

*AFFARE ASSEGNATO "POTENZIAMENTO E
RIQUALIFICAZIONE DELLA MEDICINA
TERRITORIALE NELL'EPOCA POST COVID"*

*XII COMMISSIONE SANITÀ
SENATO DELLA REPUBBLICA*

GIUSEPPE MILANESE
CONFCOOPERATIVE SANITÀ
9 DICEMBRE 2021



CONFCOOPERATIVE

CONFEDERAZIONE COOPERATIVE ITALIANE



CONFCOOPERATIVE
SANITÀ

PNRR: LA SOSTENIBILITÀ A REGIME DELLE NUOVE STRUTTURE E DEI SERVIZI



	1.288 CASE DI COMUNITÀ	381 OSPEDALI DI COMUNITÀ	602 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	800.790 NUOVI ASSISTITI ADI
COSTI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	1,55 MLN PER PRESIDIO	2,6 MLN PER PRESIDIO (20 PL)	465.000 PER CENTRALE	VEDI COT
PERSONALE A REGIME COMPLESSIVO	16.531 UNITÀ	5.715 UNITÀ	3.612 UNITÀ	NON STIMATO, MA SUFFICIENTE A COPRIRE 28,6 MILIONI DI ACCESSI/ANNO AGGIUNTIVI
COSTI AGGIUNTIVI PERSONALE E COPERTURA	94,5 MLN D.L. 34/2020 PER 2.363 INFERMIERI FAMIGLIA	239 MLN NON FINANZIATI	150,5 MLN (D.L. 34/2020 PER 3.612 INFERMIERI FAMIGLIA)	1,6 MLD (500 MLN DL 34/2020+ 1,1 MLD PNRR FINO AL 2026)

PER RIMANENTI 14.168 UNITÀ
NESSUN ONERE AGGIUNTIVO
(RIORGANIZZAZIONE PERSONALE DELLE CURE PRIMARIE)

DA REPERIRE CON IL PIANO DI SOSTENIBILITÀ



COMPLETAMENTE COPERTE DALLE RISORSE STANZIATE DAL D.L. 34/2020

DAL 2027 1,1 MLD DA REPERIRE CON IL PIANO DI SOSTENIBILITÀ



*Il PNRR finanzia i costi di start-up della riforma, ma dal 2027 mancano all'appello almeno **1,34 MLD euro/anno** (Os.Co+ADI) da sostenere attraverso il Piano di Sostenibilità.*

FONTE: Piano Nazionale ripresa e Resilienza, Appendice 1

DDL BILANCIO 2022: ULTERIORI ASSUNZIONI ALL'ORIZZONTE



Relazione tecnica Legge di Bilancio 2022

«Si precisa che la Riforma dell'Assistenza Territoriale prevede l'introduzione di standard e servizi che non sono oggetto di investimento del PNRR e la realizzazione di ulteriori strutture per garantire il rispetto degli standard previsti nella riforma stessa (es. ulteriori ospedali di comunità).

[...] è necessario stimare il personale aggiuntivo rispetto a quanto stimato nell'appendice del PNRR»

FONTE: Relazione tecnica Legge di Bilancio 2022



CASE DELLA COMUNITÀ HUB

- +5.400 infermieri
- +4.050 personale supporto
- +4.369.000 ore MMG



€ 685.631.160



UNITÀ DI CONTINUITÀ

- +600 infermieri
- +600 medici



€ 101.160.000



CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

- +600 personale di supporto

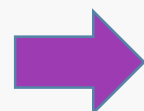


€ 23.460.000



OSPEDALI DI COMUNITÀ (400)

- +1.800 infermieri
- +241.000 ore medico
- +1.200 personale tecnico
- +1.000 personale di supporto



€ 205.002.000

**ANNO
2026**

TOTALE

- +7.800 infermieri
- + 600 medici e +4.610.000 ore medico
- +1.200 personale tecnico
- +5.650 personale di supporto

€ 1.015.253.160

PERSONALE: I CONTI NON TORNANO

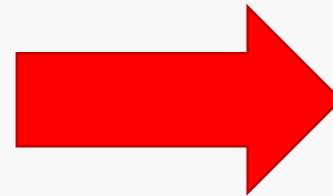


PNNR-PREVISIONE DISPONIBILITÀ INFERMIERI ANNO 2027

STIMA INFERMIERI FORMATI ANNO 2027 (POSTI A BANDO)	96.078
STIMA PNNR PENSIONAMENTI PERIODO 2020-2026	26.018
SALDO INGRESSI/PENSIONAMENTI	70.060

A FRONTE DI UN FABBISOGNO DI 17.132 INFERMIERI PER LE NUOVE STRUTTURE (CDC, COT e Os.Co)

FONTE: Piano Nazionale ripresa e Resilienza, Appendice 1



Un'ipotesi che appare assai ottimistica



CONFCOOPERATIVE SANITÀ-PREVISIONE DISPONIBILITÀ INFERMIERI ANNO 2027

STIMA INFERMIERI FORMATI ANNO 2027 (POSTI A BANDO)	96.078
STIMA ABBANDONO CORSO DI LAUREA (12,2%)	11.720
STIMA PENSIONAMENTI PERIODO 2020-2026	35.000
SALDO PERSONALE	49.358

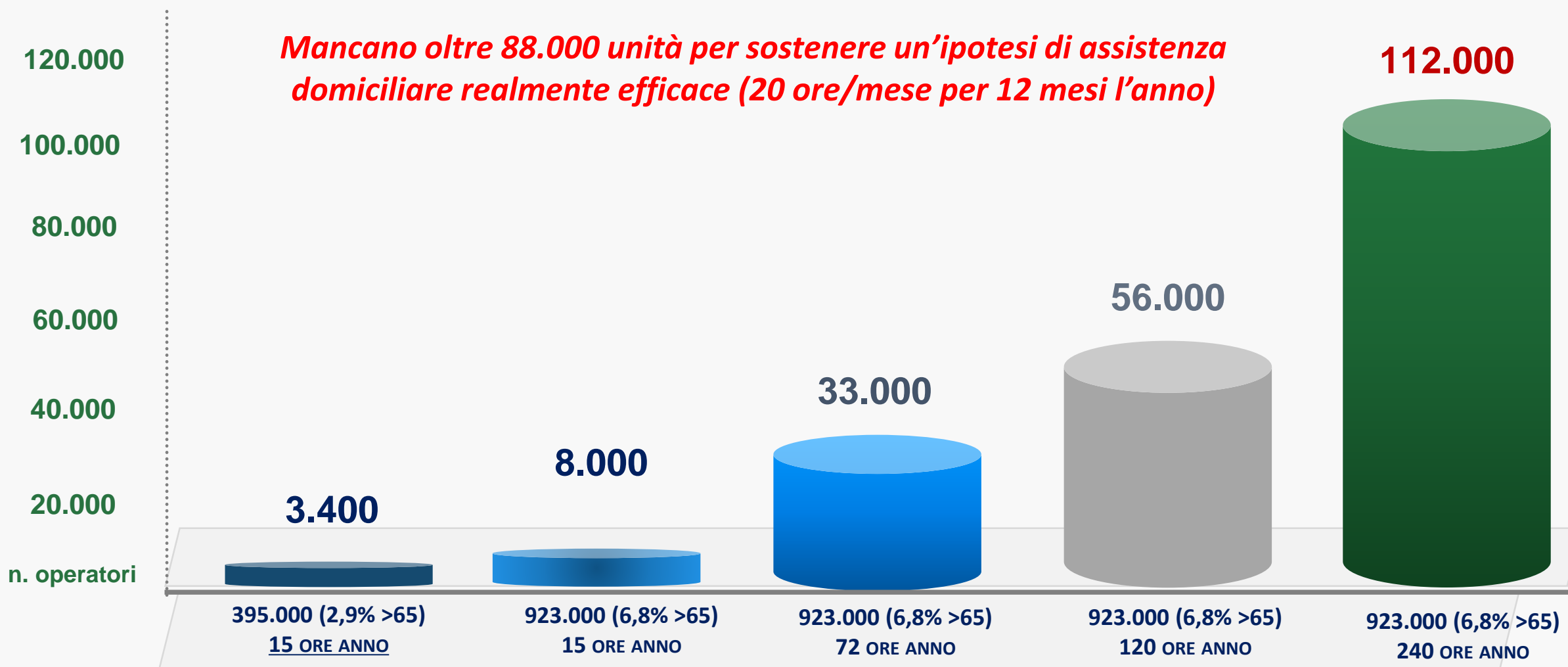
A FRONTE DI UN FABBISOGNO DI INFERMIERI DI 24.932 (PNNR+LEGGE BILANCIO 2022) **RESTANO A DIPOSIZIONE POCO PIÙ DI 24MILA UNITÀ**

FONTE: ANVUR 2018 (su dati 2016); Quotidiano Sanità; Bozzi M. 2021 su dati MEF e Ministero della Salute

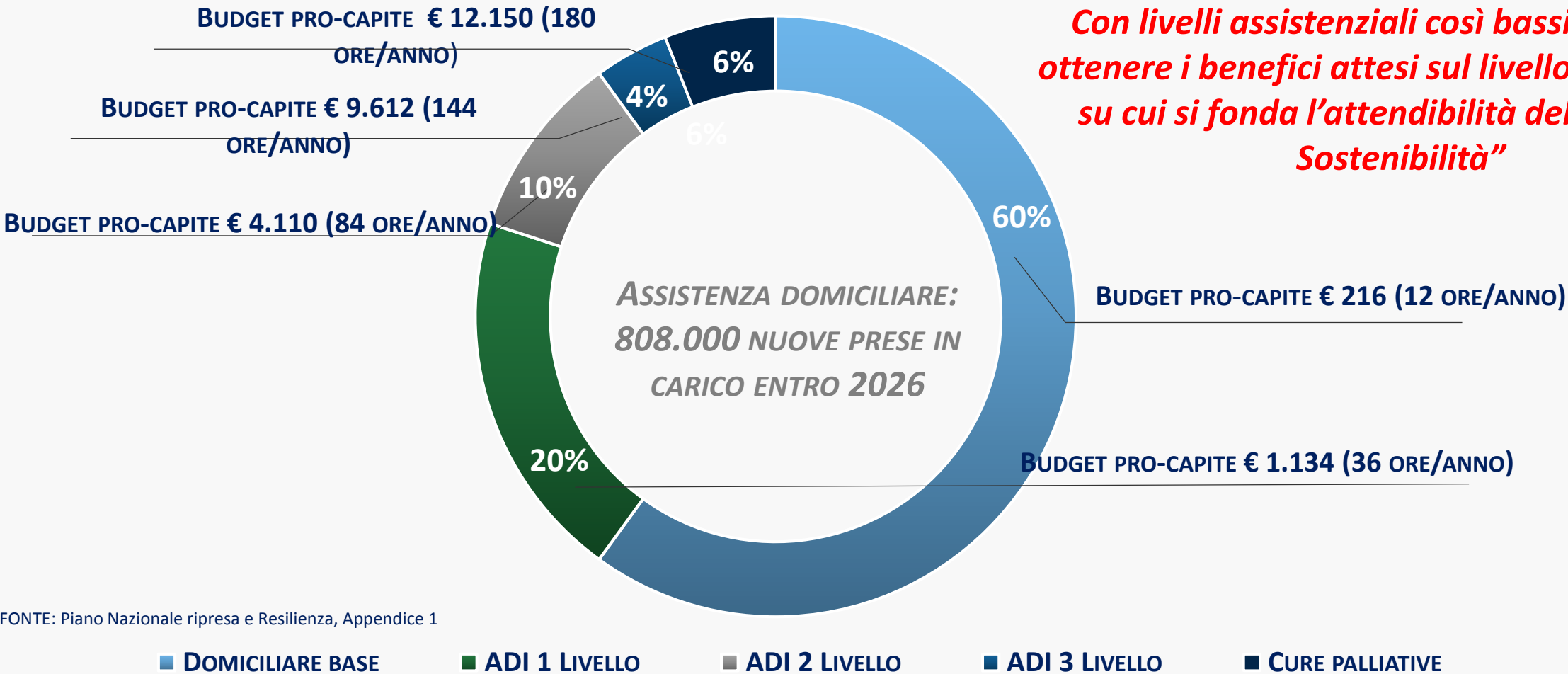
MA SERVONO OLTRE 100MILA OPERATORI PER LA SOLA ADI!



Mancano oltre 88.000 unità per sostenere un'ipotesi di assistenza domiciliare realmente efficace (20 ore/mese per 12 mesi l'anno)



ADI: UNA STRATIFICAZIONE DEL BISOGNO DA RICONSIDERARE



Con livelli assistenziali così bassi è difficile ottenere i benefici attesi sul livello ospedaliero su cui si fonda l'attendibilità del "Piano di Sostenibilità"

FONTE: Piano Nazionale ripresa e Resilienza, Appendice 1

ALCUNE POSSIBILI SOLUZIONI ALTERNATIVE



CENSIRE E METTERE A SISTEMA LE ESPERIENZE ESISTENTI NEI TERRITORI

- Aprire ai modelli realizzati dal privato in un'ottica di complementarità e sussidiarietà con il SSN.
- Avvalersi di forme avanzate di partenariato-pubblico privato.

INVESTIRE SULLA FORMAZIONE VALORIZZANDO PROFILI INNOVATIVI (OSSS)

- Implementare a livello nazionale la figura dell'operatore sociosanitario specializzato
- Prevedere uno spostamento di risorse per finanziare una campagna strategica di formazione di OSSS
- Prevedere in favore delle imprese del comparto sociosanitario un credito di imposta delle spese sostenute per la formazione relativa ai Corsi di Operatore Socio Sanitario



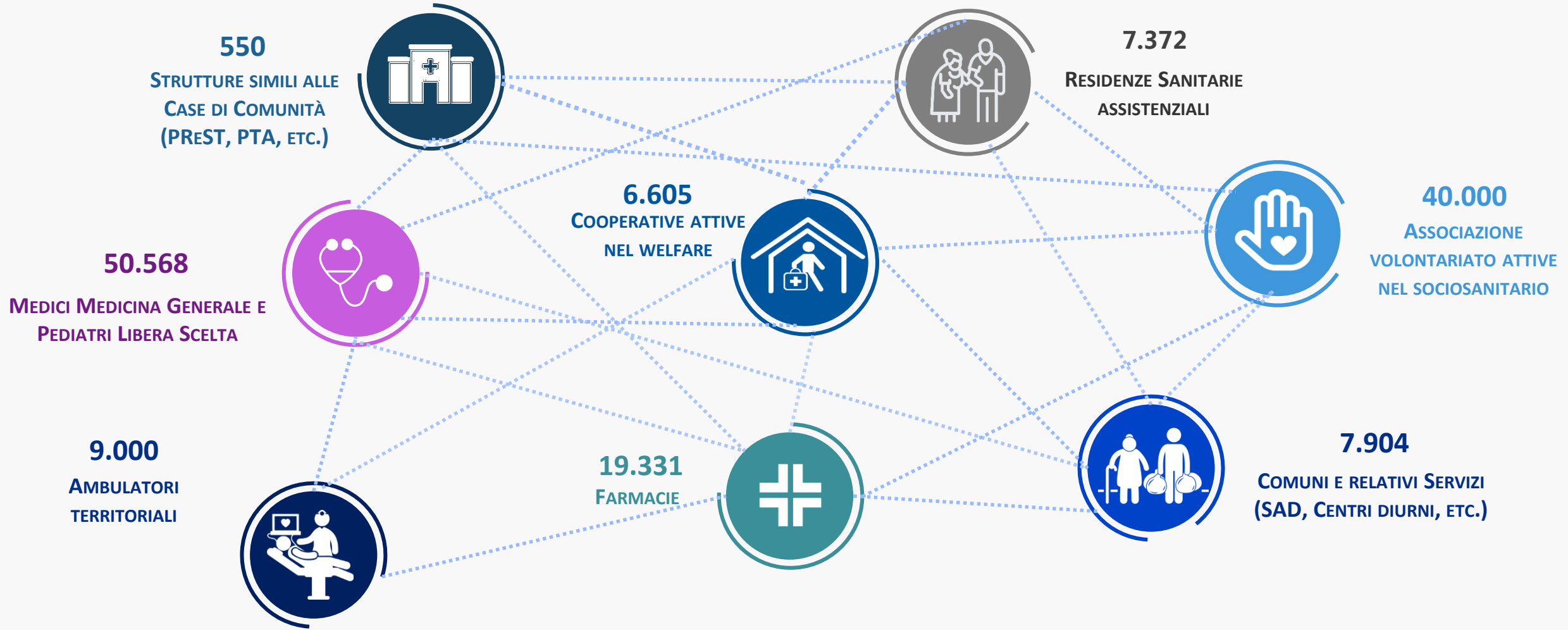
RIVEDERE LA STRATIFICAZIONE DELLE NUOVE PRESE IN CARICO IN ADI

- Ricomprendere nel computo pazienti a complessità medio-alta del tutto sottostimati nell'attuale distribuzione
- Coinvolgere le rappresentanze degli erogatori privati impegnati nell'area delle cure domiciliari.

INVESTIRE SULLA FUNZIONE DI COMMITTENZA

- Concentrare le assunzioni nel sistema pubblico su personale specializzato nella attività di pianificazione, programmazione, monitoraggio e controllo.

LE FORZE SUL CAMPO: UNIRE I PUNTINI...



SOLUZIONI OPERATIVE NEL QUADRO DI UNA STRATEGIA FONDATA SULLA SUSSIDIARIETÀ



REGIA NAZIONALE UNITARIA



Finalmente si parla di **Cabina di regia nazionale** presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri e di una **legge delega per la riforma dell'assistenza** rivolta agli anziani ed ai più fragili

REGOLE CERTE ED OMOGENEE



Ottenuta **l'estensione del regime delle «3 A» alle cure domiciliari** e la **definizione dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento**, Si va verso la fine del sistema degli appalti nell'area della domiciliarità...

LEGGE CONCORRENZA: RISCHIO GARE FRA ACCREDITATI?

RETI INTEGRATE MULTIPROFESSIONALI



C'è piena consapevolezza della necessità di strutturare **network assistenziali** per gestire **cronicità e fragilità** sul territorio

MODELLI ORGANIZZATIVI: IL PNRR FINANZIA STRUTTURE ACCENTRATE E PUNTIFORMI SUL TERRITORIO.

RUOLI CHIARI E DEFINITI



E' cresciuto il riconoscimento del ruolo del **privato sociale in sanità** rispetto ad una visione che lo vedeva mero **fornitore di prestazioni a basso costo**

REVANSISMO PUBBLICO: PROSPETTIVA STATALISTA DEL SSN, RUOLO SUBORDINATO ED ANCILLARE DEL PRIVATO

RIGORE MISURAZIONE



Si va diffondendo nel SSN la **cultura della performance** e l'idea di servizi fortemente orientati al risultato.

PASSI ANCORA TIMIDI VERSO L'ADOZIONE DI MODALITÀ COGENTI DI MISURAZIONE (SODDISFAZIONE UTENZA, PERFORMANCE ORGANIZZATIVA, OUTCOME DI SALUTE)

ATTENZIONE AL RISCHIO DI TRASFORMARE UN'OPPORTUNITÀ IN CONTRAPPOSIZIONE...



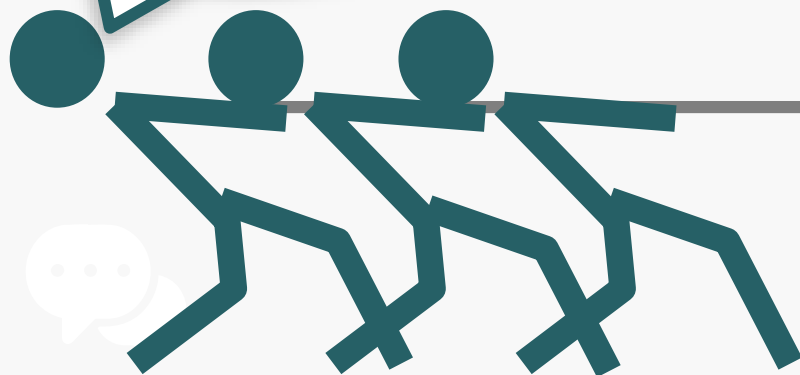
sulle risorse e sul personale con il pericolo di
desertificare area assistenziali già fragile.



ARTICOLO 118

COMMA 4

Stato, Regioni, Città metropolitane,
Province e Comuni favoriscono
l'autonoma iniziativa dei cittadini,
singoli e associati, per lo svolgimento
di attività di interesse generale,
sulla base del principio di sussidiarietà.

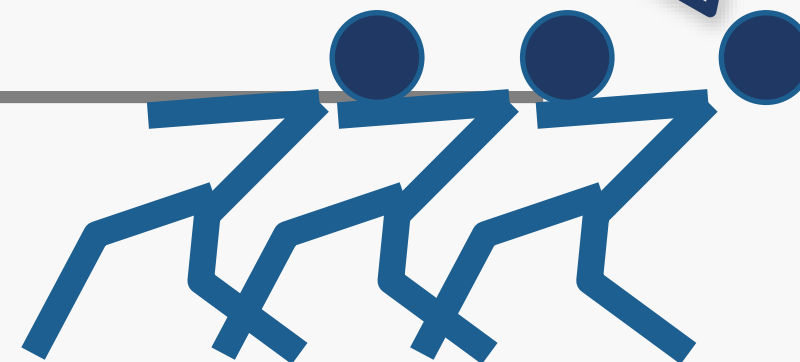


INVESTIMENTI IN EDILIZIA SANITARIA...

MODELLI ACCENTRATI...

APPROCCIO DIRIGISTA...

oppure



...SERVIZI AI CITTADINI.

...MODELLI RETICOLARI.

...ACCORDI PARTENARIALI



CONFCOOPERATIVE

CONFEDERAZIONE COOPERATIVE ITALIANE

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



www.sanita.confcooperative.it



FederazioneSanità



@sanitacci