

# Finanza Locale Monitor

**Direzione Studi e Ricerche**

Ottobre 2023

## Le dotazioni fisiche, tecnologiche e umane in sanità

Le previsioni circa la spesa sanitaria, illustrate nell'ultima NadeF, evidenziano in prospettiva una dinamica modesta, con una riduzione della spesa in percentuale al PIL; le stime peraltro includono già la spesa aggiuntiva connessa all'attuazione della Missione 6 – Salute del PNRR. Questo implica che le risorse per ampliare e rafforzare le dotazioni, in particolari quelle di personale, non sono moltissime ma da queste dipendono il funzionamento e l'efficacia della sanità stessa.

Nel corso dell'epidemia da Covid-19 è diventato evidente quanto il sistema sanitario fosse in difficoltà, l'indicatore più frequentemente preso a riferimento come misura della capacità di offerta sanitaria era il numero di posti letto (in particolare, in terapia intensiva) disponibili. Tale indicatore sintetizza un insieme composito di fattori, come il numero di macchinari necessari per le terapie, così come la dotazione di organico che fa funzionare tali apparecchiature ma dipende anche dalle scelte di politica sanitaria e dalle caratteristiche del sistema sanitario e non può quindi essere considerato come un indicatore esaustivo dell'offerta sanitaria.

La disponibilità di posti letto (per acuti, terapie intensive) risulta in Italia inferiore a quanto riscontrato nella maggior parte dei paesi europei (in termini pro-capite). Dal punto di vista della dotazione tecnologica, i confronti con gli altri paesi OCSE non segnalano particolari arretratezze dell'Italia, perlomeno a livello quantitativo. L'Italia risulta semmai indietro per quanto riguarda l'adozione delle soluzioni più avanzate per la gestione, come l'uso di cartelle cliniche elettroniche integrate, telemedicina, sistemi di prenotazione online e piattaforme di assistenza virtuale. Il vero punto di debolezza risulta essere nelle risorse umane: nel 2020 la dotazione di infermieri in Italia non era particolarmente elevata, mentre quella di medici specialisti risultava in linea con le medie europee. In alcune specializzazioni si evidenzia, però, una sotto-dotazione di personale (medici di base, medici d'emergenza e urgenza, anestesisti in primis). In prospettiva, le tendenze demografiche segnalano una progressiva uscita di medici entro il 2030, attribuibile al pensionamento di coorti di professionisti, la sostituzione potrà essere ostacolata da una crescente attrattività della sanità privata e dal fenomeno dell'emigrazione all'estero.

I dati medi nazionali celano poi significative differenze territoriali, analizzate nel report.

## PNRR e sanità fra attuazione e revisione

Il PNRR è stato scritto quando ancora la pandemia da Covid-19 era in corso, pertanto, non stupisce che un'intera missione sia stata dedicata al tema della salute, come reazione all'esigenza di rispondere alle criticità che la pandemia aveva messo in evidenza.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si configura come un'importante opportunità per rafforzare il sistema sanitario italiano. Il PNRR prevede di attuare la riforma dell'assistenza territoriale e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e destina una parte non trascurabile delle risorse, pari a quasi 16 miliardi di euro, al settore della sanità. Gli investimenti del PNRR nella sanità si concentrano su diversi ambiti. Innanzitutto, si prevede il potenziamento delle infrastrutture ospedaliere e territoriali. Inoltre, si punta a sviluppare la digitalizzazione del sistema sanitario, introducendo strumenti innovativi come la telemedicina, che consentiranno una migliore erogazione dei servizi e una maggiore accessibilità per i cittadini. Altro obiettivo degli investimenti del PNRR è quello di potenziare le risorse umane nel settore della sanità, attraverso l'aumento delle borse per la formazione di nuovi professionisti e il rafforzamento del reclutamento di personale qualificato. Un ulteriore ambito di intervento è costituito dalla

**Ottobre 2023**

Nota Trimestrale

**Direzione Studi e Ricerche****Industry and Banking Research****Laura Campanini**  
EconomistaHa collaborato:  
**Ref. Ricerche****Valentina Ferraris**

promozione della ricerca scientifica e dell'innovazione nel settore. Si prevede l'istituzione di centri di ricerca e lo sviluppo di progetti innovativi, al fine di favorire la scoperta di nuove terapie, migliorare la diagnosi precoce delle malattie e promuovere il progresso scientifico nel campo medico.

Se i passaggi delle riforme sono stati effettivamente compiuti, per quanto riguarda gli investimenti siamo alla prime fasi del processo. Dati i problemi di attuazione che stanno emergendo, sarà da capire quanto degli investimenti verrà effettivamente realizzato entro il 2026. Vi sono, inoltre, alcune criticità riguardanti la capacità di finanziare la spesa corrente legata ai servizi potenziati e di reperire il personale necessario. Nella proposta di revisione presentata a luglio 2023 dal Governo si propone di rivedere alcuni investimenti, ad esempio rimodulando il numero di strutture realizzate.

## Indice

<b>Le dotazioni fisiche, tecnologiche e umane in sanità</b>	<b>4</b>
La spesa sanitaria è prevista in compressione	4
L'offerta sanitaria	5
Le infrastrutture e le dotazioni tecnologiche sanitarie	9
Le risorse umane: pochi infermieri e pochi medici di base	12
Le problematiche: alcune specialità meno attrattive	14
La questione demografica sempre più pressante	18
<b>PNRR e sanità fra attuazione e proposte di revisione</b>	<b>22</b>
La missione salute nel PNRR: le proposte di revisione	22
L'attuazione del PNRR: la riforma dell'assistenza territoriale	24
L'attuazione del PNRR: la riforma degli IRCCS	25
Gli investimenti: quasi 16 miliardi di euro da spendere	27
Il programma finanziario: il grosso degli impegni è nel triennio 2023-25	30
L'attuazione: i progetti presentati e validati	32
A che punto siamo e le criticità	42

## Le dotazioni fisiche, tecnologiche e umane in sanità

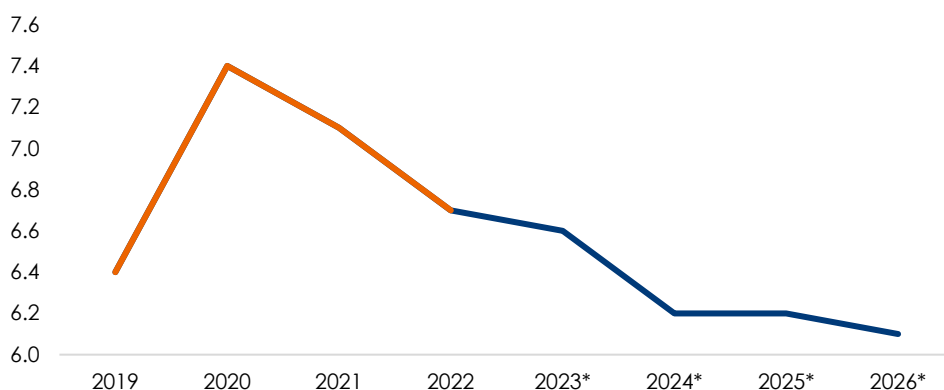
### La spesa sanitaria è prevista in compressione

Le informazioni più recenti delineano un quadro non particolarmente favorevole per la sanità pubblica.

Il Documento di economia e finanza, pubblicato ad aprile, presenta un quadro di sostanziale restrizione della spesa corrente, in coerenza con l'esigenza di rispetto dei vincoli di finanza pubblica, dopo un periodo di sospensione del Patto di Stabilità e Crescita europeo, e la necessità di dare attuazione al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). La realizzazione dei progetti connessi al PNRR, difatti, richiede un maggior onere in termini di indebitamento pari a quasi 56 miliardi di euro cumulati fino al 2026, dato che parte delle spese aggiuntive (non incluse nei tendenziali) sono finanziate con prestiti, e quindi con un impatto sul deficit. Questo, combinato sia con l'esigenza di riportare il saldo nei dintorni della soglia del 3% sia alla previsione di un onere per interessi più gravoso, suppone implicitamente che altre voci di spesa, in particolare quella corrente, dovranno essere compresse.

In effetti, osservando il quadro tendenziale di finanza pubblica delineato dalla NadeF si osserva come per molte voci di spesa la dinamica prevista sia piuttosto modesta, e inferiore a quella del PIL nominale; tra queste, è da annoverare la spesa sanitaria. **Nel 2023 la spesa sanitaria è prevista crescere del 2,8%, mentre per il triennio successivo la NadeF indica un tasso medio di crescita dell'1%.** La crescita del 2023 è data soprattutto da una maggior vivacità della spesa per redditi da lavoro, per effetto dell'ipotesi di perfezionamento del rinnovo contrattuale per il triennio 2019-21, nonché dell'anticipazione del costo del rinnovo del contratto relativo al triennio 2022-24; inoltre, sono inclusi i maggiori costi per assunzioni e miglioramenti economici sulla base della legislazione vigente<sup>1</sup>. Per il periodo dal 1° giugno al 31 dicembre 2023 sono state incrementate le risorse destinate alla corresponsione di un'indennità accessoria per i dipendenti del SSN operanti nei servizi di pronto soccorso. Nel triennio successivo, invece, la NadeF prevede una spesa molto meno dinamica, con una frenata nel 2024 per effetto del venir meno degli arretrati per i rinnovi contrattuali.

#### Le previsioni sulla spesa sanitaria (spesa sanitaria in % del PIL)



Nota: (\*) 2023-26 previsioni NadeF 2023 a legislazione vigente. Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati NadeF 2023

Tali andamenti, complessivamente modesti, si traducono **in una perdita di incidenza della spesa sanitaria sul PIL e in generale in una contrazione della spesa in termini reali**. Tale evoluzione appare sostanzialmente in contrasto con le dichiarazioni all'indomani dell'epidemia da Covid-

<sup>1</sup> Tra i vari interventi è da ricordare la misura di stabilizzazione del personale sanitario impiegato con contratti a tempo determinato durante l'emergenza finanziata nella legge di bilancio per il 2022.

19, quando venne richiamata la necessità di presidiare e rafforzare la sanità, investendoci più risorse che in passato. È da sottolineare, inoltre, come l'andamento previsto della spesa sanitaria sconti già la spesa aggiuntiva connessa all'attuazione della Missione 6 – Salute, del PNRR. Senza tali risorse, l'evoluzione sarebbe ancora più depressa. Nello scenario programmatico della Nade si afferma che parte delle risorse della Legge di bilancio saranno destinate a stanziamenti destinati al personale sanitario, ma non è ancora noto l'ammontare di tali risorse.

Il rovescio della medaglia è dato dal rafforzamento della sanità privata, per ovviare alle lacune di offerta pubblica. Talvolta da parte dello stesso operatore pubblico, che acquista prestazioni da operatori privati per limitare ad esempio le liste di attesa, o per superare alle carenze di organico con i cosiddetti "gettonisti", talvolta da parte delle famiglie, la cui spesa privata in servizi sanitari acquista peso sulla spesa totale, anche grazie alla diffusione di prodotti assicurativi in tale ambito. Tale sviluppo però solleva questioni di equità, dato che parte della popolazione risulta così esclusa nonostante la natura universalistica del Sistema Sanitario Nazionale, ma anche di sostenibilità: chi non si può permettere le cure, rinuncia a curarsi, ma questo può comportare interventi più invasivi o costosi successivamente, con un aggravio degli oneri a carico della sanità pubblica.

In questo contesto gli investimenti in infrastrutture, tecnologie e personale non potranno evolvere in modo opportuno, ma dalle dotazioni della sanità italiana dipende il funzionamento e l'efficacia della sanità stessa. Nel corso dell'epidemia da Covid-19 è diventato evidente quanto il sistema sanitario fosse in difficoltà. La pandemia ha messo in evidenza l'importanza di poter contare su un adeguato sfruttamento delle tecnologie più avanzate, sulle competenze professionali più elevate, oltre che su nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure.

Obiettivo di queste pagine è una descrizione dello stato dell'arte delle erogazioni dei servizi e delle dotazioni, distinguendo quando possibile a livello territoriale, date le significative disparità spesso esistenti.

### L'offerta sanitaria

Uno degli indicatori maggiormente utilizzati ai tempi della pandemia, per misurare il grado di sofferenza del sistema sanitario e per valutare eventuali misure restrittive in caso di aumento dei contagi, è stato il numero di posti letto disponibili. Il posto letto è definito come il letto in una struttura sanitaria, dotata di personale medico e attrezzata per l'accoglienza e l'assistenza di un dato numero di degenti: il numero di posti letto, quindi, offre una misura della capacità ricettiva.

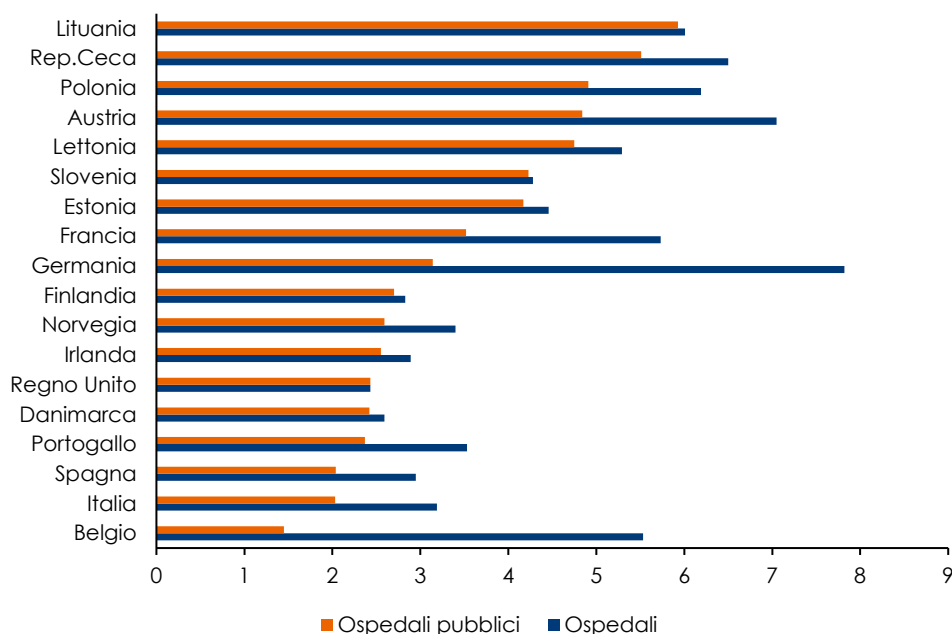
Secondo le statistiche curate dall'OCSE, **nel 2020 in Italia erano disponibili 3,19 posti letto in ospedale ogni mille abitanti**; sebbene rispetto a Francia e Germania, dove la dotazione era rispettivamente di 5,73 e 7,82 posti letto per mille abitanti, **il livello fosse modesto**, era comunque superiore a quanto osservato in altri paesi europei, tra i quali Finlandia, Danimarca, Irlanda, Paesi Bassi e Spagna, e in lieve recupero dopo una flessione durata quasi tutto il decennio precedente. Se però si prendono solo **i posti letto negli ospedali pubblici, la posizione italiana arretra a 2,03 posti letto ogni mille abitanti, davanti solo al Belgio** (1,45). Inoltre, per questo sottoinsieme di posti letto, la tendenza almeno fino al 2020 (ultimo anno rilevato) è stata in flessione. L'offerta della sanità pubblica appare quindi in restringimento e si osserva un ruolo sempre più importante della componente privata nella fornitura di posti letto e, di conseguenza, nell'erogazione di prestazioni.

**I posti letto per gli acuti** (ovvero al netto della lungodegenza e della riabilitazione) **in Italia nel 2020 erano 2,66 ogni mille abitanti, un numero che ancora una volta relega il nostro Paese abbastanza in fondo alla graduatoria tra gli altri paesi europei**, davanti solo a Finlandia, Paesi

Bassi e Spagna, e ben lontano dai livelli osservati invece in Germania, con quasi 5,9 posti letto per acuti ogni mille abitanti.

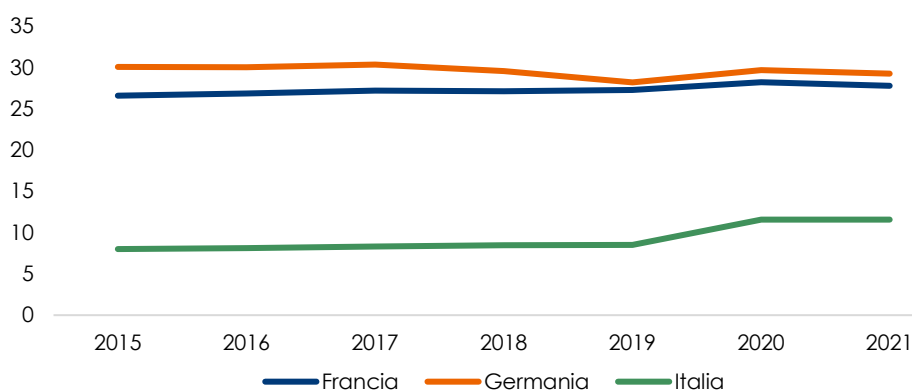
Anche per quanto riguarda i posti letto nelle terapie intensive, nonostante il deciso incremento evidenziatosi in reazione all'emergenza sanitaria da Covid-19, il livello dell'offerta rimane piuttosto lontano da quello riscontrato in altri paesi, come Francia e Germania, nei quali i posti letto per abitante sono più del doppio di quelli registrati in Italia.

#### Posti letto in ospedale (ogni 1000 abitanti, 2020)



Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati OCSE

#### Posti letto in terapia intensiva (ogni 100mila abitanti)



Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati OCSE

**L'offerta di posti letto ospedalieri dipende dalle scelte di politica sanitaria e dalle caratteristiche del sistema sanitario.** Da una parte ci sono i paesi che adottano il modello mutualistico (o modello di assicurazione sociale obbligatoria), dove il finanziamento dell'assistenza sanitaria avviene mediante assicurazioni sociali, pagate con i contributi dei lavoratori e dei datori di

lavoro, e la fornitura dei servizi sanitari segue meccanismi di mercato; in questi sistemi si osserva generalmente un'offerta di posti letto superiore alla media europea (con alcune eccezioni, come nel caso del Belgio o dei Paesi Bassi).

Dall'altra i paesi con modelli di ispirazione universalistica, dove la fornitura di servizi è prevalentemente pubblica, l'accesso ai servizi è universalistico e gratuito e il finanziamento è effettuato in buona parte con la fiscalità generale. Questi paesi tendono a evidenziare una minore dotazione di posti letto, data anche il generale ridimensionamento dell'offerta osservato negli ultimi anni.

Va, inoltre, rammentato che oltre al modello sanitario adottato, contano anche le scelte politiche: la riduzione dell'offerta di posti letto osservata negli ultimi decenni è l'esito della fissazione di target aventi la finalità di contenere i costi per la finanza pubblica.

Come spesso è ricordato, però, il sistema sanitario italiano, organizzato in 21 sistemi regionali differenti, è caratterizzato dalla presenza di significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi. I dati Istat più recenti, relativi sempre al 2020, evidenziano molto chiaramente tali disparità.

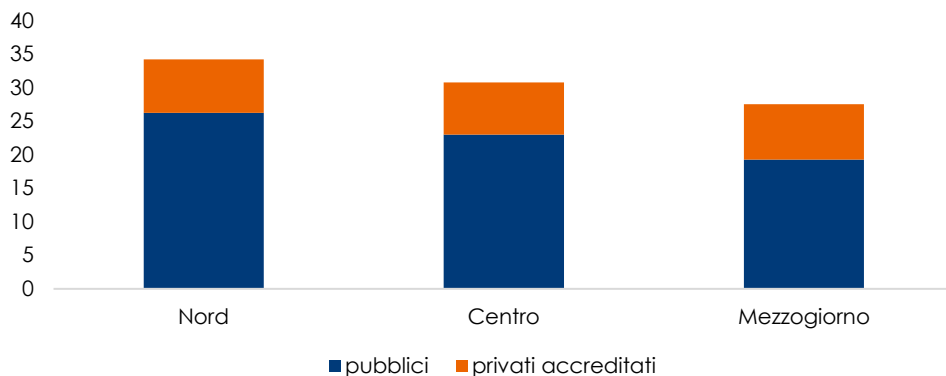
#### Offerta sanitaria di posti letto ospedalieri nelle regioni (posti letto per 10mila abitanti, 2020)

	ordinari	pubblici ordinari	privati accreditati ordinari	ordinari acuti	pubblici ordinari acuti	privati accreditati ordinari acuti	ordinari lungodegenza e riabilitazione	pubblici ordinari lungodegenza e riabilitazione	privati accreditati ordinari lungodegenza e riabilitazione
Piemonte	34,1	26,9	7,2	25,0	23,1	1,9	9,0	3,8	5,2
Valle d'Aosta	41,4	29,0	12,4	34,4	28,0	6,4	7,0	1,0	6,0
Lombardia	34,7	24,0	10,7	28,5	20,8	7,7	6,2	3,2	3,1
Trentino-Alto Adige	34,2	25,2	9,0	26,3	23,5	2,8	7,9	1,7	6,3
Veneto	31,8	28,4	3,4	27,3	25,2	2,2	4,5	3,3	1,3
Friuli-Venezia Giulia	33,0	28,8	4,2	30,6	27,3	3,4	2,4	1,5	0,9
Liguria	32,8	30,4	2,5	27,5	26,4	1,0	5,3	3,9	1,4
Emilia-Romagna	36,6	26,5	10,1	29,9	23,6	6,3	6,7	2,8	3,9
Toscana	27,5	23,7	3,8	24,8	22,5	2,3	2,8	1,3	1,5
Umbria	29,1	26,2	3,0	25,3	22,8	2,5	3,8	3,3	0,5
Marche	29,0	22,4	6,6	23,8	20,9	2,9	5,2	1,5	3,7
Lazio	33,6	22,2	11,4	26,3	20,3	5,9	7,3	1,8	5,5
Abruzzo	30,0	22,0	8,0	25,2	20,5	4,7	4,8	1,5	3,4
Molise	32,1	26,3	5,9	27,8	23,9	3,8	4,3	2,3	2,0
Campania	25,3	15,3	10,1	21,6	14,5	7,1	3,7	0,7	3,0
Puglia	28,0	21,0	7,1	24,2	19,0	5,1	3,9	1,9	2,0
Basilicata	29,1	28,4	0,7	23,4	23,4	0,0	5,7	5,0	0,7
Calabria	19,9	13,5	6,5	16,6	13,0	3,6	3,4	0,4	2,9
Sicilia	28,5	19,7	8,8	24,1	17,5	6,6	4,4	2,2	2,1
Sardegna	39,2	30,7	8,5	35,5	29,8	5,7	3,7	0,9	2,9
Italia	31,3	23,3	8,0	26,0	21,0	5,0	5,4	2,3	3,0

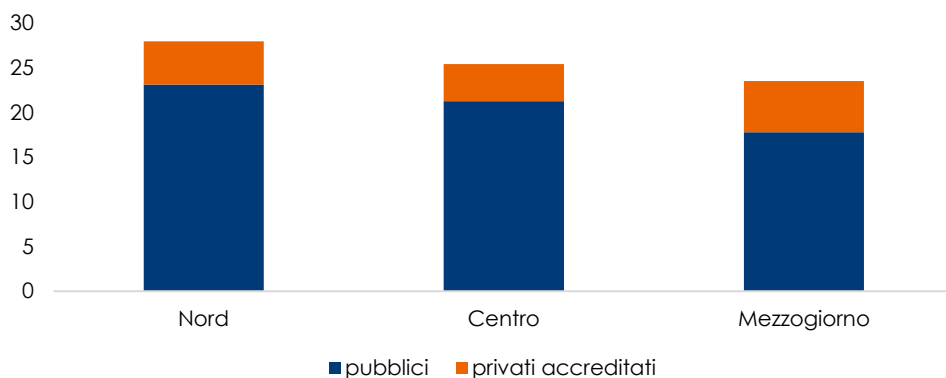
Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati Istat

**In termini di posti letto ospedalieri complessivi, il Nord fornisce mediamente 6,7 posti letti in più ogni 10mila abitanti di quanto si osservi nel Mezzogiorno, e la differenza è anche più ampia (quasi 7 posti letto in più ogni 10mila abitanti) per quanto riguarda i posti negli ospedali pubblici, dato il maggior ruolo della sanità privata accreditata nel Mezzogiorno, e in particolare in Campania e nelle Isole. Ma anche tra regioni appartenenti alla stessa ripartizione si osservano differenze importanti, in particolare per quanto riguarda la fornitura di posti letto per la lungodegenza e il ruolo della sanità privata nel sopperire ai tagli nel pubblico.**

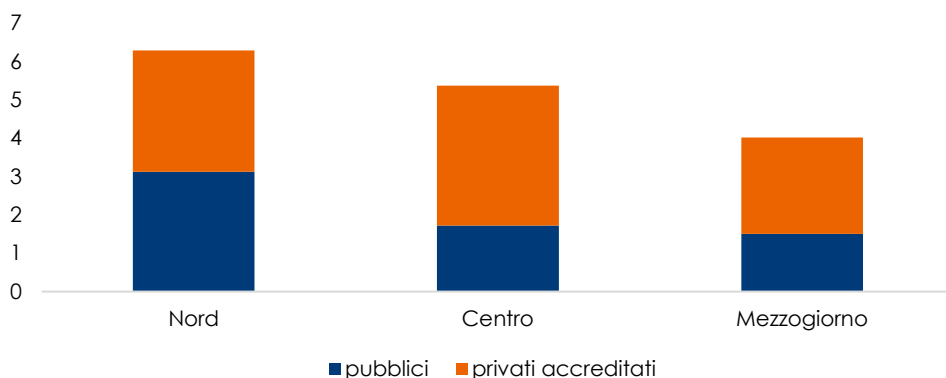


**Posti letto ospedalieri ordinari (per 10mila abitanti, 2020)**

Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati Istat

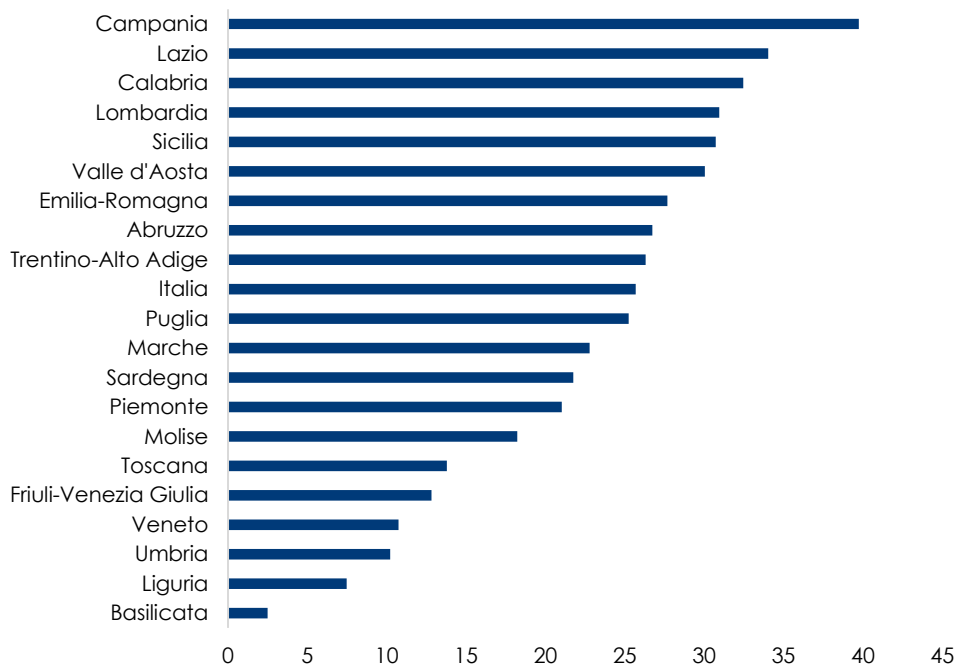
**Posti letto ospedalieri ordinari per acuti (per 10mila abitanti, 2020)**

Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati Istat

**Posti letto ospedalieri ordinari per lungodegenza e riabilitazione (per 10mila abitanti, 2020)**

Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati Istat

### Ruolo della sanità privata accreditata nell'offerta di posti letto (% di posti letto ordinari privati accreditati sul totale)



Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati Istat

### Le infrastrutture e le dotazioni tecnologiche sanitarie

Benché il numero di posti letto non sia l'unico indicatore per valutare l'offerta sanitaria di un sistema, è forse il più facilmente misurabile e meno legato alla domanda, che a sua volta dipende dallo stato di salute di una popolazione. Naturalmente l'indicatore non è del tutto indipendente dalla domanda, come dimostra l'incremento osservato nel corso della pandemia del 2020, ma è meno dipendente di quanto non siano altri indicatori, come il tasso di ammissioni ospedaliere o di dimissioni.

Inoltre, **il numero di posti letto sintetizza una funzione di produzione sanitaria, che combina capitale fisico e capitale umano**. Vi sono, cioè, delle complementarità fra i fattori della produzione: al crescere della dotazione di attrezzature è possibile aumentare il numero di posti letto disponibili, a patto che in una certa misura cresca anche il personale, altrimenti i posti letto non sono pienamente attivabili (e viceversa).

**Dal punto di vista della dotazione tecnologica, i confronti con gli altri paesi OCSE non segnalano particolari arretratezze dell'Italia, perlomeno a livello quantitativo**. Il numero di macchinari tecnologici per la diagnostica, standardizzati per gli abitanti, risulta in linea con gli altri principali paesi industrializzati, anzi, in alcuni casi la posizione nella graduatoria è piuttosto avanzata.

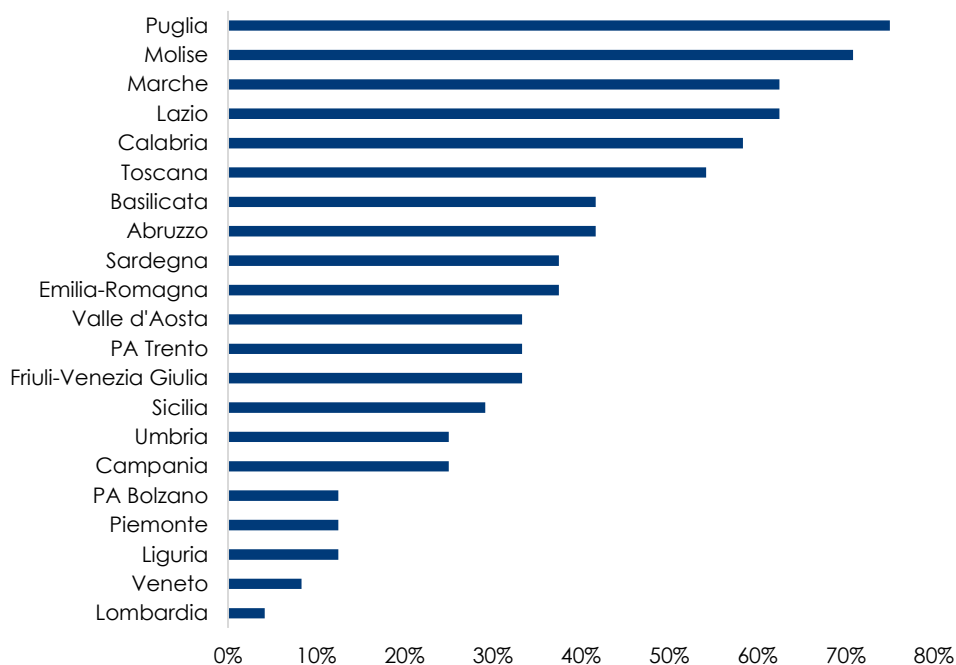
**L'Italia risulta semmai indietro per quanto riguarda l'adozione delle soluzioni più avanzate per la gestione, come l'uso di cartelle cliniche elettroniche integrate, telemedicina, sistemi di prenotazione online e piattaforme di assistenza virtuale, sebbene sia stato implementato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), per la gestione delle informazioni sanitarie dei pazienti, che consente di centralizzare e condividere i dati clinici e le informazioni diagnostico-terapeutiche dei pazienti tra gli operatori sanitari.**

**Un confronto della dotazione tecnologica medica negli ospedali (per milione di abitanti, 2020)**

	Scanner per tomografia computerizzata	Unità di Imaging a Risonanza Magnetica	Scanner per tomografia a emissione di positroni (PET)	Gamma camera (per scintigrafia)	Mammografia	Apparecchiature per radioterapia
Italia	27,1	18,3	2,8	5,9	19,0	7,0
Germania	19,1	12,9	2,0	5,8	4,9	4,7
Francia	11,1	6,9	1,8	4,4	7,0	11,3
Spagna	17,9	13,7	1,7	6,5	14,0	5,2
Regno Unito	9,0	7,8	0,4	5,0	8,9	
Stati Uniti	26,7	16,6	2,3			8,1
Danimarca	40,3		8,4	13,7	14,9	12,5
Portogallo	18,4	10,4	0,9	3,5	12,5	4,6
Posizione Italia vs altri paesi OCSE	5 (su 28)	5 (su 27)	7 (su 28)	13 (su 27)	6 (su 26)	10 (su 26)

Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati OCSE

A livello territoriale, si osserva una maggior dotazione, espressa in termini pro-capite, nel Centro e in parte nel Mezzogiorno rispetto a quanto rilevato nel Nord. L'indicatore è calcolato rapportando il numero di apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura presenti nel 2021 nelle strutture sanitarie pubbliche territoriali, secondo la rilevazione del Ministero della Salute, e la popolazione residente in ogni territorio. Questo comporta che le regioni più popolose o quelle dove è maggiore il ruolo della sanità privata accreditata riportino un valore più basso dell'indicatore, come è il caso della Lombardia, del Veneto, del Piemonte, ma anche della Campania.

**Indicatore di dotazione di apparecchiature tecnico-biomediche (% di settori nei quali la dotazione per milione di abitanti è superiore a quella nazionale, 2021)**

Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati Ministero Salute

## Dotazione di apparecchiature bio-medicali (per milione di abitanti, 2021)

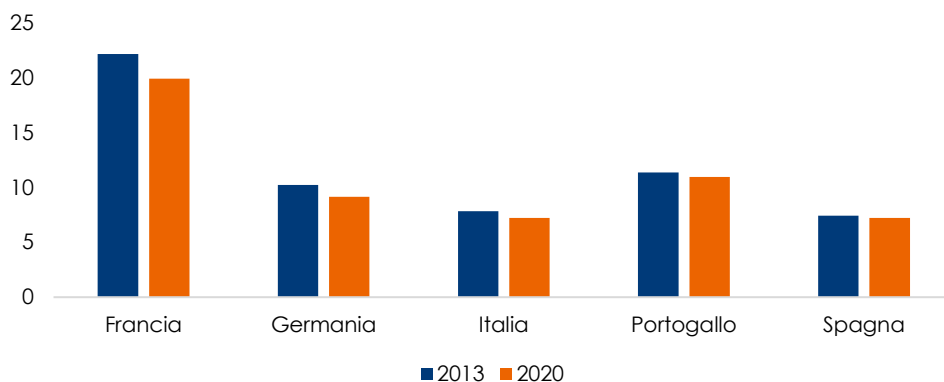
	AIC	ALI	AME	ANS	CIP	ECT	EMD	GCC	GCD	GRD	GT	LSC	MAG	MON	ORG	PET	PRD	RXD	SSP	TAC	TOP	TRM	TTE	VPO
Abruzzo	1.6	0.0	3.9	0.0	0.0	28.9	16.4	0.0	3.1	8.6	0.0	20.3	2.3	12.5	3.9	0.0	0.0	1.6	0.0	2.3	2.3	0.8	3.9	6.2
Basilicata	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	88.1	82.5	0.0	0.0	11.0	0.0	9.2	3.7	29.4	5.5	0.0	0.0	7.3	0.0	1.8	3.7	1.8	7.3	0.0
Calabria	11.8	0.0	15.0	0.5	0.0	43.0	47.3	1.1	6.4	10.7	0.0	9.7	5.4	16.7	6.4	0.0	1.6	2.7	0.0	1.1	1.1	0.5	8.1	1.6
Campania	3.7	0.0	1.6	0.7	0.0	40.5	5.5	0.0	2.1	6.4	0.0	8.7	6.2	12.6	3.0	0.0	0.2	0.4	0.0	1.1	0.5	0.2	3.6	0.7
Emilia-Romagna	9.9	0.0	1.8	1.6	0.0	43.5	33.1	0.0	3.4	3.8	0.0	46.4	3.8	12.4	2.5	0.0	0.0	0.2	0.0	0.2	3.2	0.2	1.4	18.9
Friuli-Venezia Giulia	2.5	0.0	2.5	4.2	0.0	30.0	28.3	0.0	0.0	2.5	0.0	78.2	0.8	19.1	1.7	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	8.3	0.0	1.7	9.2
Lazio	0.9	0.3	0.3	3.1	0.2	41.7	11.5	0.0	1.2	9.9	0.0	17.8	4.9	14.8	3.7	0.2	1.2	6.1	0.0	0.9	4.0	1.4	6.1	1.0
Liguria	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	26.3	0.0	0.0	0.0	5.3	0.0	4.0	2.6	0.0	3.3	0.0	0.0	0.7	0.0	0.7	0.7	0.7	0.7	0.0
Lombardia	0.1	0.0	0.1	0.2	0.0	13.2	27.4	0.0	0.0	2.1	0.0	7.9	0.8	2.6	1.2	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.3	0.0	0.6	0.4
Marche	3.3	0.0	2.0	0.7	0.0	70.1	36.7	0.0	1.3	20.0	0.0	53.4	8.0	16.7	4.0	0.0	2.0	8.0	0.0	1.3	4.7	1.3	8.7	5.3
Molise	6.8	0.0	47.6	23.8	3.4	78.2	68.0	0.0	10.2	37.4	0.0	81.6	6.8	105.3	10.2	0.0	6.8	0.0	0.0	6.8	37.4	0.0	23.8	6.8
PA Bolzano	0.2	0.0	0.7	0.2	0.0	21.5	31.6	0.0	0.5	7.0	0.0	20.1	3.5	2.1	3.5	0.0	0.0	1.9	0.0	0.0	1.6	0.0	2.8	0.0
PA Trento	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	35.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	112.2	0.0	29.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9	0.0	0.0
Piemonte	1.8	0.0	11.1	0.0	0.0	53.5	0.0	0.0	0.0	1.8	0.0	249.0	9.2	16.6	0.0	0.0	0.0	3.7	0.0	0.0	11.1	0.0	0.0	14.8
Puglia	5.1	0.0	5.6	5.8	0.0	82.1	26.9	0.0	3.8	13.2	0.3	32.0	6.4	19.3	4.8	0.0	1.0	2.5	0.0	2.8	5.1	2.3	8.1	4.1
Sardegna	2.5	0.0	1.3	0.0	0.0	65.4	101.3	0.0	0.6	7.5	0.0	20.8	4.4	18.2	5.7	0.0	0.0	4.4	0.0	1.3	0.0	0.6	6.3	0.0
Sicilia	2.3	0.0	1.2	0.2	0.4	48.4	0.0	0.4	1.0	7.7	0.0	13.4	3.7	2.9	4.1	0.0	0.2	0.4	0.0	0.4	0.4	0.8	5.0	0.2
Toscana	7.6	0.5	1.9	1.4	0.0	53.9	27.1	0.5	0.5	5.1	0.0	42.8	5.1	13.0	3.5	0.0	0.5	2.2	0.0	0.5	2.2	0.5	3.0	12.5
Umbria	1.2	0.0	1.2	0.0	0.0	61.2	0.0	0.0	0.0	4.6	0.0	23.1	8.1	4.6	8.1	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	1.2	0.0	8.1	4.6
Valle d'Aosta	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	72.5	161.2	0.0	0.0	0.0	0.0	209.5	0.0	24.2	8.1	0.0	0.0	8.1	0.0	0.0	0.0	16.1	8.1	0.0
Veneto	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	24.0	1.2	0.0	0.0	2.5	0.0	31.8	2.1	3.9	1.0	0.0	0.8	0.0	0.0	1.2	0.6	0.8	9.2	0.0
ITALIA	2.9	0.1	2.0	1.3	0.1	39.5	22.1	0.1	1.4	6.5	0.0	26.2	3.8	10.2	3.1	0.0	0.4	1.9	0.0	0.7	2.2	0.6	3.6	4.2

Nota: ADG: Angiografia digitale, sistema per; AIC: Analizzatore automatico per immunochimica; ALI: Acceleratore lineare; AME: Analizzatore multiparametrico selettivo; ANS: Anestesia, apparecchio per; CIP: Camera iperbarica; ECT: Ecotomografo; EMD: Emodialisi, apparecchio per; GCC: Gamma camera computerizzata; GCD: Contoglobuli automatico differenziale; GRD: Gruppo radiologico; GT: Sistema TAC gamma camera integrato; LSC: Lampada scialitica; MAG: Mammografo; MON: Monitor; ORG: Ortopantomografo; PET: Tomografo ad emissione di positroni; PRD: Apparecchio portatile per radioscopia; RXD: Radiologia dentale panoramica, apparecchio per; SSP: Sistema CT/PET integrato; TAC: Tomografo assiale computerizzato; TOP: Tavolo operatorio; TRM: Tomografo a risonanza magnetica; TTE: Tavolo telecomandato per apparecchio radiologico; VPO: Ventilatore polmonare.

Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati Ministero Salute

Per quanto riguarda invece il numero di ospedali a disposizione, sempre standardizzato per il numero di abitanti, il quadro appare meno favorevole. Il numero di ospedali pubblici in Italia era, nel 2020, pari a poco più di 7 per milione di abitanti, un valore modesto se paragonato a quello di altri paesi. In parte questo riflette anche scelte di offerta sanitaria: nel nostro Paese, peraltro caratterizzato da un'elevata densità demografica, è stata privilegiata la centralizzazione dell'assistenza in ospedali di dimensione maggiore, chiudendo presidi sanitari periferici, talvolta obsoleti o poco sicuri; nel corso di un decennio, la tendenza verso un modello di rete ospedaliera sempre più integrato con l'assistenza territoriale ha determinato una diminuzione del numero di ospedali, che è sceso da 9,19 del 2010 a 7,23 per milione di abitanti. La riduzione del numero di presidi ospedalieri si è tradotta nel calo del numero di posti letto sperimentato nello stesso periodo.

## Ospedali pubblici (per milione di abitanti)

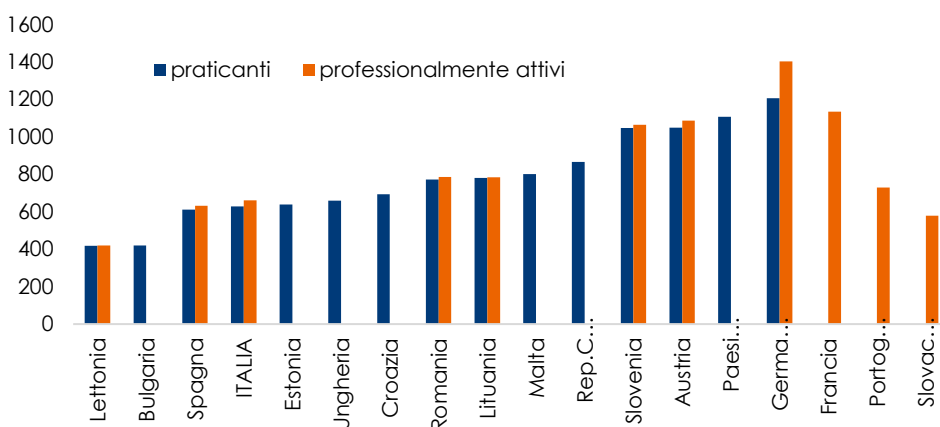


Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati OCSE

## Le risorse umane: pochi infermieri e pochi medici di base

Oltre alle risorse tecniche, un elemento di grande importanza per garantire un'offerta sanitaria adeguata è rappresentato dal personale, in particolare dai medici e dagli infermieri. Secondo i dati di Eurostat, **nel 2020 la dotazione di infermieri in Italia non era particolarmente elevata: gli infermieri praticanti** (ovvero, coloro che forniscono direttamente i loro servizi ai pazienti) **risultavano 628 ogni 100mila abitanti, un valore intermedio a livello europeo** (in Germania la dotazione era pressoché doppia, pari a 1.206 infermieri, e livelli quasi altrettanto elevati si osservavano in Austria, 1.048). **Le statistiche sugli infermieri professionalmente attivi** (professionisti dell'assistenza sanitaria e operatori sanitari per i quali la formazione medica è un prerequisito per l'esecuzione del lavoro) **non sono molto differenti: gli infermieri professionalmente attivi in Italia erano 660 ogni 100mila abitanti**, mentre in Germania e Francia i numeri erano molto superiori, pari rispettivamente a 1.402 e 1.134 infermieri. La dotazione non elevatissima di infermieri, per quanto aumentata negli anni della pandemia, rappresenta ovviamente un problema, perché è un limite all'attivazione di ulteriori posti letto.

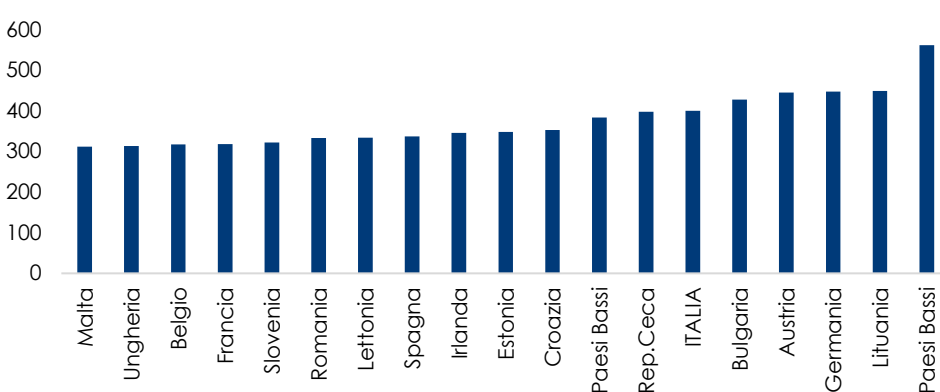
### La dotazione di personale – infermieri (per 100mila abitanti, 2020)



Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati Eurostat

Per quanto riguarda invece i medici, la dotazione era di 400 medici (generalisti e specialisti) ogni 100mila abitanti in Italia, un livello piuttosto elevato rispetto agli altri paesi europei. Solo in Portogallo, Germania, Lituania e Austria la dotazione appariva superiore; fatta eccezione per il caso portoghese, dove la dotazione risultava di 562 medici ogni 100mila abitanti, negli altri paesi si attestava su livelli non lontani dai 450. Anche in Bulgaria la dotazione risultava lievemente superiore a quella italiana, ma non troppo distante. Si può quindi affermare che la dotazione di personale medico non era molto inferiore a quanto osservato negli altri paesi europei.

### La dotazione di personale - medici (generalisti e specialisti, per 100mila abitanti, 2020)

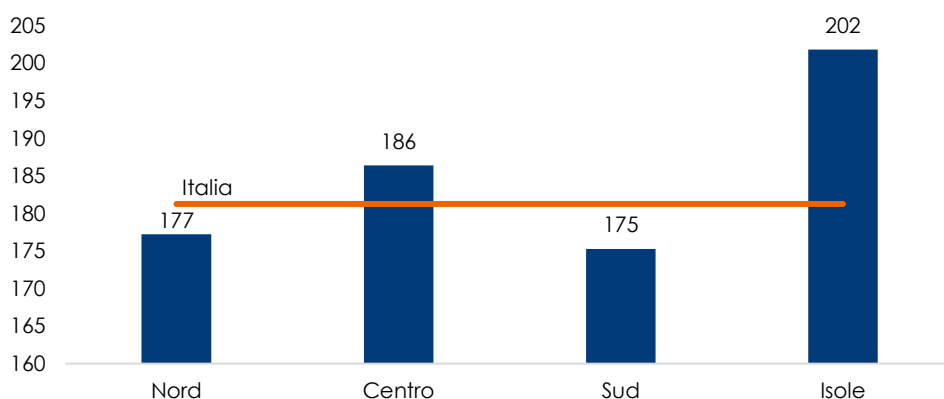


Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati Eurostat

Tutto bene su questo fronte? Non proprio. Le statistiche di Eurostat fanno riferimento al totale dei medici praticanti, a prescindere dal settore di impiego, ovvero che questi siano liberi professionisti, dipendenti di un ospedale pubblico, o dipendenti di un fornitore privato. Tale precisazione non è irrilevante, dato che nel sistema sanitario italiano una quota non trascurabile dei medici risulta non essere dipendente pubblico, ovvero del SSN. Pertanto, le statistiche potrebbero sovra-rappresentare la dotazione di personale della sanità pubblica.

Se si osservano **i dati più recenti si evidenzia come dei quasi 430mila medici iscritti all'Ordine nel 2021, alcuni non sono proprio più attivi**: oltre 54mila iscritti all'Ordine hanno difatti più di 70 anni. Inoltre, **solo una parte risulta impiegata nella sanità pubblica; i dati del Ministero della Salute, aggiornati per il 2020, indicano in 107mila i medici dipendenti a tempo indeterminato degli istituti di cura pubblici<sup>2</sup>**, ai quali si aggiungono 7.700 medici con rapporti di lavoro flessibili. Meno di un medico (sotto i 70 anni) su tre è quindi occupato nella sanità pubblica. In termini di dotazione pro-capite, i medici a tempo indeterminato occupati nella sanità pubblica sono 181 ogni 100mila abitanti; la dotazione appare più elevata nelle Isole (dove è quasi di 200 medici ogni 100mila abitanti) e invece modesta nel Sud (dove è pari a 175).

#### La dotazione di medici nella sanità pubblica (occupati per 100mila abitanti)



Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati Ministero della Salute

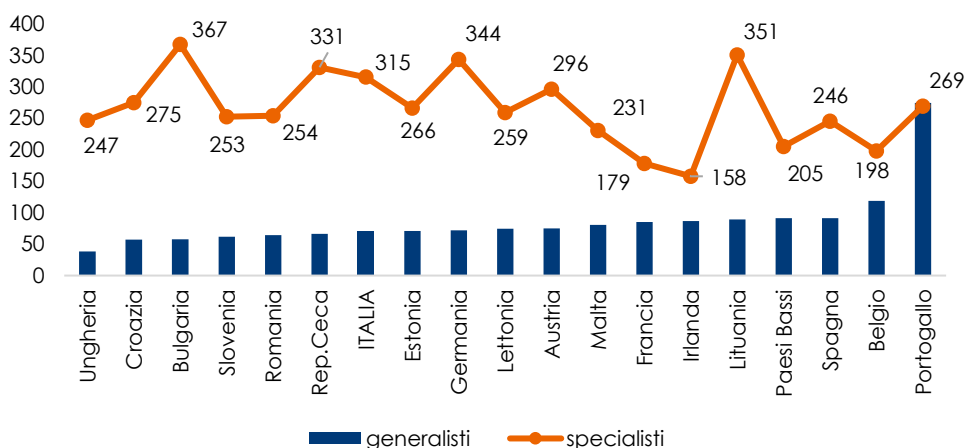
Sebbene non facciano strettamente parte della dotazione di personale della sanità pubblica, in quanto liberi professionisti, **i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS) contribuiscono all'offerta sanitaria pubblica, dato che le loro prestazioni sono acquistate mediante contratti di convenzione con il SSN per l'offerta di servizi di medicina di base. Nel 2020 il loro numero era rispettivamente di 42mila MMG e poco più di 7mila PLS.**

L'altra questione rilevante riguarda gli specialisti. I medici specialisti nel 2021 erano circa 187mila, meno della metà del totale dei medici iscritti all'Ordine.

Rapportando questi numeri alla popolazione residente si evidenzia come la dotazione di specialisti in Italia sia tutto sommato in linea con quella che si riscontra negli altri paesi europei: 315 specialisti ogni 100mila abitanti, un numero inferiore alla Germania (dove gli specialisti sono 344) ma superiore a Spagna e Francia (rispettivamente, 245 e 178). **Dove invece è evidente una sotto-dotazione di personale del sistema sanitario italiano è nell'ambito dei medici di base**: in Italia nel 2020 ce n'erano 70 ogni 100mila abitanti, un numero piuttosto basso nel confronto europeo.

<sup>2</sup> Sono incluse le ASL, le Aziende ospedaliere (AO), gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici, le AOU (aziende ospedaliere universitarie), e altri Enti sanitari locali.

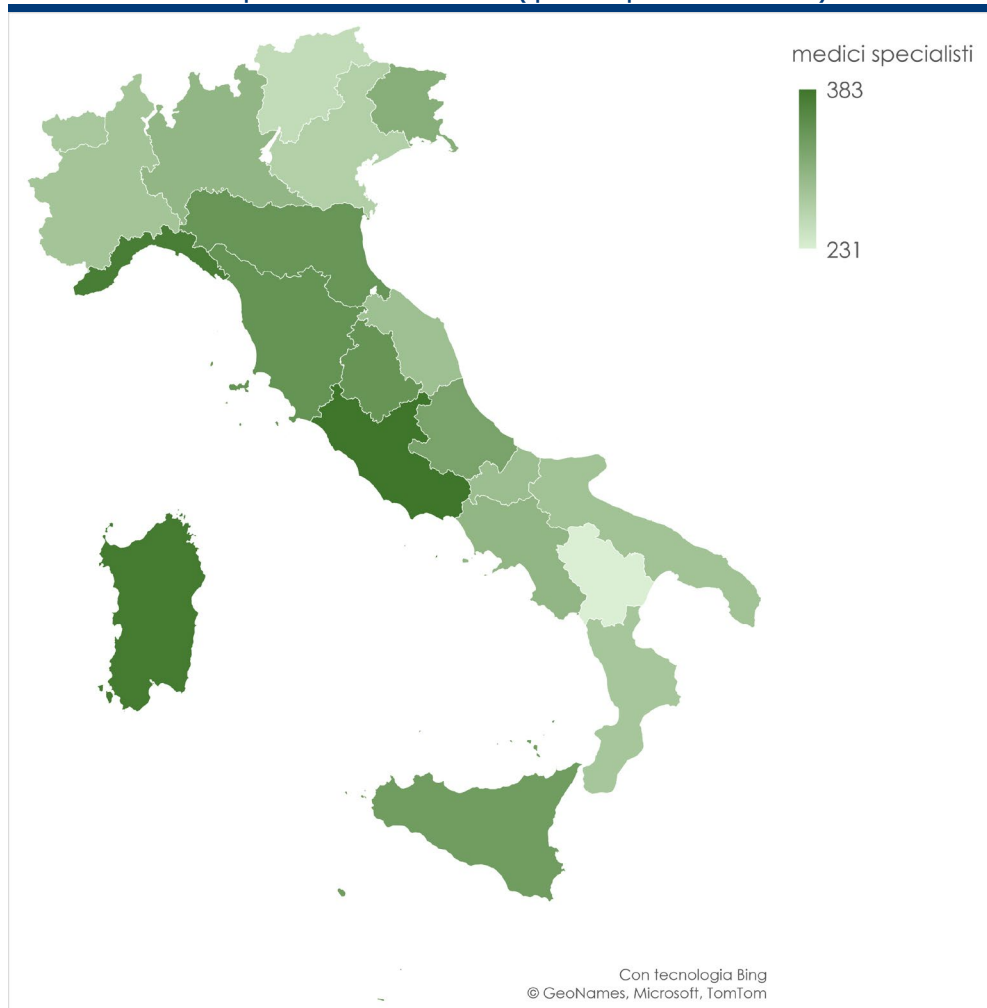
### La dotazione di personale - medici (per 100mila abitanti, 2020)



Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati Eurostat

### Le problematiche: alcune specialità meno attrattive

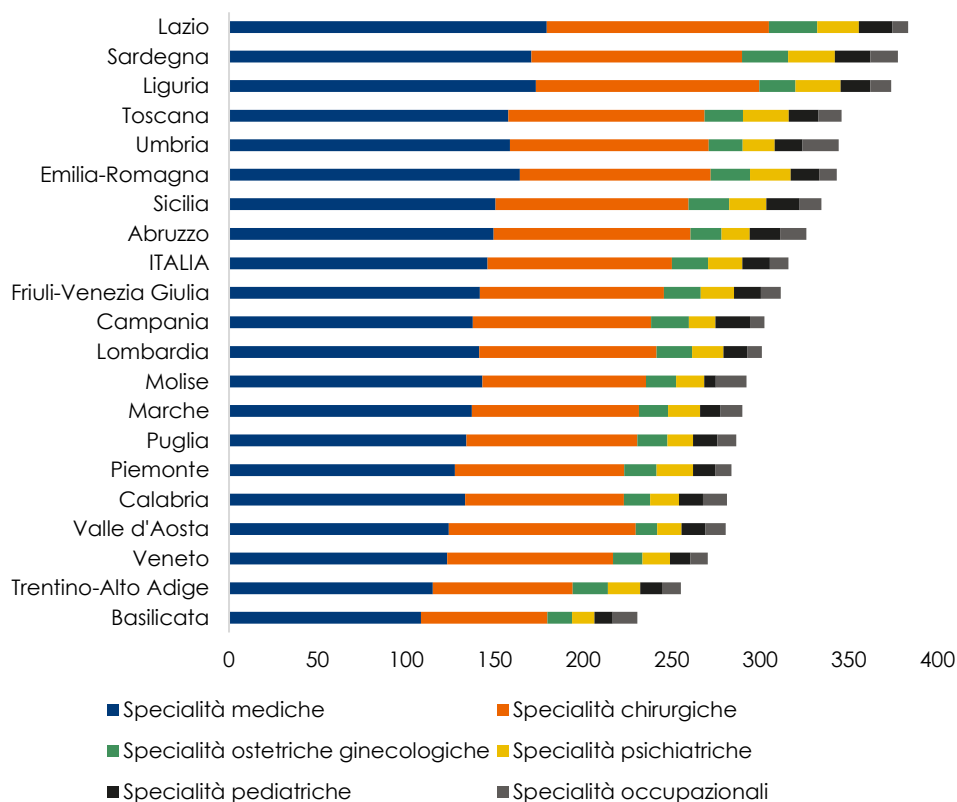
**Sebbene nel complesso la dotazione, perlomeno di medici specialisti, sia in linea con le medie europee, vi sono alcuni aspetti problematici. Innanzitutto, la diversa distribuzione territoriale.** La dotazione appare più elevata nel Mezzogiorno e nel Centro, in particolare nel Lazio e in Sardegna, dove gli specialisti sono 380 e 377, rispettivamente, ogni 100mila abitanti. Nel Lazio questo riflette probabilmente anche la localizzazione di importanti centri di ricerca, mentre per la Sardegna, e in misura inferiore in Liguria, potrebbe essere il riflesso delle ridotte dimensioni. La dotazione di specialisti è invece particolarmente bassa in Trentino-Alto Adige e nel Veneto (259 e 269, rispettivamente). Per quanto riguarda invece i medici di medicina generale, la dotazione più elevata si riscontra in Basilicata, Molise e Abruzzo, mentre i livelli più bassi si osservano in Trentino-Alto Adige e in Lombardia.

**La dotazione di medici specialisti a livello territoriale (specialisti per 100mila abitanti)**

Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati Istat

I confronti internazionali prima presentati, oltre a non tenere conto del tipo di inquadramento del medico (dipendente pubblico, dipendente privato, libero professionista), non differenziano nemmeno sulla base dei diversi ambiti di specializzazione esistenti. Dei 315 specialisti ogni 100mila abitanti risultanti in Italia, poco meno della metà, 146, hanno una specializzazione medica (medicina interna, oncologia, medicina d'urgenza, nefrologia, anestesia ma anche dermatologia, geriatria etc.), 104 in ambito chirurgico, gli altri invece suddivisi tra specialità ostetriche, psichiatriche, pediatriche e occupazionali.



**Dotazione medici specialisti per territorio e per classe di specializzazione (medici specialisti per 100mila abitanti, 2020)**


Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati Istat

L'ambito di specializzazione non è secondario, dato che le specializzazioni non sono tra loro uguali; per alcuni casi, si evidenziano delle sotto-dotazioni di organico rispetto alle esigenze, come nel caso della medicina d'urgenza o dell'anestesia e rianimazione. La sotto-dotazione dipende anche dalla scarsa attrattività di alcune specializzazioni.

Uno studio di Anao<sup>3</sup> del 2019 evidenzia come **negli ultimi anni alcune scuole di specializzazione abbiano fatto fatica a esaurire le borse di studio messe a concorso, in particolare le scuole afferenti all'area dell'emergenza-urgenza, tra cui la medicina d'emergenza e urgenza e l'anestesia e rianimazione**. Altre scuole risultano invece molto più attraenti, e registrano rapidamente il tutto esaurito delle borse bandite: cardiologia, dermatologia, pediatria, oculistica, neurologia, chirurgia plastica, gastroenterologia, endocrinologia, ginecologia. Tale fenomeno è dovuto al fatto che queste specializzazioni consentono percorsi professionali con prospettive di carriera anche nel settore privato, maggiori remunerazioni e in generale una migliore qualità di vita. Sebbene tale fenomeno interessi i flussi in entrata, non è indipendente dalla situazione di chi specialista lo è già.

Un problema piuttosto noto, soprattutto nei reparti maggiormente sotto pressione (come l'emergenza-urgenza) è che tanto più difficili sono le condizioni lavorative, anche a causa delle sotto-dotazioni di organico, tanto più è probabile che l'eccesso di carichi di lavoro, gli orari prolungati, nonché le pressioni psicologiche influiscano negativamente sul benessere dei

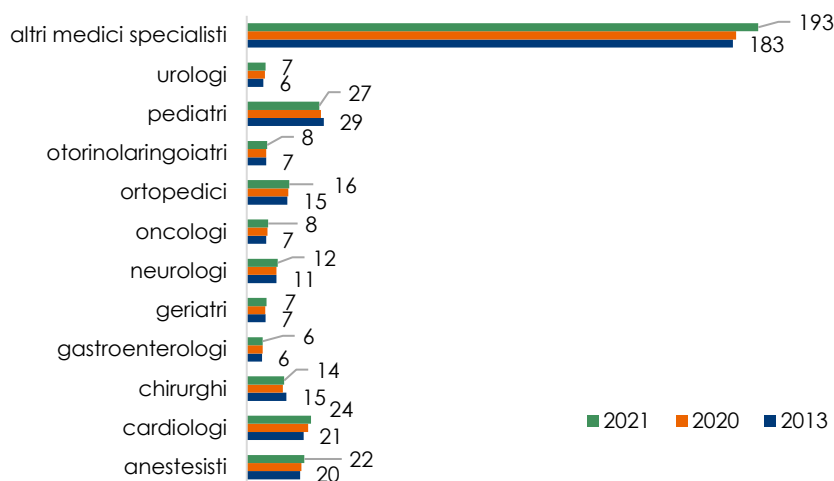
<sup>3</sup> Anao (2019) "Specializzazioni. Al top Cardiologia e Dermatologia. In fondo Anestesia e Medicina urgenza. La classifica in base alla preferenza degli iscritti", Quotidiano Sanità, 28 marzo 2019.

professionisti sanitari (come il fenomeno del burnout) contribuendo all'insoddisfazione e all'abbandono della professione, innescando così un circolo vizioso, che rende oltretutto ancora meno attraente il lavoro in questi reparti per i professionisti più giovani.

Secondo l'Anao, **anche le scuole di specializzazione afferenti all'area chirurgica hanno una bassa attrattività**, a eccezione della chirurgia plastica, a causa di un insieme di elementi negativi, come la formazione professionale lunga e difficoltosa, il percorso lavorativo caratterizzato da numerosi ostacoli, il raggiungimento della maturità professionale spesso in età avanzata e l'alto rischio clinico.

Nel tempo si osserva una crescita della dotazione di specialisti in Italia, ma data soprattutto dall'aumento di alcune figure specifiche: cardiologi, oncologi, urologi, mentre si riduce il peso dei chirurghi, dei pediatri, e degli ortopedici. Nel 2021 si osserva anche un incremento della dotazione di anestesisti, ma è un riflesso degli sforzi eccezionali legati alla pandemia, e occorrerà vedere come evolverà tale stock di professionisti nei prossimi anni.

#### La dotazione di specialisti per tipologia (specialisti per 100mila abitanti)



Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati Istat

Anche in termini di distribuzione territoriale delle singole specializzazioni si osservano delle differenze rilevanti: sono le regioni del Centro, con l'eccezione delle Marche, ma anche Liguria ed Emilia-Romagna, quelle dove la dotazione pro-capite di specialisti era superiore a quella nazionale. Non per tutte le specializzazioni però: nel Lazio la dotazione di geriatri è inferiore alla media nazionale, così come in Toscana, anche per quanto riguarda gli oncologi; la Liguria risulta sotto-dotata per quanto riguarda i pediatri di libera scelta, mentre l'Emilia-Romagna lo è per cardiologi, chirurghi, neurologi e urologi. Nel Nord-Ovest la dotazione è superiore alla media nazionale solo per geriatri, neurologi, oncologi e ortopedici, riflettendo la dotazione della Lombardia, che però nelle altre specializzazioni risulta sotto-dotata. Nel Sud in generale la dotazione di specialisti è inferiore alla media nazionale, ma non per quanto riguarda i pediatri. Nelle Isole, invece, risulta anche una maggiore dotazione per quasi tutte le specializzazioni, fatta eccezione per gastroenterologi, geriatri, oncologi e ortopedici.

**Dotazione di medici specialisti, per specializzazione e territorio (specialisti per 100mila abitanti, 2021)**

	Anestesiologi	Cardiologi	Chirurghi	Gastro- enterologi	Geriatrici	Neurologi	Oncologi	Ortopedici	Otorino- laringoiatri	Pediatri	Urologi	Altri medici specialisti
Piemonte	21	20	14	5	6	11	8	15	7	21	8	171
Valle d'Aosta	28	19	11	7	8	8	10	14	8	25	7	163
Lombardia	28	24	16	8	13	16	10	19	9	27	7	225
Trentino-Alto Adige	21	24	14	5	8	12	9	16	7	25	6	179
Veneto	21	13	11	5	7	9	4	15	7	24	5	158
Friuli-Venezia Giulia	20	18	14	6	9	9	7	14	7	23	6	162
Liguria	27	19	15	5	4	10	11	16	8	25	7	191
Emilia-Romagna	22	24	13	7	10	11	10	19	9	29	7	212
Toscana	23	24	12	6	7	12	8	19	8	29	8	221
Umbria	22	24	16	8	8	15	9	20	9	28	8	205
Marche	19	23	14	6	6	11	8	15	7	23	7	174
Lazio	23	29	15	9	7	15	10	20	9	32	9	239
Abruzzo	24	24	16	6	12	11	7	16	7	29	7	197
Molise	23	26	13	6	6	22	6	10	7	19	5	170
Campania	20	29	16	6	6	10	7	14	7	33	7	182
Puglia	22	23	12	6	6	12	7	13	6	27	7	174
Basilicata	18	20	11	4	4	6	5	8	6	21	4	145
Calabria	17	23	14	5	7	10	7	11	6	24	6	175
Sicilia	24	29	16	5	7	13	7	14	9	32	7	205
Sardegna	25	27	16	6	7	16	9	20	9	31	9	235
<b>ITALIA</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>27</b>	<b>7</b>	<b>193</b>

Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati Istat

Le specializzazioni che risultano meno ambite sono anche quelle per le quali è meno facile costruirsi un percorso al di fuori del Sistema Sanitario Nazionale, ovvero quelle per le quali l'offerta privata è inferiore, data anche la minore remunerazione delle prestazioni (che porta il settore privato a selezionare solo alcune prestazioni la cui fornitura è maggiormente conveniente).

Secondo i dati di Enpam, tra gli specialisti attivi (escludendo quindi gli iscritti all'Ordine che risultavano pensionati), nel 2021 poco più di tre medici su quattro (il 78%) era dipendente del SSN; degli altri, una quota praticava come pediatra di libera scelta (il 5%), mentre i restanti risultavano dipendenti nel privato o liberi professionisti. Il Sistema Sanitario Nazionale resta così lo sbocco occupazionale prioritario per chi conclude un percorso di specializzazione, ma non è esclusivo, dato che per alcune specializzazioni il settore privato può essere ambito di lavoro rilevante, il che contribuisce peraltro a rendere tali specializzazioni maggiormente ambite.

### La questione demografica sempre più pressante

Un aspetto rilevante da considerare nel valutare la dotazione di personale della sanità è quello riguardante le tendenze demografiche. L'invecchiamento della popolazione comporta due ordini di problemi; il primo riguarda la domanda di servizi sanitari, mentre il secondo l'offerta.

Per quanto riguarda la domanda, le tendenze evidenziate negli scenari demografici più aggiornati mostrano come già **nel futuro molto prossimo le persone in età avanzata costituiranno una quota molto rilevante della popolazione**. Già nel 2021 gli ultrasessantacinquenni rappresentavano il 23,5% della popolazione; nel 2030 saranno oltre il 27% dei residenti; nel 2040 un abitante su tre in Italia avrà almeno 65 anni. Questo perché le coorti nate durante il baby boom stanno via via invecchiando, mentre le coorti più giovani, nate negli ultimi decenni di bassa natalità, sono sempre più ridotte.

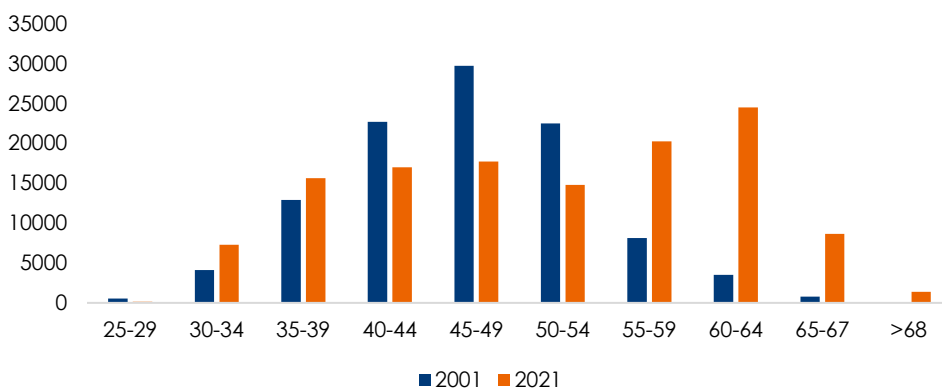
**L'aumento della speranza di vita alla nascita osservato negli ultimi anni si è accompagnato a un aumento della speranza di vita in buona salute**: ciononostante, nel 2022 gli anni attesi alla nascita in buona salute erano 60,1, a fronte di una speranza di vita complessiva di 82,6. Ciò significa che mediamente ci si attende che gli ultimi, e non pochi, anni di vita siano caratterizzati da problemi di salute, come malattie croniche o ridotta autonomia, e queste difficoltà interesseranno una

quota crescente della popolazione, date le tendenze demografiche illustrate. La domanda di servizi sanitari è pertanto destinata a crescere negli anni a venire.

**Sul fronte dell'offerta, le tendenze demografiche segnalano un calo del numero di medici entro il 2030.** Il personale sanitario italiano mostra un invecchiamento della forza lavoro, con una percentuale significativa di professionisti che si avvicinano all'età pensionabile. Ciò pone la necessità di nuove assunzioni e di garantire la formazione e la continuità delle competenze.

La distribuzione per età del personale sanitario (medici e infermieri) è difatti molto sbilanciata verso le età più avanzate. I dati del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (RGS), che considerano solo il personale occupato nella sanità pubblica, evidenziano come nel 2021 più di un infermiere su quattro (il 26,4%) avesse più di 55 anni, mentre sotto i 35 anni la quota di occupati fosse solo del 18%, e l'età media fosse di oltre 47 anni. Ancora più sbilanciata è la distribuzione per età dei medici; il 35 dei medici aveva un'età compresa tra i 55 e i 64 anni, e oltre 10mila medici dipendenti pubblici avevano più di 65 anni (pari all'8% del personale medico); questo perché con l'innalzamento dell'età pensionabile anche le coorti più anziane sono rimaste in attività.

#### Medici occupati nel SSN per età (numero occupati)



Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati Conto Annuale RGS

I dati Istat sui medici specialisti in attività sono anche più sbilanciati verso le età più mature: **il 21% degli specialisti ha più di 65 anni**. Incrociando le due informazioni, si desume che dopo l'età massima di pensionamento (valida su base volontaria dei lavoratori, e innalzata da 70 a 72 anni a partire dal 2023 e fino al 2026), molti medici rimangono in attività ma come liberi professionisti, in proprio o fornendo prestazioni presso strutture private, anche convenzionate. Ad ogni modo, il pensionamento, per quanto posticipato rispetto al passato, comporta l'uscita dalla sanità pubblica di coorti sempre più numerose di medici (e di infermieri). Secondo stime dell'Anao<sup>4</sup> (2023), nel decennio entro il 2030 andranno in pensione circa 50mila medici ospedalieri<sup>5</sup>; a questi si aggiunge il problema dei medici di base<sup>6</sup>, per i quali l'Anao stima che entro la stessa data (2030) i pensionamenti saranno circa 36mila.

**Le coorti più giovani di medici più recentemente entrate nella sanità pubblica sono di entità ridotta:** questo comporta che meno del 45% dei medici ha meno di 50 anni, di cui solo 23mila medici hanno meno di 40 anni. I laureati in Medicina negli ultimi anni si sono attestati sui 10mila

<sup>4</sup> Anao-Assomed (2023) "32mila medici laureati in più dei pensionamenti nel 2030. Perché il numero chiuso a medicina è un falso problema.", marzo 2023

<sup>5</sup> Nelle stime sono inclusi gli specialisti ambulatoriali e i medici universitari.

<sup>6</sup> Nelle stime, oltre ai MMG sono inclusi i pediatri di libera scelta e i titolari di guardia medica.

all'anno, ma fino a inizio dello scorso decennio erano meno di 7mila all'anno. Negli ultimi anni, però, sono stati aumentati i posti per accedere al corso di laurea in Medicina, nel tentativo di ammorbidire i vincoli di entrata che possono aver contribuito a limitare i nuovi ingressi nella professione. Da meno di 10mila posti messi a concorso ogni anno, in media, nello scorso decennio, si è passati a 14mila negli ultimi anni; questo implica che, scontando comunque un tasso di fallimento/abbandono degli studi<sup>7</sup>, nel periodo 2025-30 i laureati potrebbero essere comunque attorno ai 12mila all'anno in media. Per il periodo immediatamente precedente, 2021-25 le stime, basate sul numero di laureati già osservati o sui posti disponibili negli scorsi anni (dato il lag necessario tra l'accesso al corso di laurea e il conseguimento del titolo di studio) indicano in circa 44mila unità i laureati complessivamente nel periodo.

Uno dei temi che spesso è stato richiamato nel discutere le questioni di dotazione di personale medico è quello dell'imbuto formativo che si crea tra il numero di laureati prodotto annualmente dalle università e il numero di borse di specializzazione messe a concorso. Se questo è stato un problema negli anni passati (traducendosi nello scostamento evidente tra il numero di medici iscritti all'Ordine in età attiva e il numero di medici specialisti attivi), ora lo sarebbe meno, dato che il numero di borse messe a bando sia dal MIUR che dalle regioni è stato recentemente incrementato. Secondo stime Anao, nel periodo 2018-25 i contratti di formazione specialistica finanziati ammontano a circa 53mila; nello stesso periodo si stima che i laureati siano complessivamente più di 75mila: grosso modo, scontando pure una quota di borse di specializzazione perse a causa di rinunce, cambiamenti di sede o di scuola di specializzazione, comunque circa il 60% dei laureati potrebbero diventare medici specialisti, una quota superiore a quella che si osserva oggi sui medici già in attività<sup>8</sup>.

Queste stime di massima sono soggette naturalmente a imprecisioni, ma soprattutto al rischio che il tasso di posti vacanti nelle scuole di specializzazione sia superiore alle attese: le ultime rilevazioni di Anao evidenziano come negli ultimi concorsi di specializzazione (2021 e 2022) il 13% dei contratti statali finanziati non sono stati assegnati e il 5% è stato abbandonato durante il percorso<sup>9</sup>. Sono soprattutto alcune specializzazioni a risentirne maggiormente, e questo porterà già nel prossimo biennio a una carenza significativa in certe discipline specialistiche, per lo più ospedaliere.

**Un altro problema rilevante è che i medici specialisti non sono tutti impiegati nella sanità pubblica;** in parte perché scelgono un percorso di carriera nel privato, decisione che già si riflette nelle scelte circa la specializzazione (come è stato evidenziato in precedenza), talvolta mediante il crescente fenomeno delle dimissioni volontarie dal SSN. **L'altro fenomeno è quello dell'emigrazione all'estero, di dimensioni tutt'altro che trascurabili.** Sulla base dei dati OCSE, tra il 2010 e il 2020 sono andati all'estero oltre 12mila medici italiani. Nel 2020 quasi 11mila medici italiani risultavano praticare all'estero, considerando i soli paesi OCSE, in particolare Stati Uniti (quasi 2.300 medici), Francia (oltre 1.700 medici), Israele, Germania e Regno Unito.

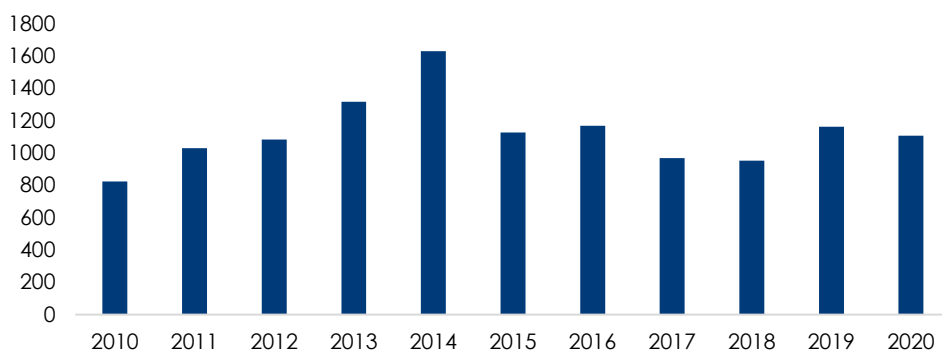
---

<sup>7</sup> Le stime tradizionalmente assumono un tasso di fallimento attorno al 10%.

<sup>8</sup> I medici specialisti in attività sono circa il 50% dei medici iscritti all'Ordine (fino a 60 anni).

<sup>9</sup> Le discipline che più risentono di tale fuga sono la medicina d'emergenza-urgenza (oltre il 60% dei contratti non assegnati o abbandonati), la microbiologia e virologia (il 78%), la patologia clinica e biochimica clinica (71), l'anatomia patologica (50%) e la medicina di comunità e delle cure primarie (quasi 58%).

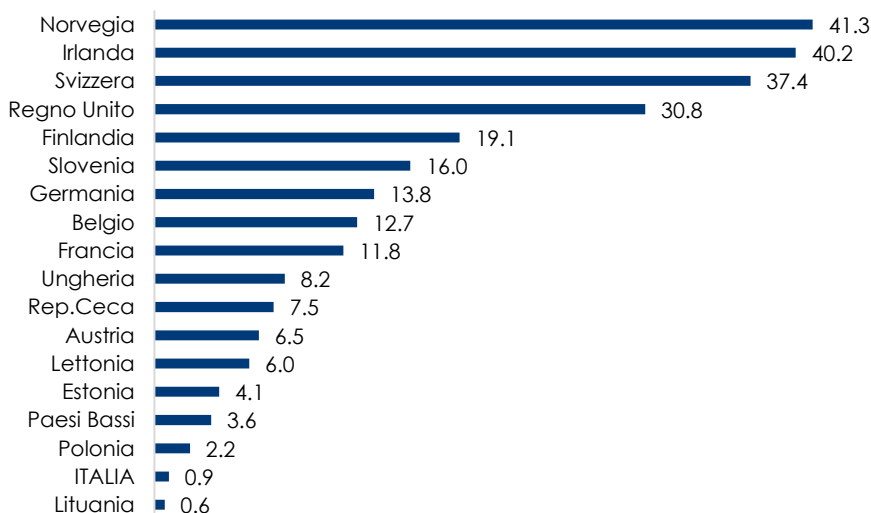
### Migrazione dei medici all'estero (Flussi annuali in entrata nei paesi OCSE di medici formati in Italia)



Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati OCSE

**Il tema del brain drain è particolarmente rilevante, se si considera l'elevato costo di formazione di ogni specialista, soprattutto alla luce della scarsa capacità italiana di attrarre invece professionisti formati all'estero.** La quota di medici formati all'estero è, in Italia, pari allo 0,94% (nel 2021), che si confronta con valori nettamente superiori negli altri paesi europei di dimensione comparabile. In Germania i medici formati all'estero sono il 13,8% del totale, in Francia l'11,8% e nel Regno Unito quasi il 31%.

### Medici formati all'estero (Quota % medici formati all'estero sul totale dei medici, 2020)



Fonte: elaborazioni Ref Ricerche su dati OCSE

Per affrontare il problema della scarsa dotazione di personale qualificato nella sanità pubblica quest'ultima andrebbe forse resa più attraente, aumentando la remuneratività delle carriere all'interno del SSN, in modo da disincentivare la fuga verso sia il privato che l'estero, creando condizioni di lavoro più allettanti e rafforzando gli incentivi per le discipline specialistiche attualmente meno desiderate. Sarebbe pertanto necessario uno sforzo importante di rafforzamento del SSN, con un impegno finanziario rilevante. Secondo stime dell'OCSE, nel 2020 la retribuzione degli specialisti, a parità di potere d'acquisto, in Italia era inferiore del 70% a quella stimata in Germania, del 41% del Regno Unito e del 7% della Francia. Ne deriva che per uno specialista (formato in Italia o all'estero) è più attrattivo andare in uno di questi paesi rispetto al nostro.

Alcuni – timidi – sforzi sono stati compiuti: la Legge di Bilancio per il 2022 ha previsto un'indennità, di natura accessoria, per il personale operante nei servizi di pronto soccorso (27 milioni di euro per i medici, 63 milioni per il personale), anche se le cifre paiono insufficienti.

## PNRR e sanità fra attuazione e proposte di revisione

### La missione salute nel PNRR: le proposte di revisione

Il PNRR è stato scritto quando ancora la pandemia da Covid-19 era in corso, per quanto in via di mitigazione nei suoi impatti più gravi. Pertanto, non stupisce che un'intera missione sia stata dedicata al tema della salute, alla luce degli aspetti critici che la pandemia aveva messo in evidenza, come le disparità territoriali, l'integrazione inadeguata tra servizi territoriali, servizi ospedalieri e servizi sociali, i tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni, una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari. È stato messo in risalto quanto sia importante poter fare affidamento su un adeguato sfruttamento delle tecnologie, su nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni, nonché su elevate competenze manageriali, professionali e digitali, e infine su un più efficace collegamento tra ricerca, analisi dei dati, cure e programmazione.

La Missione 6 – Salute del PNRR si propone di affrontare questi nodi, con diverse linee di intervento che hanno a disposizione una dotazione di 15,6 miliardi di euro del NGEU (all'incirca l'8% delle risorse totali), ai quali si aggiungono altri 2,4 miliardi dal Fondo Nazionale Complementare.

Le componenti della Missione sono due.

- La prima componente (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale) ha come obiettivo il rafforzamento dei servizi territoriali, per i quali durante la pandemia si erano osservate carenze e debolezze, creando nuove strutture e presidi territoriali e potenziando quelli esistenti. Si intende, inoltre, sviluppare la telemedicina e consentire una maggiore integrazione dei servizi sociosanitari.

Per realizzare ciò, si prevede anche una riforma, avente l'obiettivo di definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria. La riforma dell'assistenza territoriale introduce innanzitutto la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici e uniformi su tutto il territorio nazionale, e l'identificazione delle strutture ad essa deputate; inoltre è prevista la definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico in linea con l'approccio integrato "One-Health"<sup>10</sup>.

Tra gli obiettivi ci sono, oltre alla definizione del nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale, la facilitazione nell'individuazione delle priorità di intervento (secondo un'ottica di prossimità e integrazione delle reti); il favorire la continuità delle cure per chi vive in condizioni di fragilità o cronicità, anche attraverso l'integrazione del servizio sanitario con quello sociale; il disegno di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione; l'allineamento agli standard qualitativi di cura più elevati.

- La seconda componente della Missione 6, Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN, ha come obiettivo il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, con un aumento della capacità di erogazione e monitoraggio, il rafforzamento della ricerca scientifica, del trasferimento tecnologico e in generale delle competenze.

---

<sup>10</sup> One Health, promosso da diverse istituzioni e in particolare dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è un approccio integrato alla salute umana, animale e ambientale. Si basa sulla comprensione che la salute delle persone è strettamente legata alla salute degli animali e all'ambiente in cui viviamo. Questo approccio riconosce che molte malattie sono condivise tra gli esseri umani e gli animali e che gli agenti patogeni possono passare da una specie all'altra. La deforestazione, l'urbanizzazione e i cambiamenti climatici possono influenzare la diffusione di malattie infettive. Secondo tale paradigma, è da promuovere la collaborazione e la comunicazione tra scienziati, medici veterinari, ecologisti, epidemiologi e altre figure professionali per affrontare le sfide legate alla salute globale. Tale approccio mira a prevenire, rilevare e rispondere alle malattie in modo olistico, considerando gli aspetti umani, animali e ambientali.

Anch'essa prevede una riforma, oltre ai diversi interventi di investimento. La riforma degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e delle politiche di ricerca del Ministero della Salute, con l'obiettivo di rafforzare il rapporto tra ricerca, innovazione e cure sanitarie, mediante la revisione e l'aggiornamento dell'assetto regolamentare e del regime giuridico degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. La riforma intende differenziare gli IRCCS a seconda delle loro attività, rendendoli sempre più in grado di portare l'innovazione terapeutica ai pazienti, e creare una rete per favorire gli scambi di competenze specialistiche tra gli IRCCS stessi e con le altre strutture del SSN, e rafforzare in generale l'orientamento alla ricerca e la responsabilizzazione dei dirigenti sui risultati.

A luglio 2023 il Governo ha presentato un documento contenente le proposte per la revisione del PNRR. A seguito della terza relazione di monitoraggio sull'attuazione del PNRR erano difatti state rilevate alcune criticità, legate a diversi fattori, come l'aumento dei prezzi dei materiali o la loro scarsità, l'impreparazione del tessuto produttivo, le difficoltà amministrative o gestionali. Per quanto riguarda la Missione Salute, **il Governo propone di rivedere alcuni investimenti, ad esempio rimodulando il numero di strutture realizzate**. I target quantitativi da raggiungere entro il 2026 verrebbero pertanto rivisti al ribasso. Nella relazione si sottolinea anche che gli interventi che si propone di eliminare dal Piano dovrebbero essere invece realizzati ricorrendo a risorse nazionali (ad esempio del Fondo per l'edilizia sanitaria) oppure riprogrammando le risorse della politica di coesione (FSC) e con tempistiche più lunghe, successive al 2026. Questo a parità di risorse del NGEU assorbite, dato che l'aumento dei costi dei materiali non consente la realizzazione dello stesso numero di strutture.

Nello specifico, si propone una **riduzione del target relativo alle Case di Comunità, da 1.350 a 936** interventi, rimodulando in particolare gli interventi sui nuovi edifici, che richiedono tempi di realizzazione maggiori. Le risorse PNRR che residuerebbero (nonostante la necessità di copertura dei maggiori costi dei materiali) sarebbero destinate a finanziare una nuova linea di sub-investimento per il rafforzamento dei Poliambulatori specialistici. Ulteriori riduzioni sono proposte per il target relativo le **Centrali Operative Territoriali (COT), diminuito da 600 a 524** e per quello riguardante gli **Ospedali di Comunità, ridotto da 400 a 304 progetti**. Si propone, inoltre, il differimento di un semestre (alla seconda metà del 2024) per il raggiungimento dei target relativi alle COT e alla telemedicina. Ulteriori differimenti per il conseguimento dei target sono proposti per l'investimento riguardante l'ammodernamento del parco digitale e tecnologico ospedaliero, rimandato di un anno a fine 2025. Si propone di destinare le economie di gara e di progetto derivanti da modifiche procedurali proposte, che dovrebbero ampliare la disponibilità di strumenti contrattuali, per finanziare due nuove linee di intervento a favore dell'adeguamento di 100 sale operatorie e del rafforzamento tecnologico mediante l'acquisto o il noleggio di 80 robot chirurgici. Si propone, infine, **la rimodulazione degli interventi antisismici negli ospedali, da 109 a 87**.

Questo comporta che rispetto alle elaborazioni riportate in queste pagine, basate sui documenti in essere, le strutture realizzate entro il 2026 rischiano di essere in numero inferiore. Inoltre, sebbene la relazione assicuri che quanto spuntato dal programma sarà realizzato facendo ricorso alle risorse nazionali o con una riprogrammazione delle risorse per la coesione, la storia recente dell'edilizia sanitaria e dell'utilizzo dei fondi strutturali non risulta rassicurante circa la probabilità di una realizzazione in tempi brevi degli interventi.



## L'attuazione del PNRR: la riforma dell'assistenza territoriale

La riforma dell'assistenza territoriale (Componente 1) è stata avviata con il Decreto interministeriale del 23 maggio 2022, nel quale si ridisegnano le funzioni e gli standard del Distretto territoriale. **I contenuti principali della riforma riguardano la definizione di standard:** innanzitutto si definisce che i Distretti sono il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali, nonché il centro di riferimento per l'accesso ai servizi, e devono essere uno ogni 100mila abitanti circa (a seconda della densità e alle caratteristiche orografiche del territorio). È centrale, per poter svolgere tali funzioni, la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento; tra le attività del Distretto rientra la stratificazione della popolazione e l'analisi del bisogno di salute.

Le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali devono essere perseguite mediante lo sviluppo di strutture come le **Case della Comunità**, che rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità (sanitaria e sociosanitaria) per la popolazione, e devono essere diffuse su tutto il territorio nazionale e aperte sempre (24h/7). Secondo gli standard fissati, le Case della Comunità hub devono essere una ogni 40mila/50mila abitanti, mentre le Case della Comunità spoke e gli ambulatori dei MMG (Medici di Medicina Generale) e dei PLS (Pediatri di Libera Scelta) saranno distribuite tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. La Casa della Comunità rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione, al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria.

All'interno del Distretto possono essere presenti i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori, funzionalmente collegati con la Casa della Comunità, che garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie.

Altro elemento di rilievo della riforma è il **potenziamento delle cure domiciliari** (casa come primo luogo di cura). Le cure domiciliari sono un servizio del Distretto finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi, caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile, nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. **Lo standard definito nella riforma per l'assistenza domiciliare è la presa in carico progressiva del 10% della popolazione con più di 65 anni.**

Uno degli strumenti da sviluppare è rappresentato dalla **telemedicina**, che consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione. La telemedicina può essere utilizzata per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari.

Vi sono altri elementi dell'assistenza territoriale definiti nella riforma: tra questi l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità, con un livello standard dato da un medico e un infermiere ogni 100mila abitanti, che operano sul territorio anche con strumenti di telemedicina, e il cui ruolo è quello di supportare i professionisti responsabili della presa in carico, e che ha sede presso la Casa della Comunità.

Si dà attuazione al modello di sviluppo, già definito nella Legge 38/2010, **della Rete delle cure palliative**, costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, con attività di consulenza, in ambito ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare e in hospice. I servizi della rete garantiscono cure e assistenza a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico, evolutivo e a prognosi infausta per le quali non esistono terapie o se esistono sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Lo standard definito è di una Unità di cure palliative domiciliari ogni 100mila abitanti e 8/10 posti letto in hospice ogni 100mila abitanti.

Si introduce anche **l'Infermiere di famiglia e comunità**, una figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione dei servizi e dei professionisti sanitari e sociali. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute, coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità. **Lo standard definito è di un Infermiere ogni 3000 abitanti.**

Viene definito anche **l'Ospedale di Comunità, una struttura sanitaria di ricovero breve**, che ha un ruolo intermedio tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, avente la finalità di evitare ricoveri impropri e favorire dimissioni protette in luoghi più prossimi al domicilio e più adatti alla stabilizzazione clinica, al recupero funzionale e dell'autonomia. È una struttura sanitaria territoriale, che si rivolge a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, potenzialmente erogabili a domicilio, ma che richiedono anche assistenza o sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa (non erogabili a domicilio) o che non hanno domicili idonei. L'Ospedale di Comunità può essere situato presso la Casa della Comunità, opera in stretta integrazione con gli altri servizi sanitari, pur avendo autonomia funzionale. Lo standard definito nel Decreto è di un Ospedale con **20 posti letto ogni 100mila abitanti.**

Si introduce la **Centrale Operativa Territoriale (COT)**, un modello organizzativo che svolge funzioni di coordinamento della presa in carico della persona; ottimizzazione degli interventi (attivando soggetti e risorse della rete assistenziale); tracciamento e monitoraggio delle transizioni (da luoghi di cura o da livelli di assistenza); supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale; raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute. La COT fa da raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. L'obiettivo è assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Lo standard definito nel decreto è di una COT ogni 100mila abitanti (o comunque a valenza distrettuale se il Distretto avesse un bacino più ampio).

Un altro elemento che è inserito nella riforma è la Centrale operativa 116117, un servizio telefonico gratuito sempre a disposizione, da contattare per ogni esigenza sanitaria e sociosanitaria a bassa intensità assistenziale. Lo scopo è permettere alla popolazione di entrare in contatto con un operatore che possa fornire assistenza diretta o trasferendo la chiamata al servizio sociosanitario competente, per l'accesso a cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità o priorità di cura.

### **L'attuazione del PNRR: la riforma degli IRCCS**

La riforma degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) è **stata attuata con il Decreto Legislativo 200 del 23 dicembre 2022**, che si attiene ai principi e ai criteri definiti nella Legge Delega 129/2022.

La riforma prevede alcuni punti chiave: innanzitutto il **potenziamento del ruolo degli IRCCS quali Istituti di ricerca e di cura a rilevanza nazionale**, con particolare attenzione all'eccellenza e alla

rilevanza, sia a livello nazionale che internazionale; si aggiungono ai compiti di cura e assistenza anche l'innovazione e il trasferimento tecnologico.

In secondo luogo, **la riforma prevede il rafforzamento del sistema di valutazione**, in un'ottica di trasparenza e di maggiore coerenza con il quadro internazionale della ricerca biomedica, così come la revisione quadriennale dei criteri per la procedura di riconoscimento, di revoca o conferma del carattere scientifico degli Istituti. Si intende differenziare e valorizzare gli IRCCS monotematici da quelli politematici (più aree biomediche integrate). I criteri e le soglie di valutazione devono essere elevati, riferiti alla ricerca e all'attività clinica e assistenziale.

Altro obiettivo della riforma è **la disciplina delle modalità di accesso da parte dei pazienti non residenti nella regione sede dell'IRCCS**, garantendo così un equo accesso alle prestazioni di alta specialità a tutti i cittadini indipendentemente dal luogo di residenza, secondo un'ottica di appropriatezza e ottimizzazione dell'offerta sanitaria. La riforma intende garantire un livello adeguato ed effettivo del finanziamento complessivo della ricerca sanitaria nell'ambito del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), anche nel caso del riconoscimento di nuovi Istituti. Si disciplina la collaborazione tra regioni, attraverso forme di coordinamento interregionale della programmazione sanitaria, per gli IRCCS aventi sede in più regioni, anche mediante sistemi di accreditamento e convenzionamento uniformi.

Uno degli obiettivi della riforma era la creazione di una **rete per lo scambio di competenze tra gli IRCCS e le altre strutture del SSN**. Si interviene sulla disciplina delle modalità di svolgimento delle attività di ricerca delle reti di IRCCS e la loro partecipazione a progetti di ricerca internazionali. Le reti di ricerca degli IRCCS sono reti di eccellenza, costituite con atto pubblico, e perseguono finalità di ricerca prevalentemente traslazionale, ovvero creando un ponte tra la ricerca di base e la pratica clinica, promuovono il progresso delle conoscenze, sperimentano modelli di innovazione nei diversi settori dell'area tematica, anche per rafforzare la capacità operativa del SSN, e sono aperte alla collaborazione con gli altri Enti.

Inoltre, si promuove il coordinamento tra Direzione generale e Direzione scientifica degli IRCCS, anche attraverso il coinvolgimento del direttore scientifico nella Direzione strategica e l'assegnazione di obiettivi condivisi, allo scopo di garantire il collegamento tra l'attività di ricerca e quella assistenziale, creando un ponte tra la ricerca di base e la pratica clinica.

A tal fine, anche la disciplina del personale di ricerca sanitaria, per gli IRCCS e gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS) viene rivista per valorizzare le potenzialità e il percorso professionale. Si dà possibilità di ridurre il secondo periodo contrattuale di lavoro a tempo determinato, rispetto ai 5 anni, in caso di valutazione positiva anche al fine dell'eventuale inquadramento a tempo indeterminato. Gli IRCCS devono definire la quota di personale per la ricerca sanitaria assunto a tempo indeterminato. Si dà possibilità al personale di essere distaccato presso un altro IRCCS o un altro ente pubblico di ricerca.

I componenti degli organismi di governo degli IRCCS di diritto pubblico (e degli organi scientifici degli IRCCS di diritto privato) devono essere in possesso dei requisiti di comprovata professionalità e competenza anche manageriale, in relazione alla specificità dei medesimi istituti, e in assenza di conflitti di interesse.

Infine, la riforma intende facilitare il trasferimento tecnologico dall'idea progettuale all'eventuale brevetto e alla fase di produzione e commercializzazione.

## Gli investimenti: quasi 16 miliardi di euro da spendere

Oltre alle riforme, approvate nel corso del 2022, il PNRR per la Missione Salute prevede, come per le altre missioni, un vasto programma di investimenti. Per poterli realizzare, sono messi a disposizione **15,6 miliardi di euro del NGEU (all'incirca l'8% delle risorse totali), ai quali si aggiungono altri 2,4 miliardi dal Fondo Nazionale Complementare**. La maggioranza delle risorse del NGEU per la Missione 6 sono prestiti – quindi impattano sul disavanzo – mentre solo 624 milioni sono sovvenzioni.

I programmi di spesa si organizzano in due componenti.

La prima componente (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale) prevede tre linee di investimento, ed ha complessivamente a disposizione 7 miliardi di euro. Il primo investimento, con una dote di 2 miliardi di euro, prevede la realizzazione delle Case di Comunità, con l'obiettivo di rafforzare la capacità del SSN sul territorio, potenziandone e migliorandone i servizi. Nella Casa di Comunità dovrebbe esserci il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie, e vi opererà un team multidisciplinare, con presenti anche assistenti sociali, al fine di rafforzare l'integrazione con l'assistenza sanitaria assistenziale. L'investimento prevede l'attivazione di 1.288 Case di Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare strutture già esistenti o costruirne di nuove.

Il secondo progetto (Casa come primo luogo di cura e telemedicina) punta al potenziamento dei servizi domiciliari; si mira a identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari, realizzando un sistema informativo presso ogni ASL per rilevare dati clinici in tempo reale, sfruttando le opportunità offerte dalle nuove tecnologie. L'intervento si compone di tre sub-investimenti. Il primo (Casa come primo luogo di cura) è un programma di spesa corrente, con una dote di 2,72 miliardi di euro ed ha come obiettivo l'incremento del volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare, fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione ultrasessantacinquenne (in linea con le migliori prassi in Europa e come da standard definito nella riforma collegata), in particolare per i pazienti con una o più patologie croniche o non autosufficienti. Il secondo sub-investimento (Implementazione delle Centrali operative territoriali, COT), per il quale sono disponibili 280 milioni di euro, ha come obiettivo l'attivazione di 602 COT per coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari. Il terzo sub-investimento (Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici) prevede l'investimento di un miliardo di euro per lo sviluppo della telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche. I progetti per lo sviluppo della telemedicina dovranno seguire priorità e linee guida definite centralmente dal Ministero e devono potersi integrare con il Fascicolo Sanitario Elettronico, raggiungere target quantitativi di performance legati ai principali obiettivi della telemedicina e del SSN, nonché garantire che il loro sviluppo si traduca in una effettiva armonizzazione dei servizi sanitari.

Infine, il terzo investimento afferente alla prima componente della Missione salute mira al potenziamento dell'assistenza sanitaria intermedia a livello territoriale, mediante l'attivazione degli Ospedali di Comunità. L'Ospedale di Comunità dovrebbe di norma essere dotato di 20 posti letto (fino a un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica; lo scopo è contribuire a una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari. L'investimento, che ha a disposizione un miliardo di euro, dovrebbe portare a realizzare 381 Ospedali di Comunità per la metà del 2026. Il PNRR puntualizza che la dotazione in termini di risorse umane sarà garantita nell'ambito delle risorse vigenti (per le quali è stato già previsto un aumento).

La seconda componente (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN) ha due linee di intervento: la prima riguarda l'aggiornamento tecnologico e digitale, e prevede tre progetti di investimento con a disposizione, complessivamente, 7,36 miliardi di euro, mentre la seconda

riguarda la formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico, con due programmi di investimenti e una dotazione finanziaria di 1,26 miliardi di euro. Nella sua strutturazione, la seconda componente appare più complessa, dato che i due programmi si suddividono in più sub-investimenti, a loro volta composti da diverse sotto-misure. Per facilitare la lettura, rimandiamo alla tavola di sintesi.

#### Sintesi investimenti Missione 6

Componente 1	Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale	7,00
M6 C1.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	2,00
M6 C1.2	Casa come primo luogo di cura e telemedicina	4,00
M6 C1.2.1	Casa come primo luogo di cura (ADI)	2,72
M6 C1.2.2	Implementazione delle Centrali operative territoriali	0,28
M6 C1.2.3	Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	1,00
M6 C1.3	Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1,00
Componente 2	Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN	8,63
M6 C2.1	Aggiornamento tecnologico e digitale	7,36
M6 C2.1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,05
M6 C2.1.1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Digitalizzazione	2,86
M6 C2.1.1.2	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Grandi apparecchiature	1,19
M6 C2.1.2	Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1,64
M6 C2.1.3	Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1,67
M6 C2.1.3.1	Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione - Fascicolo sanitario elettronico (FSE)	1,38
M6 C2.1.3.2	Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione - Potenziamento, modello predittivo, SDK	0,29
M6 C2.2	Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico	1,26
M6 C2.2.1	Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0,52
M6 C2.2.2	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario:	0,74
M6 C2.2.2.1	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitari - Borse aggiuntive in formazione di medicina generale	0,10
M6 C2.2.2.2	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitari - corso di formazione in infezioni ospedaliere	0,08
M6 C2.2.2.3	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitari - corso di formazione manageriale	0,02
M6 C2.2.2.4	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitari - contratti di formazione medicospecialistica	0,54

Fonte: elaborazioni REF Ricerche su documenti Italia Domani

L'intervento per l'aggiornamento tecnologico e digitale, oltre alla riforma degli IRCCS, programma tre tipi di sub-investimenti. Il primo (ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero) prevede a sua volta due sotto-misure. La prima (Digitalizzazione) ha disposizione quasi 2,9 miliardi di euro, di cui una parte però, pari a 1,41 miliardi, era già inclusa nel tendenziale, in quanto relativa a progetti già avviati dal Ministero della Salute per il rafforzamento strutturale del SSN<sup>11</sup> (si tratta, in altre parole, di una spesa non addizionale). Tali risorse sono da destinare al rinnovamento della dotazione esistente di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, all'ammodernamento dei Pronto Soccorso e all'incremento del numero dei mezzi per i trasporti sanitari secondari. Le spese addizionali, invece, pari a 1,45 miliardi di euro, sono destinate a interventi di potenziamento del livello di digitalizzazione di 280 strutture sanitarie sede di Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di I e II livello entro la fine del 2025.

La seconda sotto-misura (Grandi apparecchiature) prevede la sostituzione delle apparecchiature sanitarie, con l'acquisto di 3.133 nuove grandi attrezzature ad alto contenuto

<sup>11</sup> In attuazione del DL 34/2020 (decreto Rilancio).

tecnologico (come TAC, risonanze, angiografi, etc.) entro la fine del 2024, finanziato con 1,19 miliardi di euro.

Il secondo sub-investimento, "Verso un ospedale sicuro e sostenibile", intende definire un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, realizzando 116 interventi di adeguamento alle normative antisismiche, per i quali sono disponibili 1,64 miliardi (di cui un miliardo relativo a progetti già in essere).

Il terzo sub-investimento concerne invece il "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione". A sua volta, il progetto prevede due sub-misure distinte. La prima riguarda il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale. Ad oggi, il FSE è ancora poco utilizzato, mentre potrebbe essere una piattaforma molto utile per la raccolta di dati sui pazienti e per lo sviluppo del modello della Connected Care. Il progetto prevede la creazione e implementazione di un archivio centrale, l'integrazione dei documenti sanitari e dei dati, l'interoperabilità e piattaforma dei servizi, la progettazione di un'interfaccia utente standardizzata e la definizione dei servizi che il FSE dovrà fornire. Inoltre, l'intervento prevede un supporto finanziario, sia ai fornitori di servizi sanitari per l'aggiornamento della loro infrastruttura tecnologica e per la compatibilità dei dati, sia alle regioni per l'adozione della piattaforma FSE, e un supporto in termini di capitale umano e competenze per i cambiamenti infrastrutturali e di dati necessari all'adozione del FSE. A disposizione di questo progetto ci sono 1.38 miliardi di euro, di cui 570 milioni sono relativi a iniziative già avviate per la realizzazione del sistema di Tessera Sanitaria Elettronica.

La seconda sub-misura concerne invece il potenziamento del modello predittivo, mediante un rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e applicativa del Ministero della Salute, il miglioramento della raccolta, processo e produzione dei dati NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) a livello locale, lo sviluppo di strumenti di analisi avanzata e di elaborazione di scenari predittivi per migliorare la capacità di programmazione dei servizi sanitari, la creazione di una piattaforma nazionale per favorire l'incontro di domanda e offerta per i servizi di telemedicina dei soggetti accreditati. Le risorse a disposizione di questo progetto sono pari a 290 milioni di euro.

La seconda linea di intervento afferente alla componente "innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN" è quella della formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico, che prevede due sub-investimenti. Il primo è finalizzato alla valorizzazione e al potenziamento della ricerca biomedica del SSN, rafforzando la capacità di risposta dei centri di eccellenza. A disposizione ci sono 520 milioni di euro da utilizzare per più interventi: il finanziamento di progetti Proof of Concept, attraverso la predisposizione di prototipi per la commercializzazione e la mitigazione dei rischi potenziali (derivanti da eventuali brevetti, licenze o barriere all'entrata) che possono scoraggiare gli investitori di mercato, al fine di ridurre il gap tra risultati della ricerca scientifica e applicazione per scopi industriali; il finanziamento di programmi di ricerca nel campo delle malattie rare e dei tumori; il finanziamento per programmi di ricerca su malattie altamente invalidanti.

Il secondo sub-investimento riguarda invece lo sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, e prevede quattro sotto-misure: l'assegnazione alle regioni delle risorse per il finanziamento di borse di studio di medicina generale di durata triennale (2.700 borse aggiuntive); l'avvio di un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere; l'attivazione di progetti formativi per lo sviluppo di competenze di management per i professionisti del SSN; l'incremento dei contratti di formazione specialistica (4.200 contratti in più) per affrontare il cosiddetto imbuto formativo e garantire un

adeguato turnover dei medici specialisti<sup>12</sup>. Il costo complessivo di questi interventi è stimato in 740 milioni di euro.

### **Il programma finanziario: il grosso degli impegni è nel triennio 2023-25**

L'analisi del cronoprogramma finanziario circa la Missione 6, evidenzia come l'impegno di spesa è previsto concentrarsi nel periodo 2023-26, mentre l'esborso programmato nella prima parte 2020-22 è stato modesto, pari a 343 milioni di euro (di cui 311 nel solo 2022). **Tra il 2023 e il 2024 la spesa prevista dovrebbe essere pari a 8 miliardi, mentre nel biennio successivo pari a 7,25 miliardi.**

Si osservano però delle differenze tra le due componenti della Missione. Secondo il programma finanziario, per la prima (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale) si prevedeva di spendere fino al 2022 solo l'1% delle risorse a disposizione, peraltro tutte concentrate nel 2022, e il restante 99% nel quadriennio successivo, in particolare nel triennio 2024-26.

La seconda componente (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario), invece, è lievemente più anticipata, sebbene la parte preponderante, il 97% di questi investimenti sarà da effettuare dal 2023 in avanti, e soprattutto nel periodo 2023-25.

Guardando ai diversi investimenti previsti, si osserva come i primi a dover essere realizzati siano soprattutto quelli che includono progetti già in essere, tutti relativi alla seconda Componente; nello specifico, i progetti facenti parte della linea di investimento "Aggiornamento tecnologico e digitale". È il caso in particolare del sub-investimento nel Fascicolo Sanitario Elettronico, facente parte del progetto di rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica per la raccolta dei dati, per il quale è già stata prevista una spesa di 150 milioni di euro nello scorso triennio (di cui 117 nel 2022), e ne prevedono altri 187 milioni nel 2023. Tale progetto è complessivamente pari a 1,38 miliardi di euro, di cui 570 milioni sono relativi a iniziative già avviate.

**Il 2023, stando al programma finanziario, è l'anno in cui la spesa dovrebbe cominciare ad essere considerevole, dopo un primo triennio in cui è stata fatta la progettazione e dovrebbero essere stati svolti i vari adempimenti amministrativi preparatori per la fase esecutiva. La spesa prevista passa dai 311 milioni complessivi programmati per il 2022 a 3,3 miliardi di euro per il 2023.**

Questa partenza riguarda tutte le linee di investimento, ma soprattutto l'Aggiornamento tecnologico e digitale (M6 C2.1), per il quale nel 2023 si programma una spesa di oltre 2 miliardi di euro. È soprattutto il progetto di digitalizzazione, afferente all'investimento per l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, quello per il quale l'aumento degli impegni di spesa nel 2023 è ragguardevole; dei 2,86 miliardi complessivamente messi a disposizione per il progetto, il programma prevede che più di un terzo, 1,02 miliardi di euro, siano spesi nel corso di quest'anno. D'altra parte, questo è uno degli interventi che hanno incluso alcuni progetti già in essere (con il relativo finanziamento, pari a circa metà delle risorse complessivamente a disposizione). Altri impegni di spesa rilevanti per il 2023 sono rappresentati dal sotto-investimento in grandi apparecchiature (anch'esso attinente all'ammodernamento tecnologico degli ospedali), con una spesa prevista di quasi 600 milioni di euro, e dalla spesa per l'assistenza domiciliare (Casa come primo luogo di cura, ADI), che prevede una prima tranche di spesa di 435 milioni di euro nel 2023; quest'ultimo è un progetto di spesa corrente, e quindi non stupisce che la distribuzione nel tempo della spesa sia crescente fino alla fine del periodo, assorbendo 870 milioni di euro, quando è prevista andare a regime.

---

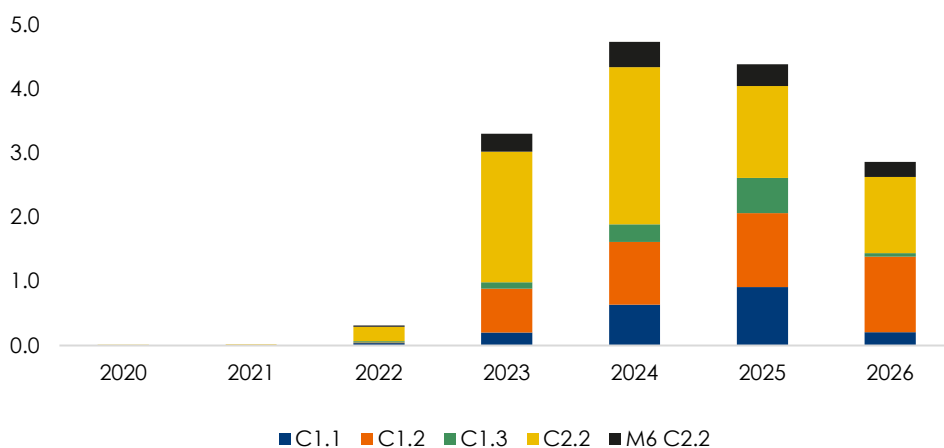
<sup>12</sup> Si rimanda alla parte di FLM sulle dotazioni in sanità.

Il resto della spesa per il 2023 riguarda gli altri progetti: tutti, infatti, dovrebbero partire almeno da quest'anno.

Il programma finanziario prevede per tutti un ulteriore incremento di spesa nel 2024, che complessivamente dovrebbe vedere impiegati 4,7 miliardi di euro, seguito da un 2025 di spesa ancora su livelli elevati, pari a quasi 4,4 miliardi di euro. In particolare, per gli investimenti della Componente 1 il programma prevede un incremento ulteriore della spesa nel 2025, con la spesa annua che tocca il massimo (ad eccezione del progetto Casa come primo luogo di cura e telemedicina, che vede un ulteriore aumento nel 2026, soprattutto per il capitolo dell'assistenza domiciliare, proprio per l'andare a regime del programma).

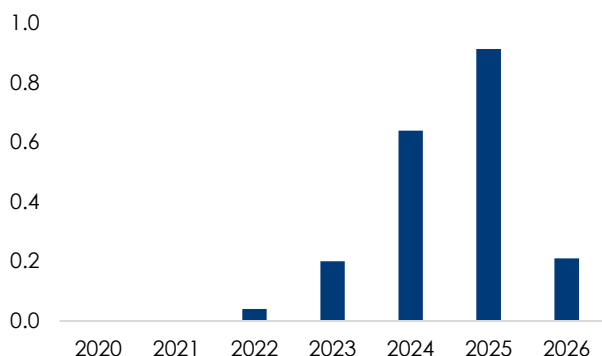
Gli impegni per gli investimenti della Componente 2, invece, dovrebbero raggiungere il loro massimo nel 2024, per poi ridursi nell'ultimo biennio. Nello specifico, sono i già citati progetti di ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero quelli per i quali il calo a partire dal 2025 è più evidente, con una spesa concentrata soprattutto nel biennio 2023-24. Anche l'intervento di valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica nel SSN vede un pattern temporale di spesa simile, seppur con un calo più graduale degli impegni nell'ultimo biennio di programmazione.

#### Il cronoprogramma finanziario della Missione 6 (miliardi di euro)



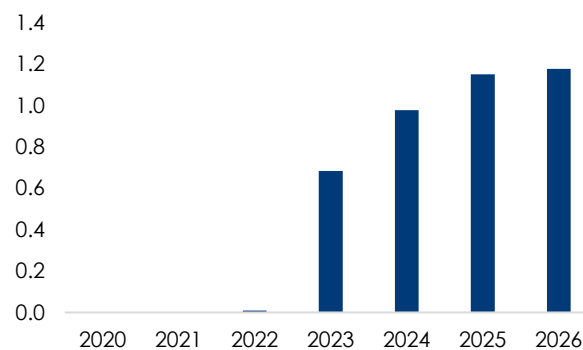
Fonte: elaborazioni REF Ricerche da dati Italia Domani

#### C1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona - cronoprogramma finanziario (miliardi di euro)



Fonte: elaborazioni REF Ricerche da dati Italia Domani

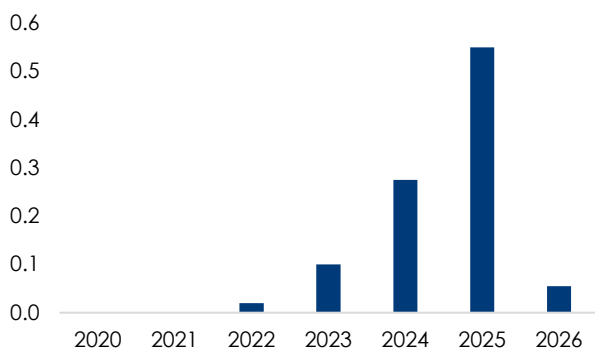
#### C1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina - cronoprogramma finanziario (miliardi di euro)



Fonte: elaborazioni REF Ricerche da dati Italia Domani

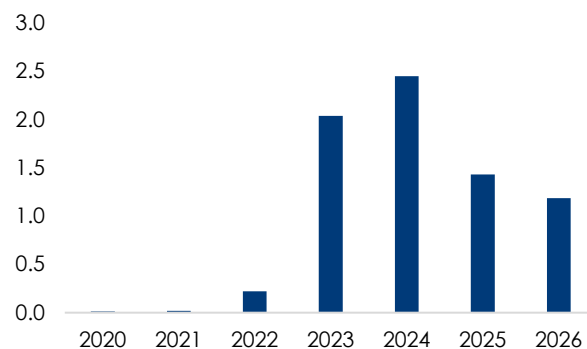


### C 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) - cronoprogramma finanziario (miliardi di euro)



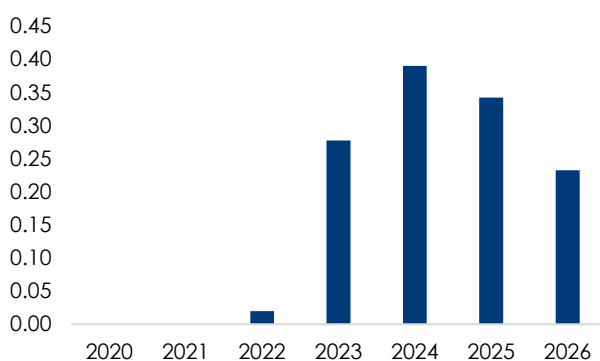
Fonte: elaborazioni REF Ricerche da dati Italia Domani

### C 2.1 Aggiornamento tecnologico e digitale - cronoprogramma finanziario (miliardi di euro)



Fonte: elaborazioni REF Ricerche da dati Italia Domani

### C 2.2 Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico - cronoprogramma finanziario (miliardi di euro)



Fonte: elaborazioni REF Ricerche da dati Italia Domani

## L'attuazione: i progetti presentati e validati

A gennaio 2022, con decreto del Ministero della Salute, sono state ripartite le prime risorse tra le Regioni e le Province autonome per la realizzazione di specifiche linee progettuali all'interno della Missione 6, per complessivi 8 miliardi di euro (inclusivi di 1,45 miliardi di euro di risorse del Piano Nazionale Complementare, PNC). Con il Decreto di gennaio 2023, il Ministero della Salute ha ripartito ulteriori 2,7 miliardi di euro. Secondo elaborazioni della Corte dei Conti<sup>13</sup>, risultano ad oggi ripartiti 11,2 miliardi sui 15,6 destinati al finanziamento della Missione 6, ovvero il 72% delle risorse e interessando 12 investimenti su 15.

Utilizzando i database disponibili sul sito di Italia Domani, si evidenzia come **a metà 2023<sup>14</sup> per la Missione 6 i progetti presentati, per i quali è stato emesso un CUP (Codice Unico Progetto) e già validati<sup>15</sup>, fossero 6.440, che utilizzano 6,9 miliardi delle risorse PNRR**, alle quali si aggiungono altre

<sup>13</sup> Corte dei Conti (2023) Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica.

<sup>14</sup> Gli ultimi dati disponibili sono aggiornati al 19 maggio 2023.

<sup>15</sup> La validazione è il consolidamento periodico delle informazioni relative all'avanzamento fisico, procedurale e finanziario dei progetti presenti sulla piattaforma ReGIS, a fronte dall'esito dei controlli

fonti di finanziamento (tra i principali, 206 milioni di euro del Fondo Opere Indifferibili, 413 milioni di co-finanziamento da parte delle regioni, 130 milioni da altri Fondi), che portano le risorse pubbliche a disposizione per questi progetti a 7,7 miliardi di euro. L'importo medio dei progetti è di 1,2 milioni di euro, con un elevato addensamento verso il limite inferiore della distribuzione (metà dei progetti ha un importo che non supera i 500mila euro). Poco più di 1.000 progetti (il 17%) superano i 2 milioni di euro, mentre solo il 4% ha un importo maggiore ai 5 milioni di euro.

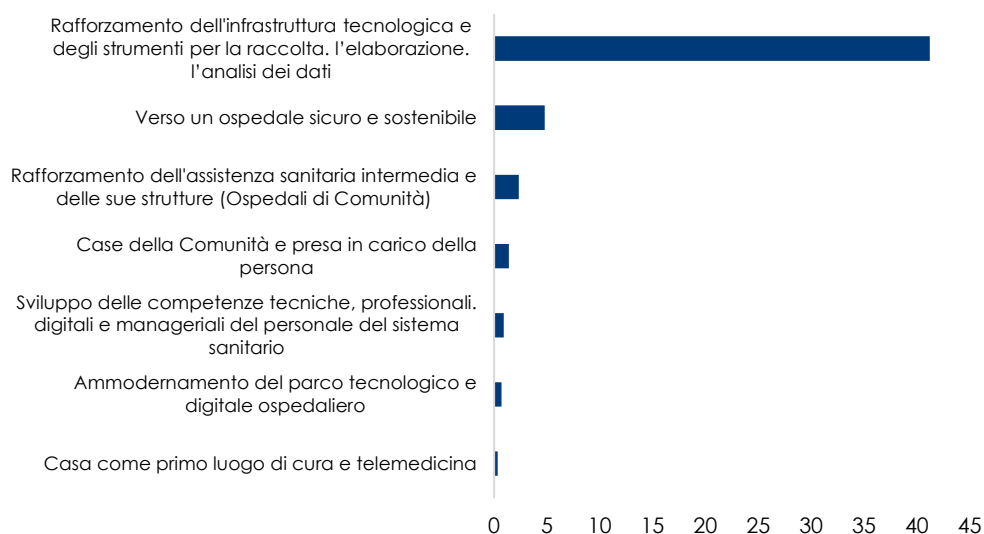
**Missione 6 - Progetti e risorse associate (numero progetti validati con CUP e miliardi di euro di finanziamento per fondi)**

	<b>C1 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>C2 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>TOTALE M6</b>
Numero di progetti	3.883	2.557	6.440
PNRR	3,64	3,22	6,85
PNC	0,01	0,00	0,01
FOI	0,04	0,17	0,21
Altri fondi	-0,01	0,14	0,13
Finanziamento UE (diverso da PNRR)	0,01	0,07	0,08
Finanziamento regione	0,09	0,32	0,41
Altre risorse pubbliche	0,00	0,03	0,03
<b>Risorse totali</b>	<b>3,78</b>	<b>3,95</b>	<b>7,72</b>

Fonte: elaborazioni REF Ricerche da dati Italia Domani

La maggior parte dei progetti riguarda la Componente 1 (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN), e in particolare la misura di Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero: è d'altra parte il primo investimento previsto nel cronoprogramma già a partire dal 2023. Per la Componente 2 sono stati attivati 2.557 progetti, per la realizzazione delle Case della Comunità. In termini di risorse, però, la suddivisione tra le due componenti è meno sbilanciata; questo perché l'entità media dei progetti della Componente 1 è più elevata, con l'importante eccezione però degli investimenti per il Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione, per i quali l'importo medio dei progetti è di oltre 41 milioni di euro; si tratta d'altra parte di progetti il cui soggetto attuatore è l'Amministrazione centrale (Presidenza del Consiglio dei Ministri e Ministero della Salute), sono quindi gestiti centralmente e si tratta di pochi progetti di ambito nazionale.

automatici di coerenza dei dati inseriti a sistema dai Soggetti Attuatori e delle opportune verifiche amministrative poste in essere dalle Amministrazioni.

**Importo medio dei progetti, per misura (milioni di euro per progetto)**

Fonte: elaborazioni REF Ricerche da dati Italia Domani

**Risorse assegnate ai progetti validati, per misura (milioni di euro)**

Misura	Risorse (milioni euro)
C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario	3.636
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	2.622
Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	289
Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	1
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	725
C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale	3.216
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	255
Case della Comunità e presa in carico della persona	1.964
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	996

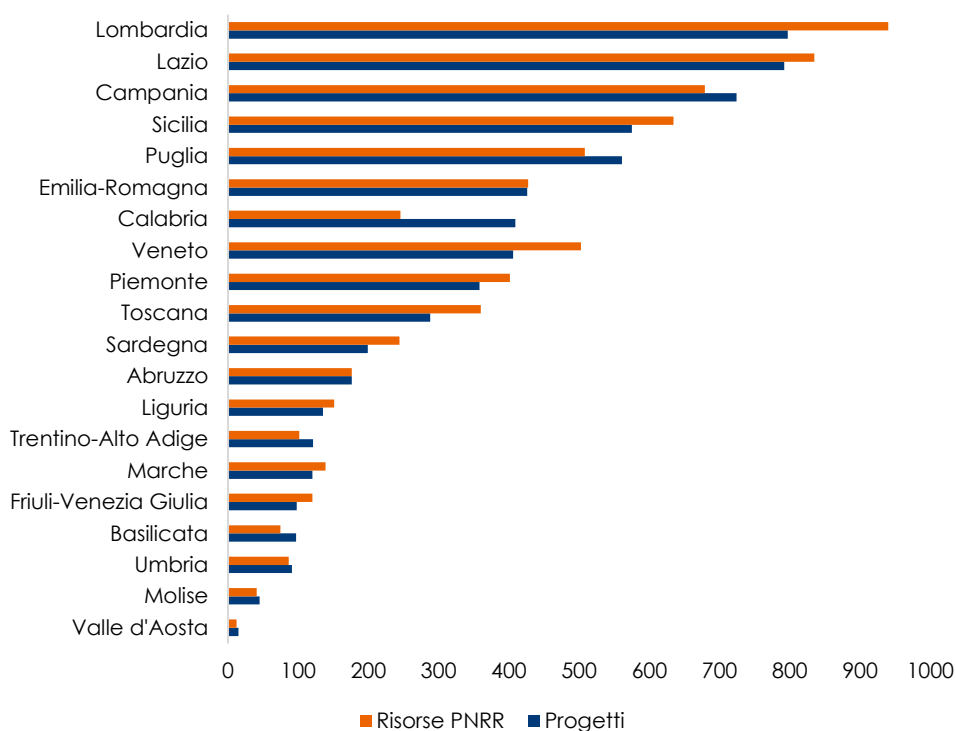
Fonte: elaborazioni REF Ricerche da dati Italia Domani

**Per quanto concerne i soggetti attuatori, sono quasi esclusivamente le Regioni e le Province Autonome**, ad eccezione di pochi progetti gestiti centralmente: si tratta di 2 progetti di competenza di Agenas per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali, di 3 progetti di competenza del Ministero della Salute per il potenziamento del modello predittivo SDK (nell'ambito dell'investimento per il rafforzamento degli strumenti per l'analisi dei dati e la simulazione), e di 4 progetti di competenza della Presidenza del Consiglio dei Ministri per il rafforzamento del Fascicolo Sanitario Elettronico. In termini di risorse, il peso dei progetti di ambito nazionale è pari a poco più del 5% delle risorse PNRR.

Il grosso dei progetti e delle risorse sono invece di ambito territoriale, data anche la competenza regionale in materia sanitaria.

Guardando alla localizzazione dei progetti (incluso anche i progetti gestiti dalle Amministrazioni centrali<sup>16</sup>), si osserva come **un quarto del totale si concentri in Lombardia e in Lazio, seguiti da Campania, Sicilia e Puglia**. Per quanto riguarda la distribuzione delle risorse, il peso della Lombardia è predominante (il 14% delle risorse PNRR, il 16% delle risorse pubbliche totali).

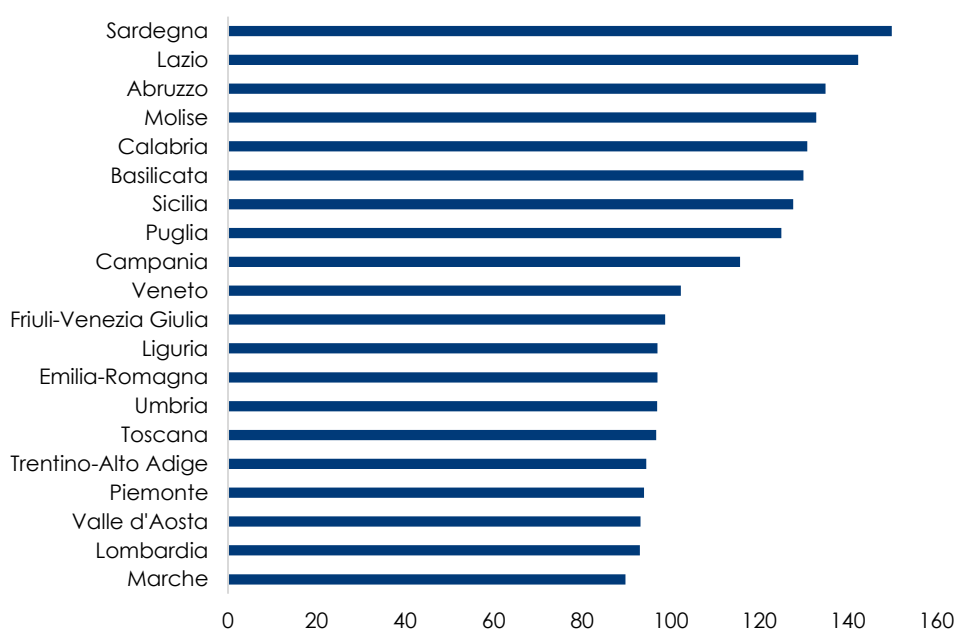
#### Distribuzione progetti validati Missione 6 per regione (progetti e risorse PNRR, milioni di euro)



Fonte: elaborazioni REF Ricerche da dati Italia Domani

Naturalmente, tale squilibrio dipende anche dalle diverse dimensioni regionali. Normalizzando per la popolazione il quadro appare leggermente diverso. **Per quanto riguarda il numero di progetti presentati, la numerosità maggiore si rileva nelle regioni meridionali**, in particolare in quelle meno popolate (Molise, Basilicata e Calabria), ma anche nel Lazio. Per quel che concerne invece **le risorse assegnate, a livello nazionale per la Missione 6 i progetti validati prevedono una spesa di 114 euro per abitante; le risorse sono superiori alla media nel Lazio** (142 euro), vista la localizzazione di alcuni progetti a gestione centralizzata, e nelle regioni meridionali, **in particolare in Sardegna (150 euro pro-capite), data anche la clausola che prevede che il 40% delle risorse allocabili territorialmente sia destinato alle regioni del Mezzogiorno**.

<sup>16</sup> I progetti aventi come soggetto attuatore la Presidenza del Consiglio dei Ministri hanno ambito nazionale e non hanno una localizzazione, mentre quelli gestiti da Ministero della Salute e Agenas sono localizzati nel Lazio.

**Risorse PNRR erogate per progetti validati per Missione 6, pro-capite (euro per abitante)**

Fonte: elaborazioni REF Ricerche da dati Italia Domani

In alcuni casi, al finanziamento da PNRR si aggiungono altre risorse, nazionali (come quelle del Fondo complementare o il Fondo opere indifferibili), locali (prevalentemente della regione, ma ci sono anche progetti cofinanziati da Province o Comuni) o comunitarie (con fondi diversi). In termini pro-capite, l'incidenza di queste altre fonti di finanziamento è maggiore in Trentino-Alto Adige (dove, grazie soprattutto, ai 92 milioni da fondi regionali le risorse disponibili per la realizzazione dei progetti della Missione 6 sono più alte di 99 euro per abitante rispetto a quanto finanziato con il solo PNRR). Anche in Lombardia, Toscana, Sardegna si osserva un incremento delle risorse erogate, ma con ordini di grandezza più contenuti.

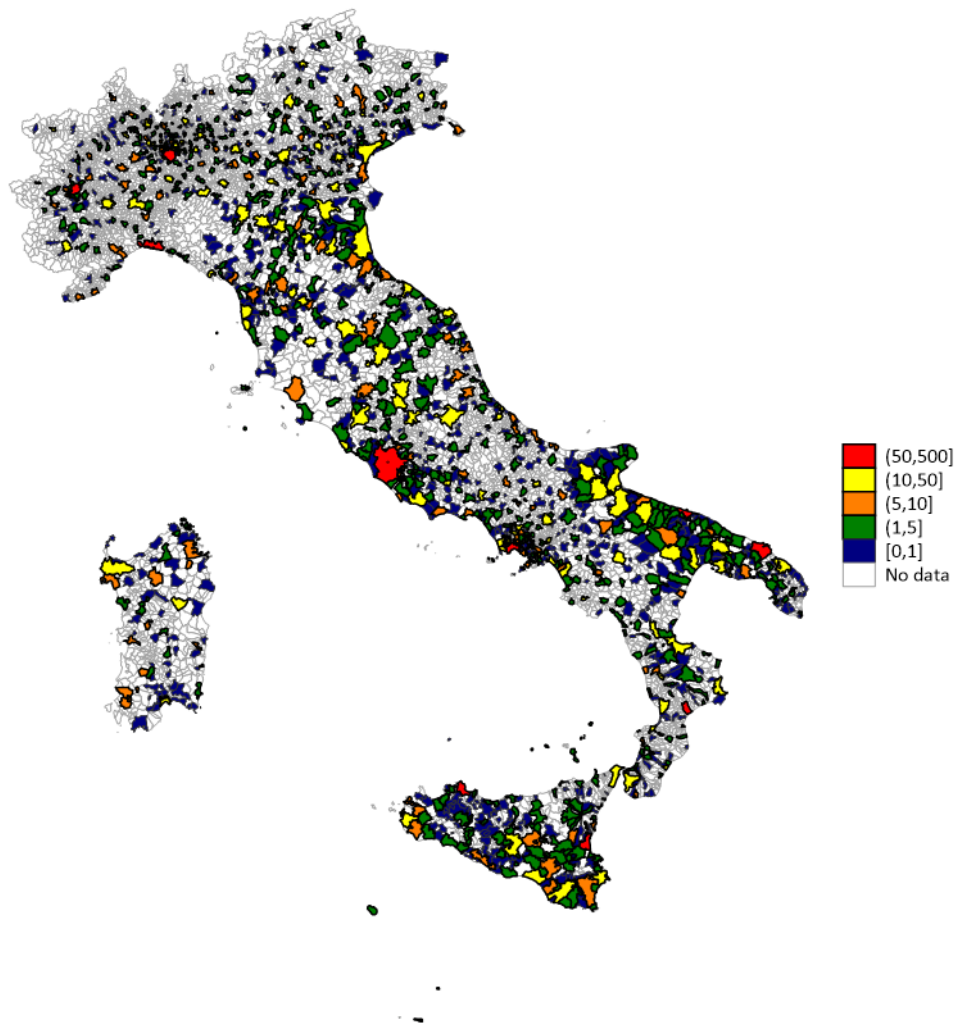
**La maggior parte dei progetti (circa metà di quelli registrati in banca dati) finora validati riguarda l'acquisto di beni di nuova fornitura; in particolare, pesano molto i bandi legati all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, che da solo riguarda oltre 3.100 bandi e al quale sono assegnati circa 1,6 miliardi di euro di risorse.**

Per quanto riguarda invece le risorse erogate per i vari bandi, la maggior parte (il 62%) dei finanziamenti pubblici riguardano la realizzazione di lavori pubblici (opere o impiantistica), dato il maggior importo medio di questa tipologia di bandi. Pesa, in particolare, **la manutenzione straordinaria, che assorbe oltre 2 miliardi di euro di risorse pubbliche** attribuite; se si includono anche i lavori di ristrutturazione per cambio destinazione d'uso o per efficientamento energetico, le risorse salgono a quasi 3,1 miliardi di euro. Un peso inferiore, ma non certo trascurabile, ce l'hanno invece gli interventi per nuove realizzazioni, che contano complessivamente 437 bandi e quasi 1,2 miliardi di risorse pubbliche erogate.

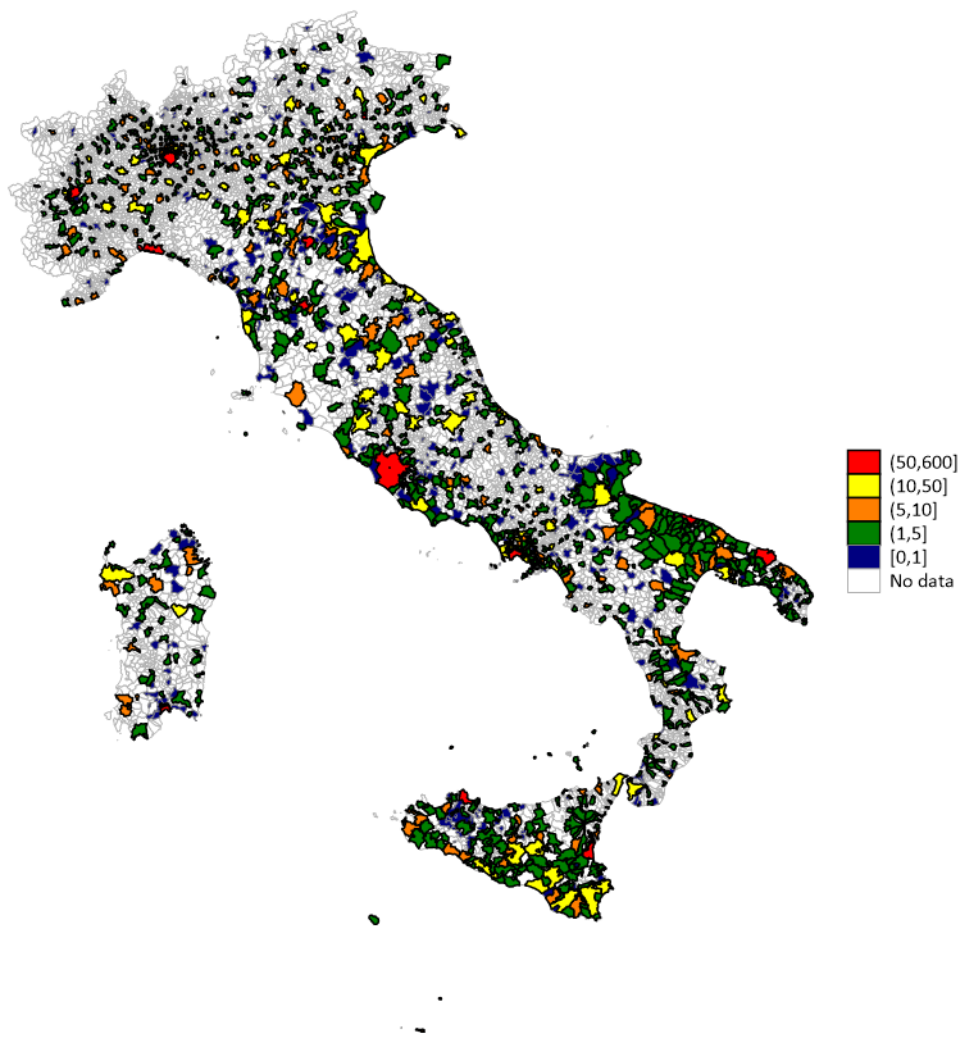
Guardando la localizzazione dei progetti, si osserva come questa non sia uniforme, ma segua sostanzialmente la distribuzione della popolazione, con una concentrazione nelle aree più densamente abitate. Puglia e Sicilia rappresentano due casi particolari, con una distribuzione molto ampia dei progetti nel territorio, favorita anche dalla maggiore dimensione territoriale media dei Comuni. I Comuni più grandi (Roma, Milano, Torino, Genova, Napoli, Palermo, Bari e Catania) sono quelli dove sono localizzati almeno 50 progetti riguardanti la Missione Salute. Di

norma, però, il numero di progetti per Comune si concentra su valori molto bassi (metà dei Comuni che hanno almeno un progetto localizzato nel proprio territorio non ne ha più di 2). Roma rappresenta un outlier, anche perché molti progetti di gestione centrale sono localizzati qui. La distribuzione delle risorse associate ai progetti finanziati segue un pattern molto simile.

#### Progetti attivati per Comune



Fonte: elaborazioni REF Ricerche da dati Italia Domani

**Risorse per progetti per Comune (milioni di euro)**

Fonte: elaborazioni REF Ricerche da dati Italia Domani

Naturalmente, non tutti i tipi di intervento previsti nel Piano richiedono l'attivazione di progetti e bandi; ad esempio, l'aumento delle borse di studio di medicina generale, o il potenziamento dell'assistenza domiciliare, che almeno in parte è un programma di spesa corrente, possono prescindere da bandi ad hoc; dei 4 miliardi di risorse del PNRR cumulati nel periodo 2022-2, solo 255 milioni di euro sono stati assegnati per finanziare progetti validati associati a dei CUP, destinati all'implementazione delle Centrali Operative Territoriali.

Per avere quindi un'idea della suddivisione sul territorio di alcuni di questi interventi, si fa riferimento alle informazioni dedotte dai Contratti istituzionali di sviluppo per la Componente 1 di maggio 2022. La ripartizione delle risorse ha tenuto conto, oltre al vincolo del 40% da assicurare al Mezzogiorno, anche di alcuni criteri specifici (ad esempio, del fabbisogno di Case della Comunità, che ha aumentato la quota di risorse al Mezzogiorno per questa finalità, o del criterio di una Centrale Operativa Tecnica ogni 100mila abitanti, che ha ridotto la quota del Mezzogiorno, o ancora della richiesta di compensazione, da parte delle Regioni maggiormente avanzate nell'assistenza domiciliare per accettare un riparto delle risorse che favorisse il riequilibrio territoriale).

## I progetti validati per la Missione 6, per regione (continua...)

	Nr Progetti	Finanziamento PNRR (mln €)	Finanziamento PNC (mln €)	Finanziamento Totale Pubblico (mln €)
<b>Abruzzo</b>				
<b>Reti di prossimità. strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>66</b>	<b>90</b>	<b>0</b>	<b>90</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	15	4	0	4
Case della Comunità e presa in carico della persona	40	59	0	59
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	11	26	0	26
<b>Innovazione. ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>110</b>	<b>87</b>	<b>0</b>	<b>88</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	105	69	0	69
Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	1	1	0	2
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	4	17	0	17
<b>Totale complessivo</b>	<b>176</b>	<b>176</b>	<b>0</b>	<b>178</b>
<b>Basilicata</b>				
<b>Reti di prossimità. strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>34</b>	<b>38</b>	<b>0</b>	<b>41</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	10	2	0	2
Case della Comunità e presa in carico della persona	19	25	0	28
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	5	11	0	11
<b>Innovazione. ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>63</b>	<b>36</b>	<b>0</b>	<b>37</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	61	29	0	29
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	2	7	0	7
<b>Totale complessivo</b>	<b>97</b>	<b>75</b>	<b>0</b>	<b>78</b>
<b>Calabria</b>				
<b>Reti di prossimità. strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>106</b>	<b>122</b>	<b>2</b>	<b>144</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	31	6	0	7
Case della Comunità e presa in carico della persona	55	76	2	86
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	20	40	0	50
<b>Innovazione. ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>303</b>	<b>123</b>	<b>0</b>	<b>123</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	297	99	0	99
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	6	24	0	24
<b>Totale complessivo</b>	<b>409</b>	<b>246</b>	<b>2</b>	<b>267</b>
<b>Campania</b>				
<b>Reti di prossimità. strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>289</b>	<b>375</b>	<b>0</b>	<b>408</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	73	20	0	21
Case della Comunità e presa in carico della persona	168	244	0	262
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	48	111	0	126
<b>Innovazione. ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>435</b>	<b>304</b>	<b>0</b>	<b>304</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	426	233	0	233
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	9	71	0	71
<b>Totale complessivo</b>	<b>724</b>	<b>679</b>	<b>0</b>	<b>713</b>
<b>Emilia-Romagna</b>				
<b>Reti di prossimità. strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>164</b>	<b>204</b>	<b>0</b>	<b>246</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	53	12	0	12
Case della Comunità e presa in carico della persona	84	125	0	153
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	27	68	0	81
<b>Innovazione. ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>262</b>	<b>223</b>	<b>0</b>	<b>238</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	258	179	0	179
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	4	43	0	59
<b>Totale complessivo</b>	<b>426</b>	<b>427</b>	<b>0</b>	<b>484</b>
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>				
<b>Reti di prossimità. strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>41</b>	<b>54</b>	<b>0</b>	<b>54</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	13	4	0	4
Case della Comunità e presa in carico della persona	21	31	0	31
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	7	19	0	19
<b>Innovazione. ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>57</b>	<b>67</b>	<b>0</b>	<b>72</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	56	55	0	55
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1	12	0	17
<b>Totale complessivo</b>	<b>98</b>	<b>120</b>	<b>0</b>	<b>125</b>

Fonte: elaborazioni REF Ricerche da dati Italia Domani



## I progetti validati per la Missione 6, per regione (...continua...)

	Nr Progetti	Finanziamento PNRR (mln €)	Finanziamento PNC (mln €)	Finanziamento Totale Pubblico (mln €)
<b>Lazio</b>				
<b>Reti di prossimità. strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>253</b>	<b>327</b>	<b>0</b>	<b>359</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	91	95	0	96
Case della Comunità e presa in carico della persona	127	148	0	170
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	35	84	0	94
<b>Innovazione. ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>539</b>	<b>508</b>	<b>0</b>	<b>517</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	493	237	0	237
Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	3	124	0	124
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	43	147	0	156
<b>Totale complessivo</b>	<b>792</b>	<b>835</b>	<b>0</b>	<b>877</b>
<b>Liguria</b>				
<b>Reti di prossimità. strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>59</b>	<b>70</b>	<b>0</b>	<b>77</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	18	4	0	4
Case della Comunità e presa in carico della persona	30	42	0	49
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	11	24	0	24
<b>Innovazione. ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>76</b>	<b>81</b>	<b>0</b>	<b>88</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	68	66	0	73
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	8	15	0	15
<b>Totale complessivo</b>	<b>135</b>	<b>151</b>	<b>0</b>	<b>165</b>
<b>Lombardia</b>				
<b>Reti di prossimità. strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>359</b>	<b>445</b>	<b>0</b>	<b>755</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	100	24	0	28
Case della Comunità e presa in carico della persona	195	274	0	556
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	64	148	0	171
<b>Innovazione. ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>438</b>	<b>495</b>	<b>0</b>	<b>506</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	413	398	0	407
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	25	97	0	99
<b>Totale complessivo</b>	<b>797</b>	<b>940</b>	<b>0</b>	<b>1,261</b>
<b>Marche</b>				
<b>Reti di prossimità. strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>52</b>	<b>66</b>	<b>0</b>	<b>72</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	15	3	0	3
Case della Comunità e presa in carico della persona	28	40	0	46
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	9	23	0	23
<b>Innovazione. ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>68</b>	<b>73</b>	<b>0</b>	<b>73</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	66	58	0	58
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	2	15	0	15
<b>Totale complessivo</b>	<b>120</b>	<b>139</b>	<b>0</b>	<b>145</b>
<b>Molise</b>				
<b>Reti di prossimità. strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>0</b>	<b>23</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	5	1	0	1
Case della Comunità e presa in carico della persona	13	14	0	15
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	2	6	0	7
<b>Innovazione. ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>25</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>21</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	24	16	0	16
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1	4	0	5
<b>Totale complessivo</b>	<b>45</b>	<b>41</b>	<b>0</b>	<b>44</b>
<b>Piemonte</b>				
<b>Reti di prossimità. strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>164</b>	<b>200</b>	<b>0</b>	<b>212</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	55	12	0	12
Case della Comunità e presa in carico della persona	82	122	0	130
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	27	66	0	71
<b>Innovazione. ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>194</b>	<b>201</b>	<b>0</b>	<b>204</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	189	164	0	167
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	5	37	0	37
<b>Totale complessivo</b>	<b>358</b>	<b>401</b>	<b>0</b>	<b>416</b>

Fonte: elaborazioni REF Ricerche da dati Italia Domani

## I progetti validati per la Missione 6, per regione (...continua...)

	Nr Progetti	Finanziamento PNRR (mln €)	Finanziamento PNC (mln €)	Finanziamento Totale Pubblico (mln €)
<b>Puglia</b>				
<b>Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>210</b>	<b>268</b>	<b>0</b>	<b>291</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	51	12	0	13
Case della Comunità e presa in carico della persona	121	177	0	191
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	38	79	0	87
<b>Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>351</b>	<b>239</b>	<b>0</b>	<b>243</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	344	189	0	189
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	7	50	0	54
<b>Totale complessivo</b>	<b>561</b>	<b>508</b>	<b>0</b>	<b>534</b>
<b>Sardegna</b>				
<b>Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>80</b>	<b>112</b>	<b>0</b>	<b>130</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	17	5	0	6
Case della Comunità e presa in carico della persona	50	74	0	83
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	13	33	0	41
<b>Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>119</b>	<b>132</b>	<b>0</b>	<b>146</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	110	112	0	125
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	9	21	0	21
<b>Totale complessivo</b>	<b>199</b>	<b>244</b>	<b>0</b>	<b>276</b>
<b>Sicilia</b>				
<b>Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>249</b>	<b>328</b>	<b>0</b>	<b>362</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	52	17	0	17
Case della Comunità e presa in carico della persona	154	215	0	227
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	43	96	0	118
<b>Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>326</b>	<b>306</b>	<b>0</b>	<b>306</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	314	245	0	245
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	12	62	0	62
<b>Totale complessivo</b>	<b>575</b>	<b>634</b>	<b>0</b>	<b>668</b>
<b>Toscana</b>				
<b>Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>142</b>	<b>174</b>	<b>0</b>	<b>267</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	41	13	0	13
Case della Comunità e presa in carico della persona	77	104	0	180
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	24	57	0	73
<b>Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>146</b>	<b>186</b>	<b>0</b>	<b>196</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	139	150	0	150
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	7	36	0	46
<b>Totale complessivo</b>	<b>288</b>	<b>360</b>	<b>0</b>	<b>463</b>
<b>Trentino-Alto Adige</b>				
<b>Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>40</b>	<b>49</b>	<b>0</b>	<b>95</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	14	3	0	6
Case della Comunità e presa in carico della persona	20	29	0	64
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	6	16	0	25
<b>Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>81</b>	<b>53</b>	<b>11</b>	<b>113</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	79	42	0	50
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	2	10	11	63
<b>Totale complessivo</b>	<b>121</b>	<b>101</b>	<b>11</b>	<b>208</b>
<b>Umbria</b>				
<b>Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>0</b>	<b>33</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	13	3	0	3
Case della Comunità e presa in carico della persona	14	16	0	16
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	5	13	0	14
<b>Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>59</b>	<b>54</b>	<b>0</b>	<b>54</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	57	46	0	46
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	2	9	0	9
<b>Totale complessivo</b>	<b>91</b>	<b>86</b>	<b>0</b>	<b>87</b>

Fonte: elaborazioni REF Ricerche da dati Italia Domani

## I progetti validati per la Missione 6, per regione

	Nr Progetti	Finanziamento PNRR (mln €)	Finanziamento PNC (mln €)	Finanziamento Totale Pubblico (mln €)
<b>Valle d'Aosta</b>				
<b>Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	3	0	0	0
Case della Comunità e presa in carico della persona	4	3	0	3
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1	2	0	2
<b>Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>7</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	6	5	0	5
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1	1	0	1
<b>Totale complessivo</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>12</b>
<b>Veneto</b>				
<b>Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	<b>186</b>	<b>227</b>	<b>0</b>	<b>271</b>
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	68	15	0	15
Case della Comunità e presa in carico della persona	88	138	0	182
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	30	74	0	74
<b>Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario</b>	<b>220</b>	<b>276</b>	<b>0</b>	<b>276</b>
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	219	229	0	229
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1	47	0	47
<b>Totale complessivo</b>	<b>406</b>	<b>503</b>	<b>0</b>	<b>547</b>

Fonte: elaborazioni REF Ricerche da dati Italia Domani

## Alcuni obiettivi fissati dai CIS per la Missione 6

	Case della Comunità	COT	Ospedali di Comunità	Borse di studio per MMG (per triennio 2022-25)	Aumento della presa in carico per AD (% assistiti su pop >65)
Piemonte	82	43	27	180	4,7
Valle d'Aosta	4	1	1	6	8,7
Lombardia	199	101	66	408	4,7
PA Bolzano	10	5	3	21	9,1
PA Trento	10	5	3	21	3,5
Veneto	95	49	35	198	2,2
Friuli-Venezia Giulia	23	12	7	51	4,9
Liguria	32	16	11	66	5,9
Emilia-Romagna	85	45	27	183	1,8
Toscana	77	37	24	153	2,7
Umbria	17	9	5	36	5,2
Marche	29	15	9	63	5,6
Lazio	135	59	36	234	7,0
Abruzzo	40	13	11	72	5,6
Molise	13	3	2	15	3,8
Campania	172	65	48	300	6,8
Puglia	121	40	38	213	6,9
Basilicata	19	6	5	30	5,4
Calabria	61	21	20	102	7,5
Sicilia	156	50	43	261	5,4
Sardegna	50	16	13	87	5,5
<b>Totale</b>	<b>1430</b>	<b>611</b>	<b>434</b>	<b>2700</b>	<b>4,9</b>

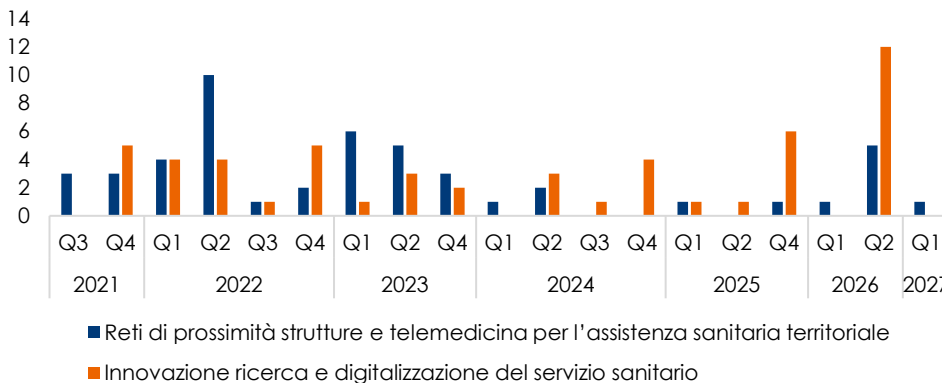
Fonte: elaborazioni REF Ricerche su dati documenti ufficiali e UPB

## A che punto siamo e le criticità

Per quanto riguarda la Missione 6, le Milestone e i Target validi per la valutazione da parte della Commissione Europea dello stato di avanzamento del Piano, ai fini del versamento delle rate di finanziamento, sono complessivamente 49 fino alla fine del primo semestre 2023 incluso. Si tratta prevalentemente di Milestone, ovvero di passaggi intermedi, preparatori alla realizzazione esecutiva del Piano, dato che si considerano i primi anni e, come si è visto dal cronoprogramma, la fase vera e propria di spesa e realizzazione parte dal 2023. Il numero di Target, ovvero gli indicatori misurabili che quantificano i risultati degli interventi, è invece molto basso nei primi anni,

mentre aumenta negli anni centrali e finali del Piano. Nel cronoprogramma, al ridursi delle Milestone dopo i primi anni si contrappone un aumento del numero di Target da conseguire nella seconda parte del periodo, con un affollamento di Target nel 2026.

#### La distribuzione degli obiettivi della Missione 6 (Milestone e Target)



Fonte: elaborazioni REF Ricerche da dati Italia Domani

Dato che **fino alla fine del 2022 gli adempimenti erano prevalentemente normativi e amministrativi, non vi sono stati ritardi particolari**, con il rispetto delle principali tappe (approvazione delle riforme, riparto della maggior parte delle risorse, identificazione degli interventi da parte delle regioni, pubblicazione dei bandi per la realizzazione degli investimenti). Vi sono però preoccupazioni circa i tempi di realizzazione delle opere, che sono piuttosto stretti, dato che secondo il cronoprogramma i lavori devono essere conclusi entro il 2026, anche se in molti casi si è optato per la manutenzione straordinaria o la ristrutturazione di edifici già esistenti (per le Case e gli Ospedali di Comunità) piuttosto che realizzare ex-novo le strutture.

Secondo la rilevazione effettuata dalla Corte dei Conti a inizio maggio 2023 in occasione della pubblicazione del Rapporto di Coordinamento della Finanza Pubblica, **nei primi mesi del 2023 sono state effettuate spese pari a 8,2 milioni di euro per la Componente 1 e 7,3 milioni per la Componente 2**. Complessivamente, la spesa sostenuta per le due componenti dall'avvio del Piano è di 17 milioni di euro e 94,2 milioni, rispettivamente, **pari a un tasso di attuazione dello 0,2% e dell'1,1% della spesa programmata su tutto il periodo**. La Corte sottolinea però che "i diversi gradi di progresso non sono necessariamente emblematici di eventuali ritardi di alcune missioni rispetto ad altre; essi riflettono prevalentemente la diversa distribuzione temporale nella programmazione delle risorse all'interno dell'arco di vita del Piano", ma al contempo, che i tassi di avanzamento forniscono una proxy dello sforzo finanziario rilevante richiesto nei prossimi mesi e anni.

Nella Terza relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del PNRR, il Governo ha evidenziato comunque come **per alcuni investimenti (Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Verso un Ospedale Sostenibile e Sicuro) siano state riscontrate alcune difficoltà oggettive, non dovute quindi a responsabilità delle Amministrazioni, legate sia all'aumento dei costi dei materiali e alla loro difficoltà di reperimento** (a causa dell'interruzione di alcune catene di approvvigionamento), **sia ai cosiddetti squilibri tra offerta e domanda, ovvero quell'insieme di fattori (dati ad esempio da carenza di manodopera o ritardo nello sviluppo di alcuni comparti a livello nazionale) che hanno condotto a una ridotta partecipazione alle gare**.

Alcune criticità della Missione 6 sono state evidenziate in alcuni lavori di approfondimento condotti dall'Ufficio Parlamentare di Bilancio. Queste riguardano innanzitutto la **difficile ricerca di un equilibrio tra la necessità di fissare degli standard nazionali vincolanti su tutto il territorio e**

**l'autonomia regionale**, in un ambito come quello sanitario dove si ha a che fare con 21 sistemi sanitari regionali differenti. In particolare, tali criticità si sono manifestate nel caso della riforma dell'assistenza territoriale, dove non si è raggiunto un accordo in Conferenza Stato-Regioni sul Regolamento (che avrebbe dovuto normare modelli e standard). Pertanto, il Regolamento approvato con il DM 77/2022 ha ora una parte prescrittiva più delimitata, lasciando spazio alle singole regioni nella scelta delle soluzioni attuative, che potranno anche prevedere un ruolo per il settore privato.

Un altro **elemento importante di criticità riguarda le risorse correnti, necessarie a rendere operative le nuove strutture**; saranno difatti necessarie risorse per gestire i servizi sanitari potenziati grazie agli investimenti, ma c'è incertezza riguardo a dove reperirle, perché il finanziamento della spesa corrente assicurato dal PNRR si esaurirà nel 2026. Le stime degli oneri sono elaborate sulla base delle risorse disponibili, coprendo parte dei costi con risparmi di spesa, nell'ambito del finanziamento del SSN, grazie agli interventi di riorganizzazione e di innovazione, ma come evidenzia l'UPB "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". Dovrà essere recuperato oltre un miliardo di euro nei finanziamenti del SSN per l'assistenza territoriale quando verranno meno le risorse del PNRR. A questi, si sommano altri 239 milioni, come evidenzia sempre l'UPB, per il personale degli Ospedali di Comunità.

Oltre alle risorse finanziarie correnti necessarie per mantenere in funzione le nuove strutture, c'è da considerare anche l'aspetto riguardante le risorse umane, in un contesto dove le difficoltà di reperimento del personale sanitario sono già in aumento, soprattutto per alcune figure professionali (alcune specializzazioni, i medici di medicina generale, gli infermieri).

**Riferimenti**

Ufficio Parlamentare di Bilancio (2022), "Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi raggiunti", Focus 4/2022.

Ufficio Parlamentare di Bilancio (2023), "L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale", Focus 2/2023.

Terza Relazione sullo Stato di Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), aggiornata al 31 maggio 2023.

Proposte per la revisione del PNRR e capitolo RePowerEU, 27 luglio 2023.

Corte dei Conti (2023), Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica.

## Importanti comunicazioni

Gli economisti che hanno redatto il presente documento dichiarano che le opinioni, previsioni o stime contenute nel documento stesso sono il risultato di un autonomo e soggettivo apprezzamento dei dati, degli elementi e delle informazioni acquisite e che nessuna parte del proprio compenso è stata, è o sarà, direttamente o indirettamente, collegata alle opinioni espresse.

La presente pubblicazione è stata redatta da Intesa Sanpaolo S.p.A. Le informazioni qui contenute sono state ricavate da fonti ritenute da Intesa Sanpaolo S.p.A. affidabili, ma non sono necessariamente complete, e l'accuratezza delle stesse non può essere in alcun modo garantita. La presente pubblicazione viene a Voi fornita per meri fini di informazione ed illustrazione, ed a titolo meramente indicativo, non costituendo pertanto la stessa in alcun modo una proposta di conclusione di contratto o una sollecitazione all'acquisto o alla vendita di qualsiasi strumento finanziario. Il documento può essere riprodotto in tutto o in parte solo citando il nome Intesa Sanpaolo S.p.A.

La presente pubblicazione non si propone di sostituire il giudizio personale dei soggetti ai quali si rivolge. Intesa Sanpaolo S.p.A. e le rispettive controllate e/o qualsiasi altro soggetto ad esse collegato hanno la facoltà di agire in base a/ovvero di servirsi di qualsiasi materiale sopra esposto e/o di qualsiasi informazione a cui tale materiale si ispira prima che lo stesso venga pubblicato e messo a disposizione della clientela.

## Comunicazione dei potenziali conflitti di interesse

Intesa Sanpaolo S.p.A. e le altre società del Gruppo Bancario Intesa Sanpaolo (di seguito anche solo "Gruppo Bancario Intesa Sanpaolo") si sono dotate del "Modello di organizzazione, gestione e controllo ai sensi del Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231" (disponibile sul sito internet di Intesa Sanpaolo, all'indirizzo: <https://group.intesasnpaolo.com/it/governance/dlgs-231-2001>) che, in conformità alle normative italiane vigenti ed alle migliori pratiche internazionali, prevede, tra le altre, misure organizzative e procedurali per la gestione delle informazioni privilegiate e dei conflitti di interesse, che comprendono adeguati meccanismi di separazione organizzativa, noti come Barriere informative, atti a prevenire un utilizzo illecito di dette informazioni nonché a evitare che gli eventuali conflitti di interesse che possono insorgere, vista la vasta gamma di attività svolte dal Gruppo Bancario Intesa Sanpaolo, incidano negativamente sugli interessi della clientela.

In particolare le misure poste in essere per la gestione dei conflitti di interesse tra il Gruppo Bancario Intesa Sanpaolo e gli Emittenti di strumenti finanziari, ivi incluse le società del loro gruppo, nella produzione di documenti da parte degli economisti di Intesa Sanpaolo S.p.A. sono disponibili nelle "Regole per Studi e Ricerche" e nell'estratto del "Modello aziendale per la gestione delle informazioni privilegiate e dei conflitti di interesse", pubblicato sul sito internet di Intesa Sanpaolo S.p.A. all'indirizzo <https://group.intesasnpaolo.com/it/research/RegulatoryDisclosures>. Tale documentazione è disponibile per il destinatario dello studio anche previa richiesta scritta al Servizio Conflitti di interesse, Informazioni privilegiate ed Operazioni personali di Intesa Sanpaolo S.p.A., Via Hoepli, 10 – 20121 Milano – Italia.

Inoltre, in conformità con i suddetti regolamenti, le disclosure sugli interessi e sui conflitti di interesse del Gruppo Bancario Intesa Sanpaolo sono disponibili all'indirizzo <https://group.intesasnpaolo.com/it/research/RegulatoryDisclosures/archivio-dei-conflitti-di-interesse> ed aggiornate almeno al giorno prima della data di pubblicazione del presente studio. Si evidenzia che le disclosure sono disponibili per il destinatario dello studio anche previa richiesta scritta a Intesa Sanpaolo S.p.A. – Industry & Banking Research, Via Romagnosi, 5 - 20121 Milano - Italia.

**Intesa Sanpaolo Direzione Studi e Ricerche - Responsabile Gregorio De Felice****Industry & Banking Research**

Fabrizio Guelpa (Responsabile)	fabrizio.guelpa@intesasnpaolo.com
Ezio Guzzetti	ezio.guzzetti@intesasnpaolo.com

**Industry Research**

Stefania Trenti (Responsabile)	stefania.trenti@intesasnpaolo.com
Serena Fumagalli	serena.fumagalli@intesasnpaolo.com
Ilaria Sangalli (Responsabile coordinamento Economisti Settoriali)	ilaria.sangalli@intesasnpaolo.com
Letizia Borgomeo	letizia.borgomeo@intesasnpaolo.com
Anita Corona (sede di Roma)	anita.corona@intesasnpaolo.com
Enza De Vita	enza.devita@intesasnpaolo.com
Luigi Marcadella (sede di Padova)	luigi.marcadella@intesasnpaolo.com
Paola Negro (sede di Torino)	paola.negro@intesasnpaolo.com
Massimiliano Rossetti (sede di Ancona)	massimiliano.rossetti@intesasnpaolo.com
Anna Cristina Visconti	anna.visconti@intesasnpaolo.com
Giovanni Foresti (Responsabile coordinamento Economisti sul Territorio)	giovanni.foresti@intesasnpaolo.com
Romina Galleri (sede di Torino)	romina.galleri@intesasnpaolo.com
Sara Giusti (sede di Firenze)	sara.giusti@intesasnpaolo.com
Anna Maria Moressa (sede di Padova)	anna.moressa@intesasnpaolo.com
Carla Saruis	carla.saruis@intesasnpaolo.com
Enrica Spiga	enrica.spiga@intesasnpaolo.com
Rosa Maria Vitulano (sede di Roma)	rosa.vitulano@intesasnpaolo.com

**Banking Research**

Elisa Coletti (Responsabile)	elisa.coletti@intesasnpaolo.com
Valentina Dal Maso	valentina.dalmaso@intesasnpaolo.com
Carol Salvadori	maria.salvadori@intesasnpaolo.com

**Local Public Finance**

Laura Campanini (Responsabile)	laura.campanini@intesasnpaolo.com
--------------------------------	-----------------------------------