

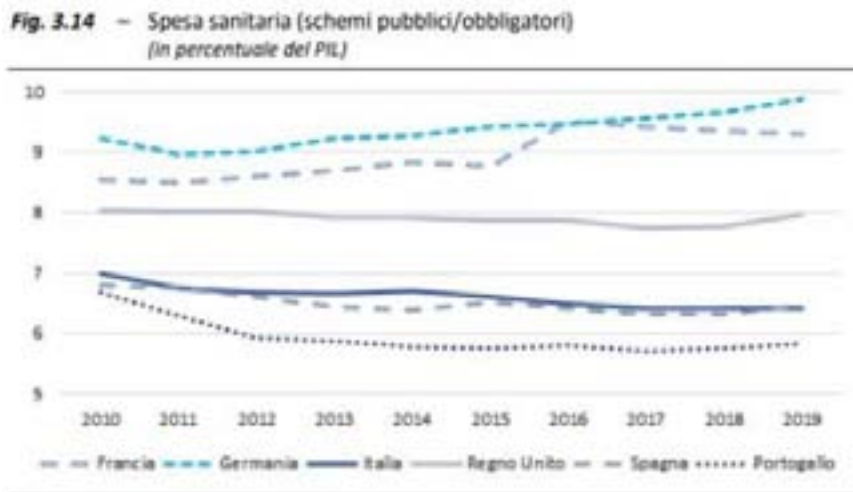
# Missione 6 SALUTE Uno schiaffo alla sanità pubblica

di Gianluigi Trianni

## Premessa

«La pandemia da Covid-19 ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macroeconomica dei servizi sanitari pubblici»: questo l'incipit vero, ma parziale, pudico e disatteso del testo della Missione 6 - Salute del PNRR, presentato dal Governo e approvato dal Parlamento lo scorso aprile.

*Parziale* perché del Servizio Sanitario Nazionale si evidenziano solo **le disparità territoriali** (che, peraltro, aumenterebbero in caso di attuazione dell'autonomia regionale differenziata ex comma 3 art. 116 Costituzione prevista da Governo e maggioranza parlamentare nel collegato alla Nodef 2021 e quindi nella legge di Bilancio 2022), **l'inadeguata integrazione ospedale-territorio, i tempi di attesa elevati e «l'inesistenza di sinergie» nelle risposte «ai rischi ambientali, climatici e sanitari»**. *Pudico* perché questa esposizione nasconde la **mancanza di volontà politica, sottaciuta, e i tagli ai finanziamenti per lo sviluppo della sanità pubblica**, anch'essi sottaciuti, che sono alla radice della acclarata – dalla sindemia Covid-19 – insufficienza (come minimo) della medicina territoriale, dell'inadeguatezza strutturale del sistema ospedaliero (senza personale e terapie intensive sufficienti tanto da lasciare privi di assistenza anche pazienti non Covid-19), della incapacità di programmare servizi sulla base dell'evolversi della situazione epidemiologica e delle nuove acquisizioni della ricerca in medicina e della tecnologia dell'informazione. *Disatteso*, quell'incipit, sia dalla parzialità delle previsioni del PNRR Missione 6 che dalle politiche di Bilancio preconizzate dalla Nodef 2021 e dalla Legge di Bilancio 2022 che, nell'insieme, confermano quanto osservato dal Presidente dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio il 23 novembre 2021: «Pertanto, **dal punto di vista finanziario, non sembra si intenda dare luogo a un effettivo rafforzamento strutturale del SSN**, ma sarebbero piuttosto confermate le precedenti scelte di allocazione delle risorse, che ponevano l'Italia tra i Paesi europei con spesa sanitaria meno elevata e in progressiva riduzione (Fig. 3.14)» (1).

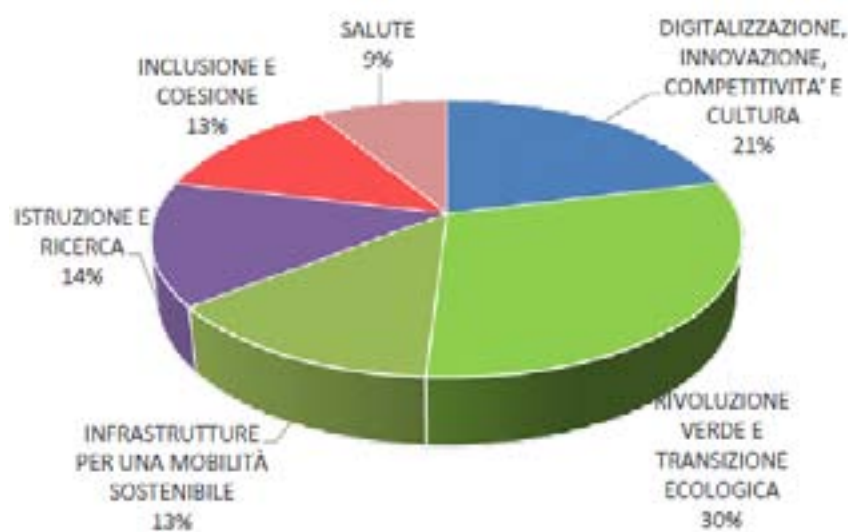


Fonte: OCSE, Global Health Expenditure Database.

## 1. Briciole alla salute della popolazione

In altre parole: *Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR): uno schiaffo alla sanità pubblica. Briciole alla salute della popolazione*, come denunciò già l'11 dicembre 2020, in riferimento alla proposta di PNRR presentata dal Governo Conte2, un insieme di associazioni (Salute Diritto Fondamentale, SOS Sanità, saluteinternazionale.info, CoPerSaMM - Conferenza permanente per la salute mentale nel mondo F. Basaglia; Lisbon Institute of Global Mental Health) costituitesi a difesa del Servizio Sanitario Nazionale e della sua norma istitutiva, la legge n. 833/1978 che proseguivano affermando: «Ci aspettiamo che il Governo ascolti le richieste del Ministro della Salute al quale chiediamo di fare una battaglia per un vero rilancio delle politiche e dei servizi socio-sanitari». Quelle richieste ammontavano a 68 miliardi di euro (2).

Ma la battaglia del Ministro della Salute (delle forze politiche di centro sinistra e delle organizzazioni sindacali confederali, e di altri) non ci fu. Anzi, **tra la bozza del Governo Conte e il PNRR del Governo Draghi, i fondi per la Missione 6 si sono ridotti di alcune centinaia di milioni** (3) e si sono trasferiti investimenti dalla rete di strutture territoriali sanitarie (Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali operative territoriali) alla telemedicina, proposta in funzione dell'assistenza domiciliare (che è certamente utile e giusto finanziare ma non a scapito dei finanziamenti delle strutture territoriali e della spesa sanitaria in generale!). Per la Missione 6 sono infatti previsti e proposti dal Governo, e accettati dal Parlamento, complessivamente **20,22 miliardi, pari a solo l'8,6%**, la percentuale minore, **dei 235,12 miliardi** dell'insieme delle 6 missioni del PNRR, come illustra la grafica seguente (4):



**Un finanziamento palesemente inferiore non solo ai 68 miliardi proposti dal Ministero della Salute, ma anche ai 37 miliardi di definanziamento del Servizio Sanitario Nazionale verificatosi tra gli anni 2010-2019** (5), cioè sino all'anno precedente l'esplosione della sindemia da Covid-19, che ha reso drammaticamente evidenti in tutte le regioni d'Italia, comprese quelle del centro-nord, che avevano fama di essere dotate di servizi sanitari efficienti e ben sviluppati, le inadeguatezze da tagli di personale e di investimenti.

È da precisare inoltre che ai 20,22 miliardi stanziati si arriva perché ai 15,63 miliardi del PNRR vero e proprio (pari a solo l'8.2% dei complessivi 191,50), si aggiungono 4,6 miliardi di euro, dei quali:

- 1,7 miliardi del REACT-EU (Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe - Assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori d'Europa - programma concepito in un'ottica di breve termine), pari al 13,1% dei circa 13 a disposizione del Governo italiano e utilizzati per finanziare: spese straordinarie per assunzione a tempo determinato di personale sanitario aggiuntivo necessario durante la pandemia (1,1 miliardi di euro, di cui 374 milioni al Sud); acquisto di vaccini anti SARS-CoV-2 e di farmaci per la cura dei pazienti con Covid-19 (400 milioni di euro, di cui 136 al Sud); aumento dei contratti di formazione dei medici specializzandi, dagli attuali 6.700 posti in specializzazione a circa 10.400 l'anno (210 milioni di euro, di cui 72 al Sud);

- 2,89 miliardi del Fondo Nazionale Complementare 6 cioè del ("Piano nazionale per gli investimenti complementari finalizzato a integrare con risorse nazionali gli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza" - decreto legge n. 59/2021), pari al 9,4% dei 30,62 complessivi, stanziati con una variazione di bilancio ad aumento del debito pubblico e finalizzati a: Salute, ambiente, clima (500 milioni), Verso un ospedale sicuro e sostenibile (1.450 milioni), Ecosistema innovativo della salute (437 milioni), Iniziative di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario (500 milioni, ma a disposizione del Ministero dell'Università).

Solo una parte di questi fondi, peraltro, sono per progetti, dai nomi tanto evocativi quanto evasivi degli obiettivi specifici perseguiti, direttamente attribuibili a quelli indicati dal PNRR per la Missione 6. Nella seguente tabella le risorse rese disponibili per la Missione 6 del PNRR, **da impiegare nel 2021-2026**, sono illustrate disaggregate per fonte (PNRR, Fondo Complementare e REACT-EU) e finalità (due Componenti e 5 obiettivi di investimento) (6).

<b>M6: Salute</b>				
<b>M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>	PNRR 25 aprile 2021			
	PNRR	Fondo complementare	Totale	React EU
	(a)	(b)	(c) = (a) + (b)	(d)
Riforma 1: Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio		n.d.	n.d.	n.d.
Investimento 1: Case della Comunità e presa in carico della persona	2	n.d.	n.d.	n.d.
Investimento 2: Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina	4	n.d.	n.d.	n.d.
Investimento 3: Sviluppo delle cure intermedie	1	n.d.	n.d.	n.d.
<b>Totale M6C1</b>	<b>7</b>	<b>0,5</b>	<b>7,5</b>	<b>1,5</b>
				<b>9</b>
<b>M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale</b>	PNRR 25 aprile 2021			
	PNRR	Fondo complementare	Totale	React EU
	(a)	(b)	(c) = (a) + (b)	(d)
<b>1. Aggiornamento tecnologico e digitale</b>	<b>7,36</b>	n.d.	n.d.	n.d.
Riforma 1.: Riorganizzare la rete degli IRCCS		n.d.	n.d.	n.d.
Investimento 1.: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,05	n.d.	n.d.	n.d.
Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1,64	n.d.	n.d.	n.d.
Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1,67	n.d.	n.d.	n.d.
<b>2. Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico</b>	<b>1,26</b>	n.d.	n.d.	n.d.
Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0,52	n.d.	n.d.	n.d.
Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	0,74	n.d.	n.d.	n.d.
<b>Totale M6C2 (*)</b>	<b>8,62</b>	<b>2,39</b>	<b>11,01</b>	<b>0,21</b>
				<b>11,22</b>
				<b>20,22</b>

## ***2. La mancanza di una programmazione razionale***

**La “riforma” dell’organizzazione dei servizi sanitari territoriali pubblici**, ineludibile dopo la drammatica “esperienza” della sindemia da Covid 19 fatta in primo luogo dai cittadini ma anche dal management pubblico e dal personale politico, **appare programmata in maniera insufficiente sia nei mezzi che nelle scelte di politica sanitaria.**

Nei mezzi perché la stessa attività di rendicontazione del Governo agli organi dell’UE prevede, per far funzionare strutture e presidi territoriali come le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità, un costo per il personale, per il periodo 2022-2026, di 6,44 miliardi, mentre il PNRR provvede al finanziamento solo con 2,72 miliardi di euro (7). I restanti 3,72 miliardi saranno da reperire a carico del Bilancio dello Stato. Quanto sarà problematica questa situazione lo stiamo ampiamente provando con la Nedef 2021 e il Bilancio 2022 attualmente in discussione.

La deficienza di finanziamenti, e di personale *tout court*, appare ulteriormente preoccupante (o irresponsabile e cinicamente perseguita) se si considera che i fondi attualmente previsti sono destinati a finanziare l’implementazione della nuova figura dell’infermiere di famiglia, la cui presenza è prevista nelle Case della comunità (480 milioni per ogni anno pari a 2,4 miliardi nel periodo 2022-2026), e il potenziamento dell’Assistenza domiciliare integrata (ADI), mentre 0,240 miliardi sono destinati all’incremento delle borse/posti in scuole di specializzazione per medici. Ma **non si tiene nel dovuto conto la grave carenza di personale medico e delle altre professionalità sanitarie e non sanitarie** (ingegneri, fisici, chimici, giuristi, esperti della comunicazione, amministrativi, economisti e via dicendo) che è emersa: *a) nel servizio ospedaliero pubblico*, come esemplificato in questi giorni dalla denuncia del fatto che oltre 3.000 dei circa 9.000 posti letto previsti a regime per la sindemia Covid 19 (e comunque necessari anche a prescindere da essa per gestire al meglio le nuove potenzialità terapeutiche offerte dallo sviluppo della ricerca biomedica) sono solo sulla carta per mancanza di personale e spesso previsti in strutture edilizie inadeguate; *b) nei servizi di prevenzione e di medicina del lavoro*, gli uni soccombenti alle esigenze di tracciamento dei contagi e di vaccinazione di massa dell’epidemia Covid 19, gli altri, nella stessa, soccombenti alle esigenze di tutela della salute nei luoghi di lavoro di tutti i settori (dall’industria ai trasporti alla logistica all’insegnamento ai servizi al tempo libero).

Al contrario, nei documenti inviati alla Commissione UE si teorizza un **Piano di sostenibilità** che si basa su **previsioni di riduzione della spesa sanitaria** ragionieristico/irresponsabili/risibili del tipo:

*a) aumento del Fondo Sanitario Nazionale*: per gli anni a venire è ipotizzato un aumento annuo del FSN dell’1%, a fronte di una fase di stagflazione già iniziata e quindi di incremento dei costi assistenziali;

*b) riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza per patologie croniche*: con una conseguente riduzione di spesa assolutamente improbabile atteso l’impatto di marginalità che la condizionerebbe comunque e, soprattutto, il fatto che il personale ospedaliero, non più impegnato in assistenza in costanza di degenza, dovrebbe comunque essere dedicato, e in misura certamente maggiore, nell’assistenza extraospedaliera nell’ambito dei modelli di continuità ospedale-territorio oggi già praticati in molte discipline;

*c) riduzione degli accessi inappropriati al Pronto soccorso per i codici bianco e verde*: valgono le stesse considerazioni sopra esposte con in più il fatto che l’attività d’urgenza-emergenza è caratterizzata da una indispensabile evoluzione verso il super specialismo, che consente interventi di maggiore e obbligatoria efficacia clinica comportanti grandi e crescenti disponibilità di personale specializzato (si pensi al caso delle Stroke-Unit e alle emergenze cardiologiche);

*d) riduzione della spesa farmaceutica relativa a tre classi di farmaci ad alto consumo e con rischio di inappropriatazza: falsa rappresentazione di una crescita costante dei costi della spesa farmaceutica in realtà “drogata” dai profitti di “Big Pharma” (tutti i giorni sui media generalisti e ancor di più su quelli dedicati ai rendimenti finanziari) nonché dalla scelta di depotenziare la ricerca pubblica e di non realizzare un’industria pubblica del farmaco (a partire dai vaccini).*

### ***3. La (non) scelta di una politica sanitaria pubblica innovativa***

**Nelle scelte di politica sanitaria pubblica col PNRR si programma in maniera insufficiente e si scontano gli effetti di un mancato rigore attuativo delle istituzioni pubbliche dello Stato centrale e delle Regioni** a fronte di una normativa e di un *back ground* tecnico già sufficientemente solidi.

Si programma in maniera insufficiente come si evince dalla, non casuale, discrepanza tra le previsioni di un documento prodotto pochi mesi fa dall’Agenzia per i Servizi sanitari Regionali (Agenas) in preparazione del decreto ministeriale di riorganizzazione della medicina territoriale, previsto dalla Riforma della Componente 1 della Missione 6 entro il giugno 2022. L’intento esplicitato da PNRR è di realizzare 1288 Case di Comunità, una ogni circa 50.000 abitanti, mentre l’Agenas ne prevede una ogni circa 24.500 abitanti, e 381 Ospedali di Comunità, uno ogni 156.000 abitanti, mentre Agenas ne prevede uno, da 20 posti letto, ogni 50.000 abitanti (8).

E ciò benché le Case della Salute (Comunità) siano state previste già nel 2006 dalla Finanziaria 2007 (legge n. 296 del 2006 - art. 1, comma 806, lett. *a*) che stanziò 10 milioni di euro per la loro sperimentazione quali strutture polivalenti in grado di erogare in uno stesso spazio fisico prestazioni sociosanitarie integrate ai cittadini, e dotate di linee guida specifiche (con il decreto ministeriale 10 luglio 2007). Successivamente inoltre, nel 2012, si normò l’intero settore della sanità pubblica territoriale con il decreto Balduzzi (decreto legislativo n. 158 del 13 settembre 2012, c.d. “decreto omnibus” per la sanità), naturalmente senza copertura finanziaria adeguata. Per quanto riguarda gli Ospedali di Comunità (OSCO), invece, la previsione risale al 2014 (Patto per la Salute 2014-2016), anche se i requisiti minimi nazionali sono del febbraio 2020, pur avendo molte Regioni già provveduto a normarli e sperimentarli negli anni precedenti.

È da osservare, peraltro, che come modello organizzativo quello della **integrazione tra medicina di base e specialistica ambulatoriale nella realtà appare già realizzato nella sanità privata italiana**, nella forma di quelle strutture poliambulatoriali promosse da medici di base e/o farmacisti “imprenditori” che hanno organizzato la coesistenza fisica e la relazione funzionale tra medicina di base e specialistica ambulatoriale privata, grazie anche alla facoltà di esercitare la libera professione extra-moenia dei dipendenti del SSN.

La riforma/previsione della Missione 6, Componente C1, del PNRR di un decreto ministeriale entro il giugno 2022 sulla riorganizzazione dell’assistenza territoriale, già anticipata da un documento dell’Agenzia per i servizi regionali (Agenas), risulta poi “condizionata”, nei tempi e nei contenuti, dalla forte opposizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Tale opposizione è generata in parte dalla sfiducia sulla possibilità di esprimere la loro professionalità nelle Case di Comunità senza le oppressioni burocratiche della cosiddetta “medicina amministrata” (sfiducia fondata visti i tagli dei finanziamenti alla sanità pubblica da almeno 10 anni, la correlata malintesa prassi della lotta agli sprechi tramite vincoli “a priori” dell’attività clinica e il disinteresse sostanziale a potenziare la sanità pubblica territoriale, negletta in Lombardia e nelle regioni del Sud e malamente celata nelle altre, come l’Emilia-Romagna e la Toscana, da “narrazioni” tanto roboanti quanto inconcludenti e “ipocrite” nell’assecondare e accettare la coazione a ripetere delle normative

dell'*austerità* che al massimo concedono di riformare ma senza aggravamenti di spesa pubblica). Per l'altra quota parte l'opposizione alla riforma potenziamento della assistenza territoriale pubblica è motivata dall'ambizione/interesse a proporsi essi stessi come erogatori privati, spesso già molto organizzati, anche per impulso pubblico (come in Lombardia con il fallito piano per la gestione delle cronicità che prevedeva percorsi assistenziali per la cronicità appaltati ad associazioni private di medici di medicina generale - MMG). Purtroppo, su questa strada corporativo/privatistica i medici sono seguiti dalle altre professioni assistenziali (infermieristiche, ostetriche ecc.), decise a conquistarsi normativamente il "diritto" alla libera professione come i medici, e assecondate con accordi *ad hoc* dai governi nazionali e regionali.

#### **4. Il rischio di privatizzazione dei fondi del PNRR**

In generale il pericolo/previsione del rischio privatizzazione dei fondi della Next Generation EU tramite la Missione 6 del PNRR di Governo e Parlamento italiani è occultato nel testo ufficiale che si limita, come la Nadef 2021 e la bozza di legge di Bilancio 2022, a perseguire il depotenziamento finanziario e strutturale del SSN pubblico.

Tale pericolo/previsione fa capolino invece nel suo richiamato documento di Agenas in funzione del previsto decreto ministeriale di riforma entro il giugno 2022 nel quale ricorre il richiamo alla «erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali» e alla «partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato» in riferimento alla galassia del terzo settore nelle attività delle Case di Comunità. E fa capolino nella Riforma 1 (Riorganizzare la rete degli IRCCS della Componente 2 "Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale), là dove si prevede un decreto ministeriale entro la fine del 2022 che li regolamenti in particolare in relazione «alla capacità di attrarre risorse in finanziamenti competitivi nazionali e internazionali, allo sviluppo di trial clinici, in un ambito di collaborazione multicentrica e di prodotti e soluzioni nell'ambito del trasferimento tecnologico».

**Le attuali pratiche di relazione con Big Pharma e gli altri investitori privati rischiano di ulteriormente far prevalere il trasferimento tecnologico sulla ricerca di base.** Ne è specifica ed esplicita esemplificazione l'**Investimento 2.1 (Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN)**, un obiettivo del quale è potenziare il sistema della ricerca biomedica, rafforzando la capacità di risposta dei centri di eccellenza presenti in Italia nel settore delle patologie rare e favorendo il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese, in particolare attraverso «il finanziamento di progetti Proof of Concept (PoC) volti a ridurre il gap fra i risultati del settore della ricerca scientifica e quello dell'applicazione per scopi industriali, attraverso la predisposizione di prototipi per la commercializzazione e la mitigazione dei rischi potenziali – derivanti da eventuali brevetti, licenze o barriere all'entrata – che potrebbero scoraggiare gli investitori di mercato»!

**L'alternativa sarebbe un forte finanziamento della ricerca pubblica e una politica di eliminazione dei brevetti.** Ma è tema su cui si dibatte poco e si fa nulla.

#### **5. Un aspetto positivo**

Avviandoci alla conclusione è opportuno evidenziare almeno un aspetto positivo della M6 del PNRR.

Non ci si sofferma sull'**Investimento 1.1 (Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero)**, che destina opportunamente fondi alle infrastrutture tecnologiche e digitali ospedaliere che presentano un significativo grado di obsolescenza e risultano carenti in molte strutture; né

sull'**Investimento 1.2 (Verso un ospedale sicuro e sostenibile)**, che mira a interventi nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica (una goccia nel mare magnum della vetustà e dell'esigenza di ricostituzione del patrimonio della edilizia ospedaliera, negletto in tempi di bonus 110% per l'edilizia privata e che auspichiamo basata su progettazioni di qualità); né sull'**Investimento 2.1 (Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN)**, che, oltre a quanto più sopra richiamato, si caratterizza per essere (ed essere accettato!) come programma di finanziamento dell'occupazione precaria e del mantenimento delle barriere all'accesso agli studi in ambito sanitario: un succedaneo fallimentare e irricevibile delle necessarie politiche di potenziamento del personale dipendente del SSN e dell'eliminazione del numero chiuso in tutte le discipline universitarie (quelle di interesse sanitario a maggior ragione visti i fallimenti appalesati da Covid 19 e lo svilupparsi di una società della conoscenze anche nel settore biomedico in evidente contraddizione con le politiche di contenimento della spesa pubblica nel settore della scuola e della formazione universitaria).

Ci soffermiamo brevemente invece sull'**Investimento 1.3 (Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione)**, di cui Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze e Dipartimento per la Trasmissione Digitale saranno congiuntamente responsabili. **Il potenziamento del Fascicolo sanitario elettronico (FSE)** al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari **e il rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)**, ovvero dell'infrastruttura e degli strumenti di analisi del Ministero della salute per il monitoraggio dei LEA e «la programmazione di servizi di assistenza sanitaria alla popolazione che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico» **sono la premessa dello sviluppo della sanità pubblica**. Merito degli appassionati funzionari pubblici che lo hanno sostenuto in fase di predisposizione del PNRR. E che dio ce la mandi buona.

## Note

(1) Audizione di G. Pisauro, Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio, nell'ambito delle audizioni preliminari all'esame del disegno di legge di bilancio per il 2022: Commissioni congiunte 5<sup>a</sup> del Senato della Repubblica (Bilancio) e 5<sup>a</sup> della Camera dei deputati (Bilancio, Tesoro e Programmazione), 23 novembre 2021.

(2) L. Fassari, *Quotidiano Sanità*, 4 settembre 2020.

(3) M. Palombi, *Sanità senza Recovery. Dimezzati i fondi per la rete territoriale. Salute. Il Def traccia la strada: spesa giù fino al 2024*, *Il Fatto quotidiano*, 9 maggio 2021.

(4) Dossier XVIII Legislatura n. 28 - Il PNRR, Ufficio Studi Senato della Repubblica - Ufficio Studi Camera dei Deputati, 27 maggio 2021.

(5) Report osservatorio Gimbe, n. 7/2019. GIMBE, "Il definanziamento 2010- 2019 del Servizio Sanitario Nazionale", settembre 2019.

(6) C. Mochi Sismondi, *La salute nel PNRR e il paradigma One Health*, FPA Digital 360, 29 giugno 2021.

(7) F. Pesaresi, *I finanziamenti per la Missione Salute del PNRR. Opportunità e rischi*, 1 giugno 2021.

(8) L. Fassari, Documento Agenas, Med Territoriale Cambierà, 13 luglio 2021 e D. Mantoan AGENAS, Audizione Comm. Igiene e Sanità Senato, 4 agosto 2021.