

ROBERTO FANTOZZI* – STEFANIA GABRIELE*

Il ruolo del PNRR nella riduzione dei divari in sanità^{**}

ABSTRACT (EN): The NRRP has dedicated Mission 6 to Health. The planning of the interventions contemplates a territorial rebalancing, but the evidence on concrete achievements does not yet allow a definitive answer on the success of the operation also because, following the various revisions of the plan, the new and less ambitious European targets have not been redefined at the regional level, causing the proportions originally envisaged to be dropped. Thus, it is crucial that the actions be developed even after the end of the NRRP, enacting the plans in all regions.

ABSTRACT (IT): Il PNRR ha dedicato la Missione 6 alla Salute. La programmazione degli interventi contempla un riequilibrio territoriale, ma le evidenze sulle realizzazioni concrete non consentono ancora una risposta definitiva sul successo dell'operazione, anche perché, a seguito delle varie revisioni del piano, i nuovi e meno ambiziosi target europei non sono stati ridefiniti a livello regionale, facendo venir meno le proporzioni inizialmente previste. È quindi cruciale che le azioni si sviluppino anche dopo la fine del PNRR, attuando la programmazione in tutte le Regioni.

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. Le case della Comunità. – 3. Gli ospedali di Comunità. – 4. L'assistenza domiciliare. – 5. L'Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – 6. Conclusioni.

1. Introduzione

I divari territoriali nel campo della salute sono molto ampi e si intrecciano con le diseguaglianze sociali ed economiche. Basti ricordare le differenze registrate in Italia nella speranza di vita, che diventano particolarmente ampie se si combinano le caratteristiche geografiche con quelle sul livello di istruzione, una variabile che approssima bene la condizione socio-economica dell'individuo. Nel 2023 la speranza di vita alla nascita presentava una differenza di circa 4 anni tra il valore più elevato, registrato tra i residenti nella provincia di Firenze (84,7 anni), e quello più basso, rilevato in provincia di Caserta (80,9 anni)¹. Osservando poi i tassi di mortalità standardizzata² per 10.000 residenti con 30 anni e più (anno 2021) emerge che, mentre a livello nazionale coloro che hanno conseguito al massimo la licenza elementare presentano un tasso (148,6 per 10.000 residenti) superiore di 1,37 volte rispetto a chi possiede un titolo universitario (108,8 per 10.000 residenti), il rapporto passa a 1,57 se si considerano i laureati del Nord-Ovest (104) e i meno istruiti delle Isole (163,6).

* Ufficio parlamentare di bilancio.

Le opinioni espresse in questo articolo sono personali e non coinvolgono l'Amministrazione di appartenenza degli autori.

** Articolo sottoposto a referaggio.

¹ Istatdata: indicatori sintetici di mortalità.

² Per la definizione analitica del tasso di mortalità standardizzato si veda ISTAT, *Diseguaglianze nella mortalità per causa in Italia – Anno 2021, Nota metodologica*, dicembre.



Come è noto, le diseguaglianze di salute³ non dipendono solo dalla disponibilità e qualità del sistema sanitario, ma anche da una serie di altri fattori legati agli stili di vita, alle condizioni sociali e ambientali. Tuttavia, Servizi sanitari regionali (SSR) molto diversi per capacità di offerta e qualità contribuiscono ai divari⁴. Inoltre, anche l'ampiezza dei flussi di mobilità sanitaria infraregionale testimonia della debolezza infrastrutturale di alcuni SSR⁵, che devono utilizzare una parte delle proprie risorse per acquisire le prestazioni per i propri cittadini da altre Regioni (soprattutto la Lombardia, l'Emilia-Romagna e il Veneto), invece che per rafforzare la propria capacità produttiva. Quanto ai Piani di rientro e riqualificazione attuati in circa metà delle Regioni italiane, questi hanno agito più sul primo obiettivo, il rientro, favorendo il riequilibrio finanziario, che sul secondo, relativo al miglioramento della qualità dei servizi e al rafforzamento della capacità di garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA)⁶.

Oggi, per rimuovere le profonde differenze territoriali, si guarda principalmente al Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), che ha dedicato la Missione 6 al tema della Salute (cui sono stati destinati circa 15,6 miliardi), per rispondere alle diffuse richieste di rafforzamento del sistema sanitario emerse soprattutto nel corso dell'emergenza pandemica. Il riequilibrio infrastrutturale è sostenuto da un vincolo minimo sulla destinazione delle risorse allocabili territorialmente alle Regioni del Mezzogiorno pari al 40% (DL 77/2021, come convertito con la L. 108/2021), salve specifiche allocazioni territoriali già previste nel PNRR. Quest'ultimo prevede due riforme e 15 linee di intervento per potenziare l'assistenza sanitaria sul territorio, investire sulle strutture ospedaliere e sull'ammodernamento tecnologico, favorire l'informatizzazione dei dati sanitari, la ricerca e la formazione.

Come è noto, il PNRR è stato interessato da varie revisioni, quella più ampia del 2023 (approvata con Decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione europea dell'8 dicembre 2023) e quelle più limitate del 2024. Nel caso della Missione Salute i finanziamenti complessivi non sono stati messi in discussione, ma gli importi sono stati in parte rimodulati tra i diversi

³ Sulle diseguaglianze di salute il riferimento principale è M. MARMOT, *The health gap. The challenge of an unequal world*, 2015, Ed. Italiana, *La salute diseguale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2016. Per l'Italia si veda tra gli altri G. COSTA e C. DI GIROLAMO, *Salute diseguale: un metro per valutare l'impatto dei cambiamenti*, in *Politiche sociali, Social Policies*, settembre-dicembre Anno X, n. 3, 2023; C. DE VILLANOVA, M. RAITANO, E. STRUFFOLINO, *Longitudinal employment trajectories and health in middle life: Insights from linked administrative and survey data*, in *Demographic Research*, 2019.

⁴ Come mostrano ad esempio i dati Istat sul Benessere equo e sostenibile (BES), in Italia la mortalità evitabile, sia prevenibile (riducibile attraverso interventi di prevenzione primaria e salute pubblica) che trattabile (su cui influisce un'assistenza sanitaria adeguata, efficace e accessibile), presenta le situazioni più critiche in Campania, seguita da Molise, Sicilia, Puglia e Lazio, mentre le migliori condizioni si registrano nelle Province Autonome di Bolzano e Trento, seguite da Veneto, Lombardia, Toscana, Emilia-Romagna, Marche e Valle d'Aosta (ISTAT, *Bes 2023, Il benessere equo e sostenibile in Italia*, 2024).

⁵ Si veda S. GABRIELE e L. GIACHI, *La mobilità sanitaria in Italia e in Europa: le dimensioni dei flussi interregionali e internazionali*, in R. COLETTI e G. SAPUTELLI (a cura di), *La cooperazione sanitaria transfrontaliera: sfide ed esperienze*, Milano, Giuffrè, 2022.

⁶ Per approfondimenti si veda L. AIMONE GIGIO, D. ALAMPI, S. CAMUSSI, G. CIACCIO, P. GUATINI, M. LOZZI, A. L. MANCINI, E. PANICARA e M. PAOLICELLI, *La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle regioni in piano di rientro*, in Banca d'Italia, *Questioni di Economia e Finanza*, n. 427, 2018.



interventi⁷. Inoltre, alcuni obiettivi quantitativi (*target*) sono stati rivisti verso il basso, in considerazione dell'incremento dei costi dovuto alla fiammata inflazionistica del biennio 2022-23, e alcune scadenze sono state riviste (in particolare l'entrata in funzione delle COT è stata spostata alla fine del 2024 e il completamento del programma di sostituzione delle grandi apparecchiature al secondo semestre 2026)⁸. Altri *target*, nell'ambito dell'intervento Casa come primo luogo di cura e telemedicina, sono invece diventati più ambiziosi, in seguito ad uno spostamento su questa misura di risorse (750 milioni) provenienti dall'investimento per le ristrutturazioni antisismiche negli ospedali, e per quest'ultimo è stato introdotto un nuovo obiettivo, dato dall'utilizzo del 90% dei finanziamenti rimanenti (250 milioni).

A oggi le riforme previste dal PNRR, tra cui l'individuazione dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale (DM77/2022), sono state approvate, e più in generale gli obiettivi qualitativi (*milestone*) sono stati raggiunti - tranne quello relativo ai sistemi di gestione dei dati sanitari, con scadenza nel 2026-, e l'attenzione si è spostata sugli obiettivi quantitativi (*target*). Come risulta dalla banca dati ReGiS, volta al monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti finanziati dal PNRR, su base nazionale circa l'83% dei progetti è in fase esecutiva o conclusiva⁹, pur registrandosi differenze tra le Regioni. Tuttavia, la spesa comunicata dalle Amministrazioni titolari è ancora limitata, infatti rappresenta una quota pari al 18% circa del finanziamento (2,8 miliardi circa). Purtroppo, i dati sulla spesa complessiva non sono disponibili per ripartizione territoriale.

Anche se il cronoprogramma finanziario risulta rispettato, anzi la spesa è lievemente superiore alle previsioni, molto resta ancora da fare. La realizzazione tempestiva degli investimenti, dalla progettazione al collaudo, rappresenta d'altronde la sfida più audace, in quanto richiede uno sforzo di accorciamento dei tempi di realizzazione delle opere non indifferente.

Per quanto concerne la riserva di risorse al Mezzogiorno, l'attività di verifica sul rispetto della quota, affidata al Dipartimento per le politiche di coesione della Presidenza del Consiglio dei ministri, è ferma al 2023, anno cui si riferisce la Quarta relazione del Dipartimento per le politiche di coesione e per il Sud¹⁰ (e la Sesta relazione al Parlamento sullo stato di attuazione

⁷ È stato anche rivisto e ridotto lo stanziamento del Piano nazionale complementare (PNC). Il principale ridimensionamento del PNC nel campo della Salute, per quasi 1.266 milioni, ha riguardato l'investimento denominato Verso un ospedale sicuro e sostenibile, volto a realizzare ristrutturazioni con funzione antisismica negli ospedali, e al definanziamento ha fatto seguito un pari incremento, disposto dalla legge di bilancio 2025, degli stanziamenti per l'art. 20 della L. 67/1988 e successive modifiche (che prevede un programma pluriennale di interventi di edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico), anche se tale aumento è stato diluito in dieci anni.

⁸ Per fronteggiare l'incremento straordinario dei prezzi dei materiali da costruzione è stato istituito il Fondo opere indifferibili.

⁹ Si veda UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO, *Audizione della Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito delle audizioni preliminari all'esame del Documento di finanza pubblica 2025*, Commissioni congiunte Bilancio del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati, 2025, 17 Aprile.

¹⁰ DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE DI COESIONE E PER IL SUD, PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Quarta relazione istruttoria sul rispetto del vincolo di destinazione alle regioni del Mezzogiorno di almeno il 40 per cento delle risorse allocabili territorialmente (dati al 31 dicembre 2023)*.



del PNRR¹¹ riporta lo stesso dato non aggiornato). In quel momento le risorse territorializzabili per i progetti a titolarità del Ministero della Salute erano stimate in 14,2 miliardi circa (il 91% del totale) e la quota destinata o che si prevedeva di destinare al Mezzogiorno risultava pari al 39,8%. Nel complesso, i finanziamenti attribuiti ai progetti del Mezzogiorno appaiono dunque di poco inferiori al 40%, mostrando che il riparto iniziale ha tenuto sostanzialmente conto del vincolo di risorse imposto dal PNRR, anche se in alcuni casi sono stati considerati anche altri criteri, perché già indicati sui progetti già in essere, oppure perché utili ad assicurare una taratura dell'obiettivo territoriale sulla popolazione, sul fabbisogno o su altri indicatori. Tuttavia, guardando alla spesa e allo stato di avanzamento dei lavori, si osservano spesso velocità diverse nei diversi territori.

Il presente contributo, guardando soprattutto ad alcuni dei principali interventi, approfondisce l'analisi proprio sulle differenze territoriali nell'attuazione del PNRR, focalizzandosi quindi sulle diverse fasi di avanzamento dei lavori e sulla spesa effettiva – intesa, come è solito nei documenti di monitoraggio, come ammontare di risorse trasferibili ai soggetti attuatori. Dunque, si mira a comprendere a che punto siano gli sforzi di riequilibrio territoriale del Servizio sanitario nazione (SSN), che il PNRR persegue e che una delle milestone della Missione Salute, la riforma dell'assistenza territoriale, richiede ormai come premessa indispensabile per poter garantire gli stessi standard in tutto il territorio nazionale anche in questa forma di assistenza, trascurata in passato, ma oggi al centro dell'interesse di tutti i processi di riorganizzazione dei sistemi sanitari. Ove disponibili, piuttosto che usare i dati tratti direttamente da ReGiS, soggetti ad alcuni limiti già sottolineati dalla Corte dei conti¹², si utilizzeranno quelli pubblicati da fonti ufficiali che tengono conto dell'attività di verifica e monitoraggio effettuata sull'attuazione del PNRR¹³. Nei prossimi paragrafi si concentra l'attenzione su alcuni dei più rilevanti investimenti del PNRR: le Case della Comunità (par. 2), gli Ospedali di Comunità (par. 3), l'assistenza domiciliare (par. 4), l'Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (par. 5). Seguono alcune note conclusive (par. 6).

2. Le Case della Comunità

Le Case della Comunità rappresentano un pilastro della riforma dell'assistenza territoriale, pervista come milestone del PNRR e attuata con il DM 77/2022, il Regolamento che ne ha definito i modelli e gli standard. Una Casa della Comunità *hub* dovrebbe servire una platea di 40-50.000 abitanti e dovrebbe essere dotata di 7-11 infermieri, un assistente sociale, da 5 a 8 unità di personale socio-sanitario e amministrativo di supporto; la presenza medica dovrà essere garantita 24 ore su 24 e quella infermieristica almeno per 12 ore al giorno, 7 giorni su 7. Tra i

¹¹ MINISTRO PER GLI AFFARI EUROPEI, IL PNRR E LE POLITICHE DI COESIONE, *Sesta relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, 2025, 27 marzo.

¹² La Corte dei Conti ha evidenziato le difficoltà di interpretazione dei dati e anche di comprensione delle etichette e definizioni presenti in ReGiS (CORTE DEI CONTI, *Stato di attuazione degli interventi PNRR e PNC oggetto di controllo nel 2024*, Sezione centrale di controllo sulla gestione delle amministrazioni dello stato, Deliberazione 21 marzo 2025, n. 41/2025/G).

¹³ Sui sistemi di coordinamento e controllo della Missione Salute si veda MINISTERO DELLA SALUTE, *Sistema di gestione e controllo PNRR – M6*, Italia Domani, 2023, 9 marzo.



servizi obbligatori da erogare¹⁴ vanno ricordate le cure primarie attraverso équipe multidisciplinari, il punto unico di accesso (PUA), dove devono essere presenti anche assistenti sociali dell'Ambito territoriale sociale (ATS), l'assistenza domiciliare; tra quelli facoltativi possono essere menzionati i consultori e servizi per i minori, quelli di salute pubblica, i vaccini, mentre sono raccomandati i servizi di salute mentale, neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, dipendenza, medicina sportiva. Si osservi che la natura pubblica delle Case della Comunità è specificata solo nella parte descrittiva del Regolamento¹⁵.

Il Ministero della Salute ha pubblicato di recente un rapporto sullo stato di avanzamento della Missione 6¹⁶ nel quale si ricorda che, a fronte delle 1.350 Case della Comunità inizialmente previste dal PNRR, secondo la programmazione regionale - desumibile dai contratti istituzionali di sviluppo (CIS) tra Ministero della Salute e Regioni, così come attualmente aggiornati, se ne dovrebbero realizzare 1.416, malgrado l'obiettivo PNRR sia stato ridotto a 1.038 a seguito dell'incremento dei costi delle costruzioni dovuto all'elevata inflazione del biennio 2022-23. Si osservi che gli interventi non più inclusi nel PNRR non verrebbero abbandonati, ma sarebbero finanziati da risorse alternative, quali il programma pluriennale di edilizia sanitaria, ex art. 20 della L. 67/1988 e successive modifiche, i bilanci degli enti territoriali, eventualmente i fondi per le politiche di coesione.

Per il nuovo obiettivo PNRR non sono stati individuati traguardi territoriali, mentre i CIS riportano per ogni Regione anche il target minimo indicato al momento del riparto dei finanziamenti, attuato con Decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022 in coerenza con l'obiettivo iniziale. Il riparto era basato innanzitutto sulle quote di accesso, ovvero sulla percentuale del finanziamento corrente del SSN¹⁷ spettante a ogni Regione sulla base del meccanismo indicato dal D.Lgs. 68/2011, che ha determinato i costi e i fabbisogni standard nel settore sanitario. Tuttavia, il risultato è stato riproporzionato per tenere conto della riserva di risorse al Mezzogiorno che, nel caso specifico delle Case della Comunità, è stata fissata al 45%, in considerazione del maggiore fabbisogno delle Regioni meridionali. I target regionali erano fissati in coerenza con la distribuzione delle risorse. La Figura 1, che confronta, per ogni Regione, il numero di strutture simili alle Case della Comunità (Case della Salute o altre assimilabili¹⁸) presenti nelle Regioni prima dell'avvio del PNRR con quelle contemplate dal DM del 20 gennaio 2022, misura lo sforzo di riequilibrio tra le Regioni che si intendeva realizzare.

¹⁴ La Case della comunità spoke avrebbero meno servizi obbligatori.

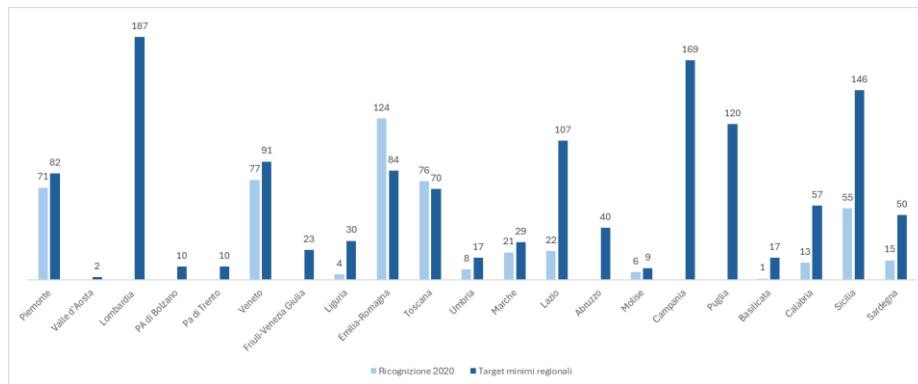
¹⁵ La distinzione tra l'allegato contenente le disposizioni a carattere prescrittivo e quello relativo all'esposizione descrittiva è stata introdotta per tenere conto del parere del Consiglio di Stato, che aveva segnalato la necessità di distinguere la parte di natura normativa e cogente da quella esplicativa o esortativa.

¹⁶ MINISTERO DELLA SALUTE, *Mission 6 Salute, Incontro Regioni e Province Autonome 6 marzo 2025, Stato di avanzamento procedurale e finanziario degli Investimenti della Mission 6: Salute, Dati monitoraggio febbraio 2025*, 2025.

¹⁷ Al netto delle quote vincolate e di alcune altre voci minori. Nel 2021 si trattava di poco più dell'80 per cento del fabbisogno complessivo.

¹⁸ La sperimentazione delle Case della salute è stata prevista dalla legge finanziaria per il 2007 (L. 296/2006). Nelle diverse Regioni sono state realizzate diverse esperienze, cui sono state attribuite anche diverse denominazioni (si veda ad esempio CAMERA DEI DEPUTATI, Servizio studi Affari sociali, *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, Documentazione e ricerche, n. 144, 2021, 1° marzo, da cui sono tratti i dati in figura; R. CASSA, C. COLICELLI, M.E. PLONER, P. SANTURRI, e F. SPANDONARO, *Case della salute e presidi territoriali di assistenza. Lo stato dell'arte*, in F. SPANDONARO, D. D'ANGELA e B. POLISTENA, (a

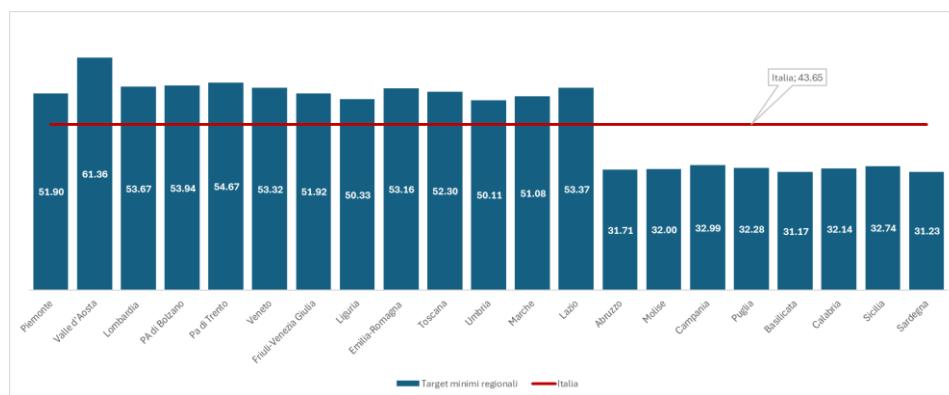
Figura 1: Ricognizione delle Case della Comunità *ex-ante* e programmazione iniziale PNRR.



Fonte: Camera dei Deputati, Servizio studi Affari sociali (2021); DM 20 gennaio 2022 e CIS.

Il meccanismo adottato per il riparto implica un vantaggio nel Mezzogiorno, dove si sarebbe assicurata per ogni Casa della comunità una platea di assistiti in media più limitata rispetto alle Regioni del Centro-Nord e sempre inferiore al dato nazionale (pari a 43.655 assistiti se calcolata con la popolazione al 1° gennaio 2025), come mostra la Figura 2. Anche se i dati sul bacino di riferimento non possono essere confrontati con lo standard del DM 77/2022, in quanto le Case della Comunità programmate possono essere sia *hub*, sia *spoke*, l'impegno per un maggiore potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale nel Mezzogiorno sembra confermato in questa fase.

Figura 2: Residenti per Casa della Comunità (popolazione 1° gennaio 2025, valori in migliaia).



Fonte: DM 20 gennaio 2022 e CIS; Istat Demo, demografia in cifre.

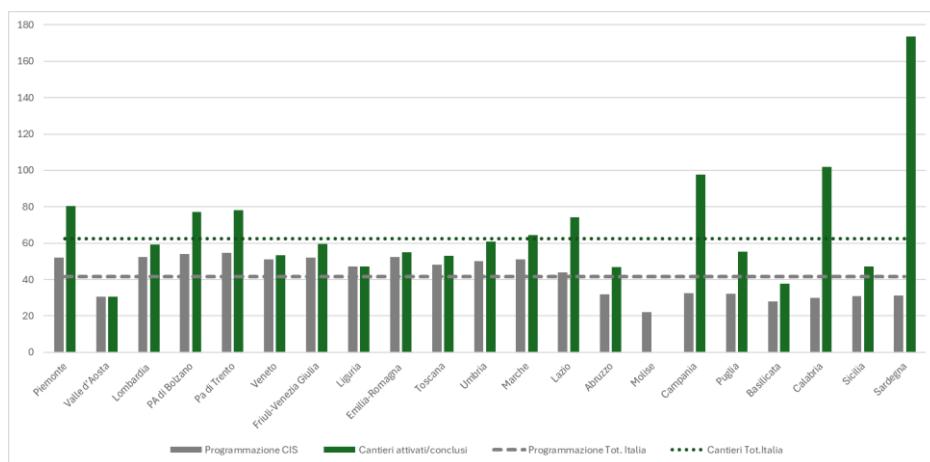
Con la programmazione CIS (aggiornata) le Regioni hanno pianificato un ulteriore aumento delle strutture, ma per lo più si tratta di modifiche marginali (l'incremento è del 5% nel complesso). La Valle d'Aosta, che dimezza la platea attraverso un raddoppio, da due a quattro, delle Case della Comunità, fa parte delle eccezioni, insieme a un'altra piccola Regione, il Molise

cura di), 16° Rapporto sanità. Oltre l'emergenza: verso una "nuova" vision del nostro SSN, Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità, CREA sanità, 2020, pagg. 378-394; C. ZOCCHETTI, Il progetto ReG: i primi risultati della Regione Lombardia, I convegno IGEA, Dal progetto al sistema. L'integrazione delle cure per le persone con malattie croniche, Roma, 2020, 23 aprile.

(che le porta da 9 a 13), e al Lazio (da 107 a 130). Molto diverso è il quadro, tuttavia, se si guarda alle realizzazioni. Erano 943 cantieri attivati o conclusi nel febbraio scorso secondo il Ministero della Salute¹⁹, di cui 38 collaudati; il Documento di Finanza Pubblica (DFP) aggiorna a 1.028 il numero dei cantieri avviati, di cui 140 conclusi e 44 collaudati, ma non offre informazioni sulla collocazione dei lavori in corso. Peraltro, l'avvio dei cantieri non garantisce la rapida chiusura degli stessi, in un Paese in cui i tempi di realizzazione delle opere sono tradizionalmente lunghi²⁰.

Facendo dunque riferimento ai 943 cantieri avviati di cui è stata resa nota l'ubicazione, si osserva che il vantaggio del Mezzogiorno non sarebbe più garantito, e nelle tre Regioni, Sardegna, Calabria e Campania, le Case della comunità dovrebbero farsi carico di un numero di assistiti molto più alto della media italiana (Fig.3). Inoltre, in Molise non risultano opere in corso. Pertanto, è necessario che i cantieri in ritardo siano rapidamente avviati (e conclusi). Il rischio tuttavia è che, una volta raggiunto il traguardo europeo, sul quale è posta la maggiore enfasi poiché il rispetto delle scadenze è necessario per ottenere i finanziamenti PNRR, si riduca la pressione e si rallentino le operazioni. Tale traguardo implica la realizzazione di ulteriori 95 cantieri rispetto a quelli la cui collocazione regionale è nota (anche se solo 10 rispetto al dato nazionale più aggiornato), non sufficienti a garantire il programmato maggiore potenziamento del Mezzogiorno. I dati di spesa confermano quanto detto sopra, con una quota del Mezzogiorno pari a circa il 18% dei 292 milioni registrati dal Ministero della Salute al 20 febbraio scorso²¹, una percentuale di gran lunga inferiore al 45% fissato dal decreto di riparto delle risorse

Figura 3: Residenti per Casa della Comunità programmate e in corso di realizzazione (popolazione 1° gennaio 2025, valori in migliaia)



Fonte: Ministero della Salute (2025); Istat Demo, demografia in cifre.

¹⁹ MINISTERO DELLA SALUTE (2025), *Misone 6...*, cit., 2025.

²⁰ Si veda ad esempio UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO, *Audizione della Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito dell'attività conoscitiva preliminare all'esame 43 del disegno di legge recante bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025* presso le Commissioni riunite V della Camera dei deputati (Bilancio, Tesoro e Programmazione) e 5 a del Senato della Repubblica (Programmazione economica, Bilancio), 2022, 5 dicembre.

²¹ MINISTERO DELLA SALUTE, *op. cit.*, 2025.

Inoltre, il rapporto Agenas sul monitoraggio del regolamento sui modelli e standard dell'assistenza territoriale²² informa che, oltre alle Case della Comunità da attivare programmate dai CIS (ivi indicate in 1.419), ve ne sarebbero altre 298 (extra CIS), che porterebbero il totale a 1.717. Delle Case della Comunità extra CIS, 172 sono collocate in Emilia-Romagna e in Toscana, due delle Regioni che erano più dotate di Case della Salute, e 30 in Sardegna. Secondo il rapporto Agenas, inoltre, 485 strutture assimilabili a Case della comunità, di cui 337 della programmazione CIS e 148 di quella extra CIS, avrebbero ad oggi almeno un servizio dichiarato attivo, ma solo 46 disporrebbero di tutti i servizi obbligatori secondo il DM 77/2022. Ciò non stupisce troppo, in presenza di cantieri ancora aperti nella gran parte delle strutture; resta tuttavia da capire anche se si stia procedendo ai reclutamenti di personale necessari per il successivo funzionamento. Inoltre, sono le Regioni ordinarie del Centro-Nord che riescono a fornire già alcuni servizi (con l'eccezione del Molise), mentre in quelle meridionali la frequenza di strutture in grado di erogare prestazioni è generalmente molto bassa, e in Campania, Basilicata e nelle piccole Regioni settentrionali a Statuto speciale non si riscontra alcuna Casa della Comunità con servizi attivi. In definitiva, a parte il caso *sui generis* delle piccole Regioni del Nord, in cui può essere difficile tarare gli standard e comunque l'osmosi degli assistiti verso le Regioni confinanti può rappresentare un fenomeno rilevante, a oggi non emerge ancora un reale superamento del divario che caratterizza il Mezzogiorno, anche se il riequilibrio potrà essere realizzato qualora si continui ad operare, anche dopo il raggiungimento del target PNRR, per attuare la programmazione regionale e rendere le strutture operative.

3. Gli Ospedali di Comunità

Analoga è la situazione degli Ospedali di Comunità²³, volti a gestire attraverso l'assistenza infermieristica continuativa e quella medica programmata su necessità le cure intermedie tra ospedale e territorio, in particolare le dimissioni protette, riducendo i ricoveri impropri e i ricorsi al pronto soccorso. Con il PNRR ci si è ripromessi di potenziare queste strutture, precedentemente disponibili in misura limitata e solo in alcune Regioni²⁴. Lo standard organizzativo (DL 77/2022) contempla almeno un Ospedale di Comunità con 20 posti letto (la parte descrittiva del Regolamento ipotizza uno o due moduli da 15-20 posti) ogni 100.000 abitanti. È richiesta la presenza di 7-9 infermieri, in modo da assicurare la presenza continua 7 giorni su 7, 4-6 operatori socio-sanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un medico per almeno 4,5 ore al giorno per 6 giorni su 7 (oltre alla pronta disponibilità).

Il PNRR prevedeva inizialmente la realizzazione di 400 Ospedali di Comunità, ma l'obiettivo è stato portato poi a 307, mentre la programmazione dei CIS aggiornata ne indica 428²⁵. Il DM

²² AGENAS, *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022, II semestre 2024, 2025*.

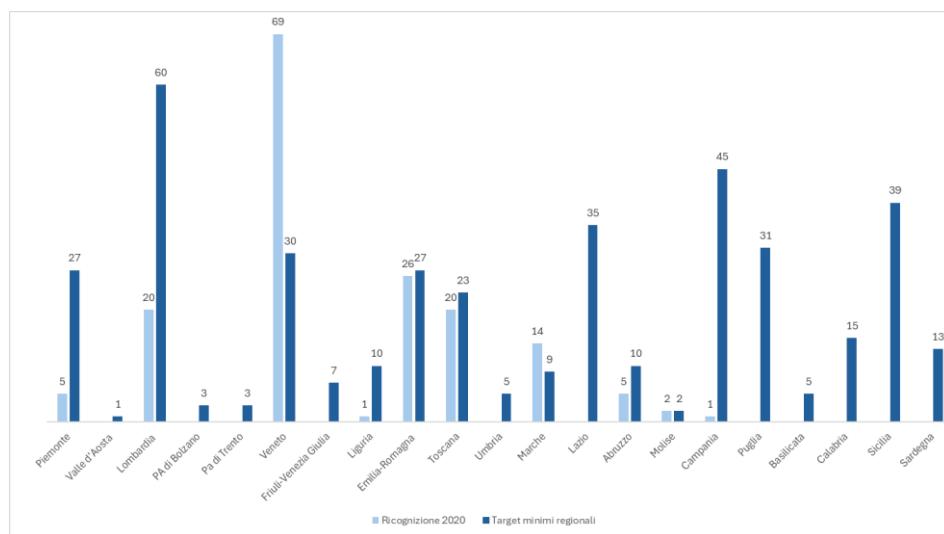
²³ Già considerati dal DM 70/2015 sugli standard dell'assistenza ospedaliera; sui requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi era stata raggiunta Intesa in Conferenza Stato Regioni il 20 febbraio 2020.

²⁴ CAMERA DEI DEPUTATI, Servizio studi Affari sociali, *Case della cit.*, 2021.

²⁵ MINISTERO DELLA SALUTE, *op. cit.*, 2025.

20 gennaio 2022 ha ripartito le risorse riproporzionandole, in questo caso, in modo da garantire al Mezzogiorno la riserva del 40 per cento. Anche questa volta la programmazione basata sui criteri di riparto descritti garantirebbe un riequilibrio tra le Regioni, la metà delle quali risultava nel 2020 completamente sprovvista di Ospedali di Comunità (Fig. 4). Di queste Regioni, 5 appartenevano al Mezzogiorno, in Campania risultava una sola struttura di questo tipo, in Molise 2 e in Abruzzo 5.

Figura 4: Ricognizione degli Ospedali di Comunità *ex ante* e programmazione iniziale PNRR.



Fonte: Camera dei Deputati, Servizio studi Affari sociali (2021); DM 20 gennaio 2022 e CIS.

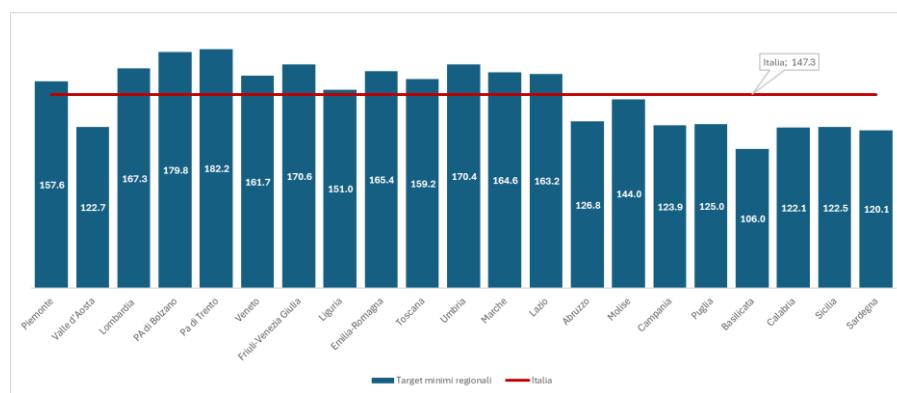
Anche in questo caso la figura offre una evidenza sull'impegno necessario per dotare tutte le Regioni di strutture intermedie, riequilibrando l'offerta sul territorio.

Inoltre, l'esempio degli Ospedali di Comunità conferma che la programmazione prevista al momento del riparto delle risorse consentirebbe di assicurare, nel Mezzogiorno, bacini di utenza in media più ridotti rispetto al Centro-Nord, come evidenziato in figura 5. Infatti, la popolazione servita nelle Regioni meridionali risulterebbe sempre inferiore alla media nazionale, pari a 147.335, mentre il contrario sarebbe vero in quelle settentrionali. La programmazione CIS aggiornata implicherebbe un ulteriore incremento del numero di strutture in alcune Regioni (con parallela riduzione della platea che fa capo a ognuna di esse, in media), collocate più spesso nel Mezzogiorno. Infatti, nel Centro-Nord solo Veneto, Liguria e Lombardia hanno pianificato ancora aumenti, mentre nel Mezzogiorno la Calabria incrementerebbe gli Ospedali di comunità di un terzo, la Puglia quasi di un quarto e Sicilia, Abruzzo e Campania in misura minore. La Calabria sarebbe l'unica Regione che scenderebbe, in media, sotto lo standard di 100.000 assistiti per Ospedale di comunità, previsto dal DM 77/2022 (Fig. 6).

Tuttavia, ancora una volta i dati sulle realizzazioni e sulla spesa riducono l'ottimismo sul successo del riequilibrio infrastrutturale. Per gli Ospedali di comunità il Ministero della salute indica 278 cantieri attivati o conclusi, dato aggiornato in 310 dal DFP (che ne dà 37 conclusi), di cui 14 collaudati. Come nostra la figura 6, alcune Regioni, avendo avviato ancora pochi cantieri al momento della verifica riportata dal Ministero della Salute, presentano un numero

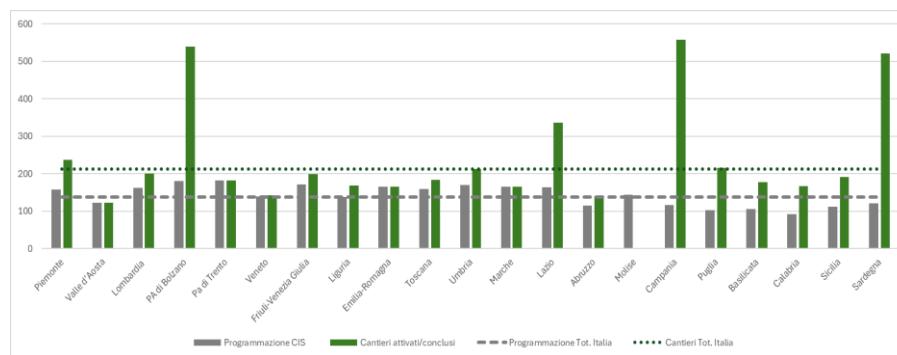
di assistiti per Ospedale di Comunità in costruzione o completato molto più alto di quanto visto sopra. Tra queste la Campania e la Sardegna in misura molto accentuata, e comunque in quasi tutte le Regioni meridionali l'incremento della platea appare evidente, mentre al Nord emergono problemi rilevanti solo nella Provincia Autonoma di Bolzano, in misura minore nel Lazio e ancora più limitatamente in Piemonte. La spesa riconosciuta alle Regioni del Mezzogiorno risulta peraltro pari a poco più del 19% dei 115 milioni registrati a livello nazionale²⁶. Si tratta dunque anche in questo caso da un lato di chiudere molto rapidamente i cantieri aperti, dall'altro di avviarne e portarne a compimento di ulteriori, in modo da assicurare non solo il target PNRR, ormai sorpassato, almeno in termini di cantieri avviati, secondo le informazioni del DFP, ma anche l'auspicato superamento del divario territoriale. Anche in questo caso, le opere dovrebbero essere proseguite dunque anche a prescindere dal PNRR e dalle sue scadenze, utilizzando i finanziamenti sopra elencati a proposito delle Case della comunità. I rischi risiedono nei possibili ritardi o interruzioni legati alla minore attenzione sui risultati, che non saranno più utili ai fini della riscossione delle rate del PNRR, e/o a problemi nel reperire effettivamente le risorse necessarie, dopo l'aumento dei prezzi dovuto al processo inflazionistico del biennio 2022-23.

Figura 5: Residenti per Ospedale della Comunità (popolazione 1° gennaio 2025, valori in migliaia).



Fonte: DM 20 gennaio 2022 e CIS; Istat Demo, demografia in cifre.

Figura 6: Residenti per Ospedali della Comunità programmati e in corso di realizzazione (popolazione 1° gennaio 2025, valori in migliaia).



Fonte: Ministero della Salute (2025); Istat Demo, demografia in cifre.

²⁶ MINISTERO DELLA SALUTE, *op. cit.*, 2025.



Per gli Ospedali di Comunità le strutture extra CIS sarebbero 140 (e assicurerebbero incrementi particolarmente consistenti in Umbria, Sardegna, Veneto e Valle d'Aosta) e quelle con servizi già attivi (CIS ed extra CIS) 124²⁷ - solo 17 nel Mezzogiorno -, con 2.096 posti letto²⁸ e con presenza medica secondo gli standard del DM 77/2022 assicurata nel 73% dei casi e presenza continua di infermieri nel 95%. Dei 124 Ospedali di Comunità che disporrebbero di servizi attivi, 97 sarebbero pubblici.

4. L'assistenza domiciliare

La prima componente della Missione Salute, dedicata all'assistenza sanitaria territoriale, si completa con l'investimento sull'assistenza domiciliare, che comprende la messa in funzione delle Centrali operative territoriali (COT), con funzioni di coordinamento e raccordo tra i diversi servizi ai fini della presa in carico degli assistiti²⁹, il potenziamento della telemedicina³⁰ e il rafforzamento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI).

Di seguito ci sofferma in particolare sullo stato di avanzamento dell'intervento relativo all'ADI, anch'esso, come quello per la telemedicina, rafforzato con la revisione del PNRR, che ha portato a 2,97 miliardi le risorse assegnate (da 2,72), spostando il target da 800.000 a 842.000 nuove prese in carico di assistiti con oltre 65 anni di età. Questi finanziamenti si aggiungono a quelli stanziati dal DL 34/2020, pari a 500 milioni annui, contemplati nel *Sustainability Plan* allegato al PNRR presentato nell'aprile 2021 alla Commissione europea e ripartiti insieme alle risorse dello stesso PNRR con il Decreto del Ministro della Salute del 23 gennaio 2023. Questo decreto mirava a riequilibrare la capacità di presa in carico delle Regioni, assicurando ovunque una percentuale di assistiti di età superiore a 65 anni vicina al 10%. Pertanto, il 75% dei finanziamenti veniva distribuito in base alla quota della popolazione residente di età superiore a 65 anni rispetto a quella italiana della stessa età (prevalenza della popolazione di età superiore a 65 anni) e il 25% in base al fabbisogno, ovvero tenendo conto della distanza rilevata in ogni Regione rispetto all'obiettivo. In definitiva, quasi il 43% delle risorse è stato attribuito al Mezzogiorno. In seguito, si è raggiunta intesa in Conferenza Stato-Regioni³¹ su un decreto volto ad assegnare ulteriori 83 milioni per l'ADI, che consentirebbero di arrivare a prendere in carico circa 851.000 assistiti, più del target PNRR. Il riparto verrebbe attuato mantenendo le proporzioni del DM 23 gennaio 2023 sull'incremento degli assistiti. Si osservi che, anche se

²⁷ AGENAS, *Report...* cit., 2025.

²⁸ Di cui 1.531 in Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna.

²⁹ Come sottolineato dal rapporto Agenas (AGENAS, *op. cit.*, 2025) la scadenza, posta alla fine del 2024, è stata rispettata, con 642 COT pienamente funzionanti, rispetto a un target di 480. Erano invece 650 le COT programmate, e rispetto a queste ne manca qualcuna in tre Regioni del Mezzogiorno, la Calabria, la Campania e la Sardegna, mentre la Toscana ne ha realizzate alcune in più.

³⁰ Anche l'obiettivo di attuare almeno un progetto di telemedicina in ogni Regione è stato raggiunto, ma l'incremento del numero di pazienti trattati appunto con strumenti di telemedicina si sta rivelando più lento del previsto. Con la revisione del PNRR, peraltro, i finanziamenti dedicati a questo investimento sono aumentati di 500 milioni, arrivando a 1,5 miliardi.

³¹ Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province Autonome di Trento e Bolzano, Rep. atti n. 264/CSR del 18 dicembre 2024.



avanzano ancora 167 milioni da ripartire³², allo scadere del PNRR o comunque all'esaurirsi o al ridimensionarsi dei relativi finanziamenti, questi dovranno essere sostituiti con risorse di altra provenienza, onde mantenere il livello di assistenza. Infatti, ai fini delle previsioni tendenziali del DFP, viene assunta una spesa di 1,3 miliardi annui dal 2027 diretta a tale scopo, a carico del finanziamento ordinario del SSN.

La Figura 7 evidenzia la rilevanza dell'operazione di ribilanciamento che si sta cercando di realizzare: a fronte di tassi di copertura degli ultrasessantacinquenni molto difformi nel 2019, dallo 0,34% della Provincia Autonoma di Bolzano all'8,47% dell'Emilia-Romagna (rispetto a una media di 4,66%), nel 2025 si realizzerebbe una concentrazione dei tassi di copertura tra il 9,8% e l'11,2%. Tuttavia, va osservato che le differenze tra le Regioni non riproducevano del tutto, nel 2019, il tradizionale divario tra Nord (o Centro-Nord) e Sud: infatti le grandi Regioni meridionali offrivano una copertura limitata (con la parziale eccezione della Sicilia), ma le più piccole, e soprattutto il Molise, erano abbastanza ben posizionate. Si osservi tra l'altro che le Regioni con più ampia platea di assistiti presentavano un basso livello medio di intensità delle cure³³, ed è a partire da questo livello contenuto che si sono misurati i costi dell'incremento degli assistiti³⁴. Pertanto, l'intervento previsto dal PNRR agisce sulle quantità, ma non sembra essere in grado di modificare la qualità del servizio, come era stato invece richiesto dalla legge delega in materia di politiche in favore delle persone anziane, prevista dal PNRR nell'ambito della Missione 5 (Inclusione e coesione), che contemplava l'obiettivo di assicurare durata e intensità adeguate delle cure domiciliari. Peraltro, il D.Lgs. 29/2023, attuativo della delega, ha ignorato tale vincolo, limitandosi alla constatazione che l'intensità e la complessità degli interventi saranno variabili. Questo aspetto è ritenuto una delle maggiori criticità della riforma e dell'intervento per il potenziamento dell'ADI³⁵.

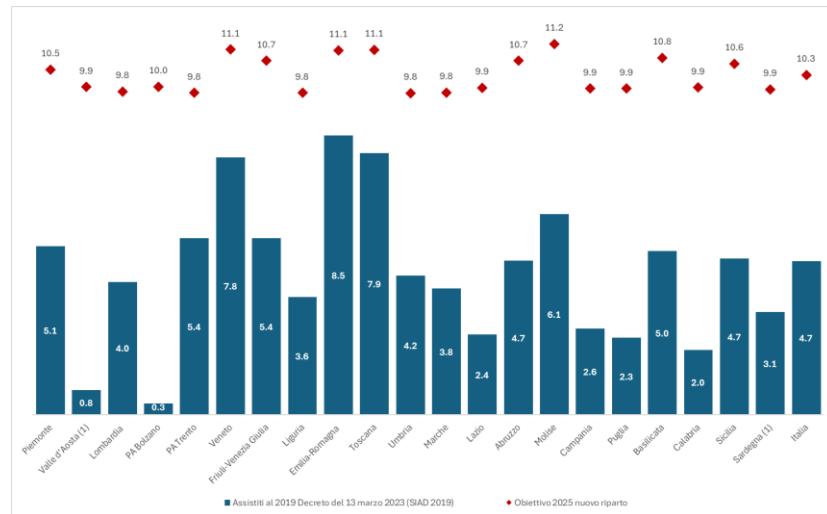
³² Il DFP stima un importo di 3,5 miliardi di spese correnti su risorse PNRR, tra il 2022 e il 2030, nell'ipotesi che le risorse vengano utilizzate anche dopo il 2026. Tali risorse riguardano principalmente l'ADI.

³³ Su questo aspetto si veda ad esempio UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO, *Le politiche per la long term care in Italia: luci e ombre delle recenti riforme*, in Ufficio parlamentare di bilancio, *Rapporto sulla politica di bilancio*, 2024, giugno.

³⁴ Decreto del Ministro della Salute del 13 marzo 2023 per l'Approvazione della "Metodologia per l'adozione di opzioni di costo semplificate, per la contabilizzazione e rendicontazione delle spese", in cui il costo medio per assistito è calcolato in circa 1.978 euro, sulla base dell'ipotesi che il 60% delle nuove prese in carico riguardi l'assistenza domiciliare di base, meno intensiva.

³⁵ Si veda ad esempio PATTO PER UN NUOVO WELFARE SULLA NON AUTOSUFFICIENZA, *Proposte per i decreti legislativi attuativi della Legge 33/2023 recante "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane"*, 2023, 24 ottobre; PATTO PER UN NUOVO WELFARE SULLA NON AUTOSUFFICIENZA, *Il decreto legislativo in attuazione della legge delega di riforma dell'assistenza agli anziani (L. 33/2023)*, 2024, 6 febbraio; UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO, *Le politiche...* cit., 2024.

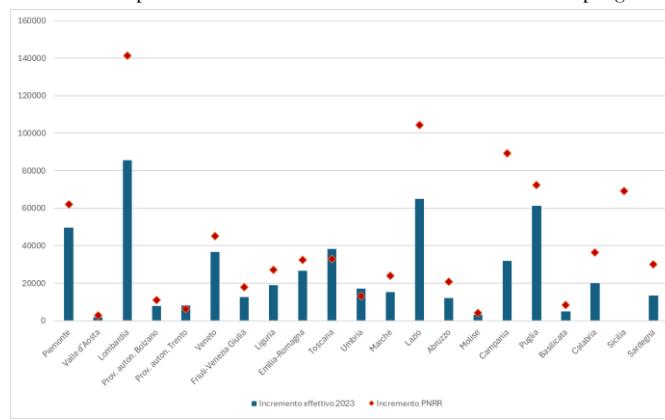
Figura 7: Assistiti in ADI (% della popolazione con più di 65 anni) *ex ante* e con programmazione PNRR.



(1) Il dato 2019 della Sardegna, che non compila il flusso SIAD, è tratto dall'Annuario statistico del SSN 2019.
Fonte: Decreto del Ministro della salute del 13 marzo 2023 (dati SIAD); schema di decreto di riparto per l'ADI.

Passando comunque ad esaminare le evidenze disponibili sull'attuazione dell'intervento per potenziare le cure domiciliari, anche in questo caso il risultato, sia pure provvisorio, non è sempre all'altezza delle ambizioni. Purtroppo, non sono stati ancora resi noti i dati relativi al 2024, mentre per il 2023 il monitoraggio Agenas³⁶ mostra che l'obiettivo indicato per quell'anno (526.000 nuove prese in carico) è stato raggiunto a livello nazionale, con 529.761 prese in carico, ma non in tutte le Regioni. Tra le grandi del Mezzogiorno, mentre la Puglia ha superato l'obiettivo del 45% e la Calabria lo ha quasi raggiunto, le altre restano indietro, con percentuali di completamento dell'1% in Sicilia, del 62% in Calabria e del 77% in Sardegna. Questi risultati sono stati compensati da altre Regioni, in particolare, oltre alla Puglia, la Provincia autonoma di Trento, l'Umbria e la Toscana (Fig. 8).

Figura 8: Assistiti in ADI con più di 65 anni: incremento 2023 e incremento programmato PNRR 2025.



Fonte: Agenas (2024).

³⁶ AGENAS, Relazione di sintesi sul monitoraggio degli obiettivi previsti dal decreto interministeriale 24 novembre 2023 'Modifiche al decreto 23 gennaio 2023, recante ripartizione delle risorse relative all'investimento M6.C1.1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI) del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)', anno 2023, 2024.

La difficoltà di superare l’arretratezza in alcune Regioni è confermata dalle informazioni del Rapporto Agenas³⁷, che riporta come nella gran parte dei territori in ogni distretto vi sarebbe almeno un soggetto erogatore di ADI, pubblico o privato, ma non in Sicilia (con il 78% di copertura dei distretti) e nel Lazio (93%). Le cure palliative domiciliari, sempre presenti in alcune Regioni (almeno un erogatore nel distretto), sarebbero meno frequentemente disponibili in Sicilia (27%), Provincia Autonoma di Trento e Molise (33%), Calabria (36%), Abruzzo (40%). Va osservato che molti dei punti di erogazione privati non risultano accreditati.

5. L’Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

La seconda componente della Missione 6 prevede varie linee di intervento finalizzate: all’innovazione del parco tecnologico; alla digitalizzazione del SSN; al miglioramento strutturale e della sicurezza degli edifici ospedalieri; al rafforzamento della ricerca e formazione del personale. In particolare, l’investimento relativo all’ammordenamento del parco tecnologico, su cui di seguito ci si focalizza, si articola in due sub-investimenti. Il primo riguarda la digitalizzazione mediante l’adozione di soluzioni tecnologiche innovative e interessa 280 strutture ospedaliere con dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di I e II livello; al suo interno è stato collocato anche un progetto già in essere (DL 34/2020) che si è stabilito di coprire con finanziamenti del PNRR e che comprende il potenziamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva³⁸. Il secondo sub-investimento riguarda, invece, il rinnovo delle attrezzature ospedaliere ad alto contenuto tecnologico³⁹.

Per quanto riguarda la digitalizzazione dei DEA, da concludere entro il 2025, si sta operando attraverso procedure centralizzate gestite dalla CONSIP, che a marzo scorso aveva attivato iniziative per l’84% del finanziamento, secondo il DFP. Stando al rapporto del Ministero della Salute, che riporta dati di febbraio, la Basilicata è la Regione rimasta più indietro sugli ordinativi, seguita dal Lazio, e si osservano differenze consistenti anche sulla spesa, che risulta pari al 18% del finanziamento in media, ma si ferma al 2% in Calabria e Abruzzo, al 4% nelle Marche, al 6% in Liguria e nel Molise, all’8% in Puglia.

Quanto al secondo sub-investimento, la necessità di incrementare le terapie intensive era emersa nel periodo dell’emergenza sanitaria⁴⁰, quando alla disponibilità di posti erano state collegate anche le misure di contenimento da attivare per contrastare la diffusione del Covid-19. Ai fini del raggiungimento del target PNRR è prevista, entro giugno 2026, la realizzazione di almeno 5.922 posti letto aggiuntivi, di cui 2.692 in terapia intensiva e 3.230 in semi-intensiva.

³⁷ AGENAS, *op. cit.*, 2025.

³⁸ Questo intervento include anche la separazione dei percorsi all’interno del pronto soccorso, resasi necessaria nel periodo di massima diffusione della pandemia.

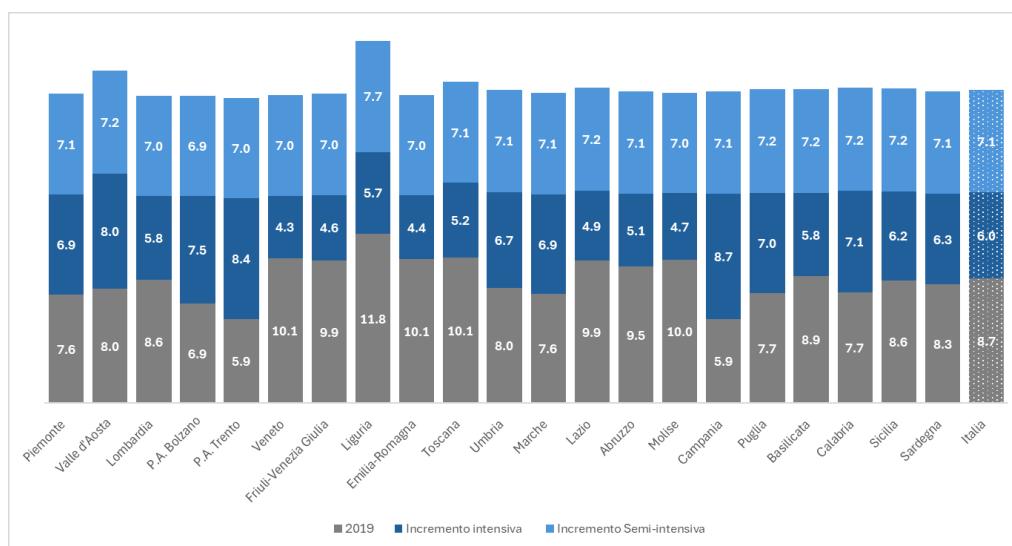
³⁹ Le grandi apparecchiature interessate sono: TAC, risonanze magnetiche, acceleratori lineari, sistemi radiologici fissi, angiografi, gamma camera, gamma camera/TAC, PET/TAC, mammografi, ecotomografi.

⁴⁰ Si veda UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO, *Audizione informale del Presidente dell’Ufficio parlamentare di bilancio sul DDL di conversione del DL 19 maggio 2020, n. 34 recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19 Commissione V della Camera dei deputati (Bilancio, Tesoro e Programmazione)*, 2020, 27 maggio.

Come per altri interventi già analizzati in precedenza, anche in questo caso, a seguito della revisione del PNRR del 2023, il target iniziale di 7.700 posti è stato rivisto in diminuzione. L'obiettivo iniziale era stato determinato sulla base del DL 34/2020, che prevedeva la realizzazione di 7.725 posti (3.500 in terapia intensiva, per arrivare ad uno standard di 14 posti per 100.000 abitanti, e 4.225 in semi-intensiva); successivamente, con i Piani di riorganizzazione previsti dallo stesso decreto-legge, la cui approvazione rappresentava un obiettivo qualitativo del PNRR (*milestone*), i numeri sono stati rivisti in rialzo, per un totale di 7.829 posti (3.591 in terapia intensiva e 4.238 in semi-intensiva). Si ricorda che la programmazione stabilita nei Piani di riorganizzazione resta valida.

La distribuzione dei posti nella fase pre-pandemica (anno 2019) evidenziava squilibri territoriali non solo a sfavore del Mezzogiorno, secondo dati del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della Salute. In particolare, con una media nazionale di 8,7 posti ogni 100.000 abitanti, nel Centro Nord la disponibilità era inferiore in Piemonte, Valle D'Aosta, Lombardia (marginalmente), nelle Province autonome di Trento e Bolzano, in Umbria e nelle Marche; nel Mezzogiorno, invece, erano la Campania – con il valore più basso a livello nazionale (5,9 posti) –, la Puglia, la Calabria, la Sicilia (marginalmente) e la Sardegna a presentare meno posti letto (Figura 9). A seguito della nuova programmazione⁴¹ si garantirebbero mediamente circa 22 posti totali per 100.000 abitanti (14,7 al netto delle terapie semi-intensive) e l'incremento dei posti previsto determinerebbe un sostanziale riequilibrio, con l'eccezione principale della Liguria, la Regione con il maggiore indice di vecchiaia⁴², che si attesterebbe a 25,2 (17,5 considerando le sole terapie intensive).

Figura 9: Posti letto in terapia intensiva nel 2019 e incrementi previsti dai Piani di riorganizzazione ogni 100.000 abitanti.



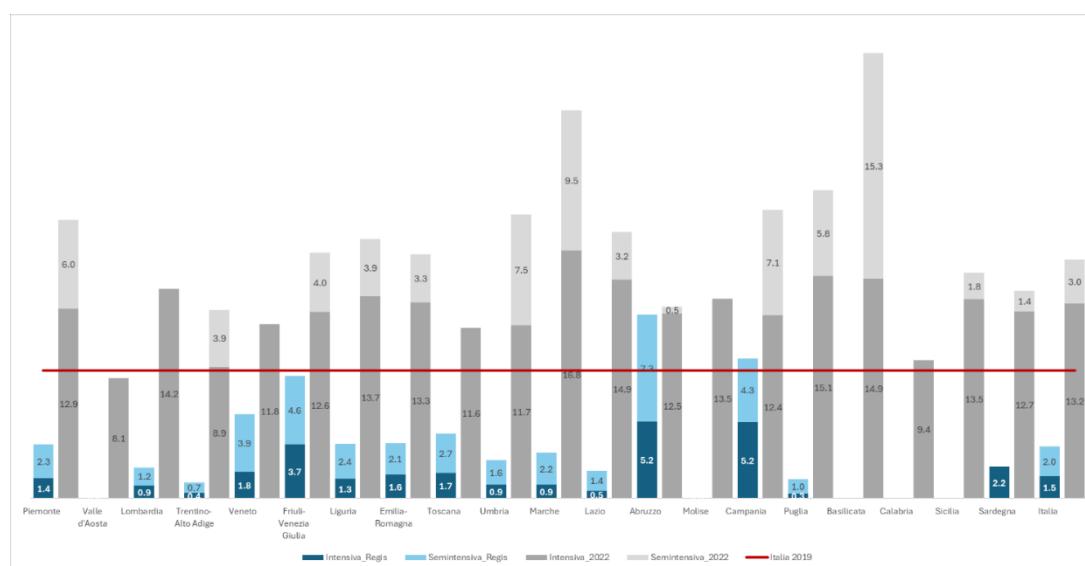
Fonte: elaborazione su dati Ministero della salute e Istat Demo, demografia in cifre.

⁴¹ Si veda il paragrafo delle conclusioni del Piano di Riorganizzazione e rafforzamento Terapie Intensive e Semi-Intensive, dove si indicano i posti autorizzati, aggiornati anche per tenere conto di aggiustamenti dei dati NSIS.

⁴² Al 1° gennaio 2025 l'indice di vecchiaia (calcolato in base al rapporto tra la popolazione con più di 65 anni e quella tra 0 e 14 anni) era pari a 283,2 in Liguria, rispetto a una media nazionale di 207,6.

Sulla base delle ultime informazioni disponibili sui posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva, nel 2022 si rilevano mediamente su base nazionale 16,2 posti ogni 100.000 abitanti, di cui 13,2 in terapia intensiva, valore prossimo ai 14,7 posti che si ottengono sommando quelli disponibili nel 2019 (8,7) e l'incremento previsto dal Piano di riorganizzazione (6 posti), mentre la disponibilità per le terapie semi-intensive risulta pari a 3 posti, meno della metà di quelli programmati (7,1 posti)⁴³, come mostra la Figura.10. Complice anche il calo demografico, alcune Regioni come le Marche e la Basilicata (rispettivamente 26,3 e 30,2 posti totali) sembrerebbero aver già realizzato, e superato, il numero di posti programmati. Tutte le altre Regioni, ad eccezione della Valle D'Aosta, si attestano su valori dei posti in terapia intensiva superiori rispetto a quelli registrati nel 2019, mentre la predisposizione dei posti in terapia semi-intensiva mostra diffusi ritardi. Tuttavia, dalle rilevazioni non è possibile distinguere in che misura l'incremento sia riconducibile ai posti attribuibili al PNRR. Questi ultimi possono essere rilevati invece sulla base delle informazioni rese disponibili da ItaliaDomani⁴⁴, da dove si evince che il numero di posti realizzati procede molto a rilento e, ad eccezione di alcune Regioni come l'Abruzzo, la Campania e il Friuli-Venezia Giulia, appare ancora molto lontano dagli incrementi previsti nei Piani di riorganizzazione. In molti territori del Mezzogiorno (Basilicata, Calabria e Sicilia) non si registrano ancora posti realizzati, seppure in alcune di queste Regioni i divari sembrino pienamente riassorbiti secondo i dati del Ministero della Salute.

Figura 10: Posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva nel 2022 e posti realizzati nel PNRR ogni 100.000 abitanti.



Fonte: elaborazione su dati Ministero della salute, Italia domani e Istat Demo, demografia in cifre.

⁴³ Si ricorda peraltro che con il Piano di riorganizzazione l'allocazione dei finanziamenti per le terapie semi-intensive era stata ridimensionata rispetto al DL 34/2020, su richiesta delle Regioni, mentre erano stati attribuite maggiori risorse agli interventi relativi alle terapie intensive e ai servizi di emergenza-urgenza, ritenuti più costosi del previsto (si veda CORTE DEI CONTI, *Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica*, 2021).

⁴⁴ I dati sono disponibili nella sezione Open Data; le informazioni rilasciate sono rilevate nella piattaforma informatica ReGiS, con data di osservazione al 31 marzo 2025.

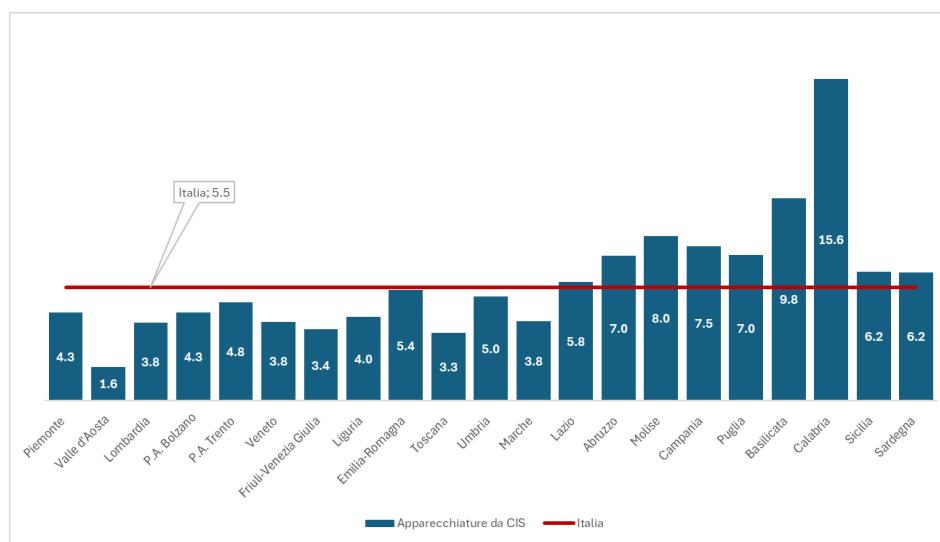
Nel caso delle terapie intensive, una concreta valutazione degli effetti del PNRR sul riequilibrio dei divari territoriali risente ancora di una qualche difficoltà di interpretazione delle basi informative, difficili tra l'altro da riportare a coerenza tra loro, la cui mancata accuratezza ha provocato tra l'altro la citata revisione della programmazione attraverso i Piani di riorganizzazione rispetto all'impostazione iniziale del DL 34/2020. Del resto, nel periodo dell'emergenza sanitaria i posti letto nelle diverse Regioni variavano ampiamente anche a breve distanza di tempo⁴⁵, ponendo in dubbio la natura strutturale delle terapie intensive dichiarate, che tra l'altro richiederebbe la presenza di personale addetto con continuità e in misura adeguata. Quest'ultimo aspetto non è scontato, sia perché le risorse correnti assegnate dal DL 34/2020 erano state tarate solo sul 40% dei posti letto inizialmente previsti (facendo affidamento sul personale già disponibile nelle unità di terapia intensiva), sia perché le specializzazioni mediche necessarie, quali anestesia e rianimazione, sono tra le più difficili da reperire.

Per il sub-investimento relativo alle grandi apparecchiature, la programmazione CIS prevede la sostituzione di 3.223 unità (come riportato nel rapporto del Ministero della Salute⁴⁶), mentre il target ai fini del PNRR, da raggiungere entro giugno 2026 (era dicembre 2024 prima della revisione del Piano), è fissato a 3.100 unità caratterizzate da una vetustà maggiore di 5 anni. L'individuazione delle apparecchiature da sostituire è stata effettuata sulla base dell'analisi dei fabbisogni e le risorse disponibili a valere sui fondi del PNRR ammontano a 1,19 miliardi, di cui il 40 per cento assegnato al Mezzogiorno (DM 20 gennaio 2022), rispettando così il vincolo territoriale. La programmazione CIS aggiornata permetterebbe alle Regioni meridionali di ottenere una maggiore disponibilità di nuove apparecchiature per 100.000 abitanti rispetto a quella del Centro-Nord (Fig.11). In particolare, tutte le Regioni del Mezzogiorno si collocano al di sopra della media nazionale (5,5 apparecchiature ogni 100.000 abitanti); inoltre Calabria e Basilicata fanno registrare i valori più elevati (rispettivamente 15,6 e 9,8). Di contro le regioni del Centro-Nord, ad eccezione del Lazio, presentano valori sempre inferiori rispetto alla media.

⁴⁵ Si veda UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO, *Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi raggiunti*, Focus n. 4, 2022, agosto; sulla variabilità del personale per posto letto in terapia intensiva si veda ALTEMS, Alta scuola di economia e management dei sistemi sanitari, Università Cattolica del Sacro Cuore, *Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19*, Instant REPORT#53, 2021, 20 maggio.

⁴⁶ MINISTERO DELLA SALUTE, *op.cit.*, 2025.

Figura 11: Grandi apparecchiature ogni 100.000 abitanti.



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute (2025) e Istat Demo, demografia in cifre

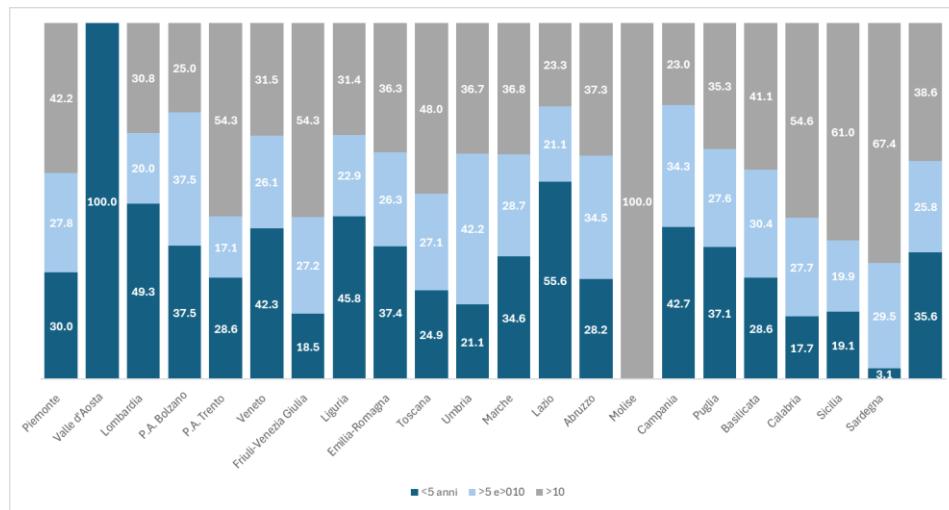
Sulla base delle informazioni rese disponibili dal Ministero della Salute, delle apparecchiature previste dalla programmazione CIS quasi tutte risultano ordinate (97 per cento), gran parte di queste consegnate (80 per cento) e collaudate (77 per cento). Con l'aggiornamento ulteriore riportato nel DFB si arriverebbe al 98% di apparecchiature ordinate e al 79% per i collaudi (ma i dati per Regione non sono stati resi noti). Malgrado questi buoni risultati (ma non va dimenticato che la scadenza è stata rinviata a seguito delle difficoltà inizialmente incontrate, sia per il sostenuto incremento dei prezzi del biennio 2022-23, sia per le complessità legate alla sostituzione dei macchinari) alcune Regioni presentano risultati meno brillanti. Questo si evidenzia soprattutto via via che si passa dalle ordinazioni alle consegne e ai collaudi. Le consegne nel Mezzogiorno, tranne che in Calabria, e in cinque Regioni del Centro-Nord rappresentano quote inferiori all'80% delle apparecchiature ordinate, mentre i macchinari collaudati sono inferiori al 60% di quelli previsti dalla programmazione in Molise.

Il progresso della misura trova riscontro anche osservando le dismissioni di apparecchiature registrate nel 2023 (nel settore pubblico), pari a 310 (erano 201 nel 2022) a fronte di 286 collaudi (erano 258 nel 2022)⁴⁷. Tale andamento dovrebbe consolidarsi negli anni successivi, quando si rileveranno tutti gli effetti del PNRR. I flussi informativi riportati da Agenas (aggiornati a maggio 2024) evidenziano come la fase di transizione legata al PNRR sia ancora in corso; infatti, nelle strutture pubbliche sarebbero attualmente presenti 4.187 grandi apparecchiature, di cui mediamente circa il 65 per cento ha più di cinque anni. La vetustà delle apparecchiature non è omogenea sul territorio nazionale, infatti sono il Molise, la Sardegna, la Calabria e la Sicilia a presentare la maggiore frequenza di macchinari con età superiore a 10 anni, mentre nel Centro l'Umbria e nel Nord il Friuli-Venezia Giulia mostrano ancora una quota elevata (rispettivamente 81,5 e 78,9 per cento) di apparecchiature con più di cinque anni;

⁴⁷ AGENAS, *Le grandi apparecchiature sanitarie in Italia*, in *Quaderno di Monitor*, Supplemento alla rivista semestrale Monitor, Report, 2024.

la Valle D'Aosta è l'unica Regione con tutte le apparecchiature di età inferiore ai cinque anni (Fig.12).

Figura 12: Composizione percentuale delle grandi apparecchiature per classi di età.



Fonte: Elaborazione su dati Agenas (2024).

Il processo di ammodernamento dovrebbe garantire dunque la presenza di un parco tecnologico più moderno e omogeno su tutto il territorio nazionale, anche se permangono alcune criticità in talune Regioni, soprattutto del Mezzogiorno, in cui si registrano significativi ritardi che, pur non compromettendo il conseguimento del target PNRR, ormai raggiunto secondo il DFP, rischerebbero di rinviare il riequilibrio programmato.

6. Conclusioni

In Italia le diseguaglianze geografiche e sociali nelle condizioni di salute sono acute e riflettono, tra l'altro, differenze profonde nei Servizi sanitari regionali. Le speranze di realizzare un riequilibrio infrastrutturale e di assicurare l'erogazione dei LEA su tutto il territorio nazionale sono state riposte di recente sul PNRR, al quale il DL 77/2021 ha imposto un vincolo di destinazione del 40% delle risorse al Mezzogiorno.

A distanza di quattro anni da quella decisione, la domanda sui risultati di questo sforzo di ribilanciamento non ammette ancora una risposta definitiva. In generale, il riparto delle risorse ha tenuto conto del vincolo e ha mirato a rafforzare, nel generale potenziamento dell'assistenza sanitaria, soprattutto il Mezzogiorno. Ad esempio, per le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, il vantaggio del Meridione nel riparto delle risorse si è tradotto in una programmazione delle nuove strutture che assicurerrebbe bacini di utenza più contenuti in tutte le Regioni meridionali. Va tuttavia osservato che, poiché nell'assegnazione dei finanziamenti non ci si basa sui fabbisogni specifici a partire dalle strutture già a disposizione, ma su un proporzionamento rispetto alla popolazione, pesata per l'età, con una correzione per il Mezzogiorno, questa impostazione non porterebbe a pareggiare la capacità produttiva di tutti i territori, dal momento che il gradiente Nord-Sud non spiega da solo le differenze nelle dotazioni



regionali di partenza. Inoltre, nella traduzione in *target* dei finanziamenti assegnati, possono discendere differenze tra le Regioni dalle diverse scelte sull'utilizzo delle risorse, per nuove edificazioni o per rifacimenti di immobili già disponibili e, nel caso delle Case della Comunità, per strutture *hub* o *spoke* (ad esempio la Calabria, per semplificare il raggiungimento dell'obiettivo, ha privilegiato le ristrutturazioni/riconversioni di edifici esistenti)⁴⁸. Diverso è il caso dell'ADI, il cui riparto è basato, oltre che sulla numerosità della popolazione con più di 65 anni, anche sul fabbisogno, misurato dalla distanza tra le condizioni di partenza e l'obiettivo, in modo che il *target* sia raggiungibile ovunque sul territorio. Anche per le terapie intensive e semi-intensive la programmazione implica un riequilibrio tra Regioni, anche se la Liguria conserverebbe la maggiore disponibilità di posti per 100.000 residenti, che sembra giustificata dalla distribuzione per età della popolazione di questa Regione. Infine, per quanto concerne la sostituzione delle grandi apparecchiature, i dati medi sulla disponibilità di macchinari sulla base della programmazione dei CIS evidenziano un beneficio maggiore per le Regioni meridionali, evidentemente collegato alla riserva di risorse nel riparto, anche se va osservato che la composizione degli acquisti è diversa tra le Regioni.

Anche se la programmazione degli interventi implica certamente un qualche riequilibrio, i risultati concreti sono ancora incerti. La capacità di spendere le risorse in modo efficace non è identica nelle diverse Regioni e l'elevata inflazione degli anni 2022-23, accrescendo i costi delle opere edilizie e delle attrezzature rispetto a quanto inizialmente stimato, ha complicato il quadro, portando a un ridimensionamento di alcuni obiettivi del PNRR o al rinvio di scadenze. Malgrado la programmazione degli interventi, definita attraverso strumenti quali i CIS e il Piano di riorganizzazione delle terapie intensive, resti valida, sia pure con qualche aggiornamento introdotto nel tempo, e andrà attuata utilizzando altresì risorse ulteriori rispetto al PNRR, la corsa verso i *target* europei appare oggi prioritaria, dato che qualora non siano raggiunti tempestivamente si rischia di perdere parte delle risorse del PNRR. Poiché i nuovi obiettivi europei non sono stati ridefiniti a livello regionale, il relativo raggiungimento non assicurerà il mantenimento delle proporzioni tra i *target* territoriali programmati. Considerando lo stato di avanzamento dei lavori, si osserva che tre Regioni del Mezzogiorno - Sardegna, Calabria e Campania - risultano ancora molto indietro sulle Case della Comunità, e Campania e Sardegna anche sugli Ospedali di Comunità, accompagnate questa volta dalla Provincia autonoma di Bozano e dal Lazio. Per di più, se si guarda alla capacità di erogare servizi come attualmente rilevata, l'arretratezza del Mezzogiorno appare evidente, mentre alcune Regioni, in particolare nel Centro-Nord, possono contare anche sulle strutture di cui disponevano prima dell'avvio del PNRR. Per l'ADI mancano i dati relativi al 2024 e per le terapie intensive le informazioni del NSIS mostrano incrementi dei posti, rispetto al 2019, in tutte le Regioni tranne la Valle d'Aosta, ma i livelli raggiunti restano molto diversi tra i territori e l'incremento attribuibile all'intervento PNRR, molto più limitato di quello rilevato dal Ministero della Salute, malgrado le informazioni siano più recenti, resta molto contenuto in molte regioni, addirittura nullo in altre. Infine, le Regioni meridionali, con l'eccezione della Calabria, sono

⁴⁸ Si veda V. PUPO e R. CARIDÀ, *La tutela della salute tra organizzazione sanitaria, territori e principi generali del SSN, Regione Calabria*, relazione presentata al Convegno nazionale Osservatori regionali della Rivista Le Regioni, Torino, 4-5 ottobre, 2024, Campus Luigi Einaudi.

tra quelle che procedono più lentamente nell’acquisizione di nuove apparecchiature, con un ritardo particolarmente evidente nel Molise, malgrado questa Regione, insieme alla Sardegna, alla Calabria e alla Sicilia, presenti la più elevata quota di apparecchiature obsolete.

È quindi cruciale, ai fini del superamento del divario territoriale, che le azioni si sviluppino anche dopo il raggiungimento degli obiettivi europei. A tal fine sarà necessario verificare la consistenza dei finanziamenti disponibili e sostenere le Regioni che sono rimaste più indietro. Allo stesso tempo, la flessibilità e il sostegno vanno necessariamente bilanciati con la rigorosa verifica degli interventi effettuati. Tuttavia, anche alla luce della sentenza n. 71/2023 della Corte costituzionale, si dovrebbe valutare se la sanzione in caso di mancata attuazione della programmazione non debba risiedere, piuttosto che in una riassegnazione delle risorse tra le Regioni, come ad esempio previsto per l’ADI dal DM del 24 novembre 2023, in un intervento sostitutivo (articolo 120 della Costituzione), dal momento che le misure pianificate appaiono essenziali per la garanzia del rispetto degli standard e dell’erogazione dei LEA su tutto il territorio nazionale.