

ESIF4Health

**Come i Fondi Strutturali e di
Investimento Europei
possono essere utilizzati per
investire nel sistema
sanitario**

2/07/2020

t33 Srl - www.t33.it
via Calatafimi I, 60121 Ancona (Italia)
Tel.+39 071 9715460 - Fax +39 0719715461
E-mail: info@t33.it

SOMMARIO

Introduzione	3
1 Investimenti nel settore sanitario attraverso i fondi SIE: l'esperienza 14-20	4
2 I Cambiamenti regolamentari introdotti per far fronte all'emergenza	8
2.1 MOBILITAZIONE DI RISORSE PER LA LOTTA CONTRO LA PANDEMIA.....	8
2.2 MAGGIORE FLESSIBILITÀ NELLA MODIFICA E ATTUAZIONE DEI PROGRAMMI	9
2.3 PIÙ AMPIA AMMISSIBILITÀ DELLE SPESE NEL SETTORE MEDICO-SANITARIO	11
2.4 MARGINI DI MANOVRA NEL QUADRO DEGLI APPALTI PUBBLICI.....	13
3 I bisogni alla luce dell'emergenza Covid-19	16
4 Quali spazi nella programmazione 2021-2027 dei fondi SIE?	24
Allegato I – Tabelle di sintesi dei principali cambiamenti regolamentari.	32

Introduzione

La crisi sanitaria causata dal Covid-19 ha messo in luce i punti di debolezza, come anche di forza, dei sistemi sanitari nazionali (SSN), innescando riflessioni circa le passate ed attuali scelte di programmazione in materia di sanità pubblica. A livello europeo e internazionale, ci si è chiesti non solo quali siano i metodi e gli strumenti più opportuni per intervenire in caso di possibili nuove epidemie, ma soprattutto si è acceso un dibattito su come ristrutturare i sistemi sanitari e su quali siano gli strumenti di supporto per migliorare la programmazione delle politiche sanitarie.

In questo documento vengono analizzate le necessità ed esigenze che l'emergenza sanitaria pubblica del Covid-19 ha reso chiare a tutti gli osservatori, anche non specialisti in ambito sanitario, e lo spazio che esse trovano oggi e troveranno (nel prossimo settennio) nella programmazione dei fondi strutturali e d'investimento europei (fondi SIE). Il documento si rivolge innanzitutto alle amministrazioni che hanno la responsabilità di programmare e gestire tali fondi a livello regionale e nazionale, le cosiddette "autorità di gestione", chiamate oggi ad un supplemento di riflessione su temi che appaiono centrali sia nella riprogrammazione dei fondi SIE 2014-20 che nel nuovo ciclo di programmazione 2021-27.

Il presente documento offre una panoramica su come i fondi SIE della presente programmazione sono utilizzati in ambito sanitario (parte 1) e illustra i recenti cambiamenti regolamentari introdotti dalla Commissione Europea al fine di facilitare l'utilizzo dei fondi strutturali nell'ambito della attuale crisi (parte 2). Nella parte 3 si fornisce il quadro dei principali bisogni messi in luce dalla crisi sanitaria e sociale in corso, basandosi sui paradigmi della letteratura specialistica e offrendo alle autorità che gestiscono i fondi SIE indicazioni su possibili linee di intervento prioritarie. La parte 4 offre alcune chiavi di lettura della programmazione 2021-2027, tentando di mettere in luce lo spazio che si va delineando nei fondi per l'approccio alla questione sanitaria qui indicato.

Il documento propone quindi spunti di riflessione su come utilizzare le risorse dei fondi SIE dell'attuale periodo di programmazione e quelle addizionali messe in campo per affrontare l'emergenza Covid-19, per intervenire e arginare le problematiche che potranno emergere a fronte di nuove possibili ondate epidemiche, nonché per riformare e riprogrammare il sistema nazionale nel suo complesso.

L'altro aspetto esaminato, strettamente legato alla riprogrammazione del sistema sanitario, è quello inerente i bisogni e le priorità che il SSN dovrà affrontare nel breve e lungo periodo, non solo in caso di emergenza, ma nella quotidiana assistenza sanitaria alla popolazione tutta.

Questo documento vuole quindi soprattutto provocare una riflessione sul possibile utilizzo dei fondi SIE come strumento per innescare un cambiamento sistemico a livello nazionale nella programmazione, progettazione e gestione del sistema sanitario nazionale.

In allegato sono presentate le tabelle che sintetizzano i principali cambiamenti regolamentari relativi alla programmazione in corso, presentati nella parte 2.

Il documento nasce dalla collaborazione tra due società dal profilo complementare: t33, società specializzata in studi ed analisi relativi ai fondi SIE, e Tech for Care, società specializzata nella ricerca e nello sviluppo di soluzioni innovative in ambito sanitario.

I Investimenti nel settore sanitario attraverso i fondi SIE: l'esperienza I 4-20

I fondi strutturali e d'investimento europei (fondi SIE) sono tra i principali strumenti attraverso cui l'Unione agisce in materia di sanità e salute.

Gli attuali regolamenti 1304/2013 (Fondo Sociale Europeo - FSE) e 1301/2013 (Fondo Europeo di Sviluppo Regionale - FESR) forniscono indicazioni di massima su come i fondi possano e debbano contribuire a migliorare l'efficienza, l'accessibilità e la sostenibilità dei sistemi sanitari europei. L'indirizzo generale dettato dai regolamenti viene calato nel contesto delle specificità nazionali ed è, infatti, soprattutto a livello nazionale che gli Stati membri individuano le loro specifiche priorità in materia di sanità e salute.

L'attuale periodo di programmazione 2014-2020 si caratterizza per un cospicuo quantitativo di investimenti in questo ambito. Purtroppo appare difficile, se non impossibile, calcolare esattamente il volume totale dei fondi SIE che gli Stati membri spendono in investimenti sanitari.

Difatti, mentre per ciò che concerne gli investimenti del FESR risulta possibile compiere un calcolo, per quanto riguarda invece il FSE la spesa per gli investimenti in sanità è stata programmata insieme ad altri tipi di investimenti, come quelli per i servizi sociali di interesse generale. Pertanto, non è possibile definire le quote esatte di risorse destinate alla sanità.

Considerando tuttavia gli investimenti di natura esclusiva in materia di sanità, emerge che a livello comunitario è stata complessivamente stanziata una quota di oltre 4,94 miliardi di euro attraverso il FESR (per investimenti mirati alle infrastrutture sanitarie e soluzioni ICT, quali servizi e-health, e-care, ecc.) e un totale di 4,24 miliardi di euro attraverso il FSE, che includono anche investimenti in favore dell'invecchiamento attivo e per un migliore accesso all'assistenza sanitaria di alta qualità e a prezzi sostenibili.

Considerando gli obiettivi tematici dell'attuale programmazione dei fondi SIE, per sette di essi è possibile identificare tipologie di intervento in materia di sanità e salute.

Tabella I – Programmazione fondi SIE 2014-2020 – Obiettivi tematici e interventi in materia di sanità

Obiettivo tematico	Possibili interventi
1) Rafforzare la ricerca, lo sviluppo tecnologico e l'innovazione	Interventi per l'Innovazione nella sanità
2) Migliorare l'accesso alle TIC, nonché l'impiego e la qualità delle medesime	E-health
3) Promuovere la competitività delle PMI, del settore agricolo e del settore della pesca e dell'acquacoltura	Interventi a supporto delle PMI operanti in ambito sanitario
8) Promuovere un'occupazione sostenibile e di qualità e sostenere la mobilità dei lavoratori	Occupazione in ambito sanitario Invecchiamento attivo ed in buona salute Salute e capitale umano (promuovere stili di vita salutari, rafforzare la prevenzione) Salute e forza lavoro (interventi volti a migliorare la salute e la sicurezza sul lavoro, supportare il reclutamento di persone con malattie croniche e/o disabilità)
9) Promuovere l'inclusione sociale e combattere la povertà e ogni discriminazione	Costi-benefici e sostenibilità delle cure (interventi volti a valutare le prestazioni dei sistemi sanitari, protocolli condivisi, approvvigionamento di vaccini, medicinali e farmaci) Transizione da un'assistenza ospedaliera a un'assistenza sul territorio (deistituzionalizzazione) Infrastrutture Accesso all'assistenza sanitaria

Obiettivo tematico	Possibili interventi
	Diminuzione delle disuguaglianze in ambito sanitario Salute mentale
10) Investire nell'istruzione, nella formazione e nella formazione professionale per le competenze e l'apprendimento permanente	Formazione dei lavoratori del settore sanitario e formazione permanente
11) Rafforzare la capacità istituzionale delle autorità pubbliche e delle parti interessate e un'amministrazione pubblica efficiente	Assistenza transfrontaliera e cooperazione tra gli Stati membri Capacità dei sistemi sanitari

Fonte: Elaborazione propria sulla base delle informazioni contenute nel documento *Draft thematic guidance fiche for desk officers – Health*¹

Il sistema sanitario di ciascuno Stato membro deve affrontare le proprie sfide specifiche. I tipi di investimenti, di conseguenza, differiscono tra singoli Paesi.

Nonostante le relative differenze, è possibile in ogni caso individuare le principali aree di investimento comuni. Nello specifico:

- de-istituzionalizzazione e sviluppo di cure basate sulla comunità;
- promozione di un invecchiamento attivo e sano;
- miglioramento dell'accesso all'assistenza sanitaria e della qualità dei servizi;
- promozione della salute e prevenzione delle malattie;
- formazione continua del personale medico;
- maggiore impegno nel settore della sanità elettronica.

Nel contesto italiano, interventi a sostegno della salute dei cittadini sono riscontrabili in alcuni dei principali Programmi Operativi Nazionali (PON), cofinanziati dai Fondi SIE: PON Metro - benefici legati alla mobilità sostenibile, PON Ricerca e Innovazione, PON Governance in cui sono previsti specifici progetti volti a sviluppare l'utilizzo delle ICT per la Salute e il Servizio Sanitario Nazionale.

Ma è soprattutto attraverso i Programmi Operativi Regionali (POR) relativi al FESR e al FSE che le regioni italiane attuano interventi in ambito sanitario. L'ammontare totale di questi interventi nella programmazione 2014-2020 è di 660.600.345 euro.

L'utilizzo dei fondi SIE a sostegno della sanità vede uno stanziamento molto elevato per ciò che concerne l'accesso ai servizi (400.003.280 euro, FSE – Categoria di intervento 112), le infrastrutture per la sanità (208.686.057 euro, FESR – Categoria di intervento 053), l'E-health (49.302.282 euro, FESR – Categoria di intervento 081) e l'invecchiamento attivo e in buona salute (6.920.159 euro, FSE – Categoria di intervento 107).

La quasi totalità delle regioni italiane prevede l'utilizzo di risorse del FSE per attuare interventi mirati al miglioramento dell'accessibilità ai servizi (Categoria di intervento 112); solo la Provincia autonoma di Bolzano e la Regione Veneto prevedono interventi, attraverso tale fondo, a sostegno dell'invecchiamento attivo ed in buona salute (Categoria di intervento 107). Per ciò che concerne il FESR, gli interventi riguardano soluzioni ICT volte ad affrontare la sfida dell'invecchiamento attivo e in buona salute nonché servizi e applicazioni per la sanità elettronica (Categoria di intervento 081). A questi interventi, in quattro regioni (Puglia, Basilicata, Sardegna e Sicilia) si affiancano anche interventi in infrastrutture per la sanità (Categoria di intervento 053).

Per un quadro di insieme degli interventi si rimanda alla tabella sottostante.

¹ *Draft Thematic Guidance Fiche For Desk Officers – Health- Version 2 – 10/03/2014, European Commission, 2014.*

Tabella 2 – Programmi Operativi Regionali 2014-2020 - Allocazioni finanziarie nel settore salute

Nome del Programma	Fondo	Totale allocazioni nel settore salute (Euro)	Tipologia di investimento
PO Calabria FESR/FSE	FSE	15.000.000	<ul style="list-style-type: none"> • Infrastrutture per la sanità (C053) • E-Health (C081) • Invecchiamento attivo e in buona salute (C107) • Accesso ai servizi (C112)
PO Molise FESR/FSE	FESR	2.674.555	
PO Puglia FESR/FSE	FSE/FESR	308.502.006	
PO Basilicata E	FSE	6.732.314	
PO Provincia autonoma di Bolzano	FSE	3.100.000	
PO Campania	FSE	31.456.500	
PO Emilia- Romagna	FSE	6.683.128	
PO Friuli Venezia Giulia	FSE	6.634.268	
PO Lazio	FSE	50.000.000	
PO Liguria	FSE	7.090.896	
PO Lombardia	FSE	47.830.000	
PO Marche	FSE	14.620.180	
PO Piemonte	FSE	20.000.000	
PO Sardegna	FSE	4.448.000	
PO Sicilia	FSE	40.500.000	
PO Toscana	FSE	40.312.977	
PO Provincia di Trento	FSE	3.500.000	
PO Umbria	FSE	7.083.584	
PO Valle d'Aosta	FSE	1.300.000	
PO Veneto	FSE	3.820.159	
PO Basilicata	FESR	13.500.000	
PO Campania	FESR	7.077.227	
PO Lazio	FESR	2.000.000	
PO Liguria	FESR	2.000.000	
PO Sardegna	FESR	5.422.500	
PO Sicilia	FESR	9.312.051	

Fonte: Elaborazione propria su base dati "Italia country factsheets Mapping of the use of European Structural and Investment funds in health in the 2007-2013 and 2014-2020 programming periods"

Sebbene il bilancio pluriennale per il periodo 2021-2027 sia attualmente in fase di negoziazione, alcune prime indicazioni in merito al supporto fornito dall'Unione Europea alle politiche sanitarie già emergono dagli orientamenti forniti dalla Commissione Europea. Negli orientamenti politici 2019-2024², la salute ricopre un ruolo molto importante. I mutamenti dell'agenda politica dettati dal Covid-19 fanno supporre che nei prossimi mesi, quando saranno cristallizzate le coordinate e le regole della prossima programmazione dei fondi SIE, il tema della salute avrà piena centralità. Su questo punto si farà ritorno nella parte 4 del presente documento.

Fermo restando il peso dei fondi SIE nel bilancio della Unione, va altresì ricordato che esistono ulteriori strumenti attraverso i quali l'UE finanzia iniziative in ambito sanitario, come è il caso del programma per la ricerca e innovazione Horizon 2020. Nel seguente box tali strumenti sono inquadrati nella loro cornice di storia recente.

² "A Union that strives for more – My agenda for Europe"- Ursula von der Leyen.

I fondi strutturali rappresentano certamente lo strumento privilegiato con cui l'UE detta gli orientamenti strategici in materia di salute e sanità, che saranno poi declinati al contesto specifico di ciascuno Stato membro.

Ciò nonostante, non possono non essere menzionati anche gli altri strumenti di cui l'UE si avvale, che hanno un impatto significativo nelle politiche sanitarie degli Stati membri. La tematica della salute pubblica rappresenta infatti una tematica di grande rilevanza per le politiche UE, i cui indirizzi strategici partono da lontano.

Il principale riferimento strategico che orienta l'azione dell'Unione Europea nel settore salute è il Libro Bianco “Un impegno comune per la Salute”¹ adottato dalla Commissione Europea nel 2007. Al Libro Bianco, nel 2013, la Commissione ha affiancato il documento “Investire nella Salute”¹. Il documento, che ha completato il quadro strategico di riferimento in materia di salute e allineato gli obiettivi definiti nel Libro Bianco alla Strategia Europa 2020, si pone come ambizione quella di avviare un processo di riforma dei sistemi sanitari europei al fine di utilizzare in modo più efficiente le risorse e garantire un'assistenza sanitaria di qualità.

“Investire nella Salute” traccia gli orientamenti strategici fondamentali che gli Stati membri dovrebbero perseguire nella definizione delle loro azioni di investimento nel settore salute. I principi cardine sono:

- **Investire in sistemi sanitari sostenibili**, rispondendo alla sempre più forte esigenza di riforma e modernizzazione, incrementandone l'efficienza;
- **La salute come investimento in capitale umano**, attivando politiche concrete in sostegno della prevenzione delle malattie e la promozione di uno stile di vita sano;
- **Investire per ridurre le disuguaglianze sanitarie**, favorendo la coesione sociale e garantendo l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria.

Già alla fine degli anni '90 dello scorso secolo, gli orientamenti strategici dell'Unione Europea in tema di salute sono stati concretamente realizzati attraverso dei programmi, dapprima nati come iniziative di settore (“L'Europa contro il cancro”, “L'Europa contro l'AIDS”, ecc.) ed in seguito tramutati in un programma a carattere trasversale, il cosiddetto Programma Europeo sulla Salute, ad oggi alla sua terza programmazione.

Al Programma Europeo sulla salute, gestito dalla Commissione Europea attraverso la CHAFAE – l'Agenzia esecutiva per i consumatori, la salute, l'agricoltura e la sicurezza alimentare, si affiancano altri programmi a gestione diretta come il programma Horizon 2020 e l'iniziativa Connecting Europe.

Nel prossimo periodo di programmazione 2021-2027 è prevista l'integrazione del Programma Europeo per la Salute nel nuovo Fondo Sociale Europeo Plus (FSE +).

2 I Cambiamenti regolamentari introdotti per far fronte all'emergenza

Tutti gli Stati membri dell'Unione Europea sono stati colpiti dall'emergenza sanitaria causata dal diffondersi del virus Covid-19, sia dal punto di vista socio-sanitario che economico e finanziario. Il diffondersi dell'epidemia ha frenato la crescita economica, causando problemi di disponibilità di presidi di protezione per il personale sanitario e la popolazione. In alcuni casi si è evidenziata la scarsità delle risorse finanziarie disponibili per supportare la ricerca medico-scientifica.

La Commissione Europea ha fornito una prima risposta alla crisi attraverso un'iniziativa di investimento in risposta all'emergenza di sanità pubblica presentata il 13 marzo 2020 (e approvata dal Parlamento e dal Consiglio il 30 marzo 2020)³, attraverso una seconda proposta avanzata il 2 aprile 2020 (diventa regolamento il 23 aprile 2020)⁴, e infine tramite la proposta ribattezzata REACT-EU⁵. Queste iniziative consentono agli Stati membri di disporre di risorse immediate e regole più flessibili da utilizzare non solo per rispondere all'emergenza sanitaria, ma anche per gettare le basi per la ripresa economica, aspetto che esce dall'orizzonte del presente documento.

2.1 MOBILITAZIONE DI RISORSE PER LA LOTTA CONTRO LA PANDEMIA

Mediante il regolamento (UE) approvato a fine marzo 2020 vengono liberati fondi per contrastare la crisi mobilitando rapidamente le riserve di liquidità provenienti dai fondi SIE: grazie all'aggiunta di due commi all'articolo 139(7) del Regolamento (UE) 1303/2013, la Commissione non emetterà alcun ordine di recupero dei prefinanziamenti ricevuti per il 2019, circa 8 miliardi di euro, e che gli Stati membri avrebbero dovuto restituire entro giugno 2020, in quanto non utilizzati a titolo del FESR, FSE, FC e del Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca (FEAMP). Gli Stati membri potranno dunque trattenere le suddette somme fino al 2025, annualità in cui si inizieranno a chiudere i programmi del corrente ciclo di programmazione 2014-2020, utilizzandole per investimenti anche nel settore sanitario.

Inoltre, tendendo in considerazione i tassi medi di cofinanziamento negli Stati membri, verranno complessivamente sbloccati ulteriori 29 miliardi di euro a carico del bilancio UE, mettendo a disposizione il co-finanziamento comunitario a supporto di investimenti per contrastare la diffusione del virus e per rilanciare l'economia.

Per quanto riguarda Italia e Spagna, i due Stati UE più duramente colpiti dalla diffusione del virus, essi potranno beneficiare rispettivamente di 2 miliardi e 318 milioni di euro e 4 miliardi e 145 milioni di euro⁶.

³ Regolamento (UE) 2020/460 del Parlamento europeo e del Consiglio del 30 marzo 2020 che modifica i regolamenti (UE) n. 1301/2013, (UE) n. 1303/2013 e (UE) n. 508/2014 per quanto riguarda misure specifiche volte a mobilitare gli investimenti nei sistemi sanitari degli Stati membri e in altri settori delle loro economie in risposta all'epidemia di Covid-19 (Iniziativa di investimento in risposta al Coronavirus).

⁴ Regolamento (UE) 2020/558 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 aprile 2020 che modifica i regolamenti (UE) n. 1301/2013 e (UE) n. 1303/2013 per quanto riguarda misure specifiche volte a fornire flessibilità eccezionale nell'impiego dei fondi strutturali e di investimento europei in risposta all'epidemia di Covid-19 (Iniziativa di investimento in risposta al coronavirus Plus).

⁵ Proposta di Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (UE) n. 1303/2013 per quanto riguarda le risorse aggiuntive straordinarie e le modalità di attuazione nel quadro dell'obiettivo Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione per fornire assistenza allo scopo di promuovere il superamento degli effetti della crisi nel contesto della pandemia di Covid-19 e preparare una ripresa verde, digitale e resiliente dell'economia (REACT-EU). COM(2020) 451 final.

⁶ Per quanto riguarda l'Italia, questa somma si compone dell'ammontare del prefinanziamento, pari a 853 milioni di euro, e del cofinanziamento tramite il bilancio UE, ovvero 1 miliardo e 465 milioni di euro. La Spagna ha a disposizione 1 miliardo e 161 milioni di euro di prefinanziamento, e 2 miliardi e 984 milioni di euro provenienti dal co-finanziamento tramite il budget UE.

Va altresì evidenziato che gli Stati membri dispongono ancora complessivamente di 28 miliardi di euro di risorse destinate alla coesione, includendo anche il co-finanziamento nazionale, non ancora assegnate a progetti e che possono essere redistribuite per supportare azioni nel quadro della crisi sanitaria. Per quanto riguarda l'Italia, si parla di 8 miliardi e 945 milioni; la Spagna invece potrà contare su circa 7 miliardi di euro⁷.

Nel regolamento approvato ad aprile viene data ancora maggiore flessibilità, offrendo l'opportunità agli Stati membri di richiedere un tasso di cofinanziamento comunitario pari al 100% per i programmi della politica di coesione per l'anno fiscale 2020-2021⁸. Ciò permette di non impiegare risorse nazionali allocandole piuttosto per sostenere ulteriori e nuovi investimenti per contrastare l'emergenza sanitaria, supportare la ripresa economica e la coesione sociale e territoriale.

Il terzo strumento proposto dalla Commissione europea il 28 maggio 2020, noto come REACT-EU, si propone di mobilitare ulteriori risorse per supportare nuovi investimenti e anticipare il sostegno finanziario agli Stati membri. In particolare, la proposta mette in campo ulteriori 58 milioni di euro per i fondi strutturali, da spalmare su tre annualità – 2020, 2021 e 2022, e un potenziamento del quadro finanziario pluriennale per il prossimo ciclo di programmazione 2021-2027.

2.2 MAGGIORE FLESSIBILITÀ NELLA MODIFICA E ATTUAZIONE DEI PROGRAMMI

Nel Regolamento (UE) 2020/460 approvato il 30 marzo 2020, vengono delineate diverse misure per garantire flessibilità nell'attuazione dei programmi sostenuti dai fondi strutturali:

- Si sancisce la possibilità per gli Stati UE di trasferire, all'interno dei programmi sostenuti dai fondi FESR, FSE e FC, un importo fino all'8% della dotazione finanziaria di una priorità al 1° febbraio 2020 e entro il limite del 4% del bilancio del programma a un'altra priorità dello stesso fondo a favore dello stesso programma. Nel comma viene inoltre affermato che queste modifiche non richiedono una decisione di modifica del programma da parte della Commissione, riducendo così sia i costi amministrativi sia i possibili ritardi nell'attuazione. Questo paragrafo permette di spostare l'allocazione finanziaria da una priorità ad un'altra all'interno dello stesso programma, consentendo così di supportare per esempio investimenti a favore di ricerca e sviluppo, o acquisto di macchinari ad alta tecnologia per presidi ospedalieri⁹.
- Si offre la possibilità agli Stati UE di includere le spese effettuate a partire dal 1° febbraio 2020 per operazioni volte a contrastare la pandemia, all'interno dei programmi operativi sostenuti dai fondi strutturali, includendo spese di carattere medico-sanitario¹⁰.

Successivamente, grazie all'approvazione della proposta CRII+, si sono aperti ulteriori margini di flessibilità per la modifica e implementazione dei programmi sostenuti dai fondi SIE, come il trasferimento di risorse finanziarie tra i fondi strutturali, e quindi la possibilità di trasferire risorse tra programmi, o da un asse verso un altro.

I principali elementi di novità possono essere così richiamati:

⁷ https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/it/qanda_20_458

⁸ Regolamento (UE) 2020/558, Art. 2, che aggiunge al Capo V del Reg. (UE) n. 1303/2013, l'Art. 25 bis (1).

⁹ Regolamento (UE) 2020/460, Art. 2, che aggiunge all'Art. 30 del Reg. (UE) n. 1303/2013 il paragrafo (5).

¹⁰ Regolamento (UE) 2020/460, Art. 2, che aggiunge al paragrafo (10) dell'Art. 65 del Reg. (UE) n. 1303/2013 un nuovo comma.

- Sono resi possibili i trasferimenti finanziari tra FESR, FSE e FC nell'ambito dell'obiettivo Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione, permettendo quindi di spostare le risorse disponibili per l'anno 2020 da un programma all'altro¹¹;
- È prevista la possibilità di trasferire le risorse finanziarie disponibili per l'anno 2020 tra regioni¹², in modo tale da concentrare gli investimenti nelle regioni che sono state più duramente colpite dalla diffusione del virus e allocando ingenti risorse nelle azioni già ideate per attuare investimenti anche in presidi medico-sanitari e attrezzature, così come per supportare la ricerca medico-scientifica¹³;
- È prevista la sospensione delle misure inerenti alla concentrazione tematica per quanto riguarda i programmi modificati nell'ambito dell'emergenza sanitaria pubblica, permettendo di trasferire risorse da un asse verso un altro; ciò favorisce una maggior concentrazione di risorse nelle aree più colpite e che necessitano di maggiori dotazioni finanziarie, come anche incanala somme più ingenti per l'acquisto di macchinari e dispositivi sanitari di sicurezza¹⁴;
- È consentito il finanziamento delle operazioni portate materialmente a termine o completamente attuate che si inseriscono all'interno dell'azione di risposta al Covid-19, inserite all'interno di programmi che sono stati modificati per rispondere all'emergenza sanitaria, anche se la Commissione Europea non ha ancora approvato la modifica. Si applica quindi la retroattività dell'ammissibilità dei costi, che permette di supportare anche costi effettuati nel settore medico-scientifico¹⁵;
- È possibile spendere fino al 10% in più del bilancio assegnato a una data priorità, a condizione che ciò sia compensato da una riduzione equivalente in un'altra priorità dello stesso programma. Questa modifica si applicherà all'intero programma, includendo quindi anche le spese sostenute prima del 1° febbraio 2020, ma sarà applicata solo alla chiusura dei programmi. L'aggiunta di questo paragrafo all'articolo 130 consentirà di avere un cofinanziamento più elevato di misure diverse, senza la necessità di modificare il programma¹⁶.

Nella proposta REACT-EU, la Commissione propone di fatto un allungamento dell'attuale ciclo di programmazione iniettando risorse aggiuntive per sostenere maggiormente i programmi finanziati dai fondi strutturali europei. In particolare, le risorse aggiuntive per il 2020 sono da destinarsi ai fondi FESR e FSE e derivano da un aumento delle risorse globali per la coesione economica, sociale e territoriale, mentre le risorse aggiuntive per le due successive annualità provengono dallo Strumento Europeo per la ripresa.

Nel dettaglio, per il 2020 saranno erogati ulteriori 5.000.000.000 euro; per il 2021 42.434.400.000 euro; per il 2022 10.820.400.000 euro. I metodi di assegnazione di queste risorse aggiuntive sono presentati nell'Allegato VII bis, e terranno in considerazione i dati statistici più recenti relativi alla prosperità degli Stati e gli effetti e l'impatto della crisi sui territori. Nelle due successive annualità la Commissione si riserva di modificare e aggiornare i metodi di calcolo per assegnare le risorse aggiuntive.

Gli Stati membri potranno utilizzare queste risorse nell'ambito dell'obiettivo Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione per porre in essere azioni di supporto e sostegno alla coesione economica, sociale e territoriale, e preparare una ripresa verde, digitale e resiliente.

Qui di seguito vengono presentate le principali novità promosse dalla proposta REACT-EU:

- Le risorse aggiuntive potranno essere esclusivamente incluse nei programmi supportati dal FESR e dal FSE; tuttavia, è possibile anche destinare parte di queste risorse al fondo FEAD prima dell'assegnazione al FESR e al FSE¹⁷;
- Le suddette risorse potranno essere trasferite tra i fondi FESR e FSE sopra menzionati¹⁸;

¹¹ Regolamento (UE) 2020/558, Art. 2, che aggiunge al Capo V del Reg. (UE) n. 1303/2013, l' Art. 25 bis (2).

¹² Si consideri "regioni" nell'accezione di "categoria di regioni" come indicato nel Regolamento EU 1303/2013 del Parlamento Europeo e del Consiglio, distinguendo dunque tra regioni più sviluppate, regioni meno sviluppate e regioni in transizione.

¹³ *Ibidem*, Art. 2, che aggiunge al Capo V del Reg. (UE) n. 1303/2013, l' Art. 25 bis (3).

¹⁴ *Ibidem*, Art. 2, che aggiunge al Capo V del Reg. (UE) n. 1303/2013, l' Art. 25 bis (5).

¹⁵ *Ibidem*, Art. 2, che aggiunge al Capo V del Reg. (UE) n. 1303/2013, l' Art. 25 bis (7).

¹⁶ *Ibidem*, Art. 2, che aggiunge all' Art. 130 del Reg. (UE) n. 1303/2013 il paragrafo (3).

¹⁷ Proposta REACT-EU (COM/2020/451 final), Art. 1, che aggiunge al Reg. (UE) n. 1303/2013 l'Art.92 ter (5).

¹⁸ *Ibidem*, Art. 1, che aggiunge al Reg. (UE) n. 1303/2013 l' Art. 91 (1) bis e l'Art. 92 bis

- È previsto l'inserimento di un nuovo obiettivo tematico trasversale nei programmi FESR e FSE – “Promuovere il superamento degli effetti della crisi nel contesto dell'epidemia di Covid-19 e preparare una ripresa verde, digitale e resiliente dell'economia”. Questo nuovo obiettivo tematico potrà essere utilizzato solo per l'attuale programmazione ed esclusivamente per l'utilizzo delle risorse aggiuntive, e deve rappresentare una priorità di investimento unica¹⁹;
- Nel caso di programmi FESR, le risorse aggiuntive possono essere utilizzate per sostenere investimenti in prodotti e servizi di carattere sanitario, per fornire sostegno alle PMI sotto forma di capitale circolante o di sostegno agli investimenti, incluse le spese per promuovere salute e sicurezza dei lavoratori e per coprire costi operativi e relativi al personale²⁰;
- Nel caso dei programmi FSE, le risorse aggiuntive potranno essere utilizzate per sostenere il mantenimento dell'occupazione, per supportare la creazione di nuovi posti di lavoro, per favorire l'occupazione giovanile, lo sviluppo delle competenze, e migliorare l'accesso a servizi sociali di interesse generale²¹;
- Il 50% delle risorse addizionali per l'annualità 2020 saranno versate come prefinanziamento iniziale²²;
- I programmi i cui assi prioritari riceveranno il sostegno tramite le suddette risorse addizionali nell'ambito del nuovo obiettivo specifico verranno cofinanziati al 100%²³;
- Si esentano gli Stati membri dall'obbligo di rispettare le condizionalità ex ante, dagli obblighi in materia di concentrazione tematica. Le risorse addizionali non devono essere necessariamente ripartite per categorie di regioni, gli Stati membri non sono obbligati ad elaborare una strategia di comunicazione relativa alle risorse aggiuntive²⁴.

2.3 PIÙ AMPIA AMMISSIBILITÀ DELLE SPESE NEL SETTORE MEDICO-SANITARIO

Per quanto riguarda l'ammissibilità delle spese mediche, la Commissione Europea introduce la possibilità di effettuare investimenti nel settore medico-sanitario²⁵. I fondi FESR e FSE potranno essere utilizzati per l'acquisto di dispositivi sanitari e di protezione e per dispositivi medici (come respiratori, mascherine, guanti in nitrile, camici, copricapo, gel igienizzanti, etc..), per supportare azioni legate alla prevenzione delle malattie, alla sicurezza sui luoghi di lavoro nel settore dell'assistenza sanitaria, per migliorare la sanità elettronica, e per garantire l'accesso all'assistenza sanitaria per i gruppi vulnerabili, come anziani, soggetti con patologie mediche pregresse, donne incinte, etc.

Facendo riferimento alle categorie di intervento dei fondi SIE²⁶, si possono identificare infatti possibili categorie di intervento a supporto del sistema sanitario nazionale:

¹⁹ *Ibidem*, Art. I, che aggiunge al Reg. (UE) n. 1303/2013 l'Art 92 ter (9).

²⁰ *Ibidem*, Art. I, che aggiunge al Reg. (UE) n. 1303/2013 l'Art 92 ter (8).

²¹ *Ibidem*, Art. I, che aggiunge al Reg. (UE) n. 1303/2013 l'Art 92 ter (8).

²² *Ibidem*, Art. I, che aggiunge al Reg. (UE) n. 1303/2013 l'Art 92 ter (2).

²³ *Ibidem*, Art. I, che aggiunge al Reg. (UE) n. 1303/2013 l'Art 92 ter (11).

²⁴ *Ibidem*, Art. I, che aggiunge al Reg. (UE) n. 1303/2013 l'Art 92 ter (8).

²⁵ Regolamento (UE) 2020/460, Art. I, che modifica l' Art.5 (1) (b) del Reg. n. 1301/2013; Proposta REACT-EU (COM/2020/451 final), Art. I, che aggiunge al Reg. (UE) n. 1303/2013 l'Art. 92 ter (8)

²⁶ Allegato I, in Regolamento di esecuzione (UE) n. 215/2014 della Commissione del 7 marzo 2014 che stabilisce norme di attuazione del regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, recante disposizioni comuni sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione, sul Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca e disposizioni generali sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca per quanto riguarda le metodologie per il sostegno in materia di cambiamenti climatici, la determinazione dei target intermedi e dei target finali nel quadro di riferimento dell'efficacia dell'attuazione e la nomenclatura delle categorie di intervento per i fondi strutturali e di investimento europei, in <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0215&from=EN>

- 053 Infrastrutture per la sanità: supporto per investimenti infrastrutturali e per l'acquisto di materiali nei presidi medico-sanitari;
- 081 Soluzioni TIC volte ad affrontare la sfida dell'invecchiamento attivo e in buona salute nonché servizi e applicazioni per la sanità elettronica (compresa la teleassistenza e la domotica per categorie deboli);
- I 07 Invecchiamento attivo e in buona salute: supporto per sviluppare e implementare attività di aiuto alle persone più anziane per rimanere attive e in salute, e per prevenire la loro esclusione sociale;
- I 12 Miglioramento dell'accesso a servizi abbordabili, sostenibili e di qualità, compresi i servizi sociali e le cure sanitarie d'interesse generale: supporto per sviluppo e implementazione di progetti che possano migliorare l'accesso e la qualità dei servizi sanitari e di cura alla persona (inclusione sociale, sviluppo di presidi territoriali medico-sanitari, migliore accesso alle cure sanitarie, appalti pubblici per acquisto di dispositivi e apparecchiature moderne e innovative, etc.).

È altresì opportuno ricordare che ci sono altri tipi di investimenti indiretti²⁷, volti a sostenere il miglioramento e rafforzamento di questo settore, nonché dell'area inerente alla ricerca medico-scientifica. Si può dunque far riferimento a risorse destinate a:

- settore della ricerca e sviluppo nell'ambito biomedico, farmaceutico, della biotecnologia e nanotecnologia, della tecnologia dell'innovazione;
- imprese, in particolare PMI, che operano nel settore medico-sanitario;
- corsi di formazione e aggiornamento del personale medico-sanitario;
- progetti per supportare l'integrazione sociale di persone fragili e categorie svantaggiate;
- misure per creare ambienti di lavoro sicuri nel settore medico-sanitario.

Un ulteriore strumento di finanziamento attivato per fare fronte all'emergenza sanitaria è il Fondo Europeo di Solidarietà, illustrato nel seguente box.

²⁷ Mapping of the use of European Structural and Investment funds in health in the 2007-2013 and 2014-2020 programming periods (gennaio 2016).

Box 2 – Fondo Europeo di Solidarietà

Oltre ai fondi SIE, le istituzioni UE hanno anche aperto alla possibilità di accedere al Fondo Europeo di Solidarietà, fino ad ora utilizzato per rispondere a catastrofi di origine naturale, come inondazioni, incendi, terremoti. Grazie all'approvazione del Regolamento (UE) 2020/461, il fondo ha ampliato il suo ambito di intervento includendo anche emergenze di sanità pubblica. Gli Stati membri hanno a disposizione complessivamente 800 milioni di euro, a cui potranno avere accesso per:

- Fornire assistenza, inclusa assistenza medica, alla popolazione colpita dall'emergenza sanitaria;
- Proteggere e salvaguardare la popolazione affetta dal virus, attivando misure di prevenzione, monitoraggio e controllo della diffusione del virus, e arginare ulteriori rischi che possono ledere alla salute e sicurezza pubblica.

Le spese ammesse nel quadro del fondo sono, tra le altre:

- Assistenza medica, incluse medicine, attrezzature e dispositivi medico-sanitari, costi relativi alle infrastrutture sanitarie e di protezione civile;
- Analisi di laboratorio;
- Misure straordinarie e costi aggiuntivi relativi ad assistenza medico-sanitaria inerente alla diffusione del virus respiratorio Covid-19;
- Dispositivi di protezione personale;
- Assistenza speciale alla popolazione, specialmente ai gruppi più vulnerabili (anziani, persone con problemi pregressi di salute, donne incinte, genitori single lavoratori, ...);
- Supporto speciale per mantenere operativo il personale medico sanitario;
- Sviluppo di vaccini o medicinali;
- Rafforzamento della capacità di pianificazione e preparazione per rispondere alla crisi, e rafforzamento della capacità comunicativa per far fronte all'emergenza;
- Miglioramento della valutazione e gestione del rischio;
- Sanificazione degli edifici;
- Controlli medici, inclusi quelli ai confini nazionali;
- Tutte le spese aggiuntive relative al personale.

L'Italia è stato il primo Stato membro a presentare la domanda preliminare di sostegno per la lotta al Covid-19 tramite questo fondo in data 27 aprile 2020.

2.4 MARGINI DI MANOVRA NEL QUADRO DEGLI APPALTI PUBBLICI

Questa sezione descrive le misure eccezionali che si possono adottare in caso di urgenza o estrema urgenza previste dalla direttiva (UE) in merito agli appalti pubblici²⁸, in modo tale da ridurre tempi amministrativi e permettere maggiore celerità nelle procedure per l'acquisto di forniture, servizi e lavori necessari per affrontare la crisi. Queste misure rappresentano un ulteriore spazio di flessibilità previsto dal quadro legislativo e consentono alle amministrazioni aggiudicatrici che hanno bisogno di beni di prima necessità e infrastrutture supplementari di potersene approvvigionare nel giro di pochi giorni o ore, al fine di sopperire alle mancanze nel settore medico-sanitario²⁹.

²⁸ Direttiva 2014/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 febbraio 2014 sugli appalti pubblici e che abroga la direttiva 2004/18/CE, in <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014L0024&from=IT>

²⁹ Communication from the Commission Guidance from the European Commission on using the public procurement framework in the emergency situation related to the COVID-19 crisis, in <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.CI.2020.108.01.0001.01.ENG>

Uno specifico focus va dedicato all'approfondimento circa le procedure di appalto che vengono in larga parte e tradizionalmente utilizzate per acquistare dispositivi e infrastrutture in ambito medico-sanitario, necessari in queste circostanze di crisi.

Difatti, l'articolo 27(3) della Direttiva (UE) prevede, qualora l'amministrazione aggiudicatrice decidesse di aggiudicare l'appalto tramite procedura aperta, la possibilità di ridurre i tempi per la ricezione delle offerte dai tradizionali 35 giorni a 15, a decorrere dalla data di invio del bando di gara.

Nel caso della procedura ristretta (art. 28(3) e 28(6)), i tempi vengono ridotti dai 30 giorni previsti per la presentazione della domanda di partecipazione a 15, e dai 30 ai 10 giorni per la presentazione di un'offerta. Ciò consente una riduzione consistente dei tempi di gara e dunque una rapida aggiudicazione dell'appalto.

In casi di estrema urgenza, la direttiva prevede inoltre che si possa ricorrere alla procedura negoziata senza previa pubblicazione. Difatti, laddove i tempi brevi previsti nelle procedure aperte e ristrette non possono essere rispettati, a causa di "ragioni di estrema urgenza derivanti da eventi imprevedibili dall'amministrazione aggiudicatrice" le amministrazioni aggiudicatrici possono procedere attraverso procedura negoziata senza previa pubblicazione. Il ricorso a questo tipo di procedura prevede che le amministrazioni aggiudicatrici possano negoziare direttamente con i potenziali operatori economici; questo a patto che l'impresa fornitrice sia in grado di assicurare i beni o servizi richiesti rispettando i vincoli tecnici e temporali imposti dalla situazione di emergenza.

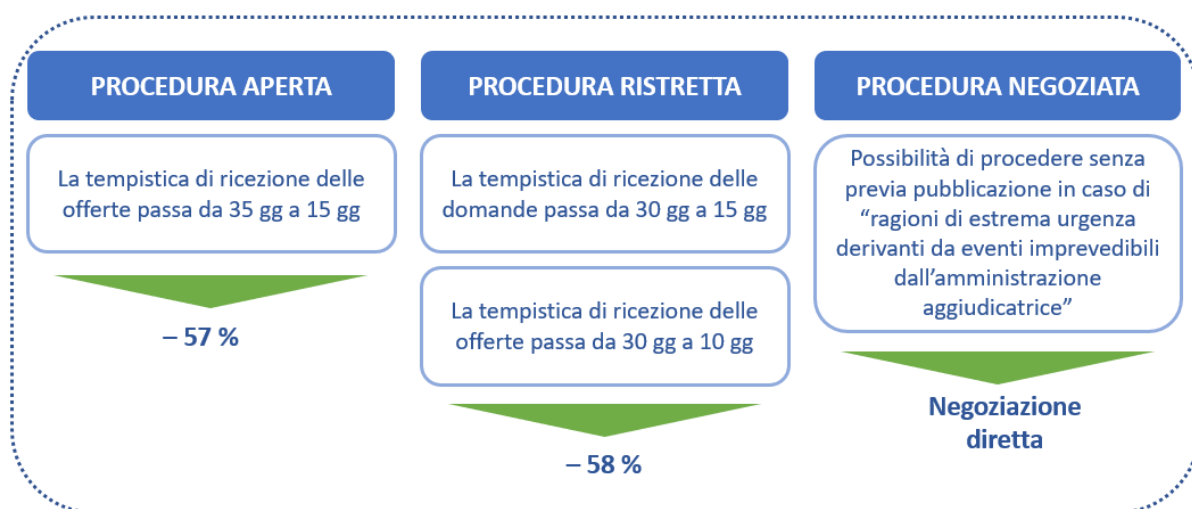
Come recita l'articolo 32 (2) (c), l'amministrazione aggiudicatrice può ricorrere a questo tipo di procedura solamente dopo avere valutato se il singolo caso in questione soddisfa i criteri cumulativi:

1. Eventi imprevedibili per l'amministrazione aggiudicatrice in questione: si può tenere in considerazione la situazione emergenziale in cui i presidi medico-sanitari operano nel periodo emergenziale e il continuo bisogno di reperire beni di protezione individuale per il personale medico sanitario, così come ventilatori polmonari, posti letto supplementari e infrastrutture ospedaliere e di terapia intensiva aggiuntive, e tutti quegli altri strumenti aggiuntivi che non sono in tale periodo disponibili o che sono presenti in misura limitata negli ospedali.
2. Impossibilità di rispettare i termini di scadenza generali a causa dell'estrema urgenza: qualora l'amministrazione aggiudicatrice decida di applicare questo tipo di procedura dovrà valutare se è impossibile rispettare anche i tempi più brevi previsti dall'articolo 27(3) e 28(3) e 28(6). Nella situazione emergenziale in cui le strutture sanitarie versano, appare chiaro che usare questo tipo di procedura può velocizzare i tempi di risposta nel procurarsi attrezzature e infrastrutture utili alla lotta contro il virus.
3. Nesso di causalità tra l'evento imprevedibile e l'estrema urgenza: appare evidente che l'estrema urgenza è data dallo sviluppo dirompente dell'emergenza sanitaria.

L'amministrazione aggiudicatrice può utilizzare questa procedura solo per colmare la lacuna fino a quando non sarà possibile trovare situazioni più stabili: le amministrazioni aggiudicatrici possono far ricorso a questa procedura in casi di estrema urgenza e necessità. Nel momento in cui la situazione migliorerà e le strutture sanitarie ritorneranno a funzionare ai ritmi tradizionali, precedenti la pandemia, le stazioni appaltanti dovranno ritornare a fare uso delle procedure usuali, con le relative tempistiche ordinarie per aggiudicare gli appalti.

La figura sottostante riassume le principali modifiche regolamentari come esplicitate nei paragrafi precedenti.

Figura 1 - Riduzione dei tempi procedurali nel quadro degli appalti pubblici



Fonte: Elaborazione propria

La Commissione Europea ha inoltre attivato ulteriori meccanismi per rendere disponibili dispositivi di protezione in tutta l'Unione, avviando una procedura di gara congiunta (tra gli Stati membri) accelerata che ha consentito in modo tempestivo l'importazione, il trasporto e la distribuzione di dispositivi di protezione, concentrandosi sulle regioni più colpite. Oltre a questo, è stata offerta assistenza nel trasporto di pazienti in ospedali transfrontalieri ed è stato potenziato il rapido sviluppo di metodi di trattamento e di sperimentazione.

Attraverso il fondo rescEU, all'interno del meccanismo europeo di protezione civile, l'UE ha mobilitato 380 milioni di euro per migliorare e rafforzare la preparazione alla crisi a livello nazionale ed europeo, e per fornire ulteriore approvvigionamento e distribuzione di forniture mediche in tutta l'UE. Le apparecchiature mediche finanziate da rescEU sono dislocate in più Stati membri che coordinano le attività e sono responsabili dell'approvvigionamento del materiale. La Commissione Europea finanzia al 100% l'acquisto del materiale, mentre il Centro di coordinamento di risposta all'emergenza ne gestirà la distribuzione.

Sono stati poi stanziati 2,7 miliardi di euro attraverso lo Strumento per il sostegno di emergenza dell'Unione Europea, per finanziare ulteriori urgenti necessità di forniture mediche, il trasporto di attrezzature mediche e pazienti nelle regioni transfrontaliere, l'invio di operatori sanitari nelle zone di maggiore contagio e la costruzione di ospedali da campo mobili. La distribuzione di queste apparecchiature verrà gestita da una *task force* che coinvolge esperti in gestione delle crisi, politica sanitaria, trasporti, appalti pubblici dell'UE e gestione finanziaria³⁰.

³⁰ Coronavirus: la Commissione accoglie con favore il rapido via libera del Parlamento alle nuove risorse proposte per proteggere vite umane e mezzi di sussistenza, in https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/it/IP_20_685

3 I bisogni alla luce dell'emergenza Covid-19

3.1. QUALI LE PRIORITÀ PER IL SERVIZIO SANITARIO?

L'emergenza epidemica tutt'ora in corso ha mostrato come solamente un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in grado di garantire copertura universale, interventi di tipo preventivo diffusi, combinati con interventi diagnostico terapeutici di qualità, sia in grado di evitare catastrofi di dimensioni ancora superiori rispetto a quella che stiamo osservando³¹. Il dibattito attuale su come il SSN debba evolvere a seguito di questa esperienza si intreccia con molti dei processi di cambiamento che erano in atto a livello nazionale e regionale nel nostro Paese. Gli stimoli che vengono dall'emergenza vanno inseriti in un quadro di riprogettazione del sistema che vada al di là della specifica emergenza Coronavirus e che vada in una direzione di tutela complessiva della salute dei cittadini con dentro anche la tutela nei confronti delle emergenze infettive. In altre parole, dobbiamo investire in un SSN che ci consenta di essere preparati nel caso di una nuova epidemia, ma che possa tornare a garantire i servizi essenziali in maniera più efficiente ed efficace rispetto alla situazione per Covid-19.

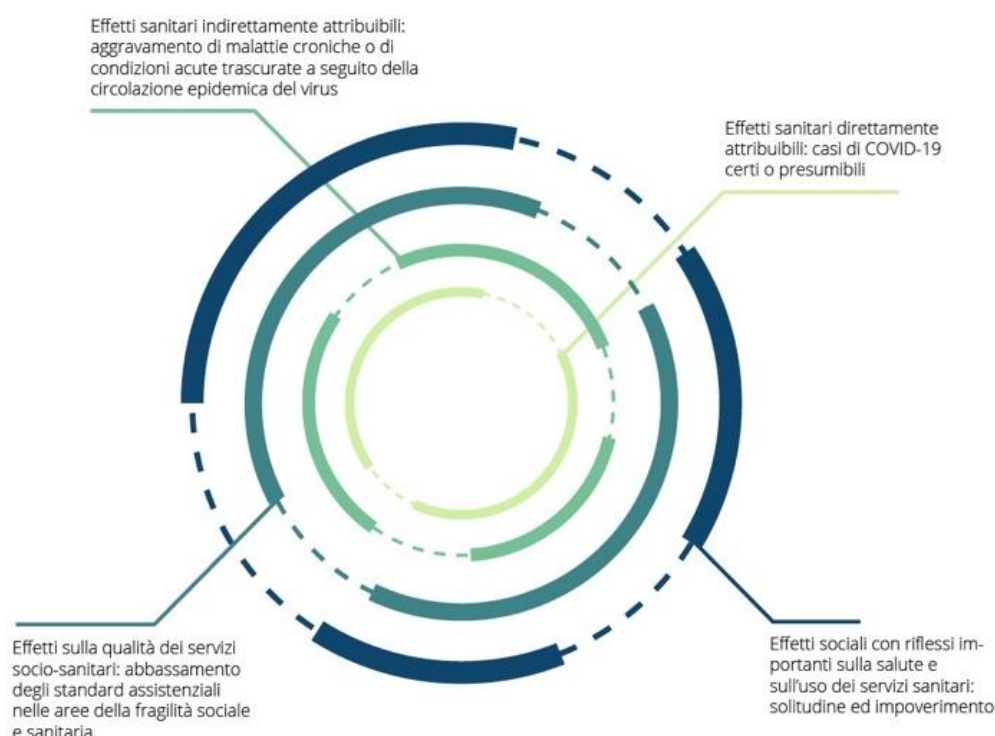
Chiarire questo obiettivo, nonché tratteggiare alcune linee di progettazione, sono passaggi importanti per comprendere come l'utilizzo delle risorse europee possa collocarsi e divenire elemento determinante per un reale salto di paradigma nel sistema. È possibile allora enucleare una serie di direttrici di intervento che declinano questa idea di fondo. Per definirle proponiamo di incrociare due approcci: quello dei quattro cerchi che definiscono l'impatto del Covid-19 (ipotizzato e presentato da Tech for Care per la prima volta su <https://covid.tech4care.eu>) e il Chronic Care Model, un modello tradizionale della letteratura in tema di politiche sanitarie che mira a realizzare una tutela proattiva della cronicità. La nostra ipotesi è che al di là dei casi "ufficiali" di Covid-19, il maggior impatto della malattia si abbia in realtà sui pazienti cronici ed in particolare su quelli più fragili.

3.2 I QUATTRO CERCHI DELL'IMPATTO DEL COVID-19

Può essere utile partire dalla descrizione e rappresentazione grafica di tutti i possibili effetti del Covid-19, effetti rappresentati nel grafico seguente.

³¹ Giorgi C, Taroni F. Il Servizio sanitario nazionale di fronte alla pandemia. Passato e futuro delle politiche per la Salute. Rivista delle Politiche Sociali.

Figura 2 - I quattro cerchi dell'impatto del Covid-19



Per quanto riguarda *gli effetti sanitari direttamente attribuibili* essi ricomprendono tutti i casi indipendentemente dalla loro gravità e indipendentemente dalla diagnosi di certezza. Quindi sono ricompresi sia quelli paucisintomatici che quelli causa di ricovero in terapia intensiva o addirittura di decesso. E sono ricompresi tutti quei casi che “sappiamo” essersi verificati e che non è stato possibile documentare da un punto di vista microbiologico.

Per quanto riguarda *gli effetti sanitari indirettamente attribuibili*, è già stato ad esempio segnalato l'aumento dei decessi per infarto³², come l'abbassamento della qualità dell'assistenza ai pazienti oncologici³³. Si tenga presente che tutta la “normale” attività sia territoriale che ospedaliera è stata fortemente penalizzata durante tutta la prima parte dell'epidemia (si pensi alla sospensione o forte riduzione della attività chirurgica programmata).

Per quanto riguarda *gli effetti sulla qualità dei servizi socio-sanitari*, si pensi ad esempio alle chiusure dei Centri Diurni nell'area delle demenze³⁴ e ai problemi in tema di rapporto tra coronavirus e disabilità già rilevati da diverse testate giornalistiche.

Per quanto riguarda *gli effetti sociali con riflessi importanti sulla salute e sull'uso dei servizi sanitari*, come già anticipato e prevedibile i problemi nell'area della salute mentale si incrementano di molto in periodi come questo³⁵. Quanto all'effetto diverso del Covid-19 in rapporto alle classi sociali si rimanda al contributo di Del Riccio e Casigliani su Salute Internazionale³⁶.

Questa consapevolezza delle diverse tipologie di effetti di una epidemia di Covid-19 deve orientare tutti i progetti di (ri)costruzione di un sistema socio-sanitario “a prova di Covid-19”. Questa consapevolezza ci porta ad esempio a prevedere di:

³² https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=85062

³³ https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=84173

³⁴ <https://www.osservatoriomalattie.it/alzheimer/15900-coronavirus-e-alzheimer-10-consigli-per-affrontare-la-quarantena>

³⁵ https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=84201

³⁶ <https://www.saluteinternazionale.info/2020/04/il-virus-iniquo/>

1. investire prioritariamente sulla prevenzione che minimizza gli impatti a tutti i livelli;
2. includere nei Piani per la gestione di una eventuale (ri)emergenza epidemica la totalità dei servizi sanitari e sociali in modo da creare la possibilità di una continuità dell'assistenza anche in caso di "riaccensione" dell'epidemia (tipo "gruppo elettrogeno") non solo in ospedale, ma anche sul territorio;
3. fare in modo che gli investimenti specie in personale coprano tutte le dimensioni dell'impatto del Covid-19.

Insomma, la lotta al Covid-19 ci richiede di guardare al di là della malattia per occuparci di tutto il sistema sociale e sanitario dentro cui anche (e sottolineiamo anche) questa problematica deve trovare risposta. Un sistema socio-sanitario "buono" per il Covid-19 è buono per tutto il resto e viceversa. Quei 4 cerchi ci aiutano a ricordarlo e ci fanno collocare al centro della attenzione di sistema la cronicità e quindi l'esigenza di arrivare a definire politiche proattive di tutela della cronicità.

3.3. LA TUTELA PROATTIVA DELLA CRONICITÀ

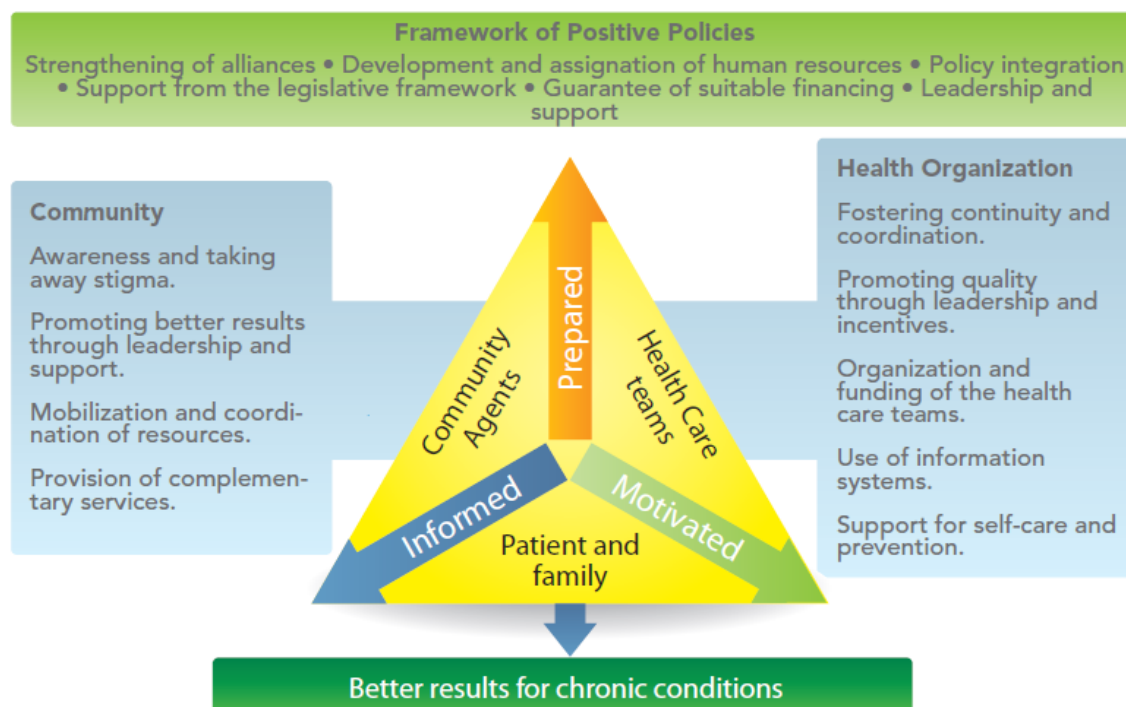
I pazienti cronici sono stati il bersaglio elettivo del Covid-19 nella sua forma più aggressiva e quindi va assolutamente rilanciato ed applicato un reale *Chronic Care Model* (CCM). Il CCM "base"³⁷ ha trovato una ulteriore evoluzione nel modello dell'OMS³⁸ della Figura 3 di solito identificato con l'acronimo ICC³C (*Innovative Care and Chronic Conditions*). In questo modello, tutti e tre gli attori del modello (agenti sociali, team assistenziali, pazienti coi loro familiari) devono essere preparati, informati e motivati. L'uso di questo modello come cornice ci aiuta ad identificare una lunga serie di obiettivi per progetti di intervento.

³⁷ Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice* 1998; 1: 2-4.

³⁸ World Health Organization. Innovative care for Chronic Conditions. Disponibile in <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1>

Figura 3 - Modello delle cure innovative e delle condizioni croniche di salute

The Model of Innovative Care and Chronic Conditions (ICCC)



Una prima tipologia di obiettivi riguarda la costruzione della **Rete delle Politiche di Sostegno** (*Framework of Positive Policies*) finalizzate a ottenere:

1. **il rafforzamento delle alleanze** (*Strengthening of alliances*) e cioè stabilire tutte le relazioni utili “per la causa”;
2. **lo sviluppo e assegnazione delle risorse umane** necessarie (*Development and assignation of human resources*), che vuol dire non solo rendere disponibile personale, ma formarlo allo scopo;
3. **l'integrazione tra le varie politiche** (*Policy integration*), che vuol dire rendere coerenti e finalizzate le politiche sanitarie e le politiche sociali;
4. **la creazione di un contesto favorevole con leggi e atti** (*Support from the legislative framework*);
5. **la garanzia di un finanziamento adeguato** (*Guarantee of suitable financing*);
6. **la leadership e il supporto** (*Leadership and support*) e cioè il coinvolgimento di figure autorevoli nei processi di cambiamento da mettere in atto.

Una seconda tipologia di obiettivi mira a rendere le comunità capaci di svolgere i seguenti compiti:

1. promuovere la consapevolezza dell'esistenza di uno stigma e la sua rimozione (*awareness and taking away stigma*);
2. ottenere migliori risultati attraverso la leadership e il supporto (*promoting better results through leadership and support*);
3. provvedere alla attivazione delle risorse della comunità ed al loro coordinamento (*mobilization and coordination of resources*);
4. promuovere l'erogazione di servizi complementari (*provision of complementary services*).

Una terza tipologia di obiettivi mira a rendere il sistema sanitario capace di svolgere i seguenti compiti:

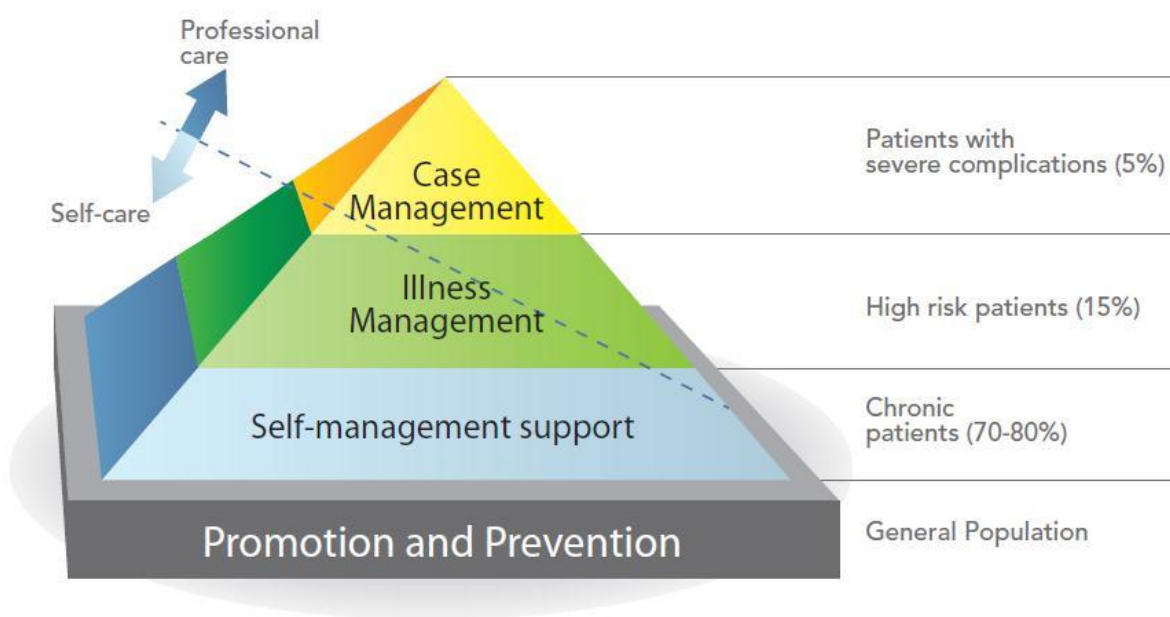
1. perseguire la continuità e il coordinamento dell'intervento (*fostering continuity and coordination*);

2. promuovere la qualità attraverso la leadership e un sistema di incentivi (*promoting quality through leadership and incentives*);
3. organizzare e sostenere economicamente i team assistenziali (*organization and funding of the health care teams*);
4. utilizzare i sistemi informativi (*use of information systems*);
5. dare supporto alla auto-gestione della cura e alla prevenzione (*support for self-care and prevention*).

Nel tempo altri contributi si sono succeduti per meglio definire le strategie di risposta alla cronicità e ognuno di essi ha fatto riferimento ad un modello grafico. E' questo il caso della piramide di Kaiser Permanente³⁹. Questa piramide è la base dell'approccio di popolazione alla gestione della salute (*population health management*). In base a quanto graficamente rappresentato nella piramide, si potranno prevedere modalità di gestione differenziate (a) per quel 70-80% di pazienti cronici per i quali basta un supporto all'auto-cura, (b) per il 15% circa di pazienti ad alto rischio la cui condizione di malattia va gestita da parte del team, (c) per quel 5% di pazienti in cima alla piramide che hanno complicanze gravi e vanno presi in carico singolarmente da un case manager, cioè un operatore dedicato. La base della piramide è rappresentata dalla popolazione generale cui riservare interventi di promozione della salute e prevenzione delle malattie. Più il paziente è in alto nella piramide, più aumenta il ruolo della assistenza "professionale" erogata dai servizi. Più il paziente si trova in basso, più aumenta l'importanza dell'auto-cura. Un'altra area di ricerca/intervento può essere rappresentata proprio da "prove di health population management".

Figura 4 - Piramide di Kaiser Permanente

Extended Kaiser Pyramid



3.4 QUALI PROGETTI NELL'ERA POST-COVID?

La lettura del contesto attuale attraverso questi modelli di riferimento suggerisce quindi ipotesi di riforma ed investimento che, travalicando l'emergenza del momento, colgano l'occasione per una strutturale riorganizzazione del nostro SSN. La fase che dovrebbe precedere l'avvio di qualsiasi progettualità dovrebbe essere quella dell'individuazione degli obiettivi, idealmente da realizzarsi in ogni regione coniugando una analisi

³⁹ De Rosi S. eHealth in Kaiser Permanente: integrazione e paziente al centro. Salute Internazionale.info, 03.05.2016. Scaricabile da: <https://www.saluteinternazionale.info/2016/05/ehealth-in-kaiser-permanente-integrazione-e-paziente-al-centro/>

epidemiologica dei dati disponibili con il coinvolgimento diretto dei professionisti che hanno gestito e gestiscono sul campo cronicità e coronavirus. Dal loro coinvolgimento dovrebbero venir delineate le principali criticità da affrontare con interventi/investimenti gestiti secondo una logica progettuale. Lungi dal voler fornire risposte attraverso questo breve contributo, si riportano nella tabella successiva alcuni spunti che, in via ipotetica, potrebbero rappresentare vere e proprie “tracce di lavoro” per configurare assieme ai professionisti stessi una strategia regionale di investimenti che facciano perno su progetti di potenziamento del settore sanitario.

Box 3 –Finanziare attraverso i fondi SIE interventi finalizzati ad una gestione proattiva della cronicità

Quali macro-obiettivi?

- Promuovere interventi che anticipino il bisogno
- Spostare la risposta dei servizi a livello domiciliare
- Rendere più consapevoli pazienti, familiari e comunità

Quali obiettivi (indicatori)? (per migliorare quali risultati? per colmare quali lacune?)

1. Ridurre la mortalità (tassi standardizzati di mortalità generali e specifici per causa)
2. Ridurre i costi sanitari (pubblici e privati)
3. Ridurre i costi sociali (giorni di vita lavorativa persi dai familiari, costi a carico delle famiglie e del sistema socio-sanitario)
4. Ridurre le complicanze (frequenza di amputazioni per diabete, frequenza di trattamenti invasivi per cardiopatia coronarica, frequenza di insufficienza respiratoria grave)
5. Ridurre l'ospedalizzazione (tassi standardizzati di ospedalizzazione generali e per causa, numero di giornate di ospedalizzazione)
6. Migliorare la qualità della vita (indici particolari)
7. Aumentare la capacità dei pazienti, dei familiari/caregiver e delle comunità di attivarsi (frequenza di ricorso allo specialista o al Medico di Medicina Generale)

Quale popolazione bersaglio? (chi dovrebbe “guadagnarci” in termini di salute?)

1. Pazienti affetti da una determinata patologia/condizione (esempi: multicronicità, malattia respiratoria cronica, scompenso cardiaco, demenza, malattia di Parkinson, disabilità grave)
2. Popolazione anziana non autosufficiente

Quali azioni? (cosa fare per raggiungere quei risultati?)

1. Formazione/intervento
2. Interventi di adeguamento strutturale
3. Introduzione di nuove figure professionali (infermiere di famiglia o di comunità)
4. Introduzione di nuovi modelli organizzativi (lavoro in équipe)
5. Introduzione di strumenti/percorsi della telemedicina
6. Sostegno economico alle famiglie
7. Misure di legge
8. Coinvolgimento dei volontari in specifiche progettualità
9. Spostamento dell'intervento a livello domiciliare
10. Fund raising
11. Coinvolgimento di opinion leader
12. Iniziative di comunicazione anche attraverso l'uso dei social media
13. Utilizzo di app innovative
14. Sviluppo di ausili/supporti con l'intelligenza artificiale
15. Utilizzo di sistemi incentivanti
16. Partnership pubblico/privato
17. Protocollo operativo
18. Profilo di assistenza
19. Progetto di miglioramento della qualità
20. Adozione di sistemi/strumenti informativi

Chi coinvolgere: con quali Servizi/operatori promuovere quelle azioni?

1. Dipartimento di prevenzione

2. Distretto
3. Una o più strutture residenziali
4. Una o più équipes di cure primarie
5. Una Azienda Sanitaria
6. Una rete di servizi
7. Una o più figure professionali
8. Operatori e professionisti di altri settori (istruzione, sociale, lavoro, etc.)

In quale contesto istituzionale intervenire?

1. Servizio Sanitario Regionale
2. Comune o associazione di comuni
3. Altri settori di politica pubblica (istruzione, sociale, lavoro, etc.)

Box 4 – Finanziare attraverso i fondi SIE interventi finalizzati a creare sanità a prova di Covid-19

Quali macro-obiettivi?

1. Ridurre la frequenza dei contagi
2. Rafforzare la sorveglianza epidemiologica
3. Migliorare gli esiti del Covid-19 anticipando a domicilio l'inizio del trattamento

Quali obiettivi (indicatori)? (per migliorare quali risultati? per colmare quali lacune?)

1. Ridurre l'incidenza dei casi di contagio (frequenza nuovi casi di infezione)
2. Ridurre l'incidenza dei casi gravi (incidenza dei ricoveri in terapia intensiva)
3. Mortalità (tassi standardizzati di mortalità generali e specifici per causa)
4. Ridurre i costi sanitari (pubblici e privati)
5. Ridurre i costi sociali (giorni di vita lavorativa persi dai familiari, costi a carico delle famiglie e del sistema socio-sanitario)
6. Ridurre le complicanze (frequenza di amputazioni per diabete, frequenza di trattamenti invasivi per cardiopatia coronarica, frequenza di insufficienza respiratoria grave)
7. Ridurre l'ospedalizzazione (tassi standardizzati di ospedalizzazione generali e per causa, numero di giornate di ospedalizzazione)
8. Migliorare la qualità della vita (indici particolari)
9. Aumentare la capacità dei pazienti, dei familiari/caregiver e delle comunità di attivarsi (frequenza di ricorso allo specialista o al Medico di Medicina Generale)

Quale popolazione bersaglio? (chi dovrebbe “guadagnarci” in termini di salute?)

1. Popolazione di una determinata area/comunità
2. Gli operatori sanitari
3. Ospiti ed operatori di una struttura socio-assistenziale o di una rete di strutture socio-assistenziali

Quali azioni? (cosa fare per raggiungere quei risultati?)

1. Formazione/intervento
2. Interventi di adeguamento strutturale con creazione anche di percorsi ad hoc
3. Introduzione di nuove figure professionali (infermiere di famiglia o di comunità)
4. Introduzione di nuovi modelli organizzativi (lavoro in équipes)
5. Introduzione di strumenti/percorsi della telemedicina
6. Sostegno economico alle famiglie
7. Misure di legge
8. Coinvolgimento dei volontari in specifiche progettualità
9. Spostamento dell'intervento a livello domiciliare
10. Fund raising
11. Coinvolgimento di opinion leader
12. Iniziative di comunicazione anche attraverso l'uso dei social media
13. Utilizzo di app innovative
14. Sviluppo di ausili/supporti con l'intelligenza artificiale
15. Utilizzo di sistemi incentivanti
16. Partnership pubblico/privato

17. Protocollo operativo
18. Profilo di assistenza
19. Progetto di miglioramento della qualità
20. Adozione di strumenti/sistemi informativi
21. Introduzione di test di screening

Chi coinvolgere: con quali Servizi/operatori promuovere quelle azioni?

1. Dipartimento di prevenzione
2. Distretto
3. Una o più strutture residenziali
4. Una o più équipes di cure primarie
5. Una Azienda Sanitaria
6. Una rete di servizi
7. Una o più figure professionali
8. Operatori e professionisti di altri settori (istruzione, sociale, lavoro, etc.)

In quale contesto istituzionale intervenire?

1. Servizio Sanitario Regionale
2. Comune o associazione di comuni
3. Altri settori di politica pubblica (istruzione, sociale, lavoro, etc.)

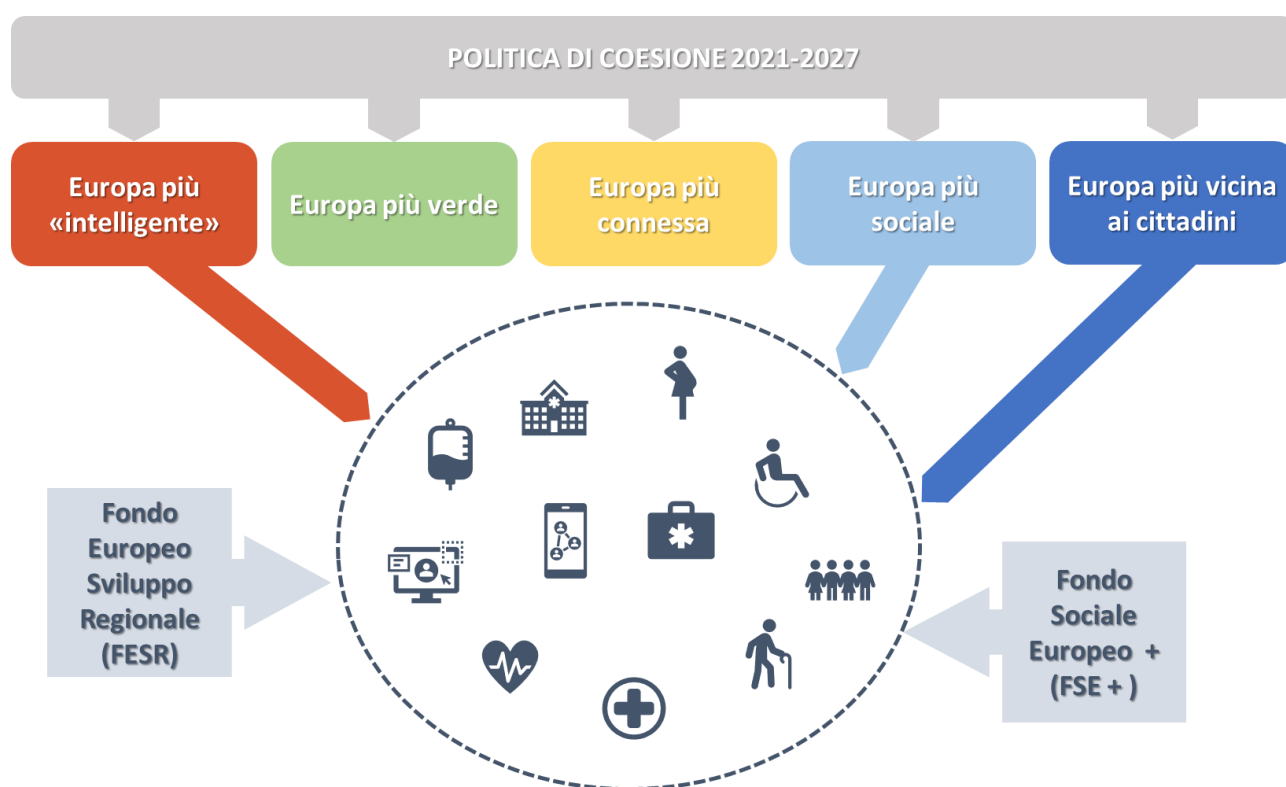
4 Quali spazi nella programmazione 2021-2027 dei fondi SIE?

A conclusione di questo documento, occorre chiedersi qual è il contesto di programmazione dei fondi SIE all'interno del quale si potrà, e a nostro modo di vedere si *dovrà*, lavorare per il raggiungimento dei macro-obiettivi e degli obiettivi indicati a conclusione della parte precedente. L'analisi si concentrerà sul FESR e sul FSE, strumenti della politica di coesione.

Attualmente, considerando gli orientamenti strategici contenuti nelle bozze di regolamenti in discussione, per il prossimo periodo di programmazione è lecito attendersi che gli investimenti in sanità verranno convogliati nell'obiettivo "Europa più sociale" e, in minor misura, "Europa più vicina ai cittadini". Inoltre, si attende che le risorse allocate per il conseguimento dell'obiettivo strategico "Un'Europa più intelligente" saranno destinate anche al settore medico-sanitario per rafforzare progetti di ricerca e di innovazione, per favorire l'introduzione di tecnologie avanzate, per supportare sistemi di digitalizzazione nei presidi ospedalieri (e-Health).

La figura sottostante mostra i cinque obiettivi della futura politica di coesione 2021-2027 e la collocazione del tema salute e sanità.

Figura 5 - Salute e sanità nella nuova programmazione 2021-2027



Fonte: Elaborazione propria

Sappiamo che la programmazione 2021-2027 dei fondi SIE è ancora in corso, quindi giova prendere familiarità con gli elementi da osservare via via che il quadro regolamentare si andrà cristallizzando. Sarebbe imprudente, allo stato attuale, offrire indicazioni a titolo definitivo. Come più volte ricordato, i temi della salute e della

sanità hanno ovviamente acquistato un peso politico nuovo e vi potranno essere modifiche ed evoluzioni, anche nelle direzioni indicate nella parte precedente del presente documento.

Come mostrato nella figura, e come emergerà nel dettaglio dalla analisi successiva, vi è sì la possibilità di intervenire sui temi della salute e sanità nell'ambito degli Obiettivi strategici 1 e 5, ma è nell'Obiettivo strategico 4 "Un'Europa più sociale attraverso l'attuazione del pilastro europeo dei diritti sociali" che il tematismo riveste piena centralità.

Se si considera il FSE, va considerato il nono obiettivo specifico dedicato ai sistemi e servizi sanitari: "(ix) migliorare l'accesso paritario e tempestivo a servizi di qualità, sostenibili e a prezzi accessibili; modernizzare i sistemi di protezione sociale, anche promuovendo l'accesso alla protezione sociale; migliorare l'accessibilità, l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari e dei servizi di assistenza di lunga durata".

Venendo al FESR occorre osservare, nel passaggio tra gli anni 2018 e 2020, **uno spostamento dell'accento dalla questione delle infrastrutture sanitarie a quella della "resilienza dei sistemi sanitari"** che appare rispondente ai punti di attenzione posti nella parte 3 di questo documento. Se infatti nella formulazione della bozza di regolamento del 2018⁴⁰ l'obiettivo specifico iv) relativo alle questioni di salute e sanità recitava "Garantire la parità di accesso all'assistenza sanitaria mediante lo sviluppo di infrastrutture, compresa l'assistenza sanitaria di base", la proposta modificata del 28 maggio 2020⁴¹ presenta una diversa formulazione: "Garantire la parità di accesso all'assistenza sanitaria e promuovere la resilienza dei sistemi sanitari". La parte introduttiva della proposta modificata è estremamente esplicativa e merita quindi di essere citata in maniera estesa: *"Per migliorare le capacità di prevenzione, protezione, risposta rapida e ripresa nel caso di insorgenza di emergenze sanitarie, si propone che gli investimenti volti a migliorare la resilienza dei sistemi sanitari possano essere programmati e attuati in modo globale. A tal fine gli investimenti potrebbero andare oltre la realizzazione di infrastrutture e possono comprendere investimenti in attrezzature e forniture necessarie per garantire la resilienza dei sistemi sanitari. Inoltre, dato che per affrontare in modo efficace l'insorgere di una crisi è necessario disporre del materiale opportuno, il FESR dovrebbe anche essere in grado di finanziare forniture volte a rafforzare la resilienza alle catastrofi oltre che a migliorare la resilienza dei sistemi sanitari. In tale contesto è necessario che gli Stati membri assicurino un approccio coordinato e la complementarità tra gli investimenti finanziati dal [programma per la salute] e dal FESR."*

Prima di osservare l'ossatura della programmazione, occorre ricordare che le autorità di gestione, che propongono alla Commissione Europea i rispettivi programmi operativi per il finanziamento attraverso fondi SIE, devono dimostrare la presenza, a livello nazionale o regionale, di **"condizioni abilitanti"** tali da garantire i prerequisiti necessari per l'impiego efficace ed efficiente del sostegno da parte dell'Unione. Ciascuna condizione abilitante è, se possibile, collegata a un obiettivo specifico. La condizione abilitante collegata agli obiettivi specifici del FESR e del FSE si riferisce sia all'assistenza sanitaria sia all'assistenza a lungo termine, richiamando la necessità di conoscenza ex ante delle esigenze, come anche di inclusione dei soggetti svantaggiati. Viene fatta anche specifica menzione dei **servizi di prossimità**, incluse la **prevenzione**, l'assistenza sanitaria di base e le **cure a domicilio**. La programmazione riconosce quindi pienamente la necessità che lo stato (o la regione) all'interno del quale si vogliano perseguire obiettivi sanitari attraverso i fondi SIE abbia già orientato questa politica secondo la logica che è stata sopra descritta, e che vede l'integrazione tra la dimensione della cura nel "grande ospedale" con la rete di servizi di prossimità che permettono di lavorare in maniera efficiente sull'intera popolazione, utilizzando al meglio il fattore tempo (prevenzione) e il fattore spazio (cure a domicilio).

⁴⁰ Proposta di Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio relativo al Fondo europeo di sviluppo regionale e al Fondo di coesione COM(2018) 372 final <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52018PC0372&from=EN>

⁴¹ Proposta modificata di Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio relativo al Fondo europeo di sviluppo regionale e al Fondo di coesione COM(2020) 452 final https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:2ff59670-a0b5-11ea-9d2d-01aa75ed71a1.0014.02/DOC_1&format=PDF

Box 5 – Criteri di adempimento per la condizione abilitante relativa agli obiettivi specifici 4.4 del FESR e 4.3.4 del FSE

È in atto un quadro politico strategico nazionale o regionale per la sanità che comprende:

1. una mappatura delle esigenze dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza a lungo termine, anche in termini di personale medico, per garantire misure sostenibili e coordinate;
2. misure per garantire assistenza sanitaria e a lungo termine efficiente, sostenibile, accessibile e abbordabile, con attenzione particolare alle persone escluse dai sistemi di assistenza sanitaria e di lungo termine;
3. misure per promuovere i servizi di prossimità, tra cui la prevenzione e l'assistenza sanitaria di base e le cure a domicilio.

Fonte: Allegato IV alla bozza di Regolamento CPR (2018) <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52018PC0375&from=EN>

Addentrando nella programmazione, è possibile considerare le “**tipologie di intervento**” che i fondi SIE potranno consentire di finanziare nel periodo 2021-2027, comprendendo quindi se e come i programmi saranno in grado di rispondere alle domande “macro” poste alla fine della parte precedente (si veda box qui sotto). Analizzando le tipologie di intervento sarà quindi possibile verificare se i programmi potranno essere costruiti per dare risposta a questioni come l'anticipazione dei tempi di intervento in ambito sanitario, il rafforzamento dei sistemi di monitoraggio sanitario, lo spostamento di parte dell'attività dagli ospedali al domicilio dei pazienti.

Box 6 – Macro-obiettivi per una gestione proattiva della cronicità e per una gestione a prova di Covid-19

Quali macro-obiettivi per una gestione proattiva della cronicità?

- Promuovere interventi che anticipino il bisogno
- Spostare la risposta dei servizi a livello domiciliare
- Rendere più consapevoli pazienti, familiari e comunità

Quali macro-obiettivi per una gestione a prova di Covid-19?

- Ridurre la frequenza dei contagi
- Rafforzare la sorveglianza epidemiologica
- Migliorare gli esiti del Covid-19 anticipando a domicilio l'inizio del trattamento

Esaminando le tipologie di intervento previsti per l'**Obiettivo strategico I** “Un'Europa più intelligente attraverso la promozione di una trasformazione economica, intelligente e innovativa”, va rilevata la presenza di una tipologia tematicamente dedicata alla sanità: “Applicazioni e servizi e informatici di assistenza sanitaria online (compresi l'e-Care, Internet delle cose per l'attività fisica e la domotica per categorie deboli)”. Si tratta di un filone di lavoro molto specifico e altamente qualificante per il sistema sanitario, da finanziare attraverso il FESR. Riguarda la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria e tocca esplicitamente ambiti avanzati che possono comprendere tecnologie immersive per l'attività fisica in chiave di riabilitazione, come anche la messa a punto di soluzioni che consentano a malati e anziani di godere anche nella propria abitazione di soluzioni che fino ad oggi abbiamo spesso associato ai soli contesti ospedalieri. Va d'altra parte osservato che l'applicazione ai temi della salute e della sanità può essere considerata come trasversale sostanzialmente a tutte le tipologie di intervento di questo obiettivo strategico. Nel caso in cui tali temi saranno considerati pertinenti dal programma (ad esempio perché presenti nella strategia di specializzazione intelligente regionale), essi potranno offrire i contenuti a tipologie di intervento relative, ad esempio, ad “Incubazione, sostegno a spin off, spin out e start-up” o a “Attività di ricerca e innovazione in centri pubblici di ricerca, istruzione superiore e centri di competenza, comprese le attività in rete (ricerca industriale, sviluppo sperimentale, studi di fattibilità)”.

Un preliminare esame delle tipologie di intervento previste nell'ambito dell'Obiettivo strategico I indica quindi che il tema della salute e sanità è presente in una declinazione molto specialistica (013), e che interventi di ricerca e innovazione in ambito sanitario risultano finanziabili trasversalmente come conseguenza delle scelte di programmazione delle autorità che gestiscono i programmi FESR, attraverso la mobilitazione di attori

pubblici come i centri di ricerca pubblici, e privati come le piccole e medie imprese e i soggetti capaci di aggregarle quali gruppi di imprese, cluster di innovazione, reti d'impresa ecc. **Tale quadro di programmazione sembra quindi consentire il finanziamento di soluzioni mirate a rispondere a “macro-obiettivi” sanitari quali l'anticipazione del bisogno** (attraverso la costruzione di più avanzati e capillari sistemi di monitoraggio) **e lo spostamento della risposta dei servizi a livello domiciliare** (ad esempio attraverso soluzioni di domotica).

Va a margine rilevato che nella proposta del 2018 la Commissione Europea ha dato una “declinazione settoriale” delle tipologie di intervento limitata alla dimensione della sostenibilità ambientale. Le due ultime tipologie di intervento (si veda box qui sotto), infatti, menzionano l'economia a basse emissioni di carbonio, sulla resilienza e sull'adattamento ai cambiamenti climatici (022) e l'economia circolare (023). L'importanza di una dimensione “circolare” nel settore sanità potrebbe peraltro assumere maggiore peso nell'esperienza dei prossimi anni (delle difficoltà di smaltimento dei dispositivi di protezione individuale si sta ampiamente discutendo in questi mesi), mantenendo piena consapevolezza che la pericolosità caratteristica del settore pone problemi ulteriori nel costruire percorsi circolari impostati sulle logiche del riciclo e del riuso.

Box 7 - Tipologie di intervento relative all'Obiettivo Strategico I - Un'Europa più intelligente

- 001 Investimenti in capitale fisso in microimprese direttamente connessi alle attività di ricerca e innovazione
- 002 Investimenti in capitale fisso in piccole e medie imprese (compresi i centri di ricerca privati) direttamente connessi alle attività di ricerca e innovazione
- 003 Investimenti in capitale fisso in centri di ricerca pubblici e nell'istruzione superiore pubblica direttamente connessi alle attività di ricerca e innovazione
- 004 Investimenti in beni immateriali in microimprese direttamente connessi alle attività di ricerca e innovazione
- 005 Investimenti in beni immateriali in piccole e medie imprese (compresi i centri di ricerca privati) direttamente connessi alle attività di ricerca e innovazione
- 006 Investimenti in beni immateriali in centri di ricerca pubblici e nell'istruzione superiore pubblica direttamente connessi alle attività di ricerca e innovazione
- 007 Attività di ricerca e innovazione in microimprese, comprese le attività in rete (ricerca industriale, sviluppo sperimentale, studi di fattibilità)
- 008 Attività di ricerca e innovazione in piccole e medie imprese, comprese le attività in rete
- 009 Attività di ricerca e innovazione in centri pubblici di ricerca, istruzione superiore e centri di competenza, comprese le attività in rete (ricerca industriale, sviluppo sperimentale, studi di fattibilità)
- 010 Digitalizzazione delle PMI (compreso il commercio elettronico, l'e-business e i processi aziendali in rete, i poli di innovazione digitale, i laboratori viventi, gli imprenditori del web, le start-up nel settore delle TIC e il B2B)
- 011 Soluzioni TIC, servizi elettronici, applicazioni per l'amministrazione
- 012 Applicazioni e servizi e informatici per le competenze digitali e l'inclusione digitale
- 013 Applicazioni e servizi e informatici di assistenza sanitaria online (compresi l'e-Care, Internet delle cose per l'attività fisica e la domotica per categorie deboli)**
- 014 Infrastrutture commerciali per le PMI (compresi i parchi e i siti industriali)
- 015 Sviluppo dell'attività delle PMI e internazionalizzazione
- 016 Sviluppo di competenze per la specializzazione intelligente, la transizione industriale e l'imprenditorialità
- 017 Servizi avanzati di sostegno alle PMI e a gruppi di PMI (compresi i servizi di gestione, marketing e progettazione)
- 018 Incubazione, sostegno a spin off, spin out e start-up
- 019 Sostegno ai cluster di innovazione e alle reti di imprese, principalmente a vantaggio delle PMI
- 020 Processi di innovazione nelle PMI (processi, organizzazione, marketing, co-creazione, innovazione guidata dall'utente e dalla domanda)
- 021 Trasferimento di tecnologie e cooperazione tra le imprese, i centri di ricerca e il settore dell'istruzione superiore
- 022 Processi di ricerca e di innovazione, trasferimento di tecnologie e cooperazione tra imprese incentrate sull'economia a basse emissioni di carbonio, sulla resilienza e sull'adattamento ai cambiamenti climatici
- 023 Processi di ricerca e innovazione, trasferimento di tecnologie e cooperazione tra imprese incentrate sull'economia circolare

Fonte: Allegato I alla bozza di Regolamento CPR (2018) <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52018PC0375&from=EN>

Come sopra ricordato, il cuore degli interventi relativi alle questioni di salute e sanità sta nell'**Obiettivo strategico 4** “Un’Europa più sociale attraverso l’attuazione del pilastro europeo dei diritti sociali”.

Un primo gruppo di tipologie di intervento (92-95) riguarda la dotazione, anche infrastrutturale, del sistema sanitario: si tratta di interventi che potranno essere finanziati dal FESR. Occorre rilevare che vi è esplicita menzione della **digitalizzazione delle cure sanitarie** (095). Ciò significa che la digitalizzazione non è declinata nei fondi SIE solo sul piano della ricerca e innovazione, con il limite di fermarsi a test e progetti pilota (Obiettivo strategico 1), ma anche nella chiave della vera e propria diffusione di servizi all’interno del sistema sanitario (Obiettivo strategico 4). Un secondo gruppo di tipologie (121-124) riguarda interventi mirati a rafforzare e migliorare l'**accesso ai servizi** e la loro qualità con particolare riferimento all'**assistenza familiare e di prossimità**: si tratta di interventi nei quali è escluso il lato infrastrutturale e che potranno essere finanziati dal FSE. Sono elementi che, come emerso nell’analisi svolta nella sezione precedente, risultano ancora più fondamentali di quanto si potesse ritenere precedentemente all’esperienza di contrasto al Covid-19. La capillarità dei servizi sui territori e la possibilità che essi vengano offerti *anche* – nel caso di quel 70-80% dei malati cronici menzionati nella Piramide di Kaiser, *soprattutto* - nella dimensione domiciliare è un elemento decisivo quando si intenda rafforzare la resilienza del sistema sanitario.

Il tema dell’accesso ai servizi, ai sistemi sanitari e all’assistenza a lungo termine va peraltro interpretato, all’interno della logica della programmazione dei fondi SIE, in una chiave pienamente territoriale. La Commissione Europea ha regolarmente sottolineato, a proposito dell’Italia, come le gravi disparità territoriali incidano sulla qualità e sull’accesso ai servizi sanitari in Italia, con una situazione sbilanciata a sfavore delle regioni meridionali⁴² (va a margine osservato che l’esperienza di contrasto al Covid-19, purtroppo, ha dimostrato le fragilità del sistema sanitario anche laddove esso appare più avanzato e dotato dal punto di vista infrastrutturale, come è il caso della Lombardia). Un ulteriore elemento di disparità territoriale è rappresentato dalla dimensione urbana e rurale / montana / insulare, con particolare riferimento alle aree interne caratterizzate da un difficile accesso ai servizi sanitari⁴³, stante la limitata presenza dei servizi sui territori e le difficoltà di collegamento con le aree più infrastrutturate. A tale proposito è da notare che le tipologie di intervento dei fondi SIE offrono la possibilità di lavorare nella direzione di un modello che riduca tali disparità attraverso un uso ottimale della digitalizzazione, che potrebbe essere mirata anche a rafforzare la dimensione domiciliare della cura. Sono previsti anche interventi mirati a migliorare l’accessibilità dei sistemi sanitari e l’accesso all’assistenza a lungo termine non attraverso interventi infrastrutturali, ma attraverso le soluzioni di riorientamento e riorganizzazione del sistema sanitario che nella parte precedente sono state illustrate, e che devono avere effetti anche sulla popolazione residente nelle aree interne.

Vanno qui anche menzionate due tipologie di intervento che appaiono rilevanti in quanto contribuiscono a creare condizioni di migliore salute nella popolazione, rafforzando nella maniera più diretta la “resilienza del sistema”. Attraverso il FSE sarà possibile intervenire per realizzare “misure volte a incoraggiare l’invecchiamento attivo e in buona salute” (110), come anche a “creare ambienti di lavoro sani e adeguati, attenti ai rischi per la salute e che promuovano l’attività fisica” (107). Si tratta di due aspetti complementari, la cui importanza è risaltata in pieno durante l’emergenza sanitaria e nella fase di “ripartenza” che stiamo vivendo. Gli ambienti di lavoro sono stati regolamentati come non era mai accaduto in precedenza, con la necessità per i datori di lavoro di elaborare protocolli tarati sulla singola realtà aziendale, produttiva o comunque lavorativa, con l’obbligo per i lavoratori di seguire regole nuove e articolate, e con la possibilità che si generino delicati contenziosi come sottolineato dalle associazioni datoriali. La cultura della tutela della salute sul lavoro ha comunque acquisito una centralità nuova, almeno nell’esperienza italiana. Il tema dell’invecchiamento attivo e in buona salute è da tempo presente nel dibattito italiano – e sarebbe strano il contrario in un paese caratterizzato da un così significativo invecchiamento della popolazione. D’altra parte, l’esperienza del Covid-19 ha mostrato con crudezza statistica come la letalità del virus aumenti in presenza di pregresse patologie, e come questo sia stato il caso che ha portato alla morte tanti anziani già affetti da malattie di vario genere, a

⁴² Commissione europea, Relazione per paese relativa all’Italia 2019, p. 51.

⁴³ Commissione europea, Relazione per paese relativa all’Italia 2019, p. 92.

partire da quelle di tipo respiratorio. La prevenzione di tali patologie, attraverso l'incoraggiamento a praticare stili di vita più salutari, che comprendano lo svolgimento di attività fisica, gioca chiaramente un ruolo molto importante a favore della “resilienza” del sistema su cui ci si sta qui concentrando.

Box 8 – Tipologie di intervento relative all'Obiettivo Strategico 4 - Un'Europa più sociale

092 Infrastrutture per la sanità
 093 Attrezzature sanitarie
 094 Beni mobili per la salute
 095 Digitalizzazione delle cure sanitarie

107 Misure volte a creare ambienti di lavoro sani e adeguati, attenti ai rischi per la salute e che promuovano l'attività fisica
 110 Misure volte a incoraggiare l'invecchiamento attivo e in buona salute
 121 Misure volte a rafforzare l'accesso paritario e tempestivo a servizi di qualità, sostenibili e abbordabili
 122 Misure volte a rafforzare l'offerta di servizi di assistenza familiare e di prossimità
 123 Misure volte a migliorare l'accessibilità, l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari (infrastrutture escluse)
 124 Misure volte a migliorare l'accesso all'assistenza a lungo termine (infrastrutture escluse)

Fonte: Allegato I alla bozza di Regolamento CPR (2018) <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52018PC0375&from=EN>

A proposito dell'**Obiettivo strategico 5** “Un'Europa più vicina ai cittadini attraverso la promozione dello sviluppo sostenibile e integrato delle zone urbane, rurali e costiere e delle iniziative locali”, va osservato che esso riveste importanza in relazione alla “ampia diversità geografica di territori (urbani, metropolitani, rurali, ma anche costieri, insulari, di montagna) con un elevato grado di complessità, potenziale e sfide” riconosciuta dalla Commissione Europea⁴⁴ e che è decisivo in relazione a un punto già riconosciuto come strategico nel 2019, e reso oggi ancora più evidente dallo shock sanitario: “le zone interne che si trovano ad affrontare le sfide demografiche e la povertà devono migliorare la qualità dei servizi di interesse generale”, compresi i servizi sanitari. Venendo alle tipologie di intervento, va rilevato che il regolamento ne indica quattro per l'Obiettivo strategico 5, non attinenti ai temi della salute e sanità, ma lascia la facoltà all'amministrazione responsabile del programma di scegliere tutte le tipologie di intervento indicate per gli obiettivi strategici 1-4. Nel caso in cui saranno riscontrati bisogni relativi a questioni di salute e sanità cui è necessario dare una risposta attraverso un determinato approccio territoriale, sarà quindi possibile attingere alle opzioni di intervento sopra analizzate.

Una volta accertata la presenza negli strumenti della politica di coesione 2021-2027 di spazi esplicitamente codificati per costruire una logica di intervento territoriale che consenta il raggiungimento dei macro-obiettivi per una gestione proattiva della cronicità e a prova di Covid-19, conviene osservare la stessa materia da un altro punto di vista, quello degli “**indicatori**” - anche se solo limitatamente al FESR. Chi ha esperienza di attuazione dei programmi sa infatti quanto è importante chiedersi “cosa si dovrà misurare” e “come lo si dovrà fare”, per comprendere appieno la natura degli interventi che sono effettivamente “da finanziare” attraverso il programma. Negli strumenti della politica di coesione vi è una solida tradizione di indicatori comuni⁴⁵: l'osservazione di quanto previsto nella prossima programmazione aiuta a mettere meglio a fuoco il contributo che i programmi potranno offrire all'evoluzione virtuosa dei sistemi sanitari.

⁴⁴ Commissione europea, Relazione per paese relativa all'Italia 2019, p. 92.

⁴⁵ A proposito del FESR occorre notare che nella programmazione 2021-2027 sono stati introdotti, in discontinuità con la programmazione 2014-2020, indicatori di risultato diretto mirati a misurare il cambiamento prodotto dagli interventi finanziati dal programma. A tale proposito si veda lo studio coordinato nel 2018 da t33 per conto della Commissione europea – DG REGIO “Development of a system of common indicators for European Regional Development Fund and Cohesion Fund intervention” https://ec.europa.eu/regional_policy/en/information/publications/studies/2018/development-of-a-system-of-common-indicators-for-european-regional-development-fund-and-cohesion-fund-interventions-after-2020-part-i-thematic-objective-1-3-4-5-6

Sul lato degli output, va osservato che gli indicatori previsti per il FESR fanno un generico riferimento alla “capacità delle infrastrutture”, siano esse di assistenza sanitaria o sociali, le quali beneficiano di un sostegno. Ora, nel caso in cui si dovesse affermare un’interpretazione restrittiva di tale concetto, incentrata sui “posti” che sono disponibili all’interno dell’infrastruttura sanitaria o sociale, gli spazi per una programmazione innovativa saranno drasticamente ridimensionati. I concetti della continuità assistenziale, dell’elaborazione di soluzioni per le cure domiciliari anche attraverso la digitalizzazione e internet delle cose, non troverebbero spazio. Giova guardare allora agli indicatori di risultato. Qui si fa riferimento a “persone con accesso ai servizi” e a “numero annuale di persone che ricorrono a strutture di assistenza”, lasciando aperta l’ipotesi che le strutture offrano servizi anche in modalità innovative, cioè non strettamente legate alla logica dei “posti letto in ospedale”. L’indicatore di risultato relativo ai “tempi medi di risposta dei servizi medici di emergenza”, cattura in maniera diretta informazioni sull’effettiva disponibilità dei servizi sanitari massimamente necessari, consentendo di fotografare la situazione – e augurabilmente il suo progressivo miglioramento – anche in quelle aree rurali, montane e insulari in cui è necessario incidere in maniera massiccia sull’accesso ai servizi di interesse generale, compresi quelli sanitari. Sembra quindi di poter concludere che, se gli indicatori di output verranno interpretati in maniera coerente con gli indicatori di risultato, essi saranno funzionali a sorreggere una programmazione all’altezza dell’epoca post Covid-19.

Box 9 – Indicatori comuni FESR Obiettivo specifico 4.iv Garantire la parità di accesso all’assistenza sanitaria mediante lo sviluppo di infrastrutture, compresa l’assistenza sanitaria di base

Indicatori comuni di output	Indicatori comuni di risultato
RCO 69 - Capacità delle infrastrutture di assistenza sanitaria beneficiarie di un sostegno	RCR 72 - Persone con accesso a servizi di assistenza sanitaria migliorati
RCO 70 - Capacità delle infrastrutture sociali beneficiarie di un sostegno (diverse dalle abitazioni)	RCR 73 - Numero annuale di persone che ricorrono a strutture di assistenza sanitaria beneficiarie di un sostegno
	RCR 74 - Numero annuale di persone che ricorrono a strutture di assistenza sociale beneficiarie di un sostegno
	RCR 75 - Tempi medi di risposta dei servizi medici di emergenza in una zona beneficiaria di un sostegno

Fonte: Allegato I alla bozza di Regolamento FESR (2018) <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52018PC0372&from=EN>

A fine maggio l’Agenzia per la Coesione Territoriale ha reso disponibile una relazione⁴⁶ in cui si riporta l’elenco provvisorio degli indicatori comuni FESR, bastato sul confronto tecnico con gli Stati Membri e la posizione del Consiglio rispetto alla proposta iniziale della Commissione Europea (cui fa riferimento il box precedente).

Rispetto ai due indicatori di output, è da notare la sostituzione del termine “infrastructure” con quello di “facility”, nel quale si possono comprendere soluzioni diverse dalla “infrastruttura di tipo essenzialmente ospedaliero” cui si è fatto cenno commentando la formulazione iniziale degli indicatori di output da parte della Commissione; è da notare anche la specificazione della dimensione della cura a proposito delle “facilities” sociali (RCO 69 – Capacity of new or modernised health care facilities; RCO 70 – Capacity of new or modernised social care facilities (other than housing)). Le modifiche in discussione per gli indicatori di risultato appaiono di più incerta interpretazione. RCR 75 risulta cancellato: con questo andrebbe persa, sul lato della misurazione dei risultati, la possibilità di focalizzarsi sul fattore dei tempi medi di risposta dei servizi medici di emergenza nella zona beneficiaria del sostegno. RCR 72 risulta modificato non solo per la sostituzione del “persone con accesso a” con il più specifico “numero annuale di utenti”, ma anche per la focalizzazione dell’indicatore sui servizi di assistenza sanitaria digitale (RCR 72 – Annual users of new or modernised e-health care services”). In RCR 73 e 74 il legame con gli indicatori di output viene ribadito, dal momento che ricorre

⁴⁶ Agenzia per la Coesione Territoriale, “Relazione sulla partecipazione italiana ai Programmi CTE, ENI, IPA II 2014-2020” (2020).

la specificazione che “contano” gli utenti di infrastrutture *nuove o modernizzate* (RCR 73 – Annual users of new or modernised health care facilities supported; RCR 74 – Annual users of new or modernised social care facilities), mentre nella proposta della Commissione il concetto che si rifletteva dagli indicatori di output a quelli di risultato è quello delle strutture “beneficiarie di un sostegno”.

Questa breve analisi degli indicatori del FESR conferma che, come suggerito in apertura di questa ultima parte del documento, la programmazione è in una fase ancora fluida, che non permette di trarre conclusioni. Grande attenzione richiede poi il complesso e articolato percorso dell’Accordo di Partenariato, cui qui non si è potuto fare cenno. Eppure, il processo di preparazione dei programmi da parte delle autorità di gestione è in corso. Ciò significa, a nostro modo di vedere, che il tema della salute e sanità va seguito con particolare attenzione, perché solo un uso consapevole delle technicalità della programmazione consentirà di orientare i programmi a quei macro-obiettivi che dobbiamo conseguire per rendere più resiliente il nostro Sistema Sanitario Nazionale (come esplicitamente indicato dalla modifica alla bozza di regolamento del maggio 2020), e in ultima analisi per portare benefici alla vita dei cittadini.

Allegato I – Tabelle di sintesi dei principali cambiamenti regolamentari

Cambiamenti regolamentari dei fondi SIE inerenti alle disposizioni per supportare il settore medico-sanitario

REGOLAMENTO (UE) 2020/460 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 30 marzo 2020 che modifica i regolamenti (UE) n. 1301/2013, (UE) n. 1303/2013 e (UE) n. 508/2014 per quanto riguarda misure specifiche volte a mobilitare gli investimenti nei sistemi sanitari degli Stati membri e in altri settori delle loro economie in risposta all'epidemia di Covid-19 [Iniziativa di investimento in risposta al coronavirus]	
Modifiche	Articolo originale del Regolamento (UE) No 1301/2013
5(1)(b) promuovere gli investimenti delle imprese in R&I sviluppando collegamenti e sinergie tra imprese, centri di ricerca e sviluppo e il settore dell'istruzione superiore, in particolare promuovendo gli investimenti nello sviluppo di prodotti e servizi, il trasferimento di tecnologie, l'innovazione sociale, l'ecoinnovazione, le applicazioni nei servizi pubblici, la stimolo della domanda, le reti, i cluster e l'innovazione aperta attraverso la specializzazione intelligente, nonché sostenere la ricerca tecnologica e applicata, le linee pilota, le azioni di validazione precoce dei prodotti, le capacità di fabbricazione avanzate e la prima produzione, soprattutto in tecnologie chiave abilitanti, e la diffusione di tecnologie con finalità generali, nonché promuovere gli investimenti necessari a rafforzare le capacità di risposta alle crisi dei servizi sanitari	5(1)(b) promuovere gli investimenti delle imprese in R&I sviluppando collegamenti e sinergie tra imprese, centri di ricerca e sviluppo e il settore dell'istruzione superiore, in particolare promuovendo gli investimenti nello sviluppo di prodotti e servizi, il trasferimento di tecnologie, l'innovazione sociale, l'ecoinnovazione, le applicazioni nei servizi pubblici, la stimolo della domanda, le reti, i cluster e l'innovazione aperta attraverso la specializzazione intelligente, nonché sostenere la ricerca tecnologica e applicata, le linee pilota, le azioni di validazione precoce dei prodotti, le capacità di fabbricazione avanzate e la prima produzione, soprattutto in tecnologie chiave abilitanti, e la diffusione di tecnologie con finalità generali;
Modifiche	Articoli originali del Regolamento (UE) No 1303/2013
65(10) "....In deroga al paragrafo 9, le spese per le operazioni volte a promuovere le capacità di risposta alle crisi nel contesto dell'epidemia di Covid-19 sono ammissibili a decorrere dal 1° febbraio 2020. "	65(10) In deroga al paragrafo 9, le procedure specifiche relative alla data di inizio dell'ammissibilità possono essere stabilite nel regolamento FEASR.
sono stati aggiunti i seguenti commi all'articolo 139(7): "In deroga al primo comma, la Commissione non emette un ordine di recupero degli importi recuperabili dallo Stato membro per i conti presentati nel 2020. Gli importi non recuperati sono utilizzati per accelerare gli investimenti relativi alla crisi per l'epidemia di Covid-19 e ammissibili ai sensi del presente regolamento e delle norme specifiche di ciascun Fondo. Gli importi non recuperati sono liquidati o recuperati alla chiusura.	139(7) A seguito del calcolo effettuato a norma del paragrafo 6, la Commissione effettua la liquidazione del rispettivo prefinanziamento annuale e versa l'eventuale importo aggiuntivo dovuto entro 30 giorni dall'accettazione dei conti. Qualora esista un importo recuperabile dallo Stato membro, tale importo è soggetto a un ordine di recupero emesso dalla Commissione, che viene eseguito, ove possibile, mediante compensazione degli importi dovuti allo Stato membro nell'ambito di pagamenti successivi al medesimo programma operativo. Tale recupero non costituisce una rettifica finanziaria e non comporta una riduzione del contributo dei fondi al programma operativo. L'importo recuperato costituisce un'entrata con destinazione specifica conformemente all'articolo 177, paragrafo 3, del regolamento finanziario.
Proposta di REGOLAMENTO DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO che modifica i regolamenti (UE) n. 1303/2013 e (UE) n. 1301/2013 per quanto riguarda misure specifiche atte a offrire flessibilità eccezionale nell'impiego dei fondi strutturali e di investimento europei in risposta alla pandemia di Covid-19 [Iniziativa di investimento in risposta al coronavirus Plus]	
25 bis(1) In deroga all'articolo 60, paragrafo 1, e all'articolo 120, paragrafo 3, primo e quarto comma, su richiesta dello Stato membro può essere applicato un tasso di cofinanziamento del 100 % alle spese dichiarate nelle domande di pagamento nel periodo contabile che corre dal 1° luglio 2020 al 30 giugno 2021 per uno o più assi prioritari di un programma sostenuto dal FESR, dal FSE o dal Fondo di coesione. La richiesta di modifica del tasso di cofinanziamento è soggetta alla procedura prevista all'articolo 30 per la modifica dei programmi ed è corredata del	60 (1) La decisione della Commissione che adotta un programma fissa il tasso o i tassi di cofinanziamento e l'importo massimo del sostegno fornito dai fondi SIE conformemente alle norme specifiche relative a ciascun fondo.

<p>programma o dei programmi riveduti. Il tasso di cofinanziamento del 100 % si applica soltanto se la Commissione approva la corrispondente modifica del programma al più tardi prima che sia trasmessa la domanda finale di un pagamento intermedio a norma dell'articolo 135, paragrafo 2. Prima di trasmettere la prima domanda di pagamento per il periodo contabile che inizia il 1° luglio 2021, gli Stati membri comunicano la tabella prevista all'articolo 96, paragrafo 2, lettera d), punto ii), confermando il tasso di cofinanziamento che, nel periodo contabile chiuso il 30 giugno 2020, era applicabile alle priorità interessate dall'aumento temporaneo al 100 %.</p>	<p>120 (3): primo e quarto paragrafo</p> <p>Il tasso di cofinanziamento a livello di ciascun asse prioritario e, se del caso, per categoria di regioni e fondo, dei programmi operativi nell'ambito dell'obiettivo Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione non può superare:</p> <p>(a) l'85 % per il Fondo di coesione;</p> <p>(b) l'85 % per le regioni meno sviluppate degli Stati membri il cui la media del PIL pro capite per il periodo 2007-2009 è stata inferiore all'85 % della media UE-27 relativa allo stesso periodo e alle regioni ultraperiferiche, compresa la dotazione supplementare per le regioni ultraperiferiche a norma dell'articolo 92, paragrafo 1, lettera e), e dell'articolo 4, paragrafo 2, del regolamento CTE;</p> <p>(c) l'80 % per le regioni meno sviluppate degli Stati membri diversi da quelli di cui alla lettera b) e per tutte le regioni il cui PIL pro capite usato come un criterio di ammissibilità per il periodo di programmazione 2007-2013 è stato inferiore al 75 % della media dell'UE a 25 per lo stesso periodo di riferimento, ma superiore al 75 % della media del PIL dell'UE a 27, nonché per le regioni di cui all'articolo 8, paragrafo 1, del regolamento (UE) n. 1083/2006 che ricevono sostegno transitorio per il periodo di programmazione 2007-2013;</p> <p>(d) il 60 % per le regioni in transizione diverse da quelle di cui alla lettera c);</p> <p>(e) il 50 % per le regioni più sviluppate diverse da quelle di cui alla lettera c).</p> <p>Il tasso di cofinanziamento al livello di ogni asse prioritario per tutti i programmi operativi nell'ambito dell'obiettivo Cooperazione territoriale europea non è superiore all'85 %.</p>
<p>25 bis(2)</p> <p>In risposta alla pandemia di Covid-19, le risorse disponibili per la programmazione del 2020 per l'obiettivo Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione possono essere, su richiesta dello Stato membro, trasferite tra FESR, FSE e Fondo di coesione, quali che siano le percentuali di cui all'articolo 92, paragrafo 1, lettere da a) a d). Le condizioni stabilite all'articolo 92, paragrafo 4, non si applicano ai fini di detti trasferimenti.</p> <p>I trasferimenti lasciano salve le risorse destinate all'IOG a norma dell'articolo 92, paragrafo 5, e gli aiuti agli indigenti nel quadro dell'obiettivo Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione a norma dell'articolo 92, paragrafo 7. Alle risorse trasferite tra FESR, FSE e Fondo di coesione a norma del presente paragrafo è data attuazione secondo le regole del fondo al quale sono trasferite.</p>	<p>92(1):</p> <p>Le risorse destinate all'obiettivo Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione ammontano al 96,33 % delle risorse globali (vale a dire, in totale, 313 197 435 409 EUR) e sono così ripartite:</p> <p>a) il 52,45 % (vale a dire, in totale, 164 279 015 916 EUR) è destinato alle regioni meno sviluppate;</p> <p>b) il 10,24 % (vale a dire, in totale, 32 084 931 311 EUR) è destinato alle regioni in transizione;</p> <p>c) il 15,67 % (vale a dire, in totale, 49 084 308 755 EUR) è destinato alle regioni più sviluppate;</p> <p>d) il 21,19 % (vale a dire, in totale, 66 362 384 703 EUR) è destinato agli Stati membri che beneficiano del Fondo di coesione;</p> <p>e) lo 0,44 % (vale a dire, in totale, 1 386 794 724 EUR) è destinato ai finanziamenti supplementari per le regioni ultraperiferiche di cui all'articolo 349 TFUE e le regioni di livello NUTS 2 che soddisfano i criteri di cui all'articolo 2 del protocollo n. 6 dell'atto di adesione del 1994.</p> <p>92(4)</p> <p>Al fine di garantire che siano destinati investimenti sufficienti a favore dell'occupazione giovanile, della mobilità dei lavoratori, della conoscenza, dell'inclusione sociale e della lotta contro la povertà, la quota di risorse dei fondi strutturali disponibile per la programmazione dei programmi operativi nel quadro dell'obiettivo Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione assegnata al FSE in ciascuno Stato membro non è inferiore alla corrispondente quota di FSE per tale Stato membro come stabilito nei programmi operativi per gli obiettivi Convergenza e Competitività regionale e occupazione per il periodo di programmazione 2007-2013. A tale quota è aggiunto un importo supplementare per ogni Stato membro, fissato secondo il metodo definito nell'allegato IX, al fine di garantire che la quota del FSE in percentuale rispetto al totale delle risorse combinate per i Fondi a livello dell'Unione, esclusi il sostegno del Fondo di coesione destinato alle infrastrutture di trasporto nell'ambito del CEF di cui al paragrafo 6, e il sostegno dei fondi strutturali per gli aiuti alle persone indigenti di cui al paragrafo 7, negli Stati membri non sia inferiore al 23,1 %. Ai fini del presente paragrafo, gli investimenti forniti dal FSE all'IOG sono considerati parte della quota di fondi strutturali assegnata al FSE.</p>

	<p>92(7) Il sostegno dei Fondi strutturali per gli aiuti agli indigenti nel quadro degli obiettivi Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione è di almeno 2 500 000 000 EUR e può essere incrementato fino a 1 000 000 000 EUR di sostegno supplementare deciso su basi volontarie dagli Stati membri. La Commissione adotta, mediante un atto di esecuzione, una decisione che stabilisce l'importo da trasferire dalla dotazione dei Fondi strutturali di ciascuno Stato membro per l'intero periodo all'aiuto per gli indigenti. La dotazione dei Fondi strutturali di ciascuno Stato membro è ridotta di conseguenza, sulla base di una riduzione pro rata per categoria di regioni. Gli stanziamenti annuali corrispondenti al sostegno dei Fondi strutturali di cui al primo comma sono iscritti nelle pertinenti linee di bilancio degli aiuti agli indigenti dall'esercizio finanziario 2014.</p> <p>92(5) Le risorse destinate all'IOG ammontano a 3 000 000 000 EUR della dotazione specifica per l'IOG e ad almeno 3 000 000 000 EUR degli investimenti mirati dell'FSE.</p>
<p>25 bis (3) In deroga all'articolo 93, paragrafo 1, e in aggiunta alla possibilità prevista allo stesso articolo 93, paragrafo 2, le risorse disponibili per la programmazione del 2020 possono essere, su richiesta dello Stato membro, trasferite tra categorie di regioni in risposta alla pandemia di Covid-19.</p>	<p>93(1) Gli stanziamenti complessivi assegnati a ciascuno Stato membro per le regioni meno sviluppate, le regioni in transizione e le regioni più sviluppate non sono trasferibili tra tali categorie di regioni.</p> <p>93(2) In deroga al paragrafo 1, la Commissione può accogliere, in circostanze debitamente giustificate legate alla realizzazione di uno o più obiettivi tematici, una proposta formulata da uno Stato membro nell'ambito della prima presentazione dell'accordo di partenariato, o, in circostanze debitamente motivate, al momento dell'assegnazione della riserva di efficacia dell'attuazione ovvero nel contesto di una revisione globale dell'accordo di partenariato, di trasferire fino al 3 % dello stanziamento complessivo destinato a una categoria di regioni ad altre categorie di regioni.</p>
<p>25 bis (5) In deroga all'articolo 18 e ai regolamenti specifici dei fondi, i requisiti di concentrazione tematica stabiliti nel presente regolamento o nei regolamenti specifici dei fondi non si applicano alle dotazioni finanziarie indicate nelle richieste di modifica dei programmi trasmesse o risultanti da trasferimenti comunicati a norma dell'articolo 30, paragrafo 5, il [data di entrata in vigore del presente regolamento] o successivamente.</p>	<p>18 Conformemente alle norme specifiche di ciascun fondo, gli Stati membri concentrano il sostegno sugli interventi che apportano il maggiore valore aggiunto in relazione alla strategia dell'Unione per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva tenendo conto delle principali sfide territoriali per i vari tipi di territori in linea con il QSC e delle sfide individuate nei programmi nazionali di riforma dello Stato membro, se del caso, nelle raccomandazioni pertinenti specifiche per ciascun paese di cui all'articolo 121, paragrafo 2, TFUE e nelle raccomandazioni pertinenti del Consiglio adottate a norma dell'articolo 148, paragrafo 4, TFUE. Le disposizioni in materia di concentrazione tematica previste dalle norme specifiche di ciascun fondo non si applicano all'assistenza tecnica.</p>
<p>25 bis (7) L'articolo 65, paragrafo 6, non si applica alle operazioni volte a promuovere la capacità di risposta alla crisi nel contesto della pandemia di Covid-19 di cui all'articolo 65, paragrafo 10, secondo comma. In deroga all'articolo 125, paragrafo 3, lettera b), dette operazioni possono essere selezionate per il sostegno del FESR o del FSE prima dell'approvazione del programma modificato.</p>	<p>65(6) Non sono selezionati per il sostegno dei fondi SIE le operazioni portate materialmente a termine o completamente attuate prima che la domanda di finanziamento nell'ambito del programma sia presentata dal beneficiario all'autorità di gestione, a prescindere dal fatto che tutti i relativi pagamenti siano stati effettuati dal beneficiario.</p> <p>125 (3)(b) Per quanto concerne la selezione delle operazioni, l'autorità di gestione: garantisce che l'operazione selezionata rientri nell'ambito di applicazione del fondo o dei fondi interessati e possa essere attribuita a una categoria di operazione o, nel caso del FEAMP, una misura individuata nella o nelle priorità del programma operativo</p>
<p>25 bis (13) Ai trasferimenti previsti ai paragrafi 2 e 3 non si applica la condizione della destinazione degli stanziamenti allo stesso obiettivo dettata dall'articolo 30, paragrafo 1, lettera f), del regolamento finanziario.</p>	<p>30(1)(f) Regolamento finanziario La Commissione può procedere autonomamente, all'interno della propria sezione di bilancio: con riguardo alle spese operative dei fondi eseguiti in regime di gestione concorrente, tranne che per il FEAGA, a storni di stanziamenti da titolo a titolo, a condizione che si tratti di stanziamenti destinati allo stesso obiettivo conformemente al regolamento istitutivo del fondo interessato o che costituiscano spese di assistenza tecnica</p>

<p>130(3) In deroga al paragrafo 2, nel periodo contabile finale il contributo dei fondi o del FEAMP a ciascuna priorità mediante i pagamenti del saldo finale non supera, per fondo e per categoria di regioni, di oltre il 10 % il contributo dei fondi o del FEAMP per ciascuna priorità stabilito, per fondo e per categoria di regioni, dalla decisione della Commissione che approva il programma operativo. Il contributo dei fondi o del FEAMP mediante i pagamenti del saldo finale nel periodo contabile finale non è superiore alla spesa pubblica ammissibile dichiarata e al contributo di ciascun fondo e categoria di regioni a ciascun programma operativo stabilito dalla decisione della Commissione che approva il programma operativo.</p>	<p>1. La Commissione rimborsa a titolo di pagamento intermedio il 90 % dell'importo risultante dall'applicazione del tasso di cofinanziamento, previsto per ciascuna priorità nella decisione che adotta il programma operativo, alle spese ammissibili per la priorità che figurano nella domanda di pagamento. La Commissione determina gli importi residui da rimborsare a titolo di pagamento intermedio o da recuperare a norma dell'articolo 139. 2. Il contributo dei fondi o del FEAMP a una priorità mediante i pagamenti intermedi e il pagamento del saldo finale non è superiore: a) alla spesa pubblica ammissibile indicata nella domanda di pagamento per la priorità; o b) al contributo dei fondi o del FEAMP per la priorità indicata nella decisione della Commissione che approva il programma operativo.</p>
---	--

Questo articolo è stato redatto da: Paola Le Moglie (t33), Carlos Chiatti (Tech4Care), Claudio Maffei (Tech4Care), Clarissa Amichetti (t33), Nicola Brignani (t33), Pietro Celotti (t33) e.