

### 6.3. Sanità e politiche sociali

Il PNRR affronta in modo integrato il nodo dell'**assistenza socio-sanitaria territoriale collegando** alcuni investimenti della **Missione 5 " Inclusion e Coesione" Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore"** agli investimenti e progetti di riforma proposti dalla **Missione 6 "Sanità" Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale sanitaria"**. Più nel dettaglio, gli ambiti di intervento (progetti) previsti **dall'Investimento 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale"** della **Componente 2 della Missione 5** sono rivolti a: *i)* sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti; *ii)* percorsi di autonomia per persone con disabilità; *iii)* *Housing* temporaneo e stazioni di posta. Agli investimenti si affiancano due importanti previsioni di riforma: Legge quadro sulla disabilità e Riforma del sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti. La definizione ed esecuzione dei progetti a valenza sociale della componente M5C2 vede il coinvolgimento, in qualità di attuatori, degli enti locali (Comuni singoli od

associati in Ambiti territoriali) coordinati dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, in collaborazione con le Regioni. La linea di intervento **M5C2.1 è espressamente ricondotta alle politiche socio-sanitarie** e dispone di **1,45 miliardi di euro**.

**Nella Missione 5**, per quanto qui interessa, si segnalano anche due investimenti dell'**Intervento 1 "Strategia nazionale per le aree interne" della Componente 3 Coesione territoriale** (alla cui scheda si rinvia), ovvero: *i)* il potenziamento servizi e infrastrutture sociali di comunità; *ii)* il consolidamento delle farmacie rurali convenzionate dei centri con meno di 3.000 abitanti. L'investimento vale **825 milioni di euro**.

Infine, gli investimenti della **Componente 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"** intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. Ulteriore obiettivo è il potenziamento

della protezione dai rischi sanitari ambientali e climatici, in modo da rispondere più efficacemente alle esigenze delle comunità in materia di cure e assistenza a livello locale. Agli investimenti si affianca un intervento di riforma finalizzato alla definizione di un nuovo assetto istituzionale e organizzativo, che consenta di conseguire *standard* uniformi di cura nell'assistenza territoriale e un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con un approccio integrato ("*One Health*") e con una visione olistica ("*Planetary Health*"). Gli **investimenti della Componente M6C1 valgono 7 miliardi di euro.**

Gli obiettivi della **Componente 2 della Missione 6 Salute** riguardano, in aggiunta, due gruppi di investimenti per un valore totale di circa **8.630 milioni di euro:**

- l'Investimento 1, per cui sono previste, complessivamente, risorse per **7.360 milioni di euro**, vale a dire circa l'**85,4%**

### 6.3.1 Assistenza sociale territoriale

Di seguito, in forma tabellare, le risorse destinate ai singoli investimenti presenti nelle **Componenti 2 e 3 della Missione 5**, afferenti al settore dell'**assistenza sociale territoriale per un**

della Componente in questione, riguardante: la sostituzione delle **tecnologie sanitarie** obsolete negli ospedali (**Investimento 1.1 da 4 a 9**), la **sicurezza** strutturale degli **edifici ospedalieri** (**Investimento 1.2 - 10**) ed il potenziamento dei **sistemi informativi** e degli **strumenti digitali sanitari** (**Investimento 1.3 – da 11 a 13**) (v. 6.3.3);

- e l'Investimento 2 con un complesso di risorse previste pari a **1.260 milioni** di euro - il **14,6%** della Componente 2 in esame -, a cui si associa la Riforma sugli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) quantificata senza oneri a carico della finanza pubblica. L'investimento 2 (v. 6.3.4) attiene alla promozione ed al rafforzamento della **ricerca scientifica biomedica** (**Riforma 1 e Investimento 2.1. – 2 e 3**), oltre che al potenziamento della **formazione e risorse umane** di settore (**Investimento 2.2 da 14 a 17**).

**totale di risorse pari a circa 2,28 miliardi di euro.** Per la cronologia si rinvia all'[allegato alla decisione UE](#):

INVESTIMENTO	RISORSE	OBIETTIVO DELL'INTERVENTO	ULTERIORI ELEMENTI
Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti M5C2-I 1.1 - 5-6	<b>500</b> Sovvenzione	L'investimento si articola in <b>quattro categorie di interventi (progetti)</b> : <b>i)</b> interventi di 18-24 mesi finalizzati a sostenere le capacità genitoriali e a supportare le <b>famiglie</b> e i <b>minori</b> in condizioni di <b>vulnerabilità (0-17 anni)</b> , per un totale di risorse pari a <b>84,6 milioni</b> ; <b>ii)</b> intervento rivolto agli <b>anziani non autosufficienti</b> finalizzato alla <b>riconversione delle RSA</b> in gruppi di	Per il finanziamento ed i costi unitari degli interventi si rinvia alla <a href="#">sezione dedicata</a> dell'allegato al PNRR. Il <b>periodo di attuazione</b> è stimato <b>dal 2021 al 2026</b> . Più in particolare, nel <b>quarto trimestre del 2021</b> è prevista l' <b>approvazione del Piano operativo</b> con la definizione dei requisiti dei progetti che potranno essere presentati dagli enti locali, con riferimento alle quattro tipologie di interventi. Tutti i distretti sociali sono invitati a partecipare; la strategia è infatti

INVESTIMENTO	RISORSE	OBIETTIVO DELL'INTERVENTO	ULTERIORI ELEMENTI
		<p>appartamenti dotati dei servizi necessari alla permanenza in sicurezza degli anziani, a cui sono dedicate risorse pari a <b>307,5 milioni</b>. La linea di attività è integrata agli investimenti del capitolo sanitario del Piano (<i>infra</i> M6-C1-I.1.1 e M6-C1-I.1.2);</p> <p>iii) interventi per rafforzare i <b>servizi sociali a domicilio</b> per gli anziani necessari a garantire la <b>dimissione ospedaliera anticipata e a prevenire i ricoveri in ospedale</b>, a cui sono finalizzati <b>66 milioni</b>. L'intervento mira a fornire una formazione specifica ai professionisti nell'ambito dei servizi a domicilio destinati agli anziani. Anche questa linea di attività è integrata al progetto sull'assistenza sanitaria (cure intermedie) proposto nella Missione 6;</p> <p>iv) interventi per rafforzare i servizi sociali attraverso l'introduzione di meccanismi di condivisione e supervisione per gli <b>assistenti sociali</b>, di cui si intende rafforzare la presenza e sostenere il ruolo, per un valore pari a <b>42 milioni</b>.</p> <p>Tutti i quattro interventi descritti sono considerati "<b>livello essenziale di assistenza sociale</b>".</p>	<p>quella di consentire ai progetti di aprire la strada alla stabilizzazione dei servizi mediante il riconoscimento formale di un livello essenziale di assistenza sociale da erogare su tutto il territorio nazionale (M5C2-5).</p> <p>Nel <b>primo trimestre del 2026</b>, si prevede che <b>almeno l'85% dei distretti sociali</b> (attualmente circa 600) <b>abbia completato uno degli interventi</b> (si veda sul punto la <a href="#">sezione dedicata</a> dell'allegato al PNRR). L'intervento deve coprire l'intero territorio nazionale (M5C2-6).</p> <p>Tutte le categorie di interventi saranno attuati dal <b>Ministero del lavoro e delle politiche sociali</b> che pubblicherà un <b>bando non competitivo</b> in materia rivolto ai comuni singoli o associati.</p>
Percorsi di autonomia per persone con disabilità M5C2-I 1.2 - 7-8	<b>500</b> Sovvenzione	<p>Dirette beneficiarie dell'investimento sono le <b>persone con disabilità</b>. L'investimento ha l'obiettivo di accelerare il <b>processo di autonomia, e conseguentemente di deistituzionalizzazione</b>, delle persone <b>disabili</b>, fornendo servizi sociali e socio-sanitari domiciliari (individualizzati) e di comunità, anche tramite l'assegnazione di proprietà immobiliari confiscate alle organizzazioni criminali. Anche questa linea di intervento è strettamente collegata alla riforma dei servizi sanitari di prossimità previsti dalla Missione 6 sanitaria. L'<b>obiettivo</b> posto è che <b>almeno 5.000 persone con disabilità</b> (1.000 esistenti più altre 4.000) possano beneficiare del <b>rinnovo dello spazio domestico e/o della fornitura di dispositivi ICT</b>. I servizi devono essere accompagnati da una formazione sulle competenze</p>	<p>Per i costi unitari di intervento si veda nell'<a href="#">allegato al PNRR</a>. Gli <b>interventi</b> sono <b>realizzati</b> dai <b>Comuni</b>, singoli o in associati (Ambiti sociali territoriali), <b>coordinati dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali</b> in collaborazione con le <b>Regioni</b>.</p> <p>Il <b>periodo di attuazione</b> è stimato <b>dal 2022 al 2026</b>.</p> <p>Nel <b>quarto trimestre del 2022</b> l'obiettivo dato è la realizzazione da parte dei distretti sociali di <b>almeno 500 progetti relativi alla ristrutturazione degli spazi domestici e/o</b> alla fornitura di dispositivi ICT alle persone con disabilità, insieme a una formazione sulle competenze digitali (M5C2-7).</p> <p>Nel <b>primo trimestre del 2026</b> si prevede il raggiungimento dell'obiettivo (M5C2-8).</p>

INVESTIMENTO	RISORSE	OGGETTIVO DELL'INTERVENTO	ULTERIORI ELEMENTI
		digitali	
<i>Housing</i> temporaneo e stazioni di posta M5C2-I 1.3 - 9-10	<b>450</b> Sovvenzione	<p>L'investimento, rivolto alle <b>persone senza dimora</b>, si articola in due categorie di interventi:</p> <p><b>(i) <i>Housing</i> temporaneo</b>, con la messa a disposizione fino a 24 mesi, da parte dei Comuni (singoli o associati), di appartamenti per singoli/piccoli gruppi/famiglie, preferibilmente attraverso la ristrutturazione e il rinnovo degli immobili di proprietà dello Stato. I progetti devono essere accompagnati da programmi a favore dello sviluppo e dell'autosufficienza. All'intervento sono stati destinati <b>177,5 milioni</b>;</p> <p><b>(ii) Stazioni di posta</b>, con offerta di accoglienza notturna limitata e servizi, quali: servizi sanitari, ristorazione, orientamento al lavoro e distribuzione di beni alimentari. Le associazioni di volontariato, saranno coinvolte nelle attività delle Stazioni di posta, collaborando con le amministrazioni pubbliche. Al fine di raggiungere una più ampia inclusione sociale, il progetto comporterà azioni incentrate sull'inserimento lavorativo, con il supporto dei centri per l'impiego. L'intervento è finanziato con <b>272,5 milioni</b>.</p> <p>L'obiettivo finale è che almeno <b>25.000 persone</b> ricevano un alloggio temporaneo grazie ai progetti di <i>Housing First</i> e stazioni di posta.</p>	<p>Per i costi unitari di intervento si veda nella parte dedicata dell'<a href="#">allegato al PNRR</a>.</p> <p><b>Il periodo di attuazione è stimato dal 2022 al 2026.</b></p> <p><b>Nel primo trimestre del 2022</b>, il piano operativo relativo ai progetti di <i>Housing First</i> e stazioni di posta dovrà definire i requisiti dei progetti che possono essere presentati dagli enti locali nonché degli inviti a presentare proposte (M5C2-9).</p> <p><b>Nel primo trimestre del 2026</b>, almeno 25.000 persone che vivono in condizioni di grave deprivazione materiale dovranno ricevere un alloggio temporaneo, per almeno 6 mesi, grazie ai progetti di <i>Housing First</i> e stazioni di posta (M5C2-10).</p>
Strategia nazionale per le aree interne M5C3-I 1.1 - 1-4	<b>825</b> Sovvenzione  <b>825</b>  2021: 175 2022: 175 2023: 200 2024: 75	<p>Per le Aree Interne, distribuite da nord a sud, sono previsti investimenti attrattivi, in grado di facilitare i meccanismi di sviluppo colmando i divari territoriali (dovuti a differenze infrastrutturali, economiche e demografiche). Il supporto del PNRR si articola nelle seguenti due linee di intervento:</p> <p><b>i) Potenziamento servizi e infrastrutture sociali di comunità.</b> L'intervento è rivolto al disagio e alla fragilità sociale, si prevede</p>	<p>I progetti finanziati possono riguardare: servizi di assistenza domiciliare per anziani; infermiere e ostetriche di comunità; potenziamento di piccoli ospedali (senza pronto soccorso) o alcuni servizi di base (es. radiologia, cardiologia, ginecologia) e ambulatoriali; infrastrutture per l'elisoccorso; rafforzamento di centri per disabili; centri di consulenza, servizi culturali, sportivi e per l'accoglienza di migranti. L'intervento deve prevedere la <b>creazione di nuovi servizi e infrastrutture o il miglioramento di quelli esistenti</b> attraverso un aumento del numero di destinatari o della qualità dell'offerta.</p>

INVESTIMENTO	RISORSE	OBBIETTIVO DELL'INTERVENTO	ULTERIORI ELEMENTI
	2025: 75 2026: 25  2023: 25 2024: 25 2025: 25 2026: 25	<p><b>l'intensificazione dell'erogazione di servizi</b> (agli anziani, ai giovani in difficoltà, servizi di natura socioassistenziale, etc.), anche facilitando l'accessibilità ai territori e i collegamenti con i centri urbani. Il finanziamento previsto è pari a 725 milioni (di cui 500 milioni per i comuni delle aree interne e 225 milioni per i comuni del Mezzogiorno);</p> <p><b>ii) Rafforzamento dei servizi sanitari di prossimità (100 milioni di euro)</b> attraverso il <b>consolidamento delle farmacie rurali convenzionate</b> rendendole strutture in grado di erogare servizi sanitari territoriali nei centri con meno di 3.000 abitanti. L'<b>obiettivo</b> è di consolidare almeno 2.000 farmacie rurali in comuni di aree interne con meno di 3.000 abitanti, entro il secondo trimestre del 2026 (500 farmacie rurali entro il quarto trimestre del 2023).</p>	<p>Dei 725 milioni previsti per il potenziamento dei servizi di comunità, 500 milioni sono destinati ai comuni delle aree interne e 225 milioni ai comuni del Mezzogiorno.</p> <p>Nel dettaglio, ci si aspetta che queste farmacie rafforzino il loro ruolo: partecipando al servizio integrato di assistenza domiciliare; fornendo prestazioni di secondo livello, attraverso percorsi diagnostico-terapeutici previsti per patologie specifiche; erogando farmaci che il paziente è ora costretto a ritirare in ospedale; monitorando pazienti con la cartella clinica elettronica e il fascicolo farmaceutico</p>

Agli investimenti sopra indicati si affiancano le seguenti previsioni di riforma (per la cronologia si rinvia all'[allegato alla decisione UE](#)):

INVESTIMENTO	RISORSE	OBBIETTIVO DELL'INTERVENTO	ULTERIORI ELEMENTI
Legge quadro sulla disabilità M5C2-R 1.1 - 1-2	<b>800</b> Risorse del Fondo per la disabilità e la non autosufficienza 2021: 200 2022: 300 2023: 300 + <b>Sovvenzione</b>	<p>La Riforma, che consiste in una <b>legge delega</b>, è finalizzata all'adozione di una disciplina organica ("Codice") sulla disabilità, volta a ridisegnare la tutela della disabilità nei diversi ambiti e, allo stesso tempo, a prevedere processi più efficienti di erogazione degli interventi e dei servizi. <b>La Legge quadro ha le seguenti finalità:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rafforzamento/qualificazione dell'offerta dei servizi sociali da parte degli Ambiti territoriali;</li> <li>▪ semplificazione dell'accesso ai servizi sanitari e sociali;</li> <li>▪ revisione delle procedure per l'accertamento delle disabilità;</li> <li>▪ promozione dei progetti di vita indipendente da definirsi</li> </ul>	<p>Le <b>amministrazioni coinvolte</b> nella Riforma sono il Ministero della Salute, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, le Regioni e i Comuni (ANCI).</p> <p>All'adozione della legge quadro devono seguire la riorganizzazione dei servizi sociali locali, la definizione di standard qualitativi e la messa a disposizione di piattaforme ICT per migliorare e rendere più efficienti i servizi.</p> <p>Il <b>periodo di attuazione</b> è stimato <b>dal 2021 al 2024</b>. Il <b>cronoprogramma</b> prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>fine del 2021</b> approvazione, da parte del Consiglio dei ministri, di una legge delega sulla disabilità (M5-C2- 1);</li> <li>▪ <b>secondo trimestre 2024</b> entrata in vigore della legge quadro e</li> </ul>

INVESTIMENTO	RISORSE	OBIETTIVO DELL'INTERVENTO	ULTERIORI ELEMENTI
		con una valutazione multidimensionale della condizione della persona disabile.	adozione governativa dei decreti legislativi delegati (M5C2-2). Per approfondimenti si rinvia all' <a href="#">allegato al PNRR</a> .
Riforma del sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti M5C2-R 1.2 - 3-4	Sovvenzione Le risorse necessarie saranno individuate dalla legge delega	La Riforma è <b>finalizzata alla individuazione formale dei livelli essenziali delle prestazioni per gli anziani non autosufficienti</b> . I principi fondamentali della riforma sono: <b>(i)</b> semplificare l'accesso ai servizi, attraverso punti unici di accesso sociale e sanitario; <b>(ii)</b> individuare modalità di riconoscimento della non autosufficienza sulla base dei bisogni assistenziali; <b>(iii)</b> introdurre la valutazione multidimensionale e definizione di un progetto individualizzato che finanzi i servizi necessari in modo integrato, favorendo la permanenza a domicilio; <b>(iv)</b> definire progetti individualizzati che promuovano la deistituzionalizzazione.	La <b>legge di riforma è anticipata da interventi specifici previsti dal PNRR</b> , fra cui quelli previsti nella Missione salute (M6), con riferimento a progetti che rafforzano i servizi sanitari locali e l'assistenza domiciliare, e quelli previsti dalla Componente M5C2, con specifico riferimento agli investimenti finalizzati alla deistituzionalizzazione, alla riconversione delle case di riposo e al potenziamento dei servizi domiciliari per le dimissioni ospedaliere protette. Si prevede l' <b>adozione del disegno di legge delega entro la scadenza naturale della legislatura, ovvero nella primavera 2023 (M5C2-3)</b> . L' <b>approvazione dei decreti legislativi delegati è stimata entro il 1° trimestre 2024 (M5C2-4)</b> . Anche in questo caso per approfondimenti si rinvia all' <a href="#">allegato al PNRR</a> .

La **Componente M5C2.1** intende rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali, mirando alla definizione di modelli personalizzati per la **cura delle famiglie, delle persone di minore età, degli adolescenti e degli anziani, così come delle persone con disabilità**. Ulteriori interventi prevedono investimenti infrastrutturali, finalizzati alla prevenzione dell'istituzionalizzazione attraverso la riconversione delle RSA o il reperimento di soluzioni alloggiative alternative. Interventi mirati sono inoltre previsti per la povertà estrema e i senza dimora.

Gli interventi inclusi in M5C2, con particolare riferimento all'investimento 1, definendo la componente sociale dell'assistenza territoriale, sono complementari e pienamente coerenti con gli investimenti della Componente 1 della Missione 6

salute, che mira al rafforzamento dell'assistenza sanitaria e dei servizi territoriali a questa collegati.

Gli interventi legislativi di riforma proposti rivestono particolare importanza in quanto intendono riordinare la normativa in materia di disabilità e fissare, compatibilmente con il quadro finanziario, i livelli essenziali delle prestazioni per la non autosufficienza.

Il rafforzamento dell'assistenza sociosanitaria rivolta alla cura dei soggetti fragili e dei malati cronici e la contemporanea riprogettazione ed il potenziamento dei servizi pubblici di cura rivolti agli anziani non autosufficienti e ai disabili disegnano una assistenza sul territorio con ricadute molto importanti per l'**occupazione femminile**, poiché, da un lato alleggeriscono le donne dall'impegno di cura familiare, al quale esse sono

prevalentemente dedite, dall'altro creano nuove possibilità di impiego in un settore tradizionalmente occupato dalle donne.

Ugualmente centrale per la definizione di una corretta assistenza territoriale è la prima linea di azione prevista dalla **Componente M5C3 per le aree interne che rafforza la dotazione di servizi sociali e sanitari nelle aree del Mezzogiorno** e in quelle

### 6.3.2 Assistenza territoriale sanitaria

Per l'ambito assistenza territoriale sanitaria, le risorse sono presenti nella Componente 1 della **Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"**. Si tratta, complessivamente, di **7 miliardi**, ai quali si aggiungono 1,50 miliardi di risorse React EU e 0,50 miliardi di risorse afferenti al Fondo complementare.

L'obiettivo di questa componente è rafforzare il Servizio sanitario nazionale potenziando, tra l'altro, la protezione dai rischi sanitari

**marginalizzate**, contribuendo ad aumentare l'attrattività dei territori a maggior rischio di spopolamento, accrescendo le opportunità di lavoro e affermando il **diritto a restare per le nuove generazioni**.

ambientali e climatici e rispondendo meglio alle esigenze delle comunità in materia di cure e assistenza a livello locale.

Per la cronologia

Il **Piano di costi e sostenibilità del personale relativo alla Componente M6C1** è illustrato in maniera dettagliata nell'[allegato al PNRR](#).

Di seguito, in forma tabellare, le risorse, in *milioni di euro*, destinate ai singoli interventi:

INVESTIMENTO	RISORSE	OGGETTIVO DELL'INTERVENTO	ULTERIORI ELEMENTI
Case della Comunità e presa in carico della persona M6C1-I 1.1 - 2- 3	<b>2.000</b> Prestiti	L'investimento prevede l'attivazione di <b>1.350 Case della Comunità</b> . La Casa della Comunità è identificata come la <b>struttura sociosanitaria</b> deputata a costituire un punto di riferimento continuativo per la popolazione, indipendentemente dal quadro clinico dell'utenza (malati cronici, persone non autosufficienti che necessitano di assistenza a lungo termine, persone affette da disabilità, disagio mentale, povertà), garantendo l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza primaria Al suo interno saranno presenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie per le valutazioni multidimensionali</b> (servizi socio -sanitari);</li> </ul>	L'investimento agisce, come già detto <i>supra</i> , in maniera sinergica con gli investimenti 1.1 e 1.2 della Componente 2 della Missione 5. Per i costi unitari dell'investimento si veda l' <a href="#">allegato al PNRR</a> . Entro il <b>secondo trimestre del 2022</b> è prevista la definizione di un <b>contratto istituzionale di sviluppo</b> , con il Ministero della Salute italiano quale autorità responsabile e attuativa e la partecipazione delle amministrazioni regionali, insieme agli altri soggetti interessati alla gestione delle Case della Comunità. Il contratto deve individuare anche gli obblighi che ciascuna regione italiana assumerà per garantire il conseguimento del risultato atteso in relazione alla Casa della Comunità (M6C1-2).

INVESTIMENTO	RISORSE	OBIETTIVO DELL'INTERVENTO	ULTERIORI ELEMENTI
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>servizi sociali e assistenziali</b> rivolti prioritariamente alle <b>persone anziane e fragili</b>;</li> <li>▪ <b>servizi</b> dedicati alla tutela della <b>donna, del bambino e dei nuclei familiari (Consultori)</b>.</li> </ul> <p>Il <b>personale</b> sarà costituito da <i>team</i> multidisciplinari di professionisti della salute (MMG, PLS, medici specialistici e infermieri di comunità identificati come la figura chiave della struttura), e assistenti sociali.</p>	<p>Nel <b>secondo trimestre del 2026</b> dovranno essere messe a disposizione le <b>1.350 Case della comunità</b>. Le nuove costruzioni finanziate dall'RRF devono essere conformi ai requisiti di cui all'allegato VI, nota 5, del regolamento (UE) 2021/241 (M6C1-3).</p>
<p>Casa come primo luogo di cura e telemedicina M6C1-I 1.2 - 4-9</p>	<p><b>4.000 Prestiti</b></p> <p>di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>2.720 milioni</b> connessi ai costi derivanti dal servire un <b>numero crescente di pazienti con i servizi connessi all'assistenza domiciliare</b>;</li> <li>▪ <b>280 milioni</b> per l'istituzione delle Centrali operative territoriali (COT);</li> <li>▪ <b>1.000 milioni</b> per la <b>telemedicina</b>.</li> </ul>	<p>L'investimento si articola in tre progetti:</p> <p>i) <b>identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari</b>, ovvero dell'ADI, che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (telemedicina, domotica, digitalizzazione). Il progetto mira ad <b>aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni</b> con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti;</p>	<p>Per quanto riguarda l'<b>assistenza domiciliare</b>, nel <b>secondo trimestre del 2022</b> è attesa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ l'approvazione, in sede di Conferenza Stato-regioni, dell'Accordo recante le Linee guida contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare (M6C1-4);</li> <li>▪ Approvazione di un contratto istituzionale di sviluppo, con il Ministero della Salute italiano quale autorità responsabile e attuativa e la partecipazione delle amministrazioni regionali insieme agli altri soggetti interessati per l'assistenza domiciliare. Il contratto istituzionale di sviluppo deve esplicitare, per ogni intervento o categoria di interventi, il cronoprogramma, le responsabilità dei contraenti, i criteri di valutazione e monitoraggio e le sanzioni in caso di inadempienza, prevedendo anche le condizioni di definanziamento, anche parziale, degli interventi ovvero l'attribuzione delle relative risorse ad altro livello di governo, nel rispetto del principio di sussidiarietà (M6C1-5);.</li> </ul> <p>Nel <b>secondo trimestre del 2026</b> è atteso un aumento delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (1,5 milioni di persone stimate nel 2026). Per raggiungere tale obiettivo dovrà essere aumentato di almeno 800.000 unità entro il 2026 il numero di persone di età superiore ai 65 anni che ricevono assistenza domiciliare (M6C1-6). Per i costi in relazione all'incremento atteso dei pazienti, si rinvia alla <a href="#">sezione dedicata</a> dell'allegato al PNRR.</p> <p>Si ricorda ancora che ulteriori interventi collegati all'assistenza domiciliare sono elencati nella Missione 5 componente 2, in particolare le riforme 1 e 2 e gli investimenti 1 e 2.</p>



INVESTIMENTO	RISORSE	OBIETTIVO DELL'INTERVENTO	ULTERIORI ELEMENTI
		<p>ii) <b>attivare 600 Centrali Operative Territoriali (COT)</b>, una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza (una COT per circa 100.000 abitanti);</p> <p>iii) <b>utilizzare la telemedicina</b> per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche. Il progetto sulla telemedicina è in linea con quanto previsto negli investimenti 1.3 della Componente 2 della Missione 6, e, come già detto, è in linea e rafforza quanto promosso e previsto dagli investimenti 1.1 e 1.2 della Componente 2 della Missione 5. L'obiettivo posto è <b>assistere, nel 2025, almeno 200.000 persone sfruttando strumenti di telemedicina.</b></p>	<p>Per quanto riguarda le <b>Centrali operative territoriali</b>, obiettivo posto è la <b>piena operatività nel secondo trimestre del 2024</b> (M6C1-7). Per i costi unitari dell'intervento, si rinvia all'<a href="#">allegato al PNRR</a>.</p> <p>L'intervento si traduce nel <b>finanziamento di progetti di telemedicina proposti dalle Regioni sulla base delle priorità e delle Linee guida</b> definite dal Ministero della Salute. I progetti potranno riguardare ogni ambito clinico e promuovere un'ampia gamma di funzionalità lungo l'intero percorso di prevenzione e cura. Per ottenere i finanziamenti, i progetti dovranno innanzitutto potersi integrare con il Fascicolo Sanitario Elettronico. Saranno privilegiati progetti che insistono su più Regioni, e ambiscono a costruire vere e proprie "piattaforme di telemedicina" facilmente scalabili.</p> <p>Nel <b>quarto trimestre del 2023</b> si prevede l'<b>assegnazione di risorse a programmi/progetti sulla telemedicina come strumento di supporto regionale alla gestione dei pazienti</b>. Almeno un progetto per regione (considerando sia i progetti che saranno attuati nella singola regione sia quelli che possono essere sviluppati nell'ambito di consorzi tra regioni) (M6C1-8).</p> <p>Nel <b>quarto trimestre del 2025</b> si conta che almeno 200.000 persone saranno assistite sfruttando strumenti di telemedicina (M6C1-9).</p>
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità M6C1-I 1.3 – 10-11	<b>1.000</b> Prestiti	<p><b>L'investimento mira al potenziamento dell'offerta delle cure intermedie</b> attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità (di norma dotato di 20 posti letti, fino ad un massimo di 40), ovvero di una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve, destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.</p> <p>L'investimento si concretizzerà nella <b>realizzazione di 400 Ospedali di Comunità</b> (con uno standard nazionale stimato di un ospedale di comunità per 158.122 abitanti)</p>	<p>La realizzazione degli Ospedali di Comunità è stata calcolata, in via cautelativa, anche <i>ex-novo</i> considerando che, ad oggi, in Italia non esiste un flusso informativo specifico a livello nazionale per definire e individuare eventuali strutture disponibili o idonee alla riqualificazione (qui un <a href="#">approfondimento</a> nell'allegato al PNRR dei costi unitari di intervento).</p> <p>Nel <b>secondo trimestre del 2022</b> è prevista l'approvazione di un <b>contratto istituzionale di sviluppo</b>, con il Ministero della Salute italiano quale autorità responsabile e attuativa e la partecipazione delle amministrazioni regionali insieme agli altri soggetti interessati per gli Ospedali di Comunità. Il contratto istituzionale di sviluppo deve contenere l'elenco di tutti i siti idonei individuati</p>

INVESTIMENTO	RISORSE	OBBIETTIVO DELL'INTERVENTO	ULTERIORI ELEMENTI
			per gli investimenti e degli obblighi che ciascuna regione italiana assumerà per garantire il conseguimento del risultato atteso. In caso di inadempienza da parte della regione il Ministero della Salute deve procedere al commissariamento "ad acta" Per quanto riguarda il parco tecnologico degli impianti, vale a dire tutti gli strumenti, le licenze e le interconnessioni, deve essere data preferenza ai metodi di aggregazione degli appalti (M6C1-10). <b>L'attuazione del progetto è prevista per il secondo trimestre del 2026 (M6C1-11).</b>

Agli investimenti sopra indicati si affiancano le seguenti previsioni di riforma:

INVESTIMENTO	RISORSE	OBBIETTIVO DELL'INTERVENTO	ULTERIORI ELEMENTI
Riforma dell'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima (M6C1-R 1-1)	<b>Prestiti</b>	Nell' <a href="#">allegato alla decisione UE</a> la Riforma "Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale" viene <b>attuata nel secondo trimestre del 2022</b> attraverso un decreto ministeriale che prevede: <ul style="list-style-type: none"> <li>- la definizione di un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale attraverso la definizione di un quadro normativo che identifichi gli standard strutturali, tecnologici e organizzativi in tutte le regioni;</li> <li>- la definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con un approccio integrato ("<i>One Health</i>") e con una visione olistica ("<i>Planetary Health</i>") (M6C1-1).</li> </ul>	Sul punto, si osserva che nella <a href="#">versione definitiva del PNRR</a> e nell' <a href="#">allegato al PNRR</a> sono invece previsti due interventi distinti: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate, da adottarsi entro il 2021 con l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale;</li> <li>▪ la definizione entro la metà del 2022, a seguito della presentazione di un disegno di legge alle Camere, di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio "<i>One-Health</i>".</li> </ul> Preme inoltre ricordare che l'art. 1, comma 2, lettera e) del decreto legge n. 59 del 2021 stanziava 500 milioni circa, per il periodo 2021-2026, per gli interventi relativi ai profili sanitari connessi con le problematiche dell'ambiente e del clima,

Gli interventi di questa componente, che si devono leggere in parallelo con quelli della Missione 5 *supra* illustrati, intendono rafforzare le **cure intermedie** erogate sul territorio grazie al

potenziamento e alla creazione di **strutture e presidi territoriali** (Case e Ospedali di Comunità), il contemporaneo rafforzamento dell'assistenza domiciliare e lo sviluppo della telemedicina.

Inoltre, con gli interventi di riforma, la componente mira a fornire standard uniformi per l'assistenza territoriale e a ridisegnare una parte del SSN applicando l'approccio olistico "*One-health*", nella pianificazione e nella gestione dei servizi di salute, ambiente, clima e prevenzione e risposta sanitaria.

**Gli investimenti per gli ospedali e le case di comunità nonché quelli per la telemedicina sono rivolti alla popolazione nel suo complesso, con una particolare attenzione ai pazienti cronici e fragili, ai quali è sostanzialmente rivolto l'investimento per l'assistenza domiciliare (*over 65*). L'investimento per la Casa della comunità intende altresì fornire servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari (Consultori).**

Il Ministero della Salute è responsabile della Componente nel suo complesso. Attraverso l'attivazione di conferenze di servizi si stima di semplificare le procedure, comprese quelle di autorizzazione. Per la realizzazione degli investimenti si utilizzeranno gli strumenti della programmazione negoziata (quali Contratto Istituzionale di Sviluppo, da definire entro il secondo trimestre del 2022), necessari per garantire il coordinamento dei livelli istituzionali e degli enti coinvolti.

**Le Regioni, direttamente o attraverso le loro ASL, sono responsabili dell'esecuzione e della gestione degli investimenti.**

### 6.3.3 Innovazione tecnologica nel SSN

Le risorse destinate all'obiettivo dell'innovazione tecnologica e digitale del Sistema sanitario nazionale (SSN) (M6C2 Investimento 1) allocate alla Componente 2 della Missione 6 ammontano, complessivamente, a **7.360 milioni**, vale a dire a circa l'**85,4%** del totale complessivo previsto per la componente

In caso di inadempienza da parte della Regione, il Ministero della Salute procederà al commissariamento "*ad acta*". Per accedere alla quota premiale del Fondo Sanitario Nazionale, **le Regioni saranno tenute a raggiungere gli obiettivi annuali definiti e soddisfare le *milestones* annuali** richieste Il Ministero della Salute, in qualità di Amministrazione responsabile, anche attraverso i suoi organi di governo permanenti, attiverà risorse e procedure per monitorare l'andamento dell'investimento. Il tutto sarà **definito tra il Governo e le Regioni con uno specifico Accordo Stato-Regioni**, la procedura sarà monitorata dai tavoli istituzionali Governo-Regioni ([qui](#) gli approfondimenti nell'allegato al PNRR).

Le spese di personale per tutte le azioni della Componente, nell'allegato al PNRR, sono riportate in dettaglio nel [Piano di sostenibilità 2022-2027](#) che riporta i costi stimati per il personale di ciascuna struttura e le fonti di finanziamento relative ad ogni annualità (per il 2027 si veda [qui](#)). L'allegato al PNRR indica anche il numero stimato di [medici di medicina generale](#) (*General Practitioners*) e di [infermieri](#) in servizio nel 2027.

in questione, [pari a 8.630 milioni di euro](#), che include anche la formazione e la ricerca sanitaria (v. 6.3.4).

Chiave del processo di modernizzazione del SSN è infatti il **continuo aggiornamento delle competenze** cliniche e assistenziali degli operatori sanitari e sociali, nonché il miglioramento della qualità strutturale degli ospedali, che non può

prescindere dagli interventi attuati con l'Investimento 2.2. riguardante la formazione di figure centrali come i medici di base e i ruoli ospedalieri apicali.

Investimenti e riforme in questa componente sono in linea e contribuiscono a dare seguito alle raccomandazioni specifiche che sono state fatte all'Italia dalla Commissione europea e dal Consiglio sulla base dei Programmi Nazionali di Riforma [nel 2019](#)<sup>20</sup> e [nel 2020](#)<sup>21</sup>.

La tabella seguente analizza le **misure in cui si articola l'investimento 1** della componente, che riguarda, più in dettaglio, lo sviluppo di una **sanità pubblica innovativa** tramite il potenziamento della struttura tecnologica e digitale del SSN a livello sia centrale, sia regionale.

Esso è diretto a migliorare la qualità e la tempestività delle cure mediche in un contesto nel quale il paziente è parte attiva del processo clinico-assistenziale, anche garantendo la tutela dei dati ed un loro utilizzo efficace nella programmazione sanitaria:

---

<sup>20</sup> Raccomandazione 3: porre l'accento sulla politica economica connessa agli investimenti in materia di ricerca e innovazione e sulla qualità delle infrastrutture, tenendo conto delle disparità regionali;

<sup>21</sup> concentrare gli investimenti sulla transizione verde e digitale [...], su ricerca e innovazione, [...] e su un'infrastruttura digitale rafforzata per garantire la fornitura di servizi essenziali.

INVESTIMENTO	RISORSE	OBIETTIVO DELL'INTERVENTO	ULTERIORI ELEMENTI
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (M6C2-I 1.1-4, 5, 6, 7, 8 e 9)	<b>4.052,41 (prestiti)</b> di cui: 2020: 170,9 2021: 624,1 2022: 405,2 2023: 659,6 2024: 973,6 2025: 718,5 2026: 500,4	L'investimento ha i seguenti <b>obiettivi</b> (M6C2-6, 8 e 9): a) <b>entro la fine del 2024</b> , ammodernamento del parco tecnologico ospedaliero, mediante l'acquisto e la messa in operatività di <b>3.133 nuove grandi apparecchiature sanitarie ad alto contenuto tecnologico</b> in sostituzione di quelle obsolete o fuori uso con oltre 5 anni di utilizzo, impegnando le Regioni e le province autonome all'approvazione di un Contratto di sviluppo; b) <b>entro la fine del 2025</b> , digitalizzazione di <b>280 strutture sanitarie ospedaliere</b> sede DEA (Dipartimenti di emergenza e accettazione di I e II Livello) per cui <b>ogni struttura ospedaliera informatizzata dovrà disporre di un CED</b> (centro di elaborazione dati) nell'ambito degli accordi quadro Consip, con la conclusione di contratti per la fornitura di servizi per la digitalizzazione di tali strutture; c) <b>entro la metà del 2026</b> : rendere strutturale la dotazione di <b>almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva e 4.200 posti letto di terapia semi-intensiva</b> con apparecchiatura di ausilio alla ventilazione (con un aumento di circa il 70% di tali posti letto pre-pandemia).  Per l'investimento 1.1. i <b>traguardi indicati nell'Allegato alla decisione UE</b> sono così declinati (M6C2-4, 5 e 7): d) <b>entro la fine del 2021</b> , approvazione di un <b>piano di riorganizzazione</b> da parte del Ministero della Salute e Regioni italiane, volto ad incrementare il numero di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva disponibili nelle strutture del SSN; e) <b>entro la metà del 2022</b> , approvazione di un <b>Contratto istituzionale di sviluppo</b> <sup>22</sup> tra Regioni,	Le nuove apparecchiature da acquistare sono indicate in 340 TAC, 190 risonanze magnetiche, 81 acceleratori lineari, 937 sistemi radiologici fissi, 193 angiografi, 82 Gamma camera, 53 gamma camera/TAC, 34 PET TAC, 295 mammografi, 928 ecotomografi (v. anche <a href="#">quanto indicato nell'allegato al PNRR del 30 aprile 2021</a> ). Gli obiettivi in esame riguardano le Regioni, le Aziende sanitarie locali e gli ospedali, che attraverso strumenti digitali e tecnologicamente più avanzati possono essere nelle condizioni di gestire più efficacemente la catena dell'offerta di cure mediche. I cittadini pertanto potranno beneficiare di una tempestiva risposta di alta qualità dei servizi medici per i bisogni di cura.  L'obiettivo del <b>rafforzamento strutturale degli ospedali</b> nel SSN è stato già avviato dal decreto Rilancio (art. 2 del D.L. 34/2020, L.77/2020) ad inizio pandemia, con il finanziamento di un incremento di posti-letto di terapia intensiva e sub-intensiva pari a 1.467 milioni di euro per il 2020, <b>dotazione strutturale sul territorio nazionale di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva</b> , passando da un numero di 5.179 in pre-emergenza a 8.679, con un incremento del 70% della disponibilità. È stata inoltre finanziata la <b>riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva</b> , con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. Gli allegati al PNRR del 30 aprile 2021 hanno definito la stima di <b>oltre 7.700 posti-letto aggiuntivi</b> : f) <b>+3.500 posti letto</b> per il raggiungimento dello standard di

<sup>22</sup> Tale strumento individuato dalla normativa vigente in base al combinato disposto degli articoli 1 e 6 del [D.Lgs. n. 88/2011](#) e dall'art. 7 del [D.L. n. 91/2017](#) (L. n. 123/2017) potrà accelerare la realizzazione di progetti strategici tra loro funzionalmente connessi. Il Contratto istituzionale di sviluppo deve contenere l'elenco di tutti i siti idonei individuati gli investimenti e gli obblighi che ciascuna Regione deve assumere per garantire il conseguimento del risultato atteso. In caso di inadempienza da parte della Regione si prevede l'intervento del Ministero della salute tramite un commissariamento *ad acta*.

INVESTIMENTO	RISORSE	OBIETTIVO DELL'INTERVENTO	ULTERIORI ELEMENTI
		altri soggetti interessati e Ministero della salute come autorità responsabile dell'attuazione e pubblicazione delle procedure di gara ed aggiudicazione di tutti gli appalti pubblici con notifica di tutti i contratti.	<b>0,14 posti letto di terapia intensiva ogni 1.000 abitanti;</b> g) <b>+4.225 posti letto</b> per la <b>terapia semi-intensiva</b> e consolidamento della separazione dei percorsi all'interno del pronto soccorso.
<b>Ospedali sicuri e sostenibili</b> (M6C2-I.1.2-10)	<b><u>1.638,85 (prestiti)</u></b> di cui: 2020: 30,3 2021: 105,3 2022: 144,5 2023: 185,4 2024: 431,2 2025: 375,7 2026: 366,5  Il Fondo complementare al PNRR ha previsto il riparto di risorse aggiuntive per la misura “ <b>Verso un ospedale sicuro e sostenibile</b> ”, di cui all'articolo 1, comma 2, la lett. e), (punto 2) del DL. 59/2021 (L. 101/21) per complessivi 1.450 milioni di euro, annualmente stanziati per i seguenti importi: 250 milioni nel 2021, 390 milioni nel 2022, 300 milioni nel 2023, 250 milioni nel 2024, 140 milioni nel 2025 e 120 milioni nel 2026.	L'investimento è volto al <b>completamento e miglioramento strutturale</b> nel campo della <b>sicurezza degli edifici ospedalieri</b> , con particolare riferimento agli interventi antisismici. Si prevede il completamento di <b>almeno 109 interventi antisismici entro la metà del 2026</b> , al fine di adeguare le strutture alla normativa di sicurezza antisismica vigente ( <u>M6C2-I.1.2-10</u> ).	L'allegato al PNRR ha stimato, in base ad una ricognizione del 2020, l'intervento è previsto <b>su 116 strutture per l'adeguamento alle normative antisismiche</b> con 640 milioni aggiuntivi, tenendo conto di un volume di investimenti pari a circa 1.000 milioni relativo a progetti già in essere finanziati dalle risorse per l'edilizia sanitaria (Legge n. 67/1988).

INVESTIMENTO	RISORSE	OBIETTIVO DELL'INTERVENTO	ULTERIORI ELEMENTI
<p><b>Infrastruttura tecnologica e strumenti di raccolta, elaborazione, analisi dei dati e simulazione (M6C2-I 1.3 -11, 12 e 13)</b></p>	<p><b><u>1.672,54 (prestiti)</u></b> di cui:  2020: 50,0  2021: 202,2  2022: 231,9  2023: 269,0  2024: 356,7  2025: 286,8  2026: 276,0</p> <p>Il Fondo complementare al PNRR ha previsto il riparto di risorse aggiuntive per la misura “<b>Ecosistema innovativo della salute</b>” di cui all’articolo 1, comma 2, lett. e), (punto 3), del DL. 59/20211 (L. 101/2021), complessivamente pari a 437,4 milioni di euro, annualmente stanziati per i seguenti importi: 10 milioni nel 2021, 105,28 milioni nel 2022, 115,28 milioni nel 2023, 84,28 milioni nel 2024, 68,28 milioni nel 2025 e 54,28 milioni nel 2026.</p>	<p>L’investimento è rivolto al rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione, tramite:</p> <p>1) l’obiettivo del <u>potenziamento del Fascicolo sanitario elettronico (FSE)</u> per garantirne in particolare l’omogeneità, l’interoperabilità e l’accessibilità ad assistiti ed operatori sanitari a livello nazionale, con <b>1,38 mld</b> di cui 569,6 milioni già stanziati per l’Infrastruttura nazionale per l’interoperabilità dei Fascicoli sanitari elettronici finalizzato alla realizzazione del <u>Sistema di Tessera sanitaria elettronica (STS)</u> con i seguenti target: a) che, <b>entro la fine del 2025</b>, almeno <u>l’85% dei medici di base alimentino il FSE regolarmente</u> (spesa prevista 200 milioni) mediante sostegno e formazione per l’aggiornamento digitale (M6C2-I 1.3-11); b) che, <b>entro la metà del 2026</b>, tutte le Regioni adottino e usino il FSE (spesa prevista 610 milioni) (M6C2-I 1.3-13);</p> <p>2) il traguardo (M6C2-I 1.3-12) del <u>rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)</u>, vale a dire l’infrastruttura e gli <b>strumenti di analisi</b> del Ministero della salute <u>per il monitoraggio dei LEA</u> (livelli essenziali di assistenza), con <b>292,6 milioni</b> di cui:</p> <p>a) 92,7 milioni per il potenziamento dell’infrastruttura centrale del Ministero della salute e degli strumenti tecnologici e analitici, con apposita procedura di gara entro la metà del 2022, volto al <b>completamento della piattaforma open data</b>;</p> <p>b) 103,3 milioni per reingegnerizzare il <b>nuovo sistema di informazione sulla salute (NSIS)</b> a livello locale;</p> <p>c) 77 milioni per la costruzione di un <u>modello di simulazione e predizione degli scenari</u> di medio e lungo termine del Sistema sanitario;</p> <p>d) 19,6 milioni per lo sviluppo di una piattaforma per l’<u>offerta di servizi di telemedicina</u>.</p>	<p>I target di <b>rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica</b> e degli strumenti per la raccolta, gestione e analisi dei dati, e di simulazione, saranno congiuntamente <u>gestiti dal Ministero della Salute, MEF e Ministero per la Transizione digitale</u>.</p> <p>Per la <b>creazione, l’alimentazione e l’utilizzo del FSE da parte delle Regioni</b> si prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ l’integrazione/inserimento dei documenti nel FSE da documenti nativi digitali, con migrazione/trasposizione <i>ad hoc</i> di documenti cartacei attuali o vecchi;</li> <li>▪ il sostegno finanziario a favore dei fornitori di servizi sanitari, affinché aggiornino la loro infrastruttura e per garantire che i dati, i metadati e la documentazione relativi all’assistenza sanitaria siano generati in formato digitale;</li> <li>▪ il sostegno finanziario per i fornitori di servizi sanitari che adotteranno la piattaforma nazionale, l’interoperabilità e gli standard UI/UX;</li> <li>▪ il supporto in termini di capitale umano e competenze per i fornitori di servizi sanitari e le autorità sanitarie regionali per realizzare i cambiamenti infrastrutturali e di dati necessari per l’adozione del FSE.</li> </ul> <p>Per la <b>piena operatività del sistema di Tessera sanitaria elettronica e dell’infrastruttura per l’interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico</b> è prevista la realizzazione di un archivio centrale, l’interoperabilità ed una piattaforma di servizi, conformemente allo <b>standard Fast Healthcare Interoperability Resources</b>, sfruttando le esperienze già esistenti in questo settore, con garanzia di norme di stoccaggio, sicurezza e interoperabilità.</p>

L'investimento 1 mira alla **trasformazione e rinnovamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)** italiano e potrà avere effetti sulle **famiglie**, mediante la creazione di un'offerta di servizi sanitari digitalmente avanzata, in grado di migliorare la qualità delle cure e la risposta ai bisogni di salute dei cittadini. In proposito, si fa riferimento al quadro generale di modernizzazione delle relazioni PA-cittadini previsto dall'[Agenda Digitale Italiana \(AGID\)](#), che recepisce le linee guida dell'[Agenda Digitale Europea](#) (DAE – 2010) e pone tra i suoi obiettivi principali l'istituzione della cartella clinica elettronica (Electronic Health Record - Fascicolo sanitario elettronico), inteso come documento digitale unico dei dati socio-sanitari del paziente. In proposito derivano ricadute dalla Componente 1, Missione 1 “Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA”, con particolare riferimento all'investimento 1.7: “Competenze digitali di base” (v. *ante* M1C1).

La Componente ha come target le **Regioni italiane, le ASL e gli ospedali**, che attraverso strumenti digitali e tecnologicamente

#### 6.3.4 Formazione e ricerca sanitaria

Le risorse destinate all'obiettivo della **formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico** allocate alla **Componente 2** della **Missione 6** (M6C2, Investimento 2) ammontano a **1.260 milioni** di euro, vale a dire il **14,6%** del **totale** degli investimenti previsti complessivamente per la componente in esame (8.630 milioni), comprensiva delle risorse

avanzati potranno governare meglio la filiera sanitaria dell'offerta assistenziale. Esso ha un basso impatto sull'ambiente in quanto migliora l'efficienza dei processi di assistenza, in linea con **governance dell'Unione sull'energia e sull'azione per il clima** di cui al [Regolamento UE 2018/1999](#).

Sul fronte trasversale dei **divari territoriali e generazionali**, da un parte, il potenziamento del Fascicolo sanitario elettronico mediante la costituzione di un *repository* nazionale dell'anagrafe nazionale degli assistiti, accanto allo sviluppo di piattaforme nazionali dato dal supporto della telemedicina, oltre che il rafforzamento di modelli predittivi, consentirà una **tendenziale uniformità territoriale nell'utilizzo di strumenti di programmazione**, gestione e controllo dei dati sanitari; dall'altra, l'attivazione di **borse di studio** con particolare riferimento al corso di formazione specifica in medicina generale, avrà un impatto sull'**occupazione giovanile**.

analizzate sopra, destinate all'innovazione e digitalizzazione del Sistema sanitario.

A queste risorse si affianca la previsione di **riforma degli IRCCS** (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) per la quale non sono previsti oneri a carico della finanza pubblica, la quale rappresenta il **collegamento tra l'obiettivo**



**dell'innovazione nel campo della salute e la ricerca sanitaria,** quest'ultima finanziata con l'investimento 2:

Le tabelle che seguono danno conto sia dell'obiettivo di **riforma della rete degli IRCCS**, sia dell'investimento 2 per

raggiungere gli obiettivi di valorizzazione e potenziamento della **ricerca** e delle **risorse umane** in campo sanitario:

INVESTIMENTO	RISORSE	OBIETTIVO DELL'INTERVENTO	ULTERIORI ELEMENTI
Riorganizzare la rete degli IRCCS (M6C2-R.1)	--	<p>La riforma riguarda la revisione e l'aggiornamento dell'assetto regolamentare e del regime giuridico degli <b>Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)</b> e delle politiche di ricerca del Ministero della salute, per la riorganizzazione di tali enti di ricerca finalizzata (M6C2-R.1):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- al rafforzamento del rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie;</li> <li>- a potenziare la <i>governance</i> degli IRCCS pubblici tramite il miglioramento della gestione strategica degli Istituti e una più efficace definizione dei loro poteri e delle loro aree di competenza.</li> </ul>	<p>Si prevede, <b>entro la fine del 2022</b>, l'entrata in vigore di <a href="#">un decreto legislativo di riordino della disciplina degli IRCCS</a> per il riassetto del regime giuridico di tali istituti e delle corrispondenti politiche di competenza del Ministero della salute.</p> <p>Tra le misure che si intende introdurre vi sarà la differenziazione degli IRCCS in base alla loro attività (se monospecialistica o generalista), intervenendo altresì sulla normativa riguardante il personale di ricerca (i.e. una migliore definizione dello status di direttore scientifico) e creando una rete integrata diretta a facilitare lo scambio di competenze ed abilità acquisite tra operatori di ricerca e operatori sanitari del SSN.</p> <p>Si tratta dell'<b>aggiornamento del decreto legislativo n. 288/2003 che riguarda il riordino della disciplina degli IRCCS</b>, a norma dell'articolo 42, comma 1, della L. n. 3 del 16 gennaio 2003 che delega alla trasformazione di tali istituti in fondazioni, al fine di rafforzarne l'attività come strutture di eccellenza all'interno del SSN. In particolare, l'aggiornamento intende caratterizzare ulteriormente la struttura giuridica degli IRCCS pubblici e privati, aggiornando anche i <b>criteri per il riconoscimento dello status di IRCCS</b> e individuando le procedure di revoca, attualmente non previste.</p>

INVESTIMENTO	RISORSE	OBIETTIVO DELL'INTERVENTO	ULTERIORI ELEMENTI
<p>Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN (M6C2-I 2.1-2 e 3)</p>	<p><u>524,1 (sovvenzioni)</u> di cui: 2023: 131 2024: 131 2025: 131 2026: 131</p> <p>Il Fondo complementare al PNRR ha stanziato risorse a carattere aggiuntivo rispetto a quelle evidenziate, prevedendo finanziamenti in materia di ricerca sanitaria di cui alla lett. i), comma 2, art. 1, del DL. 59/2021 (L. 101/21): h) riparto di <b>complessivi 500 milioni di euro</b> per gli anni dal 2022 al 2026 per il programma <b>"Iniziative di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale"</b> da iscrivere annualmente per un importo di 100 mln in ciascun anno ai pertinenti capitoli dello stato di previsione del MUR.</p>	<p>L'investimento, <u>come indicato all'Allegato alla decisione UE</u>, mira a rafforzare la capacità di risposta dei <b>centri di eccellenza presenti in Italia</b> nel settore delle malattie rare, favorendo il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese per <b>almeno 420 progetti</b>, tramite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>realizzazione dei progetti PoC (proof of concept)</b><sup>23</sup> con bandi di gara pari a 100 milioni (numero stimato pari a 100 progetti da 1 milione ciascuno): <ul style="list-style-type: none"> <li>i) <b>ricerca nel campo delle malattie rare e dei tumori rari</b> da finanziare mediante procedura di gara pubblica con <b>100 progetti</b> da circa 1 milione di euro ciascuno, per un totale di 100 milioni di euro (M6C2-I 2.1-2);</li> <li>j) ricerca su <b>malattie altamente invalidanti</b> da finanziare, anche in questo caso mediante gara pubblica, con <b>324 progetti</b> da circa 1 milione ciascuno, per un costo totale di 324,1 milioni di euro (M6C2-I 2.1-3).</li> </ul> </li> </ul>	<p>I bandi di gara dei progetti PoC dovranno <u>assegnare le risorse entro la fine del 2025</u>.</p> <p>Per i programmi di ricerca e i progetti nel campo delle malattie rare e dei tumori rari sono previsti due finanziamenti di 50 milioni ciascuno, da erogare rispettivamente <u>entro la fine del 2023 e la fine del 2025</u>.</p> <p>Per la ricerca sulle malattie altamente invalidanti si prevedono due finanziamenti del valore di 160 milioni ciascuno, <u>da assegnare entro il 2023 ed il 2025</u>, sempre successivamente alla fase di preparazione e pubblicazione della gara.</p>

<sup>23</sup> Si tratta di progetti "volti a ridurre il *gap* fra i risultati del settore della ricerca scientifica e quello dell'applicazione per scopi industriali, attraverso la predisposizione di prototipi per la commercializzazione e la mitigazione dei rischi potenziali - derivanti da eventuali brevetti, licenze o barriere all'entrata - che potrebbero scoraggiare gli investitori di mercato".

INVESTIMENTO	RISORSE	OBIETTIVO DELL'INTERVENTO	ULTERIORI ELEMENTI
<p><b>Sviluppo competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del SSN</b> (M6C2-I 2.2-14, 15, 16 e 17 da 14 a 17)</p>	<p><u>737,6 (prestiti)</u> di cui: 2021: 10,4 2022: 145,5 2023: 157,9 2024: 151,7 2025: 141,3 2026: 130,8</p>	<p>L'investimento mira a sviluppare le <b>competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali</b> del personale del SSN, <u>come indicato nell'Allegato alla decisione UE</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ assegnare, <b>entro la metà del 2023, 1.800 borse di studio</b> per corsi specifici di medicina generale (MMG) per incrementare il numero di tali borse, garantendo il completamento di 3 cicli di apprendimento triennali (M6C2-I 2.2-14);</li> <li>▪ finanziare, <b>entro la metà del 2024, 900 borse di studio aggiuntive ogni anno del triennio</b> per corsi specifici di medicina generale (MMG) di durata triennale, per un totale di 2.700 borse di studio aggiuntive (M6C2-I 2.2-15);</li> <li>▪ incrementare, <b>complessivamente entro la metà del 2026</b>, la formazione per l'acquisizione delle <b>competenze manageriali e digitali</b> per i professionisti del SSN, in un numero stimato di <b>4.500 unità</b> per un costo unitario di 4.000 euro ciascuno ed un totale di 18 milioni di euro (M6C2-I 2.2-16);</li> <li>▪ finanziare, entro la metà del 2026, <b>4.200 contratti di formazione specialistica</b> supplementari della durata di un ciclo completo di 5 anni, per un costo totale di 537,6 milioni, vale a dire 25.000 euro annui ciascuno per primi due anni e 26.000 per i rimanenti 3 anni (M6C2-I 2.2-17).</li> </ul>	<p>L'allegato al PNRR riportava anche la previsione di un piano straordinario di formazione sulle <b>infezioni ospedaliere</b>, con circa 150.000 partecipanti entro la fine del 2024 e circa 140.000 entro metà 2026. Il piano straordinario "infezioni", secondo le stime del Piano, <u>prevede esattamente 293.386 persone</u>, per un costo unitario di 300 euro ed un totale di circa 88 milioni di euro</p> <p>In dettaglio, gli <u>allegati tecnici specificano</u> che l'incremento delle borse di studio per la formazione specifica in MG è pari a 2.700 (900x3, garantendo il completamento di 3 cicli di apprendimento triennali) per un costo unitario di 34.809 euro, per un totale di 93,98 milioni di euro, da erogare entro la metà del 2023 e a completamento di un ciclo di formazione entro la metà 2024.</p> <p>I progetti formativi per lo sviluppo di percorsi di acquisizione di competenze per i professionisti del SSN, in particolare, dovranno essere completati per una prima parte entro la metà del 2024 e per la restante parte <u>entro la metà del 2026</u>.</p> <p>Il costo dei contratti di formazione medica specialistica sarà distribuito <u>lungo il quinquennio 2022-2026</u>.</p>

Le misure sono destinate alle regioni, per il tramite del Ministero della salute, alle università e ai **centri di ricerca privati e pubblici** e ai loro dipendenti ricercatori, in particolare quelli degli **IRCCS** (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), e sono

pertanto relative sia ad una specifica riforma di riorganizzazione di questi ultimi, sia a finanziamenti aggiuntivi per garantire un maggiore coordinamento e miglioramento dell'offerta di servizi sanitari.