



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED AZIENDALI
"M. FANNO"**

CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA

PROVA FINALE

**"IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA ITALIANO E
LA SANITÀ TERRITORIALE: VERSO UNA RIFORMA DEL
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE?"**

RELATORE:

CH.MO PROF. VINCENZO REBBA

LAUREANDO: ANDREA BEZZE

MATRICOLA N. 2001029

ANNO ACCADEMICO 2022 – 2023

Dichiaro di aver preso visione del “Regolamento antiplagio” approvato dal Consiglio del Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali e, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci, dichiaro che il presente lavoro non è già stato sottoposto, in tutto o in parte, per il conseguimento di un titolo accademico in altre Università italiane o straniere. Dichiaro inoltre che tutte le fonti utilizzate per la realizzazione del presente lavoro, inclusi i materiali digitali, sono state correttamente citate nel corpo del testo e nella sezione ‘Riferimenti bibliografici’.

I hereby declare that I have read and understood the “Anti-plagiarism rules and regulations” approved by the Council of the Department of Economics and Management and I am aware of the consequences of making false statements. I declare that this piece of work has not been previously submitted – either fully or partially – for fulfilling the requirements of an academic degree, whether in Italy or abroad. Furthermore, I declare that the references used for this work – including the digital materials – have been appropriately cited and acknowledged in the text and in the section ‘References’.

Firma (signature)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Andrea Bram'.

INDICE

INTRODUZIONE	6
II PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA ITALIANO	7
1.1 Uno strumento per la ripresa dell’Europa: Il Next Generation EU	7
1.2 “Italia Domani”, il PNRR italiano	9
1.2.1 Obiettivi e struttura.....	9
1.2.2 Le missioni	10
1.2.3 Gli interventi: Milestones and targets	13
LA MISSIONE 6 – SALUTE	15
2.1 La pandemia di Covid-19, Caporetto di criticità pregresse	15
2.2 Come cambia il Servizio Sanitario Nazionale	16
2.3 La missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	17
2.3.1 Dotazione Finanziaria	18
2.3.2 Attuazione e componenti.....	18
2.4 M6C1 – “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”	19
2.5 M6C2 – “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”	22
2.6 Trasversalità delle componenti	26
2.7 La revisione del Piano Nazionale, implicazioni per la Missione 6	27
UN NUOVO MODELLO DI ASSISTENZA TERRITORIALE: LE CASE DELLA COMUNITÀ	28
3.1 Primary Health Care e il contesto italiano	28
3.2 L’organizzazione della sanità territoriale: ruolo del Distretto sociosanitario	29
3.3 Assistenza territoriale, le “Nuove” Case della Comunità	31
3.3.1 La revisione del Piano Nazionale, implicazioni per le Case della Comunità	36
CONCLUSIONE	38
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	41
RINGRAZIAMENTI	45

INTRODUZIONE

Spesso si dice che ci si rende conto dell'importanza di una cosa quando la si perde, e forse quest'aforisma trova la sua applicazione anche in un bene fondamentale come la salute. È stato proprio grazie ad una pandemia, infatti, che i riflettori del mondo intero si sono puntati su un aspetto magari in parte messo in secondo piano precedentemente.

Ebbene, è proprio l'articolo 32 della Costituzione che ne determina l'importanza, definendo la salute come “fondamentale diritto dell'individuo e interesse della comunità”. A tal proposito quindi, la sua salvaguardia e promozione (in ogni forma) devono costituire una priorità universale.

Le ferite lasciate dalla pandemia di Covid-19 hanno necessariamente spinto il mondo intero ad attuare misure e provvedimenti per risanare i Servizi Sanitari Nazionali usciti malconci da un biennio di completo affanno. A tal proposito, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Italiano (PNRR) emerge come uno strumento di cruciale importanza per l'evoluzione e il miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) del Paese.

Il PNRR, concepito come strategia chiave per il rilancio dell'Italia, ottiene ulteriore rilevanza in quanto strumento di riforma anche nell'ambito della sanità. Attraverso una serie di investimenti mirati e interventi strutturali, il PNRR mira a rafforzare e modernizzare il SSN, garantendo un accesso ai servizi sanitari più ampio ed efficiente.

In questo elaborato si tratterà il PNRR nella sua definizione a livello Europeo e applicazione nel Paese Italia, gli interventi e le misure della Missione 6 inerenti al “comparto salute” ed infine un focus particolare sull'assistenza territoriale e la sua riforma attraverso misure come quella delle Case della Comunità.

CAPITOLO 1

II PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA ITALIANO

1.1 Uno strumento per la ripresa dell'Europa: Il Next Generation EU

In seguito all'emergenza sanitaria pandemica di Covid-19 e la relativa crisi che ha colpito l'economia mondiale, l'UE ha istituito nel Luglio 2020 il piano **Next Generation EU**¹ (*NGEU*). Obiettivo dello strumento è quello di sostenere gli Stati membri nel riparare ai danni economici e sociali causati dalla pandemia di Coronavirus, costruendo economie resilienti e sostenibili attraverso investimenti volti alla transizione green e digitale. Il piano prevede l'istituzione di fondi, il cui valore totale ammonta a più di 750 miliardi di Euro, che vengono distribuiti agli Stati membri attraverso prestiti e sovvenzioni a fondo perduto a sostegno delle riforme e degli investimenti.

Il piano NGEU supporta una programmazione temporanea che ricopre gli anni 2021-2026 ed è formato da una serie di strumenti finanziari a supporto degli investimenti, con dotazioni differenti. I due principali sono:

- Il fondo REACT-EU, un programma di breve periodo (2021-2022) a supporto dell'immediato rilancio delle economie. Dotazione: 50 miliardi di Euro.
- Il dispositivo *Recovery and Resilience Facility* (RRF) che segue l'intera programmazione NGEU, strutturando cambiamenti duraturi e volti soprattutto alla transizione green e digitale. Dotazione: 672,5 miliardi di Euro tra fondo perduto e prestiti.

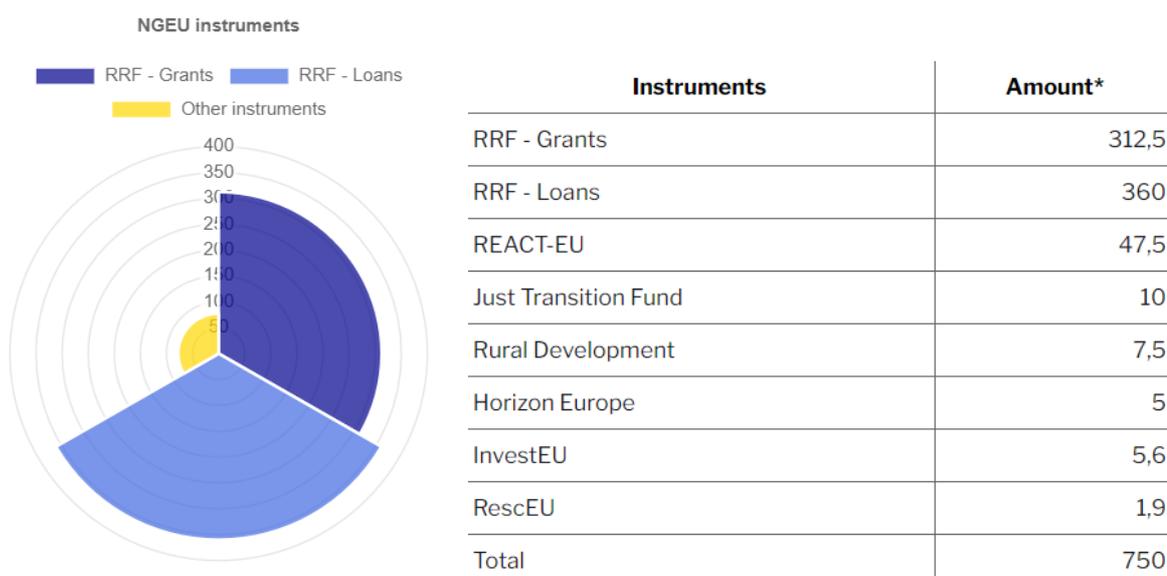


Figura 1 – Piano NextGen EU: strumenti e dotazioni [Dati in miliardi di Euro]

¹ NextGeneration EU: in Italia noto con nomi informali come Recovery Fund o Fondo Europeo per la ripresa

Il meccanismo RRF è dunque il principale strumento del piano, è entrato in vigore il 19 Febbraio 2021 e finanzia gli stati membri fino al 31 Dicembre 2026 fino all'importo massimo concordato. Per beneficiare di tutti gli strumenti NGEU infatti, i governi dei paesi UE hanno presentato² Piani Nazionali di Ripresa e Resilienza chiari e dettagliati, programmandoli riforme ed investimenti, traguardi ed obiettivi. I piani presentati dovevano rispettare dei requisiti di destinazione, nello specifico:

- Almeno il 37% della dotazione ad investimenti *green*.
- Almeno il 20% della dotazione a misure per il digitale.

Lo strumento del Recovery and Resilience Facility è basato sulle prestazioni. La Commissione Europea svolge una continua attività di *audit* e monitoraggio dei traguardi raggiunti e dell'attuazione degli investimenti concordati nei piani nazionali. Per quanto riguarda l'allocazione delle risorse “*grant*” ai vari paesi è stata definita una serie di criteri basati su popolazione, disoccupazione e Pil.

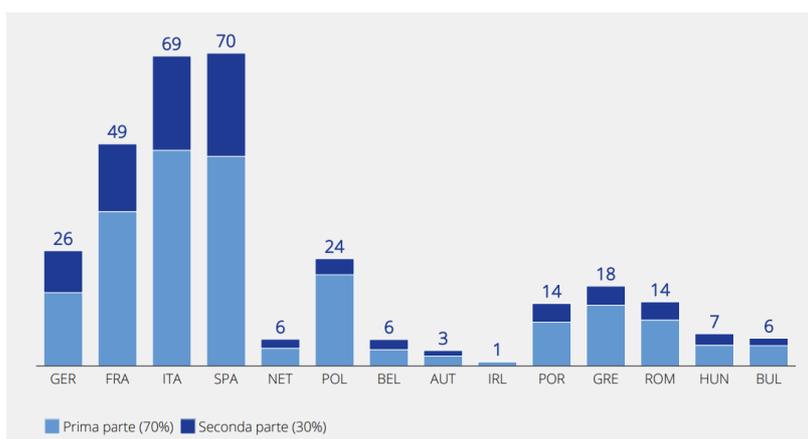


Figura 2 - Allocazione sovvenzioni del dispositivo per la Ripresa e Resilienza-RRF (miliardi di Euro)

Il finanziamento del piano NGEU da parte dell'UE avverrà tramite due fonti principali:

- Le classiche fonti di entrata del bilancio UE: quali dazi doganali, contributi dei paesi membri sull'IVA e contributi sul reddito nazionale lordo
- Accesso ai mercati finanziari: l'UE, tramite garanzie in solido dei paesi ottiene tassi più favorevoli rispetto a quelli che otterrebbero i singoli stati

I piani nazionali presentati organizzano modalità e investimenti in settori differenti, riflettendo programmazioni specifiche per ogni Stato membro. Viene tuttavia mantenuto un comune denominatore: le *flagship areas* condivise dalla Commissione Europea.

Nello specifico vengono evidenziate 7 sfide comuni che riguardano: energie pulite, efficientamento energetico, mobilità *green*, dispiegamento di banda larga, digitalizzazione della

² entro la data limite del 30 Aprile 2021

PA, *green cloud computing* e formazione delle *skills* digitali.



Figura 3 - Flagship areas condivise dalla Commissione Europea

1.2 “Italia Domani”, il PNRR italiano

Il governo Conte II ha contrassegnato la prima proposta del piano e, dopo un lungo esame parlamentare, il governo Draghi ha presentato il 25 Aprile 2021 alla Commissione Europea il proprio Piano Nazionale dal titolo “Italia Domani”, ricevendo in data 13 Luglio 2021 l’approvazione definitiva.

La prima erogazione è stata ricevuta il 13 Agosto 2021 per un importo di Euro 25 miliardi.

Il piano prevede 358 tra misure e sub misure, di cui 66 riforme normative e 292 investimenti economici. Tali misure devono essere portate a termine secondo un cronoprogramma³ trimestrale. Il controllo della commissione avviene ogni due trimestri e, in caso di esito positivo, garantisce l’invio al paese di nuovi fondi.

1.2.1 Obiettivi e struttura

Il PNRR Italiano prevede misure e investimenti per un totale di 222,1 miliardi di Euro, finanziati attraverso il dispositivo RRF del quadro NGEU per Euro 191,5 miliardi ed un fondo complementare con risorse nazionali di Euro 30,6 miliardi. I fondi Europei vengono divisi ulteriormente in 68,9 miliardi in “grant” e 122,6 miliardi in prestiti.

Il piano “Italia Domani” sposa a pieno i principi delineati dalla Commissione Europea, sviluppandosi intorno a 3 assi strategici ai quali viene assegnata una dotazione economica ben definita. Nello specifico:

- Digitalizzazione e innovazione dei processi
- Transizione ecologica (sulla spinta di Agenda 2030 dell’ONU)
- Coesione sociale (riduzione delle disuguaglianze di genere e territoriali, fondi destinati al Mezzogiorno⁴)

³ una rigida tabella di marcia

⁴ con regioni del Mezzogiorno si intendono: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia



Figura 4 - Destinazione delle risorse RRF agli assi strategici (percentuale sul totale Recovery Resilience Facility)

Questi obiettivi vengono definiti orizzontalmente. La programmazione degli investimenti è basata infatti su 6 Missioni che riguardano settori specifici, ai quali è destinata un’allocazione finanziaria e un programma di investimenti. I tre obiettivi invece vengono posti ad un livello superiore e sono evidenziati come condizioni universali dell’intero programma di Ripresa e Resilienza.

Oltre agli obiettivi chiave, il Piano ha il compito di risollevare alcuni aspetti del paese che presentano criticità: investire nelle nuove generazioni per garantire l’accesso ai servizi di assistenza dell’infanzia, migliorare il sistema scolastico, invertire il declino di natalità del Paese, ridurre la disoccupazione, attraverso la creazione di posti di lavoro stabili e di qualità, migliorare l’istruzione e formazione professionale e la collaborazione tra PA e settore privato.

1.2.2 Le missioni

Come accennato nel paragrafo precedente, l’intero Piano di Ripresa e Resilienza Italiano si basa strutturalmente su 6 Missioni che rappresentano le principali sfide del paese. Le Missioni scelte rispettano i principi e gli obiettivi del fondo NGEU e vanno a selezionare delle aree particolarmente critiche e/o strategiche.

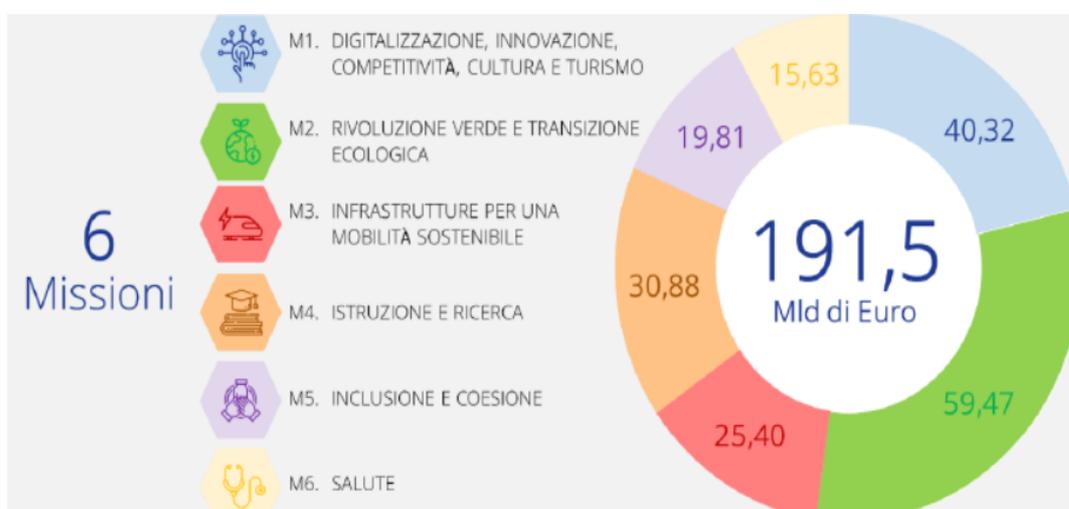


Figura 5 - Allocazione delle risorse RRF alle missioni

Ogni Missione trova applicazione attraverso componenti precise dotate di specifica allocazione di risorse.

Missione 1: Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo

- Con una dotazione di circa 40 miliardi di Euro, la missione 1 sostiene la digitalizzazione e il rilancio della competitività del paese. Le sue componenti sono 3 e riguardano:
 - Una riforma della pubblica amministrazione (innovazione dettata da un processo *digital*)
 - Un processo di innovazione del settore produttivo, con investimenti pratici rivolti ad una transizione 4.0, come la copertura di tutto il territorio nazionale di reti a banda ultra-larga⁵
 - Cultura e Turismo, rilanciati come “brand” strutturale del paese

Missione 2: Rivoluzione verde e transizione ecologica

- Con quasi 60 miliardi di Euro a disposizione, la missione 2 ha una dotazione finanziaria maggiore rispetto a tutte le altre. Evidenziato da eventi naturali e dati scientifici, il cambiamento climatico è il vero tema dei giorni nostri. La missione 2 del PNRR attua una serie di riforme e interventi volti a favorire la transizione ecologica attraverso un programma di 4 componenti:
 - Miglioramento della gestione dei rifiuti attraverso sviluppo di economie circolari e potenziamento dell'agricoltura sostenibile.
 - Decarbonizzazione, incremento della penetrazione delle energie circolari nei settori produttivi e nella mobilità sostenibile
 - Efficientamento energetico degli edifici e mitigazione del rischio idrogeologico.
 - Azioni per la resilienza ai cambiamenti climatici, protezione della biodiversità ed efficientamento del sistema idrico

Missione 3: Infrastrutture per una mobilità sostenibile

- I 25 miliardi di Euro stanziati per la Missione 3, si propongono di ammodernare il sistema infrastrutturale, rendendolo più sostenibile, digitale e *green* entro il 2026. Le due componenti riguardano:
 - Investimenti sulla linea ferroviaria, migliorando velocità e capacità

⁵ Fibra FTTH, FWA e 5G, strumenti per realizzazione dell'obiettivo “Gigabit Society”

- Intermodalità e logistica integrata, ammodernando e digitalizzando la logistica nazionale (Sicurezza stradale 4.0⁶ e sviluppo del sistema portuale)

Missione 4: Istruzione e ricerca

- Alla quarta missione sono allocati circa 30 miliardi di Euro, impiegati al rafforzamento dell'economia attraverso gli strumenti di conoscenza, formazione e ricerca. Comparando alcuni *benchmark* europei il paese ne risulta al di sotto, evidenziando criticità e ampi margini di azione. Nello specifico, le componenti di questa missione si rivolgono verso:
 - Il potenziamento d'offerta di servizi di istruzione, dagli asili nido alle università, attraverso investimenti strutturali e formativi per gli operatori
 - Incremento degli investimenti R&S e della collaborazione tra ricerca pubblica e imprenditorialità

Missione 5: Inclusione e coesione

- I quasi 20 miliardi destinati alla Missione 5 mirano ad obiettivi specifici plasmando tuttavia principi trasversali del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. La missione è strutturata in 3 componenti che attraverso investimenti e riforme hanno i seguenti obiettivi:
 - Potenziare le politiche per il lavoro, i centri per l'impiego, favorire l'*empowerment femminile* e il *knowledge management*.⁷
 - Sviluppare la rete di social housing e senior housing, favorendo lo sviluppo di comunità e rafforzando il terzo settore.
 - Interventi speciali per la coesione territoriale, quali investimenti nel Mezzogiorno con la valorizzazione dei beni confiscati alle mafie.

Missione 6: Salute

- Nonostante una dotazione di “appena” 15 miliardi di Euro la missione ricopre un ruolo fondamentale nell'intero di “Italia Domani”. La pandemia di Covid-19 ha infatti evidenziato il valore universale del bene pubblico della salute, e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari. In seguito alle criticità affiorate durante la pandemia è stata creata la Missione 6, formata da due componenti chiave:
 - Il rafforzamento delle prestazioni erogate nel territorio grazie al

⁶ sicurezza di viadotti e ponti utilizzando soluzioni fornite dall'innovazione tecnologica nell'ottica del cambiamento climatico

⁷ la gestione delle conoscenze e delle competenze, aumentare il *matching* tra il sistema “istruzione” ed il mercato del lavoro

potenziamento delle strutture e presidi territoriali (Case e Ospedali della Comunità), il supporto all'assistenza domiciliare con lo sviluppo della telemedicina

- Rinnovamento e ammodernamento delle strutture, digitalizzazione (diffusione del FSE⁸), efficientamento dei sistemi informativi e potenziamento delle competenze e della formazione del capitale umano.

1.2.3 Gli interventi: Milestones and targets

Il Recovery and Resilience Facility (RRF), rappresenta lo strumento finanziario primario dell'iniziativa dell'Unione Europea denominata Next Generation EU. Questo fondo introduce nuove strategie innovative per regolare gli aspetti finanziari tra l'Unione Europea e gli Stati membri. L'elemento distintivo di questa iniziativa risiede nell'approccio adottato verso i PNRR, i quali sono trattati come veri e propri accordi di rendimento, stabilendo una connessione continua tra i vari Paesi membri e la Commissione Europea.

I PNRR sono strutturati in Milestone e Target, che permettono un dettagliato e minuzioso quadro di avanzamento e dei risultati per quanto riguarda le riforme e gli investimenti in programma.



Le milestone definiscono fasi di natura amministrativa e procedurale: definiscono traguardi qualitativi da raggiungere e individuano fasi chiave di attuazione delle misure. Ne sono esempi: l'istituzione di fondi, le legislazioni adottate, il livello di operatività dei sistemi informativi...



I target rappresentano i risultati raggiunti o attesi dagli interventi in programma, vengono definiti con indicatori misurabili quantitativamente. Gli indicatori specifici possono essere ad esempio: km di ferrovie costruite, metri quadri di superficie per un determinato intervento o numero di studenti che hanno svolto una certa formazione...

Milestone e Target sono stati programmati adeguatamente e accuratamente, i loro contenuti e tempistiche sono stati oggetto di discussione preliminare alla presentazione del piano alla Commissione Europea, rappresentando una parte integrante della valutazione. Il raggiungimento, secondo i tempi previsti, di M&T è infatti fondamentale per ottenere le erogazioni dei fondi da parte dell'Europa. Salvo per la fase iniziale in cui vengono fornite risorse in anticipo per avviare i piani nazionali, i fondi successivi del RRF vengono distribuiti

⁸ Fascicolo Sanitario Elettronico

in funzione del conseguimento di M&T monitorati e concordati in precedenza, seguendo il cronoprogramma prestabilito.. Come previsto con gli *Operational Agreements* firmati nel Dicembre 2021, sono concordati a livello tecnico i meccanismi di controllo periodico relativi al raggiungimento di tutte le M&T necessari al ottenimento delle rate di erogazione semestrali delle risorse PNRR a favore dell'Italia. A tal proposito, oltre a quelli di rilevanza europea, il Governo Italiano ha fissato ulteriori M&T necessari ad assicurare maggior presidio in modo da favorire rapidamente l'individuazione di criticità e ritardi che potrebbero compromettere i traguardi europei.

Complessivamente, alle misure del PNRR sono assoggettati circa 1000 tra M&T di cui 527 di rilevanza europea, condizioni di esistenza necessari per l'ottenimento delle erogazioni dall'UE, come legiferato nella Decisione del Consiglio Europeo del 13 Luglio 2021. Generalmente, ogni M&T si riferisce ai risultati e all'avanzamento di una misura del PNRR, tuttavia vi sono in casi in cui più misure contribuiscono a raggiungere gli stessi M&T trattandosi di investimenti e riforme correlate tra loro.



Figura 6 – Milestone e Target, divisione di attuazione temporale

CAPITOLO 2

LA MISSIONE 6 – SALUTE

2.1 La pandemia di Covid-19, Caporetto di criticità pregresse

La pandemia da Covid-19 ha messo a fuoco in tutto il mondo l'importanza del bene "Salute", un bene pubblico fondamentale con rilevanza non soltanto sociale quanto macroeconomica nell'attività dei Servizi Sanitari pubblici. Durante la crisi pandemica si sono evidenziate alcune criticità strutturali presenti nel Servizio Sanitario Italiano, le quali necessitano di attenzioni ed interventi al fine di migliorare l'efficienza e la resilienza ad eventi come quello della pandemia. Complessivamente, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) dimostra risultati sanitari adeguati (come una notevole speranza di vita alla nascita) nonostante la spesa per la sanità pubblica in rapporto al PIL sia inferiore rispetto alla media dell'Unione Europea.

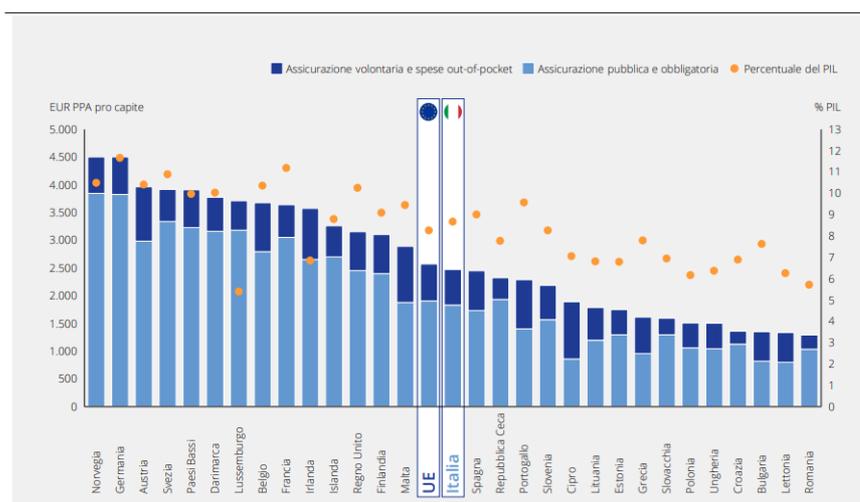


Figura 7 – Spesa sanitaria degli stati membri dell'Unione Europea (dati 2019)

Innanzitutto, va ricordato che il Servizio Sanitario Nazionale ha fonti di finanziamento di triplice natura:

- Le entrate proprie delle aziende che fanno parte del SSN, ad esempio il ticket;
- La fiscalità generale delle Regioni, nello specifico tramite quote di IRAP e IRPEF;
- Il bilancio dello Stato, che finanzia il SSN con risorse ulteriori: IVA, accise sul carburante e Fondo Sanitario Nazionale (FSN).

Tra le problematiche evidenziate dalla pandemia vi è sicuramente una forte disparità territoriale nell'erogazione dei servizi, soprattutto in termini di prevenzione e assistenza territoriale. Le cause sono da imputare ad una riduzione disomogenea delle risorse pubbliche destinate alla sanità ed il conseguente fenomeno della migrazione sanitaria dal Sud al Nord Italia. Si veda,

sul punto, il Rapporto Svimez 2021, 39-41: «Dai dati territoriali di fonte ISTAT risultano valori di spesa pro capite mediamente più bassi nelle regioni del Mezzogiorno in tutto il decennio pre-pandemia. La riduzione delle risorse pubbliche in sanità è stata la conseguenza di una serie di misure di contenimento della spesa in tutti i SSR, ma in presenza di vincoli finanziari più stringenti per le Regioni sottoposte a piani di rientro. Il processo di risanamento finanziario che ha interessato le regioni in disavanzo, collocate prevalentemente nel Mezzogiorno».

Inoltre, il Covid-19 ha messo a nudo la fragilità di un sistema che, dietro ad un'immagine di efficienza, cela limiti in un modello organizzativo che non considera il paziente come riferimento primario. Nel decennio che ha preceduto la pandemia infatti è stata ridimensionata la figura del medico di base, riducendo drasticamente l'integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali. *«[...] nel contempo, la sanità territoriale veniva penalizzata e ridotta al lumicino, lasciando ai pronto soccorso degli ospedali (pubblici) il compito di diventare il trait d'union fra il paziente e il sistema sanitario. È questo il peccato originale a cui si sono poi aggiunti numerosi altri errori nella gestione. La pandemia è stata la Caporetto di questo sistema, perché una gestione corretta dell'epidemia impone di utilizzare prevalentemente la sanità territoriale per tracciare i contagi e per tenere il più possibile lontano dagli ospedali i pazienti contagiosi. L'esatto contrario di quanto successo in Lombardia, dove gli ospedali, in assenza di una sanità territoriale, sono diventati i primi punti di accesso alle cure dei contagiati e dei malati e di conseguenza i primi propagatori dell'epidemia. L'incapacità di individuare le catene di contagio sul territorio ha portato fuori controllo l'epidemia e ha determinato una pressione ancora maggiore sulle strutture sanitarie»* (Marino, 2020).

A tal proposito, per risanare e rafforzare un SSN uscito malconco dalla lotta alla pandemia, è stata prevista una Missione del PNRR apposita, necessaria a ricucire le crepe più evidenti. L'obiettivo sotteso alla strategia del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è di affrontare in modo sinergico tutte le criticità, allineando i Servizi Sanitari alle esigenze di cura dei pazienti in ogni regione del Paese. Una parte significativa delle risorse inoltre, è destinata a migliorare le infrastrutture e le tecnologie, a stimolare la ricerca e l'innovazione, nonché a sviluppare le competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale coinvolto.

2.2 Come cambia il Servizio Sanitario Nazionale

Grazie all'ausilio delle risorse messe a disposizione ed organizzate dal Governo, è programmata una vera e propria evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale, una riforma data da misure e

interventi previsti fino a fine 2026 espressi in 5 ambiti strutturali:

Un nuovo modello di assistenza territoriale incentrato in un'ottica di prossimità: è programmato un potenziamento dell'assistenza domiciliare (fondamentale l'ausilio della telemedicina⁹), la realizzazione di nuove strutture e presidi sul territorio per ampliare i servizi di prossimità ai cittadini. L'intero modello poggia sull'approccio *One Health*¹⁰, una prospettiva olistica che deriva dal riconoscimento dell'interconnessione inscindibile tra la salute umana, la salute animale e l'equilibrio dell'ecosistema (Pitto S. 2023).

L'innovazione della rete ospedaliera: sicurezza, resilienza alle emergenze e tecnologia a servizio di tutti i cittadini nelle diverse aree geografiche del paese. Verranno svolti interventi nelle strutture ospedaliere di consolidamento antisismico, potenziamento ed aumento dei posti di terapia intensiva, digitalizzazione dei processi clinici e ammodernamento del parco tecnologico delle strutture.

La trasformazione digitale per il SSN con aumento in termini di efficienza, efficacia ed accessibilità nella trasmissione delle informazioni grazie all'evoluzione tecnologica.

Il potenziamento della ricerca bio-medica. Riforma della *governance* e dell'organizzazione del sistema della ricerca in ambito bio-medico. L'innovazione e la ricerca sono un asset strategico nella "riforma" del SSN, pertanto sono pianificati investimenti per incrementare la capacità del sistema della ricerca nelle attività (con particolare attenzione alle patologie invalidanti e rare) e nella creazione di reti per il trasferimento della conoscenza.

La crescita del Capitale Umano: il personale sanitario. È necessario rafforzare le conoscenze e competenze degli operatori del Servizio Sanitario Nazionale, pertanto, verranno destinati fondi alla promozione dell'istruzione nel campo della medicina di base e specializzata, nonché al rafforzamento delle abilità di *management* e digitali. Inoltre, è prevista l'implementazione di un programma formativo riguardante le infezioni ospedaliere.

L'attuazione pratica degli ambiti di cambiamento strutturale è organizzata nelle misure programmate dal Governo, nello specifico attraverso la Missione 6 del PNRR.

2.3 La missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

La riforma del Servizio Sanitario Nazionale è indirizzata dal D.M. del MEF del 6 agosto 2021 il quale assegna alle singole amministrazioni le risorse finanziarie per l'attuazione degli interventi di cui sono titolari.

La Missione 6 contiene gli interventi a titolarità del Ministero della Salute che riguardano

⁹ l'insieme di tecniche mediche e informatiche che permettono la cura di un paziente a distanza o più in generale di fornire servizi sanitari a distanza.

¹⁰ Approfondire su BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto 2 (2023): 315-347 [teseo.unitn.it.](https://www.teseo.unitn.it/)

misure (in termini di riforme e investimenti) indispensabili per il rafforzamento ed efficientamento del Sistema Sanitario Nazionale. La Missione ha l'obiettivo di "riformare" il Servizio Sanitario Nazionale attraverso tre *key-words*: Prossimità, Innovazione, Uguaglianza.

2.3.1 Dotazione Finanziaria

Nonostante la Missione 6 abbia ricevuto una dotazione finanziaria inferiore rispetto alle altre (15,63 miliardi di Euro – “appena” l'8,16% dell'importo totale) essa viene considerata un punto nevralgico del Piano. A tal proposito sono state inserite nel programma ulteriori dotazioni complementari di differente natura. Le risorse messe a disposizione per il comparto “Salute” dal 2021 al 2026 sono:

- Euro 15,63 miliardi del Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (RRF), risorsa primaria della Missione 6 Salute
- Euro 2,89 miliardi del Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari (PNC¹¹), istituito dal Governo in integrazione ai fondi Europei
- Euro 1,71 miliardi del REACT-EU, la seconda linea di finanziamento per dimensione tra i fondi messi a disposizione dell'Europa.
- Euro 625 milioni in cooperazione con il Ministero per la coesione territoriale, fondi Europei per il programma “Equità della Salute” con vincolo di destinazione in 7 regioni del Mezzogiorno.

La dotazione finanziaria sopra citata fa parte di un programma straordinario volto alla riforma del SSN, pertanto a queste risorse si aggiunge il finanziamento pubblico destinato alla sanità che per il 2022 è stato complessivamente di circa Euro 125 miliardi e per il quale è previsto un incremento negli anni a venire.

2.3.2 Attuazione e componenti

La strada (lunga e tortuosa) per la riforma del Servizio Sanitario Nazionale è guidata da Milestone Target, obiettivi qualitativi e quantitativi di rilevanza fondamentale nella progressiva attuazione degli interventi. La Missione Salute segue un calendario puntuale (con M&T trimestrali o semestrali) formato da 44 Milestone (ad oggi raggiunte 31) e 57 Target (ad oggi raggiunti 17), da raggiungere cadenzatamente entro il Giugno del 2026.

Mentre dal punto di vista dell'attuazione temporale la Missione segue un cronoprogramma, anche dal punto di vista strutturale vi è uno schema chiaro e ben definito.

Come indicato nei Decreti del MEF del 6 Agosto 2021 e del 23 Novembre 2021 La missione 6

¹¹ D.M. del MEF del 15 Luglio 2021 disponibile su <https://www.agenziacoesione.gov.it/wp-content/uploads/2021/10/DM-MEF-15.7.21-3.pdf>

(M6) definisce tutte le misure a capo del Ministero della Salute, la quali vengono ripartite in due componenti (C):

- M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale
- M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario

Le componenti della missione sono formate a loro volta da specifiche riforme e investimenti con dotazioni finanziarie definite.

2.4 M6C1 – “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”

Gli obiettivi generali di questa componente riguardano un potenziamento del SSN in termini di coerenza tra i servizi erogati e i bisogni delle comunità e dei pazienti. La parola chiave di questa componente è dunque “prossimità”, rafforzando le strutture fisiche e le reti digitali (telemedicina) in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale. La componente adotta una struttura ibrida con 3 linee di investimento ed una riforma legislativa.

OBIETTIVI GENERALI:



M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

- Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica.
- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari
- Sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare

QUADRO DELLE MISURE E RISORSE (MILIARDI DI EURO):

	Ambiti di intervento/Misure	Totale
7,00 Mld Totale	Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e Rete nazionale della salute, ambiente e clima	-
	Investimento 1: Case della Comunità e presa in carico della persona	2,00
	Investimento 2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina	4,00
	Investimento 3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1,00

Figura 8 – Quadro generale M6C1

Riforma dell’assistenza sanitaria territoriale

L'obiettivo della riforma è stabilire una struttura istituzionale e organizzativa appropriata, in

grado di permettere al Paese di garantire standard di qualità nell'assistenza sanitaria adeguati e in linea con i paesi della Comunità Europea. La riforma si basa su due aspetti principali:

- Definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici per un'assistenza territoriale omogenea in tutto il paese. Il milestone è stato correttamente soddisfatto con l'approvazione del Decreto Ministeriale n.77 del 23 Maggio 2022
- Dopo la presentazione del disegno di legge alle Camere (D.D.L S. 227), è stata delineata una nuova struttura istituzionale per promuovere la prevenzione nei settori sanitario, ambientale e climatico, in sintonia con l'approccio "One-Health".

M6C1 | 1.1: “Case della Comunità e presa in carico della persona”

L'incessante processo di invecchiamento della popolazione italiana è un fatto sotto gli occhi di tutti; in aggiunta, una parte significativa e in crescita della stessa è affetta da malattie croniche. In questo contesto, l'emergenza pandemica ha chiaramente messo in luce la necessità di potenziare le capacità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) al fine di garantire servizi adeguati su tutto il territorio. A tale scopo, è previsto un investimento che prevede l'avvio di attività sociosanitarie in 1.288 Case della Comunità entro il 2026, sia attraverso la riconversione di strutture già esistenti che tramite la costruzione di nuove. L'investimento complessivo destinato a questa misura ammonta a 2,00 miliardi di Euro. La Casa della Comunità diventerà uno strumento di coordinamento dei servizi offerti nel territorio, in particolare ai malati cronici. All'interno di tali strutture, saranno istituiti punti di accesso dedicati alle prestazioni sanitarie, dove opereranno team multidisciplinari compresi medici di medicina generale, pediatri a scelta, medici specialisti, infermieri di comunità e avranno la possibilità di ospitare anche figure di assistenti sociali, il cui ruolo verrà rafforzato e opportunamente integrato nell'ambito della componente assistenziale-sanitaria. Le Case della Comunità saranno il punto di riferimento continuativo per la popolazione: strutture informatiche, punti prelievo, strumentazione specialistica a servizio della comunità di riferimento. Ad oggi l'investimento sta rispettando tutti i M&T prefissati ed entro Dicembre 2023 verranno stipulati i contratti per la realizzazione delle Case di Comunità.

M6C1 | 1.2: “Casa come primo luogo di cura e telemedicina”

In sintonia con gli altri sforzi d'investimento finalizzati alla riforma e al potenziamento dell'assistenza sanitaria sul territorio, il rafforzamento dei servizi domiciliari emerge come un obiettivo di cruciale importanza.

In generale, l'investimento mira ad accrescere la quantità di prestazioni offerte nell'ambito dell'assistenza domiciliare, principalmente rivolte a pazienti di età superiore ai 65 anni che

presentano una o più patologie croniche e/o che necessitano di supporto in situazioni di non autosufficienza. “Casa come primo luogo di cura e telemedicina” è strutturato in 3 sub-investimenti con vari obiettivi finali:

All’**assistenza domiciliare** sono allocati 2,7 miliardi di Euro, necessari per implementare un modello condiviso per la fornitura di cure domiciliari, che massimizzi l'utilizzo delle opportunità fornite dalle più recenti tecnologie. Si prevede altresì la creazione di un sistema informativo presso ciascuna Azienda Sanitaria Locale (ASL), che consenta la raccolta di dati clinici in tempo reale.

Invece, un budget di 300 milioni di Euro è riservato all'istituzione di **602 Centrali Operative Territoriali (COT)**, ognuna situata in un distretto specifico. con la funzione di coordinare i diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie, ospedaliere e di emergenza-urgenza.

Infine 1 miliardo di Euro è a servizio dello sviluppo della rete di **telemedicina** per fornire un supporto ottimale a pazienti affetti da malattie croniche.

Il fabbisogno totale dell’investimento 1.2 dunque è di circa 4 miliardi di Euro.

La misura sta seguendo M&T stabiliti in tutti e 3 i fronti di applicazione. L’investimento ha un programma di traguardi finali (target) scadenzati già a partire dal 2024 con l’attivazione di tutte le COT mentre per la telemedicina si attua un orizzonte temporale più ampio con alcuni obiettivi da realizzarsi entro il 2026.

M6C1 | 1.3: “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”

Un ulteriore investimento nell’ecosistema dello sviluppo sanitario territoriale è quello relativo agli Ospedali della Comunità, oggetto dell’investimento 1.3 del M6C1.

Questi sono istituti appartenenti alle reti territoriali e rivolti ai pazienti che richiedono interventi sanitari con un livello di intensità clinica medio/basso, potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano assistenza e sorveglianza continuativa e/o per degenze di breve durata. Gli Ospedali della Comunità sono strutture che si posizionano in linea intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, sono dotati da 20 a 40 posti letto e hanno una gestione prevalentemente infermieristica che permette una riduzione di accessi ai servizi sanitari come il pronto soccorso. L'Ospedale di Comunità avrà la capacità di agevolare il passaggio dei pazienti dalla struttura ospedaliera al proprio domicilio, offrendo alle famiglie il tempo necessario per adattare

l'ambiente domestico in modo da renderlo più idoneo alle esigenze di cura dei pazienti. Questo investimento si materializzerà attraverso la creazione di 381 Ospedali di Comunità. (complessivamente circa 7.700 posti letto) ed il costo complessivo destinato è di Euro 1 miliardo. L'orizzonte temporale per il completamento e realizzazione delle strutture è la metà del 2026, entro la fine del 2023 verranno stipulate le obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione delle opere. Gli OdC, dotati di un'autonomia funzionale e dunque non confrontabili tra di loro nel territorio, non saranno strutture costruite ex novo, tuttavia saranno collocati in ospedali riconvertiti permettendo di restituire valore a strutture ospedaliere ormai obsolete e/o addirittura fatiscenti dando una destinazione valevole per l'intera comunità.

2.5 M6C2 – “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”

La seconda componente si orienta verso l'ambito dell'innovazione, comprendendo il miglioramento e la modernizzazione delle infrastrutture tecnologiche e digitali preesistenti. Tra le iniziative previste, un obiettivo di primaria importanza è la completa diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), insieme a un potenziamento della sorveglianza riguardante i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), attraverso l'implementazione di sistemi informativi più efficaci. Inoltre, un'importante linea guida è il rafforzamento della ricerca scientifica attraverso un incremento delle risorse allocate e l'arricchimento delle competenze del personale del Servizio Sanitario Nazionale mediante iniziative formative. La componente adotta una struttura ibrida, con una riforma legislativa e 5 linee di investimento divise in 2 macro aree di competenza.

OBIETTIVI GENERALI:



M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- Sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici
- Rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario
- Potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure; valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale; e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni

Figura 9.1 – Obiettivi generali M6C2



Figura 9.2 – Quadro delle misure e risorse M6C2

Riforma della rete degli IRCCS

La riforma legislativa proposta nella Componente 2 ha come obiettivo la revisione e l'aggiornamento del quadro normativo e del contesto giuridico che governa gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e le politiche di ricerca del Ministero della Salute. Questa riforma mira a rafforzare il legame tra ricerca, innovazione e prestazioni sanitarie, favorendo la traslazione di progressi terapeutici ai pazienti e agevolando lo scambio di competenze specialistiche tra gli IRCCS e le altre strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Come previsto dal cronoprogramma di M&T, la riforma ha già trovato attuazione con l'entrata in vigore del DLGS 200/2022.

I punti chiave della riforma riguardano il rafforzamento del ruolo degli IRCCS come Istituti di Ricerca e Cura di eccellenza e rilevanza nazionale ed internazionale. A tal proposito verrà reso possibile un accesso equo alle cure degli Istituti indipendentemente dal ruolo di residenza, coerentemente con l'obiettivo di ottimizzazione nel territorio dell'offerta sanitaria. Per approfondire i contenuti relativi alle modifiche di *governance* e sviluppo delle attività degli istituti si rimanda al Decreto Legislativo originale (D. lgs. 23 Dicembre 2022, n°200)

AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE

M6C2 | 1.1: “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”

«L'89% delle strutture usa macchinari che andrebbero sostituiti» (Russo, Sanità obsoleta 2023) così viene evidenziato in un'inchiesta de “La stampa” quanto veniva già espresso nel “Rapporto

sulla rilevazione delle apparecchiature sanitarie in Italia” del 2017.

Le infrastrutture tecnologiche e digitali negli ospedali mostrano un notevole livello di obsolescenza e spesso presentano carenze significative. Questa situazione potrebbe minacciare la qualità delle prestazioni mediche e la fluidità del sistema, con possibili ripercussioni sulla fiducia dei cittadini nel sistema sanitario.

In relazione a questo, l'investimento 1.1 è indirizzato all'aggiornamento digitale delle attrezzature ospedaliere, all'ampliamento dei posti letto in unità di terapia intensiva e alla modernizzazione delle apparecchiature di punta ad alta tecnologia come TAC, risonanze magnetiche, acceleratori lineari, sistemi radiologici fissi, angiografi e altro ancora.

All'investimento è stata allocata una disponibilità finanziaria complessiva di oltre 4 miliardi di Euro, ad oggi sono state avviate tutte le attività necessarie per lo sviluppo e attuazione dell'investimento che secondo cronoprogramma otterrà traguardi finali (target) negli anni 2024 per l'operatività delle grandi apparecchiature sanitarie, nel 2025 per la digitalizzazione di 280 strutture ospedaliere e nel 2026 per l'attivazione dei nuovi posti di terapia intensiva e gli altri investimenti relativi alle tecnologie ospedaliere.

M6C2 | 1.2: “Verso un ospedale sicuro e sostenibile”

Nell'ecosistema degli investimenti per l'ammodernamento e l'innovazione delle strutture e tecnologie sanitarie rientra anche l'investimento M6C2 1.2 Che traccia un cammino di rafforzamento delle strutture nell'ambito della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle attuali normative relative agli standard anti-sismici. Le finalità della misura sono dunque l'adeguamento delle strutture del patrimonio del SSN alle normative in materia antisismica e il rinnovamento delle strutture per modernizzare l'urbanistica al contesto ambientale circostante. Con l'obiettivo di completare oltre 300 interventi antisismici entro il 2026, sono stati stanziati 1,64 miliardi di Euro.

M6C2 | 1.3: “Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione”

La misura ha l'obiettivo di imprimere un forte cambio nell'infrastrutturazione tecnologica nel settore del *data management*, finanziando due aspetti fondamentali: il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e il processo di raccolta e analisi dei dati.

L'azione concernente il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) si rivela essenziale per estendere e standardizzare a livello nazionale i contenuti dei documenti digitali nel campo della sanità, le funzioni e l'esperienza utente, nonché per agevolare la compilazione e la consultazione da parte degli operatori sanitari.

Si è valutato che per portare avanti sia le attuali iniziative volte all'attuazione del Sistema di Tessera Sanitaria Elettronica, sia per avviare nuovi progetti diretti alla digitalizzazione delle strutture amministrative pubbliche, sia necessario un finanziamento complessivo di 1,37 miliardi di Euro. Il target finale da raggiungere entro il 2026 è la completa adozione e utilizzo del FSE in tutte le regioni.

Un finanziamento aggiuntivo di 300 milioni di euro è stato destinato al potenziamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), con l'obiettivo di consolidare l'infrastruttura e gli strumenti di analisi del Ministero della Salute, al fine di garantire un monitoraggio accurato dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e una programmazione più efficace dei servizi di assistenza sanitaria per la popolazione.

FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO

M6C2 | 2.1: “Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN”

Nel contesto dell'evoluzione della ricerca scientifica, l'investimento M6C2 2.1 mira a potenziare l'ambito della ricerca biomedica in Italia. Questo obiettivo viene conseguito attraverso il potenziamento della capacità di risposta dei centri di eccellenza distribuiti nel territorio nazionale nei confronti delle patologie rare, oltre a promuovere il flusso di conoscenze tecnologiche tra l'ambiente di ricerca e le realtà aziendali. L'intervento nel suo insieme, con un valore complessivo superiore a 500 milioni di Euro, si sviluppa attraverso tre linee guida operative:

- La creazione di nuovi programmi di ricerca e iniziative nel settore delle patologie rare e dei tumori rari.
- Progetti di ricerca su fattori di rischio e prevenzione di malattie croniche non trasmissibili (che causano un forte impatto sul SSN)
- Sviluppo del processo *proof of concept*¹² e del legame ricerca e industria

L'orizzonte temporale degli investimenti si riferisce al 2025, anno entro il quale verranno sviluppati almeno 100 progetti di ricerca relativi a tumori e malattie rare e 324 progetti di ricerca su malattie gravemente invalidanti.

M6C2 | 2.2: “Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario”

Per valorizzare le competenze del capitale umano è stato istituito l'investimento M6C2 2.2 con

¹² Il processo che collega la fase di ricerca e simulazione con la creazione del nuovo prodotto o servizio

una dotazione di circa 700 milioni di Euro.

L'avanzamento scientifico e l'evoluzione tecnologica esigono un costante aggiornamento e formazione dei professionisti e degli operatori sanitari, allo scopo di assicurare che l'assistenza fornita dal Servizio Sanitario Nazionale sia efficace, appropriata, sicura ed efficiente. A tal proposito la misura destina 4 sub-investimenti a differenti aree che necessitano formazione e sviluppo:

- 100 milioni di Euro sono messi a disposizione della formazione di Medici in medicina generale tramite l'incremento di borse di studio.
- 80 milioni di Euro destinati ad un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere erogato in tutto il territorio nazionale.
- 18 milioni di Euro destinati alla formazione di competenze manageriali e digitali
- Oltre 500 milioni di Euro destinati all'incremento dei contratti di formazione specialistica, con l'obiettivo di affrontare la sfida dell' "imbuto formativo". Questa definizione si riferisce al *gap* tra il numero di laureati in medicina e il numero di posizioni disponibili per la specializzazione *post-lauream*, al fine di garantire una rotazione adeguata dei medici specialisti all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

I traguardi sono cadenzati in maniera progressiva con l'obbiettivo finale da raggiungersi entro il 2026.

2.6 Trasversalità delle componenti

Le componenti, seppur con applicazioni in ambiti differenti, condividono il denominatore comune della lotta al divario: territoriale, di genere e generazionale.

Individuando standard qualitativi, tecnologici e organizzativi si andrà ad uniformare il servizio offerto in dimensione nazionale, garantendo alle persone, Indipendentemente dalla regione di residenza e dall'evoluzione dalla fase acuta a quella riabilitativa e di mantenimento, si garantisce un'assistenza ininterrotta e variegata, adattata allo stato di salute individuale. L'impatto degli investimenti nei servizi di prossimità e di supporto domiciliare si registrerà anche nell'occupazione del settore, a cui contribuiscono maggiormente le donne, creando nuovi posti di lavoro e opportunità. Infine, con l'attivazione di borse di studio e corsi specialistici la missione avrà un impatto diretto anche sui giovani, che potranno godere di strumenti di formazione, opportunità di lavoro qualificato ed imprenditorialità nell'ecosistema dell'innovazione.

2.7 La revisione del Piano Nazionale, implicazioni per la Missione 6

Durante l'anno 2022, si è verificato un costante aumento dei livelli dei prezzi delle materie prime e dell'energia, fenomeno amplificato dalla crisi energetica innescata dalla situazione di conflitto russo-ucraino. Questo incremento dei costi ha avuto un impatto significativo sugli investimenti pianificati nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Proprio per questo motivo, a parità di dotazione finanziaria, un aumento generale dei costi ha mobilitato una rimodulazione degli investimenti previsti. Nella proposta di Piano di Revisione pubblicato dal Governo in data 27 Luglio 2023 infatti, vengono indicate le misure nelle quali verrà effettuata una modifica in termini di oggetto e/o tempistiche.

Per quanto riguarda la Missione 6, la componente soggetta a maggiori modifiche è la M6C1 in quanto oggetto di maggiori investimenti di tipo infrastrutturale. La revisione consiste principalmente in una rimodulazione dei target dal punto di vista quantitativo oltre ad una dilazione delle tempistiche di realizzazione. Vengono ad esempio ridotti i numeri di Case della Comunità, COT ed Ospedali di comunità da realizzarsi entro il 2026.

È fondamentale sottolineare che, malgrado la riduzione degli investimenti iniziali, tutte le iniziative eliminate saranno comunque attuate. La loro finanziabilità sarà garantita attraverso fonti di finanziamento nazionali alternative e rispetterà calendari differenti rispetto a quelli originariamente proposti.

Nonostante una minore esposizione all'aumento dei costi, anche la M6C2 è in parte oggetto di revisione. Nello specifico, sono previste modifiche soprattutto in termini di tempi di realizzazione e processi di attuazione. Ad esempio per l'investimento M6C2 – 1.3 viene previsto l'inserimento nel FSE solo dei documenti nativi digitali eliminando l'intero processo di trasposizione dei vecchi documenti cartacei.

CAPITOLO 3

UN NUOVO MODELLO DI ASSISTENZA TERRITORIALE: LE CASE DELLA COMUNITÀ

3.1 Primary Health Care e il contesto italiano

Il punto di partenza per comprendere il valore (sempre maggiore negli anni) dell'assistenza primaria è la Conferenza di Alma Ata¹³, svoltasi nel 1978. Oggetto dell'evento era la *Primary Health Care (PHC)*, alla quale venne data una definizione precisa: “[...] quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, che sono rese accessibili a tutti gli individui e alle famiglie nella comunità grazie alla loro piena partecipazione”¹⁴. La definizione in realtà prosegue, affermando che la PHC rappresenta una parte integrante di un Servizio Sanitario Nazionale, specificando inoltre che essa è a “la funzione centrale e il punto principale” dello stesso. Di fatto, la fase dell'assistenza primaria riveste un ruolo di estrema importanza nella sfida contro il principale avversario che attualmente interessa tutti i sistemi globali di tutela della salute: l'invecchiamento della popolazione e, di conseguenza, l'incremento dei casi di patologie croniche. Spesso, le malattie legate al sistema circolatorio e i tumori sono proprio tra le categorie di patologie che rientrano in questa tendenza.

Risulta evidente, quindi, quanto sia chiaro che un adeguato processo di *screening* e prevenzione, insieme a un sistema efficiente di gestione e monitoraggio fin dalle fasi iniziali della malattia, costituiscano un potente strumento per ridurre notevolmente l'onere dei pazienti affetti da patologie croniche sulle strutture ospedaliere. Questo approccio aiuta a evitare i considerevoli costi derivanti dalla prolungata degenza dei pazienti. Nonostante ciò è evidente quanto il contesto Italiano sia eccessivamente rivolto ad un'ottica ospedalocentrica.

Se consideriamo il mero numero di Medici di Medicina Generale (MMG) in Italia, che rappresentano i fondamenti dell'assistenza sanitaria primaria, i dati del 2015 riportano un totale di 53.610 unità. Questo dato, trasposto in un rapporto con la popolazione, si traduce in 88,3 medici di base ogni 100 mila abitanti. Nel contesto Europeo, un numero decisamente inferiore

¹³ contributori di Wikipedia. Dichiarazione di Alma Ata. Wikipedia. April 2023. https://it.wikipedia.org/wiki/Dichiarazione_di_Alma_Atata

¹⁴ dalla Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria 6-12 settembre 1978, Alma Ata, URSS
Disponibile su https://www.ausl.re.it/allegati/HPH/la-dichiarazione-di-alma-ata_la%20dichiarazione%20di%20alma%20ata.pdf

rispetto a Germania e Francia ma tuttavia confortevole se paragonato a Spagna e Regno Unito¹⁵. Questo dato ottiene particolare rilevanza se relazionato a criticità come il fenomeno dei pensionamenti dove è allarmante il numero degli operatori in congedo dal servizio nei prossimi 5 anni¹⁶. A ciò si aggiunge un'ulteriore problematica per il turnover del personale dei MMG: l'“imbuto formativo”, questo è causato dalla carenza di risorse e strutture nelle scuole di specializzazione (indispensabili per coloro che intendono intraprendere la professione di medico di base), il che comporta la disponibilità di un numero di posti inferiore rispetto al numero annuale di laureati provenienti dal corso di Medicina e Chirurgia della durata di sei anni.

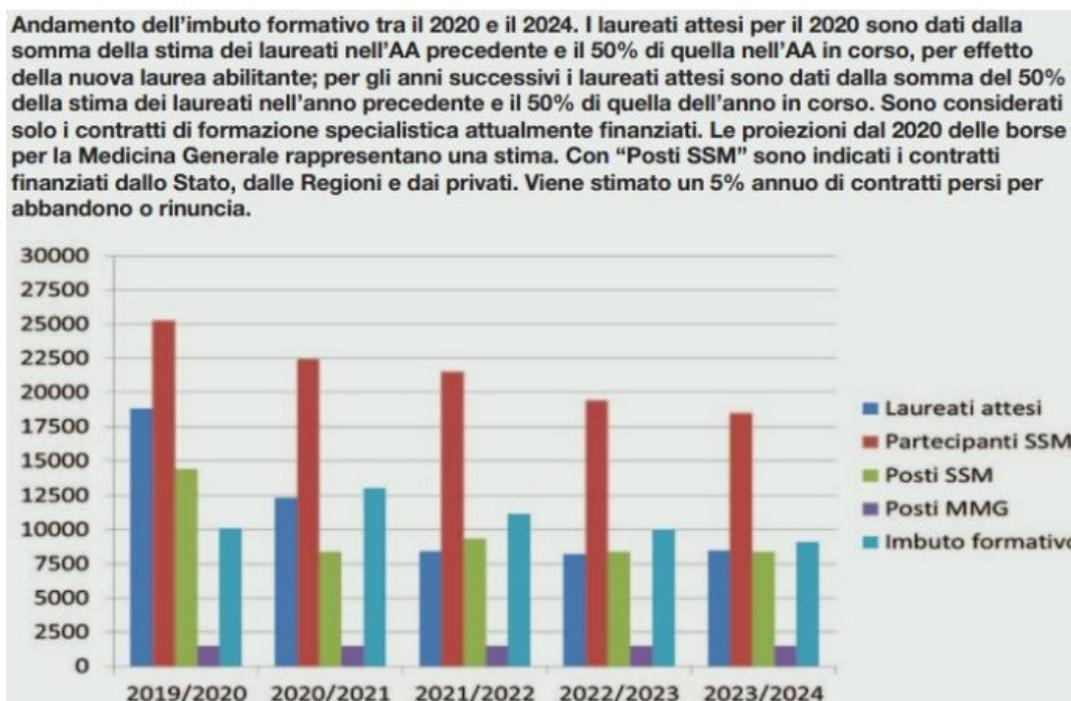


Figura 10 – Andamento dell'imbuto formativo – Fonte: Anaa Assomed (2020)

3.2 L'organizzazione della sanità territoriale: ruolo del Distretto sociosanitario

Nonostante le criticità, l'assistenza primaria ha costantemente cercato di reinventarsi, adottando nuove forme organizzative ideate per massimizzare il risultato ottenibile in termini di salute della popolazione, il tutto gestito con risorse praticamente invariate. Per comprendere l'evoluzione dell'assistenza primaria, è essenziale acquisire una chiara comprensione della struttura del Distretto, che rappresenta, all'interno dell'ASL, il dipartimento responsabile della fornitura di tutti i servizi di assistenza primaria.

¹⁵ Da Rold C. “Medici italiani, quanti sono oggi e quanti saranno fra 10 anni”. Disponibile su <https://www.infodata.ilsole24ore.com/2018/02/21/medici-italiani-quant-oggi-quant-saranno-fra-10-anni/>.

¹⁶ Ansa R. Allarme carenza medici, 45.000 in pensione in 5 anni. ANSA.it. https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2018/02/09/-allarme-carenza-medici-45.000-in-pensione-in-5-anni-aaa943db-7592-4649-8c1e-f80f4952e196.html

medicina generale/pediatria e gli operatori e professionisti necessari per erogare un percorso terapeutico omnicomprensivo.

Per la prenotazione delle prestazioni sanitarie necessarie, il cittadino trova riferimento organizzativo nel Centro Unico Prenotazioni (CUP) ormai completamente digitalizzato.

Il CUP lavora in stretta sinergia con il Punto Unico di Accesso (PUA), il vero *front office* del Distretto, incaricato all'orientamento ed informazione del cittadino il quale, dopo un'attenta analisi clinica, verrà indirizzato ad un adeguato percorso di cura secondo i bisogni. Un'ulteriore attività del Distretto è il presidio nel territorio con la continuità assistenziale, attuata attraverso i presidi della Guardia Medica.

Analizzato l'assetto strutturale del Distretto e le attività erogate, è necessario soffermarsi ora sull'applicazione delle misure PNRR per la riforma delle attività di assistenza primaria territoriale.

3.3 Assistenza territoriale, le “Nuove” Case della Comunità

Come già largamente descritta, la M6C1 contiene le misure per il rafforzamento della sanità territoriale, anche attraverso la creazione di strutture innovative come la Casa di Comunità e l'Ospedale di Comunità. L'uso del termine "rafforzamento" non dovrebbe fuorviare: non implica un semplice aumento quantitativo delle prestazioni fornite attraverso una semplice replica e incremento dell'attuale struttura organizzativa. Piuttosto, si tratta di un riorientamento organizzativo che enfatizza un cambiamento di qualità nella concezione dell'assistenza sul territorio. È importante sottolineare che molti dei problemi legati alla sanità territoriale non possono essere affrontati in modo efficace se ci si attiene solamente al sistema dei Medici di Medicina Generale (MMG).

Rimandando al capitolo precedente, la Componente in oggetto assume una triplice linea di interventi. Risulta necessario, ai fini della trattazione di questo elaborato, tralasciare gli investimenti 1.2 e 1.3, portando un'attenzione specifica al fenomeno delle Case della Comunità.

La Casa della Comunità (CdC) costituisce un punto di riferimento fisico facilmente individuabile, al quale i cittadini possono accedere per soddisfare le loro necessità di assistenza sanitaria (ed anche socio-sanitaria).

Questa struttura è progettata per offrire un modello organizzativo di assistenza prossima alla popolazione di riferimento. La CdC si distingue per la sua riconoscibilità e accessibilità, per quanto riguarda orientamento, accoglienza, progettazione e fornitura di servizi sanitari. Essa assume un ruolo di primaria importanza all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

La CdC introduce un approccio integrato e multidisciplinare tramite la collaborazione di un'équipe multiprofessionale territoriale. Le attività sono organizzate in modo tale da agevolare la sinergia tra MMG/PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni, Infermieri di Famiglia o Comunità (IFAoC) e altri professionisti del settore sanitario, quali Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, Riabilitazione, nonché Assistenti Sociali, in accordo con la normativa vigente all'interno delle aziende sanitarie. In aggiunta, la CdC costituisce il punto di incontro in cui il Servizio Sanitario Nazionale si fonde (o quantomeno dovrebbe) con il sistema dei servizi sociali degli enti locali operanti nell'area di competenza.

Il concetto di Case della Comunità è attuale e portato a galla dalla misura inserita nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (nello specifico M6C1 investimento 1.1), tuttavia, già a partire dal 2007 erano state istituite strutture simili: le Case della Salute.

Queste sono strutture polivalenti e versatili, capaci di offrire all'interno di uno spazio unificato la totalità delle prestazioni socio-sanitarie. Queste strutture forniscono la sede agli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG) e assicurano una copertura assistenziale ininterrotta, 7 giorni su 7 e 24 ore su 24.

Come facilmente intuibile, le due strutture sono fortemente assimilabili, con le Case della Comunità che si possono considerare una vera e propria evoluzione delle Case della Salute. A tal proposito le CdS saranno assorbite nella rete delle CdC incidendo dunque nella distribuzione sul territorio del paese come affermato dal D.M.S. 77/2022.

L'evoluzione, anche in termini di locuzione, tra CdS e CdC intende a rafforzare il concetto di territorialità, dando maggior rilievo all'idea di identità comunitaria.

Distribuzione nel territorio

Secondo la misura PNRR, si prevede l'attivazione di 1.350 CdC entro la metà del 2026.

Nel 2021 sono state censite 554 CdS attive nel territorio nazionale, le quali potranno essere riconvertite in CdC secondo le necessità della programmazione PNRR o, alternativamente, destinate ad altri utilizzi.

Regioni	Case della Salute attive (2021)	Case della Comunità Finanziate dal PNRR
Piemonte	71	82
Valle d'Aosta	0	2
Lombardia	25	187
PA Bolzano	0	10
PA Trento	1	10
Veneto	77	91
Friuli Venezia Giulia	0	23
Liguria	4	30
Emilia-Romagna	126	84
Toscana	76	70
Umbria	4	17
Marche	21	29
Lazio	21	107
Abruzzo	5	40
Molise	6	9
Campania	0	169
Puglia	33	120
Basilicata	1	17
Calabria	8	57
Sicilia	55	146
Sardegna	15	50
Italia	554	1.350

Figura 12 – Distribuzione nel territorio nazionale di CdS e CdC

Funzioni e modelli

Sono previsti 2 modelli organizzativi di CdC:

- Le Case della Comunità HUB sono considerate quelle di riferimento, con dotazione di servizi completa. Su queste sono definiti standard nazionali (una ogni 40.000-50.000 abitanti)
- Le CdC SPOKE articolate nel territorio con dotazione di servizi ridotta e il cui numero e funzionamento sarà definito autonomamente dalle regioni in quanto non presenti standard nazionali a riguardo.

La rilevanza dei due modelli nel territorio è dettato dai servizi erogati, riassunti nella tabella che segue.

Servizi	Modello organizzativo	
	Casa della Comunità hub	Casa della Comunità spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali interni (SAI), IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici, (sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFeC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali)	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento		OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base (finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	
Interventi di salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	
Programmi di screening	FACOLTATIVO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

Figura 13 – Servizi erogati da CdC Hub e Spoke

Personale Sanitario e Finanziamento

Oltre alla concentrazione nel territorio, gli standard nazionali definiscono anche l'impiego del personale necessario in ogni Casa della Comunità Hub. Nello specifico in ogni struttura saranno impiegati 7-11 infermieri (con attività e responsabilità differenti), 1 assistente sociale e 5-8 unità di personale a supporto (almeno 5 con impiego amministrativo).

Per la realizzazione degli investimenti il PNRR prevede una dotazione finanziaria di 2 miliardi di Euro per lo sviluppo di 1.350 Case della Comunità: ne deriva una destinazione di circa 1,5 milioni di Euro per ogni CdC. Tuttavia, tali risorse finanziano “soltanto” opere strutturali: ad esempio in ogni struttura sono previste 10-15 sale dedicate a consulenza, punti prelievo, servizi diagnostici di base nonché un sistema di interconnessione dati (solo per il quale si stima un costo in tutto il paese di 351.098.496 euro (Pesaresi, 2021)).

Tali risorse dunque non finanziano i costi per il personale, creando un divario tra il fabbisogno finanziario e ciò che lo Stato ha previsto con le fonti di finanziamento.

Fonte del finanziamento	2023	2024	2025	2026
D.L. 34/2020 art. 1 c.5	94.500.000	94.500.000	94.500.000	94.500.000
L. 234/2021 art. 1 comma 274	25.393.747	152.362.480	355.512.453	685.631.160
TOTALE	119.893.747	246.862.000	450.012.453	780.131.160

Figura 14 – Fonti di finanziamento delle spese per il personale delle CdC

Questa potrebbe essere dunque la sfida più evidente associata alle Case della Comunità. Tuttavia fortunatamente, dal momento dell’approvazione del Piano Nazionale ad oggi si è registrato un notevole miglioramento della situazione. È noto che il PNRR non ha originariamente allocato fondi per il personale delle Case della Comunità, ma questa situazione è cambiata in seguito. Attualmente infatti, vi è una previsione di finanziamento in crescita, anche se tale assegnazione risulta ancora considerevolmente insufficiente per soddisfare appieno le esigenze di un sistema che a pieno regime comprenderà 1.350 nuove Case della Comunità.

Sussiste dunque il rischio concreto che questo insufficiente finanziamento possa riflettersi sulla funzionalità e sull’efficienza delle strutture stesse con un prezzo da pagare: una carenza del personale negli anni a venire.

Relazioni con i servizi territoriali

Dal punto di vista del coordinamento, le Case della Comunità operano sotto la direzione del Distretto e sono parte di reti relazionali di diverso tipo:

- Rete INTRA-CdC formate da tutti i professionisti che svolgono le loro attività all’interno delle Case della Comunità
- Rete INTER-CdC formate dalle varie Case della Comunità (sia Hub che Spoke) sparse nel territorio del paese
- Rete territoriale, ossia laddove le Case della Comunità abbiano relazioni con gli altri

settori assistenziali territoriali (ospedali di comunità, RSA...)

- Rete territoriale integrata, ossia laddove le Case della Comunità abbiano relazioni con l'attività ospedaliera (situazioni di pazienti con frequenti ricoveri, servizi in day hospital...)

È proprio analizzando le reti relazionali delle CdC che salta all'occhio un'ulteriore (possibile) criticità futura: l'integrazione con i servizi sociali locali. Nonostante la collaborazione con i Servizi Sociali venga definita obbligatoria infatti, viene poi totalmente dimenticata la definizione di uno standard di coordinamento tra le due entità all'interno del Decreto 77/2022.

3.3.1 La revisione del Piano Nazionale, implicazioni per le Case della Comunità

Come facilmente desumibile da quanto anticipato nel capitolo precedente ([2.7 La revisione del Piano Nazionale, implicazioni per la Missione 6](#)), anche l'investimento M6C1 – 1.1 verrà fortemente modificato e ridimensionato dal Piano di Revisione del Governo.

L'aumento dei prezzi di energia e materie prime ha fortemente colpito soprattutto il costo delle opere di edilizia sanitaria. Le valutazioni condotte dal Ministero della Salute hanno evidenziato che nell'arco temporale 2021-2023, vi è stata un incremento dei costi di realizzazione per interventi nelle Case della Comunità. Questo incremento, calcolato tramite un Computo Metrico Estimativo in ognuna delle macrocategorie di lavori rilevanti (strutture, opere edili, impianti idrici e meccanici, impianti elettrici e speciali), varia tra il 24% e il 66%, a seconda delle diverse Regioni prese in considerazione. È proprio per questo motivo che le misure che presentano maggiori rischi di finanziamento (e di conseguenza quelle più rimodulate) sono quelle caratterizzate da una alta complessità realizzativa dettata da ampie tempistiche necessarie oltre che a rilevanti opere infrastrutturali.

La proposta è quella di riprogrammare gli interventi previsti da 1.350 a 936 Case della Comunità realizzate entro il 2026 e, in assenza di ulteriori specifiche, si possono solo fare supposizioni in merito a quali saranno gli interventi finanziati e quali quelli sospesi.

Case della comunità	Numero CdC
CdC previste dalle regioni	1.430
CdC previste dal PNRR	1.350
CdC da finanziare con le modifiche del PNRR 2023	936
CdC Hub previste dalle regioni	937
CdC previste dalle regioni in edifici da ristrutturare	1.121
CdC previste dalle regioni in immobili da edificare	309

Fonte: Ministero PNRR (2023), Camera dei Deputati (2023)

Figura 15 – Numeri delle CdC previste

Tuttavia, come riportato nella *Figura 15* vi è una (quasi) coincidenza tra il nuovo target rimodulato e le CdC “*Hub*” previste dalle regioni. È necessario ricordare dunque che i presidi di tipo “*Hub*” sono strutture complete e autonome mentre quelle di tipo “*Spoke*” sono dipendenti dalle prime e non dispongono di tutti i servizi. Una programmazione interamente centrata sulla realizzazione di strutture “*Hub*” (rinviando quindi la realizzazione delle “*Spoke*” in un secondo momento) creerebbe anomalie nella distribuzione nel territorio delle Case della Comunità. Ad esempio in Lombardia non sono previsti finanziamenti in CdC “*Spoke*” mentre in Sicilia le strutture di questo tipo sono previste in misura doppia rispetto alle “*Hub*”.

La fase di selezione delle opere da attuare in via prioritaria rappresenta uno *sliding doors* che condiziona sia il successo complessivo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), sia l'efficace riorganizzazione della rete dei servizi territoriali. Pertanto, è fondamentale condurre questa fase con estrema cautela ed equilibrio, considerando l'importanza strategica che essa riveste.

Il posticipo della realizzazione di ben 586 strutture assistenziali territoriali avrà un impatto profondo sia sull'assetto dell'organizzazione sanitaria, sia sulla fiducia instaurata tra il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), i cittadini e le amministrazioni locali. Infine, un'ulteriore incognita in questo senso è la mancanza di certezze in termini di reperibilità dei fondi e tempistiche per la realizzazione di queste opere ad oggi espunte.

Il successo (o meno) del fenomeno delle Case della Comunità, al netto della revisione, risulterà in ogni caso fortemente vincolato all'interpretazione che le diverse regioni e comunità ne forniranno.

Sarà comunque essenziale instaurare un sistema di monitoraggio a livello nazionale molto più incisivo rispetto a quelli a cui siamo abituati, al fine di assicurare un efficace coordinamento nel tempo, anche negli anni successivi al 2026, affinché sforzi ed investimenti effettuati possano perdurare e dare utilità futura sempre crescente

CONCLUSIONE

L'analisi condotta ha chiaramente evidenziato l'ampia portata nazionale della misura attuativa del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). In seguito alla grande crisi pandemica scatenata dal Covid-19, che ha impattato su scala globale, l'Unione Europea ha intrapreso un notevole sforzo legislativo, finanziario e operativo attraverso programmi mirati e volti a favorire la ripresa dei suoi Stati membri. In questo contesto, il programma NextGenEU si distingue per la sua ambizione oltre la mera guarigione delle ferite causate dalla crisi. Esso si pone l'arduo obiettivo di costruire economie non solo resilienti, ma anche sostenibili, abbracciando investimenti futuribili allineati con le attuali sfide, come la transizione ecologica e digitale.

Nel primo capitolo del documento, si gettano le basi per comprendere l'istituzione del programma europeo volto alla ripresa dei singoli Paesi Membri e l'attuazione a livello nazionale del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza in Italia. La strutturazione del piano in sei Missioni distintive si rivela essenziale per fornire le risorse necessarie e per promuovere lo sviluppo in diverse aree strategiche del Paese. Questa articolazione permette di implementare investimenti progressivi secondo una pianificazione temporale definita, il tutto affiancato da una scrupolosa supervisione per garantire il raggiungimento dei traguardi fissati, i cosiddetti Milestone e Target.

L'analisi condotta prosegue in modo sempre più dettagliato nel Capitolo 2, focalizzandosi sulle caratteristiche fondamentali della Missione Salute. Le sfide passate e le difficoltà affrontate dal Servizio Sanitario Nazionale nel corso della pandemia hanno evidenziato la necessità impellente di dedicare un'intera Missione al rinnovamento del Servizio Sanitario pubblico a livello Nazionale. L'obiettivo di queste misure è, infatti, di potenziare e rendere più robusto il SSN, orientandolo verso una maggiore resilienza. Questo passa attraverso lo sviluppo dell'assistenza territoriale, la promozione della ricerca e dell'innovazione, con un focus particolare sull'adozione delle tecnologie digitali e sull'investimento nelle risorse umane. Le due componenti principali della missione, a loro volta, incarnano appieno questi obiettivi. Nonostante l'analisi dell'elaborato prosegua più dettagliatamente sulla M6C1 (in particolare a riguardo dell'assistenza territoriale), è cruciale sottolineare la notevole rilevanza a livello nazionale che la M6C2 detiene e manterrà nell'ambito dell'intero Servizio Sanitario pubblico, sia per il presente che per il futuro. La rappresentazione della Missione 6 tiene conto in modo aggiornato anche del Piano di Revisione previsto, il quale colpirà sotto forma di rimodulazioni e modifiche entrambe le componenti.

Infine, il documento conclude la sua progressiva analisi con un'esplorazione più approfondita dell'investimento della M6C1, focalizzato sul nuovo paradigma di assistenza territoriale basato sul fenomeno delle Case di Comunità. Diviene evidente come questa iniziativa, se adeguatamente attuata e mantenuta nel corso del tempo, abbia il potenziale di diventare un pilastro fondamentale per le attività di assistenza socio-sanitaria in tutto il territorio nazionale.

La necessità di riformare un sistema che si è largamente basato solamente sulle figure dei MMG e dei PLS è manifesta. Attraverso l'implementazione delle Case di Comunità, si apre la prospettiva di un ambiente in cui diversi operatori sanitari collaborano per servire le comunità. Il successo di questa sfida, anche se complessa, risiederà nell'interpretazione e nell'importanza che ogni singola regione e comunità attribuirà a tale iniziativa. Le difficoltà sono presenti e chiare, e le misure del Piano di Revisione sicuramente incideranno nella realizzazione finale dell'intervento; tuttavia, il potenziale di sostegno che queste strutture possono offrire è sotto gli occhi di tutti, un beneficio destinato a tutte le comunità del Paese.

Conteggio parole: 9.577 /10.000

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Da Rold C. “Medici italiani, quanti sono oggi e quanti saranno fra 10 anni”, *Il Sole24ore*. Disponibile su <https://www.infodata.ilsole24ore.com/2018/02/21/medici-italiani-quanti-oggi-quanti-saranno-fra-10-anni/> Pubblicato il 19 Ottobre 2022.

L.M. “Decenni di austerità hanno reso il sistema sanitario italiano incapace di combattere l’epidemia di COVID-19”, *AFV*. Disponibile su <http://www.ancorafischiailvento.org/2021/01/12/decenni-di-austerita-hanno-reso-il-sistema-sanitario-italiano-incapace-di-combattere-lepidemia-di-covid-19/> Pubblicato Gennaio 2021.

Magnani A. “Next Generation EU, cos’è e come funziona”, *Il Sole 24 ORE*. Disponibile su <https://www.ilsole24ore.com/art/next-generation-eu-cos-e-e-perche-l-europa-deve-correre-fondi-la-ripresa-covid-ADIKpzMB>. Pubblicato il 29 Aprile 2021

Marino D. "Sanità territoriale e gestione della crisi da Covid-19: le regioni italiane e il caso Lombardia." *EyesReg Volume 10-Numero 5-Settembre 2020*: 228. Disponibile su <https://www.eyesreg.it/wp-content/uploads/Pdf/Volume-10-Numero-5.pdf#page=17>. Pubblicato Settembre 2020

Mascitti M. “Dopo la pandemia il servizio sanitario nazionale ha bisogno più che mai dei fondi del MES.” *Valigia Blu*. Disponibile su <https://www.valigiablu.it/servizio-sanitario-nazionale-tenuta>. Pubblicato il 12 Ottobre 2022

Perego, B. “PNRR e Salute nella dinamica della forma di Stato”, *BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto*, (1), 99-113. Disponibile su <https://teseo.unitn.it/biolaw/article/view/2623>. Pubblicato il 26 Aprile 2023

Pesaresi F. “Le Case della Comunità previste dal PNRR. Qualche criticità significativa”, *Blogspot*. Disponibile su <https://francopesaresi.blogspot.com/2021/05/le-case-della-comunita-previste-dal.html>. Pubblicato il 16 Maggio 2021

Pesaresi F. *Il DM 77/2022 sull’assistenza sanitaria territoriale*. Disponibile su https://welforum.it/wp-content/uploads/2023/01/IL_DM_77_2022_SULLASSISTENZA_SANITARIA_T.pdf. Pubblicato il 1 Febbraio 2023

Pesaresi F. “Che fine faranno i nuovi presidi di assistenza territoriale con la modifica del Pnrr salute?”, *Quotidiano Sanità*. Disponibile su https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115919. Pubblicato il 31 Luglio 2023

Pitto S. Cambiamento climatico e sicurezza alimentare: dall’approccio One Health ai modelli olistici del Global South. *BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto* (2) 31-47. Disponibile su : <https://teseo.unitn.it/biolaw/article/view/2712>. Pubblicato il 20 luglio 2023.

Redazione. “Come funzionano i flussi dei finanziamenti nel Pnrr”, *Openpolis*. Disponibile su <https://www.openpolis.it/parole/come-funzionano-i-flussi-dei-finanziamenti-nel-pnrr/>. Pubblicato il 2 Maggio 2022

Redazione. “Che cosa si intende per scadenze del Pnrr”, *Openpolis*. Disponibile su <https://www.openpolis.it/parole/cosa-sono-le-milestone-e-i-target-del-pnrr/>. Pubblicato il 3 Marzo 2023.

Redazione FPA. “PNRR e Salute: cosa prevede la Missione 6. Opportunità per il Sistema Sanitario Nazionale e paradigma One Health”, *FPA*. Disponibile su <https://www.forumpa.it/sanita/pnrr-e-salute-ecco-cosa-prevede-la-missione-6-opportunita-per-il-sistema-sanitario-nazionale-e-paradigma-one-health/> Pubblicato Giugno 2023.

Redazione. “Piano nazionale di ripresa e resilienza: ecco il testo del Governo”, *Metropolitano.it*. Disponibile su <https://www.metropolitano.it/piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza-ecco-il-testo-del-governo/>. Pubblicato il 7 Maggio 2021.

Redazione. “Ecco come ricostruire la sanità dopo la pandemia. Il documento del Forum Permanente sul Sistema Sanitario Nazionale nel post-Covid”, *Quotidiano Sanità*. Disponibile su https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=98223&utm_source=dlvr.it&utm_medium=gmybusiness. Pubblicato il 15 Settembre 2021.

Redazione. “Allarme carenza medici, 45.000 in pensione in 5 anni”, *ANSA.it*. Disponibile su https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2018/02/09/-allarme-carenza-medici-45.000-in-pensione-in-5-anni-aaa943db-7592-4649-8c1e-f80f4952e196.html. Pubblicato il 6 Agosto 2022.

Redazione. “Verso un sistema sanitario di comunità”, *Rivista Impresa Sociale*. Disponibile su <https://www.rivistaimpresasociale.it/rivista/articolo/verso-un-sistema-sanitario-di-comunita>. Pubblicato il 15 Giugno 2020

Redazione. “Pnrr. Dalle Case agli Ospedali della Comunità fino alla telemedicina, ecco il piano del Governo che rivede gli obiettivi della Mission 6”, *Quotidiano Sanità*. Disponibile su https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=115872 Pubblicato il 27 Luglio 2023

Rusmini G. “Le Case della Comunità. Come saranno”, *I Luoghi Della Cura*. Disponibile su <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2022/03/le-case-della-comunita-come-saranno/>. Pubblicato il Marzo 2022.

Russo P. “Sanità obsoleta: il 90% dei macchinari andrebbero sostituiti”. *La Stampa*. Disponibile su https://www.lastampa.it/cronaca/2023/01/12/news/sanita_obsoleta_il_90_dei_macchinari_andrebbero_sostituiti-12531432/. Pubblicato il 12 Gennaio 2023

S. Scelsi, G. Banchieri, A. G. de Belvis, M. Dal Maso, A. Vannucci. “Pnrr: i tagli degli obiettivi e la coerenza dei dati”, *Quotidiano Sanità*. Disponibile su https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=116068. Pubblicato il 4 Agosto 2023.

SITOGRAFIA

“Piano per la ripresa dell’Europa”, *Commissione Europea*. Pagina web: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/recovery-plan-europe_it.

“Italy’s recovery and resilience plan”, *European Commission*. Pagina web: https://commission.europa.eu/business-economy-euro/economic-recovery/recovery-and-resilience-facility/italys-recovery-and-resilience-plan_en

“Recovery and resilience scoreboard”, *European Commission*. Pagina web: https://ec.europa.eu/economy_finance/recovery-and-resilience-scoreboard/country_overview.html?country=Italy

“REACT-EU - guida europrogettazione”, *Guida Europrogettazione*. Pagina web: <https://www.guidaeuroprogettazione.eu/guida/programmi-comunitari/react-eu/>.

NextGeneration EU tracker. Pagina web: <https://www.ngetracker.org/>.

Deputati CD. Il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). *Documentazione Parlamentare*. Pagina web: <https://temi.camera.it/leg18/temi/piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza.html>.

XIX Legislatura - *Camera dei Deputati*. Pagina web: <https://camera.it/temiap/2021/07/13/OCD177-5010.pdf>.

Banda ultra larga. *Dipartimento per La Trasformazione Digitale*. Pagina web: <https://innovazione.gov.it/progetti/banda-ultra-larga/#:~:text=La%20Strategia%20nazionale%20per%20la,Piano%20Nazionale%20di%20Ripresa%20e.>

Milestone e Target - Italia domani - *Portale PNRR*. Pagina web: <https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/home.html>.

Piano nazionale per gli investimenti complementari. *Ministero della Salute*. Pagina web: <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5834&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute>.

SPA IPEZDS. *Trova norme & concorsi - Normativa sanitaria*. Pagina web: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=87801>.

Riforma dell’assistenza territoriale. *Ministero della Salute*. Pagina web: <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5898&area=PNRR-Salute&menu=riforme>.

Dichiarazione di Alma Ata. *Wikipedia*. Pagina web: https://it.wikipedia.org/wiki/Dichiarazione_di_Alma_Atta.

Rapporto SVIMEZ 2021. – *SVIMEZ (39-41)*. Pagina web: <https://lnx.svimez.info/svimez/rapporto-svimez-2021-tutti-i-materiali/>.

Agenzia per la Coesione Territoriale. Pagina web: <https://www.agenziacoesione.gov.it>

Rapporto sulla rilevazione delle apparecchiature sanitarie in Italia. *Ministero della Salute*. Pagina web: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2678.

FONTI LEGISLATIVE ITALIANE

D.D.L S. 227 Disponibile su <https://www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/FascicoloSchedeDDL/ebook/55865.pdf>

D.M del MEF del 15.07.2021 Disponibile su <https://www.agenziacoesione.gov.it/wp-content/uploads/2021/10/DM-MEF-15.7.21-3.pdf>

D.LGS 200 del 23.12.22 Disponibile su <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/12/30/22G00208/sg>

D.M. del MEF del 6 agosto 2021 Disponibile su
https://www.gea.mur.gov.it/docs/Cn/normativa/DM%20MEF_del%2006-08-2021.pdf

D.M.S 77 del 23//2022 Disponibile su <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>

D.L 34/2020 art 1 c.5 Disponibile su <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/19/20G00052/sg>

FONTI LEGISLATIVE EUROPEE

Operational arrangements between the Commission and Italy. European Commission. Disponibile su
https://commission.europa.eu/system/files/2021-12/countersigned_-_italy_-_rrf_-_oa_1.pdf

RINGRAZIAMENTI