

Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi raggiunti

1. Introduzione e sintesi

La Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) riguarda la salute. Gli investimenti previsti in quest'ambito sono volti a favorire un potenziamento del sistema sanitario, dopo che la diffusione della pandemia da COVID-19 ha fatto emergere con evidenza drammatica alcune già note carenze del Servizio sanitario nazionale (SSN).

Quest'ultimo, fotografato poco prima dell'emergenza sanitaria¹, se messo a confronto con i sistemi degli altri paesi industrializzati mostrava una spesa contenuta rispetto agli indicatori di esito (speranza di vita, mortalità evitabile, ecc.), ma le tensioni che lo attraversavano apparivano già allarmanti e le risposte insufficienti. Tali tensioni sono state acuite

dal disinvestimento nella sanità pubblica negli anni della Grande Recessione, quando il SSN ha fornito un contributo rilevante al risanamento delle finanze pubbliche². Già prima della diffusione della pandemia le maggiori criticità riguardavano: la dotazione di personale, fortemente ridimensionata nell'ultimo decennio, con una riduzione di più di 40.000 dipendenti a tempo indeterminato; il divario nella quantità e qualità dei servizi forniti dalle singole Regioni, legato sia alla diversa dotazione infrastrutturale, sia a capacità di programmazione e gestionali non omogenee; l'insufficiente compensazione del ridimensionamento dei servizi ospedalieri ordinari con un rafforzamento di quelli territoriali, soprattutto in alcune Regioni; le difficoltà di accesso fisico (liste di attesa) ed economico alle cure³; lo

¹ Ufficio parlamentare di bilancio (2019), "[Lo stato della sanità in Italia](#)", Focus tematico n. 6, dicembre.

² Ciò è accaduto anche negli altri paesi dell'Europa meridionale, mentre nei principali partner europei (Francia, Germania e Regno Unito) la tendenza della spesa pubblica corrente è rimasta crescente (per approfondimenti, si veda Gabriele, S. (2015), "Crisi, austerità, sistemi sanitari e salute nei paesi

dell'Europa meridionale", Meridiana, Welfare mediterraneo, Viella, n. 83).

³ Un problema in parte affrontato attraverso l'eliminazione del cosiddetto "*superticket*", la compartecipazione fissa di 10 euro per ricetta sull'assistenza specialistica ambulatoriale, che si ritiene avesse l'effetto di spingere verso la rinuncia

spostamento della domanda verso il privato, che potrebbe rappresentare un fattore di disgregazione e mettere in discussione l'universalismo; i meccanismi di assimilazione del progresso tecnico nel SSN.

L'emergenza sanitaria ha contribuito a palesare, oltre ai problemi legati agli squilibri geografici e alle carenze dell'assistenza territoriale, quelli relativi alle strozzature nell'offerta dei servizi ospedalieri (soprattutto con l'affollamento dei servizi di pronto soccorso), alla scarsità di alcune figure nell'ambito del personale sanitario (in particolare, anestesisti, medici di emergenza-urgenza e infermieri), alla mancata attenzione alla prevenzione e allo scarso impegno pubblico nella ricerca.

La tabella 1 contiene una sintetica descrizione degli interventi previsti nella Missione Salute del PNRR. Essa riporta, per ciascuna delle due Componenti di cui è composta la Missione, le principali informazioni sulle riforme e sugli investimenti programmati, sui finanziamenti previsti, sui traguardi (indicatori qualitativi, *milestone*) e sugli obiettivi (indicatori quantitativi, *target*) da raggiungere e sulla relativa tempistica. Come evidenziato in tabella, il PNRR dedica alla Missione Salute 15,63 miliardi, di cui quasi 3 relativi a progetti in essere, 9,6 per nuovi interventi e 3 del Fondo per lo sviluppo e coesione (FSC). In aggiunta vi sono ulteriori 2,89 miliardi del

Fondo complementare (FoC), che portano il finanziamento a un totale di 18,5 miliardi. Alla prima Componente sono allocati 7 miliardi del PNRR (di cui 4,5 per nuovi progetti e 2,5 di FSC) e 500 milioni del FoC; alla seconda circa 8,6 miliardi di PNRR (3 per progetti in essere, 5,1 per nuovi progetti e 500 milioni di FSC) e 2,4 miliardi del FoC.

Oltre ai finanziamenti di cui si è detto, altre risorse dovrebbero contribuire al raggiungimento degli obiettivi in campo sanitario e al potenziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN).

Si tratta innanzitutto di quelle assicurate da REACT-EU⁴ – un programma che rientra nel Next Generation EU (NGEU) e integra il PNRR – indicate inizialmente in 1,71 miliardi, utilizzati per dare copertura finanziaria ad alcuni interventi previsti dalla legge di bilancio per il 2021 (borse di studio per contratti di formazione specialistica, reclutamento di personale sanitario e fondo vaccini). Con la prima tranche relativa al 2021 sono stati finanziati interventi per 1,345 miliardi e nel 2022 sono stati concessi ulteriori 400 milioni⁵. Inoltre, si ricorda che 625 milioni sono stati attribuiti alla sanità attraverso il PON Salute, rivolto a contrastare la povertà sanitaria, recuperare i ritardi sugli screening oncologici nel Mezzogiorno, rafforzare i servizi per la salute mentale e la medicina di genere.

alle cure o verso il privato (si veda, ad esempio, Ufficio parlamentare di bilancio (2017), "L'emendamento per la riduzione del superticket", Flash n. 8, dicembre).

⁴ React-EU, le risorse europee per l'assistenza alla ripresa per la coesione e i territori d'Europa, costituisce un'integrazione delle dotazioni del Fondo europeo di sviluppo regionale e del Fondo sociale europeo per il periodo 2014-2020 e può finanziare retroattivamente spese sostenute da febbraio 2020 a dicembre 2023.

⁵ Le risorse dedicate all'acquisto di vaccini, inizialmente pari a 400 milioni, sono state incrementate a 761 milioni in fase di riprogrammazione per il 2021, cui sono stati aggiunti 264 milioni per l'annualità 2022, mentre i finanziamenti per il personale sono stati ridotti da 1,1 miliardi a 374 milioni e poi integrati con 136 milioni per il 2022; i finanziamenti per le borse di studio (210 milioni) non sono stati modificati rispetto alla programmazione iniziale.

Tab. 1 – Missione 6: PNRR e Piano complementare

Componente e nome progetto	Tipologia	Misura PNRR	Progetti in essere (mln)	Nuovi progetti (mln)	FSC (mln)	Totale PNRR (mln)	FoC (mln)	Totale (mln)	Numero seq.le	Milestone / Target PNRR	Descrizione sintetica	Indicatori qualitativi PNRR (milestone)	Indicatori quantitativi PNRR (target)	Scadenze
						(a)	(b)	(a+b)						
1^a Componente Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale	Riforma	Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale								M6C1-1 Milestone	Entrata in vigore del diritto derivato (DM) su 1) definizione nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale (standard strutturali, tecnologici e organizzativi); 2) nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico	Disposizione del decreto che indica l'entrata in vigore		T2-2022
	Investimento	1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona	0,0	500,0	1.500,0	2.000,0	0,0	2.000,0		M6C1-2 Milestone	Approvazione di un contratto istituzionale di sviluppo	Notifica dell'approvazione da parte del MdS e delle Regioni	1.350	T2-2022
										M6C1-3 Target	Case della Comunità disponibili e dotate di attrezzature tecnologiche			T2-2026
	Investimento	1.2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina	0,0	4.000,0	0,0	4.000,0	0,0	4.000,0		M6C1-4 Milestone	Approvazione delle linee guida contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare	Linee guida approvate dal MdS		T2-2022
										M6C1-5 Milestone	Approvazione di un contratto istituzionale di sviluppo			Notifica del contratto approvato
	Sub-investimento	1.2.1 Casa come primo luogo di cura (assistenza domiciliare)	0,0	2.720,0	0,0	2.720,0	0,0	2.720,0	M6C1-6 Target	Numero di nuovi pazienti presi in carico (per arrivare al 10 % della popolazione di età superiore ai 65 anni, 1,5 milioni di persone nel 2026)		800.000	T2-2026	
	Sub-investimento	1.2.2 Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)	0,0	280,0	0,0	280,0	0,0	280,0	M6C1-7 Target	Centrali operative (1 ogni 100.000 abitanti) pienamente funzionanti		600	T2-2024	
	Sub-investimento	1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	0,0	1.000,0	0,0	1.000,0	0,0	1.000,0		M6C1-8 Target	Almeno un progetto per Regione (compresi quelli nell'ambito di consorzi tra Regioni).		20	T4-2023
										M6C1-9 Target	Numero di persone assistite sfruttando strumenti di telemedicina		200.000	T4-2025
	Investimento	1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	0,0	0,0	1.000,0	1.000,0	0,0	1.000,0		M6C1-10 Milestone	Approvazione di un contratto istituzionale di sviluppo	Notifica dell'approvazione del contratto		T2-2022
										M6C1-11 Target	Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche			
Investimento	Salute, ambiente, biodiversità e clima	0,0	0,0	0,0	0,0	500,0	500,0			Rafforzamento strutture e servizi di SNPS-SNPA; programmi operativi pilota per 2 siti contaminati; programma nazionale di formazione continua; promozione e finanziamento di ricerca applicata; piattaforma di rete digitale nazionale SNPA-SNPS			-	

Tab. 1 – (segue) Missione 6: PNRR e Piano complementare

Componente e nome progetto	Tipologia	Misura PNRR	Progetti in essere (mln)	Nuovi progetti (mln)	FSC (mln)	Totale PNRR (mln)	FoC (mln)	Totale (mln)	Numero seq.le	Milestone / Target PNRR	Descrizione sintetica	Indicatori qualitativi PNRR (milestone)	Indicatori quantitativi PNRR (target)	Scadenze	
						(a)	(b)	(a+b)							
2 ^a Componente Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale	Riforma	Riforma 1: revisione e aggiornamento dell'assetto regolamentare degli IRCCS e delle politiche di ricerca del Mds								M6C2-1 Milestone	Entrata in vigore del decreto legislativo sul riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)	Disposizione nel decreto che indica l'entrata in vigore		T4-2022	
	Investimento	1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	1.413,0	2.139,0	500,0	4.052,4	0,0	4.052,4	M6C2-4 Milestone	Piano di riorganizzazione approvato dal Mds/Regioni italiane	Notifica dell'approvazione			T4-2021	
									M6C2-5 Milestone	Approvazione di un contratto istituzionale di sviluppo	Notifica della firma del contratto da parte del Mds e delle Regioni			T2-2022	
									M6C2-7 Milestone	Aggiudicazione di tutti gli appalti pubblici. Pubblicazione delle procedure di gara nell'ambito degli accordi quadro Consip e conclusione di contratti per la fornitura di servizi per la digitalizzazione degli ospedali (sede di DEA di I e II livello)	Notifica di tutti i contratti pubblici			T4-2022	
	Sub-Investimento	1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)	0,0	950,0	500,0		0,0	2.863,0	M6C2-8 Target	Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA - Dipartimenti di emergenza e accettazione – Livello I e II). Ogni struttura ospedaliera informatizzata deve disporre di un centro di elaborazione di dati (CED)		280		T4-2025	
			1.413,0	0,0	0,0		0,0		M6C2-9 Target	Posti letto supplementari di terapia intensiva (almeno 3.500 posti letto) e semi-intensiva (4.200). La dotazione deve essere resa strutturale (aumento di circa il 70% del numero di posti letto preesistenti alla pandemia)		7.700		T2-2026	
	Sub-Investimento	1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (grandi apparecchiature)	0,0	1.189,0	0,0	1.189,0	0,0	1.189,0	M6C2-6 Target	Operatività delle grandi apparecchiature sanitarie. Procedure di gara e conclusione di contratti con il prestatore di servizi. Test dell'attrezzatura sanitaria		3.100		T4-2024	
	Investimento	1.2. Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1.000,0	638,9	0,0	1.638,9	0,0	1.638,9	M6C2-10 Target	Completamento degli interventi antisismici nelle strutture ospedaliere		109		T2-2026	
			0,0	0,0	0,0	0,0	1.450,0	1.450,0		Adattare le strutture ospedaliere alle attuali normative antisismiche. Realizzazione di 220 interventi				-	
	Investimento	1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	569,6	1.102,9	0,0	1.672,5		1.672,5							-
	Sub-Investimento	1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)	569,6	810,0	0,0	1.380,0	0,0	1.380,0	M6C2-12 Milestone	Piena operatività del sistema della Tessera sanitaria e dell'infrastruttura per l'interoperabilità del FSE	Entrata in funzione del sistema di Tessera sanitaria elettronica e infrastruttura per l'interoperabilità del FSE				T2-2026
									M6C2-11 Target	Alimentazione del FSE da parte dei medici di base. Incremento numero di tipi di documento digitalizzati nel FSE e aggiornamento digitale dei medici di base		85%		T4-2025	
M6C2-13 Target									Adozione del Fascicolo sanitario elettronico da parte di tutte le Regioni		21		T2-2026		
Sub-Investimento	1.3.2 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (infrastruttura tecnologica del Mds e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA)	0,0	292,6	0,0	292,6	0,0	292,6							-	

Tab. 1 – (segue) Missione 6: PNRR e Piano complementare

Componente e nome progetto	Tipologia	Misura PNRR	Progetti in essere (mln)	Nuovi progetti (mln)	FSC (mln)	Totale PNRR (mln)	FoC (mln)	Totale (mln)	Numero seq.le	Milestone / Target PNRR	Descrizione sintetica	Indicatori qualitativi PNRR (milestone)	Indicatori quantitativi PNRR (target)	Scadenze
			(a)	(b)	(a)	(b)	(a+b)							
2^a Componente Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale	Investimento	2.1. Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0,0	524,1	0,0	524,1	0,0	524,1	M6C2-2	Target	Finanziamento di progetti di ricerca su tumori rari e malattie rare. Concessione di finanziamenti mediante procedura di gara pubblica (numero progetti)	100	T4-2025	
									M6C2-3	Target	Finanziamento di progetti di ricerca sulle malattie altamente invalidanti. Concessione di finanziamenti mediante procedura di gara pubblica (numero progetti)	324	T4-2025	
	Investimento	2.2 Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	0,0	737,6	0,0	737,6			737,6					
	Sub-Investimento	2.2 (a) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: borse aggiuntive in formazione di medicina generale	0,0	102,0	0,0	102,0	0,0	102,0	M6C2-14	Target	Assegnazione di borse di studio per corsi specifici di medicina generale. Completamento di tre cicli di apprendimento triennali	1.800	T2-2023	
									M6C2-15	Target	Assegnazione di ulteriori borse di studio (da 1.800 a 2.700) per corsi specifici di medicina generale. Completamento di tre cicli di apprendimento triennali	2.700	T2-2024	
	Sub-Investimento	2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere	0,0	80,0	0,0	80,0			80,0					
	Sub-Investimento	2.2 (c) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: Sub-misura: corso di formazione manageriale	0,0	18,0	0,0	18,0			18,0	M6C2-16	Target	Corsi di formazione per l'acquisizione di competenze e abilità di management e digitali per il personale del SSN	4.500	T2-2026
	Sub-Investimento	2.2 (d) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misure: contratti di formazione medico-specialistica	0,0	537,6	0,0	537,6			537,6	M6C2-17	Target	Numero di contratti di formazione medica specializzata per un ciclo completo di studi (5 anni) finanziati	4.200	T2-2026
	Investimento	Ecosistema innovativo della salute	0,0	0,0	0,0	0,0		437,4	437,4			Creazione di reti clinico-transnazionali di eccellenza: creazione di una rete di centri di trasferimento tecnologico; rafforzamento e sviluppo degli <i>hub life science</i> per area geografica; realizzazione di un hub per la gestione e contrasto alle malattie infettive epidemiche/pandemiche		
	Investimento	Iniziative di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale	0,0	0,0	0,0	0,0		500,0	500,0			Finanziamento di progetti di ricerca per 4 iniziative: robotica e strumenti digitali, monitoraggio a distanza, reingegnerizzazione dei processi, <i>data mining</i> . Per ogni pilastro dell'iniziativa saranno finanziati 4-5 grandi progetti di ricerca		
Totale			2.982,6	9.642,5	3.000,0	15.625,5	2.887,4	18.513,0						

Fonte: Quadro PNRR e Piano complementare (aggiornato al 30.09.21) e allegato alla Decisione di esecuzione del Consiglio relativa all'approvazione della valutazione del piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia (questi due documenti sono disponibili sul sito di [Italia Domani](http://Italia.Domani)); decreto del Ministro dell'Economia e delle finanze del 23 novembre 2021 contenente Modifiche alla tabella A del decreto 6 agosto 2021 di assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione per la trasformazione digitale; Allegato 1 al decreto del Ministro dell'Economia e delle finanze del 15 luglio 2021, adottato in attuazione dell'art. 1, comma 7, del DL 59/2021.

Tornando al PNRR, la prima Componente della Missione Salute, denominata “Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”, è volta a rafforzare i servizi sul territorio, attraverso: la realizzazione di strutture quali le Case della comunità (per l’assistenza sanitaria di prossimità) e gli Ospedali della Comunità (strutture intermedie per le degenze brevi); il potenziamento dell’assistenza domiciliare, anche grazie all’attuazione di progetti di digitalizzazione e con l’introduzione di Centrali operative territoriali (COT) volte a garantire il coordinamento tra i diversi servizi; la riorganizzazione della prevenzione. Tale componente include una riforma, che riguarda il nuovo modello organizzativo per l’assistenza sanitaria territoriale ed è mirata a due scopi: 1) definire standard strutturali, organizzativi e tecnologici uniformi sul territorio nazionale per l’assistenza territoriale e identificare le strutture a questa deputate⁶; 2) delineare un nuovo assetto istituzionale integrato salute, ambiente e clima volto alla prevenzione in tutti e tre gli ambiti attraverso un approccio *One Health*⁷.

La seconda Componente, denominata “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale”, comprende: misure per il rafforzamento e l’ammodernamento degli ospedali

(incremento dei posti letto in terapia intensiva, interventi antisismici, digitalizzazione e rinnovo delle grandi attrezzature); altri investimenti per migliorare l’infrastruttura tecnologica e la gestione dei dati sanitari, in particolare per potenziare il fascicolo sanitario elettronico⁸ (FSE), ancora lontano dall’essere diffuso e operativo in tutte le Regioni; azioni nel campo della ricerca e della formazione, da rafforzare sia per garantire la disponibilità di un numero di figure professionali coerente con la programmazione del personale, sia per adeguare le qualifiche alle esigenze di un sistema sanitario rinnovato. Anche la seconda Componente prevede una riforma, che riguarda la riorganizzazione della rete degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e che implica la revisione delle politiche di ricerca del Ministero della Salute (MdS), con l’obiettivo di rafforzare il rapporto tra ricerca, innovazione e cura e contribuire al miglioramento delle eccellenze.

Gli interventi previsti, nel complesso, sembrano rispondere ad alcuni orientamenti diffusi sulle esigenze di riorganizzazione e di rafforzamento dei sistemi sanitari dei paesi europei – si ritiene infatti che per accrescere il ritorno in termini di salute (*value for money*) della spesa sanitaria sia opportuno razionalizzare il settore ospedaliero e al

⁶ In precedenza tali standard erano stati definiti solo per l’assistenza ospedaliera (Decreto del Ministro della Salute n. 70 del 2 aprile 2015, che contiene il Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera).

⁷ Tale approccio implica l’integrazione di diverse discipline per affrontare come un insieme interconnesso le questioni della salute umana, di quella animale e dell’ecosistema (si veda Istituto Superiore di Sanità (ISS) (2019), “Tema. Salute globale e disuguaglianze di salute”, 17 dicembre,

disponibile sul sito dell’ISS all’indirizzo <https://www.iss.it/one-health>). Per una visione ampia del concetto di *One Health*, come concezione di salute globale che richiede azioni preventive coordinate su tutto il pianeta, tenendo conto delle interrelazioni e delle ricadute sulla salute umana, si veda Vineis, P. e L. Savarino (2021), “La salute nel mondo”, Feltrinelli, Milano.

⁸ Il fascicolo sanitario elettronico è volto a raccogliere le informazioni sulla storia clinica degli assistiti.

contempo incrementare lo sforzo per l'assistenza territoriale, la prevenzione e la promozione della salute. Le linee fondamentali del PNRR vanno in questa direzione: sono previsti, da un lato, uno sforzo per l'ammodernamento degli ospedali, attraverso nuove tecnologie, digitalizzazione, focalizzazione sui servizi a elevata intensità di cura e, dall'altro lato, il potenziamento dell'assistenza territoriale, al quale sono dedicati investimenti consistenti, e la riorganizzazione della prevenzione. Come accennato, gli investimenti nella ricerca e nella formazione completano il quadro.

Diverse sono le difficoltà da affrontare per realizzare gli interventi pianificati. Di seguito ci si limita ad accennare alle principali questioni.

In primo luogo, i tempi di realizzazione programmati appaiono piuttosto brevi, anche tenendo conto del fatto che questa intensa ripresa dell'attività di investimento in campo sanitario segue un periodo di forte ridimensionamento, appena interrotto negli ultimi anni⁹. La capacità di progettazione e realizzazione delle Regioni dovrebbe migliorare significativamente per garantire l'attuazione del PNRR¹⁰. Nel confronto tra i livelli di governo sui vari passaggi per l'attuazione del PNRR emerge spesso questa preoccupazione, che si traduce, da un lato, nel tentativo di definire rigorosamente tempistiche e processi in

modo da contrastare inerzie e ritardi e, dall'altro, in una elaborazione complessa e un po' tortuosa, a volte controversa, degli accordi intergovernativi posti a base delle diverse azioni.

In secondo luogo, va considerata la questione legata alla necessaria costruzione, nella cornice nazionale in via di definizione, dei diversi modelli regionali. Infatti, non sarà banale innestare le innovazioni del PNRR nei diversi servizi sanitari regionali (SSR), garantendo ovunque l'applicazione dei nuovi standard dell'assistenza territoriale e l'attuazione di tutti gli investimenti. In alcuni SSR, riforme simili a quelle proposte sono state già avviate; in altri casi ci si è mossi in direzione diversa. In altri casi ancora una certa inerzia nell'evoluzione dei sistemi regionali¹¹, accompagnata alla scarsità di risorse, a sua volta legata anche alla priorità attribuita al riequilibrio dei bilanci, ha frenato in passato l'evoluzione verso sistemi più completi e moderni. Il sentiero tra standard nazionali e autonomia regionale è stretto, come mostra in particolare il controverso processo di approvazione della riforma della sanità territoriale. Come si vedrà, infatti, tale riforma è stata realizzata malgrado il mancato accordo in Conferenza Stato-Regioni e la qualificazione degli aspetti del nuovo Regolamento da essa introdotto che devono essere considerati

⁹ Si veda Corte dei Conti (2021), "Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica".

¹⁰ Si veda a tale proposito l'Audizione della Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio sull'assetto della finanza territoriale e sulle linee di sviluppo del federalismo fiscale presso la Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale del 5 maggio 2022. Si veda anche, per approfondimenti, Ufficio parlamentare di

bilancio (2022), "L'efficienza temporale nella realizzazione delle opere pubbliche in Italia, Analisi congiunta UPB e IRPET", Nota di lavoro n. 2, luglio (a cura di G.F. Gori, P. Lattarulo e N.C. Salerno).

¹¹ Si veda ad esempio, con riguardo all'organizzazione della medicina di base, Mapelli (2021), "I malanni dell'assistenza primaria", in lavoce.it, 14 gennaio.

vincolanti su tutto il territorio nazionale ha dato luogo a difficoltà.

In terzo luogo, diversi elementi di incertezza rendono il quadro più complesso.

Innanzitutto, va sottolineato che sarà indispensabile in futuro assicurare le risorse necessarie a finanziare gli oneri permanenti, principalmente per il personale, necessari a gestire i servizi sanitari potenziati grazie al PNRR. Questo assicura fino al 2026 anche la copertura di alcune spese correnti, che in seguito dovranno essere finanziate da altre fonti. Le stime degli oneri appaiono tuttavia spesso elaborate principalmente sulla base delle risorse disponibili e le coperture sono in parte affidate ai risparmi che si presume discenderanno dagli interventi realizzati e da una riorganizzazione del sistema. Complessivamente, il quadro delle risorse correnti utilizzabili appare soggetto a incertezza, soprattutto con riferimento agli anni successivi al periodo di programmazione del PNRR. Questo è proprio il motivo che ha reso le Regioni diffidenti nei confronti del nuovo Regolamento sugli standard dell'assistenza territoriale. L'incremento del finanziamento del SSN per i prossimi anni, assicurato dalla legge di bilancio per il 2022, potrà essere destinato in parte a finanziare il potenziamento del sistema, a partire dall'assistenza territoriale, ma dovranno essere affrontati anche altri oneri, quali quelli connessi con i rinnovi dei contratti del personale e con l'applicazione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Tra l'altro, il potenziamento del personale potrebbe essere frenato dai tetti previsti per la relativa spesa, che pure è stato innalzato dalla legge di bilancio per il 2022. A tale proposito, è auspicabile che i nuovi standard dell'assistenza territoriale facilitino la determinazione dei fabbisogni di personale da parte delle Regioni, prevista da diverse disposizioni e da ultimo dalla stessa legge di bilancio¹², aiutando a superare le preoccupazioni sulla capacità delle Regioni di governare questa voce di spesa.

Inoltre, tra le questioni aperte va ricordato che alla base del successo di qualunque sistema di assistenza sanitaria territoriale non può non trovarsi un ruolo della medicina di base coerente con il disegno complessivo dei servizi e questo richiede che sia regolata la partecipazione dei medici di medicina generale nelle nuove strutture.

Di fronte a queste difficoltà, sembra si sia optato per un approccio che, malgrado le tempistiche strette del PNRR, implica una gradualità degli interventi, volta ad assicurare il rispetto delle scadenze, pur lasciando alcuni aspetti, anche importanti, a una definizione successiva. Questa si svilupperà attraverso una costante interlocuzione tra livelli di governo, anche in considerazione delle incertezze sui finanziamenti correnti disponibili per erogare le prestazioni corrispondenti a standard potenziati. Le risorse potranno essere incrementate nel tempo se si troveranno gli opportuni spazi di bilancio. Anche con riguardo all'assistenza territoriale, se alcuni aspetti della riforma in fieri appaiono piuttosto chiari e definiti, in

coerenza, tra l'altro, con i nuovi standard dell'assistenza territoriale, che sono oggetto della riforma del PNRR inclusa nella prima Componente.

¹² La legge di bilancio per il 2022 richiede che la metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN venga definita in

altri casi il compito di definire gli standard non sembra essere stato completato.

Gli investimenti del PNRR potrebbero contribuire a smussare alcune delle criticità del nostro sistema sanitario, *in primis* le carenze dell'assistenza sanitaria territoriale, ma altri interventi saranno probabilmente necessari per affrontarle pienamente. Per quanto riguarda, ad esempio, il riequilibrio infrastrutturale, in considerazione della grande eterogeneità tra i SSR i criteri di riparto e assegnazione dei finanziamenti, pur mirando a sostenere le aree deboli con il vincolo di spesa minima rivolta al Mezzogiorno (40 per cento), che peraltro risulta sinora rispettato, appaiono rigidi. Una percentuale fissa per tutti gli interventi appare difficilmente compatibile con i risultati delle ricognizioni sulle condizioni di partenza e i fabbisogni nei diversi territori. Questo è evidenziato di seguito nel paragrafo 2, focalizzato sulla distribuzione delle risorse territorializzabili. Inoltre, il PNRR non risolve la questione delle carenze di personale, non rappresentando lo strumento adatto per finanziare spese correnti continuative, anche se potrebbe portare a una maggiore chiarezza sul fabbisogno di risorse umane, grazie alla definizione dei nuovi standard. Aspetti di questo tipo devono essere affrontati (come in parte è già avvenuto) attraverso la programmazione finanziaria che passa per la legge di bilancio. L'esame di quanto destinato sinora al finanziamento degli oneri correnti per la gestione dei nuovi servizi che il PNRR renderà disponibili è contenuto nel paragrafo 3. Altri aspetti, come le carenze dei servizi di pronto soccorso, sono affrontati nel PNRR principalmente contando sui miglioramenti tecnologici e sull'alleggerimento che

sarebbe assicurato dalla predisposizione di un sistema di cure efficiente sul territorio. Dal momento che le criticità relative a queste strutture appaiono rilevanti e tali da aver condotto a situazioni di vera e propria emergenza non solo nelle fasi di picco dell'epidemia da COVID-19, andranno probabilmente affrontate con strumenti di natura diversa dal PNRR, tenendo anche conto della disaffezione del personale sanitario e delle problematiche emerse nel reperire medici e infermieri.

Nel complesso, anche se alcuni problemi non vengono affrontati o comunque non possono essere risolti dal PNRR, questo rappresenta un'occasione importante per incrementare gli investimenti in campo sanitario e stimolare la necessaria riorganizzazione del sistema. I traguardi che l'Italia con il PNRR si è impegnata a raggiungere entro il primo semestre del 2022 sono stati conseguiti. Nel paragrafo 4 si dà conto in modo sintetico delle azioni intraprese per realizzarli. Ulteriori approfondimenti sullo stato e sulle modalità di attuazione della Missione Salute del PNRR saranno predisposti in un prossimo futuro.

2. Le risorse territorializzabili e il riparto dei finanziamenti alle Regioni come soggetti attuatori

Il titolare dei progetti della Missione 6 è il MdS, con l'eccezione delle iniziative di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale finanziate dal FoC, il cui soggetto titolare è il Ministero dell'Università e della ricerca (MUR). Ciò nonostante, in molti casi il MdS svolge solo un ruolo di regia e i soggetti attuatori sono le Regioni e le Province autonome; in

qualche circostanza altre Amministrazioni assumono un ruolo rilevante.

Ad esempio¹³, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) è soggetto attuatore per il Sub-investimento 1.2.3 della Componente 1, relativo alla telemedicina nell'ambito dell'assistenza territoriale e per una parte del Sub-investimento 1.2.2 della Componente 1, concernente il progetto pilota di intelligenza artificiale e il portale della trasparenza nell'ambito delle Centrali operative territoriali (COT); il Dipartimento per l'Innovazione e la transizione digitale invece è soggetto attuatore di una parte del Sub-investimento 1.3.1 della Componente 2, con riferimento all'immagazzinaggio centrale dei dati e all'ampliamento dell'uso del FSE, mentre il Ministero dell'Economia e delle finanze (MEF), nell'ambito dello stesso Sub-investimento, ha la responsabilità dell'ampliamento del sistema Tessera Sanitaria; inoltre, il MUR ha emanato il decreto di assegnazione dei contratti di formazione specialistica ai singoli Atenei (Sub-investimento 2.2 (d) della Componente 2), in collaborazione con il MdS¹⁴.

Una parte importante dei finanziamenti del PNRR dedicati alla Missione Salute viene dunque ripartita tra le Regioni. Inoltre ulteriori risorse con destinazione territoriale, anche se non distribuite tra le Regioni, sono assegnate ad altri enti territoriali e, in alcuni casi, attraverso bandi. Secondo la relazione del Dipartimento per le politiche di coesione (DPCoe) sul rispetto del vincolo del 40 per cento al Mezzogiorno¹⁵, rispetto ai 18,013 miliardi complessivi del PNRR e del Fondo complementare a titolarità del MdS,

16,079 sono territorializzabili, mentre il resto riguarda misure "di sistema" (tab. 2). Anche il progetto a titolarità del MUR è considerato territorializzabile.

Dei 16,079 miliardi definiti come territorializzabili dal DPCoe e a titolarità del MdS, la parte già ripartita o da assegnare attraverso bandi già pubblicati è pari a 11,668 miliardi (colonne e, f e g della tabella 2), tra progetti già in essere e nuovi progetti. Come mostra l'ultima colonna della tabella 2, il vincolo del 40 per cento al Mezzogiorno è stato nel complesso sostanzialmente rispettato. Tanto più che anche nel caso di alcuni interventi finanziati tramite FoC non considerati tra quelli territorializzabili dal documento del DPCoe (e dunque non riportati nella tabella 2, colonna d) sono state definite linee guida e pubblicati bandi che prevedono che almeno il 40 per cento della spesa sia destinata al Mezzogiorno.

Ad esempio, il bando pubblicato il 9 maggio scorso nell'ambito dell'investimento per l'ecosistema innovativo della salute (preceduto dalle linee guida definite congiuntamente dal MUR e dal MdS), volto ad assegnare 100 milioni¹⁶ per la creazione di una rete di centri per il trasferimento tecnologico e il rafforzamento e lo sviluppo degli *Hub Life Science* per macroarea, prevede che almeno il 40 per cento delle risorse finanziarie sia destinato ad attività da realizzare nelle regioni del Mezzogiorno e impone vincoli anche sulla localizzazione dei centri e sul personale¹⁷.

¹³ Si veda il documento del MdS nell'ambito dei Contributi delle amministrazioni alla Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza, dicembre 2021.

¹⁴ Anche se non è stato ritenuto possibile, da un punto di vista formale, modificare la titolarità del progetto.

¹⁵ Prima relazione istruttoria sul rispetto del vincolo di destinazione alle regioni del Mezzogiorno di almeno il 40 per cento delle risorse allocabili

territorialmente prodotta dal Dipartimento per le politiche di coesione della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 9 marzo 2022.

¹⁶ Gli ulteriori 337 milioni destinati all'investimento per l'ecosistema innovativo della salute riguardano la creazione di un polo per la gestione e contrasto alle malattie infettive epidemiche/pandemiche.

¹⁷ In questo e in altri bandi è previsto anche un vincolo di genere.

Tab. 2 – I finanziamenti a destinazione territoriale
(milioni di euro)

	PNRR	Fondo complementare	Totale	Di cui: destinazione territoriale	Di cui: ripartiti			Quota spettante al Mezzogiorno dei finanziamenti attivati (percentuali)
					su progetti in essere	con decreto del MdS 20 gennaio 2022	con ulteriori riparti e bandi di assegnazione	
	(a)	(b)	c=(a+b)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)
1ª COMPONENTE	7.000	500	7.500	7.053	3.205	378		42,5
1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona	2.000	0	2.000	2.000	2.000			45,0
1.2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina	4.000	0	4.000	3.675		205		34,0
1.2.1 Casa come primo luogo di cura (Adi)	2.720	0	2.720	2.720				
1.2.2 Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)	280	0	280	205		205		
1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	1.000	0	1.000	750				
1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1.000	0	1.000	1.000		1.000		40,0
Salute, ambiente, biodiversità e clima ⁽¹⁾	0	500	500	378			378	40,0
2ª COMPONENTE	8.626	1.887	10.513	9.026	2.413	4.838	834	38,6
1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4.052	0	4.052	4.052	1.413	2.639		39,1
1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)	2.863	0	2.863	2.863	1.413	1.450		
1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (grandi apparecchiature)	1.189	0	1.189	1.189		1.189		
1.2. Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1.639	1.450	3.089	3.089	1.000	2.089		40,0
1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1.673		1.673	641		30		40,0
1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)	1.380		1.380	610				
1.3.2 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (infrastruttura tecnologica del MdS e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA)	293		293	30		30		
2.1. Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	524		524	524			262	40,0
2.2 Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	738		738	720		80	572	27,6
2.2 (a) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: borse aggiuntive in formazione di medicina generale	102		102	102			34	
2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere	80		80	80		80		
2.2 (c) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: Sub-misura: corso di formazione manageriale	18		18					
2.2 (d) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misure: contratti di formazione medico-specialistica	538		538	538			538	
Ecosistema innovativo della salute ⁽¹⁾		437	437					
Totale titolarità MdS	15.626	2.387	18.013	16.079	2.413	8.043	1.212	39,8
Iniziativa di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale		500	500	500			500	40,0
Totale titolarità MdS e MUR	15.626	2.887	18.513	16.579	2.413	8.043	1.712	39,8

Fonte: DM 20 gennaio 2022 e altri successivi decreti di riparto; Prima relazione istruttoria sul rispetto del vincolo di destinazione alle regioni del Mezzogiorno di almeno il 40 per cento delle risorse allocabili territorialmente del DPCCoe. (1) Anche per l'attuazione di alcuni interventi a valere sui finanziamenti FoC non considerati territorializzabili sono state definite linee guida e pubblicati bandi che prevedono che almeno il 40 per cento della spesa sia destinata al Mezzogiorno ma non sono stati considerati nella tabella perché non inclusi nella parte territorializzabile dalla Relazione del DPCCoe.

Guardando più in dettaglio alle risorse considerate territorializzabili e già ripartite o comunque assegnate, e iniziando dai progetti in essere, per il potenziamento della rete ospedaliera previsto dal DL 34/2020, da realizzare attraverso il rafforzamento delle terapie intensive e semi-intensive e l'adeguamento delle strutture di emergenza-urgenza, erano stati già ripartiti 1,413 miliardi con una apposita tabella allegata allo stesso decreto (si tratta di una parte dell'Investimento 1.1 della Componente 2, "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero"). Nel caso degli interventi antisismici negli ospedali vengono utilizzate risorse pari a 1,0 miliardi. Si tratta di investimenti previsti nell'ambito del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico.

Il programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico (L. 67/1988), che rappresenta il principale programma di investimento in sanità, al 2021 comprendeva risorse disponibili e ripartite tra le Regioni, al netto della prima fase di attuazione¹⁸, pari a 23,3 miliardi¹⁹. La legge di bilancio per il 2022 ha stanziato ulteriori 2 miliardi (fissando i criteri per il relativo riparto)²⁰. Alla fine del 2020 le Regioni avevano sottoscritto 86 accordi, per un importo complessivo di circa 12,8 miliardi (il 55 per cento delle risorse destinate ad accordi di programma), di cui 11,2 ammessi al

finanziamento (l'87 per cento delle risorse corrispondenti ad accordi sottoscritti). Gli IRCCS, gli Istituti zooprofilattici sperimentali (IZS) e i Policlinici universitari a gestione diretta avevano sottoscritto accordi per un valore di 887 milioni, sui 911 disponibili, di cui 827 ammessi al finanziamento. Mentre nel Nord le Regioni a statuto speciale (RSS), in media, avevano sottoscritto accordi tali da assorbire il 72 per cento delle risorse loro destinate e le Regioni a statuto ordinario (RSO) erano al 60 per cento, nel Centro e nel Sud le RSO si collocavano tra il 53 e il 55 per cento e le RSS del Sud si fermavano al 40 per cento. Le risorse ammesse al finanziamento raggiungevano il 100 per cento o quasi in molte Regioni, ma restavano indietro la Campania (35 per cento), la Provincia autonoma di Bolzano (59), la Puglia (67) e il Lazio (85).

Passando ai nuovi progetti, a parte un limitato ammontare di risorse per la prima annualità di formazione dei medici di medicina generale (MMG) (34 milioni sui 102 disponibili), ripartita con Decreto del Ministro della Salute del 2 novembre 2021 (riportata nella tabella 2 nella colonna g), la maggior parte dei finanziamenti da distribuire alle Regioni, per un ammontare complessivo di 8,043 miliardi (di cui 6,593 relativi al PNRR e 1,45 al FoC), è stata ripartita con il decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022²¹ (tab. 2, colonna f).

Nel decreto era prevista la revoca dell'assegnazione delle risorse in caso di mancata approvazione del Contratto istituzionale di sviluppo (CIS)²² con la singola

¹⁸ La prima fase di attuazione si è conclusa nel 1996.

¹⁹ Si veda Corte dei Conti (2021), *op. cit.*. Nel totale riportato nel testo sono indicate le risorse ripartite con Delibera CIPE n. 52/1998, al netto delle risorse assegnate con Delibere CIPE n. 53/1998, n. 65/2002, n. 98/2008 e n. 97/2008, e quelle assegnate con le leggi di bilancio per il 2019, il 2020 e il 2021 e ripartite con la Delibera CIPE n. 51/2019 (4 miliardi) e con la legge di bilancio per il 2021 (4 miliardi). Si ricorda che le Province autonome di Trento e Bolzano sono escluse dal finanziamento (L. 191/2009).

²⁰ L'importo complessivo del programma è arrivato pertanto a 34 miliardi.

²¹ Il decreto è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni il 12 gennaio scorso ed è stato registrato dalla Corte dei Conti.

²² Il CIS è stato definito dal D. Lgs. 88/2011 (previsto dalla legge delega 42/2009 attuativa del federalismo fiscale), contenente disposizioni in materia di risorse aggiuntive e interventi speciali per la rimozione di squilibri economici e sociali (ovvero finalizzati alla cosiddetta perequazione infrastrutturale).

Regione entro il mese di maggio o di mancata approvazione di tutti i CIS entro la fine di giugno (passaggio, quest'ultimo, che rappresenta un traguardo, *milestone*, del PNRR). Il paventato rischio che una o poche Regioni potessero bloccare il percorso anche per quelle adempimenti non si è materializzato in quanto i CIS, comprensivi dei Piani operativi regionali, erano tutti sottoscritti all'inizio di giugno 2022 (si veda più avanti il paragrafo 4). Nel preambolo al decreto si ricorda inoltre che, in caso di mancato rispetto degli obblighi e impegni finanziari da parte dei soggetti attuatori, si applicano i poteri sostitutivi previsti dal DL 77/2021 sulla *governance* del PNRR²³.

I finanziamenti contemplati nel decreto riguardano gli interventi di seguito elencati (tab. 2).

Con riferimento alla prima Componente:

- Investimento 1.1, concernente le Case della comunità, per l'intero ammontare di 2 miliardi;
- Investimento 1.2, riguardante le cure domiciliari, per gran parte del Sub-investimento 1.2.2, relativo alla realizzazione delle COT (205 su 280 milioni²⁴);

- Investimento 1.3, per gli Ospedali di comunità, per l'intero ammontare di 1 miliardo.

Con riferimento alla seconda Componente:

- Investimento 1.1, concernente l'ammodernamento degli ospedali, per 2,639 miliardi, che si aggiungono alle risorse già distribuite con il DL 34/2020 (1,413 miliardi), completando il quadro per tale investimento;
- Investimento 1.2, volto a rendere sicuri gli ospedali, per 2,089 miliardi, di cui 639 milioni per nuovi progetti del PNRR e 1,45 miliardi del FoC²⁵, che si aggiungono a 1,0 miliardi relativi a vecchi progetti, esaurendo le risorse disponibili per l'investimento;
- Investimento 1.3, per il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e dell'analisi dati, per una quota limitata (30 milioni su 293) del Sub-investimento 1.3.2, che finanzia il modello predittivo per la vigilanza dei livelli essenziali di assistenza (le risorse ripartite

²³ Stando al DL 77/2021, in caso di mancato rispetto da parte degli Enti territoriali degli obblighi e impegni finalizzati all'attuazione del PNRR assunti in qualità di soggetti attuatori – compresi la mancata adozione di atti e provvedimenti necessari all'avvio dei progetti del Piano o il ritardo, inerzia o difformità nell'esecuzione dei progetti – qualora sia messo a rischio il conseguimento degli obiettivi intermedi e finali del PNRR, il Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta della Cabina di regia (istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri o del Ministro competente, con poteri di indirizzo, impulso e coordinamento generale sull'attuazione degli interventi del PNRR) assegna al soggetto interessato un termine per provvedere non superiore a trenta giorni. In caso di perdurante inerzia, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri o del Ministro competente, sentito il soggetto attuatore, il Consiglio dei Ministri individua un'Amministrazione,

un Ente, un organo o un ufficio, oppure nomina uno o più commissari *ad acta*, cui attribuisce, in via sostitutiva, il potere di adottare gli atti o provvedimenti necessari ovvero di provvedere all'esecuzione dei progetti, anche avvalendosi delle società a partecipazione pubblica definite dall'art. 2 del DL 175/2016 o di altre Amministrazioni specificamente indicate.

²⁴ Le rimanenti risorse sono volte a finanziare un progetto pilota di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria e il potenziamento del portale della trasparenza (si veda il documento del Ministero della Salute nell'ambito dei Contributi sullo stato di attuazione del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza, dicembre 2021).

²⁵ Dovrebbero finanziare 220 interventi antisismici.

serviranno ad assicurare la realizzazione di alcuni flussi di dati dalle Regioni);

- Investimento 2.2, riguardante la formazione del personale, per il Sub-investimento 2.2 (b), relativo al corso di formazione in infezioni ospedaliere²⁶, per 80 milioni.

Nella tabella 3 sono indicate le quote di riparto di ogni intervento e l'ammontare complessivo distribuito dal Decreto del 20 gennaio 2020 e dal Decreto del 2 novembre 2021 per la formazione in medicina generale, nonché la distribuzione finale che tiene conto dei due decreti. L'ultima riga riporta la quota ottenuta dal Mezzogiorno. Il riparto dei finanziamenti è basato sui seguenti criteri. In linea di massima, si fa riferimento, da un lato, alle quote di accesso previste per la distribuzione del Fondo sanitario nazionale 2021 (che dipendono dalla distribuzione della popolazione, parzialmente pesata per l'età) e, dall'altro, alla necessità di garantire che al Mezzogiorno sia assicurato almeno il 40 per cento delle risorse. Inoltre, per alcune voci, date le loro caratteristiche, sono previsti criteri specifici: per le COT si tiene conto del fatto che il PNRR stabilisce che ne sia assicurata almeno una ogni 100.000 abitanti (600 in tutto); con riguardo ai corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere, il criterio della conformità alle quote di accesso al finanziamento 2021 è stato sostituito da

quello del fabbisogno calcolato in proporzione al personale dipendente; con riferimento alle Case della Comunità, è prevista una riserva di risorse al Mezzogiorno aumentata al 45 per cento.

Relativamente a queste ultime, l'incremento della percentuale dei finanziamenti concessi al Mezzogiorno è connesso con il maggiore fabbisogno nelle Regioni del Sud e delle Isole, che dispongono di un minore numero di strutture sul territorio. La tabella 4, a scopo esemplificativo, confronta il numero di Case della salute²⁷ attive nei diversi SSR – come risulta dai dati raccolti dal Dipartimento Affari Sociali del Servizio Studi della Camera dei Deputati²⁸ attraverso una richiesta alla Conferenza delle Regioni – con gli obiettivi in termini di Case della Comunità indicati nel decreto del MdS del 20 gennaio 2022. Anche se non è scontato che tutte le Case della salute possano essere immediatamente trasformate in Case della Comunità, si evidenzia che alcune Regioni, come Emilia-Romagna e Toscana, avrebbero già più strutture di quanto indicato come traguardo dal PNRR, mentre altre non ne hanno affatto. Queste ultime non sono collocate esclusivamente nel Mezzogiorno.

D'altra parte, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha approvato il riparto condizionatamente all'impegno da

²⁶ Con un obiettivo individuato a livello nazionale di 293.386 dipendenti formati.

²⁷ Le case della Salute sono state previste dalla legge finanziaria 2007 e sono definite dal decreto contenente le linee guida come strutture polivalenti in grado di erogare in uno stesso spazio fisico prestazioni socio-sanitarie integrate ai cittadini.

²⁸ Camera dei Deputati, Servizio studi Affari sociali (2021), "Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale", Documentazione e ricerche, n. 144, 1° marzo.

Tab. 3 – Il riparto dei finanziamenti tra le Regioni e le Province autonome
(milioni di euro)

Case della comunità	COT	Ospedali della comunità	Ammodern.to del parco tecnologico e ospedaliero, digital.ne	Ammodern.to del parco tecnologico e digitale ospedaliero, grandi apparecchi.re	Verso un ospedale sicuro e sostenibile (nuovi progetti)	Verso un ospedale sicuro e sostenibile (FoC)	Infrastruttura tecnologica del MdS e analisi dei dati, modello predittivo per vigilanza LEA, flussi dati dalle Regioni	Sviluppo delle competenze del personale, corso di formazione in infezioni ospedaliere	Totale decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022	Quote sul totale decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022	Borse studio medicina generale, Decreto del Ministro della Salute del 2 novembre 2021	Totale	Quote sul totale	
Piemonte	121,8	14,7	66,4	96,3	79,0	42,4	96,3	2,0	5,7	524,7	6,5%	2,3	527,0	6,5%
Valle d'Aosta	3,5	0,3	1,9	2,8	2,3	1,2	2,8	0,1	0,2	15,0	0,2%	0,1	15,1	0,2%
Lombardia	277,2	34,4	151,2	219,3	179,8	96,6	219,2	4,6	10,5	1.192,8	14,8%	5,1	1.197,9	14,8%
PA Bolzano	14,4	1,7	7,8	11,4	9,3	5,0	11,4	0,2	0,9	62,2	0,8%	0,3	62,4	0,8%
PA Trento	15,0	1,7	8,2	11,9	9,7	5,2	11,9	0,2	0,9	64,7	0,8%	0,3	64,9	0,8%
Veneto	135,4	16,7	73,9	107,1	87,8	47,2	107,1	2,2	6,1	583,5	7,3%	2,5	586,0	7,3%
Friuli-Venezia Giulia	34,3	4,1	18,7	27,1	22,2	11,9	27,1	0,6	2,1	148,0	1,8%	0,6	148,6	1,8%
Liguria	44,0	5,1	24,0	34,8	28,6	15,3	34,8	0,7	2,4	189,9	2,4%	0,8	190,7	2,4%
Emilia-Romagna	124,7	15,3	68,0	98,6	80,9	43,4	98,6	2,1	6,2	537,8	6,7%	2,3	540,1	6,7%
Toscana	104,2	12,6	56,8	82,4	67,6	36,3	82,4	1,7	5,3	449,5	5,6%	1,9	451,4	5,6%
Umbria	24,6	3,1	13,4	19,4	15,9	8,6	19,4	0,4	1,2	106,0	1,3%	0,5	106,5	1,3%
Marche	42,5	5,1	23,2	33,6	27,6	14,8	33,6	0,7	2,0	183,1	2,3%	0,8	183,9	2,3%
Lazio	158,5	20,1	86,5	125,4	102,8	55,2	125,4	2,6	4,5	680,9	8,5%	2,9	683,9	8,5%
Abruzzo	58,9	4,4	26,2	38,0	31,1	16,7	38,0	0,8	2,4	216,5	2,7%	0,9	217,4	2,7%
Molise	13,8	1,0	6,1	8,9	7,3	3,9	8,9	0,2	0,5	50,5	0,6%	0,2	50,7	0,6%
Campania	249,7	19,8	111,0	160,9	132,0	70,9	160,9	3,4	7,2	915,8	11,4%	3,8	919,5	11,4%
Puglia	177,2	13,6	78,8	114,2	93,7	50,3	114,2	2,4	6,4	650,8	8,1%	2,7	653,5	8,1%
Basilicata	25,0	2,0	11,1	16,1	13,2	7,1	16,1	0,3	1,2	92,4	1,1%	0,4	92,8	1,1%
Calabria	84,7	6,5	37,6	54,6	44,8	24,0	54,6	1,1	3,2	311,1	3,9%	1,3	312,3	3,9%
Sicilia	217,0	16,7	96,4	139,9	114,7	61,6	139,8	2,9	7,5	796,6	9,9%	3,3	799,9	9,9%
Sardegna	73,7	5,5	32,7	47,5	38,9	20,9	47,5	1,0	3,6	271,2	3,4%	1,1	272,3	3,4%
Totale	2.000,0	204,5	1.000,0	1.450,1	1.189,2	638,9	1.450,0	30,3	80,0	8.043,0	100,0%	34,0	8.077,0	100,0%
Quota Mezzogiorno	45,0%	34,0%	40,0%	40,0%	40,0%	40,0%	40,0%	40,0%	40,0%	41,1%		40,0%	41,1%	

Fonte: Decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022 e Decreto del Ministro della Salute del 2 novembre 2021.

Tab. 4 – Confronto tra strutture di prossimità da realizzare e già disponibili

	Target regionale, numero di Case della comunità	Case della salute dichiarate attive (anno 2020)	Differenza
Piemonte	82	71	11
Valle d'Aosta	2	0	2
Lombardia	187	0	187
PA Bolzano	10	0	10
PA Trento	10	0	10
Veneto	91	77	14
Friuli-Venezia Giulia	23	0	23
Liguria	30	4	26
Emilia-Romagna	84	124	-40
Toscana	70	76	-6
Umbria	17	8	9
Marche	29	21	8
Lazio	107	22	85
Abruzzo	40	n.d.	n.d.
Molise	9	6	3
Campania	169	0	169
Puglia	120	0	120
Basilicata	17	1	16
Calabria	57	13	44
Sicilia	146	55	91
Sardegna	50	15	35
Totale	1.350	493	857

Fonte: decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022; Camera dei Deputati, Servizio studi Affari sociali (2021), "Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale", Documentazione e ricerche, n. 144, 1° marzo.

parte del MdS e del MEF a distribuire i finanziamenti per l'assistenza domiciliare – ancora non ripartiti – in base a un criterio che dovrebbe favorire il Centro-Nord, ovvero il numero di anziani (oltre 65 anni), pur assicurando il rispetto della quota del 40 per cento per il Mezzogiorno e tenendo conto di specifiche difficoltà per le singole Regioni a raggiungere l'obiettivo (pari al 10 per cento degli anziani assistiti)²⁹. Come mostra la tabella 5, la quota di individui con almeno 65 anni è maggiore nel Centro-Nord rispetto al Mezzogiorno, anche se la distanza si è ridotta nel tempo, dato il più

rapido invecchiamento demografico nel Meridione. Inoltre si rilevano difformità all'interno delle macroaree tra singole Regioni: ad esempio, Lombardia, Trentino-Alto Adige e Lazio presentano un indicatore inferiore alla media nazionale, mentre Abruzzo, Molise, Basilicata e Sardegna si collocano al di sopra.

Complessivamente, i riparti assicurano una quota del 41,1 per cento al Mezzogiorno, tenendo conto di tutti gli interventi, dunque il vincolo territoriale previsto dal

²⁹ Si veda il documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome "Posizione sullo schema di decreto del Ministro della Salute recante la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province autonome per i progetti del piano nazionale di ripresa e resilienza e del piano per

gli investimenti complementari PNRR", 12 gennaio 2022, 22/04/SR01/C7. In tale documento si specifica anche che l'obiettivo potrà essere perseguito utilizzando i fondi del PNRR, ma anche il finanziamento del SSN.

Tab. 5 – Popolazione con almeno 65 anni al 1° gennaio
(valori percentuali)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022 ⁽¹⁾
Piemonte	25,1	25,4	25,6	25,9	26,0	26,2
Valle d'Aosta	23,2	23,5	23,8	24,2	24,4	24,7
Lombardia	22,3	22,5	22,7	22,9	22,9	23,2
Trentino-Alto Adige	20,4	20,6	20,9	21,1	21,1	21,4
Veneto	22,4	22,7	22,9	23,3	23,5	23,8
Friuli-Venezia Giulia	25,8	26,0	26,2	26,5	26,6	26,7
Liguria	28,4	28,5	28,6	28,8	28,7	28,9
Emilia-Romagna	23,9	23,9	24,0	24,2	24,2	24,3
Toscana	25,2	25,3	25,5	25,7	25,8	26,0
Umbria	25,2	25,4	25,6	26,0	26,3	26,5
Marche	24,4	24,6	24,9	25,2	25,4	25,7
Lazio	21,3	21,5	21,8	22,2	22,6	22,9
Abruzzo	23,3	23,6	23,9	24,3	24,7	25,0
Molise	23,9	24,2	24,6	25,3	25,9	26,2
Campania	18,2	18,5	18,8	19,3	19,9	20,2
Puglia	21,4	21,7	22,1	22,6	23,1	23,4
Basilicata	22,3	22,6	23,0	23,5	24,1	24,5
Calabria	21,0	21,2	21,6	22,2	22,9	23,3
Sicilia	20,6	20,9	21,2	21,7	22,3	22,6
Sardegna	22,7	23,2	23,8	24,4	25,3	25,8
<i>Macroaree</i>						
Nord	23,4	23,6	23,8	24,1	24,1	24,3
Nord-Ovest	23,7	23,9	24,0	24,3	24,3	24,5
Nord-Est	23,1	23,3	23,5	23,8	23,8	24,1
Centro	23,2	23,4	23,6	24,0	24,2	24,5
Mezzogiorno	20,6	20,8	21,2	21,7	22,3	22,7
Sud	20,3	20,5	20,9	21,4	22,0	22,3
Isole	21,1	21,4	21,8	22,4	23,1	23,4
Italia	22,4	22,6	22,9	23,2	23,5	23,8

Fonte: Istat, Indicatori demografici, dati estratti il 3 giugno 2022.

(1) Valore stimato dall'Istat.

PNRR risulta rispettato anche per quanto concerne la distribuzione dei finanziamenti tra le Regioni.

Ulteriori risorse, rispetto a quelle contemplate dal decreto del 20 gennaio 2022, per 1,212 miliardi complessivi, sono state assegnate con altri provvedimenti (tab. 2, colonna g).

Della formazione in medicina generale, le cui risorse sono state ripartite tra le Regioni, si è già detto. Per gli altri interventi è previsto il coinvolgimento di diversi soggetti.

La parte territorializzabile dell'intervento "Salute, ambiente, biodiversità e clima", finanziato con il Piano complementare (378 su 500 milioni), è stata ripartita tra i destinatari istituzionali³⁰ con il Piano operativo allegato all'accordo sottoscritto tra l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e il MdS in data 30 dicembre 2021, come indicato dalla Relazione del DPCoe

³⁰ I destinatari istituzionali cui viene attribuita la parte territorializzabile sono gli Assessorati alla sanità (cui sono destinati circa 8 milioni), le Aziende

sanitarie locali (circa 246 milioni), gli IZS (1 milione) e le Agenzie regionali per la protezione dell'ambiente (122 milioni).

sul rispetto del vincolo di destinazione alle Regioni del Mezzogiorno. I criteri di riparto individuati sono: la quota di accesso al fondo sanitario; almeno il 40 per cento delle risorse alle Regioni del Mezzogiorno; il numero di Siti di Interesse Nazionale (SIN) e quello dei Siti di Interesse Regionale (SIR) presenti nel territorio regionale; il numero di Autorizzazioni Integrate Ambientali (AIA); il numero di abitanti in aree a rischio idrogeologico.

La stessa Relazione evidenzia che, con riferimento all'Investimento 2.2 della seconda Componente, relativo alla formazione, i finanziamenti per le borse di studio per gli specializzandi (538 milioni per 4.200 borse di studio, da aggiungere alle 13.200 già finanziate) sono stati ripartiti dal MUR³¹. In questo caso non è stato rispettato il criterio del 40 per cento, ritenuto dal MdS non pertinente in questa circostanza, e si è preferito fare riferimento alla capacità ricettiva e al volume assistenziale delle strutture sanitarie della rete formativa, agli esiti delle procedure di accreditamento di tali strutture e ai criteri di qualità delle scuole di specializzazione. Agli atenei del Mezzogiorno (dove si trovano 385 scuole di specializzazione su 1.327) è stato attribuito il 25 per cento dei contratti finanziati dal PNRR.

Si ricorda inoltre che è stato da poco pubblicato il bando per assegnare metà delle risorse dedicate ai progetti di valorizzazione e

potenziamento della ricerca biomedica del SSN (262 milioni). Si tratta dell'avviso pubblico per la presentazione e selezione di progetti di ricerca sulle tre tematiche *proof of concept* (prova di fattibilità), malattie rare e malattie croniche non trasmissibili ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali, che è stato pubblicato il 20 aprile 2022 ed è rivolto agli enti sanitari del SSN, tramite le Regioni, ai policlinici universitari privati accreditati e agli enti di ricerca del SSN. Possono essere coinvolti come unità operative Università ed enti di ricerca pubblici ed enti privati *no profit*. Il bando prevede tra i criteri di ammissibilità che almeno il 40 per cento dell'ammontare del finanziamento disponibile sia destinato ad attività realizzate nelle regioni del Mezzogiorno (e almeno il 40 per cento del personale assunto o destinatario di borse di studio o di ricerca a tempo determinato sia reclutato presso le unità operative di tale macroarea).

Restano da assegnare circa 4,4 miliardi, relativi: al FSE (610 milioni su 1,380 miliardi complessivi allocati a tale investimento), sul cui riparto è già stato raggiunto l'accordo in Conferenza Stato-Regioni il 6 luglio scorso³²; alla diffusione della telemedicina nell'assistenza domiciliare (750 milioni, rispetto a un totale di 1,0 miliardi)³³; all'incremento del numero degli

³¹ Con DM 28 luglio 2021, n. 998 del MUR, basato a sua volta sul DM 9 luglio 2021, del MdS che ha fissato, per il triennio 2020-23, il numero di contratti e la distribuzione tra le diverse specializzazioni.

³² La Conferenza delle Regioni ha condizionato il parere favorevole a una riformulazione della proposta di riparto delle risorse per il potenziamento delle infrastrutture digitali (pari a 299,6 milioni, mentre 311,38 milioni sono rivolti a incrementare le competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario) e ha chiesto di uniformare a livello nazionale le modalità di erogazione dei contributi a favore degli erogatori privati (si veda "Posizione sul fascicolo sanitario elettronico, sistemi di sorveglianza nel settore sanitario e governo della sanità digitale, come modificato dall'articolo 21 del decreto legge 27 gennaio 2022, n. 4, convertito con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2022, n. 25, sul decreto interministeriale di assegnazione di risorse territorializzabili riconducibili alla linea di attività m6c2 1.3.1.", documento della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome,

22/124/SR01/C7). Le linee guida sul FSE e il decreto per integrare i dati essenziali che lo compongono invece hanno ottenuto il parere favorevole in Conferenza Stato-Regioni il 28 aprile scorso e sono state adottate con Decreto interministeriale del 20 maggio 2022. Si ricorda che di recente sono state approvate diverse disposizioni in materia di FSE e governo della sanità digitale, in particolare con il DL 34/2020, convertito dalla L. 77/2020, e con il DL 4/2022, convertito dalla L. 25/2022. Inoltre, è stato approvato il decreto interministeriale del 18 maggio 2022 sull'integrazione dei dati essenziali che compongono i documenti del Fascicolo sanitario elettronico, nelle more dell'adozione del decreto di adeguamento alle disposizioni sul FSE contenute nel DL 34/2020 e nel DL 4/2022.

³³ Le linee guida organizzative contenenti il Modello digitale per l'attivazione dell'assistenza domiciliare hanno avuto il parere favorevole in Conferenza Stato-Regioni il 28 aprile scorso e sono state

assistiti a domicilio (2,72 miliardi); alla valorizzazione e al potenziamento della ricerca biomedica del SSN (262 milioni su 524); alla formazione (68 milioni per la formazione della medicina generale su 738 complessivamente dedicati alla formazione).

Anche il progetto a titolarità del MUR, "Iniziativa di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale"³⁴, finanziato dal FoC nell'ambito della seconda Componente, rappresenta, come si è visto, un intervento territorializzabile.

A fine gennaio 2022 sono state pubblicate le linee guida che precedono la stesura del bando, definite congiuntamente dal MUR e dal MdS, relative a questo intervento (e anche a quello a titolarità del MdS relativo all'ecosistema innovativo della salute, di cui si è già detto), nelle quali è stata indicata la riserva del 40 per cento delle risorse allocabili territorialmente al Mezzogiorno. Il relativo bando è stato pubblicato il 20 giugno 2022 (Decreto Direttoriale n. 931 del 6 giugno 2022). Ogni iniziativa deve prevedere una ricaduta in termini di spesa nelle Regioni del Mezzogiorno pari ad almeno il 40 per cento delle agevolazioni richieste.

Si ricorda anche che, per quanto riguarda il React-EU, la quota attribuita al Sud è del 53 per cento³⁵, mentre il PON salute è interamente dedicato al Mezzogiorno.

Malgrado il rispetto della quota del 40 per cento del finanziamento al Mezzogiorno, qualche dubbio emerge sulla misura in cui i criteri di riparto adottati siano in grado di

tenere conto adeguatamente delle differenze tra le dotazioni delle varie Regioni. La percentuale minima di risorse assicurata al Mezzogiorno, sia pure adattata per le Case della comunità, appare un criterio rigido, non necessariamente valido per tutti gli investimenti e utile ad assicurare la necessaria perequazione infrastrutturale. Ad esempio, alcune Regioni già dispongono di ospedali della Comunità, mentre altre ne sono prive. Le Case della comunità in alcune Regioni potranno essere realizzate attraverso una riconversione di Case della salute già disponibili, come si è accennato (si veda la tabella 3), o comunque potranno essere collocate presso locali già a disposizione della ASL o delle Regioni, che eventualmente dovranno essere riadattati, oppure dovranno essere costruite appositamente, con costi differenti. Per quanto riguarda la ripartizione tra le Regioni degli obiettivi (*target*) relativi agli ospedali (ammodernamento tecnologico e digitale e interventi antisismici), il decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022 rinviava al perfezionamento dei Piani operativi regionali e a ulteriori ricognizioni in corso, ma a distribuzione dei finanziamenti già avvenuta. A titolo esemplificativo, con riferimento al caso dei grandi macchinari, la tabella 6 confronta le percentuali di riparto dei relativi finanziamenti con la distribuzione del fabbisogno per investimenti in apparecchiature elettromedicali di alta e

approvate con Decreto del Ministro della Salute del 29 aprile 2022; si veda il paragrafo 4.

³⁴ È previsto il finanziamento di progetti di ricerca relativi a quattro iniziative: robotica e strumenti digitali, monitoraggio a distanza, reingegnerizzazione dei processi, *data mining*. Per

ogni pilastro dell'iniziativa saranno finanziati circa 4-5 grandi progetti di ricerca.

³⁵ Si veda il documento "[Programmazione delle risorse React-EU: linee di intervento per le risorse relative all'annualità 2022 e quadro complessivo](#)" del 16 marzo 2022 del DPCoe della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Tab. 6 – I finanziamenti per le grandi apparecchiature
(milioni di euro e percentuali)

	Riparto decreto 20 gennaio 2022		Distribuzione fabbisogno apparecchiature		Differenze tra le quote (a-b)
	(a)	(a)	(b)	(b)	
Piemonte	79,0	6,6%	75,8	4,9%	1,8%
Valle d'Aosta	2,3	0,2%	7,4	0,5%	-0,3%
Lombardia	179,8	15,1%	206,3	13,3%	1,8%
PA Bolzano	9,3	0,8%	7,6	0,5%	0,3%
PA Trento	9,7	0,8%	12,1	0,8%	0,0%
Veneto	87,8	7,4%	127,2	8,2%	-0,8%
Friuli-Venezia Giulia	22,2	1,9%	37	2,4%	-0,5%
Liguria	28,6	2,4%	83	5,3%	-2,9%
Emilia-Romagna	80,9	6,8%	92,4	6,0%	0,8%
Toscana	67,6	5,7%	91,9	5,9%	-0,2%
Umbria	15,9	1,3%	86,5	5,6%	-4,2%
Marche	27,6	2,3%	35,9	2,3%	0,0%
Lazio	102,8	8,6%	183,9	11,8%	-3,2%
Abruzzo	31,1	2,6%	41,1	2,6%	0,0%
Molise	7,3	0,6%	27,6	1,8%	-1,2%
Campania	132,0	11,1%	95	6,1%	5,0%
Puglia	93,7	7,9%	50,9	3,3%	4,6%
Basilicata	13,2	1,1%	25,5	1,6%	-0,5%
Calabria	44,8	3,8%	35,3	2,3%	1,5%
Sicilia	114,7	9,6%	145,4	9,4%	0,3%
Sardegna	38,9	3,3%	84,3	5,4%	-2,2%
Totale	1.189,2	100,0%	1.552,2	100,0%	0,0%

Fonte: elaborazioni della Corte dei Conti su dati del Ministero della Salute e decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022 in Corte dei Conti (2021), "Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2021"; decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022.

media tecnologia emersa da una ricognizione effettuata nel 2020³⁶. Si evidenziano alcune differenze tra le due distribuzioni, con due regioni del Mezzogiorno (Campania e Puglia) che ottengono un vantaggio significativo con il riparto e due del Centro (Umbria e Lazio) in svantaggio. È possibile tuttavia che le ricognizioni più recenti e più mirate sull'investimento del PNRR diano risultati più aderenti al riparto fissato dal decreto.

3. Le risorse disponibili per il funzionamento delle nuove strutture

Una questione molto discussa, in relazione agli investimenti del PNRR, è quella del finanziamento dei costi di funzionamento dei nuovi servizi da realizzare (ospedali potenziati, assistenza domiciliare estesa, case e ospedali della comunità) e, in particolare, delle spese per il personale. Di seguito si ricostruisce il quadro degli oneri stimati e delle risorse disponibili.

³⁶ I dati, di fonte Mds, sono riportati nel Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2021 della Corte dei Conti.

Nella versione del PNRR presentata il 30 aprile 2021 alla Commissione europea erano valutate le risorse correnti necessarie e si indicava come reperirle fino al 2026. Per la fase a regime, dal 2027, una parte rilevante del finanziamento veniva affidata al cosiddetto *sustainability plan* (riportato nell'appendice di quel documento), un piano di ricostituzione di risorse nell'ambito del SSN. In seguito, la legge di bilancio per il 2022 ha disposto un incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, che oltre a coprire gli oneri di un ulteriore potenziamento dell'assistenza territoriale potrebbe offrire margini aggiuntivi per finanziare a regime la gestione corrente degli interventi del PNRR.

La versione di aprile del PNRR indicava oneri correnti per circa 2,2 miliardi nel 2026 e 2,8 miliardi a regime (dal 2027) e lasciava una parte non quantificata. In sintesi i costi stimati, distinti a seconda delle fonti di copertura, erano i seguenti (tab. 7):

- 1) con riferimento alla prima Componente:
 - a. le spese già previste dal DL 34/2020, laddove vincolava una quota di 745 milioni annui delle risorse del SSN a specifiche misure di rafforzamento dell'assistenza territoriale, consentendo anche di derogare ai vincoli previsti per la spesa di personale;

Tab. 7 – Costi del personale e manutenzioni
(milioni di euro)

	2026		A partire dal 2027	
	Spese già considerate dal DL 34/2020	Oneri coperti dal PNRR	Spese già considerate dal DL 34/2020	Oneri da finanziare con misure del <i>sustainability plan</i> ⁽¹⁾
1^a Componente – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale	745	1.100	745	1.339
1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona	95		95	
1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina				
1.2.1 Casa come primo luogo di cura (Adi)	500	1.100	500	1.100
1.2.2 Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)	151		151	
1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)				239
2^a Componente – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale	372		372	322
– Personale	347		347	82
– Manutenzioni	25		25	240
Totale complessivo	1.117	1.100	1.117	1.661

Fonte: Relazioni tecniche del DL 34/2020 e del DDL di bilancio per il 2022 e PNRR presentato alla Commissione europea il 30 aprile 2021.

(1) Nella tabella non sono indicati i finanziamenti contemplati dal *sustainability plan* (per lo più dati da risparmi di spesa), ma solo gli oneri da coprire con quei finanziamenti.

- b. i costi ulteriori dell'assistenza domiciliare, stimati in 1,1 miliardi, finanziati dal PNRR nel 2026 (si trattava di 2,72 miliardi nell'arco di vigenza del PNRR, distribuiti negli anni in misura crescente a partire da 78 milioni nel 2022);
 - c. i costi (1,1 miliardi, come indicato al punto precedente), da affrontare negli anni successivi al 2026 per l'assistenza domiciliare, oltre a quelli volti ad assicurare l'operatività degli ospedali della comunità, per un totale stimato in 1,339 miliardi, da coprire con il *sustainability plan*;
 - d. il costo di gran parte del personale delle Case della Comunità, non quantificato (e pertanto non riportato in tabella) in quanto si riteneva che tali risorse umane potessero essere rese disponibili attraverso operazioni di riorganizzazione nell'ambito dell'assistenza primaria;
- 2) con riferimento alla seconda Componente:
- a. il costo del rafforzamento delle terapie intensive, per il quale il DL 34/2020 prevedeva una maggiore spesa di gestione a regime di 372 milioni;
 - b. un onere complessivo di ulteriori 322 milioni annui per l'investimento in "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN" da coprire con il *sustainability plan*.

Le coperture da reperire con il *sustainability plan* dopo il 2026 (anno di completamento del PNRR) – in quanto non previste dal DL 34/2020 – venivano rinvenute prevedendo, oltre a un incremento marginale del finanziamento del SSN, la realizzazione di una serie di risparmi di ammontare anche superiore agli oneri indicati nell'ultima colonna della tabella 7.

Nel *sustainability plan*, con riferimento alla prima Componente della Missione 6, si individuavano risorse per circa 1,4 miliardi, derivanti dall'incremento del finanziamento del SSN di 180 milioni e dai risparmi assicurati dalla riorganizzazione delle cure territoriali, da cui sarebbe conseguita una riduzione di ricoveri inappropriati, di accessi al pronto soccorso e di spesa farmaceutica. Per affrontare i costi della seconda Componente si riteneva di poter fare affidamento sui risparmi che gli investimenti messi in cantiere avrebbero potuto generare, stimati pari a 1,362 miliardi, di cui 1,231 per l'incremento di efficienza e la riduzione di comportamenti fraudolenti resi possibili dall'investimento in ammodernamento tecnologico e digitale (principalmente costi del personale, seguiti da acquisti di beni e servizi e spese di manutenzione) e 131 per l'intervento in formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico, grazie al rendimento dell'investimento³⁷.

Dall'analisi delle stime degli oneri offerte dalla versione di aprile del PNRR emergono una serie di criticità (tab. 7).

1) Per le Case della comunità, si contava di utilizzare 95 milioni dei 480 che il DL 34/2020 prevedeva di spendere per l'assunzione di infermieri. Questo, tuttavia, avrebbe consentito di inserire in ognuna delle 1.288 strutture allora previste solo 2 di queste figure professionali, rispetto alle

³⁷ Si ricorda che la legge di bilancio per il 2021 già scontava un risparmio di 300 milioni dal 2023 grazie al potenziamento della digitalizzazione.

8 considerate necessarie. Per quanto riguarda l'ulteriore fabbisogno di infermieri, nonché per il personale amministrativo e i MMG, si contava di recuperarli, come accennato, attraverso una riorganizzazione dei servizi e dunque non venivano previsti nuovi finanziamenti e non si calcolava il relativo onere. Inoltre, il costo unitario degli infermieri veniva stimato nel PNRR di aprile in 40.000 euro, mentre la precedente Relazione tecnica al DL 34/2020 lo indicava pari a 50.000 euro (e quella della legge di bilancio per il 2022 riportava 49.100 euro). Infine, va ricordato che l'obiettivo in termini di numero di Case della comunità è passato da 1.288 nella versione di aprile 2021 del PNRR a 1.350 in quella finale, determinando un aumento del fabbisogno di personale.

2) Per l'assistenza domiciliare, i 151 milioni relativi al personale infermieristico delle COT venivano reperiti dal DL 34/2020. Per aumentare l'accesso al servizio invece si calcolava un costo annuo di 1,6 miliardi, provenienti in parte dal DL 34/2020 (500 milioni, dedicati al potenziamento del personale infermieristico e dell'assistenza domiciliare) e in parte dal PNRR, finché operativo (1,1 miliardi nell'ultimo anno, il 2026, come accennato). Il calcolo dei costi era basato sul livello di intensità assistenziale registrato in Veneto, Toscana ed Emilia Romagna e sulle tariffe adottate in quest'ultima regione, oltre che sulle convenzioni dei MMG e dei pediatri di libera scelta. Secondo alcuni osservatori, tuttavia, l'attuale frequenza media di

accessi del personale presso i pazienti utilizzata per calcolare il livello di riferimento risulta insufficiente³⁸. Nel caso degli infermieri, ad esempio, secondo l'Annuario statistico del SSN, il dato medio era di 16 accessi l'anno nel 2019 per ogni anziano trattato in Italia, ma si collocava tra 7 e 10 nelle tre Regioni utilizzate come *benchmark*. In queste Regioni infatti la composizione per livelli di intensità assistenziale appare mediamente bassa³⁹, anche se il numero di casi trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) è elevato (superiore a 100 per 1.000 anziani residenti di età superiore a 65 anni⁴⁰).

3) Per gli Ospedali della comunità si calcolava un costo di 239 milioni a regime, coperto dal *sustainability plan*. Si trattava dell'onere per pagare medici, infermieri e personale socio-assistenziale. Non erano considerati costi per acquisti di beni e servizi (si veda più avanti per una discussione di questo aspetto).

4) Per l'intervento in "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN" il DL 34/2020 indicava in 347 milioni gli oneri per il personale ospedaliero aggiuntivo necessario a rafforzare le terapie intensive e aumentare i mezzi di trasporto per i pazienti. I costi del personale tuttavia erano calcolati prendendo a riferimento soltanto il 40 per cento dei posti in terapia intensiva da incrementare (1.400 su 3.500), in quanto si faceva affidamento sul personale già disponibile nelle unità di terapia intensiva e rianimazione. I costi di manutenzione a

³⁸ Cergas-SDA Bocconi (2021), "Stime del costo sorgente per lo sviluppo dei servizi territoriali", Longo F. (a cura di).

³⁹ Si veda Enrichens F., A. Borghini, S. Furfaro e M. Cosentino (2021), "La casa come primo luogo di cura per il cittadino – centrali operative territoriali e assistenza domiciliare", in Monitor 45, "Piano

nazionale di ripresa e resilienza missione salute", AGENAS, dove si riporta che nelle tre Regioni si verifica la più alta percentuale di casi trattati di livello base.

⁴⁰ La Regione con la maggiore frequenza di anziani trattati era il Molise, che arrivava a 179 per 1.000.

regime degli investimenti in terapie intensive, ristrutturazione dei servizi di pronto soccorso e mezzi di trasporto sanitario erano valutati pari a 25 milioni annui. Per quanto concerne i 322 milioni indicati nel *sustainability plan*, si trattava di 82 milioni per il personale (tecnico e informatico) e 240 per la manutenzione e l'aggiornamento delle strutture.

Nella versione del PNRR di aprile 2021 si ipotizzava, pertanto, che dal 2027 i nuovi oneri correnti annui non coperti dal DL 34/2020, stimati in 1,661 miliardi, più una quota rilevante, anche se non definita, dei costi di gestione delle Case della comunità (non indicata nella tabella 7) sarebbero stati affrontati nell'ambito del finanziamento del SSN, grazie a limitati incrementi dello stesso e soprattutto a risparmi di spesa o a riorientamenti delle risorse consentiti dalla riorganizzazione del sistema e dall'innovazione tecnologica e digitale. Tuttavia, anche se non è implausibile che le riforme in atto nel SSN possano consentire di migliorare l'efficienza del sistema, contare su futuri risparmi di spesa può essere poco prudente, soprattutto in un settore, come quello della sanità, in cui spesso l'assorbimento del progresso tecnico può implicare un aumento dei costi. Inoltre è difficile potenziare il sistema attraverso misure di razionalizzazione, soprattutto dopo gli sforzi già realizzati in passato in questa direzione.

Va pure ricordato che la legge di bilancio per il 2022 (L. 234/2021) ha stabilito un incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard volto ad assicurarne un aumento di 2

miliardi l'anno nel triennio 2022-24⁴¹. Ci si può chiedere se questo non implichi una disponibilità di risorse nel fabbisogno sanitario nazionale standard, a regime, utile anche a finanziare la gestione corrente degli interventi del PNRR.

Occorre innanzitutto osservare che la stessa legge di bilancio per il 2022 ha previsto nuove misure mirate essenzialmente a un ulteriore potenziamento delle strutture rispetto al PNRR. Tra queste, in particolare, sono compresi: a) un ulteriore potenziamento dell'assistenza territoriale rispetto a quanto considerato ai fini del PNRR, consentendo di effettuare spese per personale dipendente e convenzionato, a partire dall'entrata in vigore del Regolamento sugli standard dell'assistenza territoriale, anche eccedendo i vincoli previsti a legislazione vigente, per 1,015 miliardi a decorrere dal 2026 (oltre a 91 milioni per il 2022, 150 per il 2023, 328 per il 2024 e 591 per il 2025)⁴²; b) misure di proroga dei rapporti di lavoro flessibile e stabilizzazione del personale del ruolo sanitario, volte genericamente a rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali anche per il recupero delle liste d'attesa, per le quali è prevista una spesa potenziale di 625 milioni a partire dal 2023 (690 nel 2022), secondo la Relazione tecnica, tenendo conto dei limiti di spesa per il personale, ampliati peraltro dalla stessa legge di bilancio.

Più in dettaglio, secondo la Relazione tecnica, dell'importo a regime per il rafforzamento dell'assistenza territoriale, 787 milioni sarebbero serviti per le Case della comunità e le Unità di continuità

⁴¹ Oltre a ulteriori incrementi per le borse di specializzazione e per i farmaci innovativi.

⁴² Somme da ripartire tra le Regioni con un ulteriore decreto del MdS, di concerto con il MEF.

assistenziale (UCA), 23 per le COT e 205 per gli Ospedali di comunità⁴³. Veniva chiarito che, nel caso in cui gli oneri fossero risultati superiori alle previsioni, le ipotesi di potenziamento del personale sarebbero state riviste, in modo da assicurare il rispetto del livello di spesa previsto.

Per le Case della comunità, la Relazione tecnica contempla le spese aggiuntive per i MMG, da considerare nell'ambito del nuovo accordo collettivo nazionale (262 milioni), oltre agli oneri relativi al personale di supporto e infermieristico ulteriore previsto dai nuovi standard rispetto a quanto ipotizzato nell'ambito del PNRR. Non sono stati appostati ulteriori finanziamenti per i costi degli infermieri e del personale amministrativo che nella versione del PNRR di aprile si riteneva di potere recuperare attraverso una riorganizzazione dei servizi. Non sembra inoltre si sia tenuto conto del fatto che le stime indicate in quella precedente versione si rifacevano a un numero di Case della Comunità pari a 1.288, mentre il PNRR definitivo ne prevede 1.350.

La spesa per le UCA viene completamente inclusa nelle stime della Relazione tecnica del DDL di bilancio per il 2022, mentre per le COT vengono considerati i soli costi del personale di supporto aggiuntivo.

Per gli Ospedali della comunità, infine, si considera la voce addizionale, rispetto alle stime del PNRR, relativa ad altro personale sanitario (volto alla riabilitazione). Inoltre, la Relazione tecnica al DDL di bilancio tiene conto dell'incremento del numero di strutture dalle 400 previste dal PNRR (anche se erano solo 381 nella versione di aprile 2021, come si è visto) alle 600 contemplate nel Regolamento sugli

standard dell'assistenza territoriale. Va considerato che, secondo alcuni osservatori, gli oneri effettivi per gli Ospedali della comunità potrebbero essere superiori a quelli stimati. Ad esempio, secondo l'analisi già citata del CERGAS⁴⁴, il costo dei nuovi Ospedali della comunità potrebbe oscillare tra 530 e 610 milioni, a seconda della disponibilità di personale ipotizzata, tenendo conto tuttavia non solo dei costi del personale, ma anche di quelli per beni sanitari (farmaci) e non sanitari (biancheria, alimenti) e per utenze, affitto e manutenzione, nel caso di 0,2 posti letto per 1.000 abitanti (la frequenza prevista dal Regolamento sugli standard ospedalieri da poco pubblicato in Gazzetta Ufficiale).

Quanto al rafforzamento delle risorse umane (anche attraverso la stabilizzazione di contratti a termine realizzati durante l'emergenza sanitaria), si tratta di un passo necessario anche solo per superare le carenze emerse negli ultimi anni e, pertanto, non è del tutto chiaro se e in che misura potrà contribuire a garantire l'ampliamento delle prestazioni rispetto al passato.

Infine, si deve considerare che con l'aumentata dotazione di risorse dovranno essere affrontati anche altri oneri, oltre a quelli connessi con gli investimenti del PNRR, tra cui quelli che discenderanno dalla contrattazione collettiva del personale⁴⁵, compreso quello convenzionato, il cui ruolo sarà fondamentale per il concreto funzionamento dell'assistenza sanitaria territoriale. Vanno anche ricordati i costi

⁴³ La stima della spesa riportata nella Relazione tecnica era basata sulla bozza di Regolamento sugli standard strutturali dell'assistenza territoriale oggetto di condivisione nell'ambito della Cabina di regia per il Patto per la Salute 2019-2021, in previsione della realizzazione di strutture (200 Ospedali della Comunità) e dell'utilizzo di personale ulteriori rispetto a quanto già considerato ai fini del PNRR. Il Regolamento è stato poi approvato e pubblicato in Gazzetta Ufficiale, aspetto su cui si tornerà più avanti (par. 4). Il fabbisogno di risorse

umane indicato nella Relazione tecnica al DDL di bilancio appare abbastanza coerente con quello individuato dal Regolamento emanato, che comunque ammette margini di elasticità abbastanza ampi.

⁴⁴ Cergas-SDA Bocconi (2021), *op. cit.*

⁴⁵ Attualmente ferma al triennio 2018-2020 per la dirigenza medica e sanitaria e per la medicina convenzionata; il contratto del comparto sanità 2019-2021 è stato firmato nello scorso mese di giugno.

legati all'erogazione generalizzata nelle Regioni dei nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017) relativi all'assistenza ambulatoriale e protesica, qualora vengano finalmente approvate le nuove tariffe (il passaggio mancante per renderli effettivamente operativi). Inoltre, al momento il SSN deve fare fronte a ulteriori spese sia a seguito dell'elevata inflazione, in particolare con riguardo a utenze elettriche e riscaldamento, sia per il recupero delle prestazioni rinviate a seguito dell'emergenza sanitaria. Anche se dovrebbe trattarsi di spese di natura straordinaria, è difficile al momento comprendere in che tempi potrebbero venire ridimensionate.

In conclusione, la coerenza del finanziamento corrente rispetto agli oneri previsti non appare completamente dimostrata e resta il dubbio che le risorse concesse per il SSN non siano sufficienti a coprire tutti i nuovi impegni attesi. Come si è visto, si può nutrire qualche perplessità sull'entità delle stime, che in alcuni casi sembrano basate soprattutto sulla misura delle risorse disponibili: costi unitari del personale che appaiono a volte incoerenti; mancata copertura degli oneri delle strutture addizionali previste dal PNRR definitivo rispetto a quello presentato ad aprile; mancata valutazione delle spese per acquisti di beni e servizi; assunzione di livelli di intensità assistenziale mediamente contenuti per l'assistenza domiciliare, sia pure corrispondenti all'esperienza avanzata di alcune Regioni; limitata dotazione di personale per le terapie intensive. Qualche perplessità emerge pure sul fare affidamento, in misura non

irrilevante, sugli eventuali risparmi legati alla riorganizzazione e al miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza. Particolarmente critico appare il caso dell'assistenza domiciliare, una volta che i finanziamenti del PNRR saranno esauriti.

4. Lo stato di attuazione della Missione Salute

In base agli accordi presi con le Istituzioni europee, per la Missione Salute erano previste scadenze specifiche con riferimento al quarto trimestre 2021 e al primo semestre del 2022 (tab. 1). Si tratta in tutti i casi di obiettivi qualitativi (*milestone*), ovvero l'approvazione di riforme o di provvedimenti di regolazione e/o pianificazione, preliminari anche alla realizzazione degli investimenti. Tutte le *milestone* calendarizzate entro la prima metà del 2022 sono state completate nei termini prestabiliti.

L'unico traguardo da raggiungere entro la fine dello scorso anno era l'approvazione del Piano di riorganizzazione volto a rafforzare la capacità delle strutture ospedaliere del SSN (previsto dal DL 34/2020), nell'ambito dell'Investimento 1.1 della seconda Componente, denominato "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero". Tale Piano è stato adottato nel mese di ottobre 2021⁴⁶. La composizione degli interventi è stata tuttavia modificata, in seguito alle richieste delle Regioni, rispetto al DL 34/2020⁴⁷.

Il Piano di riorganizzazione contiene le schede regionali relative ai piani previsti dal DL 34/2020, basate sulle Linee di indirizzo

⁴⁶ Con Decreto Direttoriale n. MDS-DGPROGS-84 del 22 ottobre 2021.

⁴⁷ Si veda Corte dei Conti (2021), *op. cit.*

organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 (Circolare del Ministero della Salute del 29 maggio 2020, n. 11254). Il DL 34/2020 prevedeva una spesa di 606 milioni per il rafforzamento delle terapie intensive, di 602 per quelle semi-intensive e di 205 per la riorganizzazione dei servizi di emergenza-urgenza. Le terapie intensive e i servizi di emergenza-urgenza hanno tuttavia assorbito un finanziamento maggiore, pari rispettivamente a 711 e 342 milioni, mentre quello per le terapie semi-intensive risulta ridotto a 393 milioni, dati i costi medi più elevati, rispetto alle previsioni, per i primi due interventi e più bassi per l'ultimo.

Rispetto all'obiettivo di incrementare di 3.500 i posti letto in terapia intensiva (onde pervenire a uno standard di 0,14 posti letto per 1.000 abitanti), arrivando, secondo le Linee di indirizzo organizzative, a quasi 8.700, il Piano di riorganizzazione e rafforzamento delle terapie intensive e semi-intensive ne indica 3.591 autorizzati in più⁴⁸ e i posti che risultano al 24 luglio 2022, secondo i dati pubblicati dall'AGENAS, sono 9.202 (più 555 attivabili), circa 500 posti in più rispetto a quelli programmati. Tuttavia, ancora sette Regioni si collocherebbero sotto lo standard. Va inoltre sottolineato che i dati sul numero di posti letto disponibili variano continuamente, anche in base all'intensità della pandemia, pertanto resta qualche dubbio sulla reale natura di tali posti e soprattutto sull'adeguatezza numerica del personale specializzato⁴⁹.

Per il primo semestre del 2022 era programmato di raggiungere i seguenti traguardi:

- 1) l'approvazione dei CIS, di cui era richiesta la predisposizione in relazione ai tre investimenti previsti per la prima Componente,

⁴⁸ Oltre a 4.238 in terapia semi-intensiva.

⁴⁹ Ad esempio, il numero di anestesisti e rianimatori per posto letto in terapia intensiva si è ridotto da 2,5 prima del DL 34/2020 a 1,6 il 10 maggio 2021, secondo dati riportati in Altems, Alta scuola di economia e management dei sistemi sanitari, Università Cattolica del Sacro Cuore (2021), "Analisi

concernenti Case della comunità, Assistenza domiciliare e telemedicina e Ospedali di comunità, nonché per l'Investimento 1.1 della seconda Componente, "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero";

- 2) la pubblicazione delle linee guida per rafforzare l'assistenza domiciliare attraverso il tele-monitoraggio e la domotica (prima Componente);
- 3) la pubblicazione del decreto ministeriale (del Mds, di concerto con il MEF) di attuazione della riforma volta alla definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale (prima Componente), attraverso la fissazione degli standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale⁵⁰ e l'istituzione del sistema di prevenzione salute, ambiente e clima.

Per quanto riguarda il punto 1, come si è accennato, il 1° giugno scorso il Ministero della Salute ha annunciato che tutti i CIS sono stati effettivamente sottoscritti entro la scadenza⁵¹.

L'area dei progetti per la cui realizzazione deve essere adottato il CIS è stata ampliata rispetto alle *milestone* del PNRR. Sono ora inclusi i progetti a regia per i quali sono stati ripartiti i finanziamenti con il decreto

dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19", Instant REPORT#53, 20 maggio.

⁵⁰ Di cui anche la legge di bilancio per il 2022 prevedeva l'adozione (entro il 30 aprile dell'anno in corso).

⁵¹ Si veda la relativa [notizia](#) del 1° giugno 2021 pubblicata sul sito del Mds.

del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022, il progetto in essere per il potenziamento delle terapie intensive (1,413 miliardi), quello per l'adozione e utilizzo del FSE da parte delle Regioni (610 milioni) e le borse aggiuntive in formazione di medicina generale (102 milioni), per un ammontare complessivo di finanziamenti pari a 10,168 miliardi⁵².

L'intesa sugli schemi di CIS e di Piano operativo era stata raggiunta in Conferenza Stato-Regioni il 30 marzo scorso e il Decreto di approvazione dello schema di CIS, con l'allegato comprensivo del Piano operativo e delle schede intervento, è del 5 aprile 2022.

Da parte delle Regioni erano state espresse alcune preoccupazioni⁵³ riguardo a un precedente schema di decreto, relative alla concreta realizzabilità degli interventi, con le relative modalità e tempistiche, a volte anticipate rispetto a quanto previsto dal PNRR, e ai sistemi di rendicontazione. Inoltre veniva richiesta attenzione sul fatto che tutte le Regioni arrivassero in tempo a conseguire l'obiettivo, anche perché, come si è visto, il decreto di riparto del 20 gennaio scorso escludeva l'assegnazione delle risorse in caso di mancata approvazione di tutti i CIS entro la fine di giugno. Le difficoltà segnalate riguardavano anche, tra l'altro, i vincoli sulle opere edilizie, malgrado le deroghe previste, nonché l'andamento dei prezzi, le caratteristiche di efficienza energetica richieste, gli obiettivi verde e digitale del PNRR. In seguito è stata

proposta una nuova versione degli schemi e per rispondere ad alcune di queste preoccupazioni sono state anche riportate nel documento, infine approvato, le FAQ sul principio *do not significant harm* (DNHS), ovvero di non arrecare alcun danno significativo all'ambiente, applicato agli interventi relativi alle Case della Comunità e agli Ospedali di Comunità⁵⁴. Le FAQ offrono indicazioni per i casi di nuove costruzioni, ristrutturazioni di porzioni di fabbricato su strutture esistenti e rifunzionalizzazione di strutture ospedaliere storiche sottoposte a vincolo.

Il CIS e i Piani operativi definiscono gli impegni delle parti, le responsabilità degli attori in gioco, la tempistica e le modalità di attuazione degli interventi, di erogazione delle risorse e di monitoraggio, valutazione e controllo, di soddisfacimento dei criteri di ammissibilità, nonché le sanzioni. È stato costituito un Tavolo istituzionale per assicurare la *governance* e il controllo dell'attuazione, che tra l'altro deve approvare eventuali rimodulazioni delle schede intervento e dei finanziamenti e, in caso, modificare il Piano Operativo, nonché approvare le proposte di definanziamento che si rendessero necessarie e informare il MdS anche ai fini della valutazione dei presupposti di legge per l'eventuale attivazione dei poteri sostitutivi⁵⁵.

Il CIS può essere modificato o integrato previa approvazione della Ragioneria Generale dello Stato. La durata può essere prolungata in base

⁵² Infatti sono stati inclusi, per la seconda Componente, gli Investimenti 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile", 1.3 "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione" e 2.2 "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario".

⁵³ Riportate nella Nota contenente le osservazioni del Coordinamento interregionale della Commissione salute trasmessa alla Presidenza del Consiglio, Dipartimento per gli affari regionali e le autonomie, dall'Assessore della Regione Lombardia, Vice coordinatore della Commissione salute.

⁵⁴ Le FAQ sul principio DNHS nel PNRR sono pubblicate sul sito di Italia Domani (<https://italiadomani.gov.it/it/fag/il-principio-dnsh.html>).

⁵⁵ Il Tavolo è presieduto dal Ministro della Salute o un suo delegato e comprende il Presidente della Regione e il Ministro dell'Economia e delle finanze o loro delegati; vi partecipano, senza diritto di voto, il responsabile unico del contratto (ovvero il responsabile dell'Unità di missione del MdS), un rappresentante dell'Unità di missione, il Direttore dell'Agenas e il Referente unico della Regione (altri soggetti eventualmente su invito).

allo stato di avanzamento degli interventi, ma all'interno delle scadenze previste dal PNRR. Negli *Action Plan* che compongono il Piano Operativo vanno indicate le informazioni sulla localizzazione degli interventi. Nell'ambito dello schema di CIS sono previste le modalità di monitoraggio e rendicontazione degli investimenti.

Passando al punto 2, ossia le linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attivazione dell'assistenza domiciliare, il parere favorevole sullo schema di decreto del MdS è stato espresso in Conferenza Stato-Regioni il 28 aprile scorso⁵⁶. Il decreto del MdS del 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale alla fine di maggio, entro la scadenza prevista dal PNRR.

Le linee guida, volte a disegnare un quadro generale in cui inserire le esperienze delle Regioni, finora piuttosto diversificate⁵⁷, contemplano la possibilità di attivare un percorso di telemedicina nell'ambito dell'assistenza domiciliare, ma anche in fase di dimissione da un ricovero⁵⁸. Deve essere valutata l'idoneità del paziente/*caregiver* a ricevere prestazioni di telemedicina in base alle possibilità di accesso a strumenti tecnici adeguati e alla capacità di utilizzarli, considerando anche il contesto sociale, familiare e abitativo. La telemedicina può essere affiancata da strumenti di domotica. Come già

⁵⁶ Si ricorda che l'Accordo in Conferenza Stato-Regioni sulle Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, che intervengono tra l'altro sulle tariffe e sugli standard di servizio, è stato raggiunto il 17 dicembre 2020, anche a seguito dell'urgenza determinata dalla situazione di emergenza sanitaria (Rep. Atti n. 2015/CSR), mentre le Indicazioni per l'erogazione di prestazioni e servizi di tele-riabilitazione da parte delle professioni sanitarie sono state adottate con Accordo in Conferenza Stato-Regioni il 18 novembre 2021 (Rep. Atti n. 231/CSR). Precedentemente erano state definite le Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina, su cui era stata raggiunta intesa in Conferenza Stato-Regioni il 20 febbraio 2014 (Rep. Atti n.16/CSR), che sono state recepite dalle Regioni negli anni seguenti. Le linee di indirizzo trattano, tra l'altro, le questioni delle tariffe, definibili a partire da

previsto dalle Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, la visita di primo accesso deve essere erogata in presenza. Le linee guida definiscono ruoli e compiti dei diversi soggetti e strutture coinvolte e schematizzano i processi da svolgere per le varie prestazioni. Per la manutenzione e la risoluzione dei malfunzionamenti dei dispositivi può essere utilizzato un centro servizi, già definito dalle linee di indirizzo del 2014, che prevedevano la stipula di appositi accordi, contratti o convenzioni tra questo (che cura gli aspetti di integrità e sicurezza delle informazioni sanitarie) e il centro erogatore delle prestazioni.

In generale, le criticità incontrate nello sforzo di diffondere l'uso della telemedicina sono state individuate⁵⁹: nella difficoltà di disegnare e recepire a livello regionale i modelli organizzativi da adottare; nella resistenza degli operatori al cambiamento, soprattutto rispetto all'utilizzo di un modello strutturato che comprende i diversi passaggi, dalla prescrizione alla refertazione; nella necessità di godere della disponibilità di infrastrutture adeguate e sicure; nelle carenze competenze digitali.

Le linee guida contengono un riferimento alla Missione 5 del PNRR (Inclusione e coesione), relativamente al rafforzamento dei servizi sociali a domicilio per garantire le dimissioni protette e prevenire i ricoveri

quelle delle analoghe prestazioni svolte con modalità tradizionale, dell'autorizzazione e accreditamento e degli accordi contrattuali per esercitare attività di telemedicina a carico del SSN e contemplano anche la valutazione economica dei servizi di telemedicina.

⁵⁷ Si veda il documento "La mappatura delle esperienze di telemedicina sul territorio nell'anno 2018", disponibile sul sito del MdS.

⁵⁸ Gli interventi considerati nelle linee guida sono televisita, teleconsulto medico, teleconsulenza medico-sanitaria, teleassistenza, telemonitoraggio, telecontrollo e teleriabilitazione.

⁵⁹ Si veda Pillon, S. (2022), "L'esperienza della ASL di Frosinone", presentato al Convegno *Frontiers Health Italy*, "La sanità digitale al servizio della salute pubblica", Roma, 10 maggio 2022.

ospedalieri, e ammettono la possibilità di utilizzare taluni strumenti di telemedicina per prestazioni a carattere sociale erogate dai Comuni. Tuttavia, viene stabilita la distinzione tra queste ultime prestazioni e quelle sanitarie, in quanto le prime possono prevedere compartecipazioni alla spesa da parte dell'assistito e utilizzo dell'ISEE. Non viene citata in proposito la recente estensione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) stabilita con la legge di bilancio per il 2022, la quale insiste sull'integrazione tra l'ambito sociale e quello sanitario⁶⁰.

Per quanto riguarda il punto 3, lo schema di decreto contenente il Regolamento sui modelli e standard per l'assistenza territoriale nel SSN è stato approvato dal Consiglio dei Ministri con delibera sostitutiva dell'Intesa in Conferenza Stato-Regioni, che non è stata raggiunta. Non si è arrivati all'Intesa principalmente a causa delle preoccupazioni delle Regioni, in particolare della Campania, sull'entità dei costi legati alla messa in funzione delle nuove strutture e sulla disponibilità delle necessarie risorse correnti, a fronte di una indisponibilità del MEF a dare garanzie su coperture finanziarie parzialmente

indeterminate. Il Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, del 23 maggio 2022, n. 77⁶¹, relativo al Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN, è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 22 giugno scorso, con alcune modifiche rispetto alla versione approvata dal Consiglio dei Ministri, a seguito di richieste del Consiglio di Stato. Quest'ultimo infatti, pur esprimendo parere favorevole, ha insistito, tra l'altro, sulla necessità di distinguere le parti prescrittive del provvedimento, di natura normativa e cogente, da quelle meramente descrittive, esplicative o esortative⁶².

La modifica principale introdotta al Regolamento nella versione pubblicata in Gazzetta Ufficiale è la suddivisione dell'allegato contenente i nuovi standard in tre parti: l'allegato 1 ha valore descrittivo; l'allegato 2, che contiene la ricognizione degli standard, ha valore prescrittivo; l'allegato 3 riporta il glossario degli acronimi. Questa ripartizione, se da un lato contribuisce a chiarire e circoscrivere gli obblighi delle Regioni, dall'altro rischia di ridimensionare la portata dell'intervento di standardizzazione nella costruzione della nuova assistenza territoriale. Ad esempio, l'allegato 2 non comprende indicazioni per il distretto,

⁶⁰ La legge di bilancio per il 2022 (L. 234/2021) dispone tra l'altro: 1) che gli Ambiti territoriali sociali (ATS) erogano servizi nelle aree dell'assistenza domiciliare sociale e dell'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, nonché dei servizi sociali di sollievo e di supporto per le persone anziane non autosufficienti e relative famiglie; 2) che gli stessi ATS, insieme al SSN, garantiscano ai non autosufficienti l'accoglienza attraverso punti unici di accesso, dove operano équipe integrate e intervengono unità di valutazione multidimensionale, anche per definire il progetto di assistenza individuale integrata, che indica gli interventi da realizzare, le responsabilità, i compiti e le attività dei soggetti coinvolti, ovvero operatori sanitari e sociali, famiglia e altri; 3) che siano definiti come LEPS, in sede di prima applicazione, i servizi

sociali per le dimissioni protette, mentre si avvia un percorso per la graduale introduzione dei LEPS per gli anziani non autosufficienti.

⁶¹ Qualche confusione può derivare dal fatto che il decreto ministeriale, prima di essere pubblicato con questo numero, era noto come "decreto 71", in quanto completamente ideale del Decreto del Ministro della Salute del 2 aprile 2015, n. 70 sugli standard dell'assistenza ospedaliera (si veda la nota 4).

⁶² Il Consiglio di Stato ha anche richiesto, in assenza di un cronoprogramma, almeno la definizione di alcuni passaggi intermedi essenziali per la realizzazione degli standard e ha suggerito di attuare un riordino complessivo delle fonti. La complessità istituzionale del processo richiederà, secondo il Consiglio di Stato, un forte impegno di tutti gli attori coinvolti.

un'articolazione organizzativo-funzionale della ASL peraltro già prevista dalla normativa vigente.

Il Decreto n. 77 prevede che le Regioni adottino il provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del Regolamento e adeguino l'organizzazione dei propri sistemi di assistenza territoriale e prevenzione agli standard in esso indicati. Non sono previsti nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

L'allegato 1 specifica che il relativo finanziamento deve essere reperito nell'ambito delle risorse umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente, anche attraverso forme di riorganizzazione aziendale; le risorse cui fare riferimento sono quelle del PNRR e del Piano per gli investimenti complementari, con le coperture ivi previste, nonché della legge di bilancio per il 2022, con riferimento all'incremento di personale per l'assistenza territoriale e anche alle disposizioni relative ai LEPS e agli ATS. Va comunque ricordato che nel corso del controverso processo di adozione del Regolamento sono state date alcune rassicurazioni alle Regioni, tanto che le premesse alla delibera di approvazione del decreto riportano che in Conferenza Stato-Regioni si è concordato unanimemente sul perseguimento progressivo degli standard e modelli organizzativi in relazione alla disponibilità di risorse a legislazione vigente e che il Governo si è impegnato a reperire gradualmente le eventuali risorse necessarie, pur nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, secondo gli esiti di un apposito Tavolo di lavoro, composto da tutti gli attori istituzionali.

Il compito di monitorare la realizzazione della riforma è attribuito al MdS attraverso l'AGENS (che preparerà una relazione semestrale sullo stato di realizzazione degli standard in ogni Regione). La verifica dell'attuazione sarà realizzata nell'ambito

del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA e costituisce adempimento ai fini del finanziamento integrativo del SSN. Ancora, tuttavia, non sono stati definiti indicatori specifici per effettuare tale verifica.

Tuttavia, il Consiglio di Stato ha osservato che la relazione di analisi di impatto della regolazione (AIR), nella versione rivista e trasmessa l'11 maggio 2022, chiarisce che, ai fini del monitoraggio della riforma, sarà aggiornato e integrato l'elenco degli indicatori del Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dei LEA (introdotto con DM 12 marzo 2019) e che lo strumento per l'attuazione rafforzata degli interventi è il CIS.

Oltre al Regolamento sugli standard dell'assistenza territoriale, ai fini dell'istituzione del Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS), sono state inserite alcune disposizioni nel DL 36/2022.

Per quanto concerne l'istituzione del SNPS il Regolamento, al di là di alcune impostazioni generali e di principio, si limita sostanzialmente a definire, nella parte descrittiva, per il Dipartimento di prevenzione lo standard massimo di ampiezza della popolazione coperta (1 per 100.000 abitanti), mentre il fabbisogno di personale non è fissato precisamente; inoltre sono tratteggiati i compiti, le funzioni, le attività e le modalità di azione e interazione con le altre strutture coinvolte; per i requisiti tecnologici e strutturali si rinvia ad altri documenti, compreso il Piano nazionale della prevenzione 2020-2025 (Intesa Stato-Regioni del 6 agosto 2020, Rep. Atti n. 127/2020). Il DL 36/2022 elenca i soggetti che fanno parte del SNPS (Dipartimenti di prevenzione, Regioni e pubbliche Amministrazioni, IZS, ISS, MdS) e ne definisce le funzioni. L'intervento ivi previsto viene finanziato proprio dal Piano nazionale per gli investimenti complementari con il progetto salute, ambiente, biodiversità e clima (500 milioni distribuiti tra il 2021 e il 2026)⁶³. Con

contaminati di interesse nazionale; formazione continua, anche di livello universitario; promozione

⁶³ L'investimento del PoC prevede cinque linee di intervento: rafforzamento del SNPS e del SNPA; sviluppo di programmi operativi pilota in due siti

decreto del MdS del 9 giugno 2022 sono stati definiti, in attuazione del DL 36/2022, gli specifici compiti dei soggetti facenti parte del SNPS. Si attende un DPCM, previsto dal DL 36/2022, che definisca le modalità di interazione tra SNPS e Sistema nazionale di protezione dell'ambiente (SNPA), istituendo anche una apposita Cabina di regia presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Si esprimono di seguito alcune considerazioni generali sulle criticità e le sfide da affrontare nell'ambito della prima Componente della Missione 6 del PNRR, rinviando a futuri lavori un'analisi dettagliata della riforma in essa prevista.

Innanzitutto, è sperabile che la distinzione tra gli aspetti prescrittivi e quelli descrittivi del Regolamento non conduca le Regioni a ignorare i secondi nella fase di recepimento nell'ambito dei SSR. Si tratta infatti di elaborazioni comunque importanti e utili ai fini della costruzione di un sistema di assistenza sanitaria territoriale, e in molti casi vengono richiamate disposizioni di legge precedenti, che devono comunque essere rispettate.

Per quanto riguarda la questione del personale, oltre ai vincoli finanziari e alle regole sui tetti di spesa, si dovranno fronteggiare le difficoltà emerse nel reperire le professionalità necessarie e si dovrà risolvere la questione del ruolo dei MMG e della loro integrazione nelle Case

della comunità, anche assicurando una formazione adeguata.

Inoltre, dovranno essere chiarite le modalità di attuazione dell'integrazione con i servizi sociali, anche a seguito della determinazione dei LEPS, secondo l'impostazione della legge di bilancio per il 2022, e della realizzazione degli interventi inclusi nella Missione 5 del PNRR, Inclusione e coesione, con particolare riguardo alla riforma del sistema di interventi a favore degli anziani non autosufficienti e a quella volta al riordino delle disposizioni in materia di disabilità⁶⁴.

Quanto alla revisione del sistema di prevenzione, la sfida di procedere al superamento della separazione tra ambiente e salute appare rilevante, ma richiederebbe un potenziamento delle apposite strutture del SSN, da favorire con standard più dettagliati, e una chiara definizione del raccordo con le strutture del SNPA e con gli enti preposti alla sicurezza sul lavoro, tenendo anche conto della recente riforma costituzionale⁶⁵.

Infine, appare urgente un intervento di identificazione di standard anche per l'area della salute mentale, un settore che presenta grandi carenze e disomogeneità di intervento sul territorio, di fronte a una domanda di servizi intensificatasi anche a seguito della pandemia⁶⁶.

e finanziamento della ricerca applicata multidisciplinare in specifiche aree di intervento; piattaforma di rete digitale nazionale SNPS-SNPA.

⁶⁴ La legge delega in materia di disabilità, L. 227/2021, è stata approvata nello scorso mese di dicembre.

⁶⁵ Legge costituzionale 1/2022, che tra l'altro prevede che l'iniziativa economica privata non possa

svolgersi in modo da recare danno alla salute e all'ambiente, oltre che, come già disposto, alla sicurezza, alla libertà e alla dignità umana.

⁶⁶ Per approfondimenti si veda Starace, F. (2022), "Finanziamento pubblico della salute mentale e necessità di un intervento straordinario", in *Quotidianosanità*, 9 maggio 2022.