



IRPET Istituto Regionale
Programmazione
Economica
della Toscana



1506
UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI URBINO
CARLO BO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

7 | settembre | 2022

La sanità nel PNRR, risorse, *governance* e offerta di servizi

*L. Grazzini (Unifi), P. Lattarulo (IRPET),
M. Macchi (Unifi), A. Sacchi (UniUrbino)*

Collana AISRe-Ebook

PNRR Italia. Il difficile equilibrio tra i territori



XLIII Conferenza Scientifica Annuale 2022 A.I.S.Re.

L'esperienza del Covid ha insegnato molte cose sulla sanità nel nostro paese:

1. ha fatto emergere la domanda latente di tutela, riconoscendo nuova centralità al servizio pubblico
2. ha posto in evidenza l'eccessivo impoverimento ereditato dagli anni della crisi, non più sostenibile, e
3. la crescente disparità territoriale (soprattutto per regioni in piano di rientro)-> Le regioni si sono presentate con diversi livelli di preparazione di fronte alla pandemia.

Si è affermato il principio di “sanità bene comune” o “bene pubblico globale”

La **Pandemia** ha evidenziato che =>

- esternalità negative provocate dalla malattia sono universali
- esternalità (positive e negative) dovute alle politiche sanitarie adottate da un territorio si ripercuotono sugli altri

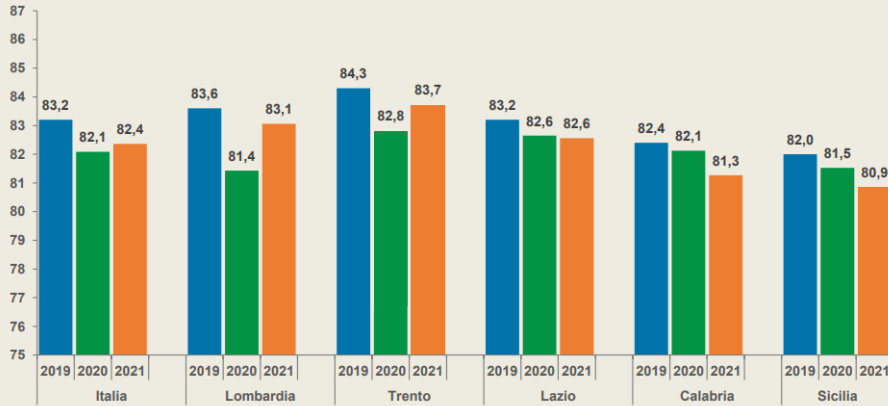
Tutti i territori, indipendentemente dal loro livello di ricchezza, hanno interesse a che le politiche di contenimento di una epidemia siano efficienti ovunque per ridurre il più possibile l'operare degli effetti esterni negativi. Migliorare l'efficienza delle politiche dei territori più arretrati:

- aumenta il benessere dei residenti di quei territori (effetto diretto)
- aumenta il benessere di tutta la popolazione (effetto indiretto)

La presenza di spill over è quanto affermato dalla sentenza della Corte Costituzionale che riconosce agli interventi di contrasto al Covid la natura di “emergenza pandemica”, come tale riconducibile a funzione dello Stato, rispetto all'offerta di servizi sanitari di competenza regionale

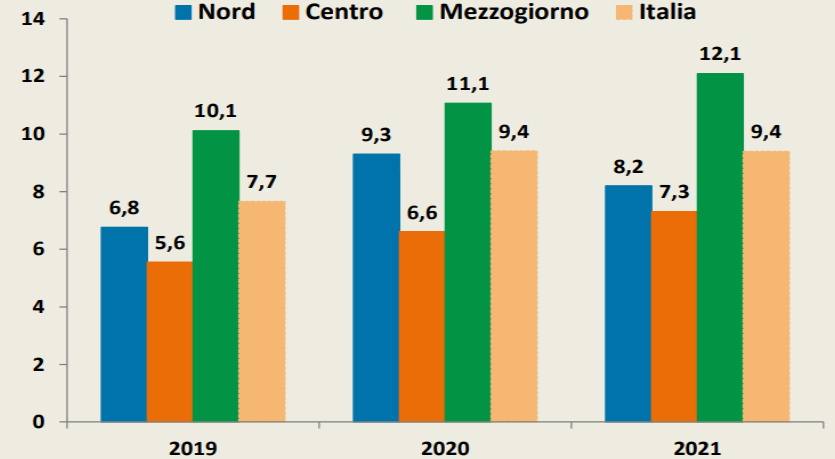
Il covid ha portato all'aumento delle disparità territoriali (nonostante le aree più colpite siano al nord)

Speranza di vita alla nascita per regione.
Anni 2019, 2020 e 2021(a). In anni



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana
(a) 2021 stima provvisoria.

Persone in povertà assoluta per ripartizione
geografica. Anni 2019-2021(a). Valori percentuali



Fonte: Istat, Indagine Spese per consumi delle famiglie
(a) Per l'anno 2021 si tratta di stime preliminari.

Sabbadini, Il Bes L'evoluzione del benessere equo e sostenibile nei due anni di pandemia, 2022 ISTAT

Il PNRR risorse e riforme Misura 6

A. Obiettivi:

- rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio,
- modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e
- garantire equità di accesso alle cure.

Il PNRR si compone di risorse e riforme

La missione si articola in due componenti M6C1 e M6C2:

- **M6C1** -> l'una rivolta al rafforzamento dell'assistenza territoriale e della prevenzione e tempestività di cura (7 miliardi di euro),
- **M6C2** -> l'altra all'innovazione tecnologica, ricerca e al capitale umano (8,5 miliardi di euro).

RISORSE (15mld+3)

Missione/submissione

C.1 Case della comunità/Ospedali di comunità/Centrali operative integrate / Assistenza domiciliare integrata/Telemedicina

C.2 Rafforzamento sistemi tecnologici informativi, previsivi / Potenziamento ricerca/ Capitale umano

RIFORME

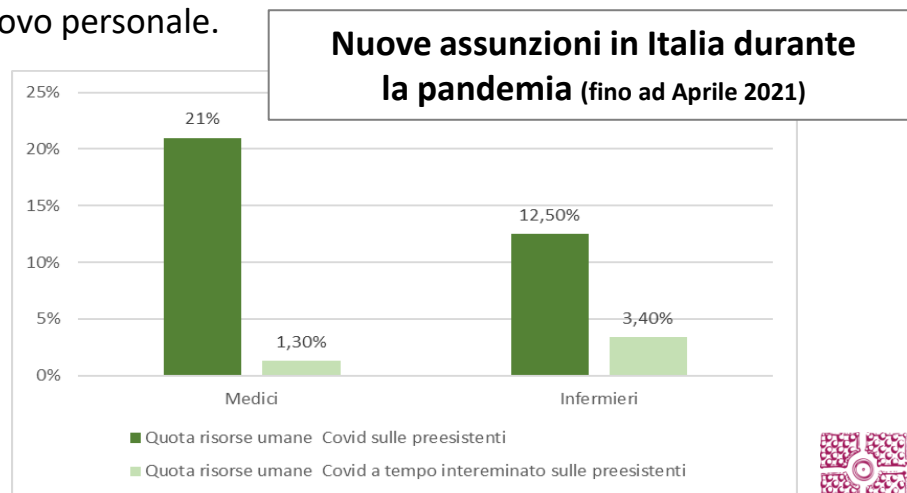
La riforma riguarda più specificatamente l'assistenza territoriale promuovendo, da un lato, un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria attraverso l'identificazione di standard strutturali, tecnologici e organizzativi in tutte le regioni e, dall'altro, un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

Una seconda riforma (M6C2) riguarda, invece, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), rafforzando e strutturando, quindi, la ricerca scientifica in ambito sanitario.

Le politiche per il personale, rivolte al colmare il ritardo accumulato

- Dal 2009 al 2018 si è verificata una significativa contrazione del personale sanitario: **-44mila posti** (personale medico, infermieristico e amministrativo), che si è concentrato soprattutto nelle regioni sottoposte a piano di rientro, mentre i tetti di spesa hanno comunque compreso l'azione di tutte le regioni -> disparità territoriali nella dotazione organica -> forti disparità regionale anche nel personale sanitario, tra Lazio e Toscana differenza quasi del 40% nel 2018 nel n. medici e infermieri per ab.
- Spazi per nuove assunzioni erano già inseriti nella L. bilancio 2019. Alcune regioni avevano avviato le procedure di assunzione.
- La gestione delle specializzazioni medico infermieristiche era già oggetto di richiesta di maggiore autonomia da parte delle regioni; all'interno del processo di decentramento asimmetrico.
- La stabilizzazione delle assunzioni in epoca covid + Nuovo personale.
- Formazione.
- Borse di specializzazione.

Covid:
+21,4mila medici e +32mila infermieri
(+21% e +12,5% sull'organico 2018)



Case di Comunità o case della salute

Le condizioni di partenza per l'attuazione del PNRR Missione 6 non sono identiche neanche rispetto ai servizi territoriali.

- Emilia-Romagna, Toscana, Veneto, Marche le hanno in gran parte già attivate
- Alcune regioni dispongono già di livelli superiori a quelli obiettivo
- Campania, Puglia, Lombardia, Trentino, Valle d'Aosta, Friuli non le hanno mai inserite nella governance del territorio prima del PNRR

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

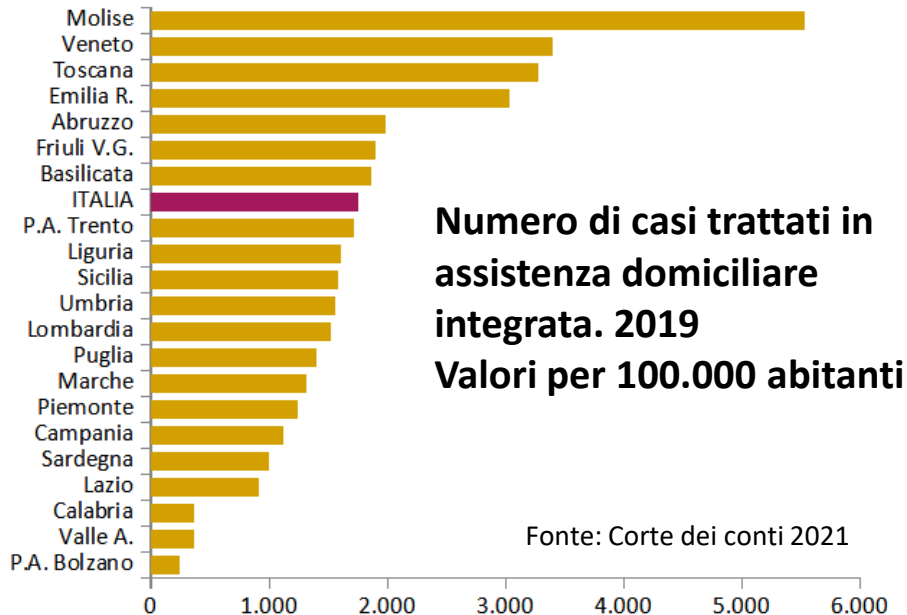
Fonte: decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022; Camera dei Deputati, Servizio studi Affari sociali (2021), "Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale", Documentazione e ricerche, n. 144, 1° marzo.

Sanità territoriale. Il sistema della continuità assistenziale territoriale e dell'integrazione socio-sanitaria

Servizi territoriali:

- Ambulatori regionali, Case della salute, Ospedali di comunità;
- Per le non autosufficienze: Residenze sanitarie assistite (in larga parte private), strutture di riabilitazione, assistenza a domicilio;
- Medici e pediatri territoriali, medici di continuità assistenziale e di emergenza, infermieri del territorio.

Considerando il numero dei **casi trattati in assistenza domiciliare integrata**, questi sono raddoppiati negli ultimi 10 anni, ma concentrati in poche regioni.



Interventi Covid

- Previsioni dell'attivazione di +9.600 infermieri di comunità, di cui 11,6% effettivamente attivati
- Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) -> effettiva attivazione circa 50%

Non tutte le risorse Covid sono state spese

PNRR Governance – Rapporto tra Stato Centrale e regioni

- La Regione è soggetto attuatore e il Ministero soggetto titolare.
- Rispetto all'importo PNRR per la Missione 6 (18,013 MLD), l'89,2% sono **risorse territorializzabili** (UPB).
- Modello dei **Contratti Istituzionali di Sviluppo**, che tutte le regioni hanno sottoscritto entro i tempi richiesti. Una volta ripartite le risorse e condivisi gli obiettivi, il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) è un accordo stipulato con il governo entro il 30.3.2022 che rappresenta lo strumento vincolante le parti all'attuazione di quanto concordato, corredato dal Piano Operativo a sua volta articolato in Action Plan, per ogni linea di intervento, e Schede Interventi dettagliate per ogni sotto-obiettivo (Dl. 31.05.2021, art. 56).
- DL 77/2021 (riforma dei servizi territoriali): **poteri sostitutivi**. In caso di mancato rispetto degli obblighi dei soggetti attuatori (Regioni), si avvia la procedura di revisione. Se non attuata, sarà gestito da ente (o commissario) del Governo centrale.
- l'informatizzazione del processo e la struttura guidata, attraverso schemi di raccolta delle informazioni, predisposti appositamente con il fine di dare trasparenza ad ogni passaggio ed a ogni singola attuazione (Ministero della Salute, 2022).

Il riparto delle risorse tra regioni (valori in milioni di euro)

Fonte: Elaborazioni su Decreto Ministero della Salute del 20 gennaio 2022 e Ministero della Salute

	Pnrr e Pnc (ad eccezione COT e Formazione)		Delibera CIPE 24 luglio 2019 Art. 20		Riparto FSN 2021
	Pnrr Decreto riparto Min. salute 20.1.2022		Quote di accesso del FSN 2018 al netto delle quote delle province autonome di Trento e Bolzano (PROSECUZIONE PROGRAMMA INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67/1988 - Delibera CIPE 24 luglio 2019 – GU n.15 del 20/01/2020		QA 2021
	Q.A. 2021 (almeno 40% Mezzogiorno)				
Piemonte	524	6,52%	7,53%	7,37%	
Valle d'Aosta	15	0,19%	0,21%	0,21%	
Lombardia	1.192	14,83%	16,82%	16,78%	
PA Bolzano	62	0,77%	0,00%*	0,87%	
PA Trento	64	0,80%	0,00%*	0,91%	
Veneto	583	7,26%	8,25%	8,20%	
Friuli Venezia-Giulia	147	1,84%	2,10%**	2,07%	
Liguria	189	2,36%	2,75%	2,67%	
Emilia-Romagna	537	6,69%	7,56%	7,55%	
Toscana	449	5,59%	6,42%	6,31%	
Umbria	106	1,32%	1,52%	1,49%	
Marche	183	2,28%	2,62%	2,57%	
Lazio	680	8,47%	9,84%	9,59%	
Abruzzo	216	2,69%	2,24%	2,19%	
Molise	50	0,63%	0,53%	0,51%	
Campania	915	11,39%	9,47%	9,27%	
Puglia	650	8,09%	6,76%	6,58%	
Basilicata	92	1,15%	0,96%	0,93%	
Calabria	311	3,87%	3,26%	3,14%	
Sicilia	796	9,90%	8,36%	8,06%	
Sardegna	271	3,37%	2,79%	2,73%	
Totale	8.042	100,00%	100,00%	100,00%	
TOTALE MEZZOGIORNO	3.304	41,09%	34,37%	33,41%	

Ricalcato il riparto del fondo sanitario regionale

Alcune voci commisurato alla domanda potenziale (es formazione e n di infermieri / medici)

Vincolo del 40% alle regioni meridionali (fondo sanitario nazionale 33% al sud, pnrr r fsc 41%)

Nel PNRR troviamo tre tipologie di finanziamento degli interventi

1. Interventi unici a livello nazionale che richiedono azioni centralizzate e che non necessitano di una ripartizione regionalizzata della spesa (Applicazione del FSE), ma di azioni di sistema che agiscano direttamente sul prescrittore, MMG).
2. Interventi nazionali con una ripartizione regionalizzata della spesa. ES. M6C2 1.3.2 *Analisi dati e simulazione. In questo caso sono previsti 4 flussi informativi per l'armonizzazione dell'NSIS (sistema informativo nazionale), ma necessita di una spesa calibrata sulle singole regioni.*
3. *Interventi che hanno una peculiarità territoriale rilevante e che si inseriscono in contesti tra loro molto differenti. Questi interventi possono o meno ricevere un cofinanziamento da parte delle Regioni stesse. Un esempio sono le Case di Comunità, in cui vediamo la presenza del 70% del **cofinanziamento regionale**. Sempre nelle stesse si registra anche un investimento diretto da parte **comunale**. Un cofinanziamento peculiare avviene in Veneto con il cofin da parte di **privati**.*

Prime Evidenze:

- 1- Diverso approccio al cofinanziamento
- 2- PNRR che si innestano su programmazioni già esistenti o che si attuano su una tabula rasa (+o-?)

Possibili Criticità 1: i tempi dei lavori Stato avanzamento

M6C1 ha come obiettivo quello di sviluppare le reti di prossimità, la telemedicina e sanità territoriale.

- Ad oggi, sono stati siglati i CIS ed è stata emanata la riforma della Sanità territoriale (DM 77).
- Riparto risorse regionali.
- Sono state bandite le prime gare per la realizzazione e collaudo delle infrastrutturali (3,2 MLD).

M6C2 ha una connotazione maggiormente nazionale e ha come obiettivo la digitalizzazione del sistema sanitario con particolare riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico.

- Sono già state indette e chiuse le prime gare CONSIP per l'approvvigionamento di macchinari che per lo sviluppo dei sistemi informativi, e la messa in sicurezza degli ospedali (4,5 MLD)

Possibili criticità: Le incongruenze sulle risorse

Maggiori costi d investimento e di funzionamento:

- ✓ Sono cambiate le dimensioni di alcuni interventi, i target obiettivo (es, n posti dei servizi, es case di comunità da 1288 a 1350)
- ✓ Costo unitario pianificato nel Pnrr diverso da quello riportato in documenti del Ministero
- ✓ Retribuzione del personale

“Le risorse “pianificate” sulla base delle disponibilità” (cfr Upb)

Il SUSTAINABILITY PLAN fa affidamento l'autofinanziamento a regime della riforma attraverso l'efficientamento del sistema (fonte. Upb; Maciocco)

A regime il sistema è sostenibile? Si risolve il problema delle risorse x la sanità?

Tanto che il DM 77 di riforma della sanità territoriale è stato approvato non all'unanimità, ma senza l'approvazione delle regione Campania, per riserve non sui contenuti ma sulla sostenibilità finanziaria a regime

Le possibili criticità sui lavori pubblici: l'aumento dei prezzi dei materiali e dell'energia

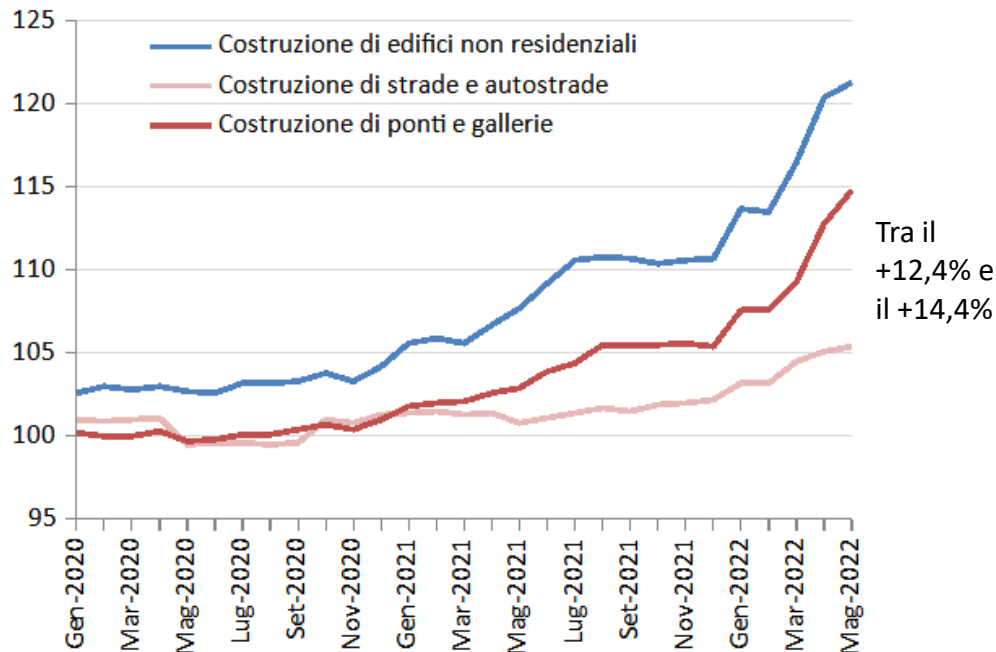
La più importante ragione di preoccupazione per l'avvio degli investimenti nel 2022 è rappresentata dalla dinamica inflazionistica registrata sia nel mercato dell'energia che dei materiali impiegati nel settore costruzioni.

Il fenomeno, sebbene si sia intensificato a partire da Marzo 2022 in concomitanza con lo scoppio della crisi Ucraina, è però in atto almeno dal Gennaio 2021, dovuto alle tensioni su un sistema economico (imprese e settore pubblico) fortemente provato dagli anni della crisi.

Stazioni appaltanti: Sospensione delle gare

Imprese: Bandi deserti e contenzioso (ricontrattazione prezzi)

Italia. Indici dei prezzi alla produzione delle costruzioni
(base 2015=100)



Conclusioni

In generale, i riscontri internazionali hanno attribuito un giudizio positivo alla capacità della sanità regionale nel nostro Paese di far fronte all'evento pandemico, con i livelli drammatici che questo ha assunto. Ancora non completamente superata la crisi sanitaria, il sistema salute è chiamata ad affrontare uno sforzo importante, in termini di proposte di riforma, di pianificazione, programmazione e attuazione degli interventi. Rispetto a queste nuove priorità, l'assetto multilivello della gestione sanitaria è stato fino a qui pronto ad affrontare la nuova emergenza, così come quella precedente.

Ciononostante, il processo non è privo di **contraddizioni**, dal momento che la nuova domanda di sanità pubblica, indotta dall'epidemia, non potrà essere soddisfatta solo attraverso digitalizzazione e modernizzazione, ma richiederà disponibilità aggiuntive di risorse correnti. L'altra scommessa su cui si gioca il successo del PNRR nel garantire la ripresa del Paese è la riduzione dei divari regionali (Viesti, 2021). Il PNRR interviene sul rafforzamento della dotazione infrastrutturale, ben sapendo che questo è solo un aspetto della competitività territoriale, una condizione necessaria ma non sufficiente. A questa strategia si accompagna sotto traccia la spinta al rafforzamento del sistema delle competenze e della qualità istituzionale, condizione per l'attuazione degli interventi, su cui si gioca – al di là delle risorse finanziarie – la vera partita del PNRR.



IRPET Istituto Regionale
Programmazione
Economica
della Toscana



1506
UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI URBINO
CARLO BO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

7 | settembre | 2022

La sanità nel PNRR, risorse, *governance* e offerta di servizi

*L. Grazzini (Unifi), P. Lattarulo (IRPET),
M. Macchi (Unifi), A. Sacchi (UniUrbino)*

Collana AISRe-Ebook
PNRR Italia. Il difficile equilibrio tra i territori



XLIII Conferenza Scientifica Annuale 2022 A.I.S.Re.