



# **Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 salute (M6) –**

***Analisi a cura del Servizio Uil Politiche Sociali e Welfare, Sanità,  
Mezzogiorno, Immigrazione***

## INDICE

IL PNRR – Missione 6 Salute - .....	2
DESTINAZIONE DELLE RISORSE .....	4
FOCUS sulla Missione 6 e FONDI della Milestone C1(prima della rimodulazione) .....	6
GLI OBIETTIVI DI REALIZZAZIONE (dopo la rimodulazione che definisce gli attuali standard) .....	7
FONDI ALTERNATIVI PER CdC e OdC .....	8
TARGET DI REALIZZAZIONE DELLE OPERE PREVISTE DAL PNRR .....	8
LE PIATTAFORME PER IL CONTROLLO DEL PNRR .....	9
OPENPNRR .....	14
PNRR e Fabbisogno del Personale per la realizzazione del DM77 .....	15
CASE DI COMUNITA' .....	16
OSPEDALI DI COMUNITA' .....	18
COT - Centrali operative territoriali - .....	20
VALUTAZIONI CONCLUSIVE .....	21

## IL PNRR – Missione 6 Salute –

La Missione Salute all'interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è un'iniziativa che mira a rafforzare il sistema sanitario italiano, a migliorare l'accesso ai servizi sanitari e a promuovere la salute pubblica.

Ecco alcuni dei principali obiettivi e interventi previsti all'interno della Missione Salute del PNRR:

**1. Rafforzamento del sistema sanitario:** Programmare investimenti mirati per rafforzare le infrastrutture sanitarie, migliorare l'efficienza dei servizi ospedalieri e ambulatoriali e potenziare le risorse umane nel settore sanitario. Ciò potrebbe includere la costruzione e il potenziamento di ospedali, cliniche e centri di assistenza primaria, nonché l'assunzione di personale sanitario aggiuntivo.

**2. Digitalizzazione della sanità:** Promozione dell'innovazione tecnologica nel settore sanitario attraverso la digitalizzazione dei servizi sanitari, l'implementazione di cartelle cliniche digitali, la telemedicina e l'uso di tecnologie avanzate per la diagnosi e il trattamento delle malattie. Ciò mira a migliorare l'accesso ai servizi sanitari e a ottimizzare la gestione delle risorse sanitarie.

**3. Potenziamento della prevenzione e della sanità pubblica:** Implementazione di programmi di prevenzione delle malattie e promozione della salute pubblica, con particolare attenzione alle patologie croniche, alle malattie trasmissibili e alla salute mentale. Questi interventi possono includere campagne di sensibilizzazione, screening diagnostici, programmi di vaccinazione e interventi per ridurre i fattori di rischio per la salute.

**4. Ricerca e sviluppo nel settore sanitario:** Sostegno alla ricerca scientifica e all'innovazione nel campo della medicina e della sanità, con l'obiettivo di sviluppare nuovi trattamenti, terapie e tecnologie mediche. Questo può includere investimenti in centri di ricerca, finanziamenti per progetti di ricerca e collaborazioni internazionali nel campo della salute.

**5. Resilienza sanitaria:** Miglioramento della capacità di risposta del sistema sanitario italiano a emergenze sanitarie e pandemie future, attraverso la creazione di piani di preparazione e gestione delle crisi, l'implementazione di sistemi di monitoraggio epidemiologico e la formazione del personale sanitario per fronteggiare situazioni di emergenza. Nel contesto della Missione Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in Italia, le "case comunità" sono considerate strutture residenziali o centri di assistenza che forniscono servizi di cura e supporto a persone con bisogni particolari, come anziani non



autosufficienti, persone con disabilità o con problemi di salute mentale. Mentre con il concetto di "ospedale comunità" ci si può riferire a una serie di iniziative finalizzate a migliorare l'accesso ai servizi sanitari e a promuovere la salute delle comunità locali. Infine, con le centrali operative nel contesto della Missione Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in Italia si vuole dare operatività a strutture o sistemi centralizzati di coordinamento e gestione delle risorse sanitarie per migliorare l'efficienza del sistema sanitario nazionale.

## DESTINAZIONE DELLE RISORSE

**Il PNRR ha destinato alla Missione Salute 15,63 miliardi, pari all'8,16%** dell'importo totale, per sostenere importanti riforme e investimenti a beneficio del Servizio sanitario nazionale, da realizzare entro il 2026. Ma complessivamente, le risorse straordinarie per l'attuazione del PNRR e il rinnovamento della sanità pubblica italiana si attestano a circa 19 miliardi di euro. Tra queste, ci sono anche le risorse messe in campo dall'Italia con il Piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR, che destina alla salute ulteriori 2,89 miliardi di euro.

Gli interventi della Missione Salute del PNRR, da raggiungere entro il 2026, si dividono in due aree principali:

- 1. ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale** con professionisti e prestazioni disponibili in modo capillare su tutto il territorio nazionale, per una sanità che sia vicina e prossima alle persone;
- 2. innovare il parco tecnologico ospedaliero**, digitalizzare il Servizio sanitario nazionale, investire in ricerca e formazione del personale sanitario per una sanità più sicura, equa e sostenibile.

La componente rivolta al rafforzamento della sanità territoriale si basa su una strategia in 2 tempi:

Il primo, è l'approvazione di una riforma dell'intero sistema di assistenza, con l'obiettivo di riorganizzarlo, renderlo omogeneo in tutto il paese e stabilire così un nuovo assetto dell'offerta territoriale. Una scadenza prevista per la metà del 2022, attuata nel maggio dello scorso anno con l'approvazione del decreto ministeriale 77/2022.

Il secondo tempo dell'attuazione è il rafforzamento della rete presente sul territorio, con la costituzione a livello locale dei presidi e delle strutture sanitarie previsti dalla riforma approvata. In questo nuovo assetto, case e ospedali di comunità sono chiamati a rappresentare il primo presidio della sanità territoriale rivolta al paziente.

In particolare, le prime, le case della comunità, sono un presidio fisico di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per i bisogni di assistenza sanitaria. Si distinguono tra hub (quelle principali che erogano servizi di assistenza primaria, attività specialistiche e di diagnostica di base) e spoke, che offrono unicamente servizi di assistenza primaria



IL SINDACATO DELLE PERSONE

## I servizi previsti nelle case della comunità

Livello di obbligatorietà

Servizi offerti

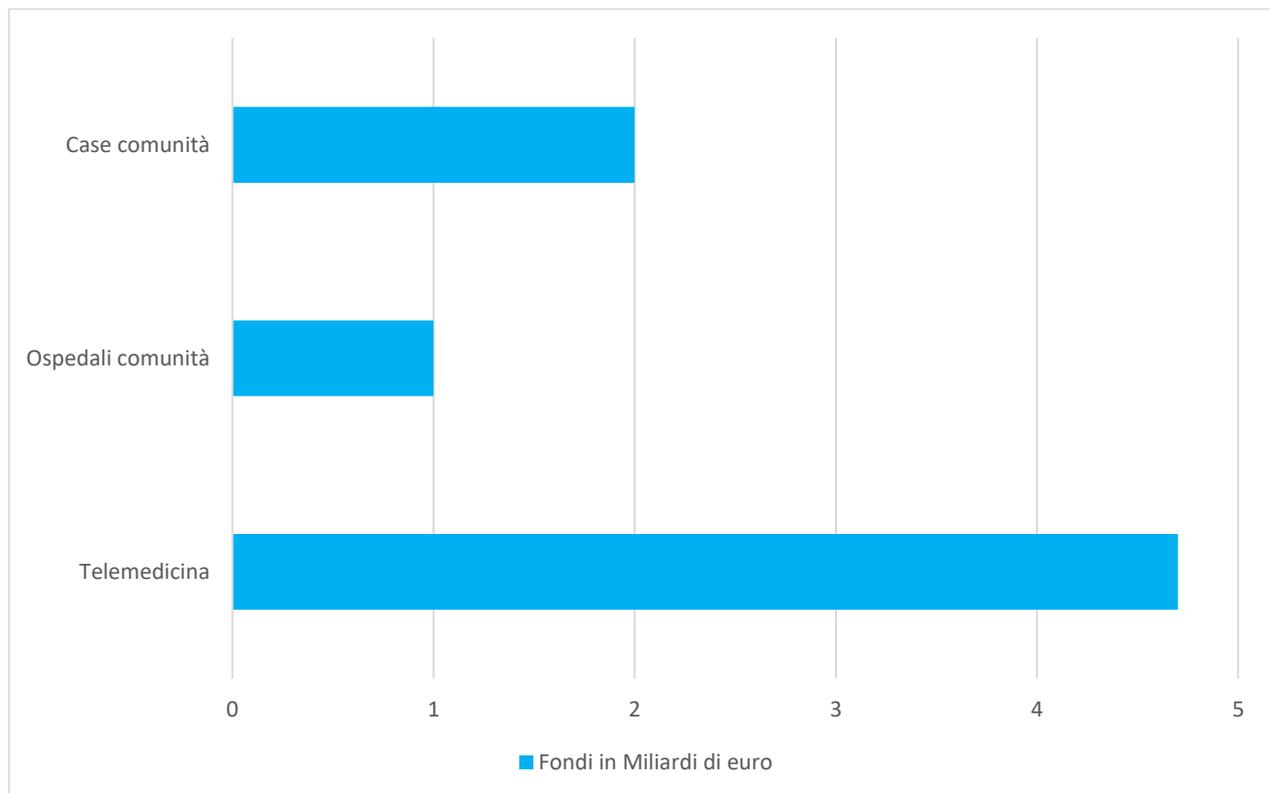
Obbligatori per CdC hub e spoke	<ul style="list-style-type: none"><li>- Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali;</li><li>- Punto unico di accesso;</li><li>- Servizio di assistenza domiciliare;</li><li>- Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza;</li><li>- Servizi infermieristici;</li><li>- Sistema integrato di prenotazione collegato al Cup aziendale;</li><li>- Integrazione con i servizi sociali;</li><li>- Partecipazione della comunità e valorizzazione della co-produzione;</li><li>- Collegamento con la casa della Comunità hub di riferimento;</li><li>- Presenza medica per la CdC hub: H24, 7/7 gg;</li><li>- Presenza medica per la CdC spoke: H12, 6/7 gg;</li><li>- Presenza infermieristica per la CdC hub: H12, 7/7 gg (fortemente raccomandato H24, 7/7 gg);</li><li>- Presenza infermieristica per la CdC spoke: H12, 6/7 gg.</li></ul>
Obbligatori solo per CdC hub	<ul style="list-style-type: none"><li>- Servizi diagnostici di base;</li><li>- Continuità assistenziale;</li><li>- Punto prelievi.</li></ul>
Facoltativi nelle CdC hub e spoke	<ul style="list-style-type: none"><li>- Attività consultoriali e attività rivolta ai minori;</li><li>- Interventi di salute pubblica (includere le vaccinazioni per la fascia 0-18);</li><li>- Programmi di screening.</li></ul>
Raccomandati nelle CdC hub e spoke	<ul style="list-style-type: none"><li>- Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza;</li><li>- Medicina dello sport.</li></ul>

**Fonte: Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale**

## FOCUS sulla Missione 6 e FONDI della Milestone C1 (prima della rimodulazione)

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza affronta il tema attraverso la Missione 6 Salute e in particolare i target C1; C1/1.1; C1/1.3; C1/1.2.3 e C1/1.2.2, per il potenziamento della Medicina territoriale.

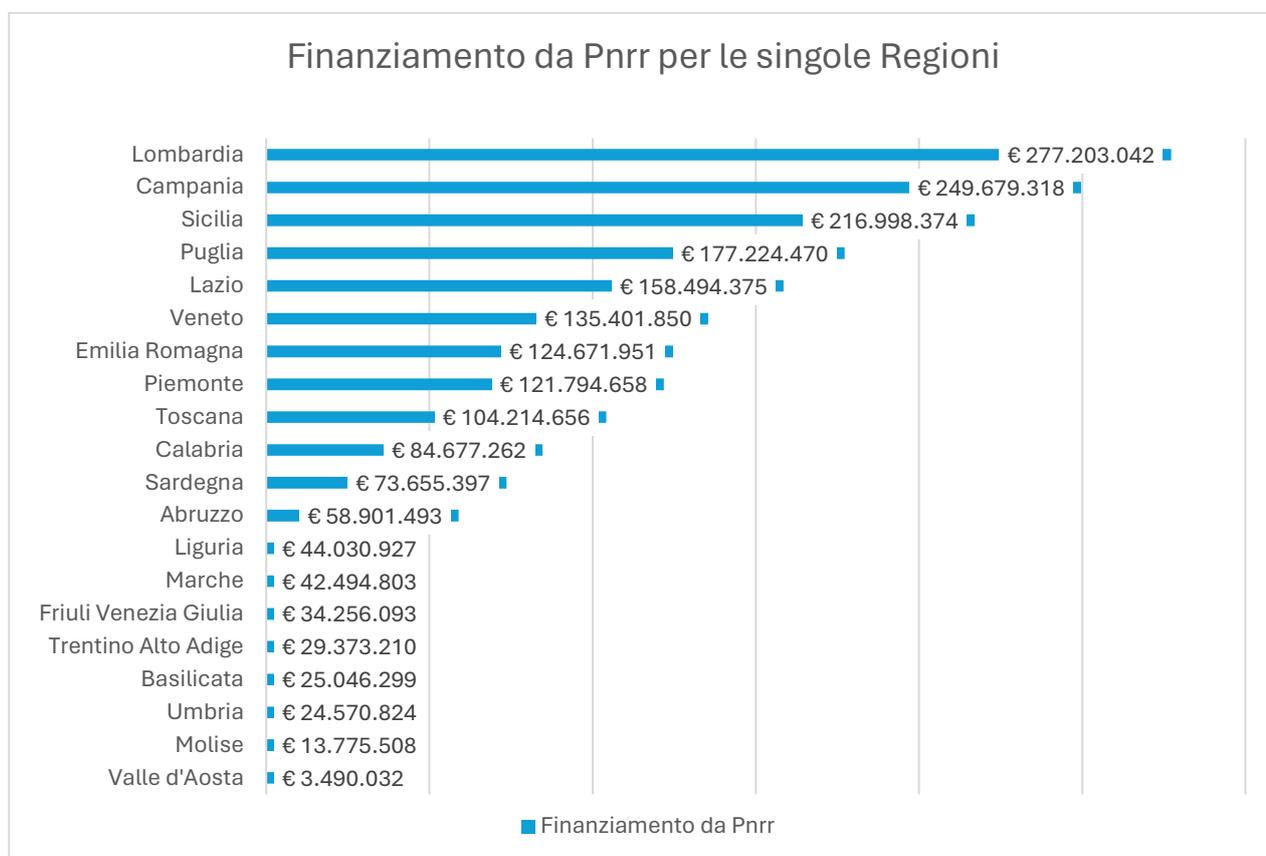
In particolare, per le Case di comunità (in totale 1350, una ogni 40-50 mila abitanti) il PNRR stanziava 2 miliardi di euro; per gli Ospedali di comunità (in totale 400, 1 struttura da 20 posti letto ogni 100 mila abitanti) il PNRR mette a disposizione 1 miliardo di euro; per le Centrali operative territoriali (600 in totale, 1 ogni 100 mila abitanti) sono stati stanziati 280 milioni di euro; per la Telemedicina, infine, sono previste risorse per 4 miliardi e 750 milioni di euro.



**Fonte: Elaborazione del Servizio UIL Politiche Sociali e Welfare, Sanità, Mezzogiorno, Immigrazione**

## GLI OBIETTIVI DI REALIZZAZIONE (dopo la rimodulazione che definisce gli attuali standard)

L'obiettivo finale, dopo la revisione del Piano nazionale di ripresa e resilienza, è quello di realizzare **1038 Case di comunità** (1350 prima previsione); **307 Ospedali di comunità** (400 prima previsione); **480 centrali operative** (600 prima previsione) e di arrivare alla copertura con l'assistenza domiciliare di 842 mila over 65.



**Fonte: Elaborazione del Servizio UIL Politiche Sociali e Welfare, Sanità, Mezzogiorno, Immigrazione**

## **FONDI ALTERNATIVI PER CASE DI COMUNITÀ E OSPEDALI DI COMUNITÀ**

Per la realizzazione di quelle Cdc e Odc, che in seguito alla rimodulazione del PNRR sono uscite dal finanziamento del Piano stesso, il Governo ha destinato i seguenti fondi alternativi nella disponibilità programmatoria delle Regioni:

- 1.** accordo di programma ex articolo 20 della Legge 67/88 - Programma straordinario di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico dell'edilizia sanitaria;
- 2.** fondi delle politiche di coesione;
- 3.** fondo opere indifferibili.

Tuttavia, in ordine a dette linee di finanziamento alternative al PNRR, manca la chiarezza sull'ammontare delle risorse economiche effettivamente disponibili per singolo fondo, trattandosi di linee di finanziamento attivate da tempo.

Pertanto, se non vi sarà un attento monitoraggio, il rischio di un effettivo taglio del numero delle CdC, OdC e CoT, rispetto ai numeri previsti in origine dal PNRR ante rimodulazione è altissimo.

## **TARGET DI REALIZZAZIONE DELLE OPERE PREVISTE DAL PNRR**

- 1. Case comunità** entro giugno 2026
- 2. Centrali operative territoriali** pienamente operative entro dicembre 2024
- 3. Ospedali di comunità** entro giugno 2026

Di fronte al rischio di un'applicazione a macchia di leopardo dei nuovi standard di assistenza territoriale, un monitoraggio attento dell'impiego delle risorse del PNRR appare quanto mai necessario. Un'attività, che allo stato attuale delle informazioni, non è affatto semplice e che deve necessariamente essere effettuata opera per opera, come peraltro indicato dal Ministero stesso in risposta ai rilievi della Corte dei Conti.

## LE PIATTAFORME PER IL CONTROLLE DEL PNRR

Il panorama delle piattaforme di controllo del Piano nazionale di ripresa e resilienza è vario. Sono diversi i canali rinvenibili sul Web, ma la maggior parte di questi rappresentano fonti chiuse, alle quali cioè il cittadino comune e le parti sociali non hanno possibilità di accesso.

Siamo convinti, e i dati che abbiamo raccolto ci sostengono in questa analisi, sia necessario stimolare l'aggiornamento costante di queste piattaforme e l'apertura delle stesse al massimo controllo sociale.

**SiGeCo** disciplina l'organizzazione, gli strumenti e le procedure complessivamente adottate per l'attuazione del PNRR, al fine di fornire all'Unione europea la garanzia di regolarità e correttezza dei finanziamenti erogati per la realizzazione degli interventi/progetti attuati a livello nazionale (per il PNRR anche target e milestone) grazie al sostegno dei fondi UE.

Il SiGeCo, gestito dal Ministero dell'Interno, risponde pertanto all'esigenza di assicurare l'efficace attuazione degli interventi e dei progetti, nonché la sana gestione finanziaria nel rispetto della normativa europea e nazionale applicabile. La piattaforma SiGeco non è accessibile dai singoli cittadini, ma alle amministrazioni pubbliche, e al suo interno si aggiornano gli stati di avanzamento dei progetti da parte dei soggetti attuatori interessati.

**ReGis**, poi, è la piattaforma unica attraverso cui le Amministrazioni centrali e periferiche dello Stato, gli Enti Locali e i soggetti attuatori, possono compiere tutta una serie di operazioni per rispettare gli obblighi di monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti finanziati dal PNRR.

La piattaforma ReGis, voluta dalla Ragioneria dello Stato, è costata 40 milioni: 17,5 per lo sviluppo; 19,7 milioni per le licenze e 3.3 milioni di euro per l'assistenza e la formazione. La sua gestione costerà 475 milioni di euro all'anno per cinque anni.

**Portale ItaliaDomani.** È un portale dedicato al Piano nazionale di ripresa e resilienza e all'interno si possono trovare i progetti delle varie missioni del PNRR, ma non si può risalire allo stato di avanzamento dei progetti stessi.

Inoltre, ogni Ministero competente per materia, ha una sua pagina interamente dedicata al PNRR. Anche da queste pagine, però, non è possibile ricavare il dato riferito allo stato di avanzamento dei singoli progetti, ma solo lo stanziamento iniziale e l'allocazione dello stesso all'interno dei singoli target.

Spesso, i dati non sono aggiornati e ciò che si può trovare sono argomenti che non tengono conto della revisione del PNRR presentata dal Governo e approvata dall'Europa nel 2023.

**Anche le Regioni** hanno predisposto, in ossequio agli obblighi di trasparenza e pubblicità degli atti come da Decreto legislativo 14 marzo 2013 numero 33, delle pagine web sulle quali sono stati riportati i dati riferiti ai progetti del PNRR ma, spesso, non si trovano gli aggiornamenti sullo stato di attuazione dei progetti.

La Calabria, fra le regioni italiane e quelle del Sud in particolare, rappresenta un esempio positivo. Sulla sezione dedicata al Piano nazionale di ripresa e resilienza predisposto all'interno del sito ufficiale dell'amministrazione regionale, infatti, è possibile seguire lo stato di avanzamento delle opere finanziate con i fondi del PNRR.

Regione	Aggiornamento avanzamento progetti Pnrr
Calabria	Sezione dedicata con aggiornamento costante
Basilicata	Pagina dedicata ma senza aggiornamento
Campania	Pagina dedicata ma con pochi aggiornamenti
Puglia	Pagina dedicata ma solo informazioni preliminari
Sardegna	Pagina dedicata ma senza aggiornamento
Sicilia	Presenti solo dati offerti con comunicati stampa
Lazio	Aggiornamento assente
Umbria	Presenti solo dati offerti con comunicati stampa
Marche	Presente sito Easypnrr e rimando a siti ministeri
Toscana	Pagina con bandi ma niente aggiornamenti
Emilia-Romagna	Pagina dedicata con molte informazioni. No aggiornamento
Lombardia	Pagina dedicata con relazione su stato avanzamento
Piemonte	Pagina dedicata e dati aggiornamento presenti
Veneto	Pagina dedicata ma senza aggiornamento
Abruzzo	Pagina con rimando a geoportale Agenas
Liguria	Pagina dedicata con numeri di sintesi su interventi
Molise	Nessuna pagina dedicata
Valle d'Aosta	Pagina dedicata con aggiornamento costante
Provincia Trento	Pagina dedicata e rimando a portale Italia Domani
Provincia Bolzano	Pagina dedicata con rimando a siti ministero

**Fonte:** Elaborazione del Servizio UIL Politiche Sociali e Welfare, Sanità, Mezzogiorno, Immigrazione

**Anche Agenas**, l'Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, per quanto attiene in particolare alla Missione 6 del PNRR, prevede un costante aggiornamento sui progetti del PNRR.

È una fonte aperta, facilmente consultabile dai cittadini per un controllo sociale approfondito sui progetti e sul loro stato di avanzamento, ma è costretta a lavorare sui dati che vengono offerti dal Ministero della Salute e, quindi, in ritardo rispetto al reale avanzamento.

Per Agenas, al 19 ottobre 2023 (quindi anche questa agenzia nazionale è costretta a lavorare su numeri datati), sono in tutto 187 le case della comunità realizzate in Italia e, di queste, nessuna risulta essere stata avviata nelle regioni del Sud Italia, fatta eccezione per il Molise.

### Case della comunità

Tabella 1. Case della Comunità previste (da attivare entro il 2026 quale target PNRR) e Case della Comunità dichiarate funzionalmente già attive.

Regione	CdC da CIS/POR da attivare entro il 2026	CdC extra CIS/POR da attivare entro il 2026	Standard rispetto alla popolazione residente (ISTAT 2022)	CdC con alcuni servizi previsti dal DM 77/2022 già attivi
Abruzzo	40	-	31.747	-
Basilicata	19	-	28.245	-
Calabria	61	4	28.328	-
Campania	172	19	29.278	-
Emilia-Romagna	85	7	48.119	43
Friuli-Venezia Giulia	23	4	44.155	-
Lazio	135	20	36.820	-
Liguria	32	-	46.957	-
Lombardia	199	14	46.717	92
Marche	29	-	51.063	-
Molise	13	-	22.295	6
Piemonte	82	9	46.601	38
Prov. Aut. Bolzano	10	-	53.327	-
Prov. Aut. Trento	10	-	54.205	-
Puglia	121	-	32.238	-
Sardegna	50	30	19.688	-
Sicilia	156	-	30.782	-
Toscana	77	-	47.418	6
Umbria	17	5	38.824	2
Valle d'Aosta	4	-	30.739	-
Veneto	95	4	48.871	-
<b>Italia</b>	<b>1.430</b>	<b>116</b>		<b>187</b>

Sono 187 le Case della Comunità dichiarate dalle Regioni/PA funzionalmente attive.

**Fonte: Tabella e dati pubblicati sul sito Agenas - Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali**

Nelle regioni del Mezzogiorno, come evidenzia la tabella redatta dall'Agenas, a esclusione del Molise, che riscontriamo essere considerata regione del Sud dall'elaborato dell'Agencia Regionale sanitaria, non risulta ancora operativa nessuna casa di comunità.



IL SINDACATO DELLE PERSONE

### Ospedali di Comunità

Tabella 6. Ospedali di Comunità previsti (da attivare entro il 2026 quale target PNRR) e Ospedali di Comunità dichiarati attivi.

Regione	OdC da CIS/POR da attivare entro il 2026	OdC extra CIS/POR da attivare entro il 2026	Standard rispetto alla popolazione residente (ISTAT 2022)	OdC con alcuni servizi previsti dal DM 77/2022 già attivi
Abruzzo	11	-	115.442	2
Basilicata	5	-	107.332	-
Calabria	20	3	80.057	-
Campania	48	9	98.108	1
Emilia-Romagna	27	-	163.960	5
Friuli-Venezia Giulia	7	2	132.466	-
Lazio	36	7	132.724	1
Liguria	11	-	136.602	1
Lombardia	66	3	144.214	17
Marche	9	10	77.939	-
Molise	2	-	144.920	2
Piemonte	27	3	141.358	-
Prov. Aut. Bolzano	3	-	177.756	-
Prov. Aut. Trento	3	-	180.683	-
Puglia	38	-	102.654	6
Sardegna	13	20	47.728	-
Sicilia	43	-	111.675	-
Toscana	24	-	152.131	-
Umbria	5	12	50.243	3
Valle d'Aosta	1	1	61.478	-
Veneto	35	36	68.144	38
<b>Italia</b>	<b>434</b>	<b>106</b>		<b>76</b>

I posti letto attivi nei 76 Ospedali di Comunità funzionanti risultano pari a 1.378.

**Fonte: Tabella e dati pubblicati sul sito Agenas - Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali**

Da questa tabella emerge che, fra le regioni del Sud Italia, a rendere operativi alcuni ospedali di comunità sono solo Molise e Puglia.



IL SINDACATO DELLE PERSONE

### Centrali Operative Territoriali

Tabella 4. Centrali Operative Territoriali previste (da attivare entro il 2024 quale target PNRR) e Centrali Operative Territoriali dichiarate attive.

Regione	COT da CIS/POR da attivare entro il 2024	COT extra CIS/POR da attivare entro il 2024	Standard rispetto alla popolazione residente (ISTAT 2022)	COT con alcuni servizi previsti dal DM 77/2022 già attivi
Abruzzo	13	-	97.682	-
Basilicata	6	-	89.443	-
Calabria	21	2	80.057	-
Campania	65	18	67.376	-
Emilia-Romagna	45	-	98.376	5
Friuli-Venezia Giulia	12	-	99.349	-
Lazio	59	3	92.050	15
Liguria	16	-	93.914	-
Lombardia	101	3	95.680	36
Marche	15	-	98.723	-
Molise	3	-	96.613	-
Piemonte	43	-	98.622	7
Prov. Aut. Bolzano	5	-	106.653	4
Prov. Aut. Trento	5	-	108.410	-
Puglia	40	-	97.521	-
Sardegna	16	8	65.626	-
Sicilia	50	-	96.040	-
Toscana	37	-	98.680	-
Umbria	9	-	94.904	1
Valle d'Aosta	1	-	122.955	-
Veneto	49	9	83.418	9
<b>Italia</b>	<b>611</b>	<b>43</b>		<b>77</b>

Delle 77 Centrali Operative Territoriali dichiarate attive, si riporta nella tabella seguente il dettaglio aggregato dei giorni di funzionamento.

**Fonte: Tabella e dati pubblicati sul sito Agenas - Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali**

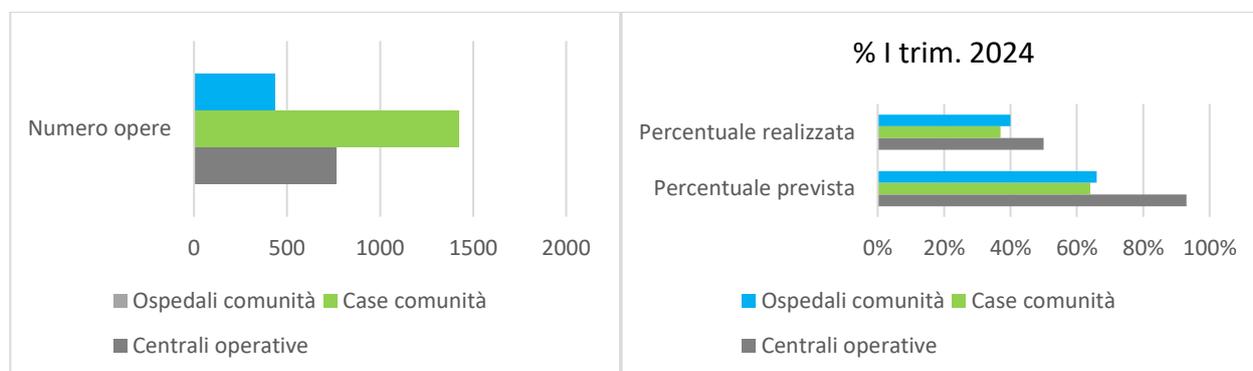
Da questa tabella si evince che, nonostante il termine perentorio del 2024, le Centrali operative dichiarate attive siano solo 77.

## OPENPNRR

Un'altra fonte aperta è quella rappresentata da OpenPnrr: è un progetto che seguirà tutto l'andamento del PNRR, fino alla sua conclusione nel 2026, a cura della fondazione Openpolis. Alla piattaforma OpenPnrr si può accedere facilmente dopo aver eseguito una registrazione con le proprie credenziali e stabilito una password. Su questa piattaforma è possibile seguire, passo dopo passo, lo stato di avanzamento dei progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e, inoltre, vengono fornite le percentuali di completamento delle misure previste dal PNRR.

Progetti (Dati presenti su OpenPnrr)	Numero opere previste dal Pnrr (previsione)	Percentuale realizzativa Al primo trimestre 2024	Percentuale prevista Primo trimestre 2024
Ospedali comunità	433	40%	66%
Case comunità	1423	37%	64%
Centrali operative	762	50%	93%

Tabella n. opere previste dal PNRR prima della rimodulazione



**Fonte: Tabella e dati pubblicati sul sito Agenas - Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali**

Dalla verifica delle summenzionate piattaforme, si è registrata una situazione allarmante: i pochi dati forniti dalle poche piattaforme operative sono non attuali, frammentati e, in alcuni casi, come per esempio per le informazioni pubblicate da Agenas e OpenPnrr, sono in evidente contrasto tra loro.

## **PNRR e Fabbisogno del Personale per la realizzazione del DM77**

Di seguito, la proiezione del fabbisogno del personale del comparto (infermieri, infermieri di comunità, oss, personale di supporto) per la realizzazione del DM77, esclusa l'Area Medica, che coinvolgerà i MMG.

Con l'approvazione del Decreto n. 77/2022 il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", si è dato vita a un atto importante, atteso e strettamente legato alla Missione 6 Salute del PNRR descritta precedentemente.

Tramite questo provvedimento si definisce che:

1. per la prima volta vengono forniti degli standard per l'assistenza territoriale che costituiscono indispensabili punti di riferimento;
2. vengono introdotti dei modelli organizzativi e assistenziali nuovi come le Case della Comunità, Cot e Ospedali di Comunità;
3. viene fornito il contesto organizzativo e professionale entro il quale si devono sviluppare gli investimenti del PNRR.

E come ribadito precedentemente, la dimensione temporale assume una grande importanza perché le Regioni sono chiamate a completare il nuovo assetto della medicina territoriale entro il 2026, l'anno della conclusione degli interventi del PNRR.

Una dimensione, quella del DM77/22, che, ad oggi, però non ha ancora trovato concreta attuazione.

Riportiamo nel dettaglio cosa prevede il DM77/22 relativamente al fabbisogno del personale.

## **CASE DI COMUNITA'** ***Standard personale***

I nuovi criteri per lo sviluppo dell'assistenza territoriale prevedono i seguenti standard di personale:

1 Casa di Comunità hub: 7-11 Infermieri; 1 assistente sociale; 5-8 unità di Personale di Supporto, (Sociosanitario, Amministrativo), di cui 5 dovrebbero essere amministrativi secondo la documentazione allegata al PNRR (standard con valore prescrittivo).

Le CdC hub, al fine di assicurare i servizi previsti, dovranno essere dotate di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto:

- 1 coordinatore infermieristico;
- 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali;
- 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute;
- 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare di base, le attività di prevenzione e teleassistenza (D.M.S. 77/2022). ***(Il numero minimo degli infermieri è pertanto 8 (e non 7) considerando il coordinatore infermieristico per cui si presume che il numero massimo possa arrivare a 12 sempre considerando il coordinatore.***

Sono poi previsti tutti i professionisti che provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

In particolare, si segnala che nelle CdC hub e spoke è garantita l'assistenza medica H12, 6 giorni su 7, attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento.

Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC hub e spoke. Questa attività, secondo l'Agenas, dovrebbe coinvolgere 30-35 medici di medicina generale (MMG) per ogni CdC hub che garantiscono la loro presenza per 2 ore la settimana ciascuno.

L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni con il pubblico e di assistenza all'utenza.

Il personale di supporto amministrativo e tecnico, secondo l'Agens dovrà fra l'altro garantire l'apertura del PUA (8,00-18,00, 6 giorni su 7).

Il Piano nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR), che ha programmato lo sviluppo delle Case della Comunità finanziando le opere strutturali, non ha però finanziato il costo del personale necessario per farle funzionare.

### Costi del personale delle 1038 Case della Comunità

CASE DI COMUNITÀ (CDC) 1038					
	DESCRIZIONE PERSONALE	UNITA' DI PERSONALE PER STRUTTURA	COSTO UNITARIO MEDIO ANNUO	UNITÀ DI PERSONALE TOTALE	COSTI COMPLESSIVI IN EURO
1	COORDINATORE INFERMIERISTICO	1	50.000,00 €	1.038	51.900.000,00 €
2	INFERMIERI	11	49.100,00 €	11.418	560.623.800,00 €
3	PERSONALE DI SUPPORTO (DI CUI 5 AMMINIST.)	8	40.500,00 €	8.304	336.312.000,00 €
	<b>TOTALE</b>				<b>948.835.800,00 €</b>

*Fonte: Elaborazione del Servizio UIL Politiche Sociali e Welfare, Sanità, Mezzogiorno, Immigrazione*

**1.** Il costo complessivo dei coordinatori infermieristici è dato dal prodotto tra il numero dell'unità di personale previsto dal DM77 e il costo unitario medio annuo indicato dal MEF.

**2.** Il costo complessivo degli infermieri è dato dal prodotto tra il numero dell'unità di personale previsto dal DM77 e il costo unitario medio annuo indicato dal MEF.

**3.** Il costo complessivo del personale di supporto è dato dal prodotto tra il numero dell'unità di personale previsto dal DM77 e il costo unitario medio annuo indicato dal MEF.

*Nota: il costo unitario medio annuo è indicato dal MEF desunto dal conto annuale 2018 (MEF, 2021). Fonte: ns. elaborazione di dati DMS 77/2022 e dal MEF 72021.*

## **OSPEDALI DI COMUNITA'**

### ***Standard personale***

Altro tema importante riguarda il personale coinvolto negli Ospedali di Comunità. L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia, e più prossimi al domicilio.

Lo standard di riferimento prevede la presenza di almeno un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti (standard organizzativo con valore prescrittivo). È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione. Le stanze sono da 1 o 2 o 4 letti.

Il PNRR mette a disposizione 1 mld di euro per realizzare 307 ospedali di Comunità, riservando almeno il 40% delle risorse alle regioni del Mezzogiorno.

Per un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto viene previsto il seguente standard di personale: 7-9 Infermieri (di cui un coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 (standard organizzativo con valore prescrittivo).

Per quel che riguarda l'assistenza medica, questa deve essere garantita nel turno diurno (8-20) per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7, mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia.

L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura (standard organizzativo con valore prescrittivo). Le attività di coordinamento sono assicurate da un infermiere con funzioni di coordinamento per uno o più moduli, se presenti nell'OdC.

L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7 (standard organizzativo con valore prescrittivo) con il supporto degli operatori sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri

professionisti sanitari e sociali coinvolti. Gli OdC verranno completati entro il 2026 per cui il personale dovrà essere messo a disposizione dal 2027.

L'ospedale di comunità è operativo 7 giorni su 7 (standard organizzativo con valore prescrittivo).

Anche per gli Ospedali di Comunità abbiamo fatto una stima dei costi.

### Costi del personale dei 307 Ospedali di Comunità

OSPEDALI DI COMUNITÀ (ODC) 307					
	DESCRIZIONE DEL PERSONALE	UNITA' DI PERSONALE PER STRUTTURA	COSTO UNITARIO MEDIO ANNUO	UNITÀ DI PERSONALE TOTALE	COSTI COMPLESSIVI IN EURO
1	COORDINATORE INFERMIERISTICO	1	50.000,00 €	307	15.350.000,00 €
2	INFERMIERI	8	49.100,00 €	2.456	120.589.600,00 €
3	OPERATORE SOCIO SANITARIO	6	30.000,00 €	1.842	55.260.000,00 €
4	ALTRO PERSONALE CON FUNZIONE RIABILITATIVA	2	44.000,00 €	614	27.016.000,00 €
	<b>TOTALE</b>				<b>218.215.600,00 €</b>

Fonte: Elaborazione del Servizio UIL Politiche Sociali e Welfare, Sanità, Mezzogiorno, Immigrazione

**1. Il costo complessivo dei coordinatori infermieristici è dato dal prodotto tra il numero dell'unità di personale previsto dal DM77 e il costo unitario medio annuo indicato dal MEF.**

**2. Il costo complessivo degli infermieri è dato dal prodotto tra il numero dell'unità di personale previsto dal DM77 e il costo unitario medio annuo indicato dal MEF.**

**3. Il costo complessivo degli operatori sociosanitari è dato dal prodotto tra il numero dell'unità di personale previsto dal DM77 e il costo unitario medio annuo indicato dal MEF.**

**Nota: il costo unitario medio annuo delle singole figure professionali è indicato dal MEF desunto dal conto annuale 2022. Il personale indicato è quello massimo previsto dal D.M.S. 77/2022 tenuto conto che gli standard sono molto bassi e che, per la Uil, per un turno "considerato di respiro", che deve garantire la presenza infermieristica 24 ore su 24, servono 5-6 infermieri.**

## **COT - Centrali operative territoriali – Standard personale**

La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 (standard prescrittivo) e deve essere dotata di infrastrutture tecnologiche e informatiche quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate.

Lo Standard di personale di una COT per 100.000 abitanti: 1 coordinatore infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto (standard prescrittivo). La responsabilità del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale è affidata a un coordinatore aziendale infermieristico (Decreto M.S. 77/2022) di cui alla L. n. 251/2000, adeguatamente formato e preferibilmente che abbia conseguito la laurea magistrale.

Per svolgere le attività sopra citate, ivi incluse quella di integrazione ospedale-territorio che necessitano di una valutazione multidimensionale, le COT prevedono l'interazione di figure professionali diverse: Infermiere case manager, Medico, Assistente sociale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, valutazione determinante ai fini della scelta del setting di destinazione, così come di personale amministrativo.

### **Costi del personale della Centrale Operativa Territoriale**

<b>CENTRALI OPERATIVE (COT) 480</b>					
	<b>DESCRIZIONE PERSONALE</b>	<b>UNITÀ PERSONALE PER COT</b>	<b>COSTO UNITARIO MEDIO ANNUO</b>	<b>UNITÀ DI PERSONALE TOTALE</b>	<b>COSTI ADDIZIONALI</b>
<b>1</b>	INFERMIERE DI FAMIGLIA	5	40.000,00 €	2.400	96.000.000,00 €
<b>2</b>	COORDINAT. INFERMIERISTICO	1	50.000,00 €	480	24.000.000,00 €
<b>3</b>	INFERMIERE CASE MANAGER	1	50.000,00 €	480	24.000.000,00 €
<b>4</b>	ASSISTENZE SOCIALE	1	40.000,00 €	480	19.200.000,00 €
				<b>TOTALE</b>	<b>163.200.000,00 €</b>

**Fonte: Elaborazione del Servizio UIL Politiche Sociali e Welfare, Sanità, Mezzogiorno, Immigrazione**

<b>TABELLA RIASSUNTIVA COMPLESSIVA DM77 (PERSONALE COMPARTO)</b>	
TOTALE PERSONALE MESSA A TERRA 480 COT	COSTO PERSONALE 480 COT
3.840	163.200.000,00 €
TOTALE PERSONALE MESSA A TERRA 307 ODC	COSTO PERSONALE 307 ODC
5.219	218.215.600,00 €
TOTALE PERSONALE MESSA A TERRA 1038 CDC	COSTO PERSONALE 1038 CDC
20.760	984.835.800,00 €
<b>CALCOLO TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>	<b>COSTO FABBISOGNO PERSONALE</b>
<b>29.819</b>	<b>1.366.251.400,00 €</b>

*Fonte: Elaborazione del Servizio UIL Politiche Sociali e Welfare, Sanità, Mezzogiorno, Immigrazione*

Dalla tabella si evince l'impegno di spesa da destinare al personale del comparto (infermieri, infermieri di comunità, Oss e personale di supporto) al quale si dovrà aggiungere il finanziamento destinato ai medici per il funzionamento delle suddette strutture.

I finanziamenti destinati al personale, reperiti con legge dello Stato, considerato che il PNRR non consente di finanziare assunzioni, raggiungeranno 250 milioni di euro per il 2025 e 250 milioni di euro per il 2026. Una cifra del tutto insufficiente che se mantenuta, andrebbe purtroppo a confermare il fallimento della Missione 6 Salute.

## VALUTAZIONI CONCLUSIVE

Dai dati riportati si evince quanto l'impegno finanziario totale per la messa a terra della medicina territoriale richieda da parte del Governo molte più risorse economiche di quanto la propaganda elettorale dispensi.

Il nostro lavoro di analisi, indirizzato a verificare anche le reali necessità di personale, per la concreta messa terra del DM77, rappresenta come sia necessario destinare circa 1,4 miliardi al personale del comparto (infermieri, infermieri di comunità, Oss e personale di supporto) al quale si dovrà aggiungere il finanziamento destinato ai medici per il funzionamento delle suddette strutture. Una somma – lo ribadiamo - molto lontana da quanto stanziato dal Governo con legge dello Stato (considerato che il PNRR non consente di finanziare assunzioni), che si attesta invece a 250 milioni di euro per il 2025 e 250 milioni di euro per il 2026. Una cifra che se mantenuta andrebbe purtroppo a confermare il fallimento della Missione 6 Salute.

Evidenziamo poi, come la previsione dell'infermiere di famiglia o di comunità all'interno del DM77/2022 ha costituito un'innovazione importante, ma la contingenza economica e la grave carenza di infermieri ha fortemente depotenziato l'assetto del DM77 e addirittura reso lo stesso irrealizzabile.

Probabilmente l'idea iniziale che ha pensato alla figura dell'infermiere era dedicata a finalizzare l'assistenza domiciliare del malato, ma di fatto, l'attuazione del D.M.77/2022 ha stravolto l'impostazione, dal momento che senza alcuna assunzione di nuovo personale, la figura del IFoC si è realizzata con un travaso di personale sanitario all'area ospedaliera trasferita all'area territoriale.

In conclusione, per la Uil, gli indirizzi da assumere per realizzare la Missione 6 e salvare quindi anche il Sistema Salute di questo Paese devono essere fortemente incastonati all'interno di un sistema del SSN che sia effettivamente universale, pubblico e diffuso in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale. Un Sistema Salute la cui realizzazione deve passare attraverso una riforma fiscale improntata ai principi di equità e progressività, che realizzi una redistribuzione della ricchezza funzionale a costruire uno Stato Sociale a misura della persona, affermando i principi contenuti nella L.833/78.

Pertanto, il presente report è finalizzato ad alzare l'attenzione sul fatto che, a due anni dalla chiusura del PNRR, la specifica Missione 6 Salute, linea di finanziamento destinata a realizzare quella medicina territoriale di cui il Paese per intero si è visto scoperto durante la pandemia, manca di dati e di informazioni circa la sua fondamentale attuazione.