Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale

Dott. Domenico Mantoan

Direttore Generale Agenas

Audizione presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato

Mercoledì 4 agosto 2021

age.na.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

sede centrale: via Piemonte 60
sede legale: via Puglie 23
00187 Roma - cod. fisc.: 97113690586

tel: 06 42749700 - fax: 06 42749488
agenas@pec.agenas.it
www.agenas.gov.it

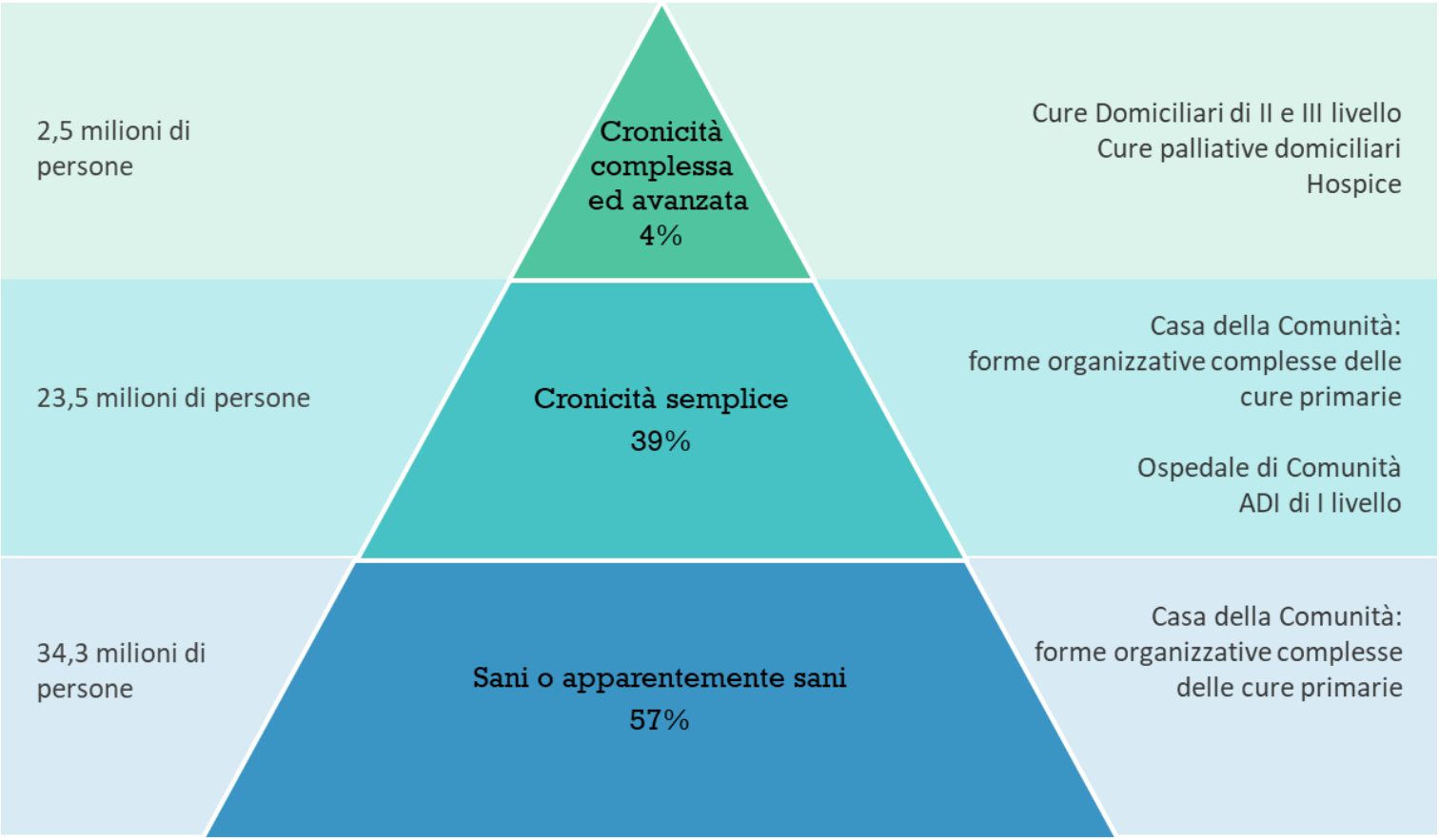
Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Misura	Submisura	Totale
Misura di Riforma: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		0 €
Misura di Investimento: **Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale**	Submisura 1.1: **Casa della Comunità al centro del territorio**	**2.000.000.000 €**
	Submisura 1.2: **La Casa come primo luogo di cura** - **1.2.1** *La casa come primo luogo di cura* - **1.2.2** *Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo: la Centrale Operativa Territoriale* - **1.2.3** *La telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche*	**4.000.000.000 €**
	Submisura 1.3: **Rafforzare le cure intermedie e le sue strutture (l'Ospedale di Comunità)**	**1.000.000.000 €**
		7.000.000.000 €

age.na.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

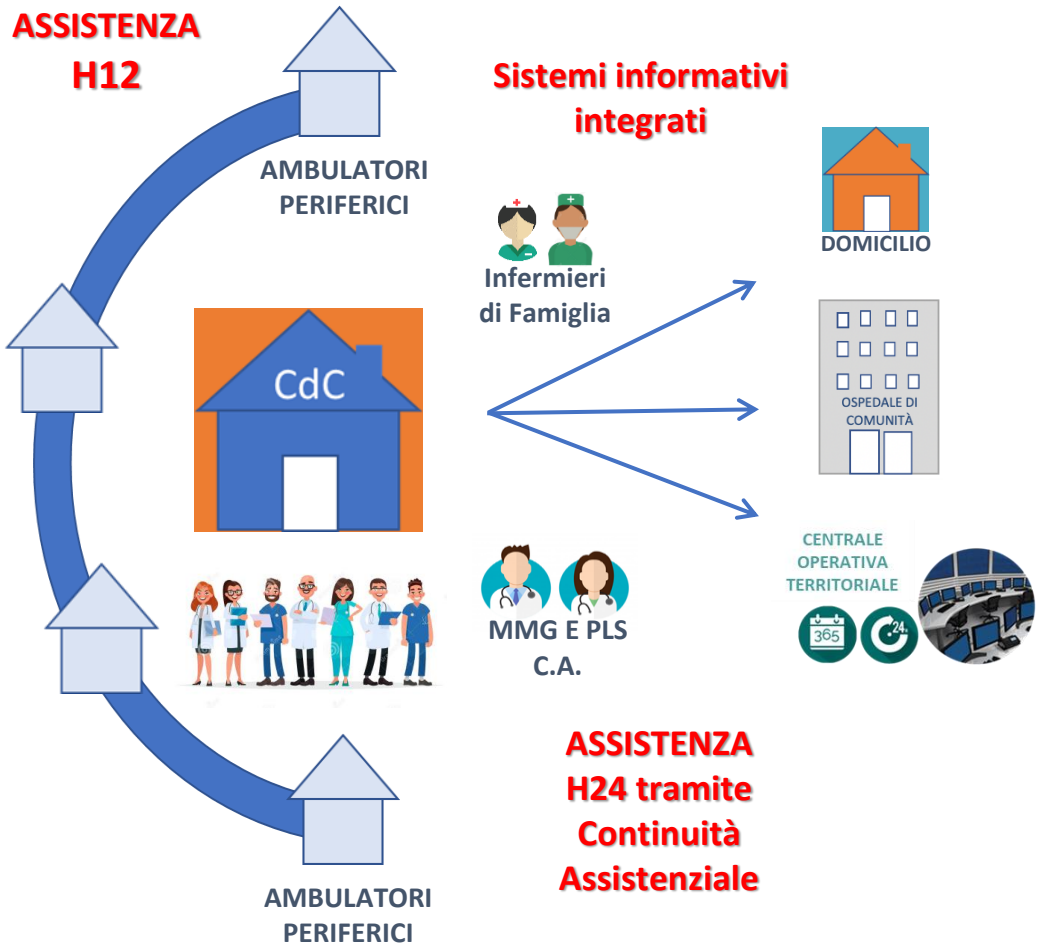
L'assistenza per bisogni assistenziali

Setting assistenziale



Submisura 1.1: **Casa della Comunità al centro del territorio**

Standard: 1 ogni 15.000-25.000 ab



- **Organizzazione capillare** su tutto il territorio.
- Una struttura fisica in cui opera un **équipe multiprofessionale** di: MMG, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e può ospitare anche assistenti sociali.
- Un punto di **riferimento continuativo per la popolazione** che, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento.

age.na.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Submisura 1.1: **Casa della Comunità al centro del territorio**

Regione/PA	Popolazione (01/01/2020)	CdC da standard (1 ogni 20.000 ab.)	CdS attive in Regione*	CdC da realizzare con fondo recovery
Piemonte	4.341.375	217	71	93
Valle d'Aosta	125.501	6	0	3
Lombardia	10.103.969	505	0	216
PA Bolzano	532.080	27	0	11
PA Trento	542.739	27	0	12
Veneto	4.907.704	245	77	105
Friuli-Venezia Giulia	1.211.357	61	0	26
Liguria	1.543.127	77	4	33
Emilia Romagna	4.467.118	223	124	95
Toscana	3.722.729	186	76	80
Umbria	880.285	44	4	19
Marche	1.518.400	76	21	32
Lazio	5.865.544	293	22	125
Abruzzo	1.305.770	65	0	28
Molise	302.265	15	6	6
Campania	5.785.861	289	0	124
Puglia	4.008.296	200	0	86
Basilicata	556.934	28	1	12
Calabria	1.924.701	96	13	41
Sicilia	4.968.410	248	55	106
Sardegna	1.630.474	82	15	35
ITALIA	**60.244.639**	**3.010**	**489**	**1.288**

*Fonte dati:
Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale.»
Documentazione e Ricerche. N. 144. 1 marzo 2021. Dipartimento Affari Sociali del Servizio Studi della Camera dei deputati - XVIII legislatura.

Submisura 1.2.1: **La Casa come primo luogo di cura per il cittadino – Assistenza Domiciliare**

Standard: 10% della popolazione over 65

Metodologia:

Lo standard è stato costruito tenendo conto delle esperienze regionali più virtuose, come Emilia-Romagna e Veneto. Un'analisi di dettaglio della popolazione in assistenza domiciliare di queste 2 regioni ha permesso di ripartire la popolazione italiana over 65 nei seguenti livelli di intensità assistenziale:

- 60% in cure domiciliari di base (484.782 persone) ;
- 20% in cure domiciliari integrate di I livello (161.594 persone);
- 10% in cure domiciliari integrate di II livello (80.797 persone);
- 4% in Cure domiciliari integrate di III livello (32.319 persone);
- 6% in Cure palliative domiciliari (48.478 persone).

Per raggiungere lo standard del 10% della popolazione italiana over 65 è stato calcolato l'incremento delle prese in carico in Assistenza Domiciliare sulle proiezioni di popolazione over 65 al 2026.

Submisura 1.2.1: **La Casa come primo luogo di cura per il cittadino – Assistenza Domiciliare**

Standard: 10% della popolazione over 65

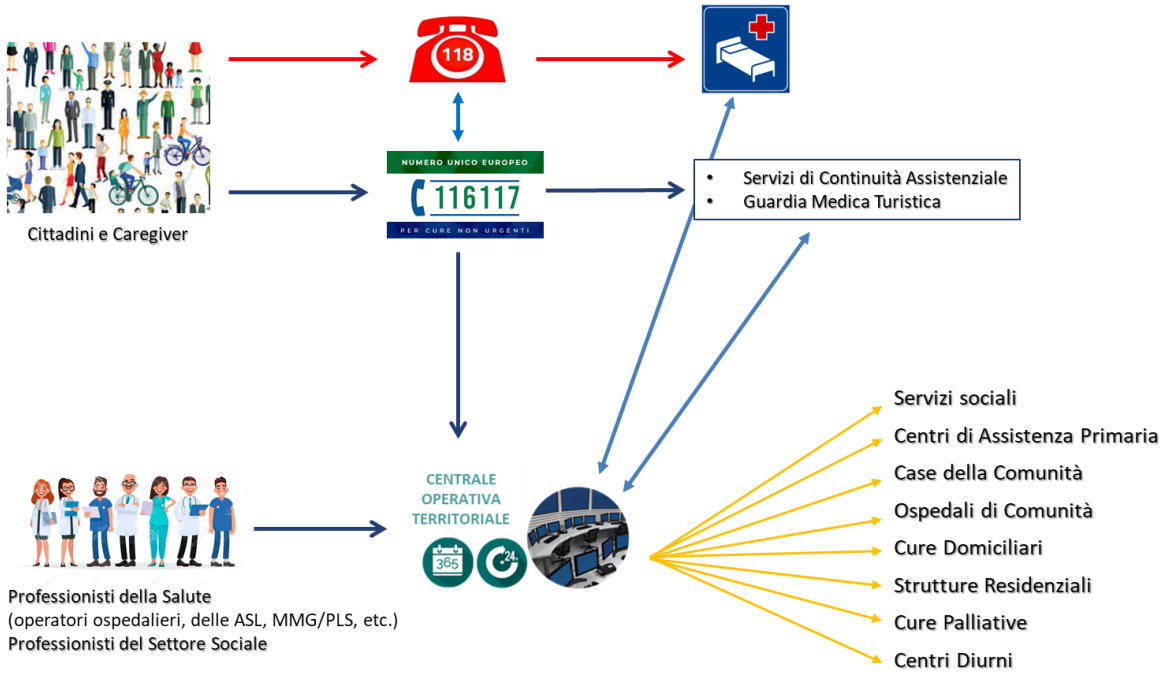
	Popolazione over 65 attuale	Assistiti over 65 con PIC erogate (SIAD 2019)	% utenti trattati nel 2019	Target Popolazione >65 anni presa in carico al 10% al 2026	Numero pazienti da incrementare per raggiungere il target del 10%
ITALIA	**13.859.090**	**701.844**	**5,1%**	**1.509.814**	**807.970**

Modello organizzativo:

Il servizio di assistenza domiciliare è garantito attraverso la presenza di **personale sanitario** (infermieri, OSS, tecnici e medici) **7 giorni su 7 dalle 07.00 alle 21.00**. La programmazione degli accessi infermieristici a domicilio dovrà essere sviluppata nell'arco dell'intera settimana (ossia 7 giorni su 7), tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti.

Submisura 1.2.2: **Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo - Centrale Operativa Territoriale**

Standard: 1 ogni 100.000 ab



- Piattaforma di **interconnessione** con tutte le strutture e servizi presenti sul territorio
- **Device** per pazienti ed operatori
- Sperimentazione di strumenti di **Intelligenza Artificiale** e ***Machine Learning*** a supporto della gestione clinica e organizzativa dei pazienti
- **Infermieri di Famiglia**

age.na.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Submisura 1.2.2: **Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo - Centrale Operativa Territoriale**

Regione/PA	Popolazione (01/01/2020)	COT standard (1 ogni 100.000)
Piemonte	4.341.375	43
Valle d'Aosta	125.501	1
Lombardia	10.103.969	101
PA Bolzano	532.080	5
PA Trento	542.739	5
Veneto	4.907.704	49
Friuli-Venezia Giulia	1.211.357	12
Liguria	1.543.127	15
Emilia Romagna	4.467.118	45
Toscana	3.722.729	37
Umbria	880.285	9
Marche	1.518.400	15
Lazio	5.865.544	59
Abruzzo	1.305.770	13
Molise	302.265	3
Campania	5.785.861	58
Puglia	4.008.296	40
Basilicata	556.934	6
Calabria	1.924.701	19
Sicilia	4.968.410	50
Sardegna	1.630.474	16
ITALIA	**60.244.639**	**602**

Submisura 1.2.2: **Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo - Centrale Operativa Territoriale**

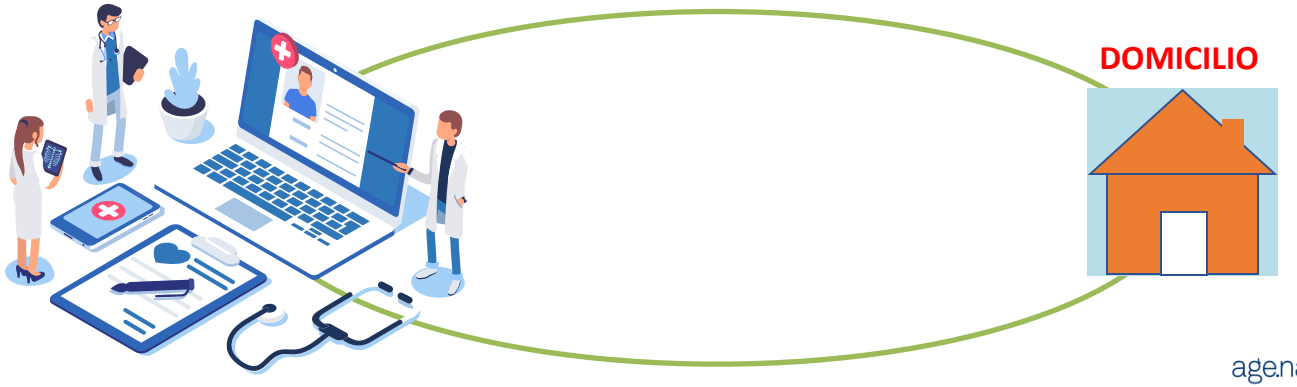
Modello organizzativo:

La Centrale Operativa Territoriale è uno **strumento organizzativo innovativo** che svolge una **funzione di coordinamento** della presa in carico del cittadino/paziente **e raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali: attività territoriali**, sanitarie e sociosanitarie, **ospedaliere** e dialoga con la rete dell'**emergenza-urgenza**. L'obiettivo della COT è quello di **assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria**, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e socio-sanitari.

Submisura 1.2.3: **La telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche**

Obiettivi:

1. contribuire a ridurre la variabilità geografica dell'assistenza territoriale, grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia;
2. garantire una migliore "esperienza di cura" per i cittadini;
3. migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali, attraverso approcci di cura domiciliare e protocolli di monitoraggio da remoto dei pazienti.



age.na.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Submisura 1.2.3: **La telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche**

Metodologia:

- Finanziamento di Progetti di Telemedicina selezionati attraverso un bando di gara nazionale rivolto alle Regioni.

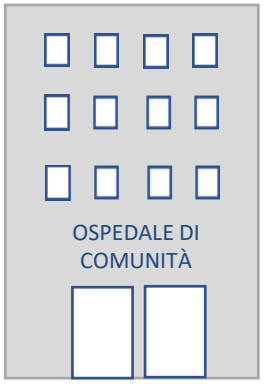
- Selezione dei Progetti sarà rivolta a quei progetti che mireranno:
  - all'integrazione delle soluzioni proposte con il Fascicolo Sanitario Elettronico;
  - al raggiungimento di target quantitativi di performance legati ai principali obiettivi della telemedicina;
  - progettati a supporto del nuovo modello di sanità territoriale.

Submisura 1.3: **Rafforzare le cure intermedie e le sue strutture - Ospedale di Comunità**

Standard previsti da Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020:

- **Strutture sanitarie** della rete territoriale a **ricovero breve** e destinati a pazienti che necessitano interventi sanitari a **bassa intensità clinica.**
- Strutture intermedie tra la rete territoriale e l'ospedale, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto).
- Struttura a **gestione prevalentemente infermieristica**.

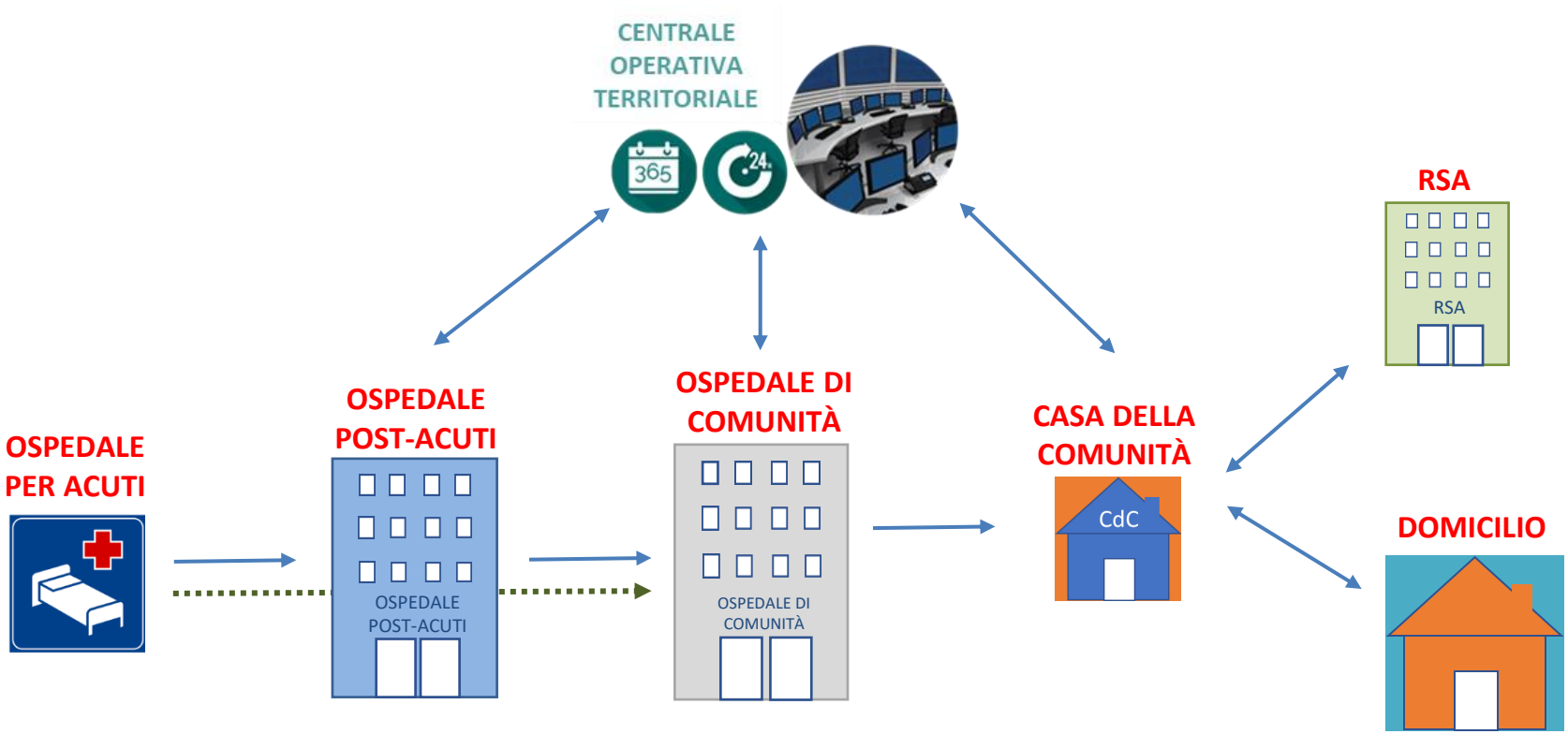
OSPEDALE DI COMUNITÀ



age.na.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Submisura 1.3: **Rafforzare le cure intermedie e le sue strutture - Ospedale di Comunità**

Standard 1 OdC (20 PL) ogni 50.000 abitanti



3 posti letto ogni 1000 ab

0,7 posti letto ogni 1000 ab

0,4 posti letto ogni 1000 ab

age.na.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

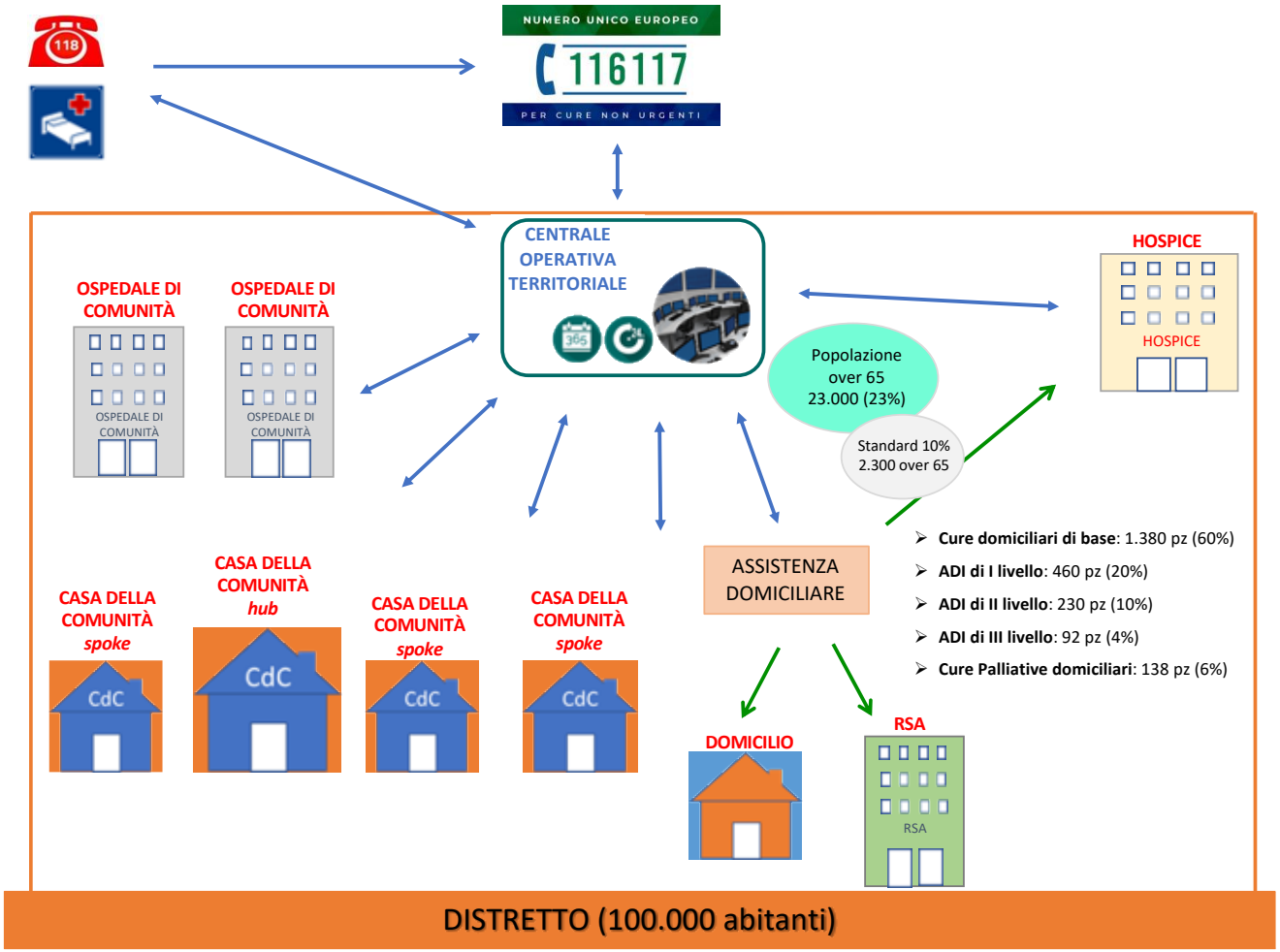
Submisura 1.3: **Rafforzare le cure intermedie e le sue strutture - Ospedale di Comunità**

Regione/PA	Popolazione (01/01/2020)	PL OdC da standard (20 p.l. ogni 50.000 ab.)	OdC da standard (1 OdC ogni 50.000 ab.)	PL OdC attivi in Regione	PL OdC da realizzare con fondo recovery	OdC da realizzare con fondo recovery	PL attivi nel 2026
Piemonte	4.341.375	1.737	87	30	549	27	579
Valle d'Aosta	125.501	50	3	0	16	1	16
Lombardia	10.103.969	4.042	202	467	1.278	64	1.745
PA Bolzano	532.080	213	11	0	67	3	67
PA Trento	542.739	217	11	0	69	3	69
Veneto	4.907.704	1.963	98	1.426	621	31	2.047
Friuli-Venezia Giulia	1.211.357	485	24	0	153	8	153
Liguria	1.543.127	617	31	20	195	10	215
Emilia Romagna	4.467.118	1.787	89	359	565	28	924
Toscana	3.722.729	1.489	74	245	471	24	716
Umbria	880.285	352	18	0	111	6	111
Marche	1.518.400	607	30	616	192	10	808
Lazio	5.865.544	2.346	117	0	742	37	742
Abruzzo	1.305.770	522	26	0	165	8	165
Molise	302.265	121	6	0	38	2	38
Campania	5.785.861	2.314	116	0	732	37	732
Puglia	4.008.296	1.603	80	0	507	25	507
Basilicata	556.934	223	11	0	70	4	70
Calabria	1.924.701	770	38	0	243	12	243
Sicilia	4.968.410	1.987	99	0	628	31	628
Sardegna	1.630.474	652	33	0	206	10	206
ITALIA	**60.244.639**	**24.098**	**1.205**	**3.163**	**7.620**	**381**	**10.783**

Fonte dati – Ospedali di Comunità attivi:
Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale.»
Documentazione e Ricerche. N. 144. 1 marzo 2021. Dipartimento Affari Sociali del Servizio Studi della Camera dei deputati - XVIII legislatura.

age.na.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

La riorganizzazione territoriale: modello organizzativo



Focus

Casa della Comunità

Casa della Comunità: modello organizzativo

Il core del modello si basa sulla presa in carico condivisa della popolazione di riferimento dall'équipe multiprofessionale

Équipe multiprofessionale

Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle **forme organizzative complesse (UCCP)** – Infermieri di Comunità, altri professionisti della salute quali ad esempio Logopedisti, Fisioterapisti, Dietisti, Tecnici della Riabilitazione e Assistenti Sociali

Una delle criticità che ha rallentato la costituzione di equipe multiprofessionali risiede nelle differenti tipologie contrattuali con cui esercitano i diversi professionisti della salute nel SSN

Gli Accordi Collettivi Nazionali

Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale.

Art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992

ACN della Medicina Generale del 29.7.2009 e s.m.i

ACN della Pediatria di libera scelta del 29.7.2009 e s.m.i

ACN della Medicina Specialistica ambulatoriale del 31.3.2020 e s.m.i

L'organizzazione dei servizi nell'ambito della Pubblica Amministrazione

La disciplina delle Convenzioni non è stata interessata dalle riforme del pubblico impiego che hanno sottratto alla contrattazione la materia dell'organizzazione dei servizi e del lavoro nella P.A., primo fra tutti il D.Lgs. n. 150/2009 (Decreto Brunetta).

Legge 8 novembre 2012 n. 189, art. 1

Patto per la Salute 2014-2016, art. 5

Legge n. 189 - 8 novembre 2012 (Legge «Balduzzi»)

Art. 1:

*1. Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria (…), **secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali**, denominate **aggregazioni funzionali territoriali**, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché **forme organizzative multiprofessionali**, denominate **unità complesse di cure primarie**, che erogano, (…), prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare, le regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la **costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi** con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. **Le regioni, avvalendosi di idonei sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo** (…).*

Verso l'attuazione di un modello omogeneo sul territorio nazionale

- Il medico convenzionato è un **professionista parasubordinato**, egli infatti gode di diritti sindacali, quali lo sciopero, ed è soggetto ad un sistema di verifiche da parte delle aziende.

- **Gestione da parte della ASL dell'orario di lavoro e organizzazione dell'agenda settimanale del medico**

  Il medico è considerato sotto questo aspetto come un **libero professionista**; è titolare di uno studio privato con obbligo di apertura di 15 ore la settimana in proporzione al numero degli assistiti. **Non è possibile imporre un orario diverso ed ulteriore salvo modifica dell'ACN**. L'estensione dell'orario o la previsione di prestazioni diverse e ulteriori è possibile solo previa negoziazione sindacale a livello regionale.

Verso l'attuazione di un modello omogeneo sul territorio nazionale

- **Gestione e coordinamento da parte del medico del personale infermieristico dipendete SSN**

  Il medico **organizza il suo studio autonomamente**, tanto che è previsto nell'ACN una **quota variabile di compenso per "incentivare" adeguati standard erogativi ed organizzativi**, tra i quali le spese dei collaboratori di studio. **Non vi è alcun obbligo per il medico in convezione di operare in una struttura articolata e strutturata, anche le forme associative sono libere**. Una volta costituite, queste forme associative impongono degli standard organizzativi che sono però sempre mediati dalla contrattazione collettiva. Così è ad esempio per le medicine di Gruppo o di Rete.

Verso l'attuazione di un modello omogeneo sul territorio nazionale

- **Definizione precisa da parte della ASL delle attività che il medico deve svolgere**

Il medico in convenzione vede definiti nella legge e negli ACN i suoi obblighi, va detto che la disciplina contrattuale li regola integralmente per la parte relative all'**assistenza ambulatoriale**, **domiciliare** e nelle **residenze protette**, nonché per quanto riguarda le attività di certificazione. L'ACN fornisce anche delle indicazioni in ordine alle modalità di effettuazione delle attività richiamando prescrizioni quali il consulto con lo specialista, l'accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero nelle sue varie fasi, la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale. **Tra le pieghe delle disposizioni dell'ACN è possibile individuare "spazi" di intervento del SSN che possono migliorare il servizio, anche se il grosso limite è comunque riferito alla natura autonoma del rapporto che non consente interventi di indirizzo se non tramite la valorizzazione della parte variabile del compenso**.

Verso l'attuazione di un modello omogeneo sul territorio nazionale

- **Definizione da parte della ASL di obiettivi e strumenti di valutazione dei risultati delle attività svolte dal medico**

Il medico convenzionato è compensato con:

- **a)** una **quota fissa**, c.d. capitaria;
- **b)** una **quota variabile** finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi e organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale. In questo ambito è possibile anche la introduzione di sistemi di valutazione;
- **c) quota per servizi** calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazioni, concordata a livello regionale e/o aziendale comprendente prestazioni aggiuntive. Anche in questo ambito è possibile intervenire pe migliorare l'assistenza ed interventi aggiuntivi. **Questo ambito, è di interesse anche perché svincola le iniziative dall'ACN: il problema resta la disponibilità del medico**.

Verso l’attuazione di un modello omogeneo sul territorio nazionale

Una parte dei compiti del medico convenzionato e la quota con cui questi interventi vengono remunerati sono spesso rimandati alla **contrattazione regionale ed aziendale.**

La variabilità di servizi e modalità di erogazione conseguente alla contrattazione di secondo livello comporta **iniquità e disuguaglianze di salute** tra popolazioni appartenenti a territori differenti, anche all’interno della stessa Regione.

Proposta di personale nelle Case della Comunità

Ipotizzando un bacino di riferimento standard tra i 15.000 e i 25.000 abitanti, per ciascuna Casa della Comunità, sulla base della stima dei flussi di attività e delle indicazioni provenienti da evidenze nazionali ed internazionali[1], si prevede di impiegare le figure professionali come nella tabella di seguito riportata. Si precisa che la stima dei costi del personale è riferita alle 1.288 Case della Comunità che si prevede di realizzare nel PNRR.

Tipologia di personale	Numero di personale medio per struttura
Amministrativo	5
Medico di Medicina Generale	10
Infermiere di Famiglia e di Comunità	8

[1]Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta 2018; Legge 8 novembre 2012 n.189; Decreto Legge n. 34 del 2020; Rapporto OCSE Health at a Glance 2019

Proposta di personale nelle Centrali Operative Territoriali

Ipotizzando un bacino di riferimento standard di 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti, sulla base della stima dei flussi di attività e delle indicazioni provenienti da esperienze regionali[1], si prevede di impiegare le figure professionali come nella tabella di seguito riportata.

Si precisa che la stima dei costi del personale è riferita alle 602 Centrali Operative Territoriali che si prevede di realizzare nel PNRR.

Tipologia di personale	Numero di personale medio per struttura
Infermiere di Famiglia e di Comunità	5
Infermiere coordinatore	1

[1] Regione Veneto, DGR 2271/2013

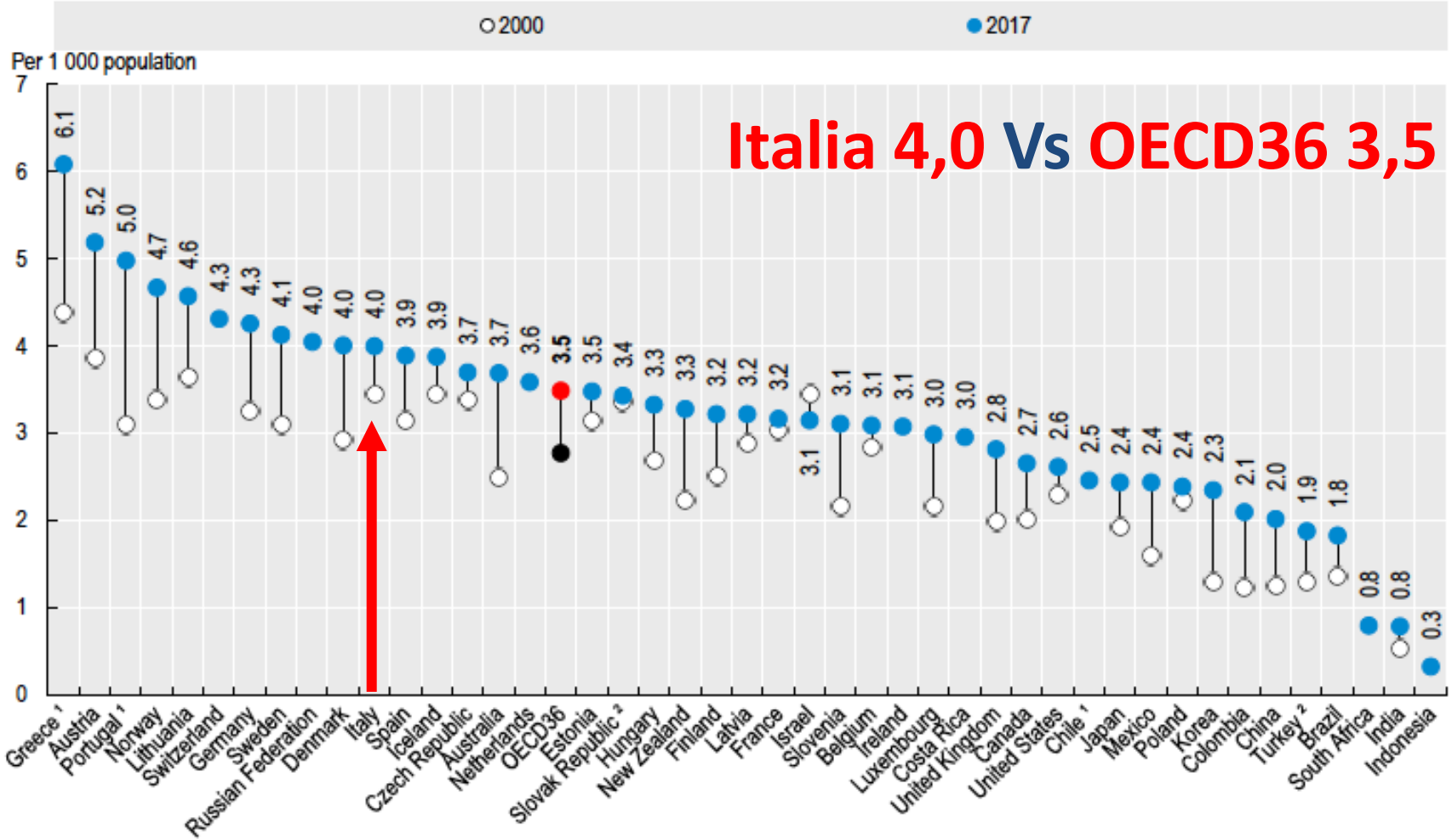
Personale negli Ospedali di Comunità

Ipotizzando un bacino di riferimento standard di 20 posti letto ogni 50.000 abitanti, per ciascun Ospedale di Comunità, sulla base di quanto previsto dalla normativa nazionale e delle indicazioni provenienti da evidenze regionali[1], si prevede di impiegare le figure professionali come nella tabella di seguito riportata. Si precisa che la stima dei costi del personale è riferita ai 381 Ospedali di Comunità che si prevede di realizzare nel PNRR

Tipologia di personale	Numero di personale medio per struttura
Medico	4 ore/die 7 giorni la settimana
Infermiere	9
Operatore socio-sanitario	6

[1] Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020; Regione Veneto DGR 2718 del 24 dicembre 2012

Numero di Medici per 1000 abitanti (2007-2017) – Il confronto OCSE



OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en.

Previsione della disponibilità di personale - Medici di Medicina Generale (MMG)

[1]Numero MMG 01/01/2020	42.009
MMG formati dal 2018 al 2023 e disponibili nel 2027	11.308
Stima pensionamenti MMG dal 2020 al 2026	18.000
*Numero MMG nel 2027	35.317
Fabbisogno MMG – rapporto ottimale (1 ogni 1.500 ab. >14 anni)	34.609

*Il fabbisogno stimato nel 2027, pari a 35.317 MMG, è stato stimato considerando il numero di MMG in attività nel 2027 sulla base dei pensionamenti stimati, nonché delle ulteriori disponibilità derivanti dai piani formativi programmati.

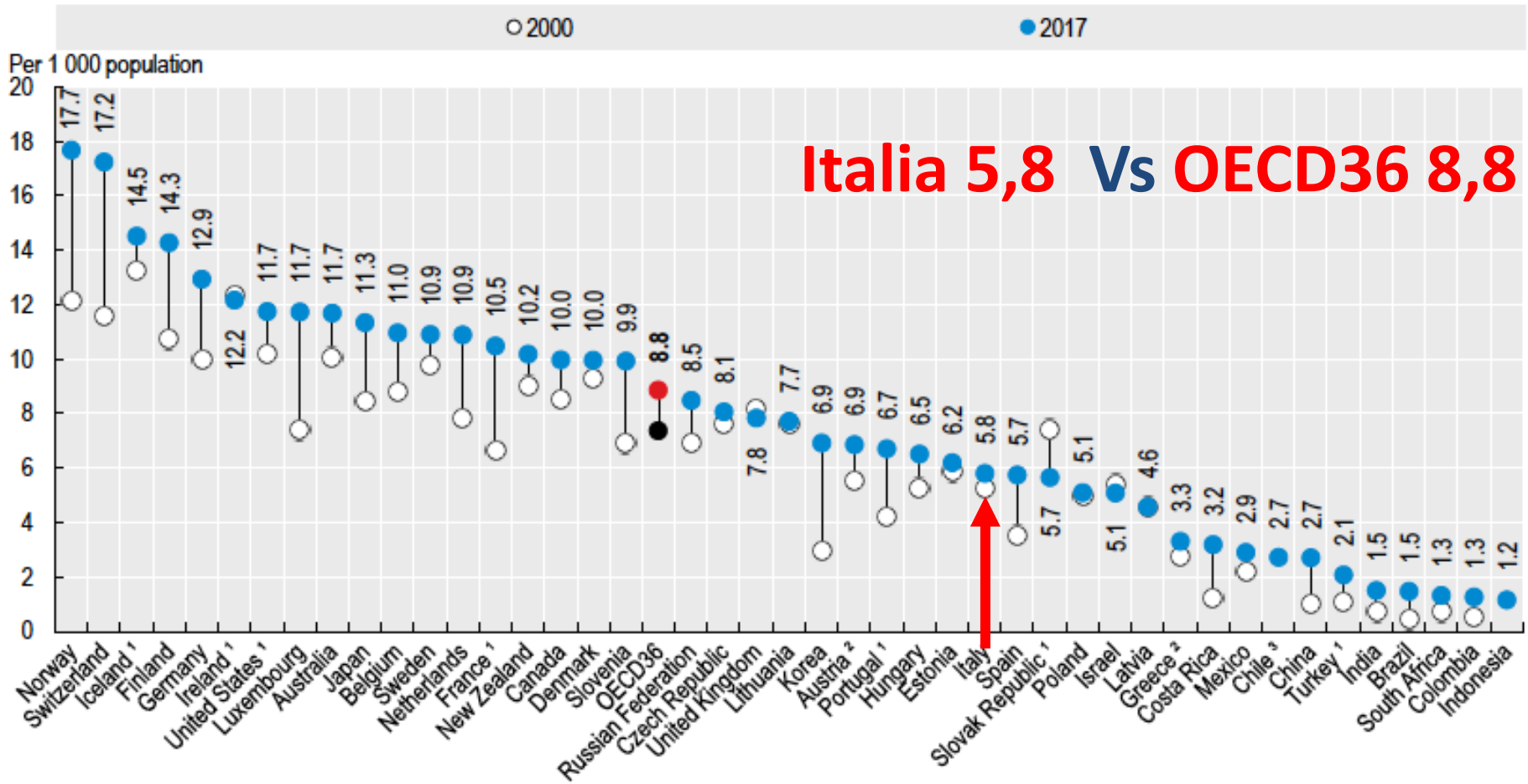
La stima dei pensionamenti è stata calcolata sulla base dei dati elaborati dalla FIMMG sull'andamento dei pensionamenti previsti dal 2018 al 2028 pari a circa 33.392 unità, considerando nella presente analisi una media di circa 3.000 pensionamenti all'anno (dal 2020 al 2026).

In merito al percorso formativo post-laurea per i MMG, si è tenuto conto del numero di borse di studio programmate per i diversi trienni a partire dal 2018-2021 fino al 2023-2026 per un totale di 8.608 borse. A tale dato è stato aggiunto anche la disponibilità di ulteriori MMG derivanti dall'investimento 2.3 della M6C2 che prevede un incremento di 2.700 nel periodo 2021-2023, per un totale di 11.308 borse.

age.na.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

[1] Fonte dati: SISAC - Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati, in Italia al 01/01/2020

Numero di Infermieri per 1000 abitanti (2007-2017) – Il confronto OCSE



OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en.

Personale Infermieristico al 31.12.2019 - Aziende Pubbliche

Regione	Tempo Indeterminato	Tempo determinato	Interinale	Personale Flessibile Totale (Det+Int)	Personale infermieristico Totale (Ind+Fles)	Infermieri ogni 1000 abitanti
Piemonte	22.116	116	381	496	22.612	5,2
Valle D'Aosta	669	8	83	91	760	6,1
Lombardia	38.803	1.116	343	1.459	40.262	4,0
P.A. Bolzano	3.407	559	-	559	3.966	7,4
P.A. Trento	3.175	153	7	160	3.335	6,1
Veneto	24.911	401	11	412	25.323	5,2
Friuli Venezia Giulia	7.580	475	53	528	8.108	6,7
Liguria	10.098	59	51	110	10.208	6,7
Emilia-Romagna	26.548	1.189	292	1.481	28.029	6,3
Toscana	21.084	429	303	732	21.816	5,9
Umbria	4.667	497	32	529	5.196	6,0
Marche	8.230	625	-	625	8.855	5,9
Lazio	19.790	1.273	55	1.328	21.118	3,7
Abruzzo	5.776	503	428	930	6.706	5,2
Molise	1.346	228	-	228	1.574	5,2
Campania	17.637	765	454	1.219	18.856	3,3
Puglia	15.757	1.109	-	1.109	16.866	4,3
Basilicata	2.867	166	-	166	3.033	5,5
Calabria	7.057	619	16	635	7.692	4,1
Sicilia	17.779	1.146	-	1.146	18.925	3,9
Sardegna	8.421	401	141	542	8.963	5,6
	267.718	**11.835**	**2.649**	**14.484**	**282.202**	**4,7**

age.na.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Fonte: elaborazione AGENAS su dati CA (Ministero dell'Economia e Finanza)

Decreto-Legge n. 34 - 19 maggio 2020 - Personale Infermieristico

Art. 1 Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale Comma 5

*Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'**introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità**, (…), possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti (…).*

Decreto-Legge n. 34 - 19 maggio 2020 - Personale Infermieristico

Allegato B – Ripartizione spesa personale territoriale <u>a decorrere</u> dall'anno 2020

Comma 4 – ADI:
265.028.624,27

Comma 5 – Infermieri di Famiglia o di Comunità:
332.640.000,00

Regione	Anno 2020					
	COMMA 4 ADI	COMMA 5 INFERMIERI	COMMA 6 POTENZIA-MENTO USCA	COMMA 7 ASSISTENTI SOCIALI	COMMA 8 CENTRALI OPERATIVE	TOTALE
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)=1+2+3+4+5
Piemonte	25.131.702,57	24.498.199,64	4.492.514,97	1.049.922,84	1.125.000,00	56.297.340
Valle d'Aosta	1.161.745,90	698.693,72	128.127,46	29.944,02	1.125.000,00	3.143.511
Lombardia	28.023.303,40	55.365.355,14	10.152.978,19	2.372.800,93	1.125.000,00	97.039.438
PA di Bolzano	4.686.349,33	2.854.732,82	523.505,00	122.345,69	1.125.000,00	9.311.933
PA di Trento	111.530,74	2.961.267,37	543.041,45	126.911,46	1.125.000,00	4.867.751
Veneto	37.697.507,83	27.082.938,95	4.966.508,16	1.160.697,38	1.125.000,00	72.032.652
Friuli Venezia Giulia	7.965.095,32	6.867.131,40	1.259.304,40	294.305,63	1.125.000,00	17.510.837
Liguria	12.325.316,34	8.917.312,97	1.635.269,63	382.170,56	1.125.000,00	24.385.069
Emilia Romagna	23.715.325,27	24.808.042,41	4.549.334,38	1.063.201,82	1.125.000,00	55.260.904
Toscana	27.389.827,98	20.953.041,76	3.842.398,83	897.987,50	1.125.000,00	54.208.256
Umbria	4.632.738,37	4.956.426,03	908.916,51	212.418,26	1.125.000,00	11.835.499
Marche	9.055.452,80	8.526.714,16	1.563.641,06	365.430,61	1.125.000,00	20.636.239
Lazio	16.977.056,00	32.194.119,22	5.903.803,73	1.379.747,97	1.125.000,00	57.579.727
Abruzzo	4.041.654,21	7.284.159,95	1.335.779,69	312.178,28	1.125.000,00	14.098.772
Molise	1.126.424,94	1.707.091,24	313.048,84	73.161,05	1.125.000,00	4.344.726
Campania	18.381.153,25	30.941.564,[illegible]	5.674.108,[illegible]	1.326.067,06	1.125.000,00	57.447.894
Puglia	17.898.238,50	22.026.6[illegible],36	4.039.26[illegible],73	943.997,20	1.125.000,00	46.033.107
Basilicata	1.254.350,53	3.10[illegible]105,88	569[illegible]68,91	133.204,54	1.125.000,00	6.190.630
Calabria	8.280.112,14	10[illegible]12.919,97	1[illegible]46.212,48	454.839,43	1.125.000,00	22.419.084
Sicilia	8.285.523,76	[illegible].148.150,40	[illegible].978.466,73	1.163.492,16	1.125.000,00	42.700.633
Sardegna	6.888.215,09	9.127.430,89	1.673.801,36	391.175,61	1.125.000,00	19.205.623
Totale	265.028.624,27	332.640.000,00	61.000.000,00	14.256.000,00	23.625.000,00	696.549.624,27

Decreto-Legge n. 34 - 19 maggio 2020 - Personale Infermieristico

Allegato B – Ripartizione spesa personale territoriale <u>a decorrere</u> dall'anno 2021

Comma 4 – ADI:
265.028.624,27

Comma 5 – Infermieri di Famiglia o di Comunità:
480.000.000,00

Regione	Anno 2021 e successivi					
	COMMA 4 ADI	COMMA 5 INFERMIERI	COMMA 6 POTENZIA-MENTO USCA	COMMA 7 ASSISTENTI SOCIALI	COMMA 8 CENTRALI OPERATIVE	TOTALE
	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)=7+8+9+10+11
Piemonte	25.131.702,57	35.350.937,44	-	-	1.125.000,00	61.607.640
Valle d'Aosta	1.161.745,90	1.008.216,05	-	-	1.125.000,00	3.294.962
Lombardia	28.023.303,40	79.892.287,36	-	-	1.125.000,00	109.040.591
PA di Bolzano	4.686.349,33	4.119.383,57	-	-	1.125.000,00	9.930.733
PA di Trento	111.530,74	4.273.113,08	-	-	1.125.000,00	5.509.644
Veneto	37.697.507,83	39.080.719,99	-	-	1.125.000,00	77.903.228
Friuli Venezia Giulia	7.965.095,32	9.909.280,52	-	-	1.125.000,00	18.999.376
Liguria	12.325.316,34	12.867.695,48	-	-	1.125.000,00	26.318.012
Emilia Romagna	23.715.325,27	35.798.041,00	-	-	1.125.000,00	60.638.366
Toscana	27.389.827,98	30.235.269,49	-	-	1.125.000,00	58.750.097
Umbria	4.632.738,37	7.152.129,92	-	-	1.125.000,00	12.909.868
Marche	9.055.452,80	12.304.060,84	-	-	1.125.000,00	22.484.514
Lazio	16.977.056,00	46.456.160,50	-	-	1.125.000,00	64.558.216
Abruzzo	4.041.654,21	10.511.053,31	-	-	1.125.000,00	15.677.708
Molise	1.126.424,94	2.463.335,12	-	-	1.125.000,00	4.714.760
Campania	18.381.153,25	44.648.722,[illegible]4	-	-	1.125.000,00	64.154.876
Puglia	17.898.238,50	31.784.4[illegible]7,54	-	-	1.125.000,00	50.807.656
Basilicata	1.254.350,53	4.48[illegible]001,27	-	-	1.125.000,00	6.864.352
Calabria	8.280.112,14	15[illegible]14.458,83	-	-	1.125.000,00	24.719.571
Sicilia	8.285.523,76	[illegible]9.174.820,20	-	-	1.125.000,00	48.585.344
Sardegna	6.888.215,09	13.170.895,95	-	-	1.125.000,00	21.184.111
Totale	265.028.624,27	480.000.000,00	-	-	23.625.000,00	768.653.624,27

Decreto-Legge n. 34 - 19 maggio 2020 - Personale Infermieristico reclutato

Regione	Infermieri totali	Tempo Indeterminato
Piemonte	1988	463
Valle D'Aosta	68	6
Lombardia	4346	635
P.A. Bolzano	630	40
P.A. Trento	145	0
Veneto	113	37
Friuli Venezia Giulia	1897	1062
Liguria	405	110
Emilia-Romagna	5007	2161
Toscana	3019	2287
Umbria	406	17
Marche	601	0
Lazio	2730	1244
Abruzzo	914	0
Molise	143	0
Campania	3349	371
Puglia	2737	301
Basilicata	207	0
Calabria	735	18
Sicilia	1998	5
Sardegna	552	0
	31.990	**8.757**

age.na.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Fonte: elaborazione Corte dei Conti su dati Ministero della Salute (dati al 23 aprile 2021)

Previsione della disponibilità di personale – Infermieri

[1]Numero infermieri totali (pubblici e privati) 01/01/2020	332.292 (5,6 per mille)
Infermieri formati dal 2020 al 2026 e disponibili nel 2027	96.078
Stima pensionamenti infermieri dal 2020 al 2026	26.018
*Numero infermieri nel 2027	402.352 (6,7 per mille)
Fabbisogno infermieri – media OCSE 2017	524.845 (8,8 per mille)

*Il personale infermieristico in attività nel 2027 (402.352 unità) è stato calcolato tenendo conto del numero di infermieri in attività in quell'anno sulla base dei pensionamenti stimati, nonché delle ulteriori disponibilità derivanti dai piani formativi programmati.
La stima dei pensionamenti è stata calcolata considerando il numero di infermieri attualmente di età superiore a 60 anni (7,83% del totale) e tenendo conto che l'età di pensionamento è 67 anni.
In merito al percorso formativo per gli infermieri, il numero di posti disponibili e programmati per l'accesso ai corsi di laurea per le professioni sanitarie infermieristiche dell'anno accademico 2020/2021 è 16.013, questo numero risulta costante negli ultimi 3 anni.
Il fabbisogno stimato di 524.845 infermieri è stato calcolato tenendo conto dell'obiettivo da raggiungere nei prossimi anni: 8,8 infermieri per 1.000 abitanti (media OCSE al 2017).

age.na.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

[1] Conto Annuale del Ministero dell'Economia e Finanze per l'anno 2019

Numero degli infermieri necessari per gli interventi previsti nella M6C1

Strutture	N. infermieri
Case delle Comunità (n. 1.288)	10.091
Centrali Operative Territoriali (n. 602)	3.612
Ospedali di Comunità (n. 381)	3.429
Assistenza Domiciliare	12.500
Totale	**29.632**

Sebbene il numero totale di infermieri nel 2027 non raggiunga il fabbisogno stimato dalla media OCSE (8,8 infermieri ogni 1.000 abitanti), **l'incremento stimato di 70.060 unità** rispetto all'attuale consentirà di coprire la progressiva attivazione degli interventi finanziati tramite il Recovery Plan.

Numero degli infermieri necessari per attivare a regime tutti gli interventi previsti dalla riforma territoriale

Strutture	N. infermieri per attivare gli interventi del PNRR	N. infermieri per attivare tutti gli interventi previsti dalla riforma
Case delle Comunità	10.091	10.091 + 13.491
Centrali Operative Territoriali	3.612	3.612
Ospedali di Comunità	3.429	3.429 + 7.416
Assistenza Domiciliare	12.500	12.500
Totale	**29.632**	**50.538**

Tuttavia considerando la necessità di attivare da standard un numero ben maggiore di strutture territoriali - **3010 CdC e 1205 OdC -** al fine potenziare in modo capillare su tutto il territorio nazionale la rete di assistenza territoriale, il numero di infermieri che serviranno nei prossimi anni per attivare tutte le strutture previste sono stati stimati intorno a **50.538**.

Sostenibilità e Spesa sanitaria corrente a partire dal 2026

	Infermieri e Interventi previsti nel PNRR	Infermieri e tutti gli interventi della Riforma
Numero di Infermieri da reclutare	29.632	50.538
Costo del personale	1.333.440.000,00	2.274.210.000,00
Decreto-Legge n. 34 - 19 maggio 2020 – comma 4 ADI	265.028.624,27	265.028.624,27
Decreto-Legge n. 34 - 19 maggio 2020 – comma 5 IFeC	480.000.000,00	480.000.000,00
Spesa sanitaria corrente	588.411.375,73	1.529.181.375,73

Fondo Sanitario Nazionale: incremento previsto

	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Incremento complessivo	2027
FSN (mln)	**121.370,10**	**122.583,80**	**123.809,64**	**125.047,74**	**126.298,21**	**127.561,19**	**6.191,09**	**128.836,81**
di cui 1% aumento stimato (mln)		1.213,70	1.225,84	1.238,10	1.250,48	1.262,98		1.275,61

	2021	2022	2023	2024	2025	2026		2027
di cui 15% dell'aumento stimato (mln)		182,06	183,88	185,71	187,57	189,45		191,34
								182,06

Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale

Gli effetti delle misure proposte sulla qualità dell'assistenza e sulla comunità di riferimento

- **Sistemi sanitari con all'interno *forti* sistemi di assistenza territoriale sono associati a una migliore salute della popolazione di riferimento**.

- Una **rete sanitaria territoriale capillare** sul territorio basato su un **approccio proattivo e sulla continuità della presa in carico** della popolazione è associato ad un minor rischio di sviluppo, di riacutizzazione e di progressione delle condizioni croniche.

- Il potenziamento dell'offerta sanitaria territoriale si associa ad una **riduzione dei ricoveri** definiti **ad alto rischio di inappropriatezza,** quali ad esempio diabete, malattia polmonare cronica ostruttiva e ipertensione.

- La capillare distribuzione delle **Case della Comunità** su tutto il territorio nazionale, in grado di garantire assistenza sanitaria di base H24 alla popolazione, costituirà la reale **alternativa al pronto soccorso per tutte quelle condizioni classificate come non urgenti** (codici bianchi e verdi)

1- Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy 2002; 60: 201–218.
Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. [PDF: 197 Kb] HSR: Health Services Research 2003; 38:3, 831-865.

Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale

Gli effetti delle misure proposte sulla qualità dell'assistenza e sulla comunità di riferimento

- Le evidenze dimostrano inoltre che **le cure primarie** e quindi una migliore **assistenza di prossimità** (a differenza di sistemi basati sull'assistenza specialistica) **garantiscono una più equa distribuzione della salute nella popolazione** permettendo di raggiungere anche le fasce di popolazione *hard to reach*.

- Il potenziamento dell'assistenza territoriale promuovendo **un'offerta diversificata** di servizi sanitari territoriali **capillare** su tutto il territorio nazionale vuole essere un punto di **riferimento continuativo per la popolazione** che, anche attraverso una **infrastruttura informatica**, un **punto prelievi**, la **strumentazione polispecialistica e il personale sanitario specializzato** adeguatamente formato e dedicato, permette di garantire una migliore presa in carico della comunità di riferimento.

- Maggiore appropriatezza e **integrazione socio-sanitaria** grazie alla possibilità di **rispondere in modo personalizzato alle necessità della persona e della famiglia** (potenziamento dell'Assistenza Domiciliare e della rete degli Ospedali di Comunità).

- **Più *forte* è l'assistenza territoriale minori sono i costi totali sul sistema sanitario**.

Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy 2002; 60: 201–218.
Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. [PDF: 197 Kb] HSR: Health Services Research 2003; 38:3, 831-865.

Il futuro prossimo dell'Assistenza Territoriale

- La **casa come luogo di cura** sfruttando l'innovazione tecnologica.
- **Assistenza integrata, multidisciplinare e multiprofessionale.**
- **Offerta dei servizi diversificata** in grado di rispondere al cambiamento dei bisogni di salute della popolazione.
- **Assistenza personalizzata,** dalla prevenzione al trattamento, anche grazie all'utilizzo di **big data** e sistemi di **intelligenza artificiale** di supporto.
- Promozione di **servizi sanitari vicini al cittadino** e facilmente accessibili.
- Rafforzare l'**autodeterminazione** (empowerment) del cittadino dentro e fuori i luoghi di cura.

age.na.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI