

10 Giugno 2026 09:17

quotidianosanità.it

Lettere al direttore

 Cronache Governo e Parlamento Regioni e Asl Lavoro e Professioni Scienza e Farmaci Studi e Analisi Lettere al direttore
 Edizioni Regionali QS Pro Professionisti Sanitari. AI

[QS Club Newslet](#)
[QS» Lettere al direttore](#) » Un primo consuntivo della Misura 6 del Pnrr

Stampa

Un primo consuntivo della Misura 6 del Pnrr



Gentile Direttore, operando sui dati ufficiali pubblici e su quelli di soggetti indipendenti che seguono lo stato di avanzamento del PNRR Misura 6 Sanità, è possibile fare un primo consuntivo dello stato di realizzazione del PNRR M6. Vengono in evidenza limiti, criticità e difficoltà operative in particolare delle Regioni e

PPA, delle Aziende Sanitarie e dei Comuni, in particolare nelle Regioni meridionali del Paese

Gentile Direttore, operando sui dati ufficiali pubblici e su quelli di soggetti indipendenti che seguono lo stato di avanzamento del PNRR Misura 6 Sanità, è possibile fare un primo consuntivo dello stato di realizzazione del PNRR M6. Vengono in evidenza limiti, criticità e difficoltà operative in particolare delle Regioni e PPA, delle Aziende Sanitarie e dei Comuni, in particolare nelle Regioni meridionali del Paese.

Sullo sfondo il tema del post PNRR e della messa a regime degli investimenti fatti su cui non c'è ancora certezza su coperture finanziarie, dotazioni di personale e adeguamento di procedure gestionali e di modelli operativi.

Le fonti dati possibili

Fonti dati utili sono diverse e qualificate, tenendo presente che oltre a considerare lo stato di avanzamento degli investimenti secondo i dati più recenti disponibili, si dovrebbero valutare gli sviluppi in termini di effettiva entrata in funzione a pieno regime e in modo strutturale dei nuovi servizi.

Le fonti dati utilizzabili sono la piattaforma ReGiS per il monitoraggio, la rendicontazione e il controllo del PNRR; il sito web del Ministero della Salute dedicato alla Missione 6 e quello di "Italiadoman" riguardante l'intero PNRR; il rapporto del Ministero della Salute sull'avanzamento della Missione 6; quello di Agenas sul monitoraggio dell'attuazione del DM 77/2022, recante la definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del SSN; la relazione della Corte dei Conti sullo stato di attuazione degli interventi del PNRR e del PNC; la Sesta relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del PNRR; il rapporto della Ragioneria Generale dello Stato

Gli speciali



Sanità digitale per garantire più salute e sostenibilità. Ma servono standard e condivisione

[Tutti gli speciali](#)

I più letti

[7 giorni] [30 giorni]



Medico di famiglia. Anatomia di un fallimento



Enpam. Scontro M5S-Giorgetti sulle pensioni dei medici. Castellone: "Investimenti a rischio, c'è un'inchiesta della procura di Milano"



Medici di famiglia, la riforma Schillaci si ferma. La maggioranza frena sul passaggio alla dipendenza



Riforma medicina generale. Schillaci: "Su case della comunità troveremo quadra. È rivoluzione dalla quale non possiamo tirarci indietro"



La rilevante svolta alla responsabilità civile sanitaria

(RGS) sullo stato delle attività connesse con il PNC alla fine del 2023; il Documento di finanza pubblica (DFP).

Cautele nella gestione dei flussi informativi

Qualche cautela va comunque considerata nella valutazione dei progressi realizzati, in quanto la ricostruzione dello stato di attuazione del PNRR non è semplice e può indurre in errori di valutazione:

1. Per problemi intrinseci della banca dati ReGiS, la cui alimentazione è soggetta a ritardi ed errori di registrazione e la cui lettura può dare luogo a difficoltà interpretative
2. Per le complicazioni che emergono nel ripercorrere le modifiche al PNRR e l'aggiornamento della programmazione regionale degli interventi, che spesso prescinde e va oltre gli obiettivi del Piano;
3. Per alcune incongruenze tra le diverse fonti di informazione, dovute anche alle differenti date di aggiornamento.

Inoltre, la ricostruzione delle azioni attuative del PNC è soggetta a margini di incertezza ancora più elevati, anche per il mancato aggiornamento dal 2024 del rapporto della RGS sui relativi progressi.

Death line di giugno 2026

La Missione 6 (Salute) del PNRR ha raggiunto una fase di accelerazione forzata, essendo il 30 giugno 2026 la scadenza operativa cruciale per l'erogazione delle risorse e la finalizzazione degli interventi. Le relazioni della Corte dei Conti evidenziano forti criticità territoriali e ritardi strutturali.

I dettagli chiave sullo stato di avanzamento includono:

Obiettivi della Componente 1 (Reti di prossimità): Il target principale di giugno 2026 prevede la messa in piena operatività delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità e l'avvio definitivo dei servizi di assistenza territoriale. A ridosso della scadenza, il Ministero della Salute ha completato tavoli di confronto con le Regioni e le PPAA per risolvere i problemi di attivazione e in particolare la dotazione di personale.

Obiettivi della Componente 2 (Innovazione e Ricerca): Entro la fine del mese è fissata la scadenza europea per garantire la piena operatività di tutte le grandi apparecchiature sanitarie acquistate (RMN, PET, TAC, etc.) e l'erogazione di fondi per i progetti di edilizia sanitaria "ospedale sicuro e sostenibile".

Sebbene la spesa globale abbia registrato un'accelerazione, la Corte dei Conti ha lanciato l'allarme sulla realizzazione materiale delle opere. Si registrano contesti a due velocità, con le Regioni del Mezzogiorno (in particolare Puglia e Basilicata) che presentano tassi di completamento inferiori rispetto alle aree del Nord Italia. Per far fronte alla carenza di organico che rischia di bloccare l'operatività delle nuove strutture, il Governo ha introdotto misure di semplificazione e la proroga dell'attività per i medici di medicina generale fino al 2027. Basteranno?

Stato avanzamento totale M6 PNRR

Pur tenendo conto di questi elementi, dall'analisi emerge che, malgrado le scadenze del PNRR siano state sinora rispettate e le riforme previste attuate, sono le prossime tappe quelle più difficili da completare, in particolare laddove si tratta di chiudere rapidamente, ovvero entro la metà del 2026, i cantieri aperti (l'81,7% dei progetti in fase esecutiva o conclusiva e quelli, (18,3%), ancora non avviati. Questo richiederebbe performance decisamente migliori rispetto alla tradizionale lunghezza della durata dei lavori pubblici in Italia. Anche dal punto di vista finanziario, la spesa risulta pari a 2,8 miliardi, un importo di poco inferiore a quanto previsto dal cronoprogramma (3,1 miliardi), ma lontano dall'ammontare complessivo delle risorse da utilizzare.

Le criticità finanziarie nella gestione del PNRR M6

Innanzitutto abbiamo uno sbilancio costi/finanziamenti per realizzare i nuovi servizi Territoriali. Dal 2027 in poi abbiamo uno sbilancio di €. 1.339.216.742 tra costi e finanziamenti per il mantenimento

di quanto realizzato. Inoltre, salvo nuove decisioni in sede UE, dovremmo incominciare a restituire i 2/3 dei finanziamenti ricevuti non a fondo perduto.

Tabella 1 – Finanziamenti M6 PNRR per singoli anni 2022-2027.

COSTI	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Cose della Comunità	94.500.000	94.500.000	94.500.000	94.500.000	94.500.000	94.500.000
Personale per le cure domiciliari	578.231.762	760889.632	997.151.408	1.283.890.954	1.599.979.366	1.599.979.366
Personale per le COT	150.500.000	150.500.000	150.500.000	150.500.000	150.500.000	150.500.000
Personale per gli ospedali di comunità	-	-	-	-	-	239.268.000
Totale costi	823.231.762	1.005.889.632	1.242.151.408	1.528.890.954	1.844.979.366	2.084.247.366

+

Probabilmente questo andrà ad impattare sul debito pubblico cumulato già oggi pari a 3.100 miliardi di Euro. Resta da definire, qualora non utilizzeremo tutti i finanziamenti previsti, se potranno essere postergati o andranno restituiti, o se andranno destinati ad altro (armamenti o energia) ...

Comunque ci saranno impatti sul bilancio dello Stato nel 2026 e negli anni successivi.

La governance del PNRR e le criticità esistenti

In Italia la gestione del PNRR era prevista a due livelli:

1. Un livello "macro" Governo, Conferenza Stato-Regioni-PPAA e Agenzie Nazionali (ISS, AGENAS), che complessivamente è stato in grado di svolgere la sua funzione di indirizzo, controllo e monitoraggio anche se con incertezze e rimodulazioni del PNRR per ben sette volte per ridimensionare al possibile gli obiettivi delle singole Misure del PNRR stesso alle evidenze dai territori.
2. Un livello "meso" e "micro" Ministeri e Agenzie Nazionali (ISS, AGENAS), nonché Regioni/Comuni/Aziende Sanitarie dove abbiamo avuto le maggiori difficoltà sia a livello di programmazione degli interventi, che di realizzazione delle opere previste. Le difficoltà delle Regioni (diversi modelli di SSR), dei Comuni e delle ASL si sono palesate quasi da subito, tant'è che diverse Regioni hanno centralizzato le gare e cercato di sostenere le attività di gestione dei progetti previsti all'inizio. Comunque il permanere delle difficoltà a questo livello ha comportato la rimodulazione continua degli obiettivi del Modulo 6 del PNRR.

la pandemia ha reso *ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale*, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto. Infatti assistiamo a:

Significative *disparità territoriali nell'erogazione dei servizi*, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio;

Un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali;

Tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni critiche;

Una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari, che dovrebbero essere riconducibili all'approccio "One Health".

Le criticità presenti nei SSR e nelle AUSL territoriali attualmente sono le seguenti:

Diffusione di diversi e non omogenei, né di facile convergenza, *sistemi di valutazione dei pazienti complessi* tramite scale di valutazione difformi e spesso non conformi a quanto dichiarato dalle stesse Regioni di riferimento. La stragrande maggioranza delle UVMD opera in totale autonomia nella scelta delle scale di valutazione con una dispersione dei profili dei pazienti e rischi rilevanti di inappropriata anche rispetto ai LEA;

Diffusione di sistemi informativi aziendali spesso *sviluppati in divenire senza un approccio*

sistemico e unitario;

Organizzazione dei servizi territoriali difforme tra Distretti e Distretti a volte anche all'interno della stessa AUSL, in un approccio a "cane d'organo" e non di integrazione trasversale e funzionale dei servizi stessi.

A questo proposito si possono rileggere i documenti prodotti dal Tavolo Re.Se.T. Reti per i servizi territoriali, AGENAS e Regioni/PPAA, "Allegato 4: Gli strumenti per la Valutazione Multidimensionale in Italia", che sono ancora molto attuali.

Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Come noto il PNRR prevedeva e prevede per rafforzare le reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale le seguenti attività:

Istituzione di Case della Comunità come perno delle prestazioni sul territorio in ambito Socio-sanitario;

Le case come primo luogo di cura e l'Assistenza Domiciliare al fine di migliorare le prestazioni offerte in particolare alle persone vulnerabili e disabili, anche attraverso il ricorso a nuove tecnologie;

Il potenziamento di strutture per l'erogazione di cure intermedie (Ospedali di Comunità).

Case di Comunità

Vengono da lontano, esistono come "Case della Salute", dal 2008 (Bando Ministro Livia Turco), sono state previste e definite nel Piano Nazionale delle Cronicità, 2016 e poi nel Piano Nazionale della Prevenzione, 2014-18 nell'ambito dei nuovi modelli di rete integrati ospedale, territorio, domicilio. Sono state poi incluse nelle risultanze del Tavolo "Re.Se.T." (2018), per poi divenire le Case di Comunità nel PNRR.

In Italia, erano programmate dopo le varie rimodulazioni della M6 del PNRR, circa 1.715 Case della Comunità. Al giugno 2026, il monitoraggio ufficiale di AGENAS indica che circa 781 strutture possiedono almeno un servizio attivo (comprese le sedi provvisorie), mentre quelle pienamente operative e complete di tutti i servizi (con équipe mediche h12/h24) sono solo 66. Quindi il modello operativo originario, vedi DM 77, è implementato in modo completo solo in 1 su 10 Case di Comunità attivate.

È da tenere presente quanto rilevato dall'Ufficio Studi Camera dei Deputati, "Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale, 2021". In quella data erano state censite 493 Case della Salute, concentrate su 5 Regioni, ovvero, 71 in Piemonte, 77 in Veneto, 124 in Emilia Romagna, 76 in Toscana, 55 in Sicilia, 22 nel Lazio, 21 nelle Marche e le altre 47 sparse tra 6 Regioni. In altre 8 Regioni non c'era nulla.

Al giugno 2026 per AGENAS la distribuzione regionale delle strutture con almeno un servizio attivo, su 781 attive, vede una forte disparità territoriale a favore del Centro-Nord. Le Case di Comunità sono prevalentemente 142 in Lombardia, 140 in Emilia Romagna, 95 nel Lazio, 70 in Toscana, 63 nel Veneto. Quindi le restanti 271 strutture sono distribuite nelle altre Regioni e PPAA, con ritardi più marcati al Sud (es. in Abruzzo, Basilicata e Campania risultano operative solo strutture prive di molti requisiti o in fase di avvio).

Se confrontiamo i dati precedenti al PNRR, ovvero le 493 Case della Salute con le 781 Case di Comunità realizzate, abbiamo un incremento pari a +288. Rispetto all'ultimo obiettivo rimodulato della M6 PNRR, ovvero 1.715, abbiamo un differenziale negativo pari a -934. (-45,6% sul programmato riformulato).

Se confrontiamo con le prime simulazioni del PNRR relative all'applicazione degli standard previsti sul totale della popolazione residente che portava ad un obiettivo teorico di 3.010, saremmo a -2.229, pari al -70,68%.

Per altro avevamo avuto drastiche rimodulazioni in itinere, come segue:

Tabella 2 – Rimodulazione del numero delle Case di Comunità per anno e % di realizzazione

Tipologia	PNRR 2021	PNRR 2023	PNRR 2024	PNRR 2025	PNRR 2026	% Realizzazione sul 2025
Case di Comunità	3.010	1.715	1.512	1.038	781	45,53%

(Elaborazioni su dati Ragioneria dello Stato, Corte dei Conti e ReGIS)

Ospedali di Comunità

Anche gli Ospedali di Comunità vengono da lontano, prima sono previsti nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, poi nel Patto per la Salute 2014-2016, a seguire nel Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 4 aprile 2015 e nel Piano Nazionale della Cronicità 2016 e infine nel Tavolo Interregionale Re.Se.T. 2018.

Al giugno 2026, risultano attivi in Italia 163 Ospedali di Comunità (su 594 programmati), con una dotazione di 2.921 posti letto. I dati, monitorati da [AGENAS](#) e analizzati dalla Fondazione GIMBE, evidenziano un forte divario territoriale: 112 strutture sono al Nord, 28 al Centro e solo 23 al Sud.

Il dettaglio degli Ospedali di Comunità attivi per Regione e Provincia Autonoma (PPAA), aggiornato agli ultimi report, è il seguente: in Abruzzo 6, in Calabria 2, in Campania 7, in Emilia-Romagna 11, in Friuli-Venezia Giulia 3, nel Lazio 12, in Liguria 5, in Lombardia 34, nelle Marche 6, nel Molise 1, in Piemonte 18, nelle Puglie 6, in Sardegna 2, in Sicilia 12, in Toscana 13, nel Trentino-Alto Adige: 4 (2 P.A. Trento, 2 P.A. Bolzano), in Umbria 2, nel Veneto 19, Nelle altre Regioni non citate nulla.

Inizialmente gli OdC dovevano essere 1.205, poi rimodulati in 650 nel 2012, 611 nel 2023, 594/592 nel 2024.

Rispetto agli obiettivi teorici iniziali siamo 1:10, rispetto al 2021 a -75%, rispetto al 2023 al -73%, rispetto al 2024 al - 72%. Quindi molto lontani da quanto programmato inizialmente.

Se però confrontiamo il consuntivo con quanto rilevato dall'Ufficio Studi Camera dei Deputati, "Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale, 2021". In quella data avevamo 163 OdC con 3.163 Posti Letto. Siamo rimasti a quel dato con però 242 Posti Letto in meno. La distribuzione per Regioni e PPAA è molto simile al 2021.

Tabella 3 – Rimodulazione del numero degli Ospedali di Comunità per anno e % di realizzazione

Tipologia	PNRR 2021	PNRR 2023	PNRR 2024	PNRR 2025	PNRR 2026	% Realizzazione sul 2025
Ospedali di Comunità	650	611	594	307	163	26,67%

(Elaborazioni su dati Ragioneria dello Stato, Corte dei Conti e ReGIS)

Centrali Operative Territoriali.

Anche le COT hanno una loro storia nei documenti di policy nazionali. Si inizia con la definizione del sistema CUP e relative Linee guida nazionali, 2009, poi i PUA, Punti Unici di Accesso o Porte Uniche di Accesso, e le UVMD; poi le UVM e il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.); poi il DM 70 e poi DM771 con COA e poi COT.

A seguire la Centrale Operativa 116117. Infine nell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e nel Tavolo Re.Se.T. Ministero/AGENAS/Regioni 2017-2018

In tutta Italia erano previste a regime 600 Centrali Operative Territoriali (COT), almeno una per ogni Distretto socio-sanitario. A metà 2026, il numero di COT attivate ha superato quota 600 a livello nazionale, sebbene la piena operatività con tutti gli standard definiti dal [Decreto Ministeriale 77/2022](#) sia ancora in fase di assestamento nei diversi territori.

Le COA erano nate per supportare il lavoro di gestione domiciliare dei pazienti Covid 19 e sono state inserite nel PNRR anche in una ipotesi di loro possibile riutilizzo a supporto delle attività di ADI, considerate giustamente strategiche, e nella prospettiva di ridare centralità alla "casa come primo luogo di cura", ma anche e soprattutto per cominciare a riallineare i bisogni vari e diversi dei pazienti che ormai, da anni, non sono allineati alla offerta dei servizi che vengono erogati, anzi sono stati obbligati ad adeguarsi ad una offerta di servizi sempre più rigida e inadeguata.

La diffusione e l'attivazione delle COT dipende interamente dalla programmazione operativa delle singole Aziende Sanitarie Locali (ASL/ATS/ULSS) e dai rispettivi Piani Sanitari Regionali. Questo è uno dei target PNRR raggiunti. Anche se è vero che a base di questa tipologia di struttura avevamo proprio le COA; Centrali Operative Aziendali, del periodo pandemico che erano già diffuse su tutto il territorio nazionale con dotazioni tecnologiche e personale dedicato. Praticamente, banalizzando, è bastato cambiare le insegne fuori dalle COA e tramutarle in COT.

Tabella 4 - Rimodulazione del numero delle COT per anno e % di realizzazione

Tipologia	PNRR 2021	PNRR 2023	PNRR 2024	PNRR 2025	PNRR 2026	% Realizzazione sul 2025
COT Centrali Operative Territoriali	600	602	650	657	625	95,12%

(Elaborazioni su dati Ragioneria dello Stato, Corte dei Conti e ReGIS)

ADI, Assistenza Domiciliare Integrata.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) in Italia, potenziata tramite la Missione 6 del PNRR, mira a raggiungere oltre 1,5 milioni di pazienti over 65 (circa il 10% della popolazione anziana). Il modello si basa sul principio della "casa come primo luogo di cura" per pazienti non autosufficienti o con patologie croniche.

Le caratteristiche chiave dell'ADI includono:

Gratuità: Le prestazioni sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Servizi inclusi: Comprende visite mediche, infermieristiche, riabilitative e cure palliative. Si distingue dal SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare dei Comuni) che invece copre bisogni socio-assistenziali.

Telemedicina: L'intervento include il potenziamento di strumenti digitali per il monitoraggio a distanza.

Accesso: L'attivazione richiede una valutazione del Medico di Medicina Generale (medico di base).

Dal Monitoraggio 2025, rilevato a marzo 2026, a livello nazionale, emerge che il numero di assistiti over 65 ha superato il target previsto, con una percentuale di raggiungimento pari al 115,2% rispetto al valore atteso. Sono stati presi in carico 1.625.785 assistiti over 65, a fronte di un obiettivo di 1.496.417. Nel 2025, quindi, la percentuale di popolazione over 65 presa in carico con una o più prestazioni erogate nell'anno di riferimento risulta pari al 11,3%. Da tenere presente che la quasi

totalità dell'ADI è gestita dalle ASL in outsourcing, ovvero è gestita da privati vincitori di bandi pubblici. Gli investimenti relativi sono a carico dei privati. La parte pubblica garantisce il mercato nel tempo. Quindi non era difficile raggiungere il target PNRR.

Una ultima riflessione tra ADI a medio-bassa complessità e ADI ad alta complessità.

Per i pazienti ad alta complessità (non autosufficienti, con patologie degenerative o in fase terminale), il PNRR richiede l'implementazione di modelli di presa in carico congiunta (sanitaria e sociale). L'aumento dei volumi deve necessariamente essere accompagnato da una crescita dell'intensità di cura. Esiste il rischio, segnalato da diverse analisi del settore, che l'aumento del numero di pazienti assistiti si traduca in prestazioni di bassa intensità e di breve durata, lasciando scoperte le necessità di alta complessità che richiedono interventi pluri-quotidiani e specialistici. L'ADI ad alta complessità richiede un forte investimento nei servizi sociali di competenza dei Comuni (es. SAD – Servizio di Assistenza Domiciliare). Spesso, le disomogeneità regionali e i diversi criteri di finanziamento tra Sanità e Comuni rendono difficile garantire un'assistenza ad alta intensità uniforme su tutto il territorio nazionale.

Tabella 5 – Rimodulazione del numero assistiti in ADI per anno e % di realizzazione

Tipologia	PNRR 2021	PNRR 2023	PNRR 2024	PNRR 2025	PNRR 2026	% Realizzazione Sul 2025
ADI (pazienti presi in carico)	800.000	800.00	842.000	1.496.417	1.625.785	115,00%

(Elaborazioni su dati Ragioneria dello Stato, Corte dei Conti e ReGIS)

Tecnologie sanitarie, FSE e digitalizzazione

A giugno 2026, l'attuazione della Missione 6 del PNRR registra un avanzamento a due velocità. Sebbene l'ammmodernamento del parco tecnologico proceda, la Corte dei Conti evidenzia forti criticità per la digitalizzazione e la telemedicina, con forti divari territoriali. La scadenza inderogabile per la conclusione di tutti i target è fissata al 31 agosto 2026.

Il quadro dettagliato si articola nelle seguenti aree:

Grandi Apparecchiature Ospedaliere: in linea con i target, con oltre 3.100 grandi apparecchiature (TAC, Risonanze Magnetiche, Acceleratori Lineari) previste in fase di collaudo o operative. L'obiettivo è rinnovare il parco tecnologico nazionale, superando l'obsolescenza e uniformando gli standard diagnostici a livello locale.

Digitalizzazione e Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE): qui si registrano i maggiori rallentamenti. Il potenziamento dell'infrastruttura tecnologica e la messa a regime del Fascicolo Sanitario Elettronico scontano ritardi in diverse Regioni. L'obiettivo era digitalizzare 280 strutture ospedaliere di primo e secondo livello (DEA) per garantire l'interoperabilità dei dati clinici a livello nazionale.

Assistenza Territoriale e Telemedicina: la realizzazione delle strutture (Case e Ospedali di Comunità) vede, come già descritto, un avanzamento disomogeneo. Molte amministrazioni regionali mostrano ritardi accumulati nell'attivazione effettiva di questi centri. L'obiettivo era diffondere la telemedicina e riorganizzare l'assistenza domiciliare per ridurre l'intasamento degli ospedali tradizionali.

Da notare che per acquisire le tecnologie, a fronte dei tempi storici dei provveditorati ed economati delle Aziende Sanitarie, molte Regioni e PPAA hanno deciso di centralizzare le gare. Inoltre essendo acquisizioni di tecnologie già sul mercato in grande parte, esaurite le gare, restava solo un problema di implementazione nei contesti, che spesso viene sottovalutata, ma è fondamentale per

non avere crisi di rigetto delle tecnologie proposte.

La Mission 5 “Inclusione” del PNRR, sempre insistente sul tema “salute”

La Missione 5 “Inclusione e Coesione” del PNRR ha un valore complessivo di circa 19,8 miliardi di euro. A ridosso della scadenza del 30 giugno 2026 per il completamento di tutti gli interventi, si registra un avanzamento in chiaroscuro: la spesa ha subito una forte accelerazione, ma diverse opere territoriali e sociali corrono il rischio di slittamento. Secondo i dati della piattaforma ReGiS, la percentuale di progetti non ancora avviati su questa specifica missione oscilla attorno al 4%. Si registrano criticità per alcuni importanti bandi attuativi dei Comuni, tra cui gli investimenti 1.2 (*Percorsi di autonomia per persone con disabilità*) e 1.3 (*Housing temporaneo e stazioni di posta*). Diversi enti territoriali hanno ricevuto avvisi di defianziamento per mancato rispetto delle tabelle di marcia.

Considerazioni conclusive

Probabilmente non centeremo gli obiettivi previsti nella M6 del PNRR. Questo con le solite Regioni più virtuose che capitalizzeranno gli investimenti assegnati in tutto o in grande parte. Le Regioni del Mezzogiorno e delle Isole continueranno a registrare ritardi. Resta il tema della messa a regime post PNRR in particolare per i costi del personale e della gestione dei servizi. Su questa dimensione anche Regioni del Centro Nord presentano criticità se non affidandosi a rapporti di outsourcing con conseguente privatizzazione dei servizi.

Da queste evidenze emerge che sono da ripensare le procedure amministrative di Economati e Provveditorati delle Aziende Sanitarie per indire, gestire e monitorare le Gare.

Poi abbiamo alcune criticità non risolte e non risolvibili a breve:

Il problema del personale che manca. Nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si stima la mancanza di oltre 60.000 infermieri e di oltre 5.500 medici di famiglia. Inoltre, mancano migliaia di specialisti in rami critici come l'emergenza-urgenza, mentre si attende un'imminente ondata di pensionamenti che coinvolgerà decine di migliaia di professionisti nei prossimi anni.

In valore assoluto i medici non mancano (con 5,4 ogni 1.000 abitanti l'Italia è al 2° posto nell'area OCSE). Tuttavia, oltre 90.000 medici non lavorano nel SSN, avendo scelto il privato, la libera professione, l'estero o percorsi diversi. Un recente studio della Fondazione GIMBE indica un quadro in peggioramento a causa dell'aumento delle dimissioni volontarie e dell'età media elevata del personale strutturato.

Non siamo riusciti a riorganizzare i servizi sanitari e sociosanitari per processi e a integrarli tra loro a vantaggio dei pazienti. I ritardi sono evidenti e non siamo riusciti a ridurli in questi anni di PNRR ... non è ipotizzabile e realistico pensare che ci riusciremo a seguire a breve.

Stiamo inevitabilmente cristallizzando le differenze di agibilità ai LEA nei vari territori e non riusciamo ad avere convergenze verso standard più virtuosi.

Infine il problema dei problemi sarà quello della messa a regime dei servizi. Non sono previsti finanziamenti specifici UE o nazionali, per ora, in quanto avremmo dovuto efficientare le reti territoriali e gli ospedali con nuovi modelli operativi e le nuove tecnologie e, quindi, liberato risorse da impiegare nella gestione dei servizi implementati ... Per ora non ci siamo, purtroppo ...

Grazie al mio amico Andrea Vannucci per i contributi apportati.

Giorgio Banchieri,

Segretario Nazionale ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale, e docente DiSSE, Università "Sapienza" di Roma.

Riferimenti:

Piattaforma ReGiS per il monitoraggio, la rendicontazione e il controllo del PNRR;

Sito web del Ministero della Salute dedicato alla Missione 6;

Sito di "Italiadoman" riguardante l'intero PNRR;

Rapporto del Ministero della Salute sull'avanzamento della Missione 6;

Rapporti AGENAS sul monitoraggio dell'attuazione del DM 77/2022, recante la definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del SSN;

Relazioni della Corte dei Conti sullo stato di attuazione degli interventi del PNRR e del PNC;

Le Relazioni al Parlamento sullo stato di attuazione del PNRR;

Rapporti della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) sullo stato delle attività connesse con il PNC alla fine del 2023;

Documenti di finanza pubblica (DFP).

10 Giugno 2026

© Riproduzione riservata

Potrebbe interessarti in Lettere al direttore



Salute mentale: le sfide aperte dopo dieci anni di REMS

Gentile Direttore, i colleghi Giuseppe Ducci e Massimo Di Genio tornano a porre il tema delle liste di attesa per le REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza) e questo...



Cure primarie in evoluzione: il fisioterapista per percorsi più appropriati e sostenibili

Gentile Direttore, il recente articolo sul Working Paper OCSE "Incentivising patient pathways in outpatient care" evidenzia come il gatekeeping (il medico di medicina generale come primo filtro) sia efficace solo in...



Autonomia sanitaria asimmetrica e rischi sistemici per le Regioni non richiedenti

Gentile Direttore, l'estensione di ulteriori forme di autonomia in materia sanitaria ad alcune Regioni ordinarie apre un problema che non riguarda soltanto i territori richiedenti, ma la tenuta complessiva del...



L'altra prossimità

Gentile Direttore, sia concesso che il primo capoverso di questo contributo contenga un pensiero rivolto ad Edgar Morin. Senza pensare di compiere una irriverenza ci chiediamo se, anche Edgar, avrà pensato,...

Abruz Vene: Piem: di Valle