

MEMORIA A CURA DI CONF COOPERATIVE SANITÀ

1. CONF COOPERATIVE SANITÀ: IDENTITÀ, VISIONE E STRATEGIA

CHI SIAMO. Confcooperative Sanità è la Federazione che rappresenta le cooperative di medici, di farmacisti, di professionisti sanitari e sociosanitari, nonché gli enti mutualistici operanti sul terreno della sanità integrativa, aderenti alla Confederazione delle Cooperative italiane¹, la principale organizzazione di rappresentanza del movimento cooperativo italiano. Si tratta di professionalità diverse ed apparentemente distanti, unite tuttavia da un importante fattore comune: sono tutti operatori impegnati sul terreno dell'**assistenza primaria**.

LA VISIONE. L'**assistenza primaria è un sistema compiuto di servizi extraospedalieri, con al centro il cittadino e la sua quotidianità**; essa costituisce un tassello fondamentale per completare l'architettura del Servizio Sanitario Nazionale e a rinsaldarne, al contempo, le basi.

In quest'ottica l'azione di Confcooperative Sanità, quale soggetto di rappresentanza, si è rivolta allo **sviluppo di sinergie tra i professionisti del territorio attraverso il modello societario cooperativo**, per la costruzione di network di assistenza primaria, integrati e multiprofessionali, per la presa in carico dei bisogni assistenziali dei cittadini in un quadro di partnership e di complementarità con il sistema pubblico.

LA STRATEGIA. Per riconfigurare e far evolvere l'attuale modello di welfare, affinché sia maggiormente rispondente ai bisogni sociosanitari di una **popolazione longeva con patologie cronic-degenerative e diffuse situazioni di disabilità/non autosufficienza**, non bastano interventi legislativi frammentari e disarticolati, ma occorre una riforma strutturale del sistema della sanità extra-ospedaliera.

In questo senso Confcooperative Sanità ha Individuato 7 aspetti prioritari su cui agire per lo sviluppo di un modello compiuto di assistenza primaria.

Individuare una Regia istituzionale unitaria; è infatti necessario ed urgente identificare "un Luogo governativo" di collaborazione e coordinamento tra i diversi soggetti istituzionali coinvolti nella cura e nell'assistenza ai più fragili, con un duplice obiettivo: declinare in chiave unitaria qualsiasi percorso di riforma semplificando, al contempo, il rapporto tra articolazioni dello Stato (in particolare tra Regioni e Ministeri).

Definire un ruolo chiaro e definito per il privato rispetto al suo rapporto con il sistema pubblico, che dia piena attuazione al principio di sussidiarietà orizzontale (art. 118 Costituzione), attraverso il riconoscimento della **committenza quale funzione principale della parte pubblica** e valorizzando, al contempo, il ruolo del privato come soggetto gestore/erogatore dei servizi (si veda, a riguardo, il paragrafo 3.4).

Declinare regole e meccanismi per la selezione degli erogatori, omogenei su scala nazionale, ispirate alla concezione originaria dell'istituto dell'accreditamento quale strumento fondato sul **possesso di standard qualitativi elevati**, in grado di mettere in moto dinamiche di **concorrenza virtuosa tra operatori basate sulla qualità** e sulla **libertà di scelta del cittadino** al contrario di quanto avviene, invece, con le gare d'appalto di servizi.

Implementare reti per la presa in carico di bisogni sanitari complessi, in grado di integrare professionisti e setting assistenziali, fondate su quattro assi: **farmacia dei servizi**, quale primo punto di contatto/accesso alla rete dei servizi; **medicina generale organizzata in forma societaria**, riferimento fiduciario essenziale per la

¹ La Federazione rappresenta circa 400 enti aderenti a Confcooperative, che realizzano un giro d'affari aggregato pari a oltre 10,5 miliardi di Euro. I soci delle cooperative sono circa 140.000. L'indotto occupazionale è pari a 25.000 unità.

valutazione del bisogno assistenziale e per l'orientamento del paziente; **reti sociosanitarie** e **network di specialistica e diagnostica**, in grado di offrire un'ampia gamma di servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali.

Individuare metodologie rigorose per la valutazione del bisogno e la misurazione dei risultati, per costruire una **cultura della valutazione** all'interno del SSN fondata su modalità cogenti di misurazione della soddisfazione dell'utenza, della performance organizzativa e degli outcome (esiti di salute) nell'ottica di una concezione dei servizi fortemente orientati al risultato.

Intervenire sulla carenza strutturale di risorse in termini di professionalità sanitarie, elemento di criticità che si sta ripercuotendo sul sistema pubblico ma, in particolare, sugli operatori privati, anche a causa della difficoltà dei canali universitari di garantire una disponibilità di professionisti, infermieri in primis, adeguata alle attuali richieste del mercato del lavoro. **La problematica è ampiamente trattata nei paragrafi 2.3 e 3.2.**

Prevenire il rischio di dispersione delle risorse, di cui una congrua parte è concentrata nella costruzione/riqualificazione di strutture da destinare alle case ed agli ospedali di comunità, in un'ottica che appare centrata sulla spesa nei tempi prefissati dei fondi del Recovery Fund, senza tenere conto della sostenibilità di tali nuovi presidi. **La problematica è ampiamente trattata nei paragrafi 2.1 e 3.1.**

Questi ultimi due aspetti, come accennato, aprono ad una serie di considerazioni sulle criticità che emergono da una lettura approfondita dei programmi di investimento relativi alla sanità territoriale contenuti nel PNRR, che sono oggetto della successiva sezione.

2. LA NUOVA SANITÀ DEL TERRITORIO NEL PNRR: ALCUNI PROFILI DI CRITICITÀ

Nella presente sezione si propone un'analisi delle linee di investimento previste nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza afferenti alla riorganizzazione della sanità territoriale (*M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*).

Un'architettura delineata nel PNRR in termini di strutture, risorse e tempistiche di attuazione, che diverrà parte integrante dell'ordinamento sanitario all'atto dell'approvazione della Riforma che dovrà definire il nuovo modello organizzativo del territorio anche attraverso la definizione di standard strutturali, tecnologici e organizzativi dello stesso (il cosiddetto "DM 71", affidato all'AGENAS, da approvare entro la prima metà del 2022).

Il combinato disposto dei due provvedimenti (il primo approvato, il secondo in corso di definizione) delinea indelebilmente i tratti del Servizio Sanitario Nazionale del futuro, pertanto è utile evidenziare alcune criticità che emergono da una lettura approfondita delle schede progettuali del PNRR, che pongono degli interrogativi circa la "solidità" della nuova architettura del territorio, proponendo anche delle soluzioni per ricalibrare talune scelte.

2.1 LA SOSTENIBILITÀ A REGIME DELLE NUOVE STRUTTURE E DEI SERVIZI

Come è noto le risorse appostate nel PNRR per le **1.288 Case di Comunità (CdC)** e per i **381 Ospedali di Comunità (Os.Co.)** saranno completamente assorbite dalla costruzione/ristrutturazione e dalla dotazione tecnologica dei nuovi presidi², con un costo medio per struttura stimato in **1,55 milioni** per le prime e in **2,62 milioni** per i secondi. Un discorso analogo vale per le **602 Centrali Operative Territoriali (COT)**, che avranno

² Nelle schede di progetto per le CdC si calcolano, nel complesso, 1.648.640.000 € di costi strutturali, 351.098.496 € di costi per l'infrastrutturazione tecnologica e 261.504 € di costi di supporto (totale 2.000.000.000); per gli Os.Co. 868.680.000 € di costi strutturali, 130.302.000 € di costi per le infrastrutture tecnologiche e 1.018.000 € di costi di supporto (totale 1.000.000.000).

un costo di poco più € **465.000** a struttura ricomprendendo nel computo, oltre alla componente strutturale e tecnologica, una serie di spese generali per l’informatizzazione complessiva del SSN³.

Il primo interrogativo che emerge riguarda la sostenibilità a regime di queste strutture e dei relativi servizi soprattutto sotto il profilo del personale.

CASE DI COMUNITÀ. Per ciascuna CdC con funzione di *spoke* l’equipe sarà formata da **23 operatori** (10 medici di medicina generale, 8 infermieri di comunità, 5 amministrativi), con un fabbisogno complessivo di personale dipendente (tralasciando i MMG in quanto professionisti convenzionati) di **6.440 amministrativi e 10.091 infermieri**, a fronte di soli **94,5 milioni** stanziati per l’assunzione di **2.363 infermieri di comunità** dall’art.1 comma 5 del DL 34/2020 (Decreto Rilancio). Per le restanti 14mila unità non sono previste risorse, né nel PNRR né nel finanziamento ordinario del SSN, in quanto non si considerano oneri aggiuntivi a carico del SSN, in virtù di una complessiva riorganizzazione del personale delle cure primarie. **Si può presumere, pertanto, che la soluzione prefigurata per dotare le case di comunità del personale necessario al proprio funzionamento sia un massiccio spostamento di risorse umane da altre strutture.**

Tabella 1 Costi e fabbisogno personale delle nuove strutture linee di investimento M6C1

	1.288 CASE DI COMUNITÀ	381 OSPEDALI DI COMUNITÀ	602 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI
COSTI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	1,55 MLN PER PRESIDIO	2,6 MLN PER PRESIDIO (20 PL)	465.000 PER CENTRALE
OPERATORI IMPEGNATI	23 OPERATORI PER PRESIDIO (10 MMG, 8 INFERMIERI, 5 AMMINISTRATIVI)	16 OPERATORI PER PRESIDIO (1 MMG 4/5 ORE DIE PER 6 GIORNI, 9 INFERMIERI, 6 OSS)	6 OPERATORI PER CENTRALE (6 INFERMIERI DI COMUNITÀ + 1 COORDINATORE)
PERSONALE A REGIME COMPLESSIVO	16.531 UNITÀ (6.440 AMMINISTRATIVI E 10.091 INFERMIERI)	5.715 UNITÀ (3.429 INFERMIERI, 2.286 OSS+534.924 ORE MEDICHE /ANNO)	3.612 UNITÀ (3.010 INFERMIERI DI COMUNITÀ +601 COORDINATORI)
COSTI AGGIUNTIVI PERSONALE	94,5 MLN (D.L. 34/2020 PER 2.363 INFERMIERI FAMIGLIA)	239 MLN (DA REPERIRE ATTRAVERSO IL PIANO DI SOSTENIBILITÀ)	150,5 MLN (D.L. 34/2020 PER 3.612 INFERMIERI FAMIGLIA)

Fonte: nostra elaborazione dati schede progettuali PNRR

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI. Per le **COT** è nuovamente il Decreto Rilancio (art.1 comma 5) ad offrire la copertura economica pari a **150,5 milioni** necessaria all’assunzione del personale, **602 coordinatori e 3.010 infermieri di comunità** (1 coordinatore e 5 infermieri per struttura), essenziale per l’operatività delle strutture.

OSPEDALI DI COMUNITÀ Diverso il caso degli Os.Co. ove è prevista un’equipe di **16 operatori per presidio** (9 infermieri, 6 OSS) più il supporto della medicina generale (1 MMG per 4,5 ore/die 6 giorni a settimana), per un fabbisogno complessivo di **3.429 infermieri e 2.286 OSS** (a cui si devono aggiungere 534.924 ore mediche/anno), con una spesa ulteriore per il personale, **non finanziata**, di poco superiore ai **239 milioni**.

ASSISTENZA DOMICILIARE Il medesimo problema si pone anche per l’ADI. Il PNRR prevede un incremento progressivo e strutturale della platea degli over-65 assistiti a domicilio, con l’obiettivo di arrivare, entro il 2026, a **807.790 prese in carico addizionali**, per una spesa annua aggiuntiva a regime di poco inferiore a **1,6**

³ La scheda progettuale relative alle COT calcola una spesa di 90.300.000 € e di 13.545.000 €, rispettivamente, per i costi di ristrutturazione degli edifici e per la loro dotazione tecnologica. A questi vanno aggiunti: 42.642.875 € per la realizzazione delle strumento di interconnessione nelle ASL; 50.000.000 € per l’introduzione dell’intelligenza artificiale e di strumenti di apprendimento automatico nel contesto delle cure primarie su un campione di 1 milione di cittadini; 58.029.713 € per l’acquisto di dispositivi per tele-monitoraggio dei pazienti domiciliari; 25.482.412 € per il consolidamento della piattaforma informativa sviluppata da Age.n.a.s. (spesa totale 280.000.000).

miliardi. Tali costi, però, sono coperti solo per 1/3 da risorse stabili, **500 milioni** appostati nel DL 34/2020 (art. 1 commi 4 e 5); per la restante quota si attinge direttamente alle risorse del Recovery Fund, con un finanziamento progressivo che arriverà a quasi **1,1 miliardi nel 2026⁴** ma che, a partire del 2027, non sarà più disponibile.

In sintesi, dal 2027, mancheranno all'appello circa 1,34 miliardi (239 mln per gli Os.Co. e 1,1 miliardi per l'ADI) da reperire attraverso una serie di previsioni di risparmio prospettate nel cosiddetto "Piano di Sostenibilità".

Il Piano in questione si sostanzia, da una parte, in una prospettiva di incremento annuo del Fondo Sanitario Nazionale dell'1%, con un 15% della maggiorazione (circa 180 mln) da destinare al mantenimento dei servizi territoriali; dall'altra nelle economie derivanti dalla riduzione delle ospedalizzazioni relative alle malattie croniche e degli accessi inappropriati nei Pronto Soccorso per i codici bianchi e verdi, nonché dalla minore spesa farmaceutica per tre classi di farmaci ad elevato consumo e alto rischio di inappropriatazza.

Tabella 2 Sommario Piano di Sostenibilità (anno 2027)

INCREMENTO ANNUO FSN (15% RISORSE DESTINATE AL TERRITORIO)	180.000.000 €
RIDUZIONE OSPEDALIZZAZIONI ALTO RISCHIO INAPPROPRIATEZZA PER LE MALATTIE CRONICHE	134.379.918 €
RIDUZIONE ACCESSI INAPPROPRIATI NEI PRONTO SOCCORSO PER I CODICI BIANCHI E VERDI	719.294.197,29 €
RIDUZIONE SPESA FARMACEUTICA PERI FARMACI AD ELEVATO CONSUMO E RISCHIO INAPPROPRIATEZZA	329.000.000,00 €
TOTALE PIANO DI SOSTENIBILITÀ (ANNO 2027)	1.362.674.115,29 €

Fonte: Appendice 1 Piano Nazionale Ripresa e Resilienza

Pur condividendo la prospettiva, suffragata dalla letteratura disponibile, che una maggiore capacità di risposta sul territorio genererà economie sui livelli di maggiore complessità, ospedale in primis, **sembra tuttavia aleatorio prevedere risparmi per oltre 1,3 miliardi nel 2027**, come si evince dal Piano.

Ciò, a maggior ragione, se non si interverrà tempestivamente su un'altra grave criticità che riguarda la linea di investimento relativa all'assistenza domiciliare per come è ora impostata nel PNRR, che rischia di inficiarne la strategicità.

2.2 ASSISTENZA DOMICILIARE: LIVELLI DI PRESA IN CARICO INSUFFICIENTI

Come accennato il PNRR prevede un investimento di 2,72 miliardi per il potenziamento dell'assistenza domiciliare tutto finalizzato all'incremento della percentuale di anziani ultrasessantacinquenni assistiti a domicilio.

Ciò è sicuramente meritorio, vista l'effettiva necessità di aumentare tale bacino di utenza che, sebbene sia cresciuto sensibilmente in questi anni⁵, è ancora ampiamente sottodimensionato, con una media nazionale che segna appena il **2,9%**⁶ a fronte di dati internazionali con valori tripli o addirittura quadrupli⁷ rispetto a

⁴ I 2,72 miliardi stanziati nel PNRR sono nei fatti completamente assorbiti, nel quinquennio 2022-2026, dai costi necessari a sostenere il progressivo incremento del bacino di utenti presi in carico: 78.203.138 € nel 2022, 260.861.007 € nel 2023, 497.122.784 € nel 2024, 783.862.329 € nel 2025; 1.099.950.742 € nel 2026 (spesa totale 2.720.000.000 €).

⁵ Nel quinquennio 2014-2019 dai flussi SIAD si rileva una crescita nell'ordine del 55%: dai 252.377 utenti del 2014 ai 391.594 del 2019 [Vetrano D.L.; Italia Longeva 2022].

⁶ Il dato del 2,9% è tratto dal Monitoraggio LEA anno 2019, che considera solo l'ADI *strictu sensu* (CIA >0,14) che comporta la stesura del piano assistenziale individuale (PAI), al netto dunque delle cure domiciliari prestazionali (interventi con CIA <0,14), ricomprese invece nella media nazionale del 6,1% riportata dal Ministero della Salute e ripresa nel PNRR come riferimento.

⁷ Il benchmark europeo vede, nel 2019, la Francia al 5,8%, l'Olanda al 7,7%, la Spagna 9,3%, la Svezia al 11,9% e la Germania al 14,2%.

quello italiano. Tuttavia, oltre ad una questione di quantità, c'è un problema ancora più marcato di continuità/intensità delle cure garantite a domicilio, testimoniato da una desolante media nazionale di sole **15 ore/anno di assistenza per over-65 trattato**⁸.

Purtroppo il PNRR non corregge, ma anzi reitera, tale fattore di debolezza.

Ciò si evince dalla stratificazione contenuta nel Piano, laddove il **60%** delle nuove prese in carico sono infatti classificate come cure domiciliari di base, a cui corrispondo **12 accessi/anno**, mentre il **20%** dei nuovi utenti è, invece, inquadrato nella fascia ADI di 1° livello, che garantisce **36 accessi/anno**. Ciò è evidentemente confermato da un confronto tra i budget pro-capite (calcolati al netto degli accessi dei medici di medicina generale⁹): prendendo come parametro di riferimento il **budget medio pari a € 1.880**, i livelli più alti godono di risorse 5-6 volte superiori, mentre il livello base è 8 volte inferiore alla media.

Tabella 3 Stratificazione nuove prese in carico in assistenza domiciliare con budget pro-capite per livello di intensità assistenziale

LIVELLO DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE	INCIDENZA % SU ASSISTITI	NUMERO ADDIZIONALE DI ASSISTITI	ACCESSI/ MESE	COSTO DEGLI ACCESSI ADDIZIONALI (SENZA ADP) ⁸	BUDGET PRO CAPITE PER FASCIA ASSISTENZIALE (SENZA ADP) ⁸
BASE	60%	484.782	1	€ 104.712.930	€ 216
1 LIVELLO	20%	161.594	3	€ 183.247.659	€ 1.134
2 LIVELLO	10%	80.797	7	€ 332.136.317	€ 4.110
3 LIVELLO	4%	32.319	12	€ 310.648.359	€ 9.611
CURE PALLIATIVE	6%	48.478	15	€ 589.010.198	€ 12.150
TOTALE	100%	807.970	---	€ 1.519.755.462	€ 1.880 (MEDIO)

Fonte: nostra elaborazione dati schede progettuali PNRR

In sintesi, **l'80% dei nuovi assistiti a domicilio (646.000 utenti su 807.790) usufruirà di livelli assistenziali assolutamente distanti dagli standard a cui il PNRR dovrebbe aspirare**, mentre solo il 20% beneficerà di una presa in carico affettiva.

Con livelli assistenziali così bassi è inoltre difficile immaginare che si concretizzino quei benefici attesi sul livello ospedaliero su cui si fonda l'attendibilità del "Piano di Sostenibilità" (si veda il paragrafo precedente), ponendo dunque ulteriori interrogativi circa la sostenibilità del modello dopo il 2026.

2.3 LA CARENZA DI PERSONALE SANITARIO

Un altro aspetto di evidente criticità riguarda la carenza di personale sanitario, infermieristico *in primis*, posto che le nuove strutture ed i nuovi servizi, come argomentato, assorbiranno un numero considerevole di professionisti.

Non solo, tale problematica vale anche per la Riforma dell'Assistenza Territoriale, richiamata in premessa, che prevede l'introduzione di standard e servizi che non sono oggetto di investimento del PNRR, oltre alla realizzazione di ulteriori strutture per garantire il rispetto degli standard introdotti dalla riforma stessa. Un aspetto che non è sfuggito alla Corte dei Conti nell'Audizione sulla Legge di Bilancio in discussione. In

⁸ Dato soggetto ad un'elevatissima variabilità regionale: i valori più alti si registrano in Valle d'Aosta (42 ore/anno); sopra le 30 ore/anno si trovano Sardegna, Basilicata, Sicilia e Campania. I valori più bassi si registrano invece in Molise e Toscana (8) e soprattutto in Veneto (5).

⁹NOTA METODOLOGICA Per ciascun dei cinque livelli assistenziali, il Piano identifica la percentuale di accessi aggiuntivi che saranno garantiti dalla medicina generale (cosiddetta ADP, "Assistenza Domiciliare Programmata). Nello specifico: livello base 0%; 1° livello 16%; 2° livello 13%; 3° livello 11%; cure palliative 10%. Valorizzando tali interventi per la tariffa fissata nell'Accordo Collettivo Nazionale della medicina generale (€ 18,9) è stato possibile scorporarli calcolando il budget pro-capite per ciascun livello per la sola componente assistenziale.

particolare, la magistratura contabile, rispetto all'articolo 93¹⁰ che integra il finanziamento già previsto dal DL 34/2020 e dal PNRR per l'attuazione alla Riforma dell'assistenza territoriale, afferma: "L'esperienza acquisita negli ultimi anni a fronte della crisi ha reso evidenti il rilievo delle difficoltà incontrate nel reperimento del personale medico e infermieristico [...] che richiederebbero una attenta valutazione del fabbisogno formativo di tale personale nei prossimi anni."

Circoscrivendo il ragionamento alla sola ADI, le proiezioni elaborate dalla Federazione mostrano che per sostenere **923.000 prese in carico**, garantendo agli utenti livelli di intensità/continuità **pari a 20 ore/mese**, **saranno necessari poco meno di 112.000 operatori**. Si tratta di un'ipotesi ottimale, con un incremento della copertura degli ultrasessantacinquenni al 6,6% che, sommato all'attuale 2,9%, porterebbe la platea di assistiti poco al di sotto del 10% (obiettivo dal Ministero), garantendo al contempo livelli assistenziali in linea con i migliori standard internazionali.

Tabella 4 Proiezione fabbisogno operatori per ADI secondo livelli di intensità/continuità assistenziale crescente

NUMERI DI UTENTI OVER-65 PRESI IN CARICO	ORE/ANNO DI ASSISTENZA	NUMERO DI OPERATORI NECESSARI
923.000 (+6,6% ASSISTITI)	15 (MEDIA NAZIONALE ATTUALE)	6.992
	72 (6 ORE MESE)	33.560
	120 (10 ORE MESE)	55.940
	180 (15 ORE MESE)	69.924
	240 (20 ORE MESE)	111.879

Fonte: nostra elaborazione

Nell'Appendice 1 del Piano si calcola che agli attuali 332.292 infermieri (impiegati sia in strutture pubbliche che private), stante una capacità formativa di circa 16.000 unità l'anno, se ne dovrebbero aggiungere nel 2027 poco più di **96.000**, a fronte di circa **26.000 pensionamenti** nel periodo 2020-2026, con un saldo attivo pari a **70.060 unità di personale infermieristico**. Secondo le stime tale disponibilità è adeguata a coprire la progressiva attivazione degli interventi finanziati, in virtù di un fabbisogno di **17.132 infermieri per le nuove strutture** (CdC, COT e Os.Co. si veda la tabella 1) a cui si deve aggiungere l'assistenza domiciliare, per la quale manca una quantificazione del personale necessario nel PNRR che, tuttavia, deve essere sufficiente a garantire oltre 28 milioni di accessi/anno aggiuntivi (dato al netto degli accessi della medicina generale).

Tabella 5 PNRR-Previsione disponibilità di personale infermieristico anno 2027

NUMERO INFERMIERI (STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE)	332.292
INFERMIERI FORMATI ANNO 2027 (POSTI A BANDO)	96.078
STIMA PNRR PENSIONAMENTI PERIODO 2020-2026	26.018
SALDO INGRESSI/PENSIONAMENTI	70.060
TOTALE PERSONALE INFERMIERISTICO AL 2027	402.352

Fonte Appendice 1 Piano Nazionale Ripresa e Resilienza

¹⁰ Nello specifico l'articolo 93 stanziava risorse volte al potenziamento dell'assistenza territoriale attraverso l'assunzione di personale ulteriore rispetto a quello già previsto nel PNRR, come si evince dalla relazione tecnica del DdL Bilancio:

- Case della comunità hub: 5.400 infermieri, 4.050 unità di personale supporto, 4.369.000 ore MMG;
- Unità di Continuità: 600 infermieri e 600 medici;
- Centrali Operative Territoriali: 600 unità di personale di supporto;
- Ospedali di Comunità: 1.800 infermieri, 241.000 ore medico, 1.200 unità di personale tecnico, 1.000 personale di supporto.

La spesa programmata è di 90,9 mln sul 2022; 150,1 sul 2023; 328,3 mln sul 2024; 591,5 mln sul 2025; 1.015,3 mln sul 2026, per sostenere

Tale ipotesi appare tuttavia assai ottimistica almeno sotto tre punti di vista.

Innanzitutto, **non c'è corrispondenza automatica tra i 96.000 posti a bando ed altrettanti infermieri formati**: prendendo come parametro il dato ANVUR¹¹ (anno 2016) sulla percentuale di abbandono tra primo e il secondo anno nei corsi di laurea triennali pari al 12,2% si può ragionevolmente stimare che circa 11.700 iscritti non conseguiranno il titolo. In secondo luogo, **i dati sul versante dei pensionamenti¹² appaiono sottostimati**, poiché tra il 2014 e il 2018 sono andati in pensione **37.744 infermieri** (circa 9.000 l'anno) ed è lecito aspettarsi, dai dati a disposizione, che il numero di pensionamenti possa aggirarsi intorno alle **35.000 unità¹³**. In terza istanza, oltre a quelle già programmate nel PNRR, la legge di bilancio 2022 finanzia assunzioni di ulteriori **7.800 infermieri** per l'implementazione della Riforma dell'Assistenza Territoriale (si veda a riguardo la nota 9). Di conseguenza **il saldo di personale infermieristico** disponibile al 2027 è di poco superiore alle **24.000 unità**, **molto al di sotto del dato stimato dalla Federazione per sostenere un'ipotesi di assistenza domiciliare realmente efficace, in quanto mancherebbero all'appello 88.000 unità di personale**. Il tutto, tra l'altro, senza contare che una congrua quota di infermieri sarà assorbita nel turnover delle strutture ospedaliere.

Tabella 6 Disponibilità di personale infermieristico per ADI-Ipotesi Confcooperative Sanità

INFERMIERI FORMATI ANNO 2027 (POSTI A BANDO)	96.078
NOSTRA STIMA ABBANDONO CORSO DI LAUREA	11.720
NOSTRA STIMA PENSIONAMENTI PERIODO 2020-2026	35.000
FABBISOGNO PERSONALE STRUTTURE PNRR	17.132
ASSUNZIONI EX ART 93 LEGGE DI BILANCIO 2022	7.800
PERSONALE INFERMIERISTICO DISPONIBILE AL 2027	24.426

Fonte 1 nostra elaborazione

C'è poi un'altra questione: l'orizzonte temporale al 2027 ignora che il problema della mancanza di infermieri non è solo una questione di prospettiva, in quanto gli erogatori privati già riscontrano gravissime difficoltà a garantire i propri organici erosi dal gran numero di assunzioni nel sistema pubblico di quest'ultimo biennio. Si tratta di erogatori, è bene ricordarlo, che nella maggior parte dei casi gestiscono ed offrono servizi per conto del SSN.

3. IMMAGINARE POSSIBILI ALTERNATIVE: LE PROPOSTE DI CONF COOPERATIVE SANITÀ

Nella presente sezione si avanzano delle soluzioni volte a dare risposta alle criticità illustrate e che potrebbero fornire utili spunti per ricalibrare talune scelte nei prossimi snodi decisionali: la già citata Riforma dell'Assistenza Territoriale, che dovrà essere approvata nel 2022, e l'implementazione a livello regionale delle progettualità previste nel PNRR.

3.1 CENSIRE E METTERE A SISTEMA LE ESPERIENZE VIRTUOSE GIÀ ESISTENTI NEI TERRITORI

Le case e gli ospedali di comunità sono modelli con una precisa identità regionale, tosco-emiliana le prime, veneta i secondi. Una riflessione va dunque fatta sull'utilità e l'efficacia di estendere a livello nazionale

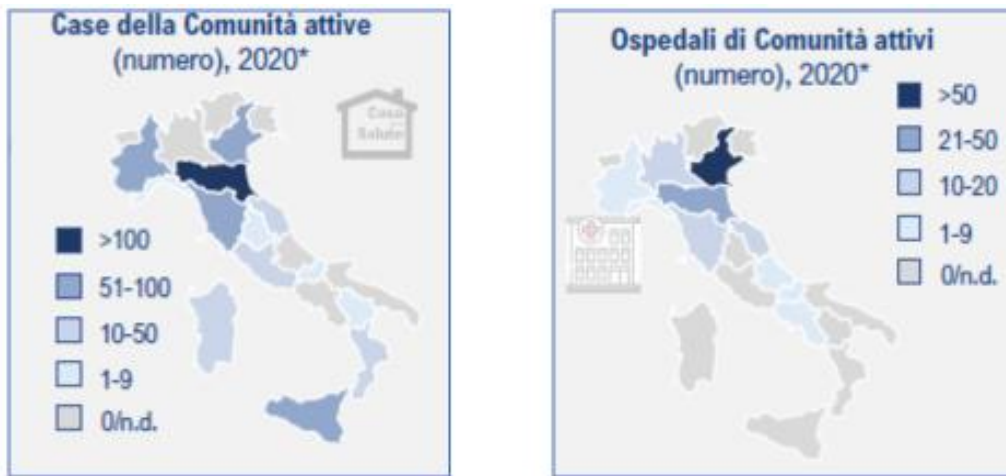
¹¹ Agenzia Nazionale per la Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca "Rapporto biennale sullo stato del sistema universitario e della ricerca".

¹² La stima contenuta nel PNRR è costruita prendendo l'attuale numero di infermieri con 60 anni di età (il 7,83% del totale) ed assumendo quale età di pensionamento i 67 anni, ma in realtà l'età di quiescenza è più bassa di circa 4 anni [Quotidiano Sanità; Bozzi M. 2021 su dati MEF e Ministero della Salute].

¹³ [ibid]

strutture che, pur non rappresentando delle novità (sono ambedue modelli con una storia più che decennale), non hanno trovato applicazione diffusa, ignorando invece soluzioni già presenti nei territori che potrebbero essere valorizzate.

Figura 1 Case ed ospedali di comunità attive nel 2020 per distribuzione geografica



Fonte: The European House Ambrosetti su dati PNRR e AGENAS 2021

Il primo passo per non disperdere risorse è procedere con un censimento dell'esistente, di ciò che ha già dato prova di efficacia in termini di risposta al bisogno assistenziale, allargando l'orizzonte oltre il perimetro del pubblico includendovi anche i modelli realizzati dal privato in un'ottica di complementarità e sussidiarietà con il SSN. È il caso, solo per citare alcuni esempi, delle cooperative di MMG, della farmacia dei servizi, della rete della cooperazione sociosanitaria diffusa in tutto il Paese.

A fronte di una mappatura chiara sarà possibile valutare quali strutture costruire e quali servizi implementare ex novo, assumendo il relativo personale pubblico, e **quali servizi sarà invece possibile interconnettere in una reale logica di rete, avvalendosi di forme avanzate di partenariato-pubblico privato.**

L'ottica è dunque quella di non concentrare esclusivamente le risorse sulla costruzione di strutture fisiche, in cui accentrare funzioni e professionisti come prefigurato dal modello casa di comunità, **ma immaginare reti pubblico-private di assistenza primaria come luoghi immateriali con terminali di accesso fisico diffusi nel territorio.**

3.2 INVESTIRE RISORSE SULLA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI VALORIZZANDO PROFILI INNOVATIVI (OSSS)

Quanto poc'anzi illustrato è funzionale anche a liberare risorse per sciogliere il vero nodo strategico da cui dipende la sostenibilità di qualsivoglia riassetto della sanità territoriale: la carenza di personale sanitario e non solo nella prospettiva 2027, in quanto già adesso essa costituisce un fattore di grave criticità per gli erogatori privati (vedasi paragrafo 2.3).

Per tale ragione si propone, innanzitutto, di implementare a livello nazionale la figura dell'operatore sociosanitario specializzato, figura già disciplinata nel nostro ordinamento sanitario¹⁴. Nello specifico si prevede che gli OSS, a seguito di un ulteriore modulo di formazione complementare, ricevano uno specifico attestato di "Operatore sociosanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria", che consente

¹⁴l'Accordo del 16 gennaio 2003, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 3 marzo 2003, n.51, tra il Ministro della Salute, il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

loro di collaborare con l'infermiere o con l'ostetrica e di svolgere alcune attività' assistenziali conformemente alle direttive e sotto la loro supervisione.

In secondo luogo, prevedere uno spostamento di risorse finalizzato ad una campagna strategica di formazione di operatori sociosanitari specializzati. Volendo azzardare una stima preliminare sui costi di una tale operazione, ponendo in circa **3.000 €** (tra corso base e modulo complementare) il costo di formazione di ciascuna unità ed immaginando di formare circa **90.000 mila nuovi operatori** (si veda paragrafo 2.3) il costo complessivo si aggirerebbe sui **270 milioni**.

Un'operazione che, tra l'altro, genererebbe enormi esternalità positive in termini di riqualificazione professionale e di impatto occupazionale, con benefici anche l'Erario sotto il profilo del gettito fiscale.

3.3 RIVEDERE LA STRATIFICAZIONE DELLE NUOVE PRESE IN CARICO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Come si è detto (paragrafo 2.2), l'attuale stratificazione dell'assistenza domiciliare prevista nel PNRR considera un numero di accessi/anno del tutto inadeguati a configurare un'autentica presa in carico per la stragrande maggioranza dei nuovi utenti.

Le ragioni di tale criticità è ancora una volta ravvisabile nell'estensione a livello nazionale di specifiche esperienze regionali. Tale stratificazione, come è esplicitato nell'Appendice 1, è infatti costruita su costi e dati di distribuzione tra le fasce di intensità assistenziale presi, ancora una volta, dalle regioni Emilia Romagna, Veneto e Toscana. Considerando che Veneto e Toscana presentano a livello nazionale i livelli più bassi di continuità/intensità nell'ADI, rispettivamente 5 e 8 ore/anno di assistenza per over-65 trattato¹⁵, è facile dedurre che la distribuzione risulti sbilanciata in questo senso.

E' dunque necessaria una revisione complessiva della stratificazione, volta a garantire una reale presa in carico del paziente in un'ottica di Long Term Care, a partire da dati che ricomprendano nel computo anche pazienti a complessità medio-alta del tutto sottostimati nell'attuale distribuzione. Uno sforzo in cui si chiede siano coinvolti anche le rappresentanze degli erogatori privati impegnati nell'area delle cure domiciliari.

3.4 INVESTIRE SULLE FUNZIONI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Infine, è necessario potenziare la funzione di committenza, prerogativa precipua ed essenziale della parte pubblica del SSN. **Per questo è necessario investire, anche in termini di assunzioni, su personale specializzato nella attività di pianificazione, programmazione, monitoraggio e controllo.**

Si tratta di una visione moderna del ruolo del sistema pubblico, che si qualifica nelle funzioni di natura strategica, stimolando la collaborazione tra pubblico e privato e rendendo sinergica l'azione di tutti gli attori del sistema (si veda sezione 1).

Un prospettiva con ricadute positive almeno su due versanti: da una parte, gli operatori privati sono stimolati a rafforzarsi sul piano imprenditoriale quali soggetti gestori/erogatori dei servizi, investendo nella crescita professionale del proprio personale, ma anche nell'innovazione tecnologica e organizzativa; dall'altra si restituisce ai cittadini la **libertà di scegliere da chi farsi seguire nel proprio percorso di cura**, in una lista di soggetti accreditati, monitorati nelle proprie performance dal sistema pubblico.

¹⁵ L'Emilia Romagna è appena sopra la media con 17 ore anno per caso trattato [FONTE: Annuario Statistico SSN Anno 2017; Ministero della Salute 2021]