



“GLI INTERVENTI DEL PNRR PER I SERVIZI DELLA SANITÀ TERRITORIALE: IMPOSTAZIONE E ATTUAZIONE, POTENZIALITÀ E CRITICITÀ”

**Rapporto predisposto dal Prof. Gianfranco Viesti (Università di Bari)
per la Fondazione CON IL SUD**

Introduzione

La prima componente della Missione 6 del PNRR disegna una strategia molto importante di potenziamento dei servizi di assistenza sanitaria territoriale, che potrebbe determinare un significativo miglioramento in tutte le regioni italiane e in particolare in quelle del Mezzogiorno, al momento fortemente sguarnite di strutture e servizi. Questo documento ne ripercorre i principali aspetti anche grazie ai dati e alle stime presentate in un recente documento dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio (L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale, 13.3.23), da cui sono tratte tutte le tabelle presentate.

Anche sulla spinta dei problemi che si sono determinati con la pandemia covid, a causa delle forti difformità nei sistemi sanitari regionali, e grazie al disegno fortemente centralizzato del Piano, per la prima volta negli ultimi anni si è a promuovere lo sviluppo di servizi ai cittadini su base territoriale, realizzando finalmente una politica da tempo immaginata e seguendo le esperienze di molti altri paesi europei.

L'investimento totale è di 7 miliardi, per realizzare nuove strutture e finanziare fino al 2026 i servizi di assistenza domiciliare. Nonostante alcune resistenze delle regioni già meglio dotate, il riparto dei fondi dovrebbe consentire di raggiungere standard piuttosto omogenei su tutto il territorio nazionale.

L'assistenza domiciliare alla popolazione con oltre 65 anni, assistita anche da Centrali Operative Territoriali per il telemonitoraggio dei pazienti, le Case e gli Ospedali di comunità potrebbero determinare una rilevante riduzione degli accessi ai pronto soccorso e delle ospedalizzazioni per patologie lievi, trattabili ambulatorialmente, specie al Sud.

Il successo degli interventi dipenderà dalla capacità di realizzare gli interventi previsti, non particolarmente impegnativi dal punto di vista infrastrutturale rispetto ad altre opere previste dal PNRR; dal disegno operativo e gestionale delle nuove strutture e soprattutto da un incremento dei finanziamenti correnti per il Servizio Sanitario Nazionale dopo il 2027, al momento non previsti e da una auspicabile ma assai difficile modifica dei criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale, da sempre fortemente penalizzanti per le regioni del Mezzogiorno.

I finanziamenti

Le misure di cui qui si dà conto hanno finanziamento totale PNRR pari a 5.924 milioni. Questa cifra copre le spese fino al 2026 per i servizi di assistenza domiciliare, con 2.720 milioni; la realizzazione delle centrali operative territoriali con 204 milioni; la realizzazione fisica delle case e degli ospedali della comunità cui sono destinati rispettivamente 2 miliardi e 1 miliardo.

Tab. 5 – Il riparto dei finanziamenti tra le Regioni e le Province autonome
(milioni di euro e percentuali)

	Case della comunità	COT	Ospedali della comunità	Assistenza domiciliare	Totale	Quote sul totale
Piemonte	121,8	14,7	66,4	184,7	387,6	6,5%
Valle d'Aosta	3,5	0,3	1,9	9,3	15,1	0,3%
Lombardia	277,2	34,4	151,2	488,7	951,5	16,1%
PA Bolzano	14,4	1,7	7,8	34,9	58,8	1,0%
PA Trento	15,0	1,7	8,2	23,5	48,4	0,8%
Veneto	135,4	16,7	73,9	74,2	300,1	5,1%
Friuli-Venezia Giulia	34,3	4,1	18,7	51,4	108,5	1,8%
Liguria	44,0	5,1	24,0	80,2	153,4	2,6%
Emilia-Romagna	124,7	15,3	68,0	53,0	261,0	4,4%
Toscana	104,2	12,6	56,8	52,4	226,1	3,8%
Umbria	24,6	3,1	13,4	41,3	82,4	1,4%
Marche	42,5	5,1	23,2	74,1	144,9	2,4%
Lazio	158,5	20,1	86,5	383,2	648,2	10,9%
Abruzzo	58,9	4,4	26,2	73,5	163,1	2,8%
Molise	13,8	1,0	6,1	13,3	34,2	0,6%
Campania	249,7	19,8	111,0	314,1	694,6	11,7%
Puglia	177,2	13,6	78,8	251,7	521,4	8,8%
Basilicata	25,0	2,0	11,1	30,3	68,5	1,2%
Calabria	84,7	6,5	37,6	128,7	257,5	4,3%
Sicilia	217,0	16,7	96,4	251,2	581,4	9,8%
Sardegna	73,7	5,5	32,7	106,2	218,0	3,7%
Totale	2.000,0	204,5	1.000,0	2.720,0	5.924,5	100,0%
Totale mezzogiorno	900,0	69,5	400,0	1.169,1	2.538,6	42,8%
Quota Mezzogiorno	45,0%	34,0%	40,0%	43,0%	42,8%	

Fonte: Decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022 e Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze del 23 gennaio 2023.

I criteri di riparto fra regioni di queste risorse hanno seguito le quote di accesso al Fondo Sanitario Nazionale, basate sulla popolazione parzialmente pesata per l'età. Ma sono state poi riproporzionate per assicurare al Mezzogiorno almeno il 40% del totale. Tuttavia, tale quota è inferiore per le centrali operative territoriali, dove si è seguito lo standard che impone di assicurarne almeno una per 100.000 abitanti in tutta Italia e invece superiore per le case della comunità (45%) e l'assistenza domiciliare (43%) in virtù delle forti carenze di partenza delle regioni del Sud.

Quest'ultimo riparto è stato ispirato da criteri di riequilibrio territoriale; per portare la copertura al 10% della popolazione di riferimento in tutta Italia è stato basato per i tre quarti sulla popolazione con più di 65 anni e per un quarto sulla distanza regionale dall'obiettivo. Questo criterio ha trovato resistenze nella Conferenza delle regioni, che ha condizionato la propria intesa alla pretesa di destinare a Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Molise, come compensazione, di 250 milioni all'anno nel periodo 2023-25 di una quota aggiuntiva del Fondo Sanitario Nazionale. Come nota l'autorevole Ufficio Parlamentare di Bilancio, "si evidenzia in questo caso una mancata comprensione del significato e degli effetti di un processo di pareggiamento del livello dei servizi in tutto il paese, che richiede inevitabilmente uno sforzo collettivo per garantire le risorse necessarie nelle aree più deboli". Appare grave che ci sia stata questa mancata comprensione, specie



considerando che le risorse di cui si tratta sono tutte aggiuntive e quindi non determinano alcuna riduzione di quanto percepito dalle regioni che hanno preteso un ulteriore finanziamento.

Il riparto destina complessivamente 2.538 milioni alle regioni del Sud, largamente in proporzione alla loro dimensione demografica, ma tenendo conto anche della distanza dai target, particolarmente ampia in Campania e Puglia: 694 milioni alla Campania, 581 alla Sicilia, 521 alla Puglia.

L'assistenza domiciliare

Nel maggio 2022 sono stati approvati i Contratti di Sviluppo, cioè la modalità attuativa di queste misure prevista dal PNRR, fra tutte le regioni e il Ministero della Salute. Grazie ad essi si dispone di dati più dettagliati sugli interventi previsti in ciascun caso, tenendo conto anche che in diversi casi le Regioni hanno integrato con fondi propri le risorse del PNRR.

Il Piano prevede il rafforzamento del servizio di assistenza domiciliare, con la presa in carico di almeno 800.000 nuovi pazienti oltre i 65 anni di età, e quindi più che raddoppiando l'attuale copertura. Prevede anche la sua riorganizzazione grazie all'entrata in funzione entro giugno 2024 di 600 centrali operative territoriali per coordinare le attività di assistenza e grazie alla diffusione della telemedicina, attraverso l'attuazione entro il 2023 di almeno un progetto per regione e assicurando per la fine del 2025 l'assistenza tramite dispositivi tecnologici ad almeno 200.000 pazienti. I dati disponibili sull'attuale servizio non sono univoci, con fonti diverse che offrono informazioni in parte diverse per le singole regioni. Soprattutto va considerato che il numero di beneficiari nulla dice circa l'intensità del servizio. Alcune regioni con buoni indicatori di copertura erogano un'assistenza di bassa intensità. Con queste cautele in mente è evidente una grande differenziazione delle situazioni regionali, così come emerge dal Monitor dell'Agenas.

Al 2019 i servizi di assistenza domiciliare coprivano solo il 5,1% degli Italiani con più di 65 anni. La percentuale di popolazione coperta era più alta in Emilia (9,2%), Veneto (8,8%) e Toscana (8,4%). Era significativamente inferiore in altre regioni del Centronord, a cominciare da Lombardia e Lazio. Nel Mezzogiorno, solo il Molise superava la media nazionale; Abruzzo, Basilicata e Sicilia erano intorno alla media, Campania, Puglia e Calabria con i valori più bassi, sotto il 3%.

Tab. 6 – Assistenza domiciliare: l'incremento delle prese in carico per Regione
(percentuale di assistiti con almeno 65 anni)

	Monitor 45, Agenas (SIAD) 2019	Decreto del 23/01/2023 2025	Differenza
Piemonte	5,5	10,2	4,7
Valle d'Aosta	0,8	9,5	8,7
Lombardia	4,8	9,5	4,7
Prov. auton. Bolzano	0,4	9,5	9,1
Prov. auton. Trento	6,0	9,5	3,5
Veneto	8,8	11,0	2,2
Friuli-Venezia Giulia	5,6	10,5	4,9
Liguria	3,6	9,5	5,9
Emilia-Romagna	9,2	11,0	1,8
Toscana	8,3	11,0	2,7
Umbria	4,3	9,5	5,2
Marche	3,9	9,5	5,6
Lazio	2,5	9,5	7,0
Abruzzo	4,8	10,4	5,6
Molise	7,2	11,0	3,8
Campania	2,7	9,5	6,8
Puglia	2,6	9,5	6,9
Basilicata	5,1	10,5	5,4
Calabria	2,0	9,5	7,5
Sicilia	4,9	10,3	5,4
Sardegna	4,0	9,5	5,5
ITALIA	5,1	10,0	4,9

Fonte: Enrichens *et al.* (2021); Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze del 23 gennaio 2023.

Al 2025 tutte le regioni dovrebbero collocarsi in una forchetta fra il 9,5% e l'11%; quest'ultimo valore verrà raggiunto dalle quattro regioni che disporranno di un finanziamento aggiuntivo sul Fondo Sanitario Nazionale. Naturalmente, il recupero maggiore sarà nei casi in cui la situazione di partenza era peggiore: nell'ordine, Bolzano, Valle d'Aosta, Calabria, Lazio, Puglia e Campania.

Le Case della Comunità

Le Case della Comunità rappresentano "il punto di accoglienza dell'assistito, con il compito di indirizzarlo verso i servizi di assistenza primaria, socio-sanitaria e sociale" (UPB 2023). Esse hanno anche il compito di promozione della salute e di presa in carico dei pazienti cronici. Sono dotate di equipe multiprofessionali.

L'obiettivo del PNRR è di realizzarne 1.350 entro il 2026, aggregando servizi di assistenza primaria già esistenti o facendo sorgere nuovi centri. Al 2020, in base ad una ricognizione operata dal Servizio Affari Sociali della Camera dei deputati ve ne erano 493 riconosciute come tali. Anche in questo caso le disparità territoriali erano assai evidenti. Nell'intero Mezzogiorno ve ne erano solo 84, il 17% del totale. La concentrazione regionale era molto forte; delle 493, ben 124 erano in Emilia-Romagna, 77 in Veneto e 76 in Toscana. Queste tre regioni da sole avevano il 56% delle strutture esistenti. Numeri significativi anche quelli della Sicilia, con 55, poi Marche e Lazio.

Tab. 7 – Case della comunità
(numero di strutture e bacino di utenza)

	Case della salute dichiarate attive		Case della comunità previste dal CIS					Totale strutture di prossimità dopo il PNRR			
	Ricognizione 2020	Target regionale	Residenti per struttura	Da	Da	Totale	Residenti per struttura	Minimo	Residenti per struttura	Massimo	Residenti per struttura
				edificare	ristrutturare						
(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h=a+f-min(a,e))	(i)	(l=a+f)	(m)	
Piemonte	71	82	51.907	16	66	82	51.907	87	48.924	153	27.819
Valle d'Aosta	0	2	61.680		4	4	30.840	4	30.840	4	30.840
Lombardia	0	187	53.171	48	151	199	49.965	199	49.965	199	49.965
PA Bolzano	0	10	53.262	6	4	10	53.262	10	53.262	10	53.262
PA Trento	0	10	54.096	3	7	10	54.096	10	54.096	10	54.096
Veneto	77	91	53.272	24	71	95	51.029	101	47.997	172	28.185
Friuli-Venezia Giulia	0	23	51.941	9	14	23	51.941	23	51.941	23	51.941
Liguria	4	30	50.308	2	30	32	47.163	32	47.163	36	41.923
Emilia-Romagna ⁽¹⁾	124	84	52.683	24	61	85	52.063	148	29.901	209	21.174
Toscana	76	70	52.331	38	39	77	47.574	114	32.133	153	23.942
Umbria	8	17	50.518		17	17	50.518	17	50.518	25	34.352
Marche	21	29	51.281	6	23	29	51.281	29	51.281	50	29.743
Lazio	22	107	53.410		135	135	42.332	135	42.332	157	36.401
Abruzzo	n.d.	40	31.899	7	33	40	31.899	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Molise	6	9	32.461	1	12	13	22.473	13	22.473	19	15.376
Campania	0	169	33.281	47	125	172	32.700	172	32.700	172	32.700
Puglia	0	120	32.691	38	83	121	32.421	121	32.421	121	32.421
Basilicata	1	17	31.833	10	9	19	28.483	19	28.483	20	27.058
Calabria	13	57	32.552	5	56	61	30.417	61	30.417	74	25.074
Sicilia	55	146	33.105	13	143	156	30.983	156	30.983	211	22.907
Sardegna	15	50	31.748	12	38	50	31.748	50	31.748	65	24.422
Totale	493	1.350	43.726	309	1.121	1.430	41.280	1.430	41.280	1.923	30.697

Fonte: DM 20 gennaio 2022, CIS tra il Ministero della Salute e le Regioni e Province autonome; Camera dei Deputati, Servizio studi Affari sociali (2021).

(1) Con i fondi regionali si finanzia una ulteriore Casa della comunità.

In ben 8 regioni e province autonome non vi erano strutture riconosciute come Case della Comunità: a cominciare da Lombardia, Campania e Puglia, fino a Valle d'Aosta, Bolzano, Trento, Friuli-Venezia Giulia; solo una in Basilicata, mentre i dati sull'Abruzzo non erano disponibili.

Il target regionale da raggiungere con il PNRR prevede una condizione più favorevole nel Mezzogiorno, con una struttura ogni 32.000 abitanti, per un totale di 608 strutture. Al Centro-Nord sono destinate le altre 742, una ogni 50.000 abitanti circa. Le regioni a cui è destinato il maggior numero di strutture sono Lombardia (187), Campania (169), Sicilia (146) e Puglia (120).

Tuttavia, le regioni, siglando i Contratti di Sviluppo con il Ministero, hanno cofinanziato la misura portando il numero totale da 1.350 a 1.430. In particolare, il Lazio ha molto incrementato il proprio target. Le 1.490 strutture si realizzeranno sia con nuove edificazioni (309) sia soprattutto con ristrutturazioni di edifici esistenti (1.121). Questo mostra come questa misura del PNRR potrebbe non comportare significativi problemi, rispetto ad altre ben più impegnative opere, per la realizzazione degli investimenti. Non è tuttavia ancora chiaro, nemmeno nell'analisi dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio, quante delle ristrutturazioni riguarderanno edifici già destinati a Case della Comunità, ovvero edifici che verranno adibiti ex novo a questi



fini. Dunque, il numero finale di strutture presenti in Italia potrà salire dal minimo delle 1.430 previste fino ad un massimo di 1.923.

Sono le Regioni che già dispongono di strutture a poter destinare le risorse aggiuntive del PNRR a poter realizzare strutture addizionali: in Campania e Puglia, non essendovene neanche una il massimo raggiungibile è ovviamente solo il target PNRR con il piccolissimo incremento dovuto ai fondi regionali previsti nei CIS. Invece in Emilia-Romagna, Toscana e Veneto, e in certa misura anche in Sicilia, il numero totale di "strutture di prossimità" disponibili potrebbe essere alla fine anche molto superiore al target PNRR. Considerando l'ipotesi massima – quella collegata alla possibilità che in queste regioni i fondi PNRR siano destinati tutti a nuove strutture – il quadro regionale potrebbe essere piuttosto articolato. Il numero di abitanti per ogni Casa, rispetto ad una media nazionale di una ogni 30.000 abitanti, potrebbe essere particolarmente contenuto, oltre che in Molise, in Emilia-Romagna, Sicilia e Toscana. Campania e Puglia potrebbero avere una densità di strutture rispetto alla popolazione, un po' peggiore della media nazionale; circostanza che si determinerebbe anche in alcune regioni del Nord, fra cui la Lombardia, e nel Lazio.

Gli Ospedali di Comunità

Gli Ospedali di Comunità sono strutture intermedie tra ambulatorio e ospedale, per degenze brevi e prestazioni a bassa complessità. Hanno lo scopo di alleggerire gli accessi sia al pronto soccorso sia agli ospedali tradizionali.

L'obiettivo del PNRR è realizzarne 400 entro il 2026. Secondo la ricognizione del Servizio Studi Affari sociali della Camera dei deputati, al 2020 erano attive 163 strutture assimilabili agli ospedali di comunità. Di esse solo 8 erano localizzate nel Mezzogiorno, il 5%. Il numero più elevato di questi ospedali si trovava in Veneto (69); ce ne erano anche una ventina in Emilia-Romagna, così come in Lombardia e Toscana e 14 nelle Marche. Il target del Piano prevede un ospedale ogni 147.000 abitanti in Italia, con una densità più intensa nel Mezzogiorno, dove dovrebbe essercene uno ogni 125.000 abitanti circa. A tal fine il PNRR prevede di far sorgere al Sud 160 strutture, con quote regionali largamente proporzionali alla popolazione. Il numero maggiore di strutture da realizzare è in Lombardia (60), seguita da Campania (45), Sicilia (39), Puglia (31) e Veneto (30).

Tab. 8 – Ospedali di comunità
(numero di strutture e bacino di utenza)

	Ospedali comunità dichiarati attivi		Ospedali previsti dal CIS				Totale Ospedali di comunità dopo il PNRR				
	DM 20 gennaio 2022		Da edificare		Da riconvertire		Residenti per struttura		Residenti per struttura		
	Ricognizione 2020	Target regionale	Residenti per struttura	(d)	(e)	Totale	(g)	Minimo (h=a+f-min(a,e))	(i)	Massimo (l=a+f)	Residenti per struttura (m)
(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h=a+f-min(a,e))	(i)	(l=a+f)	(m)	
Piemonte	5	27	157.643	3	24	27	157.643	27	157.643	32	133.011
Valle d'Aosta ⁽¹⁾	0	1	123.360		1	1	123.360	1	123.360	1	123.360
Lombardia	20	60	165.717	14	52	66	150.652	66	150.652	86	115.616
PA Bolzano	0	3	177.539	3		3	177.539	3	177.539	3	177.539
PA Trento	0	3	180.319	1	2	3	180.319	3	180.319	3	180.319
Veneto	69	30	161.592	2	33	35	138.507	71	68.278	104	46.613
Friuli-Venezia Giulia	0	7	170.664	4	3	7	170.664	7	170.664	7	170.664
Liguria	1	10	150.923	2	9	11	137.202	11	137.202	12	125.769
Emilia-Romagna	26	27	163.902	13	14	27	163.902	39	113.471	53	83.497
Toscana	20	23	159.269	11	13	24	152.633	31	118.167	44	83.254
Umbria	0	5	171.762		5	5	171.762	5	171.762	5	171.762
Marche	14	9	165.239	3	6	9	165.239	17	87.479	23	64.659
Lazio	0	35	163.282	1	35	36	158.747	36	158.747	36	158.747
Abruzzo	5	10	127.595	2	9	11	115.995	11	115.995	16	79.747
Molise	2	2	146.075		2	2	146.075	2	146.075	4	73.038
Campania	1	45	124.987	18	30	48	117.175	48	117.175	49	114.784
Puglia	0	31	126.546	11	27	38	103.235	38	103.235	38	103.235
Basilicata	0	5	108.234	1	4	5	108.234	5	108.234	5	108.234
Calabria	0	15	123.697	1	19	20	92.773	20	92.773	20	92.773
Sicilia	0	39	123.932	3	40	43	112.403	43	112.403	43	112.403
Sardegna	0	13	122.109		13	13	122.109	13	122.109	13	122.109
Totale	163	400	147.575	93	341	434	136.014	434	136.014	597	98.878

Fonte: DM 20 gennaio 2022, CIS tra il Ministero della Salute e le Regioni e Province autonome, Camera dei Deputati, Servizio studi Affari sociali (2021).

(1) Un altro Ospedale della comunità sarebbe finanziato con risorse proprie ancora non definite, in attesa di verifica di fattibilità.

Come avvenuto per le Case della Comunità, con la firma degli accordi fra Regioni e Ministero il numero totale di ospedali da realizzare è cresciuto fino a 434, con un aumento piuttosto significativo (20 strutture in più) proprio nelle regioni del Sud. E come per le Case della Comunità gli investimenti saranno sia su nuove edificazioni (93) sia su riconversioni di strutture già esistenti (341). E ancora come per le Case della Comunità, questa procedura può riguardare sia realizzazioni ex novo sia l'utilizzo degli ospedali esistenti. Il numero finale di Ospedali di Comunità potrà quindi variare da un minimo dei 434 garantiti dai Contratti di Sviluppo fra regioni e Governo ad un massimo di 597.

Nel caso dell'ipotesi massima al 2026 ci sarebbe una struttura ogni centomila abitanti. La loro presenza sarebbe molto più intensa in Veneto, con una densità doppia rispetto alla media nazionale. Sarebbe più intensa della media (minor numero di abitanti per struttura) anche in Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo e Molise. Una situazione peggiore ci sarebbe invece in Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Umbria e Lazio.

Le Centrali Operative Territoriali

Le risorse del Piano in questo caso sono destinate ad attuare meccanismi di interconnessione, all'acquisizione di dispositivi di supporto per gli operatori e i pazienti, ad un progetto pilota di utilizzo dell'intelligenza artificiale, e al potenziamento di un apposito portale. Dal PNRR sono previste 600 centrali, salite a 611 con i CIS.

Tab. 9 – COT: finanziamenti e target
(milioni di euro e numero di strutture)

	DM 20 gennaio 2022		CIS	
	Target	Residenti per struttura	Fabbisogno	Residenti per struttura
Piemonte	43	98.985	43	98.985
Valle d'Aosta	1	123.360	1	123.360
Lombardia	101	98.446	101	98.446
PA Bolzano	5	106.523	5	106.523
PA Trento	5	108.192	5	108.192
Veneto	49	98.934	49	98.934
Friuli-Venezia Giulia	12	99.554	12	99.554
Liguria	15	100.615	16	94.327
Emilia-Romagna	45	98.341	45	98.341
Toscana	37	99.005	37	99.005
Umbria	9	95.424	9	95.424
Marche	15	99.143	15	99.143
Lazio	59	96.862	59	96.862
Abruzzo	13	98.150	13	98.150
Molise	3	97.383	3	97.383
Campania	58	96.973	65	86.530
Puglia	40	98.074	40	98.074
Basilicata	6	90.195	6	90.195
Calabria	19	97.655	21	88.355
Sicilia	49	98.639	50	96.667
Sardegna	16	99.213	16	99.213
Totale	600	98.384	611	96.612

Fonte: DM 20 gennaio 2022, CIS tra il Ministero della Salute e le Regioni e Province autonome.

La densità delle strutture sarà omogenea su tutto il territorio nazionale, particolarmente elevata in Campania e Calabria e un po' inferiore in Trentino-Alto Adige e in Friuli-Venezia Giulia.

Potenzialità e criticità

Il successo di questa importantissima iniziativa del PNRR dipenderà da più condizioni. In primo luogo, dalla capacità di realizzare le spese e soprattutto gli interventi fisici previsti. Le procedure per la realizzazione o la riqualificazione delle strutture sono state già avviate, con il supporto tecnico di Invitalia. Invitalia agisce da centrale di committenza e ha pubblicato già dal luglio 2022 alcune procedure di gara per accordi quadro con più operatori economici suddivise in lotti geografici. Gestisce le procedure per 16 regioni, per un complesso di 1.189 interventi infrastrutturali per un ammontare di 3,2 miliardi. AGENAS è invece soggetto attuatore per alcuni degli interventi per le centrali operative. Per l'assistenza domiciliare, per cui gli interventi prevedono come detto spesa corrente, il Governo rimborserà alle Regioni le spese sostenute dopo una verifica. Sembra di poter dire che le possibilità che tutti gli interventi previsti si realizzino nei tempi del PNRR sono elevate.



In secondo luogo, dai modelli organizzativi e gestionali delle strutture. Il decreto 77/2022 del Ministero della Salute ha definito i modelli e gli standard per l'assistenza territoriale. Si tratta di una normativa particolarmente importante sotto il profilo politico, perché l'esecutivo nazionale fornisce indicazioni operative precise alle regioni in una materia di competenza concorrente nella quale esse erano abituate a procedere con modalità largamente autonome. L'approvazione del decreto è stata particolarmente complessa e delicata per le molte condizioni poste dalle Regioni. Le loro preoccupazioni erano particolarmente incentrate sulle garanzie di poter disporre di risorse sufficienti per reclutare il necessario personale, sulle quali il Ministero dell'Economia non ha però fornito garanzie. Così come sulle difficoltà di reperire, anche per la ridotta attrattività dei trattamenti economici nel Servizio sanitario nazionale, personale adeguatamente formato. Incertezze ci sono anche per il ruolo che sarà giocato dai medici di medicina generale.

In terzo luogo, anche in connessione a quanto appena detto, vi sono dubbi sul finanziamento a regime di questi interventi. Stando alle prime valutazioni dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio, a partire dal 2026, quando termineranno i fondi del PNRR, ci saranno certamente da reperire un miliardo all'anno per dare continuità ai servizi di assistenza domiciliare e 239 milioni all'anno (a partire dal 2027) per il personale degli ospedali di comunità. L'Ufficio Parlamentare di Bilancio esprime anche dubbi sulla congruità rispetto agli standard da raggiungere delle risorse già stanziare con la legge di bilancio per il 2022, indicate nella relazione tecnica per importi che a regime, dal 2026 dovrebbero ammontare a 1.015 milioni all'anno, rispettivamente 787 per le Case della Comunità e 205 per gli Ospedali.

Sulla ripartizione territoriale di queste risorse influisce poi in misura decisiva l'annoso problema dei criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale. La legge 662/1996 aveva stabilito che i criteri per il suo riparto fossero: "popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali". Tuttavia sin dal DL 56/2000 il riparto è stato sempre basato sulla popolazione residente parzialmente pesata per l'età, un criterio molto sfavorevole per le regioni meridionali, con una età media della popolazione inferiore e caratterizzate da ampi fenomeni di deprivazione sociale con forte incidenza sui bisogni sanitari. Da allora, per il blocco operato con successo dalle regioni beneficiarie, è stato impossibile modificarlo. Ancora per il 2023 (decreto 30.12.2002) il riparto è basato per il 98,5% sulla popolazione residente e sulla frequenza dei consumi sanitari per età, e solo per un minuscolo 0,75% sul tasso di mortalità della popolazione con meno di 75 anni e per un altrettanto minuscolo 0,75% in base ad "indicatori utilizzati per definire situazioni territoriali che impattano sui bisogni sanitari". Questa situazione potrebbe creare anche per il futuro problemi più significativi per le regioni meridionali per il funzionamento a regime delle nuove strutture.

Ufficio stampa: Roberta Moretti - 3601005314 – r.moretti@fondazioneconilsud.it