

Sanità: presente e futuro del Piano nazionale di ripresa e resilienza

Pubblicato il: 26 Febbraio 2024

Elisabetta Gramolini - Dal numero 215 del Magazine aboutpharma.com

Ridotto, anche se il termine utilizzato per attuare il colpo è "rimodulato".

Il [Piano nazionale di ripresa e resilienza \(Pnrr\)](#) avrà un volto differente rispetto all'origine. Lo scorso 8 dicembre, il Consiglio dell'Unione europea ha approvato la proposta di rimodulazione avanzata dall'Italia che chiede di portare da 1.350 a 1.038 le Case di comunità, da 600 a 480 le Centrali operative territoriali, da 400 a 307 gli Ospedali di comunità, da 109 ad almeno 84 gli interventi di antisismica.

Le modifiche sono state motivate dall'aumento dei costi e dei tempi di attuazione, imputabili ai ritardi nelle forniture e alla difficoltà di approvvigionamento delle materie prime. "Per garantire la realizzazione di tutte le strutture e di tutti gli interventi come inizialmente programmati – si legge nel sito dedicato al Pnrr dal Governo – è previsto l'utilizzo di fondi alternativi, quali le risorse da Accordo di programma ex art. 20 L. 67/88 ed eventuali risorse derivate da fondi per le politiche di coesione, nonché le risorse aggiuntive del Fondo opere indifferibili".

Investimenti in sanità: quali (reali) vantaggi dal Piano nazionale di ripresa e resilienza?

Il programma di investimenti in edilizia sanitaria pubblica vede la luce oltre trent'anni fa, grazie all'introduzione nel nostro ordinamento dell'[articolo 20 della legge 67 del 1988](#) che prevede l'esecuzione di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, in particolare per la qualificazione e la messa a norma delle strutture. Negli anni, le risorse per il fondo hanno raggiunto quota 24 miliardi di euro (ultimo dato al 31 dicembre 2022).

Una volta assegnati alle Regioni, però, i soldi devono essere impiegati tramite gli Accordi di programma, regolati da procedimenti definiti in passaggi, tempi e modalità. Al 2022, tuttavia, risultavano investiti solo 13 miliardi negli accordi, pari al 56,6 per cento delle risorse da impiegare.

La scelta di usufruire di questa modalità per costruire una parte delle strutture del Pnrr rimaste fuori dalla rimodulazione fa ipotizzare tempi lunghi e le stesse criticità nei passaggi fra Stato e enti locali emerse negli ultimi trenta anni.

Le ragioni della lentezza operativa

"Dirottare una quota degli interventi del Pnrr su un canale ordinario come il fondo ex articolo 20, che ha dimostrato di avere delle criticità in passato, fa presagire che

l'operazione possa scontrarsi con ulteriori complessità. L'analisi svolta finora ha messo in evidenza marcati ritardi nella messa a terra degli investimenti in edilizia sanitaria, spesso dovuti a una cattiva programmazione iniziale cui fanno seguito ulteriori forti difficoltà nella fase di progettazione", commenta l'avvocato **Gabriele Pasquini**, coordinatore del Tavolo tecnico interistituzionale per l'edilizia sanitaria alla Presidenza del Consiglio dei ministri.

"Il risultato – aggiunge – è che l'avvio della fase esecutiva dell'investimento arriva molti anni dopo la conclusione della fase di programmazione. Nel frattempo, i costi lievitano sensibilmente, influenzati come sono da eventi quali, per citarne alcuni, la pandemia, la crisi del gas e l'incremento dei prezzi delle materie prime o i conflitti".

Proprio per questo lo stesso Tavolo ha proposto di rivedere le procedure di spesa dell'articolo 20, un suggerimento che è stato accolto ed efficacemente tradotto nell'articolo 1, comma 281, della legge di Bilancio del 2024.

"Si tratta – osserva l'avvocato – di un tassello assolutamente necessario ma non di per sé sufficiente a velocizzare ed efficientare procedure che hanno oltre quindici anni di anzianità".

Perché non unificare le fonti dei finanziamenti destinati all'edilizia sanitaria?

La norma inserita ha come obiettivo quello di semplificare le procedure, abbreviare le tempistiche e agevolare la realizzazione degli investimenti.

"In particolare – continua – la norma obbliga Stato e Regioni a sedersi intorno a un tavolo per rivedere l'accordo del 2008 con cui venivano definite le procedure di impiego dei fondi di cui all'articolo 20. La parte di investimenti confluiti dal Pnrr però, avrebbe forse la necessità di un canale di spesa molto più agile, altrimenti il rischio è di ingolfare una pipeline di investimenti che già sconta dei ritardi significativi".

È vero che i fondi dell'articolo 20 sono la fonte di finanziamento più importante dell'edilizia sanitaria, "ma bisogna ricordare – sottolinea – che ne esistono altre, per esempio il fondo rilancio e sviluppo del Paese e il fondo per lo sviluppo e la coesione, che vengono impiegati anche per coprire i costi di investimento nel settore della salute. Si tratta di fondi regolati però da discipline tra loro differenti. Ciò unisce complessità a complessità, mentre – suggerisce – potrebbe avviarsi una riflessione su una possibile unificazione delle fonti di finanziamento e su una differente governance dell'investimento in edilizia sanitaria".

Gli obiettivi da raggiungere entro il 2026 (a partire dalla medicina generale)

Se per il momento le scadenze stabilite per il 2023 sono state rispettate dall'Italia, nei confronti della tabella di marcia del Pnrr scandita dall'Europa, per l'anno in corso, il ministero della Salute è al lavoro per l'assegnazione di 2.700 borse di studio in medicina generale, riferite al terzo ciclo formativo triennale (2023-2026) e la piena operatività di almeno 480 Centrali operative territoriali.

“Nel primo trimestre – spiega **Alessio Nardini**, direttore generale per il dicastero dell’Unità di missione per l’attuazione degli interventi del Piano – è previsto il raggiungimento del target relativo al numero di nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare”. Per il direttore, la scarsità ormai cronica di personale è un problema sotto la lente.

“La missione Salute investe in particolare sulla formazione del personale sanitario, considerata una leva strategica. In particolare, destina quasi 102 milioni di euro all’investimento dedicato alle borse aggiuntive in formazione di medicina generale”, incrementando le relative borse di studio e garantendo il completamento di tre cicli di apprendimento di durata triennale, per un totale di 2.700 borse di studio aggiuntive entro il 30 giugno 2024.

“Grazie all’apporto delle risorse del Piano – prosegue Nardini – si è avuto un effettivo incremento a livello nazionale delle borse disponibili rispetto ai trienni precedenti al 2021-2024 e al 2022-2025, anche grazie all’apporto delle risorse. Inoltre, sono previsti quasi 538 milioni di euro per incrementare i contratti di formazione specialistica per ridurre il cosiddetto “imbuto formativo”, ossia la differenza tra il numero di laureati in medicina e il numero di posti di specializzazione post-lauream previsto, al fine di garantire un adeguato turn-over dei medici specialisti del Servizio sanitario nazionale.

In particolare, entro il 30 giugno 2026 è previsto il finanziamento di 4.200 contratti di formazione medico specialistica aggiuntivi, per un ciclo completo di studi della durata di cinque anni. A ciò vanno aggiunte le risorse previste nella legge di Bilancio 2024 che stanziava 250 milioni di euro per l’anno 2025 e di 350 milioni di euro annui a decorrere dall’anno 2026, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale destinate al potenziamento dell’assistenza territoriale. Inoltre, la stessa legge, per far fronte alla carenza di personale, nonché ridurre le liste d’attesa e il ricorso alle esternalizzazioni, autorizza, per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, la spesa di 200 milioni di euro per il personale medico e di 80 milioni di euro per il personale sanitario del comparto sanità”.

Per il 2024 si punta al rafforzamento dell’assistenza domiciliare

La rimodulazione ha permesso un incremento dei fondi destinati all’[assistenza domiciliare](#) di 250 milioni euro per la presa in carico di 842 mila pazienti over 65 entro il 30 giugno 2026 (42 mila in più rispetto al target iniziale).

“Lo scorso marzo – rammenta Nardini – è stata emanata una circolare finalizzata a dare impulso ai soggetti attuatori, prevedendo la definizione di un Piano operativo regionale (Por) da parte di ciascuna Regione e Provincia autonoma, quale misura correttiva finalizzata a recuperare i ritardi accumulati e sensibilizzare i soggetti attuatori rispetto alla necessità di garantire il conseguimento del target. I 21 Piani operativi sono stati acquisiti e valutati da una Commissione tecnica appositamente costituita presso Agenas. I Piani sono stati poi adottati da ciascuna Regione e Provincia autonoma. Un ulteriore stimolo deriva dall’intesa in Conferenza Stato Regioni che ha dato il via libera al decreto del ministero della Salute di concerto con il Mef per l’erogazione, a titolo di anticipazione, anche del 50 per cento delle risorse previste per l’annualità 2023, subordinata all’adozione dei Piani

operativi da parte delle Regioni che ha reso disponibili le risorse necessarie al conseguimento dei target successivi e in particolare al target europeo finale atteso entro giugno 2026”.

In questo ambito vanno considerate, inoltre, le risorse addizionali assegnate a seguito della rimodulazione del Piani che consentiranno un aumento della platea di over 65 presi in carico in regime di assistenza domiciliare.

“Parliamo di 842 mila assistiti in luogo degli 800 mila precedentemente previsti – aggiunge Nardini –. Infine è stato recentemente emanato un decreto che garantisce il corretto inserimento dei dati all’interno dei tracciati del flusso informativo sanitario per l’assistenza domiciliare, necessari per poter effettuare un’attività di monitoraggio sul rispetto delle tempistiche. Dalla prima rilevazione non si evincono sostanziali criticità ai fini del raggiungimento del target 2024”.

Pnrr e sanità: come procedono gli investimenti nel Mezzogiorno?

Anche i lavori per aprire le Case, gli ospedali di comunità e le centrali operative nelle Regioni del Sud non sono in ritardo.

“Sulla base dei dati trasmessi dalle Regioni e Province autonome – risponde Nardini – nell’ambito delle attività di monitoraggio di dicembre 2023 sono stati rilevati: 1.005 contratti stipulati per la realizzazione delle Case della comunità (target europeo finale al 30 giugno 2026); 536 contratti stipulati per la realizzazione delle Centrali operative territoriali (target europeo finale al 31 dicembre 2024); 281 contratti stipulati per la realizzazione degli Ospedali di comunità (target europeo finale al 30 giugno 2026)”.

Non si ravvisano, dunque, criticità in merito al raggiungimento dei target finali a livello nazionale. “Sono comunque garantite attività di presidio e di monitoraggio continuo per accompagnare il raggiungimento degli obiettivi”.

Tra gli obiettivi del Pnrr anche il potenziamento dei sistemi antincendio

La Federazione delle aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso) ha lanciato l’allarme di recente per mettere mano ai sistemi anti incendio delle strutture per la quale servirebbero 7 miliardi di euro.

“Il Pnrr prevede una specifica misura in questo ambito diretto – sostiene Nardini –. Per l’esattezza a seguito della rimodulazione, si prevede la realizzazione entro il 30 giugno del 2026 di almeno 84 interventi per il miglioramento strutturale del patrimonio immobiliare ospedaliero, adeguandolo alle normative antisismiche. La programmazione degli interventi contenuti nei Contratti istituzionali di sviluppo, pari a 116 progetti, è comunque ad oggi confermata, attraverso fonti di finanziamento alternative al Pnrr. Si rappresenta infine che il Piano degli investimenti complementari al Pnrr garantisce ulteriori risorse aggiuntive per finanziare ulteriori 220 progetti in questo settore”.

Piattaforma nazionale di telemedicina: a che punto siamo?

Fra gli strumenti previsti per la riorganizzazione sanitaria in capo al Pnrr, c'è la [piattaforma nazionale di telemedicina](#) che collegherà i sistemi di teleconsulto in tutta Italia. Incaricata di allestire la piattaforma è l'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) con uno stanziamento, grazie ai fondi del Pnrr, di circa 250 milioni di euro.

“Quello che stiamo facendo – spiega il direttore generale dell'Agenas, **Domenico Mantoan** – è un investimento superiore, un sistema, unico al mondo, che a livello centrale permette di usare i dati sanitari, non solo per la cura, ma anche per la programmazione”. Dopo la fase di progettazione e allestimento, la piattaforma ha concluso la verifica di conformità svolta dall'organo di collaudo il 30 novembre scorso con esito positivo.

“Ora siamo nella fase di avvio e consolidamento, in cui la piattaforma dovrà iniziare a ricevere i dati dalle infrastrutture regionali in corso di realizzazione”, illustra **Alice Borghini**, dirigente medico dell'Organizzazione dei modelli sanitari territoriali dell'Agenas.

Nei prossimi due anni il via all'assistenza sanitaria a distanza

Nel 2026, quando i fondi del Piano termineranno, e la macchina dovrà essere rodada, dall'Agenas assicurano che verrà avviato un cronoprogramma preciso.

“Ai sensi del decreto 30 settembre 2022 – spiega Borghini – sono in corso di aggiudicazione le gare delle Regioni capofila Lombardia e Puglia, rispettivamente per l'acquisto dei servizi software necessari per l'erogazione delle prestazioni attraverso gli [strumenti di telemedicina](#) e delle postazioni di lavoro utili per l'erogazione dei servizi e della relativa gestione logistica. Successivamente all'aggiudicazione delle gare, le Regioni e le pubbliche amministrazioni procederanno a integrare tutti i sistemi con l'infrastruttura regionale di telemedicina e con la piattaforma. Al termine delle operazioni di integrazione e di collaudo dell'infrastruttura, si procederà con la fase di formazione per gli attori coinvolti e, quindi, con l'utilizzo dei servizi”.

Tutte queste attività verranno svolte quest'anno, mentre nel 2025 e nel 2026 l'utilizzo dei servizi di telemedicina, che potrà essere ulteriormente implementato in termini di servizi, entrerà a regime “con l'obiettivo – precisa Borghini – di incrementare la popolazione raggiunta”.

A quel punto, l'Agenas dovrà sviluppare il sistema tariffario delle prestazioni in telemedicina per rendere il sistema sostenibile anche dopo che i fondi europei del Piano si esauriranno.

Coinvolte anche la medicina generale e le farmacie

Una volta avviata, la piattaforma prevede di raggiungere 300 mila persone assistite con [servizi di telemedicina](#) entro il 2025, la previsione è quella di raggiungere il 25 per cento del target fissato entro la fine del 2024.

“Al fine di promuovere l’utilizzo della telemedicina su tutto il territorio nazionale – osserva Borghini – anche tra i medici di cure primarie, tutte le Regioni e le pubbliche amministrazioni hanno aderito alla gara per l’acquisto delle postazioni di lavoro per l’erogazione dei servizi di telemedicina dalle quali è emerso un fabbisogno complessivo di circa 85 mila postazioni”.

Pure le [farmacie rurali](#) verranno coinvolte dal Piano come punti di supporto per l’erogazione delle prestazioni attraverso i servizi di telemedicina, anche mediante la fornitura di oltre 6 mila postazioni.

“Ogni farmacia rurale – afferma la dirigente – sul territorio nazionale sarà dotata di una postazione per erogare e ricevere servizi in telemedicina per la popolazione di riferimento”.

Intelligenza artificiale e telemedicina

A inizio gennaio [l’Agenas ha sospeso la gara per l’investimento 1.2.2.4 intelligenza artificiale](#) a seguito della comunicazione del Garante per la protezione dei dati personali che aveva sollevato l’obiezione riguardo all’assenza di una legge specifica che regolasse l’intelligenza artificiale.

“La sospensione della gara – osserva Borghini – non comporta una diretta ripercussione sulla buona riuscita dell’investimento 1.2.3 Telemedicina. Infatti la piattaforma di intelligenza artificiale e la piattaforma di telemedicina sono previste dai relativi investimenti come delle infrastrutture realizzate in modo da poter essere operative indipendentemente l’una dalle altre, con attività di realizzazione ben definite e non in rapporto di interdipendenza. Il legame tra le due tipologie di infrastrutture potrà eventualmente esplicitarsi in un secondo momento”.