

I VALORI DEL SSN E LE SFIDE DELLA POST PANDEMIA: Dal PNRR al DM 71

8 giugno 2022

DM 71: modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale

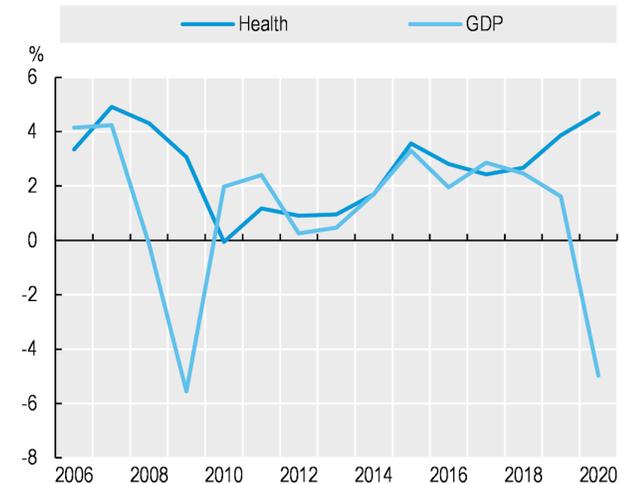
Domenico Mantoan

Direttore Generale

TERAMO - 08 giugno 2022

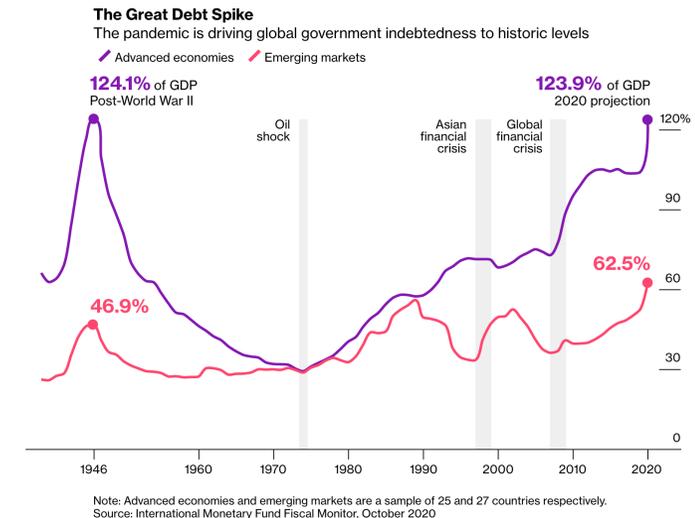
Crescita della spesa sanitaria dell'OCSE, PIL e COVID

- I dati preliminari del 2020 mostrano un aumento significativo del rapporto tra spesa sanitaria e PIL
- Ciò riflette sia l'incremento della spesa sanitaria per combattere COVID-19 sia le riduzioni del PIL causate dalle restrizioni e dalla contrazione dell'attività economica
- Si stima che la quota media del PIL destinata alla salute sia aumentata da 8,8% nel 2019 a 9,7% nel 2020



La crescita del debito pubblico come risultato della pandemia da COVID-19

- La maggior parte dell'assistenza sanitaria è finanziata dalla spesa pubblica in particolare nei paesi ad alto reddito.
- Se il debito pubblico aumenta e il tasso d'interesse sul pagamento del debito è basso, ciò potrebbe non avere impatto sul sistema sanitario.
- *Ma se il tasso d'interesse aumenta? Più debito, più interessi, meno risorse per la spesa pubblica (a meno che non aumentino le tasse).*

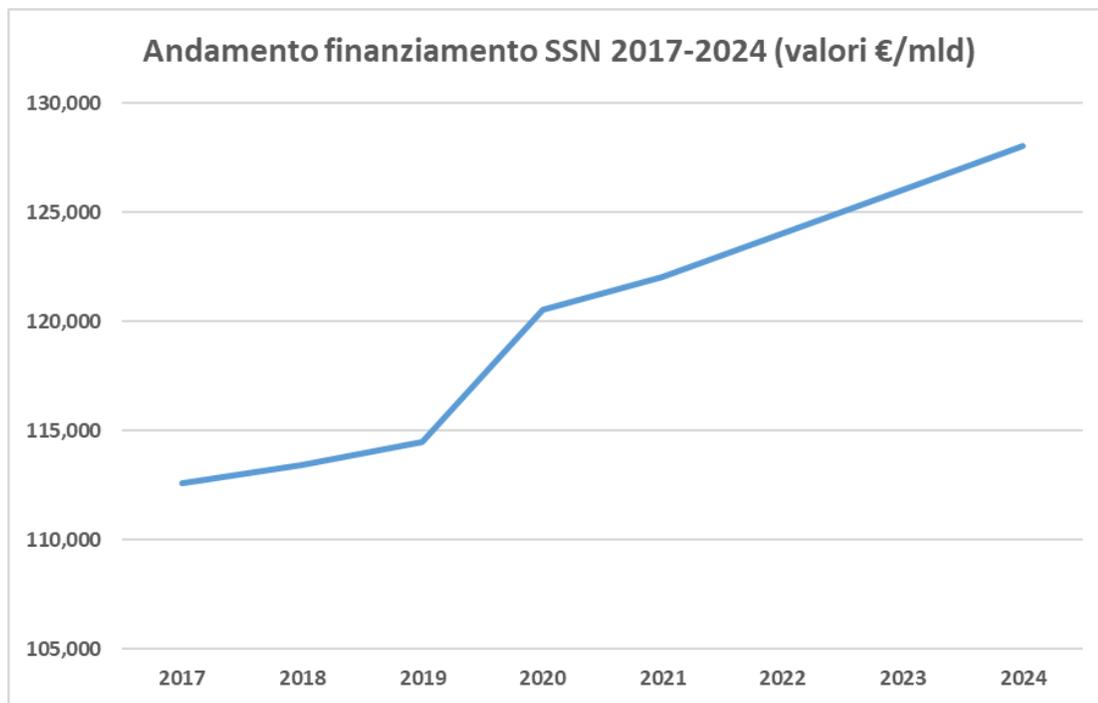


Finanziamento del SSN

Dall'anno 2020 il finanziamento del SSN a cui concorre lo Stato si attesta su un valore superiore ai **120 miliardi di euro**.

L'incremento del 5% tra il 2019 e il 2020 è dovuto soprattutto ai finanziamenti per la gestione dell'emergenza Covid-19, che ammontano a circa 3,6 miliardi nel 2020.

Per il triennio 2022-2024 è previsto un incremento annuo costante di 2 miliardi.



Anno	Finanziamento sanitario corrente (€/mld)	Incrementi annui
2001	71,271	
2002	75,652	6,15%
2003	80,573	6,50%
2004	82,403	2,27%
2005	93,195	13,10%
2006	93,173	-0,02%
2007	97,551	4,70%
2008	101,588	4,14%
2009	104,204	2,58%
2010	105,569	1,31%
2011	106,905	1,27%
2012	107,961	0,99%
2013	107,004	-0,89%
2014	109,928	2,73%
2015	109,715	-0,19%
2016	111,002	1,17%
2017	112,577	1,42%
2018	113,404	0,73%
2019	114,474	0,94%
2020	120,557	5,31%
2021*	122,060	1,25%
2022**	124,061	1,64%
2023**	126,061	1,61%
2024**	128,061	1,59%

* Fonte: Intesa CSR 04.08.2021 (Rep. Atti n. 152/CSR).

** Fonte: Disegno di legge di bilancio 2022, art. 79

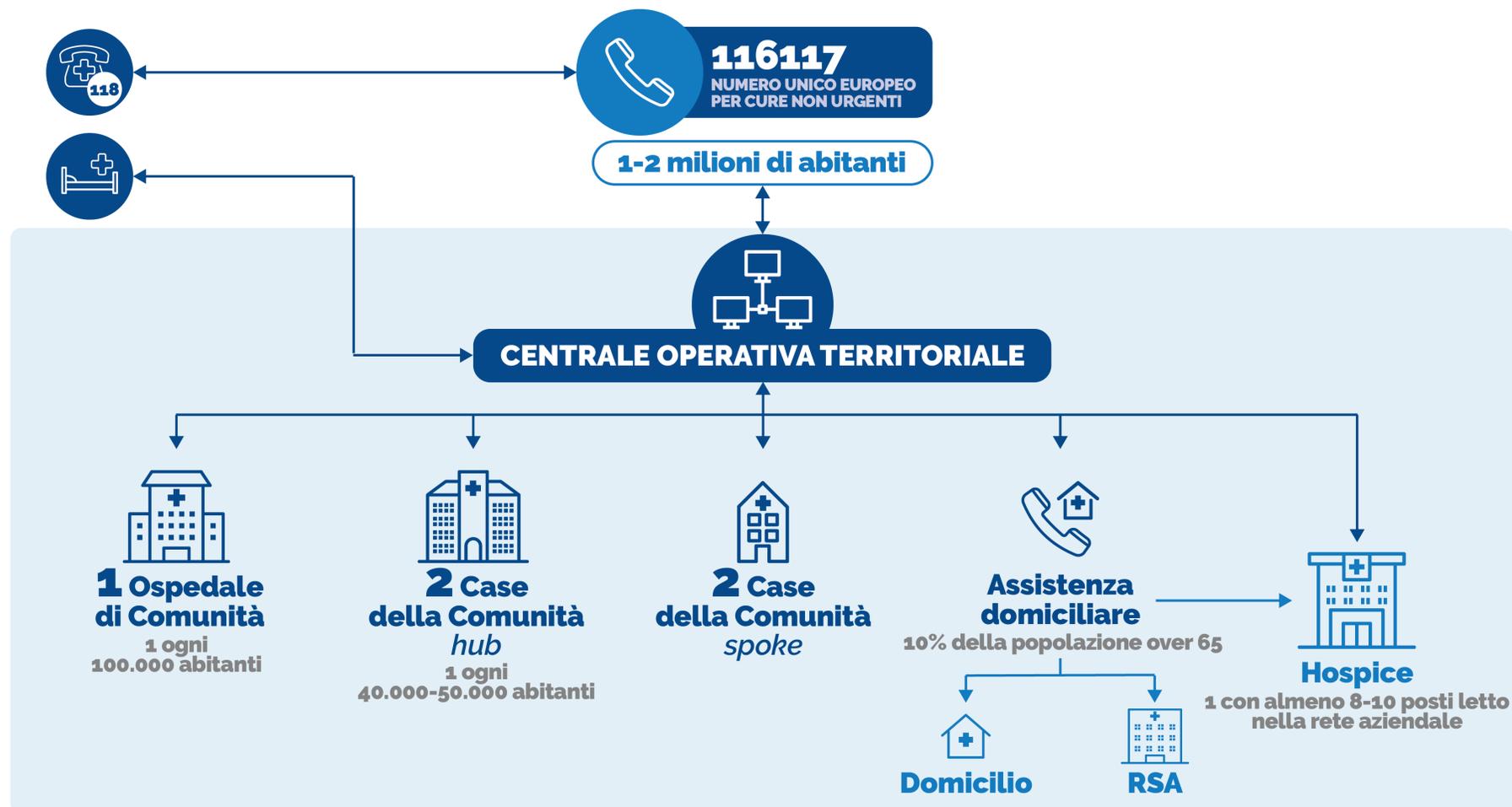
M6C1 – PNRR:

RIFORMA – Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale



Milestone EU – T2 2022

Il nuovo assetto territoriale: Distretto



Fabbisogno di personale per l'attuazione della Riforma – standard minimi

Servizi e Personale Sanitario	Standard
Infermiere di Famiglia o Comunità	1 ogni 3.000 ab.*
Fabbisogno	19.880 infermieri
Case della Comunità	1 CdC hub ogni 40.000-50.000 ab. (1.350 da PNRR): 7-11 infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di personale di supporto
Fabbisogno	9.450 infermieri 1.350 assistenti sociali 6.750 unità di personale di supporto
Unità di Continuità Assistenziale	1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 ab.
Fabbisogno	600 infermieri 600 medici
Centrali Operative Territoriali	1 COT ogni 100.000 ab. (600 da PNRR): 3-5 infermieri, 1 coordinatore inf., 1-2 unità di personale di supporto
Fabbisogno	2.400 infermieri 600 unità di personale di supporto
Ospedale di Comunità	1 OdC ogni 100.000 ab. (400 da PNRR): 7-9 infermieri (di cui 1 coordinatore), 4-6 OSS, 1-2 unità di altro personale sanitario, 1 medico (4,5 h/die 6/7 gg)
Fabbisogno	2.800 infermieri 1.600 OSS 400 unità di altro personale sanitario 563.400 ore medici
Totale	19.880 infermieri (di cui 15.250 per servizi/strutture della riforma) 1.600 OSS 1.350 assistenti sociali 7.350 unità di personale di supporto 400 unità di altro personale sanitario

*Popolazione al 01/01/2020 pari a 59.641.488 ab. (ISTAT)

Fabbisogno di personale per l'attuazione della Riforma – finanziamento

Fonte	Anno 2026
Art. 1, comma 4, DL 34/2020 - Assistenza Domiciliare	265.028.624 €
Art. 1, comma 5, DL 34/2020 - IFoC	480.000.000 €
Art. 1, comma 274, LB 2022 - Riforma assistenza territoriale	1.015.253.160 €
Totale	1.760.281.784 €

Il costo previsto per l'attivazione delle strutture territoriali realizzate con il PNRR è pari a circa **1.506.000.000 €**.

Il finanziamento del personale minimo previsto nelle nuove strutture risulta assicurata dall'art. 1 comma 4 e 5 del Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazione con la Legge 17 luglio 2020, n. 77, e dall'art. 1 comma 274 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234.

1.1 Case della comunità e presa in carico della persona

Casa della Comunità

Standard:

1 Casa della Comunità Hub ogni 40.000 – 50.000 abitanti

- **Organizzazione capillare** su tutto il territorio
Struttura fisica in cui opera un'equipe multiprofessionale di:
 - MMG e PLS
 - Medici specialisti
 - Infermieri di Famiglia o Comunità
 - Altri professionisti della salute
 - Assistenti sociali
- Punto di **referimento continuativo per la popolazione** che permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento anche attraverso:
 - Una infrastruttura informatica
 - Un punto prelievi
 - La strumentazione polispecialistica e diagnostica di base



VERRANNO REALIZZATE 1350 CASE DELLA COMUNITÀ HUB CON I FONDI PNRR

Casa della Comunità

Standard minimi che deve avere una Casa della Comunità hub:

Servizi	CdC hub	CdC spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)		OBBLIGATORIO
Punto Unico di Accesso		OBBLIGATORIO
Servizio di assistenza domiciliare		OBBLIGATORIO
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza		OBBLIGATORIO
Servizi infermieristici		OBBLIGATORIO
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale		OBBLIGATORIO
Integrazione con i Servizi Sociali		OBBLIGATORIO
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione		OBBLIGATORIO
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori		FACOLTATIVO
Interventi di Salute Pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)		FACOLTATIVO
Programmi di screening		FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza		RACCOMANDATO
Medicina dello sport		RACCOMANDATO

Casa della Comunità

Casa della Comunità Hub

Modello organizzativo e personale

● 30-35 MMG afferenti

- 2 ore/settimana per MMG
- Apertura ambulatorio h 12 - 6 giorni su 7

● Continuità assistenziale

- Apertura ambulatorio: notturno e festivi h 24 - 7 giorni su 7

● 10-15 ambulatori

- 10-20 MMG afferenti svolgono attività ambulatoriale per i propri assistiti

● 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità:

- 1 coordinatore
- 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali della CdC
- 1-2 IFoC per le attività di triage e valutazione dei bisogni di salute
- 3-5 IFoC per l'assistenza domiciliare, per le attività di prevenzione e teleassistenza

● 5-8 unità di personale di supporto (amministrativo, sociosanitario)

- Apertura PUA: 8.00-18.00 - 6 giorni su 7
- Altri servizi all'utenza anche sanitari

● 1 assistente sociale

Fabbisogno di personale per l'attuazione della Riforma – Case della Comunità hub

				Anno 2026	
Standard Personale per Case della Comunità (minimo)		Numero CdC		1.350*	
Num. Infermieri	7	Num. Infermieri		9.450	
Num. Personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo)	5	Num. Personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo)		6.750	
Num. Assistenti sociali	1	Num. Assistenti sociali		1.350	
				Anno 2026	
Standard Personale per Case della Comunità (massimo)		Numero CdC		1.350*	
Num. Infermieri	11	Num. Infermieri		14.850	
Num. Personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo)	8	Num. Personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo)		10.800	
Num. Assistenti sociali	1	Num. Assistenti sociali		1.350	

Case della Comunità

Regione	Target regionale obiettivo (n. CdC) Riparto MdS	Numero CdC previste	Delta numero	Bacino di utenza medio per CdC	Finanziamento da PNRR** (€)
Piemonte	82	82	0	52.133	121.794.658
Valle d'Aosta	2	4	2	31.022	3.493.579
Lombardia*	187	199	12	50.159	277.203.042
PA Bolzano*	10	10	0	53.491	14.376.610
PA Trento*	10	10	0	54.217	14.996.635
Veneto*	91	95	4	51.261	135.401.850
Friuli Venezia-Giulia	23	23	0	52.240	34.256.093
Liguria*	30	32	2	47.453	44.030.927
Emilia-Romagna*	84	85	1	52.223	124.671.951
Toscana*	70	77	7	47.959	104.214.656
Umbria	17	17	0	50.909	24.570.824
Marche*	29	29	0	51.663	42.494.803
Lazio	107	135	28	43.113	158.494.375
Abruzzo	40	40	0	32.025	58.901.493
Molise	9	13	4	22.638	13.775.508
Campania*	169	172	3	32.699	249.721.198
Puglia	120	121	1	32.511	177.224.470
Basilicata *	17	19	2	28.691	25.046.297
Calabria*	57	61	4	30.502	84.677.262
Sicilia*	146	156	10	30.935	216.998.374
Sardegna*	50	50	0	31.803	73.655.397
Italia	1350	1.430	80	41.481	2.000.000.000

Fonte: AGENAS. Piattaforma compilazione Schede Intervento. Anno 2022. *La Regione prevede un finanziamento aggiuntivo.

** I valori riportati hanno subito un arrotondamento.

1.2 Casa come primo luogo di cura e Telemedicina

1.2.1 Assistenza Domiciliare

Fotografia dello stato attuale

Anno 2019:

Percentuale della popolazione over 65 in Assistenza Domiciliare nelle Regioni e Province Autonome. Fonte dati Flusso SIAD 2019 del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale del Ministero della Salute (2019)



Val. Minimo (%)	Val. Massimo (%)
0%	3%
3,10%	6%
6,10%	10%

1.2.1 Assistenza Domiciliare

Standard da Riforma: 10% della popolazione over 65

Il servizio è garantito attraverso la presenza di **personale sanitario** (infermieri, OSS, tecnici e medici) **7 giorni su 7 e 24 ore su 24** nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente, ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste.

La programmazione degli accessi dei professionisti sanitari a domicilio dovrà essere sviluppata nell'arco dell'intera settimana, tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti.

Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare



Milestone EU - T2 2022

- Il **Medico di Medicina Generale (MMG)** e il **Pediatra di Libera Scelta (PLS)** sono gli attori da cui non si può prescindere nell'assistenza domiciliare (topic esclusivo di queste linee guida). (DPCM 12 gennaio 2017, “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”)

MMG/PLS inserito quale prescrittore/richiedente, attivatore, erogatore o comunque soggetto coinvolto per servizi che tradizionalmente sono stati predisposti per i medici specialisti (i.e. la televisita, il telecontrollo, ecc.).

- Pluralità dei servizi di telemedicina, in un'ottica di integrazione dei diversi servizi sanitari che pongono la persona, quale soggetto attivo, al centro del proprio percorso di cura, con bisogni che interessano in senso **trasversale** tutte le attività assistenziali.

È stato predisposto un modello operativo che contempli non soltanto i servizi di telemedicina che coinvolgono la figura medica, ma anche i servizi di telemedicina che nello specifico sono di pertinenza delle professioni sanitarie: la **teleassistenza** e la **teleriabilitazione**.

Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare

-
- Televisita
- Teleconsulto
- Teleconsulenza medico-sanitaria
- Telemonitoraggio
- Teleassistenza
- Telecontrollo medico
- Teleriabilitazione



Centrale Operativa Territoriale, Interconnessione e Device – sub investimento 1.2.2

280 milioni di euro

2026

● Sviluppo di servizi sanitari territoriali **integrati** e **interconnessi**, che rispondano ai bisogni dei **pazienti** e dei **professionisti** della salute.

- Centrale Operativa Territoriale - intervento strutturale
- Interconnessione aziendale
- Device per il monitoraggio dei pazienti

Ulteriori progettualità

- Portale della Trasparenza
- Progetto Pilota di Intelligenza Artificiale nell'assistenza primaria

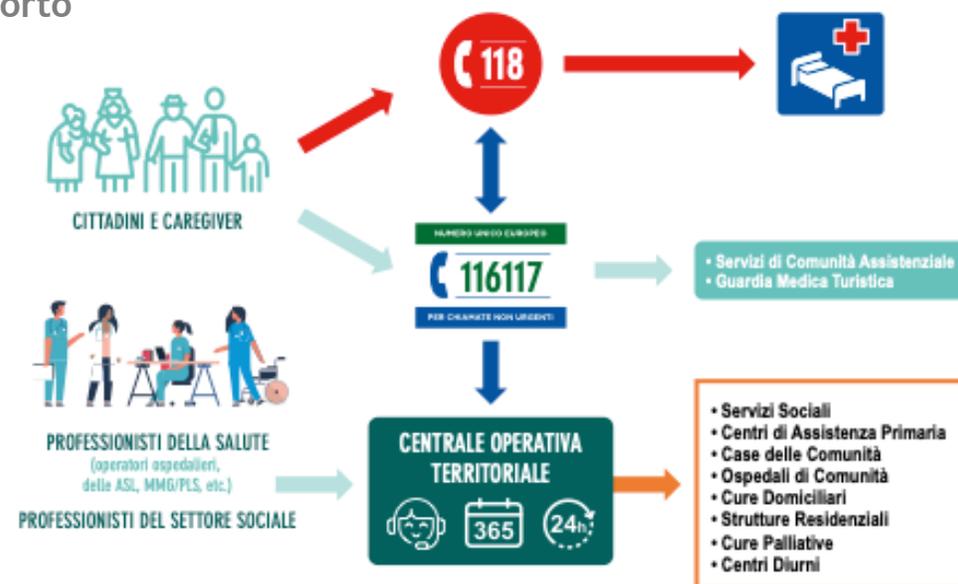
Centrale Operativa Territoriale

Standard: 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore

Standard minimo di personale: di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto

La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.


VERRANNO REALIZZATE 600 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI CON I FONDI PNRR



Fabbisogno di personale per l'attuazione della Riforma – Centrali Operative Territoriali

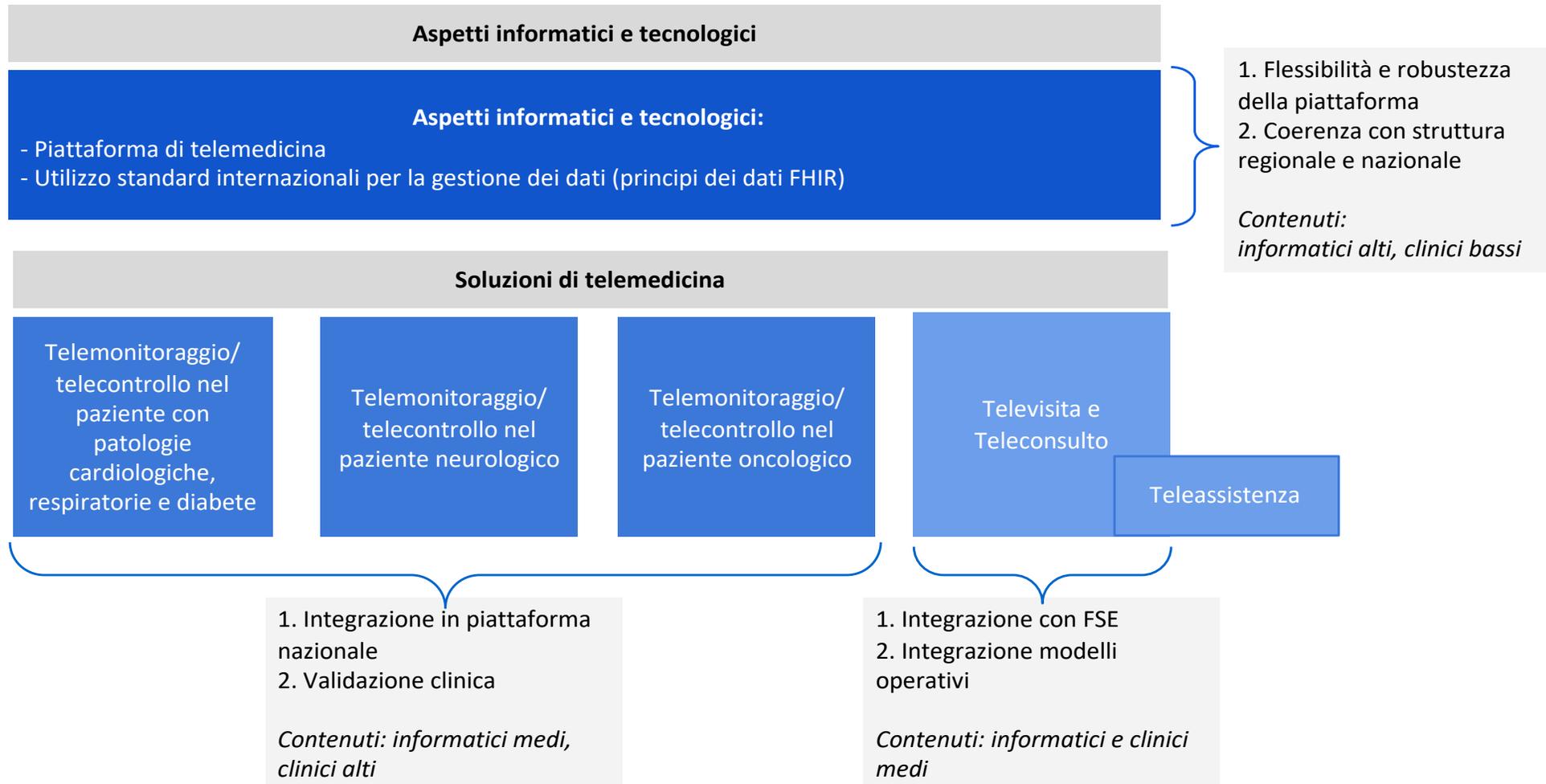
				Anno 2026	
Standard Personale per COT (minimo)		Numero COT		600*	
Num. Coordinatori Inf.	1	Num. Coordinatori Inf.		600	
Num. Infermieri	3	Num. Infermieri		1.800	
Num. Personale di supporto	1	Num. Personale di supporto			
				Anno 2026	
Standard Personale per COT (massimo)		Numero COT		600*	
Num. Coordinatori Inf.	1	Num. Coordinatori Inf.		600	
Num. Infermieri	5	Num. Infermieri		3.000	
Num. Personale di supporto	2	Num. Personale di supporto		1.200	

Centrali Operative Territoriali

Regione	Target regionale obiettivo (n.COT) Riparto MdS	Numero COT previste	Delta numero	Bacino di utenza medio per COT	Finanziamento da PNRR (€)
Piemonte	43	43	0	99.417	7.442.225
Valle d'Aosta	1	1	0	124.089	173.075
Lombardia*	101	101	0	98.827	17.480.575
PA Bolzano*	5	5	0	106.982	865.375
PA Trento	5	5	0	108.433	865.375
Veneto	49	49	0	99.384	8.480.675
Friuli Venezia-Giulia	12	12	0	100.126	2.076.900
Liguria	15	16	1	94.906	2.596.125
Emilia-Romagna	45	45	0	98.643	7.788.375
Toscana*	37	37	0	99.807	6.403.775
Umbria	9	9	0	96.161	1.557.675
Marche	15	15	0	99.882	2.596.125
Lazio	59	59	0	98.648	10.211.425
Abruzzo	13	13	0	98.539	2.249.975
Molise	3	3	0	98.098	519.225
Campania*	58	65	7	86.527	10.038.350
Puglia	40	40	0	98.345	6.923.000
Basilicata	6	6	0	90.855	1.038.450
Calabria*	19	21	2	88.600	3.288.425
Sicilia	49	50	1	96.519	8.480.675
Sardegna*	16	16	0	99.384	2.769.200
Italia	600	611	11	97.084	103.845.000

Fonte: AGENAS. Piattaforma compilazione Schede Intervento. Anno 2022. *La Regione prevede un finanziamento aggiuntivo.

La Telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche – sub investimento 1.2.3



La Telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche – sub investimento 1.2.3



Promuovere e finanziare lo sviluppo e la diffusione di **nuovi progetti e soluzioni di telemedicina** all'interno dei **sistemi sanitari regionali**

Obiettivi generali

- Incentivare l'adozione della telemedicina durante tutto il percorso di cura con particolare attenzione ai casi cronici
- Assicurarsi che le soluzioni di telemedicina si integrino con l'ecosistema digitale sanitario e in particolare con FSE
- Misurare gli interventi e incentivare quelli migliori perché estendano i loro servizi a più regioni del SSN

Target europei del PNRR

- Q4 - 2023 Almeno un progetto per regione/PA
- Q4 - 2025 Almeno 200.000 persone assistite con la telemedicina

La Telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche – sub investimento 1.2.3

2026

- Integrazione delle soluzioni di **Telemedicina** (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, telecontrollo e teleassistenza) **nel Servizio Sanitario Nazionale.**
 - Flussi di dati amministrativi e clinici
 - Interoperabilità semantica
 - Valore predittivo per la la presa in carico della comunità

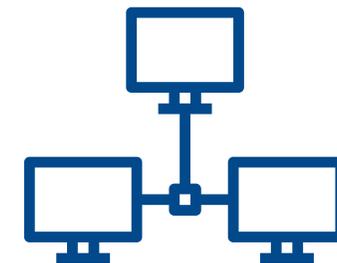
Piattaforma Nazionale di Telemedicina - obiettivo

La creazione di una **Piattaforma Nazionale di Telemedicina** permette il governo e il monitoraggio di percorsi di telemedicina messi in atto a livello regionale.

La Piattaforma Nazionale di Telemedicina si compone di un'infrastruttura nazionale che realizza i servizi abilitanti:

- Raccolta dati (dati clinici, dati inseriti dal paziente e dati amministrativi)
- Sistema di gestione delle terminologie (nomenclatore/*business glossary*)
- Gestione delle soluzioni di telemedicina
- Sistema di gestione delle Regole (*policy role manager*)
- Governo pianificazione e monitoraggio dei servizi di telemedicina;
- Monitoraggio degli outcome.

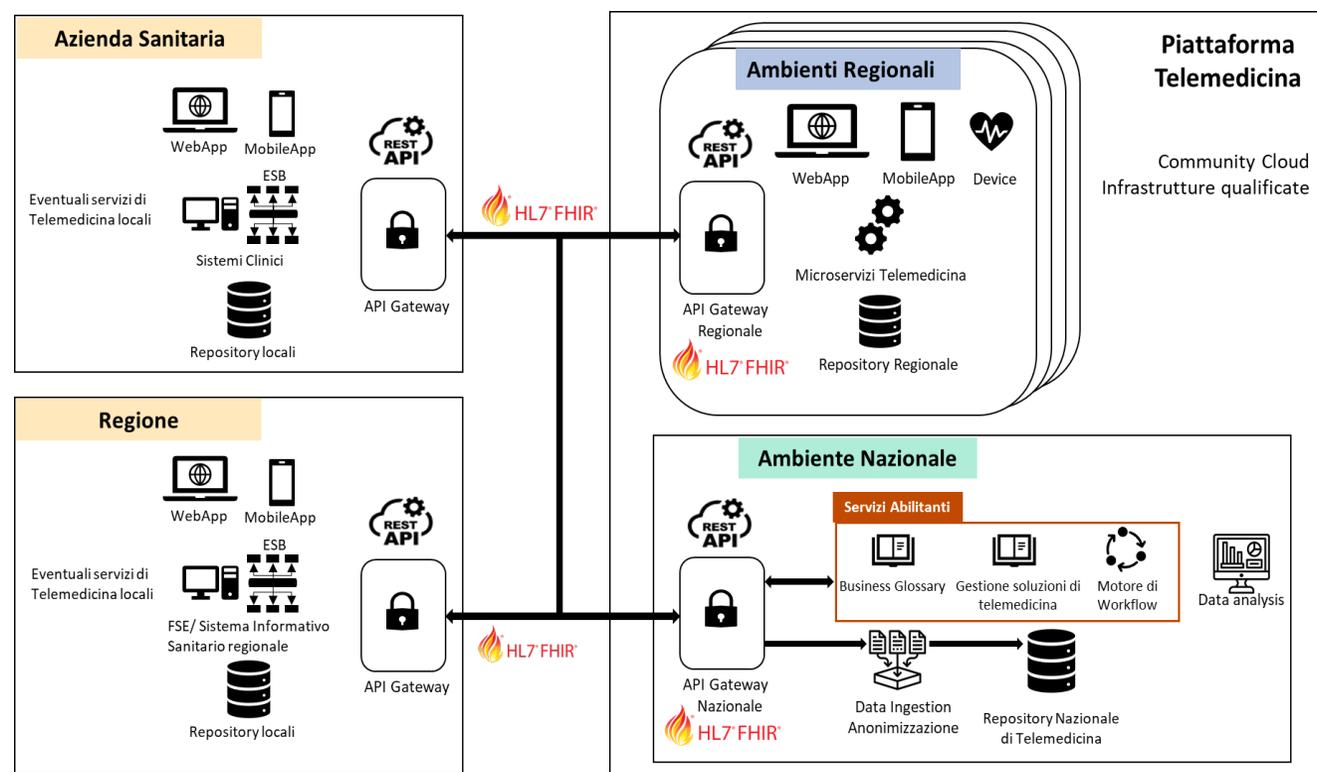
A livello regionale è prevista un'**infrastruttura** per l'erogazione dei servizi minimi di telemedicina: televisita; teleconsulto; teleassistenza, telemonitoraggio, etc. etc.



Piattaforma Nazionale di Telemedicina - architettura

La **Piattaforma Nazionale di Telemedicina** in *cloud* è composta dai seguenti ambienti:

- **Ambiente Regionale** dedicato ai moduli relativi ai servizi minimi di telemedicina.
- **Ambiente Nazionale** dedicato ai servizi abilitanti a livello centrale.



Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)

Standard

Almeno 1 IFoC ogni **3.000** abitanti.

Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

Definizione

Professionista di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona.



Unità di Continuità Assistenziale (UCA)

Standard

Almeno 1 medico e 1 infermiere ogni **100.000** abitanti

Definizione

L'Unità di Continuità Assistenziale è un'équipe mobile distrettuale per la gestione di situazioni e condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico sia di singoli individui che di comunità.

Funzioni

- Supporta - per un tempo definito - professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità;
- Attivata per condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e comprovata difficoltà operativa di presa in carico;
- Dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di **telemedicina** collegata alle Centrali Operative Territoriali, anche per attivare il teleconsulto;
- Sede operativa: CdC *hub*.

Fabbisogno di personale per l'attuazione della Riforma – Unità di Continuità Assistenziale

Anno 2026

Standard Personale per UCA

Numero UCA

600

Num. Medici

1

Num. Medici

600

Num. Infermieri

1

Num. Infermieri

600

1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

Definizione Ospedale 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.



**VERRANNO REALIZZATI 400 OSPEDALI
DI COMUNITÀ CON I FONDI PNRR**

Ospedale di Comunità

Standard

1 OdC (20 posti letto)

1 Ospedale di Comunità ogni **100.000** abitanti

Standard minimo di personale

1 OdC (20 posti letto)



7-9 Infermieri (di cui 1 coordinatore)

4-6 Operatori Sociosanitari

1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative

1 Medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7

Ospedale di Comunità



Ospedale per acuti

3 posti letto ogni
1000 ab



Ospedale post-acuti

0,7 posti letto ogni
1000 ab



Ospedale di Comunità

0,2 posti letto ogni
1000 ab

Ospedale di Comunità: posti letto attivi

Regione/PA	Popolazione (01/01/2020)	PL OdC da standard (20 p.l. ogni 50.000 ab.)	PL OdC attivi* in Regione	PL OdC da realizzare con fondo recovery	OdC da realizzare con fondo recovery	Posti letto OdC attivi nel 2026
Piemonte	4.311.217	1.724	30	520	27	550
Valle d'Aosta	125.034	50	0	20	1	20
Lombardia	10.027.602	4.011	467	1.220	60	1.687
PA Bolzano	532.644	213	0	60	3	60
PA Trento	545.425	218	0	60	3	60
Veneto	4.879.133	1.952	1.426	600	30	2.026
Friuli-Venezia Giulia	1.206.216	482	0	160	7	160
Liguria	1.524.826	610	20	180	10	200
Emilia Romagna	4.464.119	1.786	359	540	27	899
Toscana	3.692.555	1.477	245	460	23	705
Umbria	870.165	348	0	100	5	100
Marche	1.512.672	605	616	180	9	796
Lazio	5.755.700	2.302	0	700	35	700
Abruzzo	1.293.941	518	0	200	10	200
Molise	300.516	120	0	40	2	40
Campania	5.712.143	2.285	0	900	45	900
Puglia	3.953.305	1.581	0	620	31	620
Basilicata	553.254	221	0	100	5	100
Calabria	1.894.110	758	0	300	15	300
Sicilia	4.875.290	1.950	0	780	39	780
Sardegna	1.611.621	645	0	260	13	260
ITALIA	59.641.488	23.857	3.163	8.000	400	11.163

*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.

Fabbisogno di personale per l'attuazione della Riforma – Ospedali di Comunità

		Anno 2026	
Standard Personale per Ospedale di Comunità (minimo)		Numero OdC	400*
Num. Infermieri	7	Num. Infermieri	2.800
Num. OSS	4	Num. OSS	1.600
Num. Altro Personale Sanitario	1	Num. Altro Personale Sanitario	400
Num. ore Medici per die	4,5	Num. Ore Medici	563.400
		Anno 2026	
Standard Personale per Ospedale di Comunità (massimo)		Numero OdC	400*
Num. Infermieri	9	Num. Infermieri	3.600
Num. OSS	6	Num. OSS	2.400
Num. Altro Personale Sanitario	2	Num. Altro Personale Sanitario	800
Num. ore Medici per die	4,5	Num. Ore Medici	563.400

*Strutture realizzate con i finanziamenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Ospedali di Comunità

Regione	Target regionale obiettivo (n.OdC) Riparto MdS	Numero OdC previsti	Delta numero	Bacino di utenza medio per OdC	Finanziamento da PNRR** (€)
Piemonte	27	27	0	158.330	66.433.450
Valle d'Aosta	1	1	0	124.089	1.905.589
Lombardia*	60	66	6	151.236	151.201.659
PA Bolzano*	3	3	0	178.304	7.841.787
PA Trento	3	3	0	180.722	8.179.983
Veneto	30	35	5	139.138	73.855.554
Friuli-Venezia Giulia	7	7	0	171.644	18.685.142
Liguria	10	11	1	138.045	24.016.869
Emilia-Romagna	27	27	0	164.405	68.002.882
Toscana*	23	24	1	153.869	56.844.358
Umbria	5	5	0	173.090	13.402.267
Marche	9	9	0	166.470	23.178.983
Lazio	35	36	1	161.673	86.451.477
Abruzzo	10	11	1	116.456	26.178.441
Molise	2	2	0	147.147	6.122.448
Campania*	45	48	3	117.172	110.987.199
Puglia	31	38	7	103.521	78.766.431
Basilicata	5	5	0	109.026	11.131.688
Calabria*	15	20	5	93.030	37.634.339
Sicilia*	39	43	4	112.231	96.443.722
Sardegna*	13	13	0	122.319	32.735.732
Italia	400	434	34	137.630	1.000.000.000

Fonte: AGENAS. Piattaforma compilazione Schede Intervento. Anno 2022. *La Regione prevede un finanziamento aggiuntivo.

** I valori riportati hanno subito un arrotondamento.

Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) – firma e prossimi passi

Il Ministero della Salute sottoscrive un Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) con ciascun **Soggetto Attuatore**

SOGGETTO ATTUATORE: Regioni e Province Autonome

21 Soggetti Attuatori



31 maggio 2022

● Sottoscrizione dei Contratti Istituzionali di Sviluppo tra Ministero della Salute e Regioni

(CdC, COT e OdC)

Milestone IT - T2 2022



30 giugno 2022

Approvazione dei Contratti Istituzionali di Sviluppo

(CdC, COT e OdC)

Milestone EU - T2 2022



Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) – firma e prossimi passi



Contratto Istituzionale di Sviluppo – firma e prossimi passi

31 marzo 2023

CdC e OdC

Assegnazione dei codici CIG o convenzioni (**avvio della gara**) per la realizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità

Target IT - T1 2023



COT

Stipula del contratto - per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriale

Target IT - T1 2023



30 settembre 2023

Stipula dell'obbligazione giuridicamente vincolante - **Stipula del contratto** - per la realizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità

Target IT- T3 2023



CIS – firma e prossimi passi

Target EU - T2 2024 

31 marzo 2024 - COT



Target IT

Centrali Operative Territoriali messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche - **Ultimazione lavori**



Target EU - T2 2026

Target IT



31 marzo 2026 - CdC e OdC

Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità messi a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche - **Ultimazione lavori**

Il Futuro dell'assistenza sanitaria 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 anche grazie alla telemedicina
- 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
- *Empowerment* del cittadino dentro e fuori i luoghi di cura