



IL RIPARTO DEL RECOVERY FUND PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

A.A. 2020/2021 - CLEAM 7 - GRUPPO 10

Belvedere Niccolò

Brun Benedetta

Coscia Alberto

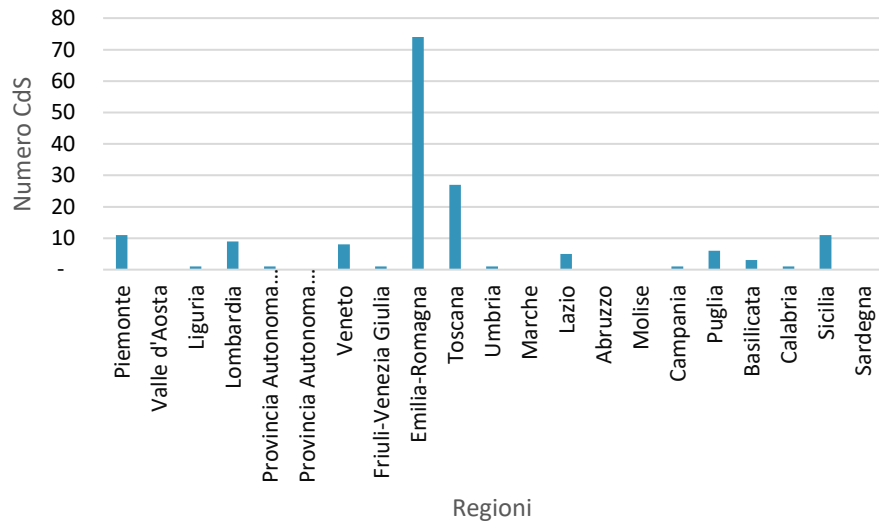
Dell'Arte Andrea

Maisto Matteo

Trolli Maria Sofia

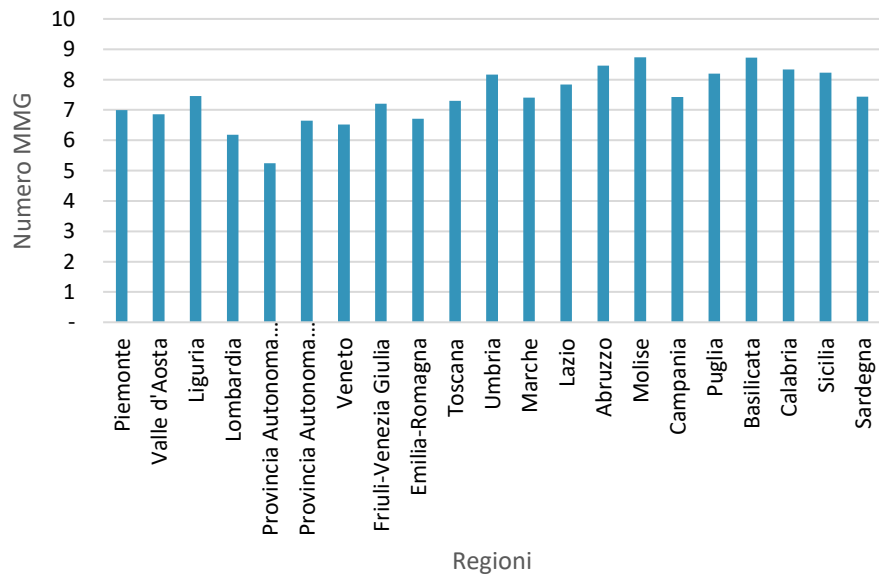


PERFORMANCE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE



NUMERO DI CASE DELLA SALUTE

La Casa della Salute è il luogo in cui i cittadini trovano i servizi socio-sanitari di base. L'assenza di Case della Salute lascia i cittadini senza un punto di riferimento per le cure primarie e crea ulteriore pressione sulle strutture sanitarie di primo e secondo livello. Al momento, **diverse regioni non hanno alcuna struttura. Tutte le regioni, anche quelle più attrezzate come l'Emilia-Romagna, non hanno raggiunto la soglia di 3 Case della Salute per 100.000 abitanti.**



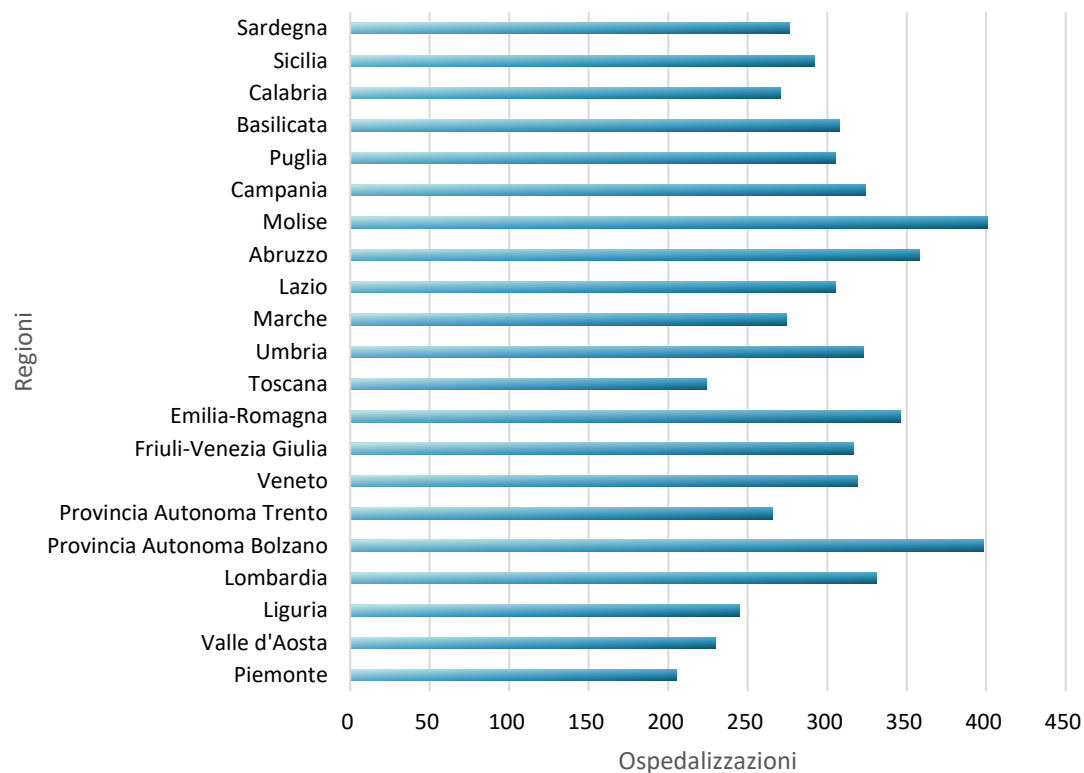
MMG OGNI 10.000 ABITANTI

Il numero di medici di medicina generale rappresenta da diversi anni un punto critico del SSN italiano.

Emerge chiaramente dall'analisi degli indicatori che le **regioni del Meridione** abbiano un **più alto numero di MMG ogni 10.000 abitanti**. Tuttavia sono anche quelle con i **livelli più bassi di attività svolta in forma associativa**.

Al contrario le **regioni del Nord**, pur avendo in proporzione un **numero inferiore di MMG**, presentano **livelli decisamente più alti di attività in forma associativa**.

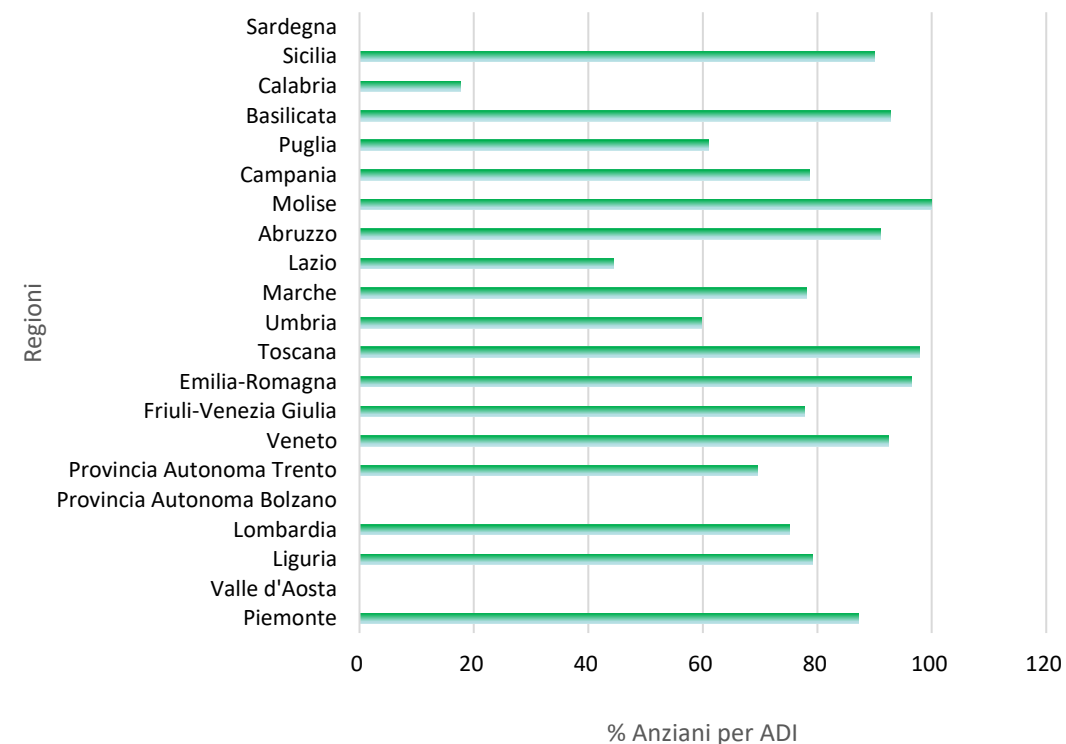
TASSO OSPEDALIZZAZIONE PER BPCO, DIABETE, SCOMPENSO CARDIACO



L'indicatore mostra il **numero di ricoveri ospedalieri ogni 100.000 abitanti per patologie croniche che potrebbero essere prese in carico a livello territoriale**. In presenza di un'assistenza primaria efficiente si avrebbe una riduzione dei ricoveri. L'appropriatezza delle cure primarie è, quindi, inferiore laddove il valore dell'indicatore è elevato.

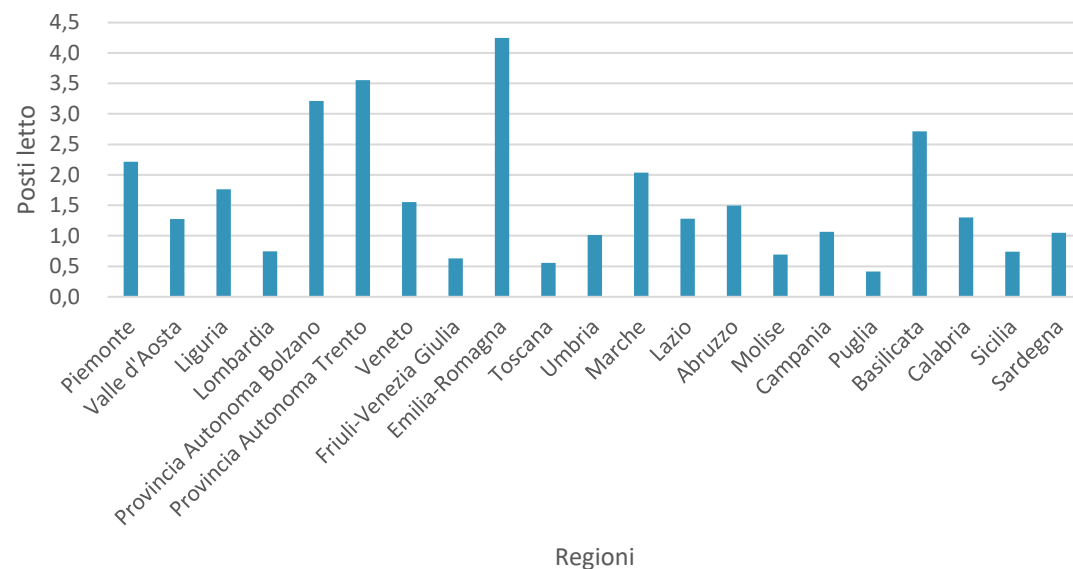
Le regioni con le **performance migliori** sono il **Piemonte** e la **Toscana**, mentre il **Molise** e la **Provincia Autonoma di Bolzano** registrano i **valori più elevati, quindi i peggiori**.

PERCENTUALE ANZIANI TRATTATI IN ADI



L'indicatore esprime la **percentuale di anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ogni 1.000 abitanti**, per tutti i livelli di intensità assistenziale.

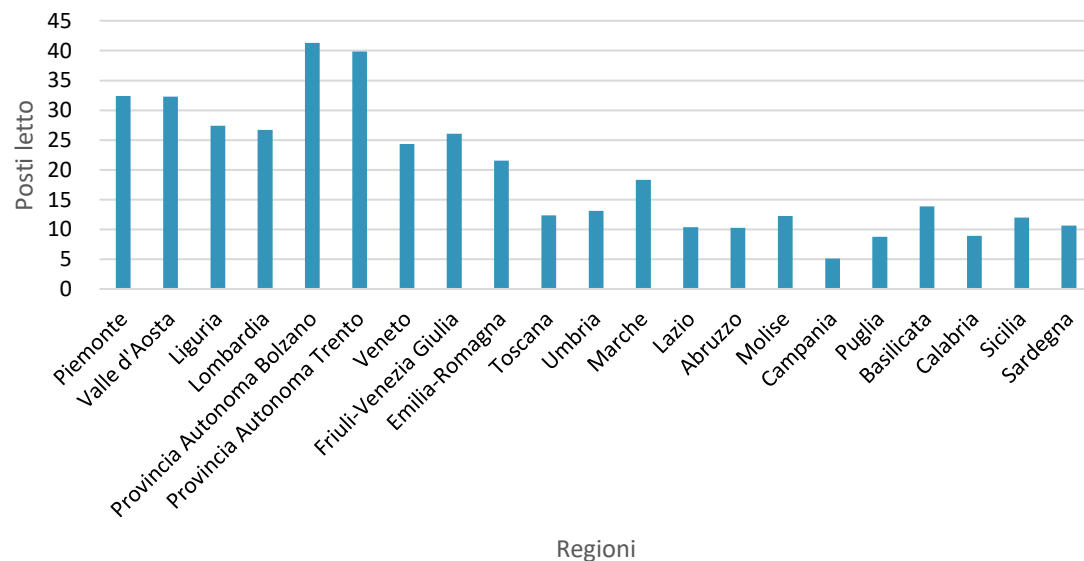
Le **regioni del Centro e del Mezzogiorno sono le più carenti** e in particolare la **Calabria è la peggiore a livello nazionale (17%)**. **Molise, Emilia-Romagna e Toscana** presentano, invece, i **risultati migliori**.



NUMERO DI POSTI LETTO IN LUNGODEGENZA OGNI 10.000 ABITANTI

L'indicatore esprime il **numero di posti letto in lungodegenza ogni 10.000 abitanti**.

L'importanza dell'indicatore sta nella sua attualità: per via dell'aumento di traumatismi accidentali e di una maggiore longevità della popolazione, si rende necessario monitorare quale sia la disponibilità di assistenza per i pazienti non ancora pronti per il rientro al domicilio. L'**Emilia-Romagna** registra una **performance estremamente migliore rispetto alla media nazionale**, mentre la **Campania** è quella **più deludente** (0,41pl/10.000 abitanti).



POSTI LETTO IN RSA OGNI 100 OVER 75 NON AUTOSUFFICIENTI

L'indicatore rappresenta la **disponibilità di posti letto in RSA per 100 abitanti over 75 non autosufficienti**.

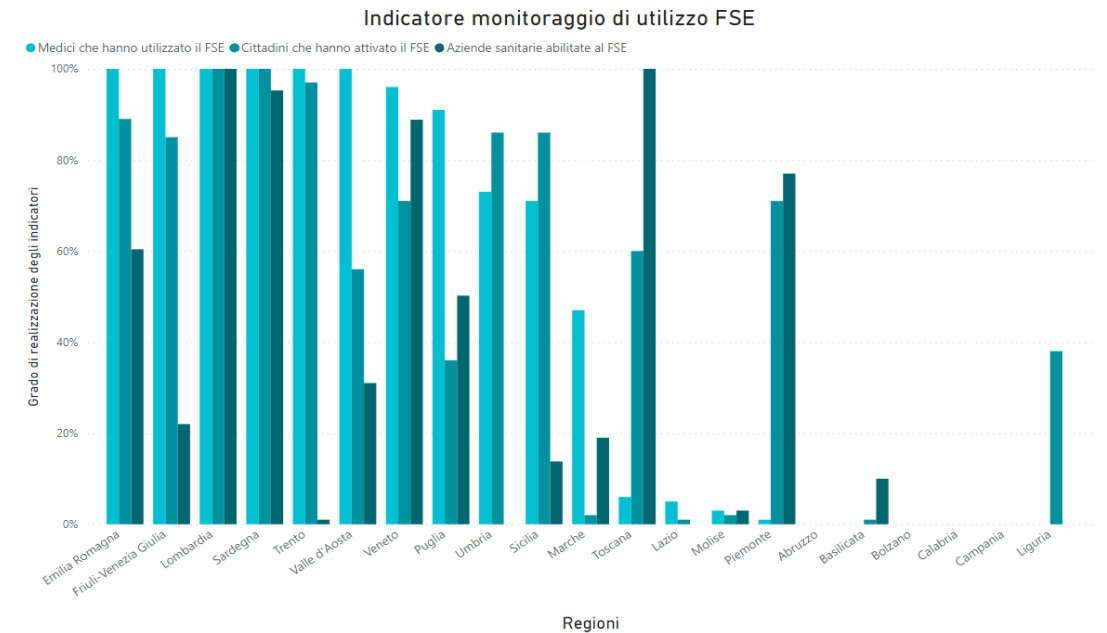
Tale indicatore evidenzia l'attenzione del SSN verso le fasce più deboli della popolazione, come i malati cronici multipatologici. Si nota una netta differenza fra regioni del Nord e del Sud, a scapito di queste ultime. Anche in questo caso la **Campania** si attesta come la **peggiore** con soli 5pl/100 abitanti. La **Provincia Autonoma di Bolzano** raggiunge invece **livelli eccellenti** (41pl/100 abitanti).

PERFORMANCE DELLA SANITA' DIGITALE

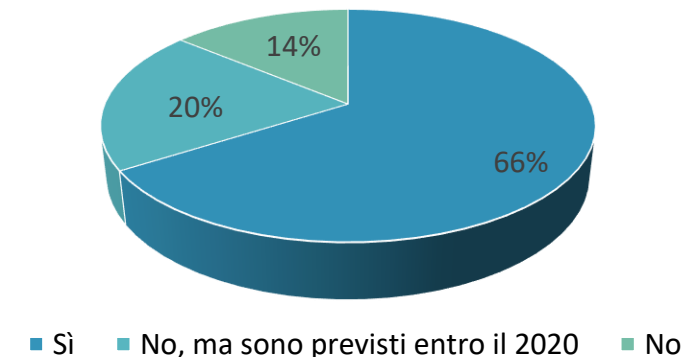
L'indicatore per il monitoraggio di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico nel primo trimestre del 2021 mette in luce significative differenze tra le regioni. **Il FSE è, infatti, utilizzato dalla totalità dei cittadini, dei medici e delle aziende sanitarie in Lombardia e in Sardegna.** In **Calabria e in Campania, invece, non ne ha usufruito nessuno.**

L'utilizzo di piattaforme digitali fatica ad essere integrato nella cultura italiana a causa della diffidenza dei cittadini nei confronti della condivisione di dati personali su questo tipo di piattaforme.

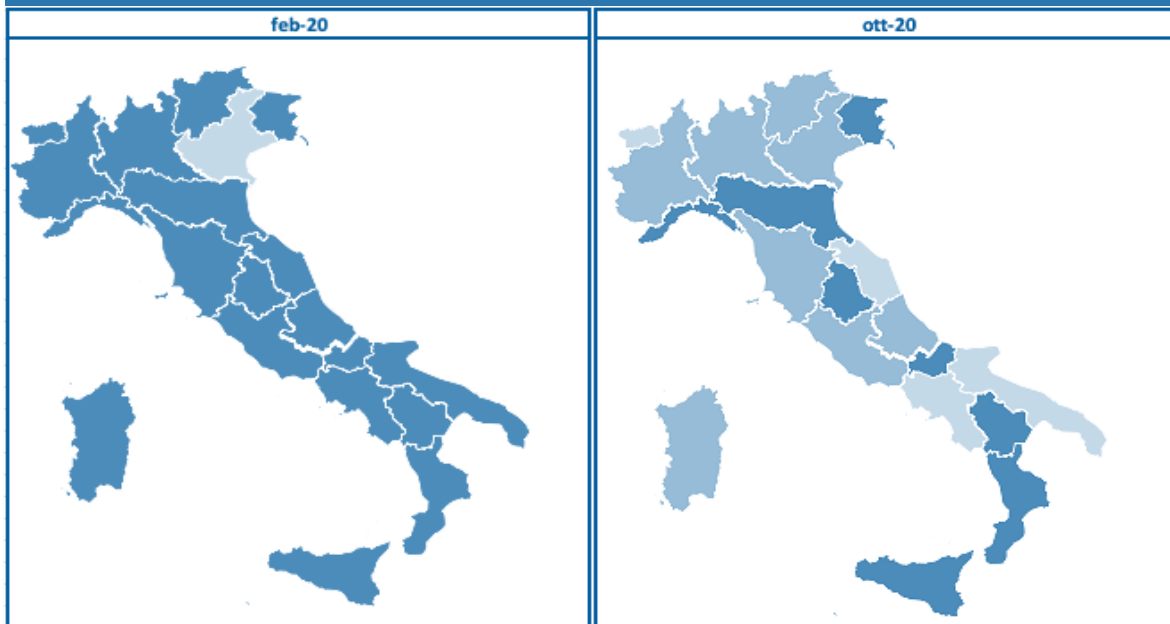
Un'altra ragione può essere ritrovata nello scarso ricorso da parte delle stesse Aziende Sanitarie a questo tipo di tecnologia.



RICORSO A SERVIZI CLOUD DA PARTE DELLE AZIENDE SANITARIE



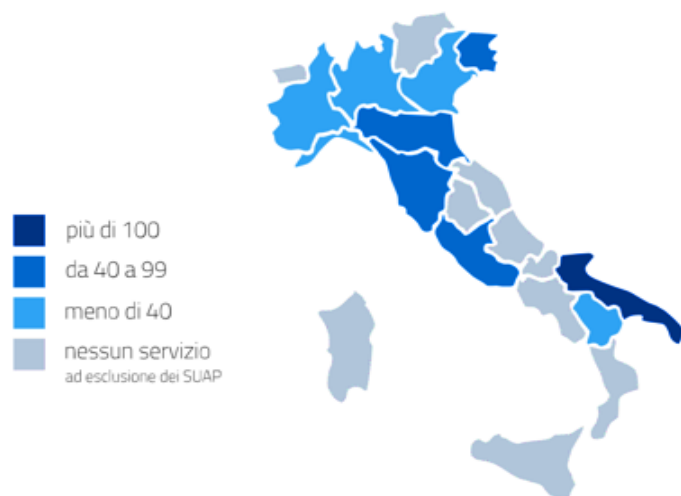
PROVVEDIMENTI IN CAMPO DI TELEMEDICINA



Il primo grafico mostra i provvedimenti presi dalle regioni nell'ambito della telemedicina, evidenziando con un **colore più scuro** le regioni che, nel periodo di riferimento, non hanno adottato **alcuna soluzione telematica** e con un **colore più chiaro** quelle che, invece, **avevano già messo in campo provvedimenti strutturati**. Le regioni di **colore intermedio** sono quelle che hanno avviato **progetti pilota di telemedicina nel perimetro di specifiche discipline**.

Il secondo grafico rappresenta invece il **numero di servizi resi accessibili tramite SPID dagli enti locali nelle varie regioni**.

NUMERO DI SERVIZI RESI ACCESSIBILI TRAMITE SPID



Dall'osservazione dei grafici emergono 3 aspetti:

- **Eterogeneità tra le regioni in ambito di telemedicina:** non tutti i territori hanno preso provvedimenti in questo campo;
- **Crescita del numero di servizi accessibili:** molte regioni hanno fatto ricorso alla telemedicina in seguito allo scoppio della pandemia ;
- **Bassa digitalizzazione:** vi sono ancora tanti territori che non hanno reso accessibile alcun servizio tramite SPID.

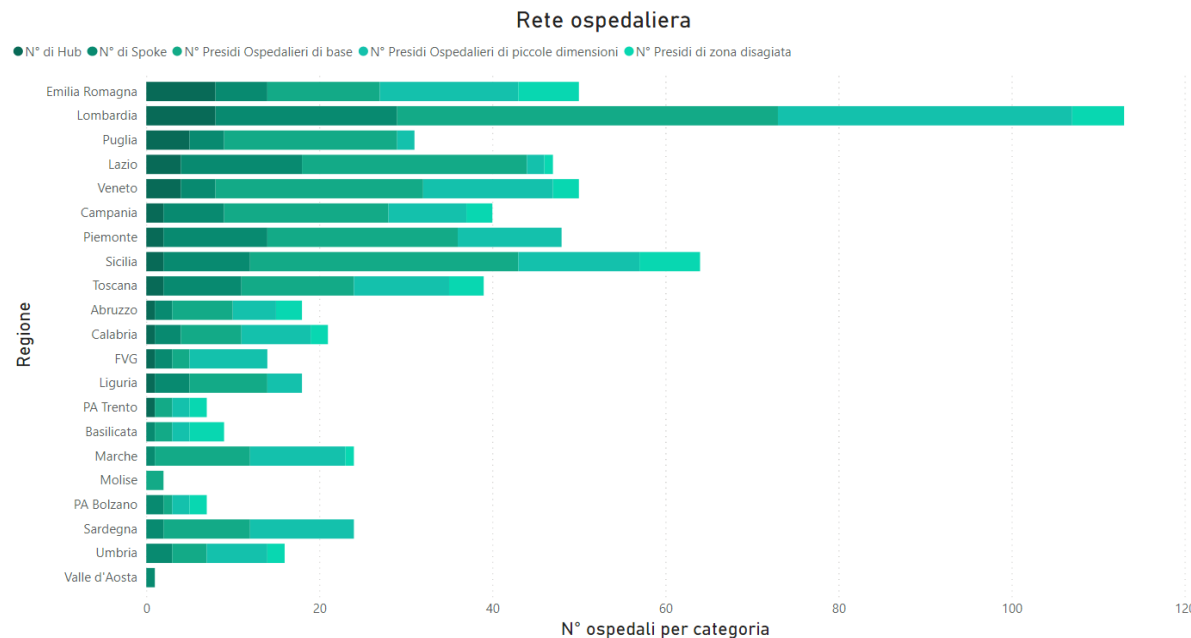
PERFORMANCE DELLA RETE OSPEDALIERA

SCARSITÀ DI OSPEDALI DI I E II LIVELLO NEL MEZZOGIORNO

A differenza di quanto accade nelle regioni settentrionali, **gli Hub e gli Spoke nel Meridione** costituiscono rispettivamente il **26,2%** e il **26,9% del totale nazionale**, nonostante nella macroarea risieda il 34% della popolazione italiana.

Ciononostante, è possibile individuare delle eccezioni: in Puglia vi sono ben 5 ospedali di secondo livello (45,5% degli Hub presenti nel Mezzogiorno).

Molto **più presenti nelle regioni meridionali** sono, invece, i **presidi ospedalieri di base** che costituiscono il **36,4% del totale nazionale**.

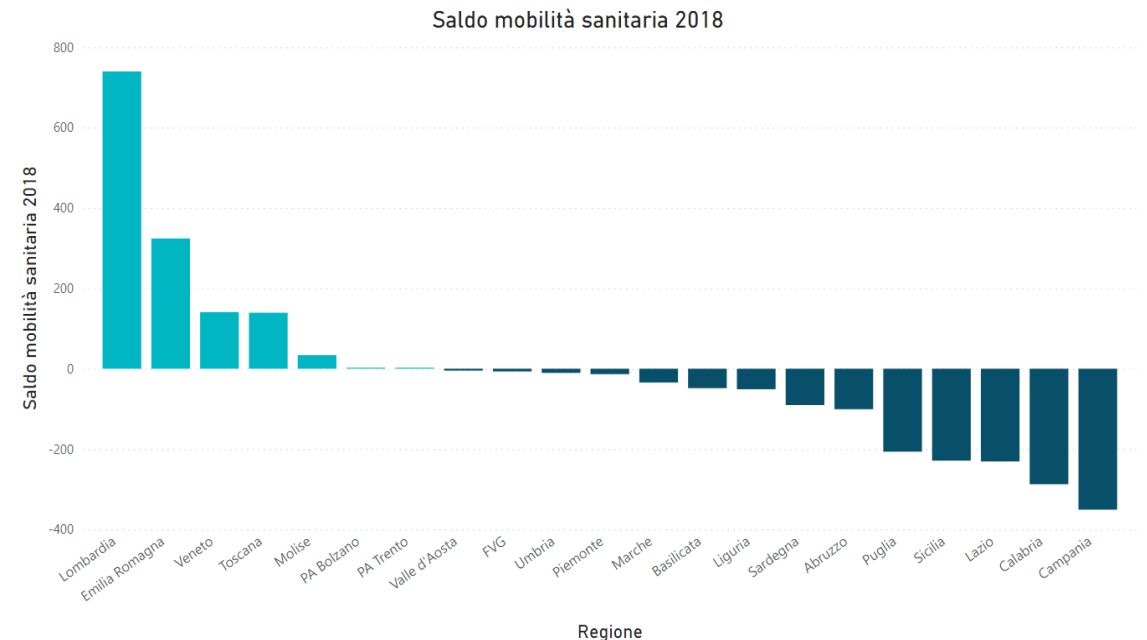


SALDO DI MOBILITA' NEGATIVO AL CENTRO-SUD

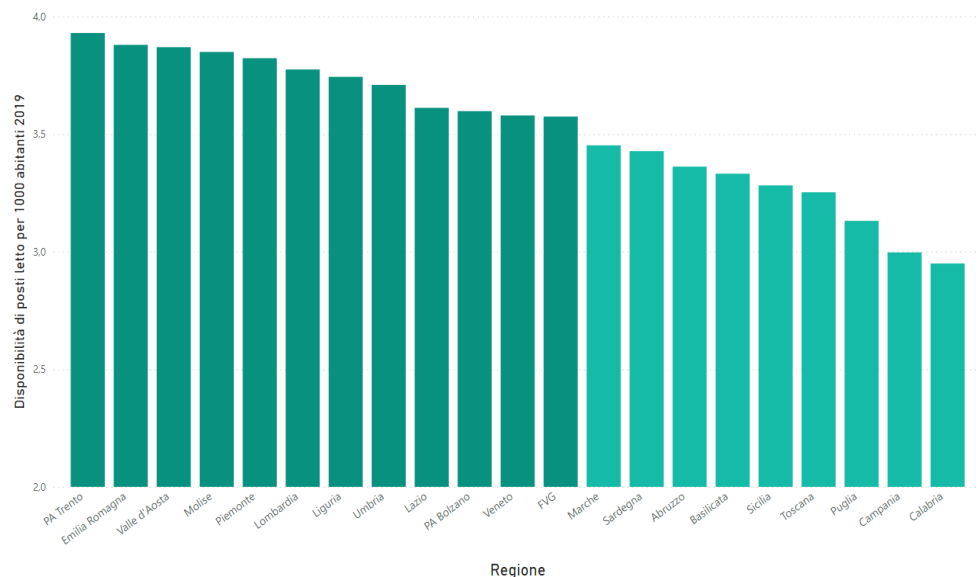
Il **saldo di mobilità sanitaria** è dato dalla **differenza tra mobilità attiva e mobilità passiva**:

- La *mobilità attiva* esprime l'indice di attrazione di una Regione, identificando le prestazioni sanitarie offerte a cittadini non residenti.
- La *mobilità passiva* esprime l'indice di fuga da una Regione, identificando le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza.

Rispetto all'entità e al segno del saldo nel 2018, risulta che le **regioni con saldo positivo** rilevante sono tutte del **Nord**, mentre le regioni con il **saldo negativo peggiore** si collocano tutte al **Centro-Sud**.



INDICATORE DI RICETTIVITA'



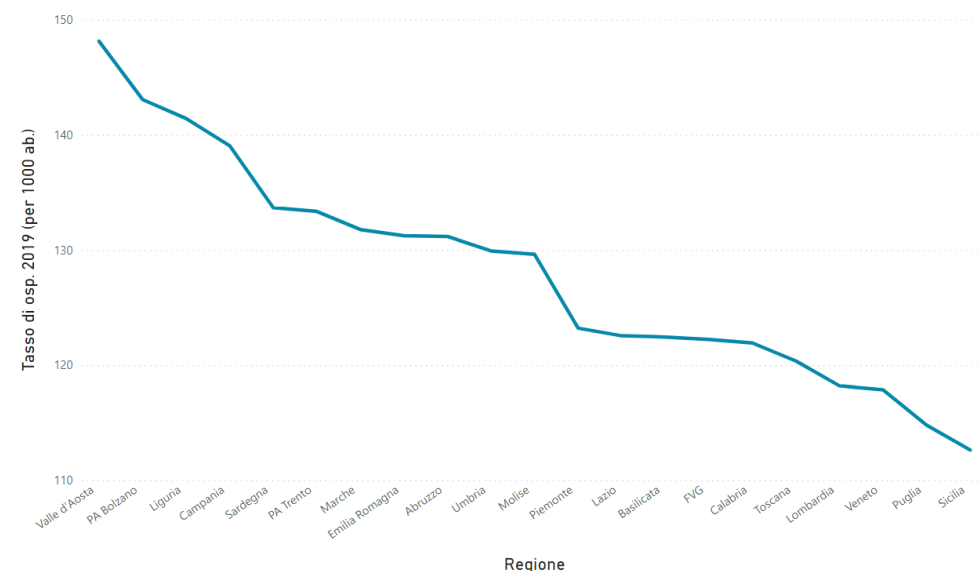
L'indicatore di ricettività indica la **disponibilità di posti letto ogni 1.000 abitanti**.

In particolare, vi è una **maggiore disponibilità** di posti letto nella **Provincia Autonoma di Trento** (3,93), nelle **regioni nord-occidentali** (tra i 3,74 e i 3,87), in **Emilia-Romagna** (3,88) e in **Molise** (3,85).

Meno performanti risultano, invece, le **regioni nord-orientali** e il **Lazio**, che presentano un indice di circa 3,6 posti letto ogni 1.000 abitanti.

Al centro e al meridione la situazione precipita notevolmente. Si registrano, infatti, valori tra i 3,45 e i 2,95 posti letto ogni 1.000 abitanti. Le regioni con le **performance peggiori** sono la **Campania**, con 3 posti letto disponibili ogni 1.000 abitanti e la **Calabria** con 2,95.

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE



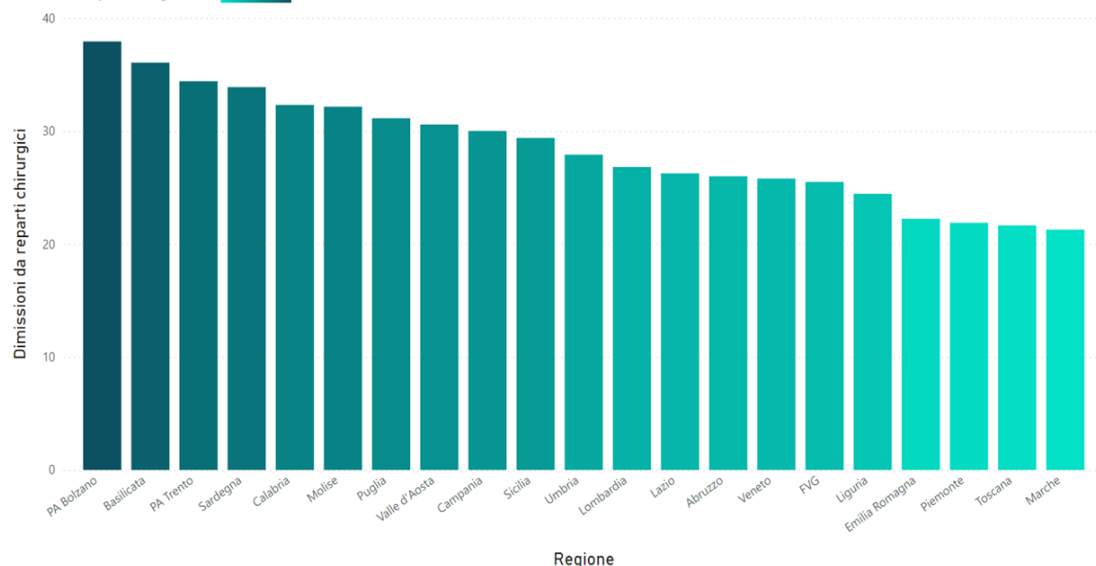
Il tasso di ospedalizzazione fornisce una **misura sintetica sul ricorso al ricovero ospedaliero da parte della popolazione oggetto di studio**.

Nel 2019 il tasso di ospedalizzazione è, nel complesso, diminuito rispetto all'anno precedente. **La regione con il numero di ricoveri più elevato è la Valle d'Aosta, mentre quella col minor tasso di ospedalizzazione è la Sicilia.**

È interessante notare come, nel confronto con l'indicatore di ricettività, affiori che la Campania è la seconda regione con meno posti letto disponibili, ma è tra le prime per numero di ricoveri. A ciò si potrebbe ricondurre la scarsa efficienza del SSR campano, il quale è sottoposto a una forte pressione ospedaliera ma, allo stesso tempo, è privo delle risorse necessarie per farvi fronte.

Appropriatezza organizzativa (dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in Regime ordinario da reparti chirurgici)

Dimissioni da reparti chirurgici 21,27 37,92



INDICE DI APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

Quota di ricoveri effettuati nelle discipline di chirurgia cui viene attribuito un DRG medico, e che, non essendo caratterizzati da interventi chirurgici maggiori, avrebbero potuto essere più appropriatamente trattati in discipline non chirurgiche.

Si può stimare che la percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici **tendenzialmente non debba superare il 20%**: in caso contrario si ha una ridotta efficienza nell'uso delle risorse dell'ospedale e un accresciuto disagio per il paziente non ricoverato nel reparto per lui più idoneo.

Le **regioni con il miglior indice** di appropriatezza organizzativa registrano **valori leggermente superiori al 20%**. Le **regioni restanti**, invece, presentano tutte un **indice compreso tra il 25% e il 38%**.

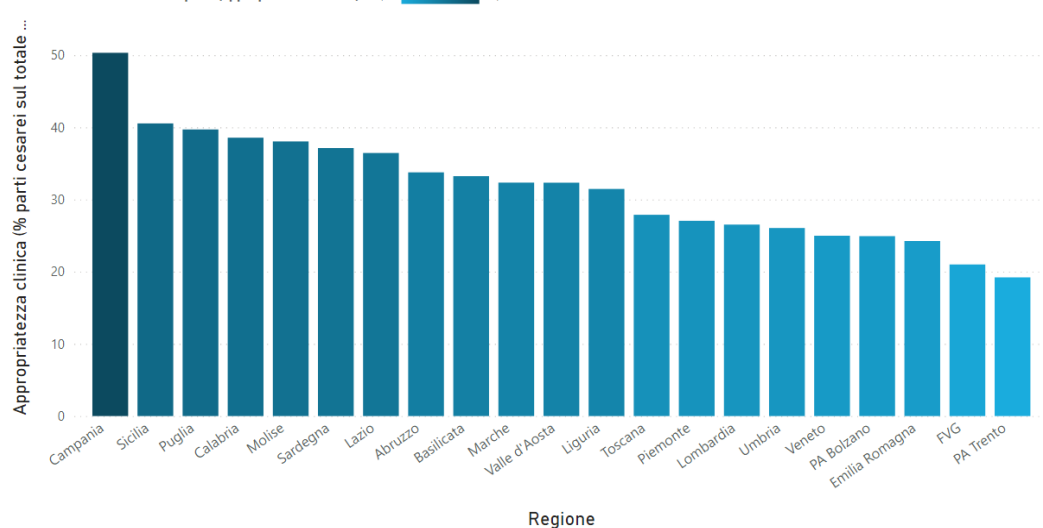
INDICE DI APPROPRIATEZZA CLINICA

L'indicatore scelto misura la proporzione di parti cesari eseguiti rispetto al totale. La **percentuale** a livello regionale è valutata **soddisfacente** dal Comitato LEA se corrisponde a **un valore inferiore al 30% dei parti totali**.

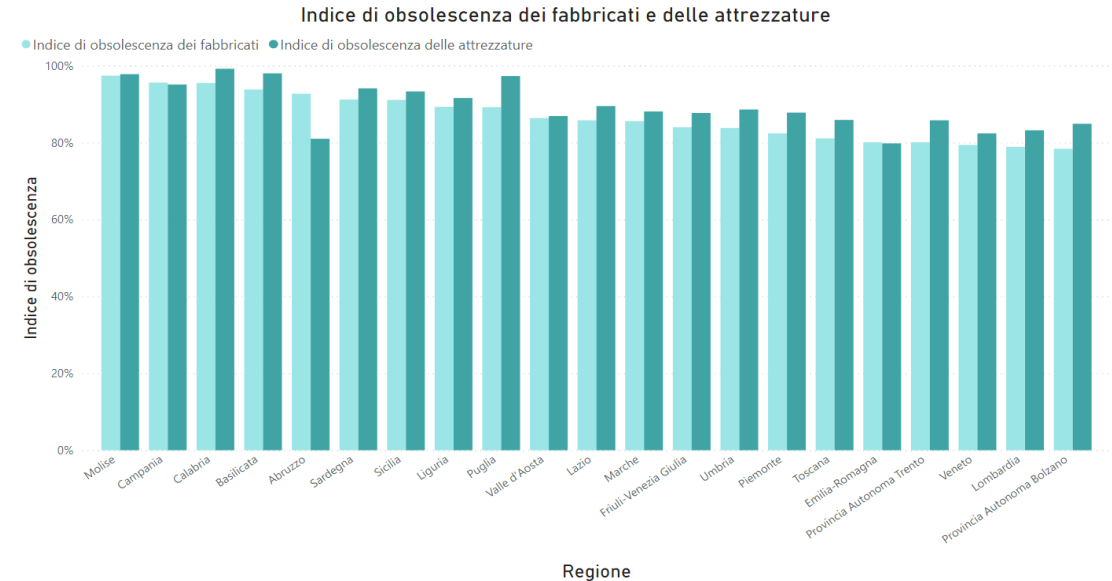
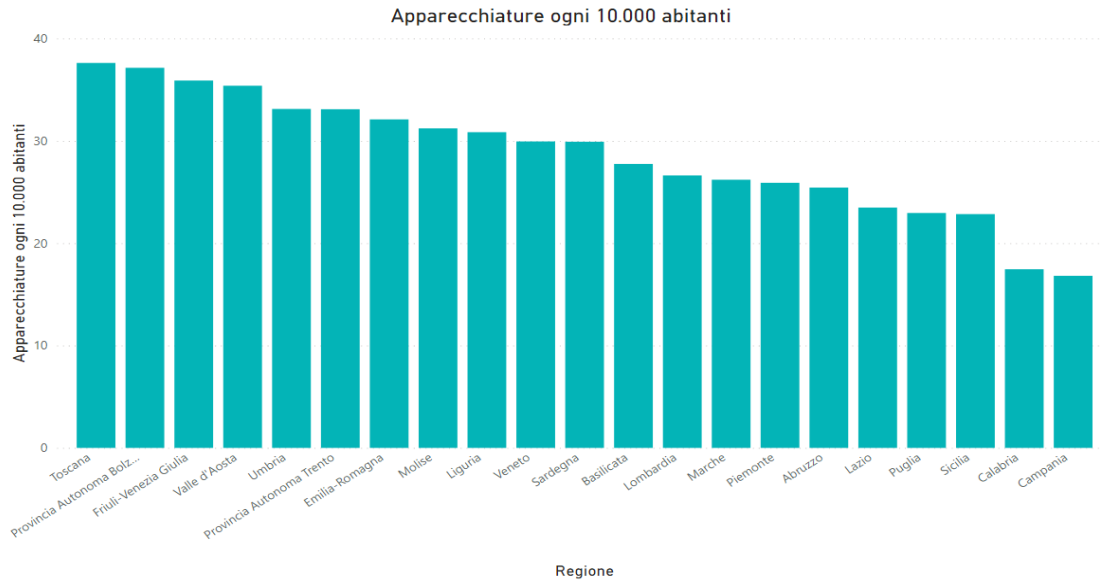
Risultano particolarmente appropriati i servizi offerti dalle regioni del Nord Italia. Per quanto riguarda le Regioni del Centro e del Meridione, l'indice tende ad aumentare man mano che si procede verso Sud.

Appropriatezza clinica (parti cesarei sul totale dei parti)

% Parti cesarei sul totale dei parti (appropriatezza clinica) 19,21 50,32

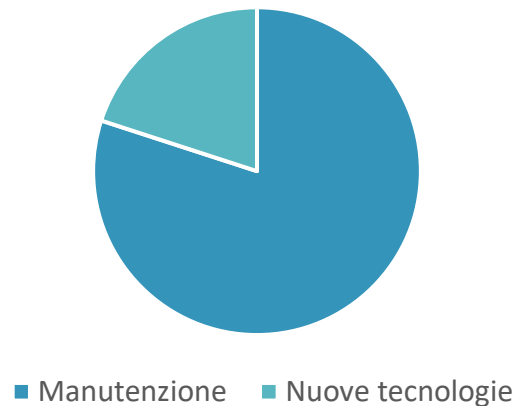


DATI SULLE TECNOLOGIE DEL SSN



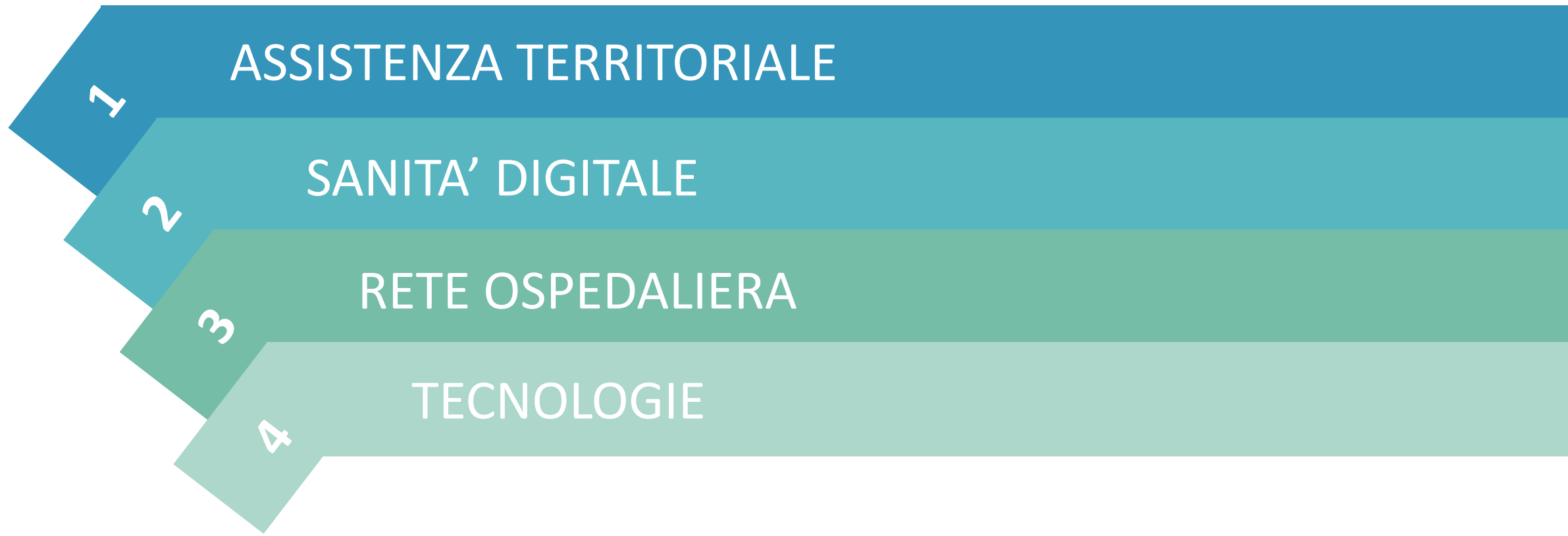
La differenza nel numero di apparecchiature è una delle principali cause di mobilità sociale. Si passa da regioni come la **Toscana** e il **Friuli**, che vantano circa **38 apparecchiature ogni 10.000 abitanti**, a regioni come la **Campania** e la **Calabria** che ne dispongono di **meno della metà**.

SPESA ANNUA IN TECNOLOGIE



Uno dei principali problemi delle tecnologie del nostro SSN è l'obsolescenza dei fabbricati e delle attrezzature. **L'indice di obsolescenza medio** ha infatti raggiunto **l'88,1%**. Ciò provoca dei riversamenti negativi sull'appropriatezza delle cure.

PRIORITA' STRATEGICHE DEL SSN



ASSISTENZA TERRITORIALE



Il SSN deve ridisegnare il portafoglio dei servizi offerti dall'assistenza territoriale per **far fronte alle nuove esigenze della popolazione** e **frenare l'avanzamento** di emergenze demografiche, quali l' **invecchiamento** e la **cronicità delle malattie**. Per raggiungere questo obiettivo è necessario che la rete territoriale risponda ai bisogni del paziente a partire dal domicilio fino all'eventuale ricovero.



La "presa in carico" del paziente, ovvero l'assistenza basata sulla continuità e la sistematicità nei rapporti con il cittadino, consentirebbe la **riduzione del tasso di ospedalizzazione per malattie croniche** come diabete, scompensi cardiaci e BPCO. Non sovraccaricare le strutture ospedaliere comporterebbe diversi vantaggi, fra cui una **maggiore attenzione per ogni paziente** e un **risparmio di risorse per posti letto non occupati**.



La presenza di un'efficace assistenza di prossimità aiuterebbe l'intero SSN a **scoraggiare la mobilità intraregionale**. Occorre intervenire per **portare tutte le regioni oltre la soglia dei 200 punti LEA**.



Inoltre, alcune strutture necessitano di una maggiore capacità produttiva, soprattutto se confrontate con quelle di altri paesi europei. Servono investimenti per **aumentare i posti letto negli ospedali di comunità, nelle RSA e il numero delle Case della Salute** su tutto il territorio nazionale.





SANITÀ DIGITALE

La digitalizzazione della sanità è fondamentale sia se si considerano le possibili applicazioni della telemedicina e dell'intelligenza artificiale al campo medico, sia per quanto riguarda l'introduzione di nuove logiche di approvvigionamento. Infatti, a causa della pandemia da Covid-19 il 47% delle strutture sanitarie nazionali ha riscontrato dei problemi nell'acquisto di sistemi informatici per l'acquisizione e la gestione di informazioni necessarie alla corretta gestione delle strutture sanitarie. Sono, inoltre, emersi nuovi bisogni da parte dei cittadini: ad esempio, un terzo di questi desidererebbe disporre del servizio di televisita con il proprio medico di medicina generale, mentre il 29% con uno specialista.



eGovernment

È fondamentale creare infrastrutture amministrative digitali per velocizzare i tempi e facilitare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini.



IA e Telemedicina

Attraverso la ricerca e lo sviluppo di soluzioni di intelligenza artificiale e nuove tecniche di telemedicina si potrà supportare il paziente con prontezza ed efficacia.



Cybersecurity

L'ingente quantità di dati raccolti per il funzionamento di un sistema di sanità digitale ben sviluppato implica che vi sia un'adeguata protezione delle informazioni riguardanti lo stato clinico dei pazienti.



Competenze digitali

Solo il 26% dei medici dichiara di possedere le competenze necessarie all'utilizzo di servizi di sanità digitale, è quindi doveroso investire nella formazione del personale sanitario.



RETE OSPEDALIERA

L'Italia presenta un'offerta **strutturale inferiore rispetto alla media europea** a causa dell'assenza di posti letto nella maggior parte delle regioni italiane.

Vi è, inoltre, un **forte divario tra le regioni del Nord e del Sud** Italia. In particolare, le regioni meridionali soffrono la carenza di reparti specializzati nella cura di determinate patologie, provocando un vero e proprio esodo verso le regioni settentrionali. L'assenza di strutture sanitarie di grandi dimensioni crea, inoltre, pressione sui piccoli ospedali, i quali non sono in grado di offrire cure appropriate poiché sprovvisti delle risorse necessarie.

È necessario, pertanto, investire in queste aree, al fine di favorire l'incontro tra domanda e offerta di servizi sanitari di I e II livello laddove questi scarseggiano.

TECNOLOGIE



DISPARITÀ TERRITORIALI

Il numero di tecnologie ogni 10.000 abitanti presenta numerose disparità tra le regioni, vedendo notevolmente sfavorite quelle meridionali.

ATTREZZATURE

Tasso di obsolescenza medio: 89.4%

ALTI COSTI DI MANUTENZIONE

L'alta obsolescenza delle tecnologie implica una spesa per la manutenzione pari all'80% della spesa totale. Si potrebbe, quindi, attuare una strategia di dismissione delle attrezzature ormai inutilizzabili e procedere all'acquisto di nuove.

FABBRICATI

Tasso di obsolescenza medio: 86.8%

IMPATTO

L'abbattimento dei costi di manutenzione comporterebbe sia un risparmio dal punto di vista economico, ma anche un miglioramento dell'efficacia dei servizi erogati dai SSR.

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE TRA I 4 ASSI STRATEGICI

ASSISTENZA TERRITORIALE

✓ 7.881.273.833 €

SANITA' DIGITALE

✓ 5.916.000.000 €

RETE OSPEDALIERA

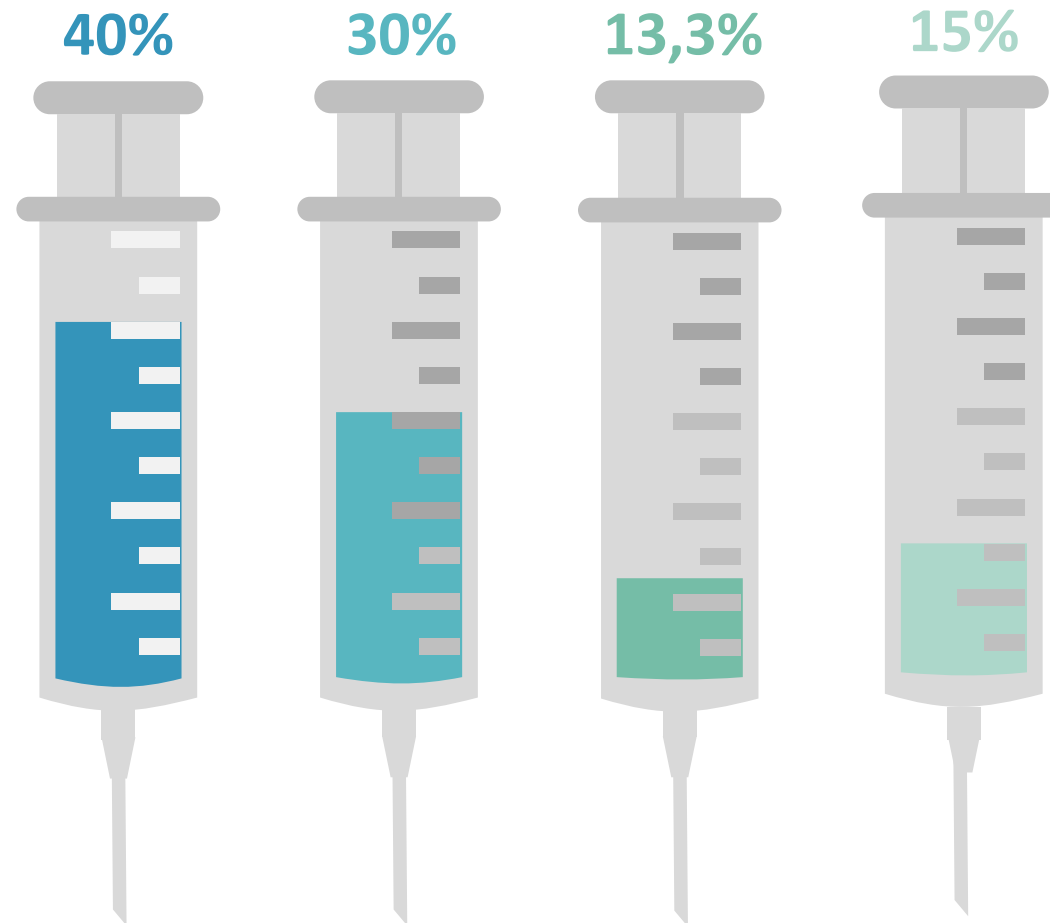
✓ 2.618.541.843 €

TECNOLOGIE

✓ 2.950.000.000 €

TASK FORCE E IMPREVISTI

✓ 334.184.323 €



RIPARTIZIONE REGIONALE DEI FONDI PER AREA STRATEGICA

REGIONI	ASSISTENZA TERRITORIALE	SANITÀ DIGITALE	RETE OSPEDALIERA	TECNOLOGIE	TOTALE*	SPESA PRO CAPITE
ABRUZZO	200.122.296 €	190.405.652 €	45.240.426 €	49.337.879 €	485.106.253 €	374,9 €
BASILICATA	60.832.157 €	47.361.873 €	23.617.881 €	47.176.014 €	178.987.924 €	323,5 €
CALABRIA	300.287.144 €	208.855.181 €	264.027.771 €	242.085.234 €	1.015.255.330 €	536,0 €
CAMPANIA	1.147.920.999 €	572.862.734 €	726.203.394 €	720.213.470 €	3.167.200.597 €	554,5 €
EMILIA ROMAGNA	375.287.665 €	310.649.873 €	0 €	66.141.933 €	752.079.471 €	168,5 €
FRIULI VENEZIA GIULIA	166.360.939 €	97.958.039 €	0 €	13.663.583 €	277.982.561 €	230,5 €
LAZIO	792.147.116 €	708.042.960 €	135.000.000 €	302.469.571 €	1.937.659.647 €	336,7 €
LIGURIA	148.971.246 €	167.900.901 €	0 €	56.165.879 €	373.038.025 €	244,6 €
LOMBARDIA	1.056.727.752 €	1.022.260.257 €	0 €	336.508.477 €	2.415.496.486 €	240,9 €
MARCHE	179.233.729 €	187.324.398 €	135.000.000 €	57.439.863 €	558.997.990 €	369,5 €
MOLISE	40.851.358 €	33.509.569 €	50.000.000 €	22.585.361 €	146.946.287 €	489,0 €
TRENTINO ALTO ADIGE	407.780.118 €	95.255.198 €	0 €	10.782.632 €	562.769.862 €	522,0 €
PIEMONTE	739.420.040 €	469.009.494 €	0 €	153.785.185 €	1.362.214.719 €	316,0 €
PUGLIA	306.043.058 €	318.686.952 €	368.791.353 €	297.372.664 €	1.290.894.028 €	326,5 €
SARDEGNA	693.166.971 €	107.915.563 €	135.000.000 €	68.394.365 €	1.004.476.899 €	623,3 €
SICILIA	556.425.939 €	372.758.875 €	370.000.000 €	357.408.364 €	1.656.593.178 €	339,8 €
TOSCANA	101.542.276 €	387.229.371 €	230.661.018 €	32.825.173 €	752.257.838 €	203,7 €
UMBRIA	109.239.442 €	115.164.759 €	135.000.000 €	13.463.422 €	372.867.623 €	428,5 €
VALLE D'AOSTA	12.421.581 €	7.867.776 €	0 €	1.716.131 €	22.005.487 €	176,0 €
VENETO	486.492.008 €	494.980.576 €	0 €	100.464.799 €	1.081.937.384 €	221,7 €
ITALIA	7.881.273.833 €	5.916.000.000 €	2.618.541.843 €	2.950.000.000 €	19.365.815.676 €	324,70 €

*la restante parte verrà allocata a un fondo costituito per far fronte agli imprevisti che potrebbero insorgere nell'implementazione del piano e per il finanziamento della task force a cui sarà affidata la gestione della quota del NGEU destinata alla sanità.



INVESTIMENTI NELLA RETE TERRITORIALE



Case della Comunità

Il target previsto è di **3 Case della Comunità ogni 100.000 abitanti**, di cui una più grande e complessa. Il costo stimato è di €1.000.000 per quelle più piccole e €3.000.000 per quelle di dimensione maggiore. Tutte le regioni dovranno aumentare il numero di strutture per arrivare al target fissato per un totale a livello nazionale di 1647. La spesa totale ammonta a **€2.745.565.283**.

RSA

Riteniamo sia necessario uno stimolo da parte dello Stato in un settore in cui sempre più spesso gli investimenti sono privati. Fissando un target di **15 pl per 100 abitanti** e **€80.000/pl**, la spesa totale sarebbe troppo onerosa e concentrata su poche regioni. Pertanto, il 30% di quell'ammontare, equivalente a **€1,33 miliardi**, verrà destinato interamente alle **regioni più fragili**. Un ulteriore fondo di **€200.000.000** verrà suddiviso **proporzionalmente alla popolazione** delle regioni che hanno già raggiunto il target.

ADI

E' previsto un fondo di **€1 miliardo** per il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, il quale verrà diviso fra tutte le regioni **proporzionalmente alla popolazione**. E' fondamentale intervenire sull'organizzazione strategica del servizio in modo che sia attivato dalle CdC nell'ambito dell'assistenza della cronicità.



Ospedali della Comunità

Proponiamo di costruire strutture con un focus sulla lungodegenza, la riabilitazione e la post dimissione. In particolare intendiamo raggiungere il target di **2pl/10.000 abitanti per la lungodegenza** e **4pl/10.000 abitanti per la riabilitazione**. I costi stimati ammontano rispettivamente a €150.000/pl e €120.000/pl. In totale si prevede una spesa di **€1,58 miliardi**. Verrà inoltre suddiviso un fondo di **€200.000.000 proporzionalmente alla popolazione** delle regioni che già hanno raggiunto il target.



Hospice

Si riscontra una carenza a livello nazionale di posti letto per la somministrazione delle cure palliative per malati terminali. Si prevede quindi di destinare un ammontare di **€200.000.000** per la **costruzione di strutture ex novo** o per la **riconversione di immobili e poliambulatori già esistenti**. Ogni regione riceverà una quota parte del fondo **in proporzione alla popolazione residente**.



MCA

Il centro di guardia medica è il servizio deputato alla gestione delle urgenze notturne e nei giorni prefestivi e festivi. Sarà predisposta una somma di **€350.000.000** per l'**irrobustimento dei centri** e il loro **accorpamento all'interno delle Case della Comunità**.

L'erogazione dei fondi avverrà ex ante esclusivamente nel primo anno per far fronte alle spese di progettazione strutturale. In seguito sarà vincolata al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Sarà inoltre necessario che i fondi vengano utilizzati per l'intervento a cui sono stati vincolati.



SANITA' DIGITALE

REGIONI	COMPETENZE DIGITALI	CYBERSECURITY	TELEMEDICINA & TERAPIE DI PRECISIONE	INTELLIGENZA ARTIFICIALE	eGOVERNMENT	TOTALE	PRO CAPITE
PIEMONTE	19.557.803 €	144.052.660 €	136.568.108 €	122.420.626 €	55.593.361 €	478.192.558 €	110,9 €
VALLE D'AOSTA	562.392 €	2.418.480 €	3.198.206 €	744.148 €	992.197 €	7.915.422 €	63,3 €
LIGURIA	8.642.502 €	29.494.062 €	15.125.160 €	55.728.552 €	54.108.644 €	163.098.921 €	107,0 €
LOMBARDIA	45.676.034 €	335.056.840 €	317.648.273 €	284.742.176 €	59.679.893 €	1.042.803.216 €	104,0 €
PA BOLZANO	2.107.748 €	10.302.707 €	16.872.772 €	2.113.376 €	24.273.430 €	55.670.034 €	104,5 €
PA TRENTO	2.192.107 €	10.549.924 €	17.277.641 €	4.328.174 €	7.033.283 €	41.381.130 €	75,9 €
VENETO	20.633.684 €	163.028.697 €	154.558.206 €	138.547.077 €	29.038.461 €	505.806.125 €	103,7 €
FRIULI VENEZIA GIULIA	5.977.252 €	23.331.324 €	11.964.782 €	44.084.159 €	9.571.825 €	94.929.342 €	78,7 €
EMILIA ROMAGNA	23.196.236 €	86.347.560 €	44.280.800 €	126.762.406 €	35.424.640 €	316.011.642 €	70,8 €
TOSCANA	20.103.079 €	123.381.025 €	116.970.510 €	104.853.199 €	29.301.959 €	394.609.771 €	106,9 €
UMBRIA	4.870.806 €	34.606.390 €	8.631.401 €	31.802.341 €	28.288.495 €	108.199.433 €	124,3 €
MARCHE	7.093.478 €	29.258.973 €	38.692.169 €	55.284.354 €	53.677.358 €	184.006.333 €	121,6 €
LAZIO	33.390.208 €	192.317.830 €	182.325.562 €	45.673.872 €	262.296.357 €	716.003.828 €	124,4 €
ABRUZZO	6.906.422 €	25.028.152 €	40.988.676 €	47.290.287 €	51.218.585 €	171.432.121 €	132,5 €
MOLISE	1.534.353 €	11.951.497 €	2.980.899 €	2.384.719 €	13.694.990 €	32.546.458 €	108,3 €
CAMPANIA	27.372.610 €	110.487.559 €	146.109.139 €	33.996.172 €	260.311.396 €	578.276.876 €	101,2 €
PUGLIA	18.648.194 €	132.093.583 €	101.120.366 €	31.371.119 €	39.213.898 €	322.447.160 €	81,6 €
BASILICATA	2.388.945 €	10.701.357 €	5.487.876 €	4.390.300 €	25.212.660 €	48.181.138 €	87,1 €
CALABRIA	9.030.064 €	75.328.598 €	18.788.188 €	11.272.913 €	86.317.590 €	200.737.353 €	106,0 €
SICILIA	26.384.756 €	193.889.881 €	48.359.316 €	29.015.590 €	48.359.316 €	346.008.859 €	71,0 €
SARDEGNA	9.531.327 €	31.172.901 €	51.051.949 €	6.394.441 €	9.591.662 €	107.742.280 €	66,9 €
TOTALE	295.800.000 €	1.774.800.000 €	1.479.000.000 €	1.183.200.000 €	1.183.200.000 €	5.916.000.000 €	99,19 €

La ripartizione delle risorse tra le regioni è avvenuta in base a cinque «sotto-assi», per ognuno dei quali è stato adottato un criterio di allocazione diverso, che tenesse conto di più indicatori.

Le risorse verranno assegnate ex-ante almeno nei primi due anni, in quanto si tratta di un'area in evoluzione che necessita di risorse iniziali. Dal terzo anno sarà, tuttavia, necessario raggiungere gli standard prefissati per i due anni precedenti affinché ulteriori risorse vengano sbloccate.

COMPETENZE DIGITALI

L'allocazione avviene in base all'incidenza **del numero di medici** (generalisti e specialisti) **di ogni regione sul totale**.

Si è stimato un costo di circa 73 milioni per la formazione dei medici e di circa 223 milioni per il restante personale sanitario.



CYBERSECURITY

Il criterio per la distribuzione delle risorse si ottiene considerando **la popolazione, il numero di provvedimenti in telemedicina e i servizi accessibili tramite SPID in ogni regione**.

Si sono favoriti i territori più virtuosi, considerate le variabili sopra citate.



TELEMEDICINA & TERAPIE DI PRECISIONE

L'allocazione dei fondi in questo ambito avviene privilegiando le **regioni** che nel 2020 avevano già **implementato numerosi interventi in campo di telemedicina, considerata la popolazione regionale**.



INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Le risorse in questo ambito sono ripartite tra le regioni in base al proprio **punteggio LEA 2018** e alla propria **popolazione**. Le regioni più virtuose ed efficienti infatti riceveranno maggiori stanziamenti.



eGOVERNMENT

Per la distribuzione delle risorse dedicate all'eGovernment si sono favorite le **regioni** che, in base agli indicatori di attuazione e utilizzo del FSE, hanno ottenuto **performance peggiori** per ripristinare una situazione di equità a livello infrastrutturale.



RETE OSPEDALIERA

In seguito all'analisi della situazione in cui verte la rete ospedaliera, sono state individuate **quattro categorie** a cui possono essere ricondotte le principali esigenze delle regioni italiane. In particolare, vi sono **regioni che necessitano di:**

- **reparti specializzati aggiuntivi** rispetto a quelli presenti;
- **ulteriori posti letto**, al fine di ampliare i reparti già esistenti;
- **entrambi i provvedimenti summenzionati;**
- **nessuna delle misure citate.**

I criteri utilizzati per differenziare l'allocazione dei fondi tra le regioni sono:



Posti letto disponibili ogni 1.000 abitanti inferiori a 3,5 (valore medio nazionale nel 2019);



Numero e tipo di ospedali presenti sul territorio di ciascuna regione **in proporzione alla popolazione residente.**

Le risorse disponibili verranno, pertanto, assegnate alle regioni che in passato hanno conseguito risultati insoddisfacenti, in modo da garantire loro risorse addizionali per potenziare i propri servizi. La distribuzione delle risorse avverrà ex ante, affinché possano essere usate immediatamente. Ciononostante, l'utilizzo dei fondi sarà vincolato a specifiche tipologie di spesa, al fine di evitare comportamenti opportunistici.

TECNOLOGIE

Le risorse sono state distribuite tra le regioni in base a **due tipologie di spesa**:

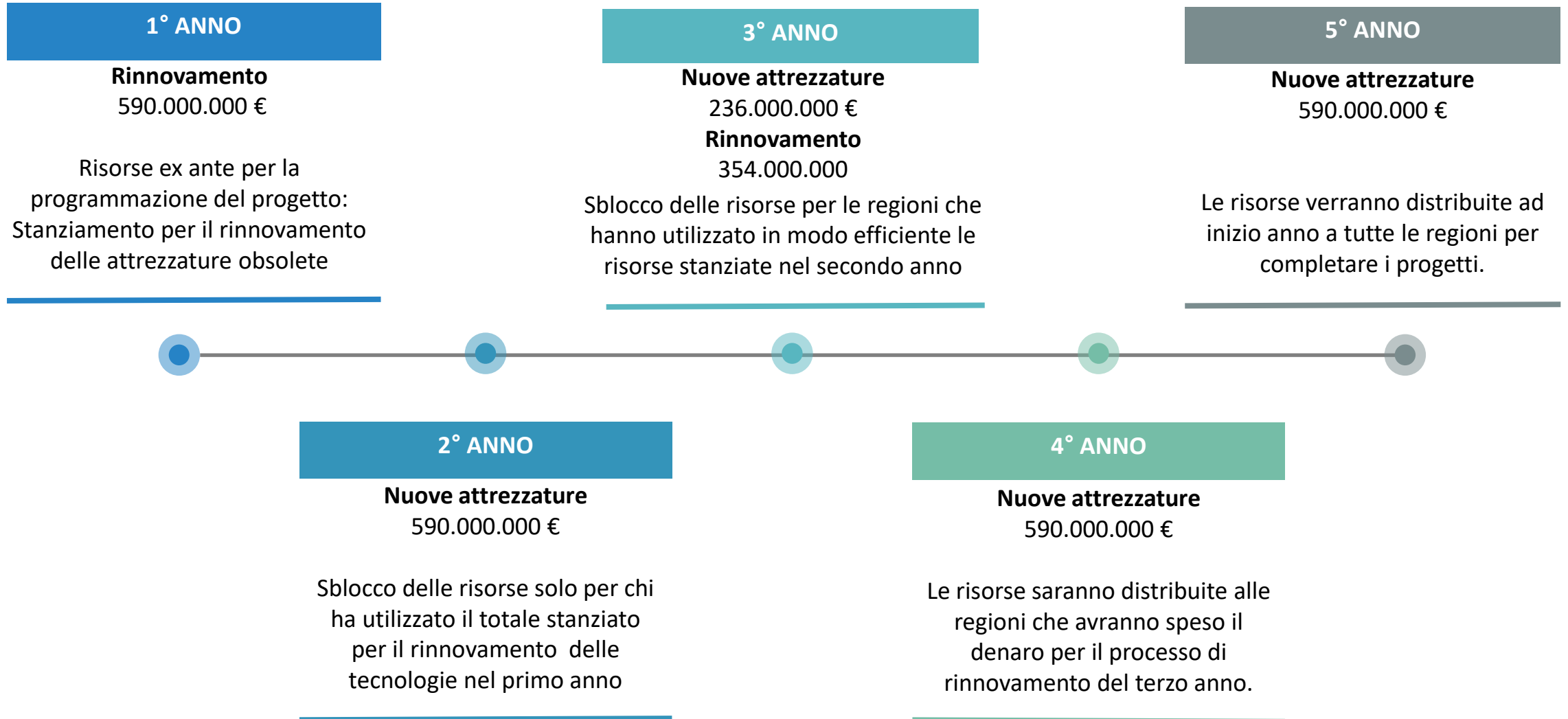
- **acquisto di nuove tecnologie;**
- **rinnovamento e sostituzione delle tecnologie più obsolete.**

Il budget assegnato alle tecnologie è pari a €2,95 miliardi, di cui il 68% sarà destinato alla prima tipologia di spesa e la restante parte alla seconda.

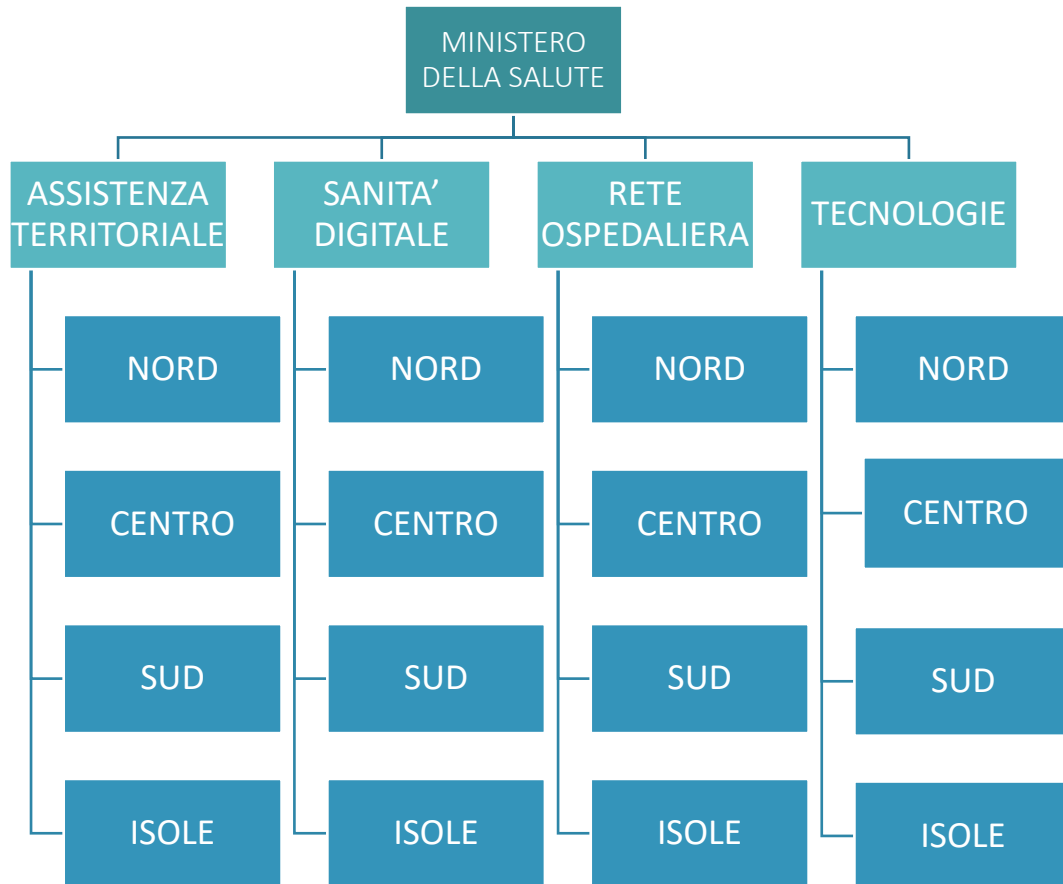
1. **Le risorse per l'acquisto di nuove tecnologie sono allocate alle regioni in base al numero apparecchiature presenti ogni 10.000 abitanti.** Le regioni con una situazione attuale negativa avranno un maggiore accesso ai fondi per ridurre la disparità con le altre. Ad esempio, la Campania, che garantisce solamente 17 apparecchiature ogni 10.000 abitanti, riceverà maggiori risorse rispetto alla Toscana che ne possiede già 38.
2. **Le regioni che presentano un indice di obsolescenza delle tecnologie** (fabbricati e attrezzature) **peggiore riceveranno una quota maggiore del fondo**, in quanto presentano elementi di criticità e urgenza. Le tecnologie da sostituire all'interno delle regioni si dovranno individuare tramite un modello unitario a livello nazionale, il modello di Fennigkoh.

Le risorse saranno assegnate alle regioni ex-ante, in quanto gran parte di esse sono destinate al risanamento di alcune lacune che compromettono l'erogazione di performance adeguate. La loro destinazione sarà, tuttavia, vincolata: almeno il 32% dovrà essere speso per la sostituzione e il rinnovamento delle tecnologie più obsolete.

CRONOPROGRAMMA: TECNOLOGIE



MODELLO DI GOVERNANCE: TASK FORCE



Il modello di governance prescelto per la gestione delle modalità di ripartizione del Recovery Fund è quello della **task force di nomina governativa** presso il Ministero della Salute.

Essa sarà costituita da **quattro direttori**, ciascuno specializzato in uno degli assi strategici. A sua volta, ciascun direttore nominerà **quattro responsabili**, ai quali sarà affidato il **monitoraggio** e la **valutazione della performance** di ogni regione all'interno delle **aree geografiche** in cui verrà suddiviso il territorio nazionale.

La definizione di un orientamento strategico comune a tutte le regioni garantirà un **maggiore coordinamento** e, di conseguenza, il raggiungimento di **standard di qualità equi**. Inoltre, l'accentramento degli acquisti a livello nazionale permetterà l'ottenimento di **economie di scala**, grazie al maggior potere contrattuale dello Stato nei confronti dei fornitori.

Allo stesso tempo, la costituzione di divisioni a livello territoriale permetterà una **comunicazione più rapida** fra Stato e autorità regionali.