ANNO XVI
- 2026 -

IHPB
ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

PUBBLICAZIONE
N.5

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

LA SANITÀ ITALIANA DOPO IL PNRR:
ABBIAMO FINANZIATO IL CAMBIAMENTO?

A cura di: **STEFANO DEL MISSIER**, *direttore Responsabile IHPB*

INTRODUZIONE

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è stato probabilmente una delle più grandi opportunità di modernizzazione del nostro Paese. Dopo il periodo pandemico e, soprattutto, a valle dei numerosi anni nei quali la discussione sulla sanità si era concentrata prevalentemente sulla scarsità delle risorse disponibili, l'Italia si era trovata nella condizione di poter programmare investimenti di dimensioni straordinarie, con obiettivi definiti e tempi di realizzazione relativamente brevi. Un'occasione che abbiamo avuto e che difficilmente si ripeterà. Oggi, a cinque anni dal suo avvio e in conclusione della fase straordinaria di attuazione, possiamo cominciare a porci una domanda diversa da quella che ha accompagnato il PNRR fino ad oggi. Non soltanto quanto abbiamo speso, quali opere abbiamo realizzato e quanti obiettivi abbiamo raggiunto, ma soprattutto quale trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale stiamo effettivamente producendo. La distinzione non è secondaria. Un investimento può essere realizzato correttamente, rispettare tutte le procedure previste e raggiungere gli obiettivi amministrativi assegnati, ma non per questo ne consegue che sarà in grado di modificare significativamente la qualità dei servizi offerti ai cittadini. Il PNRR, ricordiamolo, non nasceva semplicemente per costruire nuove strutture o acquistare tecnologie, ma doveva contribuire a modernizzare il Paese e, nel caso della sanità, a rafforzare un sistema che la pandemia aveva mostrato in tutta la sua fragilità, soprattutto in quel famoso rapporto tra ospedale e territorio per il quale abbiamo consumato negli anni fiumi d'inchiostro e infinite giornate di dibattito. Possiamo così confidare che sia finalmente arrivato il momento di chiederci se abbiamo utilizzato il PNRR per finanziare il cambiamento del SSN, oppure se abbiamo soprattutto finanziato investimenti.

UN'OCCASIONE CHE DIFFICILMENTE SI RIPETERÀ

La dimensione economica dell'intervento fatto nel nostro Paese attraverso il PNRR è nota, date le tante pubblicazioni e le quantità di dati forniti dalle strutture centrali dello Stato e non solo. Tuttavia, merita di essere richiamata perché aiuta a comprendere la responsabilità delle scelte compiute. L'Italia ha avuto a disposizione 191,5 miliardi di euro attraverso il dispositivo europeo per la ripresa e la resilienza, ai quali si sono aggiunte le risorse nazionali del Piano complementare. Non tutte queste risorse, però, sono a fondo perduto: nella sua configurazione originaria, approvata nel 2021, il PNRR italiano disponeva di 191,5 miliardi di euro, di cui 68,9 miliardi di sovvenzioni e 122,6 miliardi di prestiti. Con le successive revisioni, la dotazione è salita a 194,4 miliardi, di cui 71,8 miliardi di sovvenzioni e 122,6 un prestito che dovrà essere restituito. Una distinzione spesso rimasta sullo sfondo del dibattito pubblico, nel quale la disponibilità di finanziamenti europei è stata talvolta raccontata come se rappresentasse un'intera disponibilità gratuita di denaro, non è così. E proprio perché una parte importante di queste risorse costituisce debito pubblico la valutazione dei risultati dovrebbe essere ancora più attenta. La Missione 6, dedicata alla salute, ha indirizzato gli investimenti soprattutto verso due grandi obiettivi: il rafforzamento dell'assistenza territoriale e l'ammodernamento tecnologico e digitale del Sistema Sanitario. Case della Comunità, Ospedali di Comunità, assistenza domiciliare, Centrali Operative Territoriali, telemedicina, nuove apparecchiature ospedaliere, FSE, ricerca e formazione, sono le principali destinazioni delle risorse: investimenti importanti, in molti casi necessari e attesi da tempo. Proprio questa loro rilevanza ci suggerisce una prima riflessione: la disponibilità straordinaria di risorse non elimina la necessità di scegliere ma, al contrario, rende ancora più importante la qualità delle scelte. Gli investimenti privilegiano alcuni obiettivi a discapito di altri, e ogni scelta d'investimento dovrebbe sempre essere valutata in rapporto alle condizioni che ne consentiranno l'utilizzo.
È dunque anche sulla qualità dei processi decisionali che dovremo misurare quest'esperienza: non soltanto su ciò che abbiamo realizzato, ma anche sulle ragioni per cui abbiamo scelto di realizzarlo.

DAL PROGETTO ALLA REALTÀ

Molta parte della discussione pubblica sul PNRR ha riguardato, cosa del tutto comprensibile, il rispetto delle scadenze, il raggiungimento degli obiettivi concordati con l'Unione Europea e la capacità delle amministrazioni di utilizzare le risorse disponibili. Tutte questioni importanti che, però, non esauriscono il problema. Le informazioni disponibili sull'attuazione della Missione 6 restituiscono un quadro articolato, nel quale l'avanzamento finanziario, la realizzazione degli interventi e

il raggiungimento degli obiettivi non sempre procedono di pari passo. Anche la lettura dei dati richiede attenzione, perché le diverse modalità di monitoraggio e rendicontazione non consentono sempre confronti immediati tra le singole linee d'investimento.
Ma proprio questa difficoltà richiama una questione più generale: spendere, realizzare, attivare, far funzionare e produrre salute sono cinque cose molto diverse tra loro.
Il completamento di una struttura non ne garantisce l'attivazione, così come l'attivazione dei servizi non ne assicura l'integrazione con il resto dell'assistenza sanitaria. Anche un'organizzazione funzionante deve dimostrare di produrre risultati per la salute delle persone.
Non si tratta di una distinzione teorica. Una Casa della Comunità può essere realizzata, inaugurata e formalmente attivata, ma il suo contributo al Sistema Sanitario del territorio in cui insiste dipenderà da ciò che accade al suo interno: quali professionisti vi operano, con quali responsabilità, attraverso quali percorsi assistenziali e con quale rapporto con i medici di medicina generale, gli ospedali, i servizi sociali e le altre strutture territoriali.
Il risultato di un investimento sanitario non può coincidere con la disponibilità del bene realizzato, bensì con il valore che quel bene consente di produrre nel contesto in cui viene inserito: questo è un criterio che dovrebbe accompagnare non soltanto la rendicontazione del PNRR, ma più in generale la valutazione delle politiche pubbliche.

IL "SENNO DI POI"

A cinque anni di distanza possiamo riconoscere che abbiamo concentrato molta più attenzione su cosa costruire che su come farlo funzionare. La pandemia aveva reso evidenti le debolezze dell'assistenza territoriale, le difficoltà d'integrazione tra servizi e la scarsa capacità di accompagnare le persone lungo percorsi di cura sempre più complessi.
La risposta del PNRR è stata prevalentemente quella di finanziare nuove infrastrutture, tecnologie e strumenti organizzativi: una risposta che è comprensibile, date le caratteristiche dello strumento europeo, ma parziale.
Il problema è che le difficoltà del SSN non dipendevano soltanto dalla mancanza di strutture o dall'obsolescenza delle tecnologie. Dipendevano (e continuano a dipendere), anche dall'organizzazione del lavoro, dalla distribuzione delle responsabilità, dai rapporti tra professionisti, dalla capacità di governare la domanda e dalla coerenza tra i diversi livelli di assistenza. Il PNRR ha affrontato alcune di queste questioni, mentre altre sono rimaste affidate alle politiche ordinarie (si veda la ***Tabella 2*** Pagina 3). Tra queste annoveriamo il finanziamento strutturale del personale, le politiche retributive, i meccanismi di remunerazione delle prestazioni, la gestione delle liste d'attesa, così come molti aspetti dell'assistenza farmaceutica. Anche ambiti come la salute mentale, la prevenzione, la riabilitazione e l'assistenza alle persone con bisogni complessi richiedono interventi ulteriori rispetto a quelli finanziati dalla Missione 6.
Non significa che questi settori siano stati dimenticati o che il PNRR avrebbe dovuto occuparsi di tutto. Sarebbe una critica impropria, perché il Piano aveva finalità e strumenti definiti. La domanda è un'altra: abbiamo accompagnato gli investimenti straordinari con politiche ordinarie sufficientemente coerenti? Se finanziamo una nuova struttura territoriale senza affrontare contemporaneamente il problema dei professionisti che ci dovranno lavorare, rischiamo di trasferire nel nuovo edificio le difficoltà che già avevamo nel vecchio sistema. Se si introduce una piattaforma digitale senza modificare i processi con i quali eroghiamo i servizi, rischiamo di digitalizzare procedure esistenti senza migliorarle. E se aumentiamo l'offerta potenziale senza governare la domanda di prestazioni, possiamo persino produrre nuove inefficienze.
Il "senno di poi", quindi, non serve a dimostrare che le scelte compiute fossero sbagliate, ma a comprendere quali condizioni avrebbero dovuto accompagnarle e quali siamo ancora in tempo a costruire.

TABELLA 1 — LE RISORSE DELLA MISSIONE 6

Ambito di investimento	*Risorse previste*
Case della Comunità	*2,00 mld €*
Assistenza domiciliare	*2,97 mld €*
Centrali Operative Territoriali	*0,28 mld €*
Telemedicina	*1,50 mld €*
Ospedali di Comunità	*1,00 mld €*
Ammodernamento tecnologico e digitale ospedaliero	*4,05 mld €*
Sicurezza delle strutture ospedaliere	*0,90 mld €*
Infrastrutture tecnologiche e dati sanitari	*1,67 mld €*
Ricerca biomedica	*0,52 mld €*
Formazione del personale	*0,74 mld €*

IL PROBLEMA CHE ARRIVA ADESSO

Finché il PNRR finanzia la realizzazione degli investimenti, la principale preoccupazione delle amministrazioni pubbliche è quella di riuscire a completarli. Invece, quando il finanziamento straordinario termina, il problema cambia: diventa necessario far funzionare ciò che è stato realizzato. Su questo aspetto emerge una questione che rischia di essere più impegnativa della stessa fase d'investimento: la sostenibilità economica e organizzativa delle nuove strutture e dei nuovi servizi. Una Casa della Comunità richiede personale, manutenzione, tecnologie, utenze, servizi amministrativi e sistemi informativi. Ma richiede soprattutto un'organizzazione capace di garantire continuità assistenziale, integrazione professionale e risposte appropriate ai bisogni della popolazione.
Tutte attività che producono costi ricorrenti, destinati a gravare stabilmente sui bilanci del Sistema Sanitario. Così, non ci basta più sapere quanto è costato costruire una Casa della Comunità, mentre diventa fondamentale capire quanto costa farla diventare davvero una "Casa della Comunità" secondo le prospettive di politica sanitaria iniziali. Il problema non riguarda soltanto la disponibilità di risorse aggiuntive, perché anche in presenza di maggiori finanziamenti il SSN dovrebbe confrontarsi con una disponibilità limitata di professionisti, con modelli organizzativi spesso rigidi e con una domanda sanitaria destinata a diventare sempre più complessa per effetto dell'invecchiamento della popolazione e della diffusione delle patologie croniche.
Non possiamo immaginare che ogni nuova struttura richieda necessariamente un incremento proporzionale di personale e spesa. Occorre piuttosto interrogarsi su come utilizzare diversamente le risorse esistenti, concentrare le competenze disponibili e svi-

TABELLA 2 — LE POLITICHE SANITARIE CHE IL PNRR NON POTEVA SOSTITUIRE*

Ambito di investimento	*Rapporto con la Missione 6*	*Risorse previste*
Finanziamento ordinario del SSN	*Nessuna linea autonoma*	*Risorse continuative per i servizi*
Assunzioni e stabilizzazione del personale	*Parziale*	*Organici e disponibilità dei professionisti*
Retribuzioni e contratti	*Nessuna linea autonoma*	*Attrattività e valorizzazione del lavoro*
Funzionamento delle nuove strutture	*Parziale*	*Costi di gestione e continuità dei servizi*
Liste d'attesa	*Parziale*	*Organizzazione della domanda e dell'offerta*
Assistenza farmaceutica	*Parziale, secondo l'ambito*	*Accesso, distribuzione e appropriatezza*
Salute mentale	*Parziale*	*Reti assistenziali e continuità della presa in carico*
Prevenzione	*Parziale*	*Programmi continuativi e integrazione territoriale*
Cronicità e multimorbilità	*Parziale*	*Gestione dei percorsi assistenziali*
Caregiver e non autosufficienza	*Parziale / altri programmi*	*Integrazione sanitaria, sociale e familiare*

** La classificazione indica l'assenza di una copertura organica dedicata nella Missione 6, non l'assenza assoluta di interventi pubblici o finanziamenti.*

luppare modelli organizzativi capaci di produrre risultati migliori. Non significa negare la carenza di professionisti, ma riconoscere che non può essere affrontata soltanto attraverso nuove assunzioni, soprattutto quando le professionalità necessarie non sono immediatamente disponibili.
La sostenibilità, quindi, non è soltanto un problema di bilancio: è un problema di governo. E sarà proprio la capacità di governo a determinare se gli investimenti del PNRR diventeranno un patrimonio stabile del SSN oppure un ulteriore insieme di costi difficili da sostenere.

LA VERA DOMANDA SUL PNRR IN SANITÀ: ABBIAMO RIFORMATO IL SSN?

Il PNRR ha contribuito ad accelerare investimenti che il SSN attendeva da anni: ha imposto obiettivi, scadenze e responsabilità e ha riportato al centro della programmazione sanitaria questioni che troppo spesso erano rimaste affidate ad interventi frammentari. Credo che sia sostanzialmente questo il vero valore generato dal PNRR con la Missione 6.
Tuttavia, nessuno potrebbe sostenere che il valore di una riforma sanitaria coincida con gli investimenti fatti.
Una riforma esiste se cambia il modo in cui il cittadino viene preso in carico, se migliora il rapporto tra ospedale e territorio, se la domiciliarità diventa un'alternativa effettiva al ricovero quando clinicamente appropriata, se i professionisti collaborano attraverso percorsi definiti e se le tecnologie semplificano il lavoro anziché aggiungere nuovi adempimenti. Su questo punto, quindi, emerge una questione più generale, che riguarda il modo in cui, almeno nel nostro Paese, concepiamo le politiche pubbliche. In Italia, infatti, siamo spesso portati ad identificare il cambiamento con l'approvazione di una norma, l'istituzione di una nuova struttura o lo stanziamento di risorse aggiuntive. Si tratta di strumenti necessari in determinate circostanze, ma nessuno di essi garantisce, da solo, il risultato atteso.
La capacità di trasformare un sistema, invece, richiede una visione complessiva e più ampia, ovvero una visione nella quale le risorse, l'organizzazione, le responsabilità e i risultati siano considerati contemporaneamente.
Una visione accompagnata anche da una valutazione preventiva degli effetti che le decisioni pubbliche produrranno sull'intero sistema. È questa, in fondo, la vera differenza tra finanziare un cambiamento e riuscire a realizzarlo.

CONCLUSIONI

Alla luce di quanto scritto in questo numero di IHPB, credo sia sbagliato liquidare il PNRR come un'occasione mancata, non soltanto perché molti investimenti erano necessari, ma perché una parte importante dei loro effetti potrà essere valutata soltanto nei prossimi anni. Sarebbe altrettanto sbagliato, però, considerare il rispetto delle scadenze e la realizzazione delle opere come una dimostrazione sufficiente del suo successo.
Il PNRR ci ha dato qualcosa che la politica sanitaria italiana raramente ha avuto: una disponibilità concentrata di risorse, obiettivi chiaramente definiti e un tempo determinato entro il quale realizzarli. Ciò che il PNRR non poteva garantirci era la capacità di trasformare quegli investimenti in un diverso funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale.
Questa responsabilità appartiene alle istituzioni centrali, alle Regioni, alle aziende sanitarie, ai professionisti e a chi esercita funzioni di governo e di direzione, e non si esaurisce con il completamento del Piano.
Nei prossimi anni, quindi, dovremo valutare non soltanto quante strutture saranno state aperte o quante tecnologie saranno entrate in funzione, ma se i cittadini avranno trovato risposte migliori ai propri bisogni di salute, se i percorsi assistenziali saranno diventati più efficaci e se le risorse pubbliche saranno state utilizzate in modo sostenibile.
Il PNRR finisce, mentre le responsabilità che ci lascia continuano, e forse sarà proprio questa la misura della sua eredità: non il numero delle strutture realizzate, ma la capacità del SSN di funzionare meglio grazie ad esse.

IHPB
ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

Italian Health Policy Brief

ANNO DI PUBBLICAZIONE
Anno XVI - N°5 2026

DIRETTORE RESPONSABILE
Stefano Del Missier

DIRETTORE PROGETTI ISTITUZIONALI
Marcello Portesi

ALTIS

Editore
Altis Omnia Pharma Service S.r.l.

SEGRETERIA DI REDAZIONE
Ivana Marcon

CONTATTI
+39 02 49538300

info@altis-ops.it
www.altis-ops.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. Nota dell'Editore: nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.

Aut. Trib. Milano 457/2012 - Numero di iscrizione al RoC 26499