

Missione salute e PNRR: tra infrastrutture incomplete, carenze strutturali e un servizio sanitario a rischio paralisi

Missione Salute e PNRR: criticità e prospettive alla luce del Focus dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio

Policy Brief

n° 3 – Giugno 2025

Raffaella Buzzetti, Presidente della Società Italiana di Diabetologia - SID e di FeSDI
Riccardo Bonadonna, Presidente eletto della Società Italiana di Diabetologia -SID
Angelo Avogaro, Presidente della Fondazione Diabete Ricerca
Federico Serra, Responsabile relazioni istituzionali SID

Documentazione di riferimento

https://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2025/05/Focus-3_2025_PNRR_sanita.pdf

1. La posta in gioco: la riforma del Servizio Sanitario Nazionale nell'era del PNRR

Il presente documento vuole offrire un contributo tecnico e propositivo al dibattito sulle sfide della Missione 6 “Salute”, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con l’obiettivo di favorire una riflessione condivisa tra decisori pubblici, professionisti sanitari e società scientifiche. La SID ribadisce la propria disponibilità al dialogo e alla collaborazione con le istituzioni per contribuire alla costruzione di un Servizio Sanitario Nazionale più moderno, equo e vicino ai bisogni dei pazienti cronici. La Missione 6 rappresenta uno dei più ambiziosi tentativi di ripensamento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) dagli anni ‘70 a oggi. Con una dotazione di 15,63 miliardi di euro, a cui si affiancavano originariamente 2,89 miliardi del Piano Complementare (PNC) – poi in gran parte ridotti – questa componente è stata concepita come l’architrave della ripartenza sanitaria post-pandemia, intesa non solo come potenziamento delle strutture, ma come riorganizzazione della governance, delle tecnologie, dell’accessibilità e della territorialità dei servizi.

L’obiettivo è chiaro: trasformare il SSN da un sistema centrato sull’ospedale a uno radicato nel territorio, in grado di intercettare la cronicità, rispondere ai bisogni delle popolazioni vulnerabili e ridurre le disuguaglianze regionali. Ma, a quattro anni dall’approvazione del Piano e a poco più di un anno dalla sua conclusione, l’Ufficio Parlamentare di Bilancio (UPB), nel suo Focus n. 3 del 22 maggio 2025, lancia un allarme lucido e documentato: la Missione 6 rischia di tradursi in un gigantesco sforzo incompiuto.

2. Le riforme ci sono, ma la macchina è ferma

Due le riforme strutturali centrali della Missione 6: il DM 77/2022, che ridisegna i modelli e gli standard dell'assistenza territoriale (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, ADI), e il D.Lgs. 200/2022, che riorganizza il sistema degli IRCCS. Entrambe le riforme sono state adottate nei tempi previsti e, formalmente, le milestone europee risultano rispettate. Ma – sottolinea l'UPB – il rispetto delle scadenze amministrative non corrisponde all'effettiva funzionalità delle strutture e dei servizi, che è invece largamente deficitaria.

In parole semplici, i decreti sono stati firmati, ma i servizi reali restano latitanti. Le CdC e gli OdC sono sulla carta, ma non ancora operative; il Fascicolo Sanitario Elettronico è normato, ma non interoperabile; i DEA sono digitalizzati solo parzialmente. La mancanza di un piano operativo per il personale, l'assenza di integrazione sociosanitaria e la frammentazione gestionale tra Stato e Regioni costituiscono fattori di rischio sistemico, destinati a far deragliare l'intero impianto riformatore.

3. Case della Comunità: cantieri avviati, servizi fantasma

Il target iniziale di 1.350 CdC è stato ridotto a 1.038, di cui – a inizio 2025 – 943 cantieri risultano attivati o conclusi, ma solo 38 sono stati effettivamente collaudati. Più preoccupante ancora è il fatto che solo il 3% delle CdC oggi eroga i servizi obbligatori previsti dal DM 77, e in molti casi le strutture sono prive di personale, aperte in orari ridotti, o ancora in fase di adeguamento edilizio. Il quadro è fortemente disomogeneo: le Regioni del Centro-Nord, come Veneto, Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia, hanno già collaudato oltre il 50% delle CdC previste, mentre Molise, Calabria, Sardegna e Campania risultano largamente inadempienti.

Dal lato finanziario, risultano spesi 291,9 milioni dei 2 miliardi previsti (il 14,6 per cento), sostanzialmente in linea con quanto programmato a tutto il 2024. Tuttavia, nel biennio 2025-26 dovrà essere utilizzato il restante 85,4 per cento della dotazione finanziaria, a conferma della complessità della sfida da affrontare. Su base territoriale, i livelli di spesa riflettono l'andamento dei cantieri: nelle Regioni del Nord, ad eccezione del Piemonte, si rileva una quota di risorse impiegate superiore alla media nazionale; tra le Regioni del Centro, Umbria e Toscana

(rispettivamente, 20,7 e 19,9 per cento) registrano andamenti simili all'area settentrionale, mentre le Marche e il Lazio (rispettivamente, 7,7 e 9,5 per cento) si avvicinano a quella meridionale, dove si osservano quote sempre inferiori alla media. Il Molise, in cui non risultano cantieri avviati, ha impiegato poco meno del 2 per cento delle risorse assegnate. Nel complesso, la spesa nel Mezzogiorno si ferma al 6 per cento del totale, contro il 25,1 del Nord e il 13,4 del Centro.

4. Ospedali di Comunità: stessi ritardi, stesso rischio desertificazione

Per gli OdC, il target nazionale è stato rimodulato da 400 a 307 strutture, ma la situazione non cambia. 310 cantieri sono stati avviati, solo 14 collaudati. Le regioni virtuose sono ancora una volta quelle del Nord, mentre in Molise e Sardegna siamo a zero progetti operativi, e in Campania solo 10 OdC risultano attivati contro i 45 previsti. Anche qui la spesa è in forte ritardo: solo l'11,5% del miliardo previsto è stato utilizzato, con il Mezzogiorno al 9,8%, il Centro al 7,7% e il Nord al 18,4%.

Ancor più drammatica la situazione dei servizi attivi: solo 124 OdC erogano prestazioni, di cui 97 pubblici e i restanti, per lo più, convenzionati. La copertura medica – laddove presente – si limita a 4,5 ore al giorno per 6 giorni a settimana, con forte carenza di ambienti per la demenza, riabilitazione, e cure intermedie. La realtà, dunque, è quella di una rete assistenziale sulla carta ambiziosa, ma nei fatti ancora assente o parziale.

5. Digitalizzazione e Fascicolo Sanitario Elettronico: potenzialità inespresse

Nel contesto del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), l'Italia ha stanziato circa **47 miliardi di euro** per la digitalizzazione, da impiegare tra il 2021 e giugno 2026. Di questi, **40 miliardi** provengono dalla Missione 1 ("Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo"), mentre il restante è distribuito tra iniziative di digitalizzazione in altre missioni del piano.

Tuttavia, l'effettivo utilizzo di questi fondi è stato limitato. A fine 2024, erano stati spesi complessivamente circa **58,6 miliardi di euro**, pari al 29% delle risorse totali del PNRR. In particolare, per la digitalizzazione, solo il **20%** dei fondi stanziati era stato effettivamente utilizzato fino a quel momento.

Il fascicolo sanitario elettronico (FSE) è uno degli strumenti chiave per garantire la continuità assistenziale e la personalizzazione delle cure. Eppure, nonostante le riforme approvate e i fondi stanziati, la diffusione reale è ancora fortemente limitata.

I problemi principali restano l'interoperabilità tra sistemi regionali, la frammentazione dei carichi, e la bassa adesione da parte dei professionisti sanitari, che non trovano valore aggiunto in uno strumento poco integrato e scarsamente aggiornato.

Anche la digitalizzazione dei DEA – con un budget iniziale di 1,5 miliardi – è in forte ritardo: solo il 21% delle risorse è stato speso, con picchi negativi in Abruzzo, Marche e Umbria. E se l'obiettivo è concludere gli interventi entro il 2025, il cronoprogramma è già oggi in netto ritardo.

6. Telemedicina e ADI: una riforma a due velocità

La telemedicina e l'assistenza domiciliare integrata (ADI) sono due assi strategici del PNRR. Dopo la revisione del Piano, l'obiettivo di pazienti da prendere in carico con la telemedicina è stato aumentato da 200.000 a 300.000, ma nel 2024 solo 50.699 pazienti sono stati raggiunti dal servizio, il che rende l'obiettivo del 2025 estremamente ambizioso.

Quanto all'ADI, pur avendo superato a livello nazionale il target del 2023, le differenze regionali sono abissali: Trento e Umbria lo hanno più che raddoppiato, mentre la Sicilia si ferma all'1% del previsto. L'integrazione sociosanitaria è quasi assente, e l'intensità di cura prevista (un accesso al mese per il 60% degli assistiti) è ben al di sotto degli standard europei di presa in carico domiciliare.

7. Il personale: il vero tallone d'Achille della riforma

Il nodo più critico resta la carenza cronica di personale, una questione strutturale che il PNRR ha solo parzialmente affrontato. I fondi previsti coprono soprattutto spese in conto capitale (strutture, macchinari, infrastrutture), lasciando scoperti i costi operativi, ovvero i professionisti e i team specialistici necessari per far funzionare quei luoghi e quelle tecnologie.

Le stime UPB indicano che, per rendere pienamente operative le CdC e gli OdC previste, servirebbero almeno 1,5–2 miliardi annui in risorse correnti per coprire stipendi, turnazioni e servizi. Attualmente, si è ben lontani da queste cifre: le uniche risorse stabili sono 95 milioni annui

recuperati dal DL 34/2020. Le recenti flessibilità introdotte dal DL 19/2024 nel reclutamento (possibilità di assunzioni a tempo determinato, maggiore autonomia regionale) non sono sufficienti se il SSN continua a essere poco attrattivo, sottopagato e sovraccarico di responsabilità

8. Prospettive: una corsa contro il tempo

A fine 2024, solo 2,8 miliardi dei 15,6 disponibili risultano spesi. I restanti 12,5 miliardi dovranno essere utilizzati tra il 2025 e metà 2026, in un contesto in cui la media dei tempi per completare un'opera pubblica in Italia varia dai 5 ai 7 anni. Il rischio di non riuscire a spendere tutto nei tempi imposti dall'Unione Europea è più che concreto.

Il rischio è duplice:: da un lato l'inefficienza nell'utilizzo dei fondi, dall'altro il possibile consolidarsi di una rete territoriale frammentata che non garantisca equità di accesso.

9. Tra infrastrutture nuove e un servizio vecchio

La Missione 6 ha senza dubbio contribuito a smuovere decenni di inerzia, aprendo cantieri e ponendo le basi normative per un SSN più moderno e territoriale. Ma senza un rafforzamento del personale, della governance integrata e della capacità gestionale, il rischio è di vanificare il potenziale trasformativo della riforma. Serve un cambio di rotta immediato, con:

- Un piano straordinario per il personale sanitario,
- Una governance multilivello Stato-Regioni-Comuni per superare la frammentazione,
- Una semplificazione amministrativa degli iter di spesa e progettazione,
- Una misurazione costante della qualità reale dei servizi, non solo del rispetto formale degli obiettivi.
- In gioco non c'è solo il futuro del PNRR, ma la tenuta stessa del Servizio Sanitario Nazionale come pilastro del welfare italiano. Se la rete delle nuove strutture rimarrà vuota, se non verranno riempite di professionisti, cure, relazioni e prossimità, il PNRR Salute rischia di non raggiungere appieno i suoi obiettivi senza un intervento deciso e condiviso.

IL COMMENTO DELL'UFFICIO DI PRESIDENZA SID

La SID accoglie con attenzione il quadro delineato nel documento sulla Missione 6 "Salute" del PNRR e condivide la preoccupazione per il rischio concreto che questo straordinario programma

di investimento possa tradursi in un'infrastruttura incompiuta, incapace di produrre un reale cambiamento nella qualità dell'assistenza, specialmente per i pazienti affetti da malattie croniche come il diabete.

Quali aspettative

Per la diabetologia, la transizione del Servizio Sanitario Nazionale verso un modello realmente territoriale e integrato rappresenta una condizione imprescindibile per affrontare in modo efficace le dinamiche assistenziali e sulla prevenzione correlate al diabete, patologia che interessa oltre 4 milioni di persone in Italia.

Le nuove strutture previste dal DM 77/2022 – in particolare le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali e i percorsi di assistenza domiciliare integrata – devono diventare il fulcro di una presa in carico multidisciplinare, continua e personalizzata del paziente con diabete in stretta correlazione con i servizi specialistici endocrino-metabolici.

In tal senso è auspicabile

- L'attivazione effettiva e uniforme dei servizi previsti nelle CdC, con équipe multiprofessionali capaci di gestire la cronicità e in particolare il diabete.
- L'integrazione reale tra assistenza specialistica e medicina generale, per garantire percorsi condivisi e coerenti di gestione della malattia diabetica.
- L'utilizzo sistematico del Fascicolo Sanitario Elettronico e della telemedicina come strumenti per il monitoraggio, l'educazione terapeutica e la continuità assistenziale dei pazienti.
L'interoperabilità dei sistemi digitali tra diabetologo specialista e medico di medicina generale per permettere il monitoraggio in tempo reale dei parametri clinici e l'attivazione tempestiva di interventi di supporto, soprattutto nei pazienti fragili.
- Una riforma operativa del personale, che preveda l'inserimento stabile di diabetologi, infermieri esperti in educazione terapeutica e operatori sociosanitari nelle nuove strutture territoriali.
- L'inserimento formale dell'assistenza diabetologica nei livelli essenziali garantiti dalle CdC, con percorsi clinico-organizzativi dedicati e misurabili.

- Il Finanziamento con risorse correnti e strutturali di personale specialistico e team multidisciplinari, necessari all'erogazione dei servizi diabetologici nei nuovi presidi territoriali.
- La valutazione degli esiti e della qualità dell'assistenza diabetologica non solo in base a indicatori strutturali o di spesa, ma con metriche legate all'aderenza terapeutica, alla prevenzione delle complicanze e alla soddisfazione del paziente, spostando l'attenzione dall'efficienza all'efficacia.
- Un'alleanza istituzionale con le società scientifiche per il co-design dei nuovi modelli di cura e per una formazione continua dei professionisti sanitari impegnati nell'assistenza alla cronicità.

Il successo della Missione 6 passa necessariamente attraverso la capacità di rendere effettiva la prossimità assistenziale, di superare la frammentazione organizzativa e di potenziare il capitale umano della diabetologia italiana. La rete delle nuove strutture deve essere abitata da professionisti competenti, integrata con i centri diabetologici esistenti e in grado di promuovere una medicina di iniziativa, orientata alla prevenzione delle complicanze e al miglioramento della qualità della vita. In

Il Decreto Ministeriale 77/2022, cardine della riforma territoriale sanitaria nell'ambito della Missione 6 del PNRR, ridefinisce i modelli organizzativi e gli standard dell'assistenza sanitaria territoriale, con l'obiettivo di rafforzare la prossimità, l'equità e l'integrazione dei servizi. In questo nuovo assetto, il paziente cronico, e in particolare il paziente con diabete, è posto al centro di un sistema che dovrebbe essere multidisciplinare, proattivo e personalizzato.

Le Case della Comunità, previste come nodo essenziale del nuovo modello, sono concepite per fornire assistenza sanitaria e sociale integrata, in un'ottica di prossimità. Secondo il DM 77, dovrebbero garantire:

- Equipe multiprofessionali (medici di medicina generale, infermieri di comunità, specialisti, assistenti sociali)
- Presa in carico delle cronicità con PAI (Piani Assistenziali Individualizzati)
- Integrazione sociosanitaria e continuità assistenziale

Tuttavia, a oggi solo una minima parte delle CdC operative fornisce servizi specifici per la gestione diabetologica, e la presenza stabile di competenze multidisciplinari e multiprofessionali in diabetologia, che sia presente e accessibile nelle CdC . Ciò compromette la reale presa in carico del paziente con diabete, una condizione che richiede follow-up regolari, educazione terapeutica continua, prevenzione delle complicanze e stretta collaborazione tra livelli assistenziali.

Nonostante il DM 77 enunci principi innovativi, alcune criticità specifiche emergono nel contesto della gestione del diabete:

- Mancata definizione esplicita di percorsi diabetologici strutturati all'interno delle CdC e degli OdC (Ospedali di Comunità)
- Standard quantitativi e qualitativi non vincolanti per la gestione delle patologie croniche specifiche
- Scarsa interoperabilità digitale, che ostacola la continuità assistenziale tra specialistica, medicina generale e assistenza domiciliare

Il DM 77 rappresenta una svolta culturale e organizzativa nel SSN, ma il suo impatto sull'assistenza diabetologica sarà concreto solo se accompagnato da scelte operative chiare e vincolanti. Senza un riconoscimento esplicito del ruolo strategico della diabetologia nei nuovi assetti territoriali, il rischio è che le strutture restino prive delle competenze (mediche, infermieristiche, ecc.) necessarie per affrontare una delle principali sfide epidemiologiche italiane.

In questo senso, la SID, è pronta a mettere a disposizione delle istituzioni il proprio know-how clinico e formativo, anche per percorsi di aggiornamento specifici per il personale delle nuove strutture territoriali e a collaborare attivamente al fine di costruire un SSN più equo, moderno e capace di affrontare le sfide della cronicità.