



IRPET Istituto Regionale
Programmazione
Economica
della Toscana



Sanità regionale e domanda di mobilità

CPT nucleo Regione Toscana

Lisa Grazzini, Patrizia Lattarulo, Marika Macchi

Conferenza CPT

“Presentazione delle esperienze della Rete dei Conti Pubblici Territoriali”
I dati e le informazioni del Sistema CPT al servizio dei processi decisionali

Napoli, 17 novembre 2023

Perché la mobilità sanitaria?

Motivazioni legate alle **preferenze soggettive**: un elevato livello di reddito, propensione agli spostamenti, il livello di istruzione, la vicinanza al sistema di supporto familiare, la scelta per reputazione di un sistema ospedaliero, la tipologia di cure di cui si necessita e la frequenza delle cure, l'età del paziente e il genere (Fotaki et al., 2008; Williams e Rossiter, 2004; Popper et al., 2006). Questo tipo di motivazioni, sono quanto viene **garantito dal principio di libertà di scelta** che il servizio sanitario nazionale deriva direttamente dalle disposizioni costituzionali (art. 32), tanto più in un sistema universalistico e in un **modello di offerta regionalizzato**.

Altre **motivazioni**, più importanti sul fronte degli squilibri territoriali, attengono alla **strutturazione dell'offerta**. La cura di malattie che **hanno economie di scala e specializzazione significative, concentrate in alcune strutture**; il secondo è congenito nella **sotto-dotazione** (infrastrutturale, organizzativa e organica) dell'offerta sanitaria di alcune regioni.

Per questo i centri di specializzazione dovrebbero essere anche l'elemento da cui nuove conoscenze, protocolli e procedure riescono a **diffondersi su tutto il territorio**, fino a diventare patrimonio comune e condiviso del SSN. In questa direzione opera anche l'Europa attraverso la creazione delle **Reti Europee di Riferimento (ERN)**.

Nel secondo caso invece si tratta di veri e propri **problemi strutturali** che, di fatto, non hanno ancora permesso un'omogenea ed equa distribuzione nazionale dei servizi sanitari e ha a che fare con la definizione dei **LEA** e la loro concreta garanzia sui territori

Le dimensioni del fenomeno

La mobilità sanitaria coinvolge nel 2018 uno spostamento di risorse pari a **4,6 miliardi** che, nel complesso rappresentano poco più del 4% delle risorse destinate alla sanità (Gimbe 2020), ma che, per la concentrazione della mobilità in poche regioni, diventano un elemento distorsivo nella distribuzione territoriale.

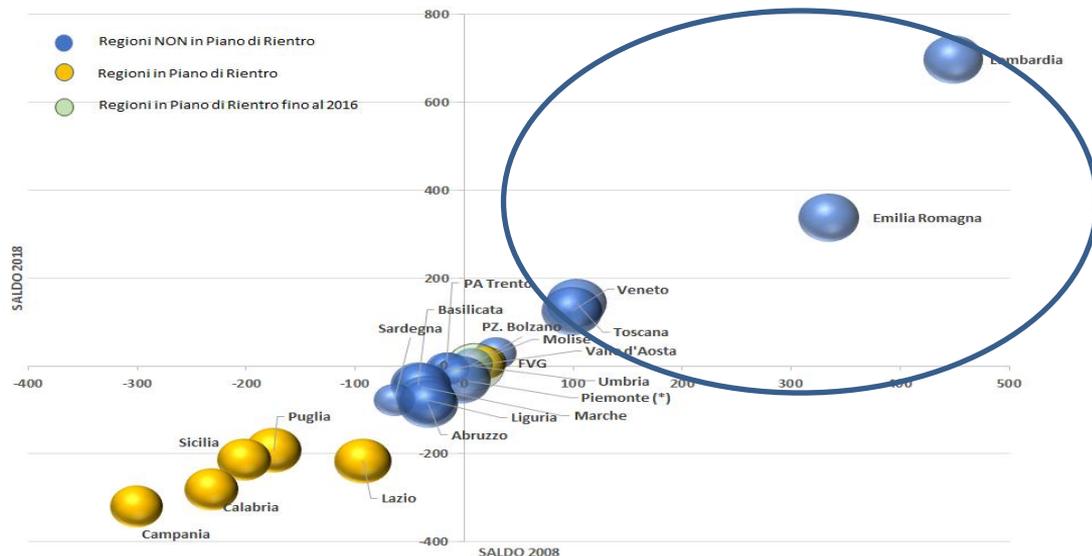
Il fenomeno **è in crescita e continua a rinforzare** le aree con saldi di attrazione positivi e ad aumentare l'esodo da regioni con elevata mobilità in uscita (Agenas e Gimbe).

Ad oggi è in vigore l'Accordo approvato nel corso della seduta della Conferenza Stato-Regioni del 22 settembre 2021, concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, sul documento recante **“Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria aggiornato all'anno 2020 - Regole tecniche”** che definisce le prestazioni oggetto di compensazione e le tariffe, le modalità di comunicazione dei dati attraverso il portale della Regione Veneto, diventato il punto di riferimento nazionale

La mobilità sanitaria, un fenomeno che si autorinforza

Le **Regioni con saldi positivi più elevati (Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Veneto)**, pur registrando un aumento di residenti che acquistano servizi di cura fuori regione, sono riuscite a più che compensare con un adeguato aumento dell'attrazione di flussi in entrata (Agenas (2020) per il decennio 2008-2018). Al contempo le Regioni con performance peggiori (**Campania, Calabria, Lazio, Sicilia e Puglia**) non sono riuscite a compensare l'aumento della fuga con un adeguato aumento dell'attrazione. Siamo di fronte ad un fenomeno **autorinforzante**, per cui le Regioni con un saldo positivo risultano nel tempo sempre più attrattive, mentre quelle con saldo negativo subiscono sempre più il fenomeno di emigrazione sanitaria.

Saldo Mobilità Sanitaria 2008 e 2018 e Piani di Rientro

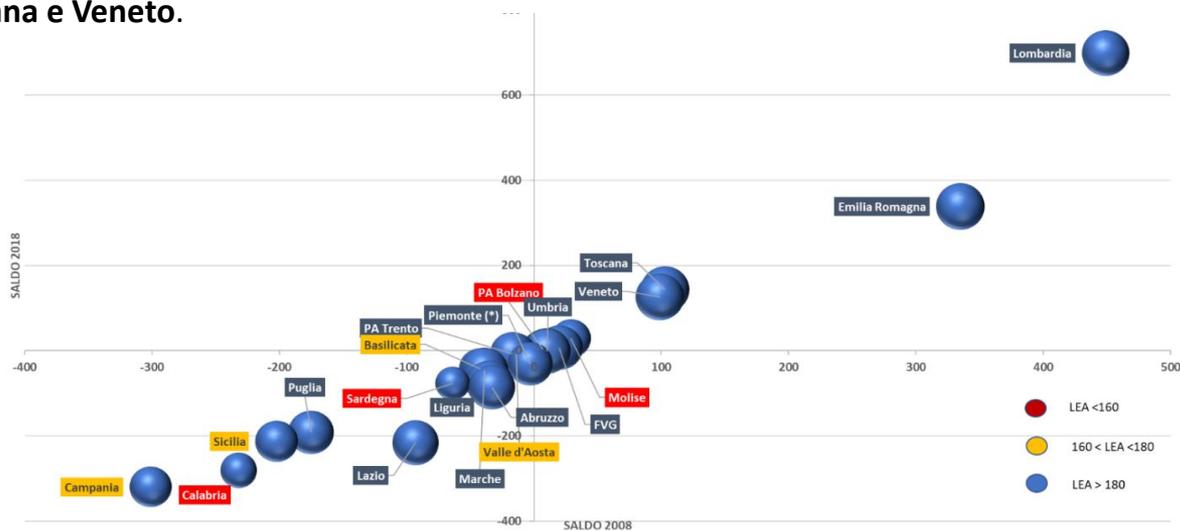


Le Regioni in piano di rientro presentano un tasso di emigrazione maggiore rispetto alle regioni del nord Italia che registrano **tassi di mobilità attiva elevatissimi**.

La mobilità Sanitaria ha le sue radici nella mancata garanzia di omogenei livelli LEA nelle aree del paese

È possibile distinguere 3 gruppi di regioni:

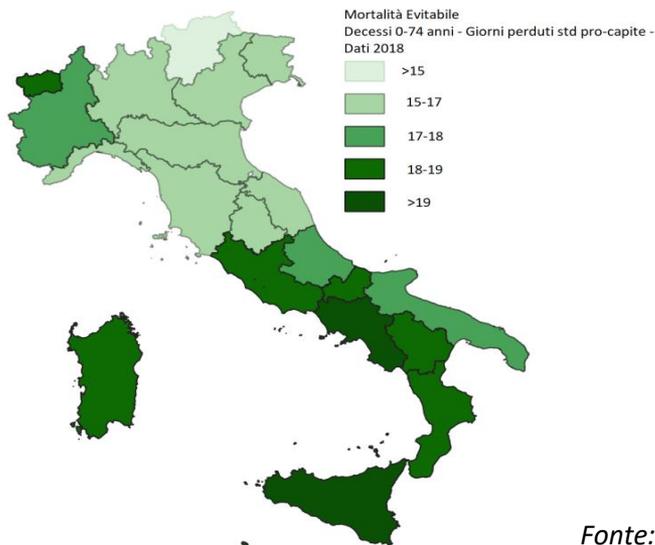
- (i) il primo gruppo è costituito da Regioni che **hanno saldi negativi nel 2008, mantengono o aumentano la mobilità passiva nel 2018 e, nel 2019, rimangono quasi tutte tra i livelli LEA meno elevati**. Sono tutte Regioni dove nel 2019 hanno ancora attivi i **Piani di Rientro**;
- (ii) il secondo gruppo ha saldi (positivi o negativi) più ridotti, per metà sono ancora regioni in cui il livello dei LEA nei 2019 è al di sotto del livello minimo (Sardegna, Molise e la PA di Bolzano), solo il Molise è nei Piani di Rientro e il Piemonte lo è stato fino al 2016;
- (iii) il terzo gruppo è formato dalle quattro regioni che non solo hanno saldi attivi elevati per tutto il decennio e non appartengono alle Regioni in Piano di Rientro, ma hanno anche il livello LEA più elevato di tutte: **Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Veneto**.



Per approfondire il tema della mobilità per necessità, espressione della disuguaglianza nell'accesso alle cure, è stato sviluppato l'indicatore relativo alle morti evitabili: trattabili e prevenibili

Eurostat ha confermato la lettura del dato sulle **morti evitabili** distinguendo tra "**morti trattabili**" più alte nel centro-sud del paese (valori tra 33,1 e 31,3 morti evitabili per 100.000 abitanti; media nazionale 32,8), ed una distribuzione più omogenea per le **morti prevenibili** (tra 52,3 e 46,7).

Mortalità evitabile. Giorni perduti standard pro-capite. Dati 2018



Il paese necessita di un miglioramento nella cultura della prevenzione



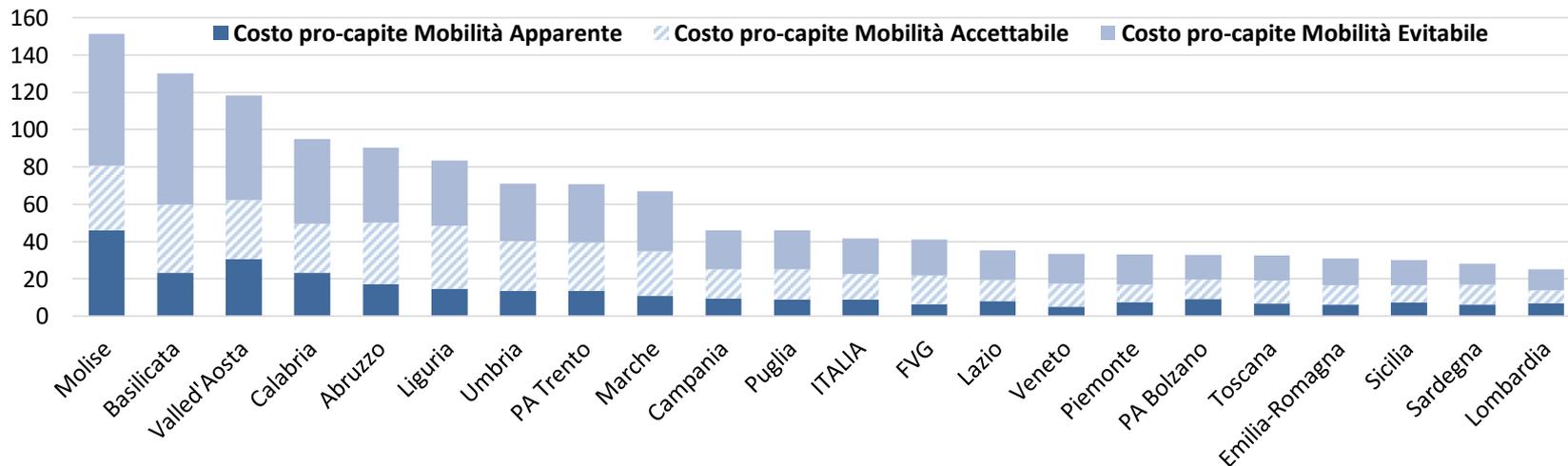
Non tutte le Regioni hanno raggiunto gli stessi livelli di appropriatezza e tempestività di diagnosi e cure

Fonte: Nostra elaborazione su dati Nabo Ricerche PA, Mev 2021

Per rispondere alle esigenze di “governo” della mobilità, introdotte con la Legge di Bilancio n. 178/2020 e definite già nel patto per la Salute 2019-2021 **AGENAS** ha introdotto una nuova metodologia che mira a discriminare le motivazioni che portano allo spostamento dei pazienti in tre categorie:

- **Mobilità apparente** (persone domiciliate in regioni differenti da quelle di residenza e ricoveri casuali).
- **Mobilità accettabile** (la differente regione è dettata da una prossimità accettabile, oppure la necessità di raggiungere punti per cure ad alta complessità). “l'accettabilità” o meno dei costi viene considerata in base alla presenza fisica a tempi e alla distanza da percorrere. L'indicatore trascura l'indisponibilità legata ai tempi di attesa
- **Mobilità evitabile** (inappropriatezza, prossimità non accettabile, altre tipologie di determinanti - Mobilità di media e bassa complessità).

Costi Pro-capite Mobilità sanitaria. Anno 2021 (€)



Ridefiniti in base alla nuova classificazione, il 47% dei 4 mld di euro trasferiti per mobilità sanitaria nel 2021 risultano appartenere alla categoria “mobilità evitabile”.

Le patologie

Le **cure oncologiche** e quelle a più elevata complessità sono quelle che più spesso vedono il ricorso a centri ospedalieri fuori regione: su queste in particolare, Calabria e Sicilia sono le regioni che per valore assoluto (rispettivamente 5.707 e 5.270 pazienti) detengono il primato di mobilità passiva. Le principali regioni di cura per i pazienti calabresi risultano la Lombardia (26%), il Lazio (21%), l'Emilia-Romagna (9%).

Le cure **pediatriche**, nel quale la necessità di concentrazione iperspecialistica fa da contraltare alla particolare onerosità della mobilità sanitaria. Infatti, da un lato i principali ospedali pediatrici del paese sono inseriti in Aziende Ospedaliero-Universitarie o negli IRCCS, mentre dall'altro è bene comprendere come la cura del paziente coinvolge anche i *care-givers* del minore, che obbligatoriamente si spostano con lui. Nonostante questo i **pazienti da 0 a 17 anni hanno un tasso di ricovero per acuti in regime ordinario in regioni diverse da quella di residenza più elevata** rispetto alla media generale (si passa dall'8,3% generale al 9,4% pediatrico) **concentrato in Lazio (20%), in Emilia-Romagna (14%), in Lombardia (11%), in Liguria (11%) e in Toscana (11%)**.

Un caso di studio: la Procreazione Medicalmente Assistita, la mobilità in un contesto non di cure primarie

La PMA risulta particolarmente interessante nell'evidenziare le differenze interregionali per quattro motivi:

- la PMA è entrata da poco all'interno delle prestazioni mediche riconosciute dal nostro ordinamento e solo nel 2017 è stata riconosciuta nei LEA;
- la PMA pur essendo riconosciuta come "diritto" a livello nazionale sconta la mancanza dei decreti attuativi per la definizione di risorse e tariffe (mancano i decreti attuativi) che la consegnano alle decisioni (politiche, economiche e normative) delle singole regioni;
- non è una prestazione di emergenza, pertanto non ha la necessità indifferibile di essere trattata sul territorio, ma contemporaneamente è *time-sensitive* in termini di accesso alle liste di attesa;
- le coppie che decidono di intraprendere questo percorso sanitario hanno la possibilità fisica di spostarsi sul territorio nazionale (sono persone adulte in età al di sotto dei 50 anni).

Età massima della donna e Cicli di PMA effettuabili per Regione

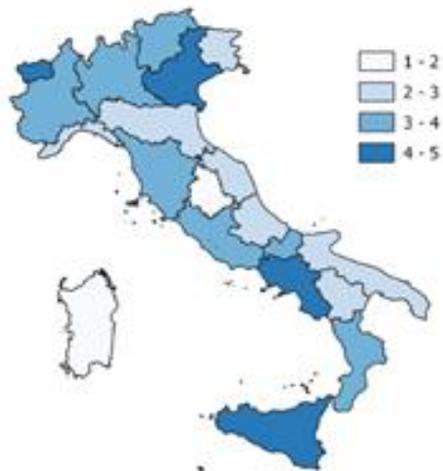
| | ETEROLOGA (2) | OMOLOGA (2) | CICLI |
|----------------|---------------|---------------------------------|-------|
| PIEMONTE | 46 | 46 | 6 |
| VAL D'AOSTA | 43 | 43 | 3 |
| LOMBARDIA | 46 | non vi sono limiti di tentativi | 3 |
| LIGURIA | 43 | 43 | 3 |
| BOLZANO | 43 | 43 | 3 |
| TRENTO (*) | 46 | 46 | 6 |
| VENETO | 50 | 50 | 4 |
| FRIULI | 43 | 43 | 3 |
| EMILIA ROMAGNA | 46 | 46 | 6 |
| TOSCANA | 46 | 43 | 4 |
| UMBRIA | 42 | 42 | 3 |
| MARCHE | 43 | 43 | 6 |
| LAZIO | 43 | 43 | 3 |
| ABRUZZO | 46 | 46 | 6 |
| MOLISE | 43 | 43 | 3 |
| CAMPANIA | 46 | 46 | 6 |
| PUGLIA | 43 | 43 | 3 |
| BASILICATA | 43 | 43 | 3 |
| CALABRIA | 43 | 43 | 3 |
| SICILIA | 43 | 43 | 3 |
| SARDEGNA | 46 | 46 | 3 |

Se consideriamo l'età della donna è evidente la disparità di opportunità di trattamento tra regioni come l'Umbria che mantiene un'età massima di 42 anni, a regioni come il Veneto che permettono lo stesso tipo di trattamento fino ai 50 anni.

La dotazione: Il **numero dei centri per regione**; la maggior parte dei centri italiani (61,0%) nel 2019 risulta concentrata in sole 5 Regioni: la Lombardia con 58 centri pari al 16,8% del totale, la Campania con 45 centri pari al 13,0%, Sicilia, Lazio e Veneto tutti con 36 pari al 10,4%.

L'offerta: il **numero di cicli di trattamento effettuati ponderato per la popolazione femminile residente di età compresa tra i 18 e 46 anni** Lombardia e Toscana.

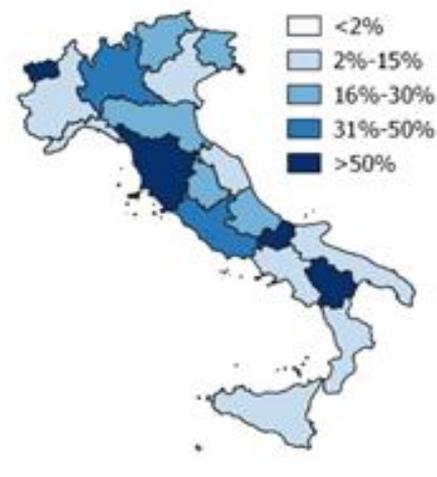
Totale Centri per 100.000 donne residenti di età 18-46 anni



Numero cicli per 1.000 donne residenti di età 18-46 anni



% cicli effettuati da popolazione non residente sul totale cicli



La mobilità attiva: in Toscana il 55% dei cicli (3.274) è effettuato su persone non residenti in regione, nel Lazio è il 40% (1900) e in Lombardia è il 33% (5.027). La mobilità nella maggior parte dei casi avviene verso i centri pubblici o privati convenzionati della Toscana e della Lombardia e verso i centri privati del Lazio.

Il PNRR è rivolto a superare le disparità regionali, si compone di risorse e riforme

Obiettivi:

- rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio,
- modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario
- **garantire equità di accesso alle cure e il riequilibrio territoriale nord sud**

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 (15 mld+3)

Missione/submissione

M6C.1 Case della comunità/Ospedali di comunità/Centrali operative integrate / Assistenza domiciliare integrata/Telemedicina

M6C.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.

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

| | Target regionale, numero di Case della comunità | Case della salute dichiarate attive (anno 2020) | Differenza |
|-----------------------|---|---|------------|
| 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.

Case della Salute e Impatto su indicatori di cura, la variabilità territoriale degli effetti

- **Metodologia:**

- Analisi multilivello + difference in differences su dataset panel costruito per l'Emilia Romagna;

- **Variabili:**

- **Dipendenti:**

- ❖ **Indicatori di esito** (accessi al pronto soccorso, ricoveri per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale, episodi di cura per assistenza domiciliare).

- **Indipendenti:**

- ❖ Principale: esposizione paziente a CdS;
- ❖ Livello 1: caratteristiche individuali pazienti;
- ❖ Livello 2: caratteristiche territoriali;
- ❖ Di controllo: anno di transizione, periodo post-CdS, MMG in CdS.

- **Risultati:**

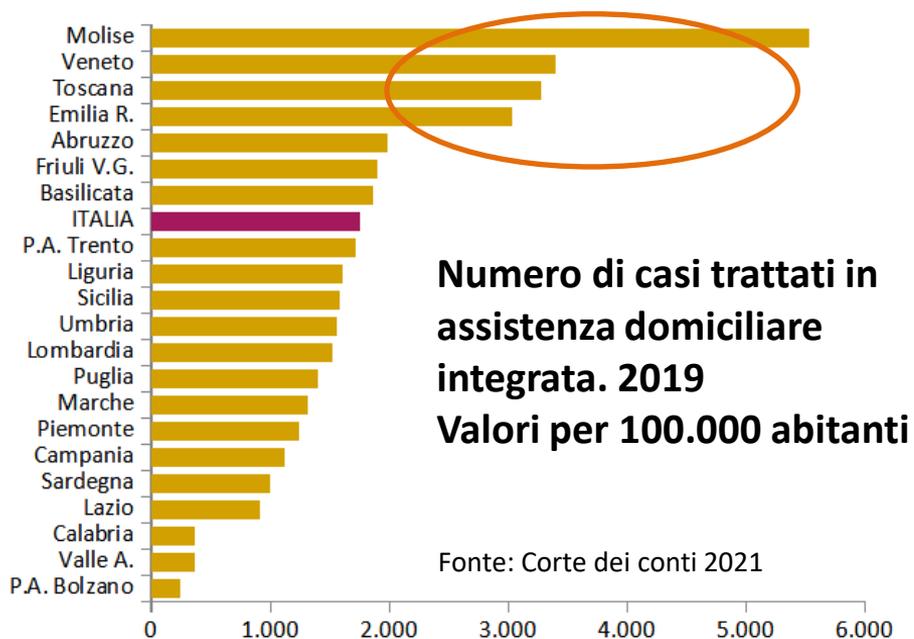
- Riduzione significativa e costante degli **accessi al pronto soccorso** (-16,1 %);
 - ❖ -25,7 % se il paziente è seguito da un MMG con ambulatorio nella Casa della Salute;
- Riduzione dell'**ospedalizzazione** per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (-2,4 %);
- Aumento degli episodi di cura in **assistenza domiciliare integrata** (+9,5 %);
- Ampia **variabilità** negli effetti tra territori e Case della Salute.
 - ❖ Modelli organizzativi aziendali;
 - ❖ Caratteristiche territoriali.

Nobilio, Berti, Moro (2020). *Valutazione di impatto delle case della salute su indicatori di cura 2009-2019. Dossier 269.* Regione Emilia Romagna.

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

Il numero di casi trattati **nell'assistenza domiciliare integrata** è duplicato nei passati 10 anni, ma concentrato in poche regioni.

L'obiettivo del Pnrr è la presa in cura del **10% della popolazione italiana sopra i 65 anni a casa a partire dal 2026**, i.e. almeno 800mila persone aggiuntive. Oggi la media in Italia è del 5%.



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

La difficoltà di far fronte a questi obiettivi, che persiste anche nei ritardi di attuazione del Pnrr evidenziati dal recente Rapporto della Corte dei conti

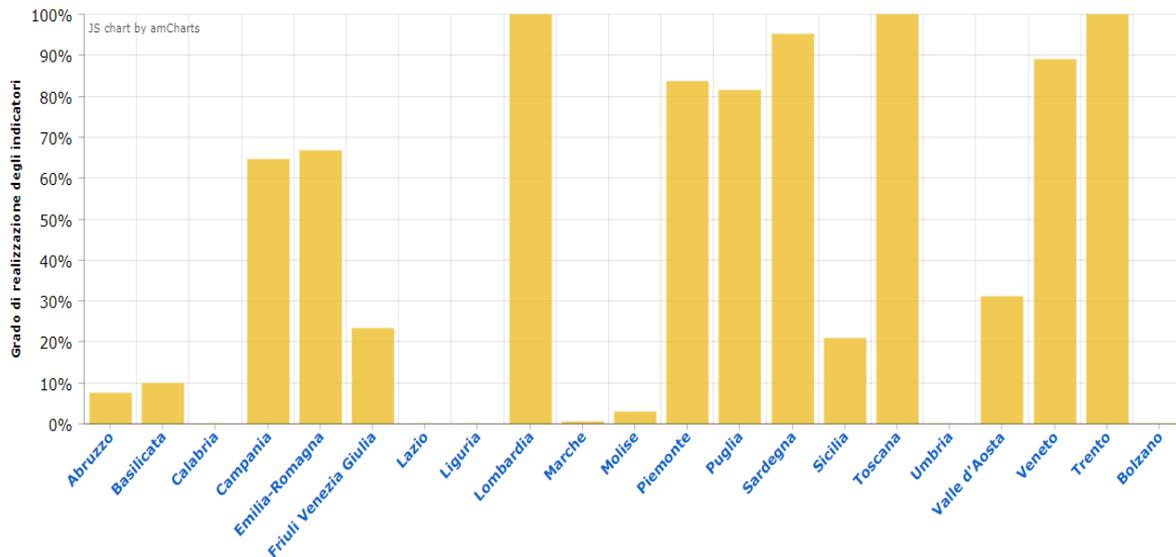
La digitalizzazione facilita l'interscambio e l'omologazione? Il Fascicolo sanitario elettronico

Ci sono grandi discrepanze sia nell'utilizzo che nell'implementazione:

Indicatore monitoraggio di utilizzo "Aziende Sanitarie" per tutte le regioni

Operatori sanitari abilitati al FSE

Dati riferiti al 3° trimestre 2023 o all'ultimo aggiornamento rilevato dalle singole regioni.



L'autonomia dei SSR ha portato allo sviluppo di software e di soluzioni digitali differenti che richiedono la necessità di un Tavolo di coordinamento per l'**Interoperabilità** dei sistemi informativi.

Ad oggi il tavolo evidenzia:

- disomogeneità dei servizi offerti e nei documenti che alimentano il FSE
- differenti architetture nei contenuti e nella supporto informatico Le 4 regioni in **sussidiarietà** (Abruzzo, Calabria, Campania e Sicilia) adottano il modello FSE_INI gestito dal MEF

La difficoltà persiste anche oggi nei ritardi di attuazione del Pnrr (Rapporto della Corte dei conti 2023)

L'innovazione digitale ridurrà i costi della sanità? Telemedicina in Italia

- 369 esperienze;
 - Lombardia (66), Lazio (61), Veneto (52).
- Tipologia:
 - 43% televisita;
 - 37% telemonitoraggio;
 - 35% teleconsulto medico.
- Obiettivo principale:
 - Emergenza sanitaria COVID-19 (213);
 - Garantire accesso zone remote/rurali (134);
 - Empowerment paziente (129).
- Attori principali:
 - Medici specialisti (342);
 - Professioni sanitarie (217);
 - Medici Medicina Generale /PLS (66).
- Platea dei destinatari:
 - Tipologia assistiti: pazienti cronici (41,18%), pazienti acuti (23,72%), pazienti cronici in corso di stab. post acuzia (17,8%);
 - Fascia d'età: 65-74 anni (25,5%), 18-64 anni (24,84%), over75 (23,62%).

Lombardia e Lazio regioni più attive:

Per numero esperienze ed esperienze specifiche ad impatto cronicità.

Servizi di Telemedicina **istituzionalizzati a livello regionale** (su totale servizi Telemedicina): **11%**;

Nel 33% dei casi esiste un report di valutazione dell'efficacia clinica;

Nel 78% dei casi finanziamento non dedicato e non regolare;

Non si riscontra ancora un impatto visibile dell'implementazione dei servizi di telemedicina rispetto agli obiettivi del DM-77 (Ars 2023)

Telemedicina la promessa per la futura sostenibilità del sistema?

Evidenze empiriche contraddittorie

Telemedicina (e-visits) → impatto sulla frequenza visite tradizionali e sulla salute dei pazienti

- **Metodologia:**

- Analisi difference in differences + variabile strumentale (two stage procedure) applicata ad un dataset panel costruito per un grande sistema sanitario degli Stati Uniti;

- **Variabili:**

- **Dipendenti:**

- ❖ Frequenza visite fisiche mensili, telefoniche mensili, esiti di salute (livelli glucosio e colesterolo nel sangue).

- **Indipendenti:**

- ❖ Adozione telemedicina paziente, mese, anno, effetti fissi (caratteristiche medico, caratteristiche pazienti).

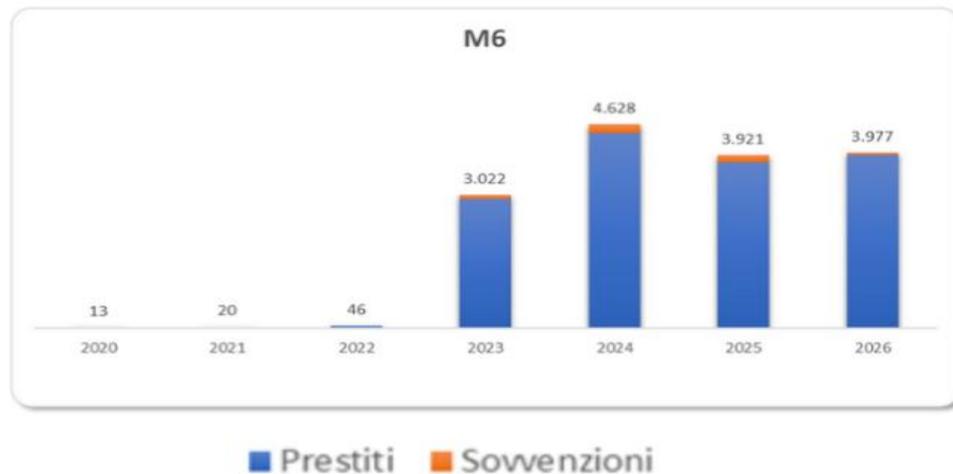
- **Risultati:**

- **L'adozione di televisite aumenta la frequenza delle visite in studio;**
- L'adozione delle televisite da parte del MMG porta ad **una riduzione del 15% del numero mensile di nuovi assistiti;**
- **L'impatto dipende dalle caratteristiche del sistema sanitario:**
 - ❖ Sistemi saturi e non (in base al numero di assistiti per medico);
 - ❖ Schema compensativo per i MMG: quota capitaria vs fee-for-service.

Hessam Bavafa, Lorin M. Hitt, Christian Terwiesch (2018). "The Impact of E-Visits on Visit Frequencies and Patient Health: Evidence from Primary Care". *Management Science* 64(12):5461-5480

Pnrr, lo stato avanzamento, la programmazione

- **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 gare per la realizzazione e collaudo delle infrastrutturale.
- **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 gare CONSIP per l'approvvigionamento di macchinari che per lo sviluppo dei sistemi informativi, e la messa in sicurezza degli ospedali.



Programmazione
fondi M6

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

| Regions | C1 | % | C2 | % | National Health Fund Share |
|-----------------------|-------------------------|--------|-------------------------|--------|----------------------------|
| Piemonte | 202.885.200,93 | 6,33% | 321.860.717,03 | 6,65% | 7,37% |
| Valle d'Aosta | 5.740.030,24 | 0,18% | 9.295.682,05 | 0,19% | 0,21% |
| Lombardia | 462.831.828,03 | 14,44% | 729.930.617,11 | 15,09% | 16,78% |
| PA Bolzano | 23.922.710,15 | 0,75% | 38.252.364,17 | 0,79% | 0,87% |
| PA Trento | 24.880.930,57 | 0,78% | 39.774.892,63 | 0,82% | 0,91% |
| Veneto | 225.959.673,76 | 7,05% | 357.566.873,56 | 7,39% | 8,20% |
| Friuli Venezia-Giulia | 57.031.586,74 | 1,78% | 90.967.480,39 | 1,88% | 2,07% |
| Liguria | 73.160.735,46 | 2,28% | 116.729.975,48 | 2,41% | 2,67% |
| Emilia-Romagna | 208.013.651,99 | 6,49% | 329.751.540,11 | 6,82% | 7,55% |
| Toscana | 173.670.931,46 | 5,42% | 275.804.754,00 | 5,70% | 6,31% |
| Umbria | 41.040.854,80 | 1,28% | 64.969.601,15 | 1,34% | 1,49% |
| Marche | 70.786.725,87 | 2,21% | 112.286.976,99 | 2,32% | 2,57% |
| Lazio | 265.056.748,13 | 8,27% | 415.874.371,89 | 8,60% | 9,59% |
| Abruzzo | 89.511.148,93 | 2,79% | 127.003.526,28 | 2,62% | 2,19% |
| Molise | 20.920.543,55 | 0,65% | 29.615.900,22 | 0,61% | 0,51% |
| Campania | 380.478.430,73 | 11,87% | 535.294.544,13 | 11,06% | 9,27% |
| Puglia | 269.625.407,61 | 8,41% | 381.182.398,90 | 7,88% | 6,58% |
| Basilicata | 38.223.161,13 | 1,19% | 54.183.759,05 | 1,12% | 0,93% |
| Calabria | 128.787.991,27 | 4,02% | 182.273.247,25 | 3,77% | 3,14% |
| Sicilia | 330.144.365,99 | 10,30% | 466.429.097,34 | 9,64% | 8,06% |
| Sardegna | 111.844.930,73 | 3,49% | 159.394.757,84 | 3,29% | 2,73% |
| Total | 3.204.517.588,00 | | 4.838.443.077,58 | | |

- Adottato il riparto del fondo sanitario regionale,
- con 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%)

Risorse correlate soprattutto al precedente riparto finanziario

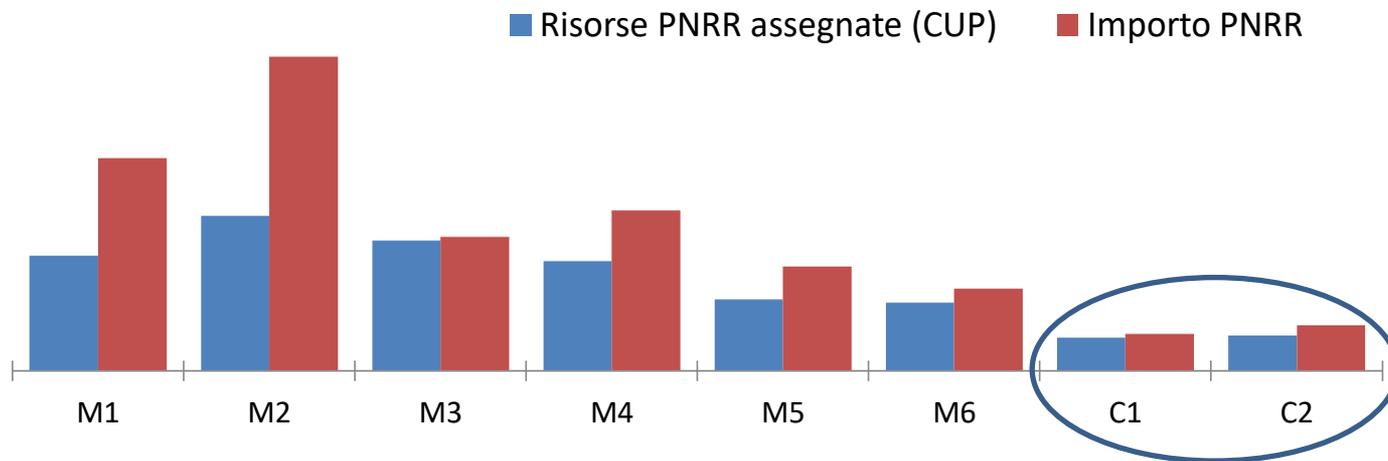
Numero di progetti per soggetto attuatore per sotto missione

| Number of Projects (Identified by CUP) | (Digitisation) | f hospital technology and digital park (large equipment) | Case della Comunità | Centrali operative territoriali (COT) | Ospedali di Comunità | Electronic Health Record and central data collection, processing and analysis | S (Enhancem ent of the SDK predictive model.) | Strengthe- ning and enhancing the biomedical research of the SSN | Sub- measure: additional grants in general medicine training | Sub- measure: training course in hospital infections | Safe and Sustaina- ble Hospital | Total |
|--|----------------|--|------------------------|--|-------------------------|--|--|--|--|---|--|-------------|
| Implementing Subject | | | | | | | | | | | | |
| Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - age.na.s | | | | 2 | | | | | | | | 2 |
| Ministero della salute | | | | | | | 3 | 290 | | | | 293 |
| Presidenza del Consiglio dei Ministri | | | | | | 4 | | | | | | 4 |
| Province Autonome | 30 | 49 | 19 | 13 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 119 |
| Regioni | 626 | 3052 | 1377 | 738 | 419 | 3 | 3 | 0 | 5 | 10 | 159 | 6392 |
| Totale | 656 | 3101 | 1396 | 753 | 424 | 7 | 6 | 290 | 6 | 10 | 161 | 6810 |

Dati: Nostra elaborazione su Open Data italiadomani.gov.it

Pnrr avanzamento: risorse per le quali è definito l'intervento

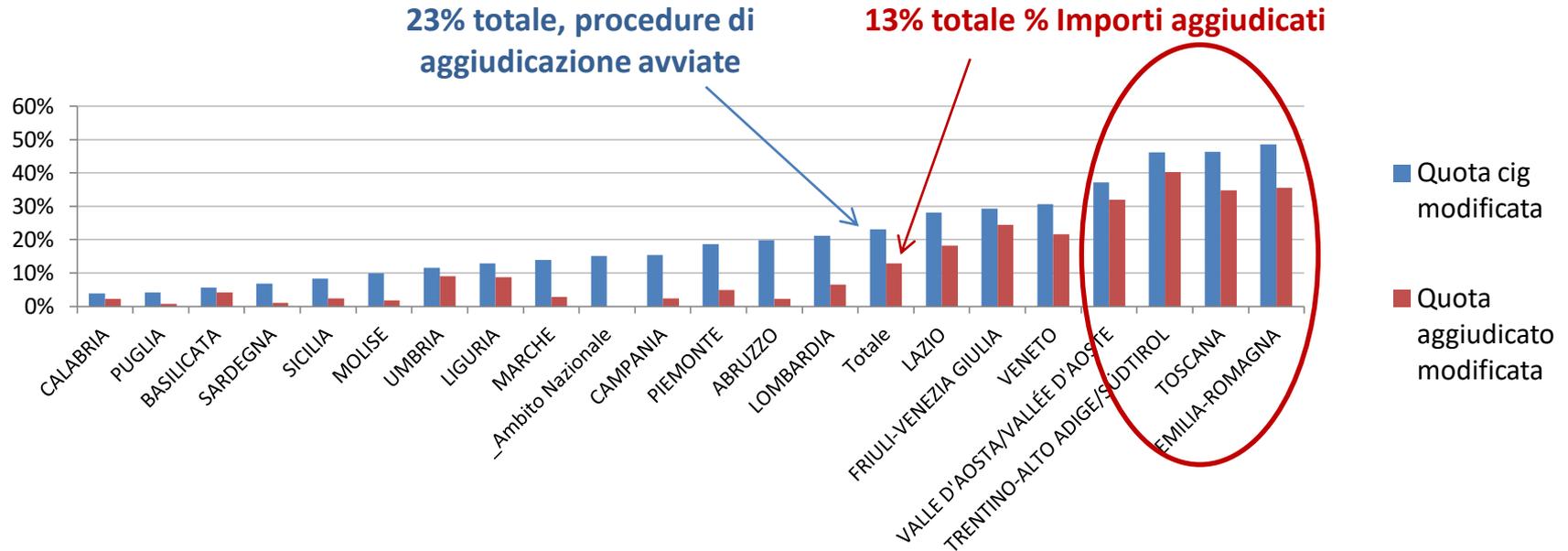
La misura M6 ha un grado elevato di avanzamento, per questa prima fase: **l'83%** è oggi stanziato su specifici progetti, contro il 64% del complesso del Piano (fonte Regis).



| | % |
|-----------------|-----------|
| M1 | 54 |
| M2 | 49 |
| M3 | 97 |
| M4 | 68 |
| M5 | 68 |
| M6 | 83 |
| C1 | 89 |
| C2 | 77 |
| Totale % | 64 |

Fonte: Nostre elaborazioni su fonte Regis

L'avanzamento per regione: più lente e differenziate le Procedure di aggiudicazione avviate (Cig) e le Aggiudicazioni su Progetti assegnati (Cup)



Per il **23%** dei progetti assegnati a soggetto attuatore è stata avviata procedura di aggiudicazione. Per il **13%** dei progetti assegnati è avvenuta l'aggiudicazione e a breve si potrà procedere all'avvio dei lavori. **Nessuna risorsa risulta ancora spesa** in M6, contro il 14% complessivo Pnrr Pnc.

L'avanzamento è maggiore per le regioni benchmark nell'offerta di servizi sanitari Emilia Romagna, Toscana, Veneto e con processi di centralizzazione degli acquisti e delle gare in sanità già collaudate.

Il ritardo delle regioni del sud.

Accordi quadro e procedure centralizzate

Sistema di Appalto M6 - Invitalia

Invitalia si inserisce nel supporto tecnico ai Soggetti attuatori dei Contratti istituzionali di sviluppo Salute gestendo le procedure di gara per l'aggiudicazione di Accordi Quadro multilaterali per interventi infrastrutturali:

Risultato il 76% delle Case della Comunità e l'80% degli Ospedali della Comunità verranno gestiti con le procedure aggregative dell'Accordo Quadro.

Fonte: Invitalia

Sistema di Appalto - CONSIP

In ambito sanitario è prevista l'aggiudicazione degli appalti pubblici per gli investimenti di ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (M6C2-7): "Sanità digitale - Sistemi informativi sanitari e servizi al cittadino", "Sanità digitale - Sistemi informativi clinico - assistenziali"

Vi è stata l'aggiudicazione definitiva ed efficace di tutti i lotti e sono stati sottoscritti i relativi contratti di appalto.

III Relazione sullo stato di attuazione PNRR – maggio 2023

Accordi quadro regionale

Il sistema di aggregazione delle centrali di acquisto regionali è un processo avanzato da tempo, pur con modalità organizzative diverse (in house, soc esterne...)

Su 55 mld di accordi quadro rilevati ad oggi
(tutte le missioni) le adesioni sono il 9%

Enti Gestione Accordi Quadro, ordinamento per importo

- 1 CONSIP SPA UNIP.
- 2 RFI - Spa
- 3 INVITALIA
- 25 SOCIETA REGIONALE PER LA SANITA SO.RE.SA. S.P.A.

Fonte: Elaborazioni Irpet su Regis

Pnrr le criticità rilevate dal recente rapporto Corte dei conti

Anche se il quadro delle criticità è meno complesso rispetto ad altre misure, si confermano le difficoltà nel raggiungimento degli obiettivi, riscontrate in altre misure:

- Mancanza di progetti es. **COT**
- Mancanza di risorse umane e ritardi nella **offerta di assistenza domiciliare integrata**
- Competenze tecnologiche e **adozione del fascicolo elettronico nazionale**
- **Disparità regionali nell'attuazione**

Fonte: Corte dei Conti, IV Relazione sullo stato di avanzamento del Pnrr 11/ 2023

Quali prospettive per la sanità dopo il Pnrr?

Da poco 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.

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 (ben oltre la Lbilancio 2024). L'altra scommessa su cui si gioca il successo del PNRR nel garantire la ripresa del Paese è la riduzione dei divari regionali. 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



Sanità regionale e domanda di mobilità

CPT nucleo Regione Toscana

Lisa Grazzini, Patrizia Lattarulo, Marika Macchi

Conferenza CPT

“Presentazione delle esperienze della Rete dei Conti Pubblici Territoriali”
I dati e le informazioni del Sistema CPT al servizio dei processi decisionali

Napoli, 17 novembre 2023