliero digitale". Irpa.eu, 23 settembre 2021. <https://www.irpa.eu/lo-stato-digitale-nel-pnrr-lammodernamento-del-sistema-ospedaliero-digitale/>

i Contratti Istituzionali di Sviluppo, con 30 giorni di anticipo rispetto alla tabella di marcia. Ora non resta che attendere la pubblicazione dei bandi di gara per i fornitori di servizi entro la fine dell'anno¹⁸. Grazie al **sub-investimento 1.1.2**, un miliardo di euro circa sarà da destinare al rinnovamento delle attrezzature ospedaliere ad alto contenuto tecnologico, con il **target di vederne 3.100 operative entro il 2024**.

Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile

Il **secondo Investimento (1.2) della seconda Componente** racchiude un'azione di **adeguamento delle strutture ospedaliere alla normativa in materia di sicurezza antisismica**. Nel complesso, gli interventi di riqualificazione edilizia dovranno rendere le strutture più compatibili con l'ambiente circostante, anche da un punto di vista di sostenibilità ambientale¹⁹. L'obiettivo è non solo quello di far sì che gli ospedali resistano all'evento sismico, ma anche quello di garantire che essi mantengano una discreta operatività a seguito dell'evento²⁰. Per riuscire nell'intento, si prevede un investimento di **1,64 miliardi**, di cui 1 miliardo da spendere per ultimare progetti già in essere. In termini numerici, il target si traduce nel finanziamento di 109 interventi di messa in sicurezza antisismica delle strutture ospedaliere entro giugno 2026²¹. Questa misura, che ha rilevanza europea, è sostenuta da **ulteriori 1,45 miliardi di euro provenienti dal PNC**. I fondi complementari sono destinati al consolidamento antisismico di 220 strutture, già identificate dal piano, entro la fine del 2022. Il 4% dei fondi PNC è da destinarsi alle zone colpite dai terremoti del 2009 e 2016, secondo Ordinanza della Cabina di coordinamento del PNC del 13 aprile 2022²². Come rilevato anche da Openpolis, non sono stati ancora rilasciati dati per la valutazione dello stato di avanzamento delle misure²³.

Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione

La **costituzione di un sistema di raccolta dati è centrale** nell'ottica del paradigma One Health. Si tratta, dunque, di un intervento strategico per il SSN che richiederà tempi di realizzazione piuttosto lunghi. Infatti, **il Ministero della Salute ha fissato per il 2024 la scadenza per il raggiungimento dei primi target** (rafforzamento infrastruttura tecnologica del Ministero, creazione di un dataset

¹⁸ <https://italiadomani.gov.it/it/Interventi/investimenti/ammodernamento-tecnologico-degli-ospedali.html>

¹⁹ <https://italiadomani.gov.it/it/Interventi/investimenti/verso-un-nuovo-ospedale-sicuro-e-sostenibile.html>

²⁰ https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5808&area=PNRR-Salute&menu=vuoto

²¹ <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5808&area=PNRR-Salute&menu=investimenti>

²² <https://sisma2016.gov.it/2022/04/13/pnc-aree-sisma-il-4-delle-somme-per-supporto-a-comuni-e-usr/>

²³ Openpolis, "Cosa finanzieranno gli interventi previsti dal fondo complementare al Pnrr". Openpolis.it, 7 febbraio 2022.

ad alto valore statistico e istituzione di un portale OpenData), mentre la **diffusione del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) interoperabile in tutte le Regioni è prevista per giugno 2026**²⁴. Il primo sub-investimento riguarda proprio l’FSE (**1.3.1**). In tale ambito, la missione sarà quella di raggiungere l’integrazione di tutti i dati sanitari regionali in un archivio centralizzato, l’interoperabilità di tali dati e la progettazione di un’interfaccia utente di facile utilizzo²⁵. Il PNRR prevede una spesa di **1,4 miliardi per questo intervento**, che sembra particolarmente ambizioso. **Le regioni italiane versano in condizioni disperate per quanto riguarda il livello di digitalizzazione delle loro procedure sanitarie**. Occorrerà, dunque, un vero sforzo verso la condivisione di conoscenze e competenze a livello nazionale, accompagnato dalla predisposizione di un sistema di valutazione rigoroso, che tenga in conto, al contempo, di misure di processo e di raggiungimento di obiettivi²⁶.

Il secondo sub-investimento (1.3.2) mira a rafforzare l’infrastruttura tecnologica del Ministero della salute, così da incrementarne la capacità di fare analisi dati. Per questo obiettivo sono stati stanziati circa **300 milioni di euro**. Rientrano in questa voce di spesa tutte le misure volte all’efficientamento della **raccolta dati nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)** e la creazione di un modello di simulazione di scenari di breve e lungo termine per il SSN. Quest’ultimo intervento, in particolare, si sostanzia nella creazione di un **National Health Prevention Hub**, che si occuperà di rilevare l’insorgere di nuove pandemie. Più in generale, **la raccolta dati ha implicazioni importanti in termini di medicina preventiva**. Il Ministero già aveva contezza della rilevanza di questo tema, tant’è che il progetto prende avvio dall’esperienza maturata nell’ambito del “Modello Predittivo Prototipale”, attivo tra il 2018 e il 2020²⁷. Sotto il cappello del secondo sub-investimento trova spazio anche il tema della piattaforma nazionale per servizi di telemedicina. In questo frangente, lo scopo è quello di dare vita a “una piattaforma informativa e formativa sulla telemedicina, con lo scopo di sensibilizzare, diffondere la cultura e le *best practice* della telemedicina in Italia”²⁸.

²⁴<https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5809&area=PNRR-Salute&menu=investimenti>

²⁵<https://www.forumpa.it/sanita/pnrr-e-salute-ecco-cosa-prevede-la-missione-6-opportunita-per-il-sistema-sanitario-nazionale-e-paradigma-one-health/>

²⁶ Castagna e Cataldo, “PNRR, un grande passo verso la Sanità digitale: obiettivi e sfide”. Agendadigitale.eu, 10 maggio 2022 <https://www.agendadigitale.eu/sanita/pnrr-un-grande-passo-verso-la-sanita-digitale-obiettivi-e-sfide/>

²⁷ Agenas, “PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA MISSIONE SALUTE”. Monitor, Anno II numero 45 – 2021. https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/Agenas_Monitor_45_DOPPIE_Web.pdf

²⁸<https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5809&area=PNRR-Salute&menu=investimenti>

Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

L'investimento dedicato alla formazione del personale del SSN intende rispondere alle fragilità sistematiche evidenziate dalla pandemia. Si articola, quindi, in quattro interventi:

- 1) Borse aggiuntive in **formazione universitaria di medicina generale**: entro il 2024, dovranno essere erogate 2700 borse di studio (900 all'anno) in più rispetto a quelle elargite ad oggi, per una spesa di oltre 100 milioni di euro. Questo investimento è essenziale in previsione di un invecchiamento progressivo della popolazione, poiché si dovrà garantire un medico di famiglia a un maggiore numero di adulti;
- 2) Finanziamento di **corsi di formazione in infezioni ospedaliere**: le infezioni ospedaliere sono infezioni che avvengono nel corso della permanenza all'interno delle strutture ospedaliere. Esse sono causa di "prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, un carico economico aggiuntivo per i sistemi sanitari e per le persone assistite e le loro famiglie ed infine un significativo aumento dell'indice di mortalità²⁹". Entro giugno 2026, si dovranno formare quasi 300 mila professionisti su questo tema (ma oltre la metà di questi entro la fine del 2024), circa il 60% del personale del SSN. L'investimento ammonterà a oltre 80 milioni di euro;
- 3) Finanziamento di corsi di **formazione manageriale e digitale** per personalità strategiche del SSN, per un totale di 18 milioni di euro. Nello specifico, andranno formati 4500 addetti, tra dirigenti e responsabili di divisioni macro-organizzative, in competenze gestionali, di leadership, di gestione delle risorse umane e nell'uso delle tecnologie digitali abilitanti. Anche questo obiettivo è da raggiungersi per il 2026;
- 4) Contratti di **formazione medico-specialistica**: con questa misura, si intende colmare il divario tra laureati in medicina e chirurgia e numero di contratti di formazione specialistica finanziati dal SSN. Inoltre, il finanziamento è in linea con quanto deciso nell' Accordo di Conferenza Stato-Regioni per il triennio accademico 2020-2023. Questa voce di spesa ammonta a circa 500 milioni di euro e il target di 4200 borse di finanziamento dovrà essere raggiunto entro giugno 2026.³⁰

Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN

²⁹ Agenas, "PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA MISSIONE SALUTE". Monitor, Anno II numero 45 – 2021. https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/Agenas_Monitor_45_DOPPIE_Web.pdf

³⁰ Tutti i dati sono tratti da Agenas, "PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA MISSIONE SALUTE". Monitor, Anno II numero 45 – 2021. https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/Agenas_Monitor_45_DOPPIE_Web.pdf e dal sito https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5813&area=PNRR-Salute&menu=vuoto

Il quadro della ricerca biomedica in Italia è costellato da gioie e dolori. Nella prima categoria rientrano senz'altro i dati sulle **performance dei ricercatori italiani, superiori alla media europea**, e il ruolo particolare rivestito dalle organizzazioni no profit, che riescono a farsi promotrici di bandi in linea con gli standard internazionali per il settore. D'altro canto **sono evidenti i vulnus del sistema**: bassa propensione al brevetto e tendenza di calo dell'investimento in ricerca biomedica (era il 5% a livello globale negli anni '90, ora attorno all'1%)³¹.

Nell'ottica di rilanciare il settore **l'investimento 2.1 della seconda Componente stanziava oltre 500 milioni di euro, in quote da 131 milioni all'anno, per dare nuova linfa alla ricerca in ambito di patologie rare (424 milioni) e per favorire il trasferimento tecnologico (100 milioni)**. I fondi dovranno essere distribuiti entro dicembre 2025³². L'attuazione è affidata congiuntamente al Ministero della salute, al Ministero dell'Università e al Ministero dello sviluppo economico.

I target da raggiungere sono due: si dovranno finanziare almeno 100 progetti di ricerca su tumori e malattie rare e almeno 324 progetti di ricerca sulle malattie altamente invalidanti³³.

Il 20 aprile 2022 è stata lanciata una procedura a gara pubblica per la selezione dei progetti, scaduta il 26 maggio 2022³⁴. Oggetto del concorso erano *proof of concept*, ovvero piani di trasferimento di nuove tecnologie presso le industrie del settore, e progetti di ricerca su malattie rare e invalidanti. Verranno privilegiati i progetti che fanno uso di nuove tecnologie e di tecnologie abilitanti, in ottica di interoperabilità, quelli che presentano miglior rapporto costi-benefici e quelli contraddistinti da maggiore replicabilità³⁵. **Ogni progetto scelto potrà essere finanziato per massimo due anni e per massimo un milione di euro.**

Ecosistema innovativo della salute

Questo investimento non rientra tra quelli previsti dal PNRR. Tuttavia, è stato riconosciuto come una priorità e quindi **incluso tra i tre progetti per la salute del PNC**. L'investimento, a regia statale, prevede la stipula di CIS con amministrazioni locali ed altri attori partecipanti per la governance regionale.

L'ammontare del finanziamento corrisponde a **437 milioni di euro**, da erogare in cinque quote di qui al 2026. **La stipula dei CIS, in questo caso attesa entro la fine del 2022, sarà accompagnata**

³¹Agenas, "PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA MISSIONE SALUTE". Monitor, Anno II numero 45 – 2021.

https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/Agenas_Monitor_45_DOPPIE_Web.pdf

³²<https://italiadomani.gov.it/it/Interventi/investimenti/valorizzazione-e-potenziamento-della-ricerca-biomedica-del-ssn.html>.

³³<https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5812&area=PNRR-Salute&menu=investimenti>

³⁴https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_10_1_1_atti_1_1.jsp?id=295

³⁵Agenas, "PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA MISSIONE SALUTE". Monitor, Anno II numero 45 – 2021.

https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/Agenas_Monitor_45_DOPPIE_Web.pdf

dall'erogazione del primo 20% dei fondi disponibili. Lo stanziamento delle quote successive rimane condizionale all'esito positivo del processo di monitoraggio dello stato di avanzamento del progetto. La costruzione di un ecosistema innovativo della salute passerà per tre capisaldi:

- 1) L'ampliamento della **rete di centri di trasferimento tecnologico**;
- 2) Il rafforzamento e sviluppo qualitativo e quantitativo dei **Life Science Hub (LSH)**. La novità principale consiste nella creazione di quattro nuovi LSH, da aggiungersi a quelli già costituiti ad opera dei Piani operativi salute 2014-2020;
- 3) L'istituzione di un **Hub anti-pandemia**. Si tratta di un progetto a regia statale, cointeressato con il Ministero dell'Università (a cui spetta il compito di proporre i programmi di ecosistema di ricerca) e il Ministero per lo sviluppo economico (che si occuperà, invece, della fase di trasferimento tecnologico). All'Hub spetta il compito di produrre la conoscenza scientifica necessaria ad affrontare pandemie future, in particolare facendo R&D in tema di vaccini, anticorpi monoclonali, vaccinologia inversa e lotta contro la resistenza agli antimicrobici (AMR)³⁶.

Nel complesso, l'investimento è volto ad **incoraggiare pratiche di partenariato pubblico-privato (PPP) in ambito sanitario**: gli Hub dovranno possedere tutte le caratteristiche di auto-sostenibilità economica e di scalabilità di un business vero e proprio, pur mantenendo funzione sociale e centralità del benessere della persona come valori fondanti. Si andrà così a delineare **una filiera della Salute, integrata dalla fase di ricerca di base alla fornitura del prodotto/servizio all'utente finale**³⁷. Sulla scia di questo proposito, il bando per la presentazione di manifestazioni di interesse per l'attuazione di interventi da finanziare nell'ambito dell'iniziativa "Ecosistema innovativo della Salute" è stato aperto il 10 maggio 2022 e si è concluso lo scorso 9 giugno³⁸.

³⁶ Agenas, "PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA MISSIONE SALUTE". Monitor, Anno II numero 45 – 2021.

https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/Agenas_Monitor_45_DOPPIE_Web.pdf

³⁷ Ibid.

³⁸ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_bandi_308_0_file.pdf

CONCLUSIONI E KEY TAKEAWAYS

La **governance dell'attuazione del PNRR** è un tema che seppur già affrontato istituzionalmente, presenta ancora diverse sfide, principalmente a causa dell'estrema **complessità dei progetti in opera e della capillarità dei flussi informativi necessari** ad una corretta implementazione. Come è noto, la verifica sul rispetto delle scadenze da parte delle istituzioni europee, dal cui esito positivo dipende l'erogazione dei fondi, avviene su base semestrale. Conditio sine qua non aver conseguito tutte le milestone e i target previsti per il semestre precedente. L'improrogabilità di questi vincoli pone **l'intera macchina attuativa in una posizione estremamente complessa**, in cui non è tollerabile alcun ritardo e ogni soggetto deve collaborare. Inoltre, tutte le riforme e gli investimenti previsti soprattutto in ambito sanitario dovranno realizzarsi **parallelamente alle attività di ordinaria amministrazione di un sistema ad altissima complessità** come il SSN. Una difficoltà aggiuntiva deriva dunque dalla necessità di condurre contemporaneamente le attività quotidiane secondo i modelli fino ad oggi applicati e avviare e mettere in pratica una transizione verso un nuovo modello di assistenza. In questo contesto si aggiungono poi le nuove necessità, come quella di **costruire flussi informativi puntuali, precisi ed esaustivi che possano coadiuvare sia il monitoraggio della realizzazione degli interventi che le scelte necessarie durante il processo**. Il nostro Servizio Sanitario Nazionale all'avvento del Covid era reduce da decenni di sotto-investimento e tagli lineari nei costi. La situazione di partenza implica la necessità di costruire e investire in nuove strutture, processi, modelli e personale e l'impossibilità di potenziare solamente gli asset esistenti. È opportuno ricordare che la finestra di opportunità fornita dal PNRR non è solo di tipo economico: si tratta di un cambiamento culturale che dovrà implicare una profonda modifica di ogni processo, dalla pancia delle amministrazioni pubbliche coinvolte, alla gestione dei percorsi di cura dei pazienti.

LE CRITICITA'

- La suddivisione dei ruoli e delle responsabilità nell'ambito dell'attuazione rischia di interferire con la realizzazione dei progetti, non tenendo conto delle difficoltà organizzative delle Regioni già alle prese con l'ordinaria amministrazione. Inoltre la complessa collaborazione tra un numero così elevato di soggetti pone un quesito in termini di governance;

- La realizzazione del PNRR e del PNC implica una trasformazione culturale della PA e del suo funzionamento. Le nostre amministrazioni hanno, fino ad oggi, applicato politiche non basate sull'evidenza empirica;
- I flussi informativi di cui i soggetti attuatori e le amministrazioni centrali dispongono non sono sufficientemente capillari e puntuali al fine della rendicontazione e del monitoraggio necessari all'erogazione dei fondi. In questo ambito sussistono anche criticità legate alla privacy;
- La riuscita nell'implementazione delle riforme e degli investimenti dipende in parte da variabili difficili da prevedere e controllare come l'engagement degli stakeholders e la cooperazione sinergica di tutte le parti coinvolte;
- L'assunzione di personale adeguatamente qualificato sia per le posizioni amministrative che sanitarie rappresenta un ostacolo non trascurabile. Le principali cause possono essere rintracciate sia nell'attrattività del settore pubblico che in una relativa scarsità nell'offerta di personale.

GLI INDIRIZZI STRATEGICI

- L'attuazione del PNRR e del PNC richiede una serie di interventi collaterali la cui realizzazione tempestiva spesso rappresenta un fattore abilitante al successo dell'intero processo;
- La complessità e la portata dei progetti implicano una visione d'insieme e una governance altamente specializzata, che riesca a gestire imprevisti, rischi e opportunità in maniera efficiente e puntuale. Allo stesso tempo, è necessario integrare gli interventi straordinari con quelli afferenti a fondi ordinari, come il Fondo Sanitario Nazionale. La capacità di gestione amministrativa dei soggetti coinvolti rappresenta un elemento chiave su cui investire;
- La trasparenza è un pilastro su cui deve poggiare la realizzazione dei piani, sia nell'ottica di coinvolgimento degli stakeholders che per la rendicontazione necessaria all'erogazione e alla giusta allocazione dei fondi;

- Uno sforzo amministrativo simile e con scadenze tanto stringenti pone un quesito per quanto riguarda la flessibilità della governance. È necessario strutturare percorsi alternativi per il raggiungimento delle milestone e dei target nel caso in cui l'iter scelto non si riveli funzionale;
- La realizzazione del Piano deve essere fortemente orientata alla riduzione delle differenze inter e intra-regionali;
- Le competenze tecniche del personale coinvolto nelle strutture implementate con il PNRR rappresentano un tema di estrema rilevanza che non è possibile affrontare se non su diversi livelli.

GLI STRUMENTI E LE LEVE DI POLICY

➤ MACRO (NAZIONALE)

- Una revisione di quanto voluto dalla riforma del Titolo V della Costituzione è una necessità per quanto riguarda l'attuazione del PNRR. Il rischio esistente è che in caso di malfunzionamento della macchina attuativa di una Regione le amministrazioni centrali non possano intervenire per salvaguardare la realtà regionale;
- Le banche dati degli enti pubblici devono essere apertamente condivise e interoperabili tra questi, ne sono un esempio istituti come l'Inps e l'Inail ma anche il Ministero della Salute. A questo proposito è necessario dirimere le questioni relative alla privacy, soprattutto nell'ambito dell'utilizzo dei dati ai fini di decision e policy making;
- Il Codice degli Appalti, ad oggi, rischia di non essere sufficientemente flessibile al fine di cogliere la complessità e cristallizzare le sinergie necessarie alla realizzazione degli investimenti più complessi e trasversali. È possibile ipotizzare l'introduzione di iter semplificati e agevolati nelle fattispecie che lo richiedono;
- La programmazione dei fabbisogni formativi è necessaria. Attualmente quest'ultima è inadeguata a garantire la copertura dei ruoli professionali necessari per la completa attuazione degli interventi previsti dal PNRR in un'ottica di lungo periodo. Per questo bisogna anche proporre dei contratti che diano valore e riconoscano le professionalità

sia per il settore pubblico che privato e aumentino l'attrattività delle professioni sanitarie, soprattutto per quanto riguarda gli infermieri.

➤ **MESO (REGIONALE)**

- Ogni Regione dovrebbe gestire i propri flussi informativi in sia per il monitoraggio interno che per la rendicontazione alle amministrazioni centrali. Questi flussi rappresentano un elemento cruciale per definire le esigenze del territorio di competenza;
- Le Regioni devono intervenire per intercettare l'offerta di personale (sanitario e amministrativo) di adeguate competenze, necessario alla realizzazione degli investimenti dei Piani anche intervenendo sulle modalità di lavoro (ad esempio immaginando un modello di lavoro su turni flessibili e coinvolgendo il personale nell'impostazione dei modelli organizzativi delle strutture);
- Le Regioni devono prevedere progetti di formazione ad hoc per il personale coinvolto sia nell'amministrazione che nella realizzazione dei progetti;