

## **INTERVENTO DEL MINISTRO ROBERTO SPERANZA**

**Commissioni riunite Senato della Repubblica 2 marzo 2022**

Onorevoli colleghi,

intendo innanzitutto ringraziarvi per la convocazione di questa riunione che mi offre l'opportunità, a partire dalla illustrazione dei tratti salienti del regolamento: "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN", di svolgere alcune riflessioni sul lavoro in corso per raggiungere gli obiettivi definiti dalla missione 6 del PNRR.

In questi mesi, anche nelle ore più difficili della emergenza sanitaria che stiamo attraversando, il lavoro sul PNRR non si è mai fermato.

E' particolarmente necessario, mentre continuiamo a combattere questo virus e le sue varianti, alzare lo sguardo oltre la contingente emergenza.

Con il PNRR e le scelte compiute con la legge di bilancio, siamo nel vivo di una sfida decisiva per il nostro futuro.

Abbiamo la concreta possibilità di trasformare una dura emergenza sanitaria in una opportunità di rafforzamento e rilancio della sanità pubblica italiana.

Il piano inviato alla Commissione europea scaturisce da un'analisi di contesto che ha evidenziato alcuni limiti e difficoltà del nostro SSN che non nascono con il Covid.

La pandemia ha reso evidenti almeno tre limiti.

Il ritardo accumulato nell'adeguare il nostro SSN ad un mutato contesto demografico ed epidemiologico, il deficit digitale della sanità italiana, una crescita delle diseguaglianze nell'accesso ai LEA.

Negli anni, anche grazie alla qualità del nostro SSN, è cresciuta l'aspettativa di vita degli italiani. Questa mutazione demografica ha cambiato radicalmente il quadro di riferimento nel quale operano le strutture sanitarie ed il relativo contesto epidemiologico.

Siamo un Paese che invecchia e che di conseguenza si ammala di più. Ecco perché anno dopo anno "esplodono" le patologie croniche, si moltiplica la pressione sui servizi sociosanitari che faticano a reggere questa crescente "onda d'urto" e si sviluppa una pressione significativa sugli ospedali.

Tutto questo è avvenuto mentre una troppo lunga stagione di tagli e di tetti di spesa "illogici" indebolivano la forza ed il radicamento della nostra

sanità territoriale, rendendo più fragile la medicina d'iniziativa e conseguentemente le politiche di prevenzione della salute pubblica.

È partendo da questa analisi che abbiamo definito gli interventi previsti nella missione 6 del PNRR che con la component 1 interviene sulla rete territoriale e con la component 2 ammodernizza tecnologicamente e mette in sicurezza gli ospedali e prevede investimenti sulla formazione, la ricerca ed il trasferimento tecnologico.

Il filo che unisce tutti i nostri interventi ruota attorno a 3 parole chiave: prossimità, innovazione, uguaglianza.

Una sanità di prossimità per essere più vicini alle persone, rimettendo radici più profonde nei territori, è la prima scelta strategica che compiamo. Per raggiungere questo obiettivo servono, insieme, riforme ed investimenti.

Il provvedimento di cui oggi discutiamo rappresenta la premessa indispensabile per raggiungere davvero l'obiettivo che ci siamo dati.

Chiamiamo questo regolamento DM71.

Mi soffermo su tale abbreviazione perché in quella sigla, DM71, è racchiusa l'importanza strategica di questa riforma.

Il 4 giugno del 2015, la gazzetta ufficiale n. 127, pubblica il dm 70.

Con quel decreto, sulla base di standard severi e stringenti, si avvia la razionalizzazione della rete ospedaliera e sulla base di nuovi parametri progressivamente sono stati riorganizzati, come è noto, tanti ospedali.

Senza volere, in questa sede, esprimere un giudizio di merito sulle scelte che allora furono compiute, si può convenire sul limite di fondo che ispirò quel provvedimento.

La chiusura degli ospedali, la riduzione della presenza di queste strutture sul territorio, avvenne senza contestualmente investire e rafforzare la rete dell'assistenza primaria nei territori. Con un duplice risultato negativo: minore radicamento territoriale del SSN e sovraffollamento degli ospedali.

Fu, io credo, la conseguenza inevitabile di provvedimenti pensati per parti separate, per silos verticali non comunicanti, senza una logica di rete.

Insieme al dm 70 sarebbe stato necessario, ecco la spiegazione del nome, un "dm71" che, contestualmente, riorganizzasse e rilanciasse la rete dei servizi territoriali con le riforme e gli investimenti necessari.

Con il regolamento che oggi presentiamo facciamo esattamente questa scelta, colmando un vuoto di iniziativa che, ad onor del vero, è antecedente allo stesso dm70.

Sono trascorsi 30 anni dalla riforma del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e circa 10 della legge Balduzzi del 2012.

Il dm71 è la premessa ed il punto di partenza della Riforma dell'Assistenza Territoriale, la condizione indispensabile per l'implementazione delle strutture e degli interventi previsti dalla Component 1.

Il dm71, da adottare entro il 30 giugno, definisce un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria, individua standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, promuove un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico. È un passo concreto per il superamento delle diseguaglianze.

Entrando un po' più nel dettaglio voglio evidenziare che con questo regolamento, per la prima volta, in modo analitico si definiscono:

- Le strutture di cui è composta la rete dei servizi territoriali
- I principali servizi erogati
- Gli standard in rapporto alla popolazione
- I parametri di riferimento per il personale
- Le modalità organizzative e funzionali
- Gli obiettivi strategici di riferimento
- La governance

Prima di ricordare (schematicamente) i singoli interventi voglio soffermarmi sul quadro economico di riferimento.

Nella componente 1 della missione 6 investiamo complessivamente 7,9 miliardi. Come è noto altri 12,33 miliardi li investiamo nella component 2 (formazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria). Tali risorse includono PNC e React EU.

Nel dettaglio la component 1 prevede:

- Case della comunità e presa in carico delle persone: 2 miliardi
- Casa come primo luogo di cura – 4 miliardi in assistenza domiciliare e telemedicina.
- Sviluppo delle cure intermedie: 1 miliardo
- Salute ambiente e clima: 0,5 miliardi (PNC)

Il piano operativo, del sistema “salute ambiente biodiversità e clima”, approvato nel dicembre 2021, ha l’obiettivo di migliorare ed armonizzare le politiche e le strategie di attuazione della prevenzione primaria e della risposta del SSN alle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali.

Si tratta di una scelta coerente con la nostra impostazione One Health che assuma la qualità ambientale come una determinante fondamentale per garantire il diritto alla salute.

Mi fa piacere, in questa sede, annunciare un’altra importante novità dal punto di vista degli investimenti che mettiamo in campo.

Alle risorse precedentemente richiamate, nei prossimi mesi, grazie ad una preziosa collaborazione con il Ministero per il SUD e la Coesione territoriale, se ne aggiungeranno altre sempre di matrice europea, circa 625 milioni.

L'Italia per la prima volta avrà finanziato dalla Commissione europea un Piano Operativo Nazionale salute. Non era mai successo.

Un progetto con una forte dimensione sociale che ci consentirà di mettere in campo ulteriori interventi su medicina di genere, salute mentale, povertà sanitaria, screening oncologici.

Ci sono poi le risorse nazionali.

Quando sono diventato ministro, poco più di due anni fa, esse ammontavano a 114 miliardi di euro, investendo circa 1 miliardo in più all'anno. Con la ultima legge di bilancio siamo arrivati a 124 miliardi con l'impegno a crescere ancora. Mai in un tempo così breve si era vista una crescita così significativa.

Nel bilancio, che abbiamo approvato nei giorni scorsi, c'è un'altra scelta rilevante.

Al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal PNRR per il potenziamento dell'assistenza territoriale, è autorizzata la spesa per il personale di 90,9 milioni per l'anno 2022, 150,1 milioni per l'anno 2023, 328,3 milioni per l'anno 2024, 591,5 milioni per l'anno 2025



e 1.015,3 milioni a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Queste risorse, assegnate in deroga ai tetti di spesa, sono a sistema e mettono in sicurezza gli investimenti che facciamo con il PNRR anche oltre il PNRR.

Ecco perché il dm 71 rappresenta un progetto sostenibile economicamente che nei prossimi mesi ed anni può essere ulteriormente implementato. Penso per esempio alle strutture per le cure palliative ed a un ulteriore sviluppo delle "farmacie dei servizi", con una particolare attenzione a sviluppare, anche nelle nostre farmacie, alcune delle attività di Telemedicina (come il tele monitoraggio) che finanziamo con il PNRR.

È sulla base di questo robusto quadro finanziario, che ho sinteticamente ricordato, che possiamo affermare che la stagione dei tagli per la sanità italiana è finalmente terminata.

Per evidenti ragioni di tempo nella seconda parte di questo mio intervento, prima di soffermarmi sullo stato di attuazione del PNRR, richiamerò in modo molto sintetico i principali "nodi" della rete territoriale

che prevediamo nel dm 71, sottolineando che nelle prime pagine è indicato un metodo di lavoro, un cambio di paradigma.

Infatti prima dei numeri, dei fabbisogni, degli indici di riferimento, viene precisata una metodologia di lavoro che ruota attorno a due concetti fondamentali: “stratificazione” per conoscere e monitorare i bisogni di salute e “progetti di salute”.

Sono due buone pratiche che caratterizzano le eccellenze della sanità territoriale italiana. Il DM71 le codifica come metodologia standard nazionale per orientare il lavoro di programmazione e le attività delle Aziende Sanitarie e dei Distretti.

È la traduzione pratica della nostra scelta di fondo: ripartire dai territori, dalle condizioni di vita delle persone, dai bisogni di salute che le comunità esprimono e da queste esigenze far discendere obiettivi, modelli organizzativi e la spesa necessaria.

**Le case della comunità** rappresentano il cuore della nostra nuova rete territoriale. Saranno impegnate su tutti quei bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria che non riguardano l'acuzie e l'emergenza/urgenza.

Rappresentano il luogo fisico, facilmente riconoscibile, della integrazione sociosanitaria e lavorano sulla base di un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare.

Hanno l'obiettivo strategico della presa in carico della comunità di riferimento attraverso l'istituzione di un'équipe multiprofessionale costituita da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di famiglia e comunità e tutti gli altri professionisti sanitari coinvolti nel processo di cura.

Con il comma 163, della legge di bilancio 2022, si individua nelle case della comunità il luogo "fisico" dell'integrazione sociosanitaria.

È nella CDC che con i PUA ( punti unici di accesso) verrà eseguita la valutazione unitaria e multidimensionale ( clinica, funzionale e sociale) della persona definendo, quando necessario, un "progetto di assistenza individuale ed integrato" (PAI).

Coerentemente con questa scelta nel dm71 prevediamo che in tutte le case della comunità, insieme ai professionisti sanitari, ci debba essere almeno un assistente sociale.

La CDC promuove e realizza i “progetti di salute” con particolare attenzione a tutte quelle condizioni legate alla cronicità e alla fragilità.

La riforma prevede la realizzazione di una CdC *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti, con assistenza medica (h 24 - 7 giorni su 7), (anche grazie al servizio di continuità assistenziale) ed assistenza infermieristica (h 12 - 7 giorni su 7).

Le CdC *spoke* dovranno garantire, insieme ad altri servizi come il Punto Unico di Accesso, il collegamento con il CUP aziendale, la presenza medica e infermieristica (12 ore al giorno - 6 giorni su 7).

In questo contesto gli studi dei MMG e le sedi di riferimento delle AFT saranno *spoke* delle CdC *hub*.

**La casa come primo luogo di cura**, porta l'assistenza domiciliare integrata, entro il 2026, al 10% per gli over-65 (in Italia eravamo solo al 4% di copertura, con una media OCSE al 6%, e Germania e Svezia al 9%). Più in generale, nell'assistenza domiciliare avrà progressivamente un effetto fondamentale la Telemedicina, sulla quale investiamo 1 miliardo di euro.

**L'ospedale di comunità** è una struttura sanitaria della rete territoriale destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

Ha una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio stesso.

L'implementazione di tali strutture, con uno standard che mira alla graduale attivazione di 0,4 posti letto ogni 1000 abitanti (circa 20.000 posti letto) permetterà una sostanziale riduzione di accessi impropri ad altri livelli dell'assistenza e potrà facilitare la transizione dall'assistenza ospedaliera per acuti a quella domiciliare.

**L'infermiere di famiglia e di comunità** è la figura di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera.

È prevista l'attivazione di 1 infermiere di famiglia e di comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti da impiegare nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola. Il dl 34/2020 ne prevedeva 9.600, con le nuove risorse della legge di bilancio quasi li triplichiamo.

**L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA)** afferente al Distretto è un'équipe mobile distrettuale composta da almeno 1 medico ed 1 infermiere ogni 100.000 abitanti, che opera sul territorio di riferimento

anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina, in collaborazione con MMG e PLS delle AFT e tutti gli altri attori del sistema. Essa ha l'obiettivo di supportare, per un tempo definito, i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. E può essere attivata in presenza di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico.

La sede operativa e organizzativa dell'UCA è costituita dalla CdC *hub*.

**La Centrale operativa territoriale (COT)** è una struttura che si preoccupa di coordinare la presa in carico della persona e di raccordare tra di loro i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e in raccordo con la rete dell'emergenza-urgenza). Tale funzione è svolta dalle sopracitate Centrali Operative Territoriali (COT), con l'obiettivo di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria 7 giorni su 7.

COT

Al fine di garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni è stata prevista una COT ogni 100.000 abitanti, il cui standard di personale prevede almeno 5-6 infermieri e almeno 1-2 unità di personale di supporto.

La COT si interfaccia anche con la **Centrale Operativa Regionale 116117**. È questa, infatti, la sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti, che offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Il dm 71 indica, inoltre, le modalità d'azione della Rete delle Cure Palliative; dei Servizi per la Salute dei Minori, delle Donne, delle Coppie e delle Famiglie; e per la Prevenzione in ambito Sanitario Ambientale e Climatico.

Prima di passare, brevemente, alla governance è utile precisare che in questa prima versione del dm71 abbiamo concentrato la nostra attenzione sugli interventi previsti dai finanziamenti europei.

Nella proposta di riforma la struttura centrale dell'organizzazione dell'assistenza territoriale è **il Distretto** responsabile dell'attività di programmazione, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e di competenze professionali.

È il distretto garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi di salute in termini di efficacia ed efficienza dei servizi erogati.

Appare del tutto evidente, in questo quadro, che è indispensabile potenziare i distretti e qualificarne fortemente le direzioni. A tal fine abbiamo previsto le risorse per uno specifico corso di formazione.

Stiamo inoltre lavorando con regioni e sindacati sulla medicina generale. È nostra convinzione che un ruolo rafforzato della medicina generale sia un tassello fondamentale della riforma della rete territoriale.

L'obiettivo che intendiamo perseguire è stabilire una forte connessione tra l'attività dei MMG e le iniziative definite dal distretto e dalla casa della comunità.

Venendo alla seconda parte del mio intervento mi soffermerò, più dettagliatamente sullo stato di attuazione del PNRR.

Lo farò in modo schematico, richiamando le scadenze, alcune linee di indirizzo e i principali atti adottati.

## **1. Le risorse**

Il 20 gennaio 2022, dopo l'intesa della Conferenza Stato Regioni, è stato firmato il decreto di ripartizione delle risorse che ci sono state



assegnate. Si tratta di un passaggio fondamentale del nostro lavoro: dalla fase di programmazione passiamo all'attuazione dei programmi.

Sul riparto dei fondi mi preme mettere in evidenza un solo dato: quello relativo al SUD.

Nel decreto di riparto che ho firmato, con cui sono state ripartite risorse per circa 8 miliardi, sono state assegnate risorse al Sud per circa il 41% a cui si aggiungono i circa 625 milioni del PON.

È un risultato rilevante, perché le diseguaglianze sul diritto alla salute sono odiose ed inaccettabili. Il diritto alla cura e all'assistenza non può dipendere dal luogo in cui si nasce o dal reddito familiare.

“Uguaglianza”, omogeneità dell'offerta di salute sul territorio, per tutti, è una delle tre parole chiave del nostro progetto di riforma della sanità italiana.

Più in generale sulla ripartizione delle risorse per aree di intervento, credo risulti sempre più evidente, con la definizione dei progetti, che la nostra riforma della sanità possiede una forte carica di innovazione.

Alla Sanità digitale, alla digitalizzazione dei DEA, all' ammodernamento delle grandi apparecchiature ed alla ricerca sono destinati circa 7,6 miliardi. E più precisamente:

- Telemedicina per un miglior supporto ai pazienti cronici – 1 miliardo
- Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione – 1,672 miliardi (di cui per il FSE, tra ultimazione dell'implementazione già in corso e il nuovo progetto, – 1,380 miliardi)
- Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – 4,052 miliardi
- Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN – 524,140 milioni
- Ecosistema innovativo per la salute – 437,400 milioni

Si tratta di un dato che, per la sua forza, non ha bisogno di ulteriori considerazioni.

## **2. Riforma della sanità territoriale**

Approvare, entro il prossimo 30 giugno, la riforma della nostra assistenza territoriale rappresenta la scadenza più importante dei prossimi mesi.

Si tratta della premessa indispensabile per costruire una sanità di prossimità, per avere standard e modelli organizzativi omogenei in tutto il Paese, per ridurre le diseguaglianze.

È l'obiettivo al quale lavoriamo ogni giorno da mesi.

Con le Regioni abbiamo svolto un proficuo lavoro comune sia nel "gruppo di lavoro" istituito il 2 luglio 2021 sia nella "Cabina di regia del Patto per la salute" che ha formalmente approvato il Dm71.

Dopo l'intesa della Conferenza, prima del decreto finale, ci saranno i due passaggi previsti dalla procedura: Consiglio di Stato e Corte dei Conti.

Procedendo con un ritmo di lavoro serrato, siamo nei tempi per centrare questo primo traguardo strategico.

## 2.1 Piano operativo e CIS (Contratto Istituzionale di Sviluppo)

Per fare fronte alla natura innovativa del PNRR, un programma che a differenza del passato non è basato sulla “rendicontazione dei costi” ma sul “raggiungimento di milestone e target” entro una tempistica inderogabile, è stato necessario definire, sin dalla fase progettuale, scelte altrettanto innovative per assicurarne una gestione coerente con gli impegni assunti.

Innovare le procedure è indispensabile in considerazione del fatto che il Ministero della Salute in quanto Amministrazione centrale titolare, ha la piena ed esclusiva responsabilità anche degli interventi “a regia” per i quali le Regioni e le Province Autonome sono Soggetti Attuatori.

Ecco perché si è cercata una modalità strumentale che consentisse al livello Regionale di procedere all’attuazione degli interventi di propria competenza, mantenendo in capo al livello centrale il coordinamento e la capacità di monitoraggio, interazione ed eventuale intervento.

Abbiamo deciso di sottoscrivere con ciascuna regione e provincia autonoma un **Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)** che verrà accompagnato da uno specifico **Piano Operativo** (la cui bozza è stata trasmessa il 16 gennaio alla Conferenza Stato Regioni).

Attualmente le Regioni, dopo una prima fase di ricognizione e programmazione conclusasi lo scorso dicembre e finalizzata all'individuazione dei siti dove realizzare CdC, OdC e COT, stanno procedendo, attraverso i RUP individuati dalle singole aziende sanitarie, alla compilazione di "schede intervento" che vengono progressivamente caricate su una "piattaforma nazionale" che abbiamo realizzato.

Sulla piattaforma nazionale, grazie al prezioso lavoro di Agenas e di tutte le Regioni e Province autonome, vengono caricate e geolocalizzate le "schede intervento" relative ai progetti per:

- 1350 Casa della Comunità
- 400 Ospedali di Comunità
- 600 COT
- 3100 nuovi grandi apparecchiature che sostituiscono quelle con più di 5 anni di vetustà con gara Consip
- 280 interventi di digitalizzazione di DEA
- oltre 300 interventi per rendere sicuri e sostenibili i nostri ospedali.

I numeri, anche in questo caso sono più chiari di tante parole: dobbiamo realizzare circa 6.000 interventi in tempi stretti e inderogabili: è una sfida ambiziosa.

Per questo motivo abbiamo scelto lo strumento del CIS.

Il CIS (D.Lgs. 31 maggio 2011, n. 88 e D.L. 20 giugno 2017, n. 91) è uno strumento di carattere negoziale, un vero e proprio contratto tra le parti contraenti, che definisce: il programma, le Schede dei singoli interventi, le localizzazioni, i cronoprogrammi, le responsabilità dei contraenti, i criteri di valutazione e di monitoraggio e le modalità di soluzione per gli eventuali conflitti e inadempienze, prevedendo meccanismi di definanziamento e le condizioni di attivazione dei meccanismi sostitutivi previsti dalla legislazione specifica emanata per l'attuazione del PNRR.

I CIS vanno sottoscritti entro il prossimo 31 maggio.

### **3. Sanità digitale, la chiave del futuro**

L'investimento nella telemedicina e nella digitalizzazione è un punto qualificante degli interventi di riorganizzazione e rilancio del nostro SSN previsti nell'ambito del PNRR. Ne integra infatti gli obiettivi fondamentali:

- contribuire a ridurre gli attuali divari territoriali nell'offerta di salute;
- garantire una migliore esperienza di cura per gli assistiti;
- migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali.

Il 30 dicembre 2021 è stato siglato, da Agenas, Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR (MdS) e Dipartimento per la trasformazione digitale, il Piano Operativo relativo al sub-investimento 1.2.3 "Telemedicina". Contestualmente è stato firmato anche l'Accordo tra le tre amministrazioni che identifica Agenas quale soggetto attuatore del suddetto sub-intervento.

Il Piano Operativo articola l'intervento in due fasi:

1. Realizzazione della Piattaforma Nazionale di Telemedicina;
2. Attivazione di servizi di telemedicina a livello regionale (telemonitoraggio, teleassistenza, televisita, teleconsulto).

La fase di realizzazione della Piattaforma Nazionale di Telemedicina avverrà, coerentemente con le indicazioni del CITD del 15 dicembre 2021, con una procedura di partenariato pubblico-privato dove il soggetto pubblico sarà Agenas.

L'emanazione dell'avviso pubblico per la realizzazione della Piattaforma avverrà entro il primo trimestre 2022.

Inoltre, al fine di assicurare che le misure finanziate nell'ambito del PNRR relativamente a telemedicina e sanità digitale possano

proseguire nel futuro, con l'art. 21 del DL 4/2022 Agenas assume anche il ruolo di Agenzia nazionale per la sanità digitale (ASD).

### **3.1 Due progetti per la transizione digitale**

A dicembre 2021 sono stati definiti due importanti piani operativi (sempre con Agenas soggetto attuatore) relativi a:

- a) Progetto pilota di Intelligenza Artificiale
- b) Progetto Portale della Trasparenza.

#### *Intelligenza Artificiale*

Investiamo 50 milioni per dare nuovo impulso all'utilizzo dell'IA nella cura del paziente. Saranno sviluppati:

- Servizi di supporto al medico per condurre l'anamnesi e giungere alla diagnosi. Il sistema fornirà informazioni e suggerimenti non vincolanti;
- Servizi di supporto per condurre, da remoto, la tele visita;
- App per gestire in modo più efficace la prevenzione secondaria (screening, indagini epidemiologiche, diagnosi precoci);

#### *Portale della Trasparenza*

Con 25 milioni aggiorniamo il Portale della Trasparenza con un nuovo progetto che si pone due obiettivi di fondo:



- Rilevare i bisogni di salute per disegnare una mappa della salute che individui i fabbisogni dei servizi su base territoriale
- Realizzare una infrastruttura di banche dati territoriali per velocizzare gestione e restituzione dei contenuti, andando incontro alle esigenze reali degli utenti.

### **3.2 Una Piattaforma per il Ministero della Salute**

Ad agosto 2021 è stato definito il piano dei fabbisogni per la realizzazione della Piattaforma nazionale per l'incontro di domanda e offerta dei servizi di telemedicina (PN-GDT). La realizzazione della Piattaforma garantirà il raggiungimento dei tre obiettivi strategici:

- promuovere l'adozione su larga scala di soluzioni di telemedicina, grazie a una piattaforma tecnologica centrale e a progetti specifici per il suo utilizzo da parte dei sistemi sanitari regionali;
- raccogliere le esperienze già in uso per validarle e consentirne la diffusione.
- favorire la condivisione di nuove esperienze e applicazioni di successo migliorando la cultura della sanità digitale;

La Piattaforma non erogherà servizi di telemedicina, ma promuoverà lo scambio di soluzioni valide e svolgerà un'importante funzione di divulgazione e promozione della telemedicina. Gli strumenti, da soli, non bastano: occorrono competenza, fiducia e abitudine a usarli, da parte sia della popolazione sia dei professionisti sanitari.

Sempre con finanziamenti della Component 2 del PNRR ultimiamo lo sviluppo del progetto per dotarci di un “Modello Predittivo”, potente ed innovativo, che sia in grado, anche attraverso l’uso delle nuove tecnologie fondate sul *machine learning* e sull’intelligenza artificiale, di simulare diversi scenari di evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione, al fine di supportare le scelte di programmazione sanitaria e la corretta distribuzione delle risorse.

#### **4. Raccolta e gestione dei dati: il progetto FSE**

A settembre è stato definito con il Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei Ministri il piano operativo che ha avviato l’investimento relativo al Fascicolo Sanitario Elettronico.

Il progetto mira a migliorare radicalmente l’infrastruttura tecnologica che sta alla base dell’erogazione delle cure, dell’analitica sanitaria e della capacità predittiva del SSN italiano. In particolare, è volto a potenziare l’infrastruttura e l’utilizzo del FSE esistente.

Il FSE diventerà un ambiente di dati omogeneo, coerente e portabile in tutto il territorio nazionale. Fornirà uno "sportello unico" con tre funzioni fondamentali:

- facilitare il lavoro degli operatori sanitari, fornendo un'unica fonte di informazioni cliniche che dettagliano l'intera storia medica di un paziente;
- fornire ai pazienti un punto di accesso unico ai servizi fondamentali erogati dai sistemi sanitari nazionali e regionali;
- fornire alle amministrazioni sanitarie i dati clinici da analizzare per migliorare l'erogazione delle cure (nel rispetto della normativa in materia di privacy).

Più dati, meglio strutturati e con una infrastruttura analitica più potente permettono di disegnare scenari predittivi, individuare tempestivamente le criticità, intervenire con efficacia. Per questo la diffusione del FSE è la pietra angolare della trasformazione digitale della sanità. Inoltre, consente l'interoperabilità dei dati sanitari a livello europeo, inserendosi in modo proficuo nel più ampio progetto di rete eHealth a cui l'Italia partecipa.

## **5. Rilancio della formazione del personale sanitario (competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali)**

La forza del nostro SSN è la forza dei suoi professionisti, donne e uomini che compiono ogni giorno il proprio dovere. Un investimento significativo del PNRR mira alla valorizzazione e allo sviluppo delle loro competenze:

- Sono stati definiti tutti gli atti per il finanziamento di ulteriori 900 borse aggiuntive relative al primo ciclo di formazione specifica in medicina generale. Nel corso dei prossimi mesi si attiveranno le procedure per il completamento di altri due cicli formativi (2022-2025, 2023-2026) per un totale di 2.700 borse di studio aggiuntive, per un importo complessivo di euro 101.973.006.
- Per il superamento dell'“imbuto formativo” sono stati definiti tutti gli atti per il finanziamento di ulteriori 4.200 contratti di formazione medico specialistica aggiuntivi per un ciclo completo di studi (5 anni) per un importo complessivo di euro 537.600.000.
- Sono state ripartite le risorse tra le Regioni e sono stati definiti i contenuti minimi formativi per la realizzazione di un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere. Riguarderà 293.386 operatori sanitari del SSN, con circa 150.000 partecipanti entro la fine del 2024 e circa 140.000 entro metà 2026, per un importo complessivo di euro 80.026.994.

- Sono stati avviati i lavori per la definizione con AGENAS dei contenuti minimi formativi del corso per la formazione di 4.500 dirigenti del SSN (direttori generali, sanitari e amministrativi, nonché direttori di dipartimento, direttori di distretto e direttori di presidio ospedaliero).

## **6. Sviluppo della ricerca**

In questo settore è in corso un lavoro senza precedenti per quantità delle risorse impegnate e qualità degli obiettivi definiti.

Con il decreto approvato il 27/1/2022, d'intesa tra il Ministero della salute e il Ministero nell'Università e della Ricerca, sono state approvate le linee guida per investimenti strategici in questo settore.

In particolare, il progetto "Ecosistema innovativo della salute" mira a realizzare reti clinico-transnazionali di eccellenza per potenziare la ricerca biomedica nazionale attraverso:

- la creazione di una rete di centri di trasferimento tecnologico;
- il rafforzamento e lo sviluppo qualitativo e quantitativo degli Hub life science per area geografica (Nord - Centro - Sud Italia) in specifiche aree di intervento;

- la realizzazione della fondazione HUB Antipandemico (APH), istituita dall'articolo 1, comma 945 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, per la gestione e contrasto alle malattie infettive epidemiche/pandemiche.

Un secondo obiettivo strategico è approvare entro la fine del 2022 il decreto di riforma degli IRCCS.

A tal proposito voglio ricordare che nell'ultimo CdM è stata approvata la legge Delega di riforma (in anticipo rispetto alla nostra tabella di marcia). Si tratta di una riforma strategica per rafforzare gli Istituti di Ricovero e Cura di Carattere Scientifico.

Intendiamo potenziare gli IRCCS, valorizzare il loro ruolo di eccellenza nella ricerca e favorire il trasferimento delle loro innovazioni sul territorio.

Credo sia evidente, dai dati che ho schematicamente ricordato, che siamo in presenza di un lavoro imponente per dimensioni e di straordinaria importanza per il nostro SSN.

Muovendoci con il massimo di unità e condivisione, è una sfida che possiamo vincere insieme.