

NOVEMBRE 2023



# FOCUS SALUTE

## L'attuazione della Missione 6 in vista della manovra



Maria Vittoria Di Sangro, Thomas Osborn

*La Missione 6 del PNRR, con un ampio spettro di riforme e investimenti, mira ad adattare il Servizio sanitario nazionale ai cambiamenti demografici in corso, rafforzando l'assistenza territoriale e sfruttando innovazione tecnologica per promuovere modello di sanità basato su servizi sempre più efficienti ed equi. Nonostante nel 2023 si sarebbero dovuti concretizzare alcuni dei progetti iniziali del PNRR, dopo la prima metà dell'anno si sono riscontrati ritardi non trascurabili rispetto agli obiettivi pianificati. Con l'avvicinarsi della manovra, è cruciale riflettere sulle criticità incontrate, su come evitarne di nuove nel prossimo triennio, e sulla necessità di realizzare degli investimenti previsti nei termini prefissati con uno sguardo alla sostenibilità del sistema salute anche oltre il 2026.*

- L'investimento programmato dalla Missione Salute ammonta a €15,63 miliardi, ovvero l'8,16% del totale degli investimenti del PNRR. Alla fine dell'anno in corso la quota di fondi effettivamente impiegati dovrebbe essere pari a circa la metà dei finanziamenti complessivi della Missione 6, mentre le stime riportano un dato fermo al 38%. L'allontanamento dalla traiettoria di valori inizialmente previsti risulta essere iniziato proprio a cavallo del 2022 per poi proseguire anche nel corso del 2023, anno in cui si sono rese necessarie alcune revisioni al Piano.
- Il Governo ha introdotto alcune modifiche al Piano, ritenendo che alcuni degli obiettivi prefissati fossero di difficile realizzazione a causa di una molteplicità di fattori, dal rialzo dei prezzi delle materie prime ed energetiche, legato anche alla crisi energetica e acuita dal conflitto russo-ucraino, ai ritardi nell'affidamento dei lavori contrattualizzati, dalle criticità nelle catene di approvvigionamento delle materie prime alle carenze nella fornitura di attrezzature e nella logistica.
- I prossimi target della Missione 6 da raggiungere entro la fine del 2023 sono quattro e riguardano la stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità, la stipula di almeno 400 obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità, la creazione di almeno un progetto per Regione per la telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici e, infine, l'assegnazione di finanziamenti a progetti di ricerca nel campo delle malattie rare e dei tumori rari.

## 1. IL PNRR E LA MISSIONE SALUTE

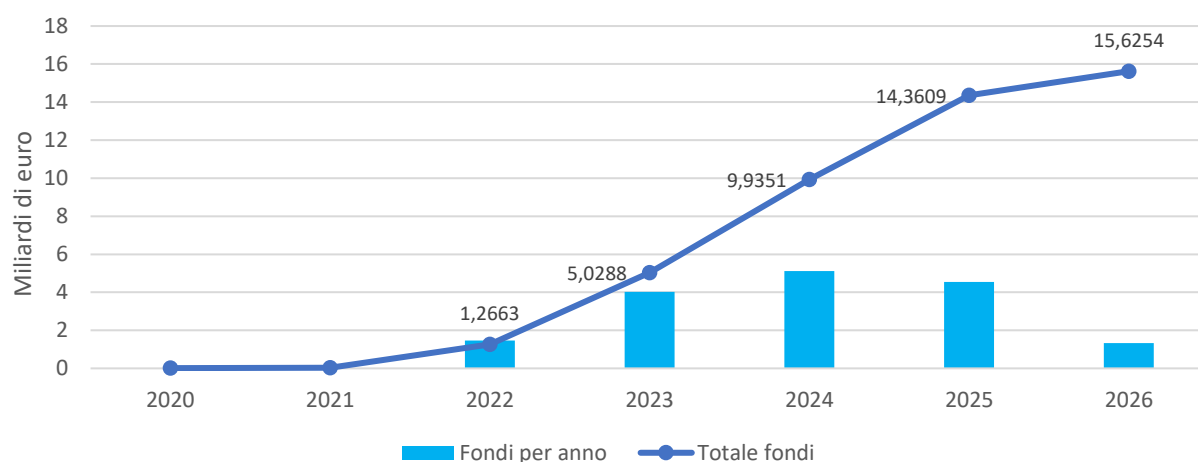
Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in ambito salute mira a colmare i divari tra la domanda di cura dei cittadini e l'offerta di servizi sanitari in un'ottica di sostenibilità a lungo termine. Il fine ultimo del PNRR è infatti quello di garantire un efficace miglioramento del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) per rendere le strutture più moderne, digitali e inclusive, garantendo equità di accesso alle cure, rafforzando la prevenzione e i servizi sul territorio, e promuovendo un rilancio della ricerca. Per raggiungere questi ambiziosi obiettivi, la Missione 6 del Piano prevede vari interventi strutturali e normativi tesi a rispondere ai bisogni di salute dei cittadini con una programmazione che si focalizza principalmente sul potenziamento e l'efficiamento dell'offerta dei servizi di assistenza di prossimità.

Complessivamente l'investimento programmato dalla Missione Salute ammonta a €15,63 miliardi, ovvero l'8,16% del totale degli investimenti del PNRR. A questi si aggiungono un'ulteriore serie di risorse straordinarie destinate al Piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR (PNC, dal valore di €2,89 miliardi) e agli interventi per l'attuazione del PNRR stesso, per un investimento totale di più di €20 miliardi da destinare, nell'arco temporale tra il 2021 e il 2026, al rinnovamento della sanità pubblica italiana<sup>1</sup>.

In Figura 1 l'erogazione totale di fondi prevista nella versione originale della Missione 6 del PNRR, con suddivisione per anno e cumulativamente. Entro la fine dell'anno corrente il totale dei fondi impegnati dovrebbe superare la quota dei €5 miliardi, circa un terzo del totale previsto entro il 2026, mentre l'anno specifico in cui sono previsti più stanziamenti è il 2024. Difatti, il prossimo biennio risulta cruciale per una piena attuazione del Piano, tanto in termini finanziari e di investimenti, quanto per l'effettivo sviluppo dei nuovi servizi previsti.

**Fig. 1: Totale fondi Missione 6 del PNRR, erogati per anno e cumulativo**

Fonte: Italiadomani.gov.it



<sup>1</sup> Ministero della Salute

A livello organizzativo, la Missione 6 è suddivisa in due Componenti (M6C1 e M6C2) e prevede la realizzazione di una programmazione, scaglionata in trimestri, composta da 23 misure (di cui due sub-misure) da realizzare entro il 2026: 2 di queste fanno riferimento al campo delle riforme normative, mentre le restanti 21 prevedono investimenti finanziari. Complessivamente i progetti previsti, spalmati nelle due Componenti, sono 8404, di cui 4619 riguardanti l'ammodernamento tecnologico, 2631 sulla medicina territoriale, 952 sulla ricerca e la formazione in ambito medico, e 202 dedicati specificatamente agli ospedali.

La Componente 1, dal valore di €7 miliardi, è intitolata *“Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”*, e prevede interventi mirati al rafforzamento dei servizi e delle prestazioni di prossimità, oltre che al potenziamento dell'assistenza domiciliare, allo sviluppo della telemedicina come strumento digitale abilitante, e in generale a una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari. Tra gli interventi, grande attenzione è data alla creazione di strutture fisiche e presidi territoriali, come le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali, che sono tra i pilastri su cui poggia la Riforma dell'Organizzazione dell'Assistenza Sanitaria Territoriale, uno degli interventi legislativi di più ampie vedute contenuti nella Missione 6.

La Riforma dell'Assistenza Sanitaria Territoriale è regolata dal decreto n.77 (DL 77) del 23 maggio 2022, pubblicato nella GURI Serie Generale n. 144 del 22 giugno 2022. Gli obiettivi della riforma sono di varia natura ma agiscono principalmente in un'ottica di avvicinamento della sanità al domicilio dei cittadini. Il decreto definisce, infatti, un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria che comprende standard strutturali, tecnologici e organizzativi, per garantire a cittadini e operatori del Servizio Sanitario Nazionale il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Si evidenzia, inoltre, come nel DL 77 ci siano finalmente riferimenti anche al settore delle farmacie, strutture il cui ruolo strategico di capillarità e prossimità<sup>2</sup> non era altrimenti incluso nella programmazione della Missione 6 PNRR. Difatti, gli unici riferimenti al comparto delle farmacie sono inclusi nelle misure della Missione 5 (Missione *“Inclusione e Coesione”*, da € 19,85 miliardi complessivi), con finanziamenti che coprono tuttavia solo duemila delle 20 mila farmacie in Italia<sup>3</sup>.

Le principali novità introdotte dalla Riforma dell'Assistenza Territoriale possono essere sintetizzate in alcuni punti:

- Case della Comunità: 1.350 strutture diffuse in tutto il territorio nazionale che rappresenteranno il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale i cittadini potranno accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria;
- Centrali Operative Territoriali (COT): presidi che svolgeranno una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza;

---

<sup>2</sup> Dati Federfarma: la densità di farmacie per abitanti in Italia (una ogni 2.952 abitanti) è in linea con la media europea (una ogni 3.275 abitanti) a conferma della grande capillarità della farmacia italiana.

<sup>3</sup> MSC3 - Investimento 1.1.2: l'investimento ha una dotazione di 100 milioni di euro e prevede il sostegno a 500 farmacie rurali in comuni delle aree interne con meno di 3.000 abitanti entro la fine del 2023 e poi il sostegno ad ulteriori 1.500 farmacie rurali entro il secondo trimestre 2026.

- Infermiere di Famiglia e Comunità: figura professionale di riferimento che assicurerà l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occuperà delle cure assistenziali verso i pazienti, ma dovrà interagire con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità;
- Unità di continuità assistenziale: équipe mobili distrettuali per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa;
- Assistenza domiciliare: la casa viene presentata come primo luogo di cura. Le Cure domiciliari rappresenteranno un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza;
- Ospedali di comunità: strutture sanitarie di ricovero dell'Assistenza Territoriale con 20 posti letto che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero in modo da evitare ricoveri ospedalieri impropri e favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio;
- Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie: si tratta del già presente Consultorio Familiare e delle attività rivolte ai minori, alle coppie e alle famiglie mirate all'erogazione di prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale. L'attività consultoriale potrà svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza;
- Telemedicina: strumenti, individuati per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari, che, inclusi in una rete di cure coordinate, consentiranno l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

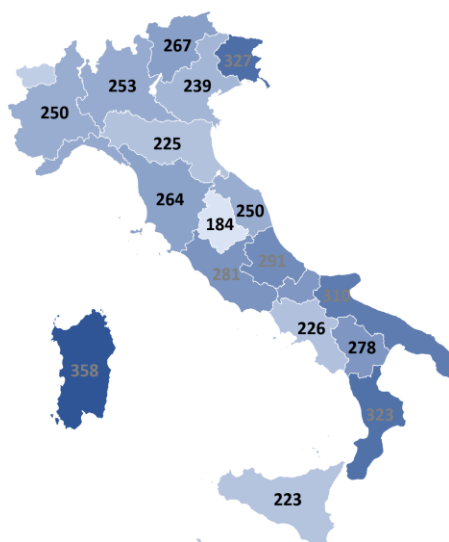
La Componente 2, dal valore di €8,63 miliardi, intitolata *“Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale”*, è incentrata sull'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, ad esempio attraverso il completamento della diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), oltre che sul potenziamento della ricerca scientifica e sull'accrescimento delle competenze del capitale umano del Servizio Sanitario Nazionale mediante un rilancio dei programmi di formazione. Fa riferimento a questi temi anche la Riforma degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), prevista appunto per la Componente 2 e che rappresenta la seconda riforma strutturale prevista della Missione 6 insieme alla citata Riforma dell'Assistenza Territoriale. Questa mira a un riordino del quadro normativo degli IRCCS con l'attribuzione a questi ultimi di aree tematiche stabilite tenendo conto delle specificità dei territori, *“al fine di migliorare*

il rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie<sup>4</sup> attraverso l'integrazione di risultati e ricerche e lo scambio di competenze.

Analizzando il numero di investimenti e progetti su base regionale, emerge un quadro nel quale le regioni più popolose sono, ragionevolmente, destinatarie di un numero maggiore di interventi. La Lombardia è infatti il territorio con più progetti previsti, ben 1095, seguita dalla Campania a quota 974, e dal Lazio a 933, mentre le regioni che registrano il valore minore sono Valle d'Aosta (24) e Molise (83). Le stesse Lombardia, Lazio e Campania sono, in ordine, anche le prime tre beneficiarie di fondi in termini assoluti, assorbendo più del 35% del totale. In termini di impatto sul territorio è tuttavia più interessante analizzare il dato degli investimenti pro-capite: si rileva infatti la considerevole attenzione data alle regioni del mezzogiorno nella programmazione degli interventi, che vedono tra i maggiori beneficiari risultano infatti la Sardegna (€358 pro-capite), la Calabria (€323) e la Puglia (€310). L'eccezione in questo caso è data dal Friuli-Venezia Giulia, che risulta la seconda regione italiana per finanziamenti pro-capite, con ben €327 investiti per residente.

**Fig. 2: Finanziamenti PNRR Missione 6 per regione (€ pro capite)**

Fonte: Elaborazione I-Com su PNRR



Con tecnologia Bing  
© GeoNames, Microsoft, TomTom

## 2. ATTUAZIONE E MONITORAGGIO

Se il 2023 doveva essere l'anno in cui sarebbero stati raccolti i primi frutti del PNRR, superata la prima metà dell'anno, si è rivelata una fotografia sullo stato di attuazione della Missione 6 con ritardi importanti rispetto agli obiettivi previsti. In particolare, dalla Relazione della Corte dei Conti e dalla Terza Relazione Semestrale sull'attuazione del PNRR del Ministro per gli Affari europei, le Politiche di coesione e il PNRR sullo stato di attuazione del Piano, si evincono, tra gli altri, due ambiti in cui si ravvisano particolari criticità e ritardi: l'attuazione del DM 77, per quanto riguarda la realizzazione di Case e Ospedali di Comunità, ma anche la messa in sicurezza delle strutture

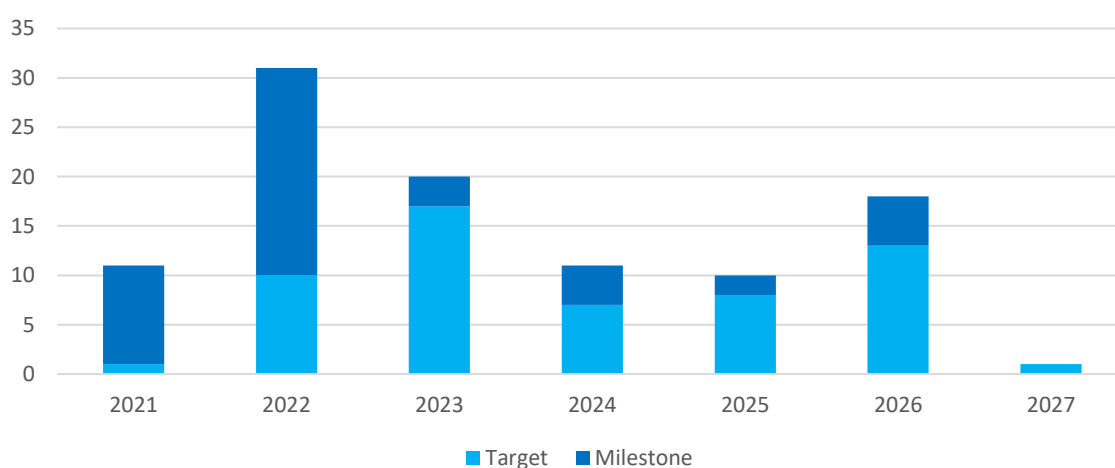
<sup>4</sup> Ministero della Salute

ospedaliere attraverso interventi antisismici. In particolare, secondo la Terza Relazione sullo stato di attuazione del PNRR<sup>5</sup>, le cause imputate a questi ritardi sono legate all'aumento dei costi dei materiali e alla loro scarsità sul mercato, nonché allo squilibrio creatosi tra domanda e offerta.

Gli strumenti formali utilizzati fino ad oggi per il monitoraggio dell'attuazione degli investimenti e delle riforme previste dal PNRR, e su cui si basano le valutazioni dell'Unione Europea per lo stanziamento delle tranche di investimenti successivi, sono le milestone e i target. Questi rappresentano, rispettivamente, le fasi rilevanti di natura amministrativo-procedurale da raggiungere e gli obiettivi attesi quantificati con indicatori misurabili. La distribuzione delle milestone e dei target per anno è rappresentata nella Figura 3.

**Fig. 3: Numero di target e milestone per anno**

Fonte: Italiadomani.gov.it, aggiornato al 20/10/23



Complessivamente, ad oggi, secondo il monitoraggio del Ministero della Salute<sup>6</sup>, delle 44 Milestone totali della Missione 6, ne sono state raggiunte 32, mentre per quel che riguarda i 57 target, ne sono stati completati solo 17.

Oltre a tenere conto del numero di obiettivi completati, l'attuazione del Piano può essere monitorata anche tenendo conto dei fondi, provenienti in modo trasversale tra i vari traguardi previsti, che vengono utilizzati dai livelli amministrativi deputati alla "messa a terra" dei progetti. Secondo i dati raccolti dalla Fondazione Openpolis, alla fine dell'anno in corso la quota di fondi effettivamente impiegati dovrebbe essere pari a circa la metà dei finanziamenti complessivi della Missione 6, mentre le stime riportano un dato fermo al 38%.

*Alla fine dell'anno in corso la quota di fondi effettivamente impiegati dovrebbe essere pari a circa la metà dei finanziamenti complessivi della Missione 6, mentre le stime riportano un dato fermo al 38%*

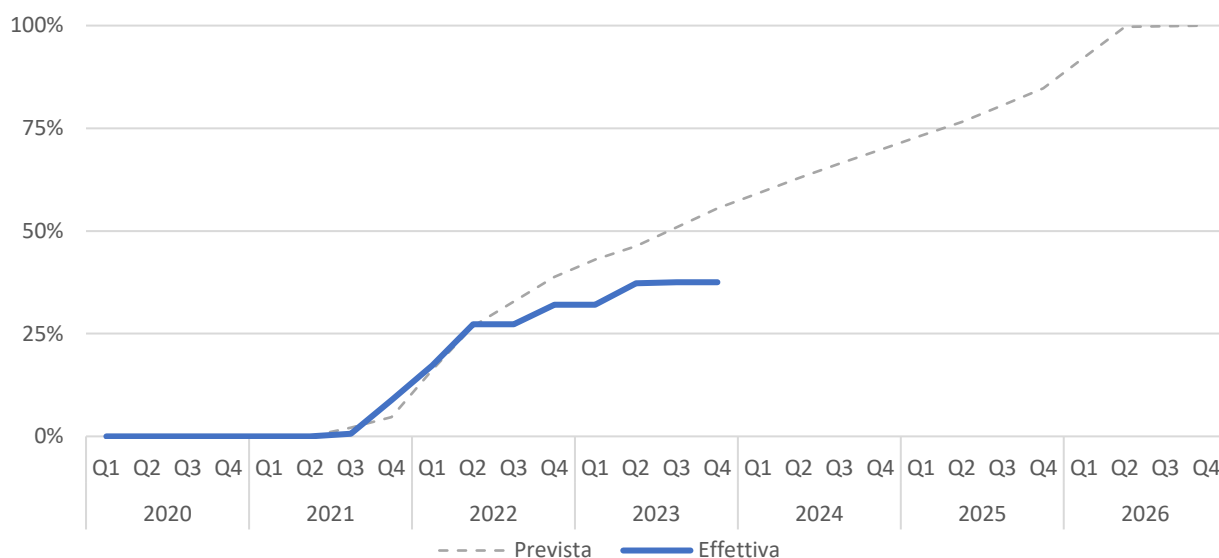
<sup>5</sup> [http://documenti.camera.it/leg19/dossier/pdf/DFP28\\_R.pdf](http://documenti.camera.it/leg19/dossier/pdf/DFP28_R.pdf)

<sup>6</sup> <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/archivioTargetMilestonePNRRSalute.jsp?lingua=italiano&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute>

L'allontanamento dalla traiettoria di valori inizialmente previsti risulta essere iniziato proprio a cavallo del 2022, anno particolarmente incisivo per ragioni di diversa natura che vengono riportate e analizzate nel Capitolo 3 del presente studio, per poi proseguire anche nel corso del 2023, anno in cui sono state rese necessarie alcune revisioni al Piano.

**Fig. 4: Percentuale di utilizzo dei fondi**

Fonte: Fondazione Openpolis



Entrando nello specifico, nell'ambito della componente C1 "Reti di prossimità" della Missione Salute, i dati del Ministero della Salute riportano il raggiungimento di ben 14 le milestone e altrettanti i target. Ci sono però alcuni ritardi, soprattutto riguardo il già citato investimento 1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina" e il subinvestimento 1.2.2 "Centrali operative territoriali (COT)" per i quali ancora non risultano essere stati raggiunti tre target la cui scadenza era prevista per marzo 2023. Il primo di questi è il target riguardante il numero di nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare<sup>7</sup> (secondo i dati per questo target il cui ultimo aggiornamento risale a maggio 2023 è stato raggiunto al 66%), per il quale la scadenza è stata rimandata a marzo 2024. Il secondo target non raggiunto entro marzo 2023 riguarda l'assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali<sup>8</sup>, per il quale il raggiungimento riportato dal Ministero (aggiornato a luglio 2023) è del 91%. Anche in questo caso, sempre secondo fonti del Ministero, la nuova scadenza per il completamento era stata individuata per settembre 2023. Il terzo target relativo al subinvestimento 1.2.2 per il quale si registra un ritardo è quello inerente all'assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale: a luglio 2023 si era raggiunto al 97%<sup>9</sup>.

Altri ritardi riguardano tre target inizialmente fissati per giugno 2023. Di questi, i due target per la stipula dei contratti per l'interconnessione aziendale e per la realizzazione delle COT<sup>10</sup> sono stati

<sup>7</sup> Target M6C1-6-ITA-1

<sup>8</sup> Target M6C1-00-ITA-19

<sup>9</sup> Target M6C1-00-ITA-20

<sup>10</sup> Target M6C1-00-ITA-23 e 24

rimandati a settembre 2023 (l'ultimo aggiornamento disponibile è di luglio 2023), mentre, il terzo, riguardante la stipula del contratto per gli strumenti di AI a supporto dell'assistenza primaria<sup>11</sup>, è stato rimandato a dicembre 2023. Si totalizzano quindi sei target in ritardo. È tuttavia necessario sottolineare che i dati in questione sono quelli resi pubblici sul sito ufficiale del Ministero della Salute e che, probabilmente, non tengono quindi conto di possibili avanzamenti avvenuti nei mesi più recenti.

Nell'ambito della riforma dell'assistenza territoriale, sono invece state raggiunte le 3 milestone previste<sup>12</sup>. La prima, raggiunta entro dicembre 2021, riguardava la Costituzione del Gruppo di Lavoro per la definizione di un nuovo modello organizzativo di rete di assistenza sanitaria territoriale. A marzo 2022 è stata raggiunta la seconda, attinente al completamento delle attività finalizzate all'acquisizione del parere in conferenza Stato-Regioni per la definizione della riforma. A giugno 2022 l'ultima, con l'entrata in vigore del decreto ministeriale n.77. Al fine di accompagnare la riforma è stato inoltre pubblicato in GU n. 86 del 12 aprile 2023 il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 23 dicembre 2022 recante il riparto delle risorse per sostenere il nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria, in particolare per la spesa di personale eccedente i vincoli a legislazione vigente.<sup>13</sup>

I prossimi target della Componente 1 della Missione 6 da raggiungere entro la fine del 2023 sono tre e riguardano la stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità<sup>14</sup>, la stipula di almeno 400 obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità<sup>15</sup> e la creazione di almeno un progetto per Regione per la telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici<sup>16</sup>. Rispetto a quest'ultimo, le ultime settimane hanno segnato un ulteriore e significativo passo in avanti, con l'approvazione da parte della Conferenza-Stato-Regioni del decreto che prevede investimenti per 750 milioni di euro con fondi PNRR per i servizi sanitari in Telemedicina (Box 1).

### Box 1: Obiettivo telemedicina

Nella giornata del 21 settembre 2023, la Conferenza-Stato-Regioni ha deliberato parere favorevole al decreto che prevede investimenti per €750 milioni con fondi PNRR per i servizi sanitari in Telemedicina per i quali, si legge nella nota della Conferenza, *“le Regioni e le Province autonome hanno già adottato dei Piani Operativi che definiscono il proprio fabbisogno di servizi minimi di telemedicina e quindi il numero delle persone da assistere”*<sup>17</sup>.

Un ruolo centrale nell'organizzazione e nel monitoraggio di questo investimento è dato ad Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, che svolgerà la funzione di

<sup>11</sup> Target M6C1-00-ITA-22

<sup>12</sup> <https://www.salute.gov.it/portale/pnrssalute/archivioTargetMilestonePNRRSalute.jsp?lingua=italiano&anno=&tp=&st=&cmp=&inv=5898&btnCerca=cerca>

<sup>13</sup> Terza relazione sullo stato di attuazione del PNRR

<sup>14</sup> Target M6C1-00-ITA-8

<sup>15</sup> Target M6C1-00-ITA-36

<sup>16</sup> Target M6C1-8

<sup>17</sup> Comunicato Stampa Conferenza delle Regioni - Telemedicina: Regioni approvano la ripartizione delle risorse PNRR



cabina di regia e di raccordo con gli enti territoriali. Ad essa è stato destinato un finanziamento specifico di €50 milioni in qualità di soggetto attuatore dell'investimento e di ente di valutazione dei progetti. L'impegno maggiore sarà rivolto alla gestione e ripartizione degli oltre €432 milioni stanziati per le Regioni e le Province autonome e ripartiti tra esse in base al fabbisogno dei servizi minimi di telemedicina, vincolati all'acquisto sulla base delle gare fatte dalle Regioni capofila (Lombardia per servizi minimi di telemedicina e Puglia per postazioni di lavoro) riferite ai fabbisogni. L'obiettivo è raggiungere, e assistere con l'erogazione di questi servizi, un numero pari ad almeno 200 mila pazienti (in linea con il Target M6C1-9 della Missione 6).

Entrando, invece, nel dettaglio della Componente 2 sono 18 le milestone e tre i target raggiunti. Tra questi, si segnala la milestone relativa all'entrata in vigore del decreto legislativo che riguarda il riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), completata, come da scadenze iniziali, con un decreto approvato entro il 2022<sup>18</sup>. Con riferimento alle modalità attuative delle disposizioni del decreto, la Direzione Generale della ricerca e dell'innovazione in sanità del Ministero della salute ha avviato interlocuzioni con gli IRCCS per l'identificazione delle aree tematiche di competenza e, in seguito, sono state fornite *"indicazioni operative sulle modalità di comunicazione al fine di predisporre il Decreto del Ministro della salute, sentite le Regioni, per l'individuazione delle aree tematiche"*<sup>19</sup>.

Da segnalare anche il recente raggiungimento della milestone riguardante il completamento della procedura di iscrizione ai corsi di formazione manageriale<sup>20</sup> attinente all'Investimento 2.2 *"sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario"*, per il quale era stata rinviata la scadenza da giugno a dicembre 2023. In particolare, sul Sub-investimento 2.2.1, che mira ad incrementare le borse di studio per il corso specifico in medicina generale garantendo il completamento di 3 cicli formativi triennali, sono state assegnate 1800 nuove borse e se ne prevedono ulteriori 900 entro il secondo trimestre dell'anno prossimo, così da raggiungere le 2700 borse aggiuntive previste complessivamente dalla milestone entro il 30 giugno 2024.

Stando alle informazioni del Ministero della Salute, l'ultimo target in ordine di tempo ad essere stato raggiunto riguarda la reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale, con particolare riferimento al numero di nuovi flussi informativi nazionali adottati in tutte le 21 Regioni<sup>21</sup> al fine di completare il monitoraggio dei LEA e di potenziare la qualità dei dati clinici e amministrativi dei dati esistenti (riabilitazione territoriale e consultori familiari). Inizialmente calendarizzato per marzo 2023, è stato completato entro la nuova scadenza che era stata fissata per ottobre 2023.

<sup>18</sup> Il decreto legislativo n. 200 del 23 dicembre 2022 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.304 del 30 dicembre 2022.

<sup>19</sup> Terza relazione sullo stato di attuazione del PNRR

<sup>20</sup> Milestone M6C2-00-ITA-26

<sup>21</sup> Target M6C2-00-ITA-10

L'unico target della Componente 2 che resta da completare entro la fine dell'anno riguarda l'assegnazione di finanziamenti a progetti di ricerca nel campo delle malattie rare e dei tumori rari. Secondo la programmazione, entro fine 2023 almeno 50 progetti di ricerca devono aver ricevuto una prima tranche di finanziamento, con fondi provenienti dal più ampio Investimento 2.1 "Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN" dal valore complessivo di oltre €524 milioni<sup>22</sup>.

### 3. LE MODIFICHE AL PIANO

Il PNRR rappresenta un'occasione per finanziare una serie di riforme già percepite, dalla cittadinanza, gli operatori, e tutti gli stakeholder del settore sanità, come necessarie da numerosi anni. Nel tempo però si verifica quella che potrebbe essere definita come una perdita di capacità di visione di sistema. Per recuperare queste carenze è necessario avvalersi di analisi strutturate dei bisogni basate sulla demografia (standard e clinica), pianificazione degli obiettivi, riportando maggiore attenzione alla programmazione e al monitoraggio. Non c'è dubbio però sul fatto che sarà necessario immettere nuove risorse in sanità per garantire il rispetto dei nuovi standard territoriali e il funzionamento delle strutture previste.

*Per recuperare queste carenze è necessario avvalersi di analisi strutturate dei bisogni basate sulla demografia (standard e clinica), pianificazione degli obiettivi, riportando maggiore attenzione alla programmazione e al monitoraggio*

---

Il Governo ha ritenuto che alcuni degli obiettivi prefissati fossero di difficile realizzazione a causa di una molteplicità di fattori, dal rialzo dei prezzi delle materie prime ed energetiche, legato anche alla crisi energetica e acuita dal conflitto russo-ucraino, ai ritardi nell'affidamento dei lavori contrattualizzati, dalle criticità nelle catene di approvvigionamento delle materie prime alle carenze nella fornitura di attrezzature e nella logistica. L'aumento dei costi di costruzione avrebbe comportato, a parità di finanziamenti, un minor numero di strutture realizzabili, per cui secondo il Governo sarebbe problematica l'attuazione di alcuni obiettivi in campo sanitario non solo per le strutture sanitarie (Casa della Comunità, Ospedali della Comunità, Ospedali sicuri e sostenibili), ma anche per i progetti di transizione digitale (quali telemedicina, sostituzione delle grandi apparecchiature, ecc.), richiedendo anche questi lavori edili per la preparazione dei locali. Alcune criticità sono riscontrate anche a livello di governance nei processi di scelta e prioritizzazione per l'utilizzo di fondi ordinari, i quali possono configurarsi su diversi piani che vanno dalla carenza di personale tecnico alle Asl alla mancanza di una programmazione pluriennale in base al fabbisogno regionale, fino ad arrivare alla molteplicità dei sistemi informativi e all'elevato livello di contenzioso delle procedure di gara.

---

<sup>22</sup> Target M6C2-2-ITA-1

*L'aumento dei costi di costruzione avrebbe comportato, a parità di finanziamenti, un minor numero di strutture realizzabili, per cui secondo il Governo sarebbe problematica l'attuazione di alcuni obiettivi in campo sanitario*

---

Come fatto anche da gran parte degli altri Stati Membri, il Governo italiano ha pertanto avviato una revisione sulla base dei margini di flessibilità consentiti dal quadro regolamentare europeo disciplinante il Dispositivo per la ripresa e resilienza che contempla quattro ipotesi in cui è possibile proporre interventi di modifica dei rispettivi piani nazionali. In primo luogo, l'UE consente agli Stati membri di richiedere modifiche se uno o più traguardi non possono più essere realizzati a causa di *"circostanze oggettive con impatto diretto ed imprevisto sulla capacità concreta di realizzazione di alcune linee di investimento"*<sup>23</sup>, mentre le altre possibili motivazioni riguardano possibili adeguamenti dei contributi finanziari massimi pubblicati il 30 giugno 2022, la possibilità di avvalersi di prestiti supplementari entro il 31 agosto 2023, e, infine, le integrazioni al PNRR dovute all'inserimento delle misure REPower EU<sup>24</sup> sulla sicurezza energetica e l'approvvigionamento energetico dell'Unione. In linea con queste considerazioni, e tendo conto dei numerosi cambiamenti avvenuti nelle diverse istituzioni coinvolte, negli ultimi mesi sono state previste alcune revisioni al Piano tanto per quel che riguarda le rate III e IV, quanto per l'assetto generale con orizzonte fissato al 2026.

Da un punto di vista di governance del Piano, la necessità di maggiore coordinamento è stata affrontata dal Governo Meloni, entrato in carica nell'autunno 2022, accentrando tutte le deleghe ad esso legate in un unico Ministero, ovvero il Ministro per gli Affari europei, il Sud, le Politiche di Coesione e il PNRR. Si è così stabilita una nuova governance, nonché una cabina di regia che svolga il ruolo di unico punto di contatto e di trasmissione con l'Unione Europea, responsabile dell'attuazione e delle negoziazioni per le modifiche al Piano. Per garantire lo stanziamento della IV Rata, invece, per le modifiche previste a 10 dei 27 obiettivi totali sono ora in atto la fase di *assessment* da parte dell'UE con controlli a campione. Gran parte delle modifiche riguarda l'adeguamento alle già citate *"circostanze oggettive"* le quali, come previsto dagli *Operational Arrangements* (OA) siglati con la Commissione Europea, fanno riferimento a mutamenti nei costi (con adeguamento dei quadri economici e dei prezzari) o nel reperimento dei fondi aggiuntivi necessari per gli investimenti di accompagnamento al Piano. Inoltre, sono state previste modifiche per far fronte all'eccessiva frammentazione degli interventi dovuta all'elevato numero di soggetti attuatori e ai diversi livelli della PA e delle amministrazioni locali coinvolti. Infine, il Governo è intervenuto anche sui cosiddetti *interventi in essere* (da valore complessivo di €67 miliardi, ovvero l'insieme di investimenti pensati e ideati prima dell'avvio del PNRR ma inseriti in esso nella fase iniziale della scrittura del Piano, i quali non sempre presentavano criteri di compliance in linea con quelli previsti dal PNRR – soprattutto in materia di impatto ambientale e di transizione digitale.

---

<sup>23</sup> Art. 21 del Regolamento 241/2021. Rientrano tra questi fattori oggettivi tutti quegli elementi che impediscono la realizzazione di una data misura con il livello stimato di costi o di efficienza.

<sup>24</sup> Il Regolamento n. 435/2023 di modifica del precedente Regolamento 241/2021, ha consentito l'integrazione dei piani nazionali con questo nuovo capitolo di investimenti e riforme, avviati a partire dal 1° febbraio 2022.

Entrando nello specifico della Missione 6, le principali modifiche contenute nella proposta di revisione, sono sintetizzate di seguito.

L'intervento di maggior importanza per la prima Componente è senza dubbio la diminuzione di 312 unità del numero di Case della Comunità da costruire (passando così da 1.350 a 1.038) e di 93 unità quello di Ospedali di Comunità (Investimento 1.1 e 1.3). Inoltre, viene rimodulato il target riguardante la costruzione delle Centrali operative territoriali (che passa da 600 a 480), dell'Investimento 1.2.

*L'intervento di maggior importanza per la prima Componente è la diminuzione di 312 unità del numero di Case della Comunità da costruire (passando così da 1.350 a 1.038) e di 93 unità quello di Ospedali di Comunità*

---

Per quanto riguarda la seconda Componente, le maggiori rimodulazioni attengono alla diminuzione di eventi antisismici da 109 a 84 interventi (Investimento 1.2), dovuti, secondo il documento, alla realizzazione di 22 interventi ritenuti particolarmente complessi oltre che all'incremento dei costi (stimato al +30%). Infine, il nuovo sistema FSE (Investimento 1.3) entrerà in funzione raccogliendo solamente documenti nativi digitali, escludendo dal perimetro la migrazione ad hoc di documenti cartacei (come era stato inizialmente previsto).

Al netto di ciò, il Governo ha ribadito in più sedi che le misure escluse dal Piano nel corso della recente rimodulazione non verranno eliminate in modo definitivo dagli investimenti che, a prescindere dai fondi comunitari, l'Italia intende attuare nei prossimi anni, ma che piuttosto sono state rimosse dalla rendicontazione del PNRR per rientrare nei vincoli europei in termini di costi e tempi di attuazione. Per la realizzazione di essi - in particolare per quei progetti già accordati con le amministrazioni locali - è pertanto previsto il reperimento di fondi aggiuntivi in modo da realizzare tutte le strutture inizialmente previste nel PNRR.

Nonostante la revisione attualmente in corso, è imperativo iniziare a riflettere su come il Servizio sanitario nazionale riuscirà a rendere strutturalmente sostenibili degli investimenti tanto ambiziosi. In quest'ottica, grande attenzione va destinata anche agli investimenti nazionali in materia che possono svolgere un ruolo centrale nell'accompagnare anche le riforme previste dalla programmazione europea. La manovra di bilancio 2024-2026 (attualmente in discussione al Parlamento) prevederà, ad esempio, un innalzamento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard a €134,1 miliardi nel 2024 (in crescita di 3 miliardi rispetto agli aumenti previsti dalla precedente legge di bilancio), a €135,39 miliardi nel 2025 (con un aumento di €4 miliardi rispetto a quelli già previsti) e a quasi €136 miliardi nel 2026 (in aumento di €4,2 miliardi).

Tra le misure più significative della bozza troviamo un incremento di €2,4 miliardi delle risorse a valere sul Fondo Sanitario nazionale destinate per il rinnovo dei contratti 2022-2024 del personale del comparto della rispettiva area del Servizio sanitario nazionale, ma anche l'incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive per il personale medico e infermieristico operante nelle

Aziende e negli Enti SSN. Sono previsti poi ulteriori fondi per il rifinanziamento dei piani operativi per l'abbattimento delle liste d'attesa.

Inoltre, in tema di spesa farmaceutica, potrebbero essere in arrivo novità importanti. Soprattutto riguardo la dispensazione dei farmaci ospedalieri in farmacie presenti sul territorio convenzionate con il SSN. Infine, alla manovra di bilancio sono stati, tra l'altro, inseriti due disegni di legge contenuti nella NADEF: il disegno di legge per la Riorganizzazione e il potenziamento dell'assistenza territoriale nel SSN e dell'assistenza ospedaliera e la Delega in materia di riordino delle professioni sanitarie e degli eventi vigilati dal Ministero della Salute.

## 4. CONCLUSIONI E SPUNTI DI POLICY

Gli investimenti finanziati dall'UE nell'ambito del PNRR rappresentano senza dubbio un'opportunità senza precedenti per il rilancio della sanità in Italia. Il raggiungimento degli obiettivi prefissati rappresenta un obiettivo centrale per l'azione di governo del nostro paese per il prossimo triennio (2024-2026) e con esso la piena messa a sistema di tutte le risorse che saranno necessarie per il funzionamento del rinnovato ecosistema salute anche dopo il 2026.

I mesi conclusivi del 2023 e, soprattutto, i primi mesi del 2024 risultano di centralità assoluta tanto da un punto di vista di impiego delle risorse quanto nella realizzazione effettiva dei progetti previsti e in un superamento efficace delle numerose frammentazioni di governance presenti tra i vari livelli della pubblica amministrazione. Ritardi, mancato raggiungimento di obiettivi, e procrastinazione nell'attuazione rischiano infatti di essere derimentali non solo per l'assegnazione di stanziamenti successivi, ma anche per l'effettivo rilancio del SSN tanto necessario quanto atteso da cittadini, operatori e aziende del settore.

Questo discorso va esteso anche all'emanazione dei Decreti Attuativi legati al PNRR, atti di secondo livello fondamentali per la realizzazione e l'effettiva attuazione del piano in particolare per quel che riguarda le modalità applicative delle leggi. Dei 221 decreti attuativi legati a vario titolo alla realizzazione del PNRR, ben 54 non risultano ancora pubblicati.

*Ritardi, mancato raggiungimento di obiettivi, e procrastinazione nell'attuazione rischiano infatti di essere derimentali non solo per l'assegnazione di stanziamenti successivi, ma anche per l'effettivo rilancio del SSN tanto necessario quanto atteso da cittadini, operatori e aziende del settore*

---

Tuttavia, è centrale inquadrare questi programmi di investimento in un'ottica più ampia, sia in termini di ripensamento complessivo del sistema salute in Italia, che in termini temporali.

L'ingente quantità di finanziamenti, un unicum nella storia dell'Unione Europea, unito alle lezioni economiche e sanitarie del Covid-19, impongono infatti una visione più ambiziosa che guardi ben oltre la *deadline* del 2026 e ai singoli investimenti, dando vita ad un modello nuovo per l'intero funzionamento della sanità italiana. È, ad esempio, imprescindibile superare l'attuale organizzazione ospedalocentrica a favore di un sistema diffuso, che dia centralità a prossimità e accessibilità, che integri servizi e prestazioni con nuove infrastrutture fisiche e digitali e con attrezzature ad esse adatte. Indubbiamente, la creazione di strutture come le Case di Comunità e le COT offriranno la possibilità di progredire notevolmente in questa direzione, sebbene rimanga ancora da definire tanto il ruolo delle farmacie, di cui va colto il valore aggiunto in termini di capillarità e funzione sociale già ampiamente riconosciuta dalla popolazione, quanto la reale differenziazione e definizione di ruoli e responsabilità di tali presidi e del personale sanitario che dovrà popolarli. Parallelamente, insieme alle nuove strutture territoriali, si ritiene necessario aggiornare il parco tecnologico, ormai in gran parte vetusto<sup>25</sup> o insufficiente, promuovendo l'integrazione dell'esistente, più che la sostituzione senza mezze misure, con tecnologie, macchinari e strumentazioni di ultima generazione in grado di garantire interoperabilità e omogeneità tra i vari sistemi sanitari regionali.

*È necessaria una visione più ambiziosa, che guardi ben oltre la deadline del 2026 e ai singoli investimenti, dando vita ad un modello nuovo per l'intero funzionamento della sanità italiana. È, ad esempio, imprescindibile superare l'attuale organizzazione ospedalocentrica a favore di un sistema diffuso, che dia centralità a prossimità e accessibilità, che integri servizi e prestazioni con nuove infrastrutture fisiche e digitali e con attrezzature ad esse adatte*

---

Un ruolo centrale in un nuovo modello di gestione della sanità è inoltre dato all'ingente quantità di dati sanitari che deve essere messa a sistema, resa interoperabile e integrata con i servizi di prossimità, così come era già stato fatto con la campagna di vaccinazione per il Covid-19. Per quest'ultima, infatti, l'Italia fu largamente riconosciuta come un'eccellenza non solo in termini di capillarità della diffusione del vaccino, ma anche per il sistema di raccolta dati che, anche grazie all'uso di siti ad essa dedicata e a *dashboard*<sup>26</sup> e infografiche che ne rendessero più immediata e *user-friendly* la comunicazione. Così facendo, oltre alla raccolta di informazioni in tempo reale e alla trasmissione di queste dai livelli più locali della sanità pubblica fino ai livelli apicali del sistema che gestiva la campagna vaccinale – elementi senza i quali non sarebbe stato possibile erigere un sistema di governance ed erogazione di vaccini per l'intera popolazione - è stato possibile garantire anche piena trasparenza e rendicontabilità alla cittadinanza, rafforzando la fiducia reciproca tra popolazione, istituzioni e comunità scientifica nella battaglia comune contro il virus. Si ritiene che modelli di questo tipo vadano riattivati e ripresi, allargandone l'uso non solo alle

---

<sup>25</sup> Secondo Agenas, 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.

<sup>26</sup> <https://www.governo.it/it/cscovid19/report-vaccini/>

altre campagne vaccinali, ma anche al monitoraggio di altre prestazioni e ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). In questa direzione è anche la recente iniziativa congiunta del ECDC<sup>27</sup> e del WHO che ha visto il lancio dello *European Respiratory Virus Surveillance Summary* (ERVISS)<sup>28</sup>, un nuovo dashboard interattivo per il monitoraggio di dati relativi all'influenza, al virus respiratorio sinciziale (RSV) e al coronavirus della sindrome respiratoria acuta grave 2 (SARS-CoV-2), presentando ove possibile anche riepiloghi epidemiologici settimanali. Nel fornire una sintesi concisa della situazione epidemiologica e virologica delle infezioni virali respiratorie, l'ERVISS ambisce ad aiutare i decisori della sanità pubblica a prendere decisioni tempestive e ben informate per limitare l'impatto sui sistemi sanitari e sulla popolazione in generale. Questa piattaforma è ancora in corso di perfezionamento, tanto che alcuni paesi – tra cui l'Italia – ancora non hanno trasmesso dati, ma rappresenta un ambizioso passo verso un sistema sempre più interoperabile ed efficiente anche su scala europea.

Infine, è imprescindibile un ripensamento del settore sanitario anche in termini occupazionali, in particolare a seguito dei numerosi anni caratterizzati da turnover bloccati, risorse estremamente limitate e assunzioni bloccate da vincoli dovuti a sanamenti di bilanci regionali risalenti a diversi decenni fa. Tra gli investimenti del PNRR sono tuttavia assenti fondi specificatamente destinati ad assunzioni e nuovo personale, con i riferimenti alle risorse umane che nel Piano si limitano ai target relativi ai corsi di aggiornamento e alfabetismo digitale per alcune categorie di professionisti del settore medico. Sebbene queste siano indiscutibilmente misure fondamentali, andrebbero tuttavia accompagnate con nuove assunzioni e un ampliamento delle professionalità del settore a tecnici e ingegneri in modo da favorire e facilitare l'integrazione del SSN con tecnologie di ultima generazione dai macchinari ad alta precisione all'uso dei big data, dalle piattaforme sanitarie digitali alle possibili applicazioni dell'IA in campo medico.

Tali misure si dovrebbero inoltre inserire in un più complessivo e necessario rilancio delle professioni mediche, le quali da diversi anni sono invece diventate poco attraenti e dall'insufficiente riconoscimento sociale. In un contesto di mancati turnover, salari stagnanti e pressioni crescenti, i lavoratori del settore medico sanitario sono difatti sempre meno, un quadro a cui si aggiunge il recente dato allarmante sulle mancate assegnazioni delle borse di studio per gli specializzandi di medicina. Oltre a peggiorare gravare ulteriormente sulle condizioni lavorative dei professionisti in servizio, tale scenario alimenta un circolo vizioso di allontanamento dalla professione e rischia di causare non pochi disagi ai pazienti al SSN nel suo insieme, in particolare in alcuni reparti.

---

<sup>27</sup> Lo European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), l'Agenzia dell'UE per la prevenzione e il controllo delle malattie.

<sup>28</sup> <https://erviss.org/>

## SPUNTI DI POLICY

- È **imprescindibile riuscire a completare i target programmati per il 2023**, in modo da non posticipare l'effettivo impiego dei fondi comunitari. Queste misure, infatti, riguardano direttamente alcuni dei pilastri della Missione 6, come Case di Comunità, COT e telemedicina, e un mancato raggiungimento rischierebbe di causare anche ulteriori rallentamenti per la realizzazione di goal successivi, nonché di alimentare un senso di sfiducia nella popolazione per quel che riguarda la percezione di concretezza del Piano.
- Tanto la capillarità quanto il riconosciuto ruolo sociale e di presidio territoriale delle **farmacie**, rappresentano una ricchezza per il tessuto sociale italiano. In questo senso, si ritiene che una maggiore considerazione di esse nel ripensamento del modello sanitario possa aiutare a rafforzarne gli aspetti legati alla prossimità e ad alleggerire il carico di lavoro sui MMG e sulle strutture ospedaliere.
- In materia di **digitalizzazione** dei processi sanitari, sarebbe di considerevole importanza riattivare le piattaforme e i modelli di raccolta e governance dei dati già adottati per la campagna di vaccinazione Covid-19, estendendone l'utilizzo anche ad altre campagne vaccinali e al monitoraggio dell'erogazione di servizi essenziali e di altre prestazioni, sul modello del nuovo dashboard europeo ERVISS.
- Per favorire la trasparenza e per rafforzare la percezione di concretezza dei programmi del PNRR è auspicabile la creazione da parte del Governo di **una dashboard sull'andamento degli investimenti** che sia intuitiva, user-friendly e accessibile a tutta la cittadinanza.