

L'impatto economico del DM 77

Americo Cicchetti

*Direttore dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (ALTEMS)
Università Cattolica del Sacro Cuore*



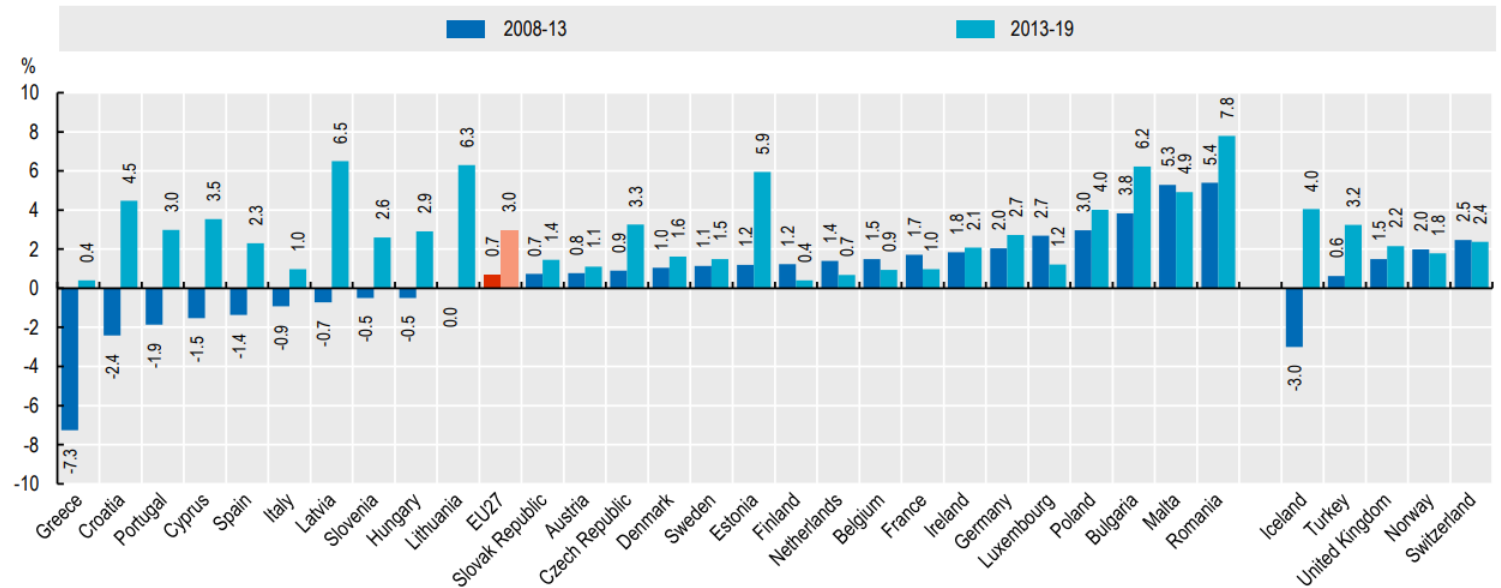
Agenda

- Lo scenario economico-finanziario del Ssn prima e dopo la manovra
- Il ruolo del PNRR, Missione 6
- Come misurare l'impatto economico
- Alcuni dati preliminari sull'impatto economico
- Considerazioni



La spesa sanitaria italiana è cresciuta del 30% in meno della media EU5 negli ultimi 12 anni

EU 5	2008-13	2013-19	2008-2019	12 Anni (2008-2019)
Italia	-0,9	1	0,1	1,2
Germania	2	2,7	4,7	56,4
Francia	1	1,7	2,7	32,4
Spagna	-1,4	3	1,6	19,2
UK	1,5	2,2	3,7	44,4
Crescita media	0,44	2,12	2,56	30,72



Note: The EU average is unweighted. Growth rates and time periods may have been adjusted by the OECD Secretariat to take account of breaks in series. Sources: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database.

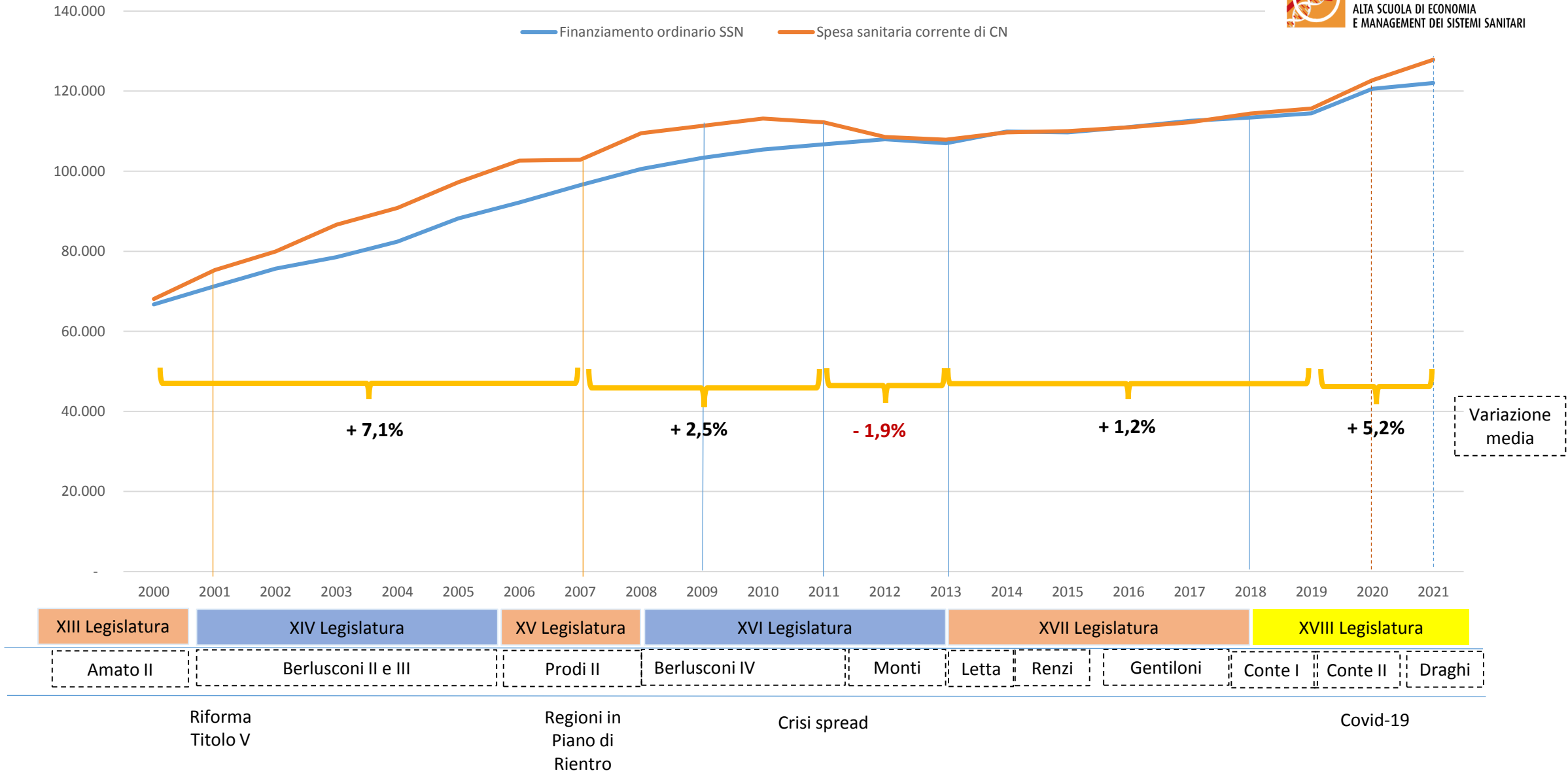
La spesa sanitaria italiana dovrebbe essere superiore rispetto all'attuale livello di 37,3 miliardi



Ssn 2000 - 2021

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Finanziamento ordinario SSN	66.737	71.271	75.652	78.570	82.404	88.195	92.173	96.551	100.577	103.298	105.398	106.738	107.961	107.005	109.928	109.715	111.002	112.577	113.404	114.474	120.557	122.061
% del PIL	5,3%	5,5%	5,6%	5,6%	5,7%	5,9%	5,9%	6,0%	6,2%	6,6%	6,5%	6,6%	6,6%	6,6%	6,8%	6,6%	6,5%	6,5%	6,4%	6,4%	7,3%	6,9%
Variazione %		8,40%	6,10%	3,90%	4,90%	7,00%	4,50%	4,70%	4,20%	2,70%	2,00%	1,30%	1,1%	-0,9%	2,7%	-0,2%	1,2%	1,4%	0,7%	0,9%	5,3%	1,2%
Spesa sanitaria corrente di CN	68.094	75.288	79.974	86.632	90.828	97.232	102.621	102.858	109.484	111.327	113.131	112.215	108.570	107.890	109.712	110.008	110.977	112.185	114.423	115.661	122.721	127.834
% del PIL	5,5%	5,8%	5,9%	6,3%	6,5%	6,6%	6,4%	6,7%	7,1%	7,0%	6,8%	6,8%	6,7%	6,7%	6,7%	6,6%	6,5%	6,5%	6,5%	6,4%	7,4%	7,2%
Variazione %		10,6%	6,2%	8,3%	4,8%	7,1%	5,5%	0,2%	6,4%	1,7%	1,6%	-0,8%	-3,2%	-0,6%	1,7%	0,3%	0,9%	1,1%	2,0%	1,1%	6,1%	4,2%
Prodotto interno lordo ai prezzi di mercato	1.239.759	1.299.412	1.346.360	1.391.313	1.449.016	1.490.409	1.549.188	1.610.305	1.632.933	1.573.655	1.605.694	1.638.857	1.624.359	1.612.751	1.627.406	1.655.355	1.695.787	1.736.593	1.771.391	1.796.634	1.656.961	1.775.436
Variazione %		4,8%	3,6%	3,3%	4,1%	2,9%	3,9%	3,9%	1,4%	-3,6%	2,0%	2,1%	-0,9%	-0,7%	0,9%	1,7%	2,4%	2,4%	2,0%	1,4%	-7,8%	7,2%
Disavanzo sanitario (Fin.to - spesa)	- 1.357	- 4.017	- 4.322	- 8.062	- 8.424	- 9.037	- 10.448	- 6.307	- 8.907	- 8.029	- 7.733	- 5.477	- 609	- 885	216	- 293	25	392	- 1.019	- 1.187	- 2.164	- 5.773
Disavanzo sanitario (%)	-2,0%	-5,6%	-5,7%	-10,3%	-10,2%	-10,2%	-11,3%	-6,5%	-8,9%	-7,8%	-7,3%	-5,1%	-0,6%	-0,8%	0,2%	-0,3%	0,0%	0,3%	-0,9%	-1,0%	-1,8%	-4,7%
Disavanzo sanitario cumulato	- 1.357	- 5.374	- 9.696	- 17.758	- 26.182	- 35.219	- 45.667	- 51.974	- 60.881	- 68.910	- 76.643	- 82.120	- 82.729	- 83.614	- 83.398	- 83.691	- 83.666	- 83.274	- 84.293	- 85.480	- 87.644	- 93.417
Media crescita spesa	7,1%							2,5%					-1,6%				1,2%				5,2%	

Finanziamento ordinario / Spesa sanitaria 2000- 2021 (migliaia di euro)



XIII Legislatura	XIV Legislatura	XV Legislatura	XVI Legislatura	XVII Legislatura	XVIII Legislatura
Amato II	Berlusconi II e III	Prodi II	Berlusconi IV	Monti Letta Renzi	Gentiloni Conte I Conte II Draghi

Riforma
Titolo V

Regioni in
Piano di
Rientro

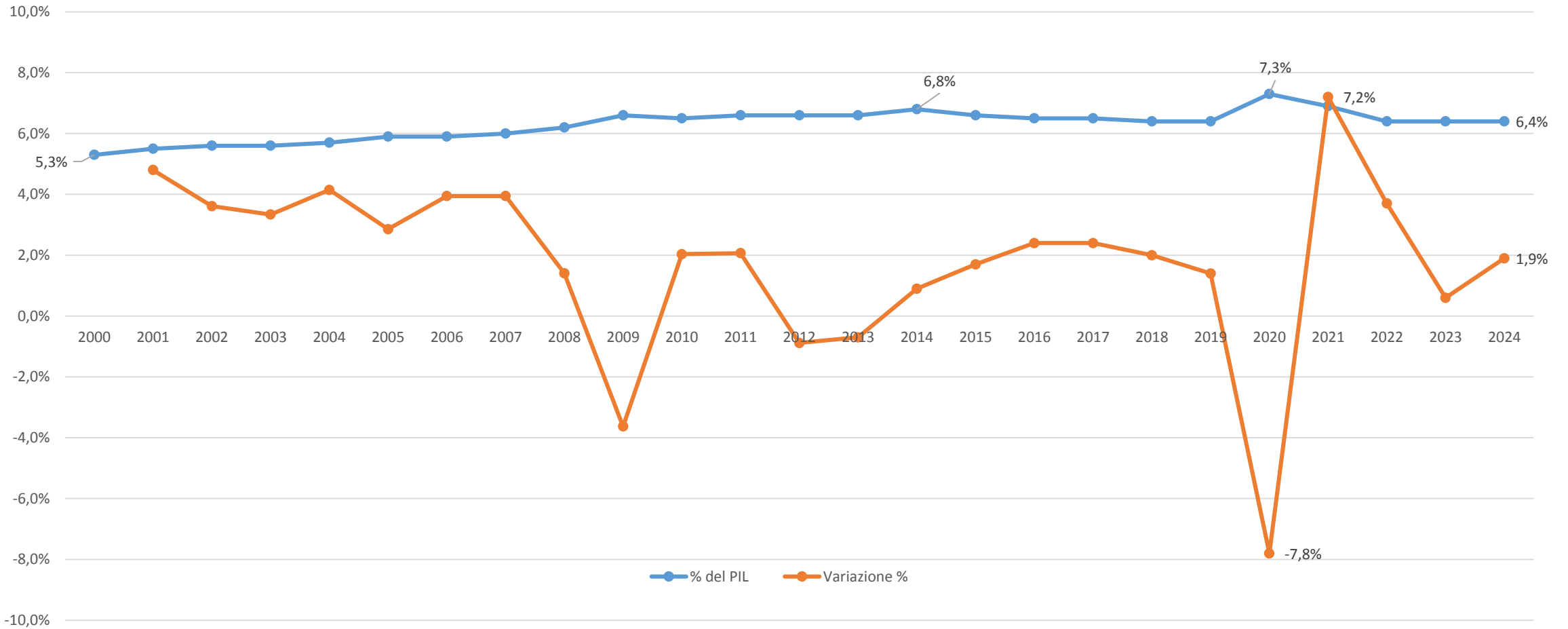
Crisi spread

Covid-19

La Legge di Bilancio 2023 aggiunge 2 mld/anno per i prossimi 2 anni. Significa un incremento dell'1,5%/anno



Spesa Sanitaria (% PIL) - Variazione % PIL





Agenda

- Lo scenario economico-finanziario del Ssn prima e dopo la manovra
- **Il ruolo del PNRR, Missione**
- Come misurare l'impatto economico
- Alcuni dati preliminari sull'impatto economico
- Considerazioni

FACOLTÀ DI ECONOMIA
ALTEMS - ALTA SCUOLA DI ECONOMIA E MANAGEMENT DEI SISTEMI SANITARI

PNRR-M6 SALUTE: UNA MISSIONE POSSIBILE?

Riflessioni e strategie per il management sanitario

Round table

4 marzo 2022, ore 16.30-17.45

Americo CICHETTI
Walter RICCIARDI
Antonella OCCHINO

Case di comunità e presa in carico della persona

11 marzo 2022, ore 16.30-17.30

Stefano LORUSSO
Gianfranco DAMIANI

Casa come primo luogo di cura e telemedicina

18 marzo 2022, ore 16.30-17.30

Roberto BERNABEL
Fabrizio Massimo FERRARA

Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (ospedali di comunità)

25 marzo 2022, ore 16.30-17.30

Nicola DRAOI
Domenico MANTOAN

Riorganizzare la rete degli IRCCS

1 aprile 2022, 16.30-17.30

Giuseppe IPPOLITO
Giovanni SCAMBIA

Ammodernamento parco tecnologico e digitale

22 aprile 2022, ore 16.30-17.30

Fernanda GELLONA
Lorenzo LEOGRANDE

Verso un ospedale sicuro e sostenibile

29 aprile 2022, ore 16.30-17.45

Massimo ANNICCHIARICO
Stefano CAPOLONGO
Stefano VILLA

Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione

06 maggio 2022, ore 16.30-17.30

Serena BATTILOMO
Giuseppe ARBIA

Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN

13 maggio 2022, ore 16.30-17.30

Gianni LORENZONI
Franco LOCATELLI

Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

20 maggio 2022, ore 16.30-17.30

Raffaete LANDOLFI

Round table

27 maggio 2022, ore 16.30-17.45

Mariastella GELMINI*
Gilberto TURATI
Alessandro ROSINA

Giornata conclusiva

21 luglio 2022, ore 10.30-12.00

Presentazione e premiazione progetti studenti
della Facoltà di Economia

Partecipazione di una commissione di esperti e docenti

Ciclo di seminari

Marzo - maggio 2022
Facoltà di Economia
Università Cattolica del Sacro Cuore

Largo F. Vito, 1 – Roma

Informazioni per gli studenti

Dott.ssa Federica Morandi
email: federica.morandi@unicatt.it

* Invitati a partecipare

Informazioni seminari:

<https://altems.unicatt.it/altems-2022-pnrr-m6-salute-una-missione-possibile-riflessioni-e-strategie-per-il-management-sanitario>

Segreteria Organizzativa:

Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari
email: info.altems@unicatt.it



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore



Diretta da Americo Cicchetti e Federica Morandi

PNRR Missione salute: una missione possibile?

a cura di

Americo Cicchetti e Federica Morandi



Giappichelli

MISSIONE 6: SALUTE

COMPONENTI E RISORSE (MILIARDI DI EURO):



15,63
Totale

**M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E
TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA
TERRITORIALE** 7,00

**M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E
DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE** 8,63

QUADRO DELLE MISURE E RISORSE (MILIARDI DI EURO):

Ambiti di intervento/Misure	Totale
Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima	-
Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona	2,00
Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina	4,00
Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1,00
Totale	7,00 Mld



QUADRO DELLE MISURE E RISORSE (MILIARDI DI EURO):

Ambiti di intervento/Misure	Totale
Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS	-
1. Aggiornamento tecnologico e digitale	7,36
Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,05
Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1,64
Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1,67
2. Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico	1,26
Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0,52
Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	0,74
Totale	8,63 Mld

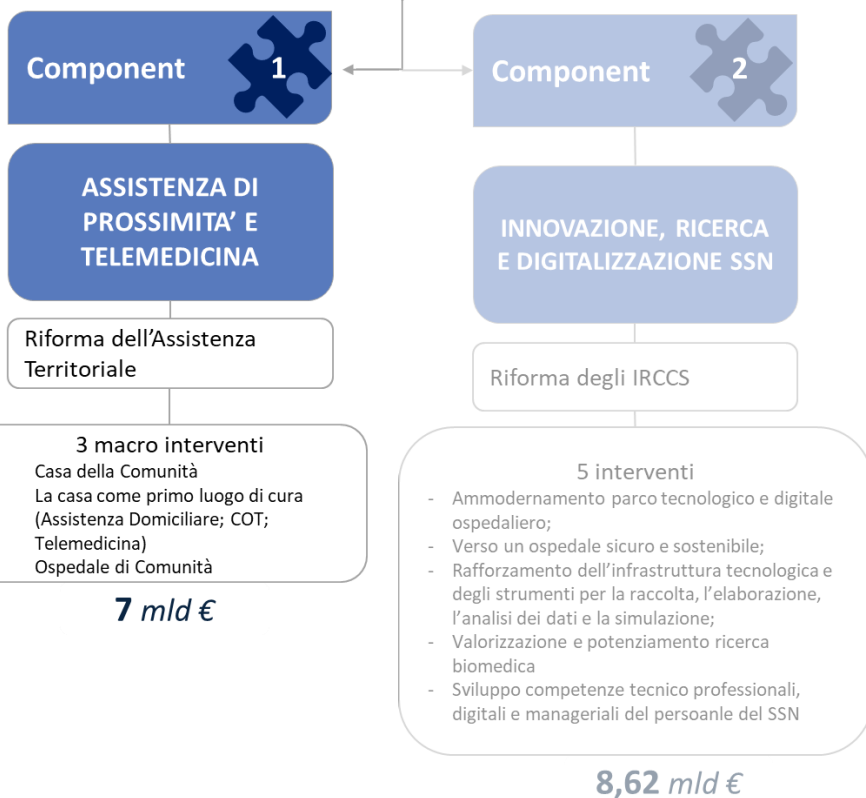


La missione 6 è chiamata a conseguire 44 milestone e raggiungere 56 target. Analizzando la natura dei target, in particolare, emerge la natura quali-quantitativa degli indicatori utilizzati ma anche la totale assenza di un legame possibile tra il raggiungimento del target e l'effettivo impatto su indicatori di salute o indicatori di efficienza economica del sistema sanitario.

COMPONENTE 1



RETI DI PROSSIMITA' STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE



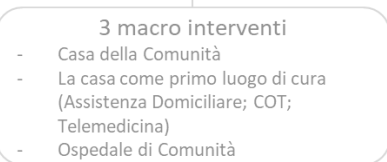
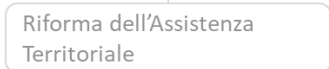
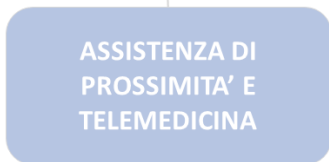
M6C1 I 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona **2 mld €**

M6C1 I 1.2 Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina **4 mld €**

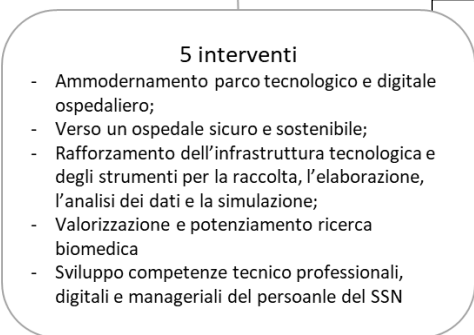
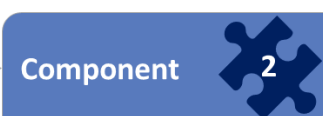
- 1.2.1 Assistenza Domiciliare **2,72 mld €**
- 1.2.2 Centrali Operative Territoriali (COT) **0,28 mld €**
 - *COT* **0,103 mld €**
 - *Interconnessione aziendale* **0,042 mld €**
 - *Device* **0,058 mld €**
 - *Intelligenza artificiale* **0,05 mld €**
 - *Portale della Trasparenza* **0,025 mld €**
- 1.2.3 Telemedicina **1 mld €**

M6C1 I 1.3 Sviluppo delle cure intermedie: Ospedale di Comunità **1 mld €**

COMPONENT 2



7 mld €



8,62 mld €

M6C2 | 1.1 Aggiornamento tecnologico e digitale

- 1.1 Ammodernamento digitale delle attrezzature tecnologiche ospedaliere
 - Digitalizzazione DEA I e II livello
 - Grandi apparecchiature
 - Rafforzamento strutturale SSN
- 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile
- 1.3 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica MdS
 - FSE (a) Repository centrale (b) Adozione FSE da parte delle Regioni (c) Tessera Sanitaria Elettronica
 - Infrastruttura tecnologica del MdS e modello predittivo di cui: Rafforzamento infrastrutture e Data Analysis; Reingegnerizzazione NSISS a livello locale; Costruzione modello predittivo e realizzazione National Health Hub; Sviluppo piattaforma Telemedicina.

7,36 mld €

4 mld €

1,45 mld €

1,18 mld €

1,41 mld €

1,64 mld €

1,67 mld €

1,38 mld €

0,29 mld €

M6C2 | 2 Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico

- 2.1 Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica
 - di cui 100 progetti di ricerca PoC;
 - 100 progetti di ricerca tumori e malattie rare;
 - 324 progetti di ricerca malattie altamente invalidanti.
- 2.2: Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale SSN
 - (a) Borse aggiuntive in formazione di MG
 - (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere
 - (c) Corso di formazione manageriale
 - (d) Contratti di formazione medico-specialistica

1,26 mld €

0,52 mld €

0,1 mld €

0,1 mld €

0,32 mld €

0,74 mld €

0,1 mld €

0,08 mld €

0,0018 mld €

0,537 mld €



PNRR: Le risorse in campo

- Il PNRR offre certamente una grande opportunità (ma mette in campo meno risorse di quelle che in realtà sarebbero necessarie)
 - Benchmark 1: 30.000 mld di lire del 1988 (art.20 L. 67/88) sono più che 15 mld di € oggi
 - Benchmark 2: Il «Piano Speranza» basato sulle stime della direzione della programmazione sanitaria del Ministero della Salute nel maggio 2020 prevedeva 14 mld di € solo per l'adeguamento antisismico delle strutture esistenti... possono essersi sbagliati... (globalmente Speranza ne chiedeva 68)

Piano nazionale di Ripresa e Resilienza

Missione 6 Componente 1: Reti di Prossimità, strutture e telemedicina

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

Decreto Ministeriale 77 del 23 maggio 2022

Publicato in Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 144 del 22/06/2022

 **Milestone EU – T2 2022**



- Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)
- **31 maggio 2022:** firmati i CIS che prevedono entro il 2025 la realizzazione di **2.475*** interventi distribuiti sull'intero territorio nazionale:
- **1.430** Case di Comunità
- **611** Centrali Operative Territoriali
- **434** Ospedali di Comunità

- Le Regioni/PA provvedono, entro 6 mesi, ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del DM;
- Le Regioni/PA provvedono ad adeguare l'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base degli standard del DM, anche in coerenza con gli investimenti previsti dalla M6C1 del PNRR.
- Ad Agenas spetta il monitoraggio del rispetto dei tempi e delle realizzazioni



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'**équipe multiprofessionale** di:
 - MMG e PLS
 - Medici specialisti
 - Infermieri di Famiglia o Comunità
 - Altri professionisti della salute
 - Assistenti sociali
- Punto di **riferimento 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

Riusciranno i nostri eroi a coinvolgere gli MMG/PLS nelle CdC?



**VERRANNO REALIZZATE 1350 CASE
DELLA COMUNITÀ HUB CON I FONDI PNRR**



Standard:

1 Casa della Comunità Hub ogni 40.000 – 50.000 abitanti

- **Organizzazione capillare** su tutto il territorio
Struttura fisica in cui opera un'**équipe multiprofessionale** di:
 - MMG e PLS
 - Medici specialisti
 - Infermieri di Famiglia o Comunità
 - Altri professionisti della salute
 - Assistenti sociali
- Punto di **riferimento 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

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**

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



Anno 2026

**Standard Personale per Case della Comunità
(minimo)**

Numero CdC

1.350*

Num. Infermieri	7
Num. Personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo)	5
Num. Assistenti sociali	1

Num. Infermieri
Num. Personale di supporto
(socio-sanitario, amministrativo)
Num. Assistenti sociali

9.450

6.750

1.350

Anno 2026

**Standard Personale per Case della Comunità
(massimo)**

Numero CdC

1.350*

Num. Infermieri	11
Num. Personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo)	8
Num. Assistenti sociali	1

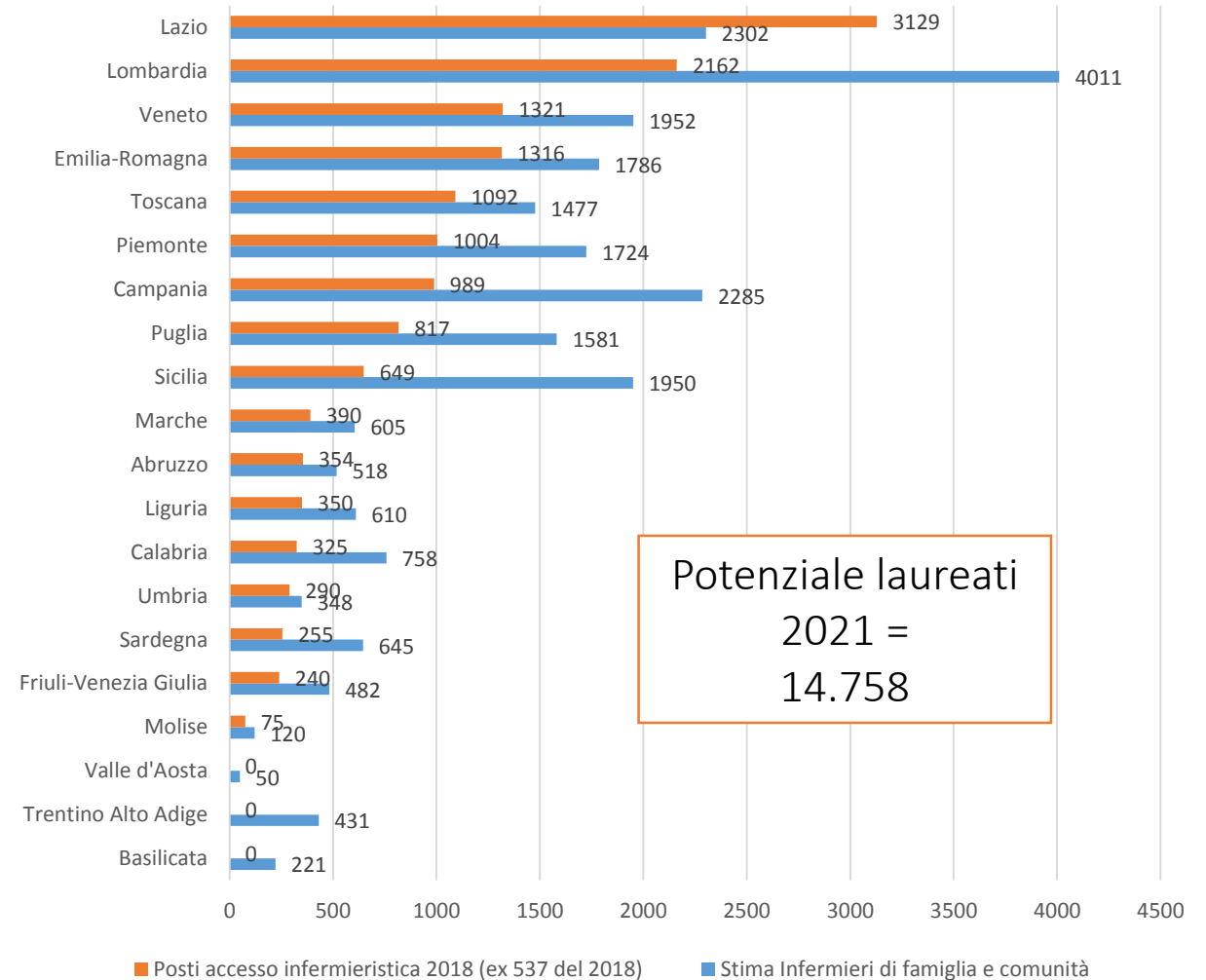
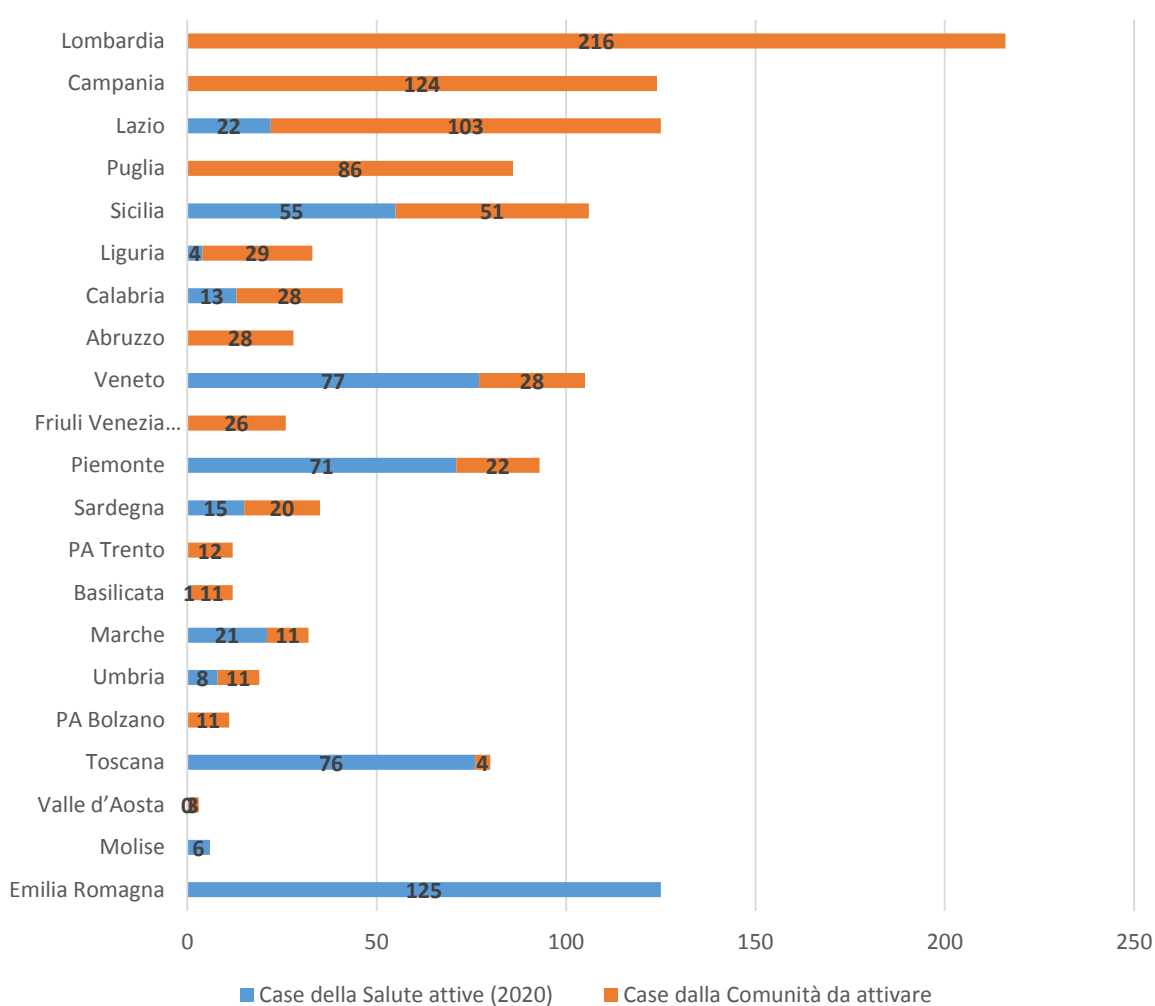
Num. Infermieri
Num. Personale di supporto
(socio-sanitario, amministrativo)
Num. Assistenti sociali

14.850

10.800

1.350

Quanta strada dobbiamo fare?



Potenziale laureati
2021 =
14.758



Assistenza Domiciliare



Standard da Riforma: 10% della popolazione over 65

Modello organizzativo

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.

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*.



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



Anno 2026

Standard Personale per COT (minimo)

Numero COT

600*

Num. Coordinatori Inf.	1
Num. Infermieri	3
Num. Personale di supporto	1

Num. Coordinatori Inf.
Num. Infermieri
Num. Personale di supporto

600
1.800
600

Anno 2026

Standard Personale per COT (massimo)

Numero COT

600*

Num. Coordinatori Inf.	1
Num. Infermieri	5
Num. Personale di supporto	2

Num. Coordinatori Inf.
Num. Infermieri
Num. Personale di supporto

600
3.000
1.200



Ospedale di Comunità

Definizione

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.



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



Anno 2026

**Standard Personale per Ospedale di Comunità
(minimo)**

Numero OdC

400*

Num. Infermieri	7
Num. OSS	4
Num. Altro Personale Sanitario	1
Num. ore Medici per die	4,5

Num. Infermieri	2.800
Num. OSS	1.600
Num. Altro Personale Sanitario	400
Num. Ore Medici	563.400

Anno 2026

**Standard Personale per Ospedale di Comunità
(massimo)**

Numero OdC

400*

Num. Infermieri	9
Num. OSS	6
Num. Altro Personale Sanitario	2
Num. ore Medici per die	4,5

Num. Infermieri	3.600
Num. OSS	2.400
Num. Altro Personale Sanitario	800
Num. Ore Medici	563.400



Centrale Operativa Territoriale

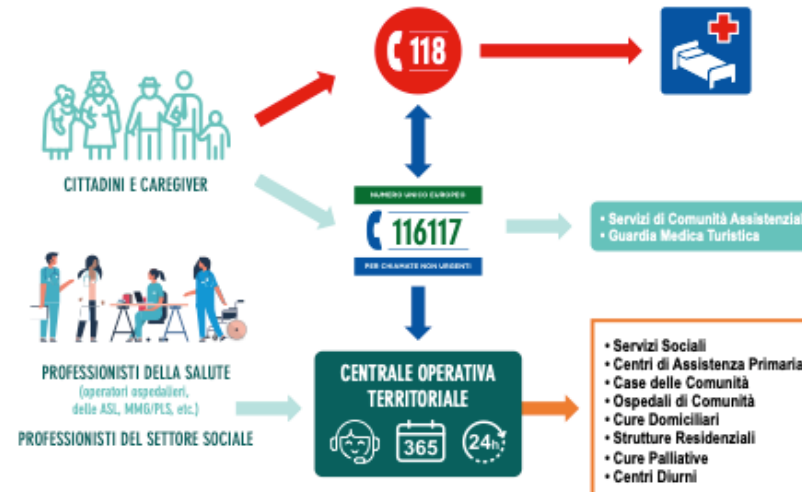


VERRANNO REALIZZATE 600 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI CON I FONDI PNRR

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 dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.



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





Agenda

- Lo scenario economico-finanziario del Ssn prima e dopo la manovra
- Il ruolo del PNRR, Missione 6
- **Come misurare l'impatto economico**
- Alcuni dati preliminari sull'impatto economico
- Considerazioni

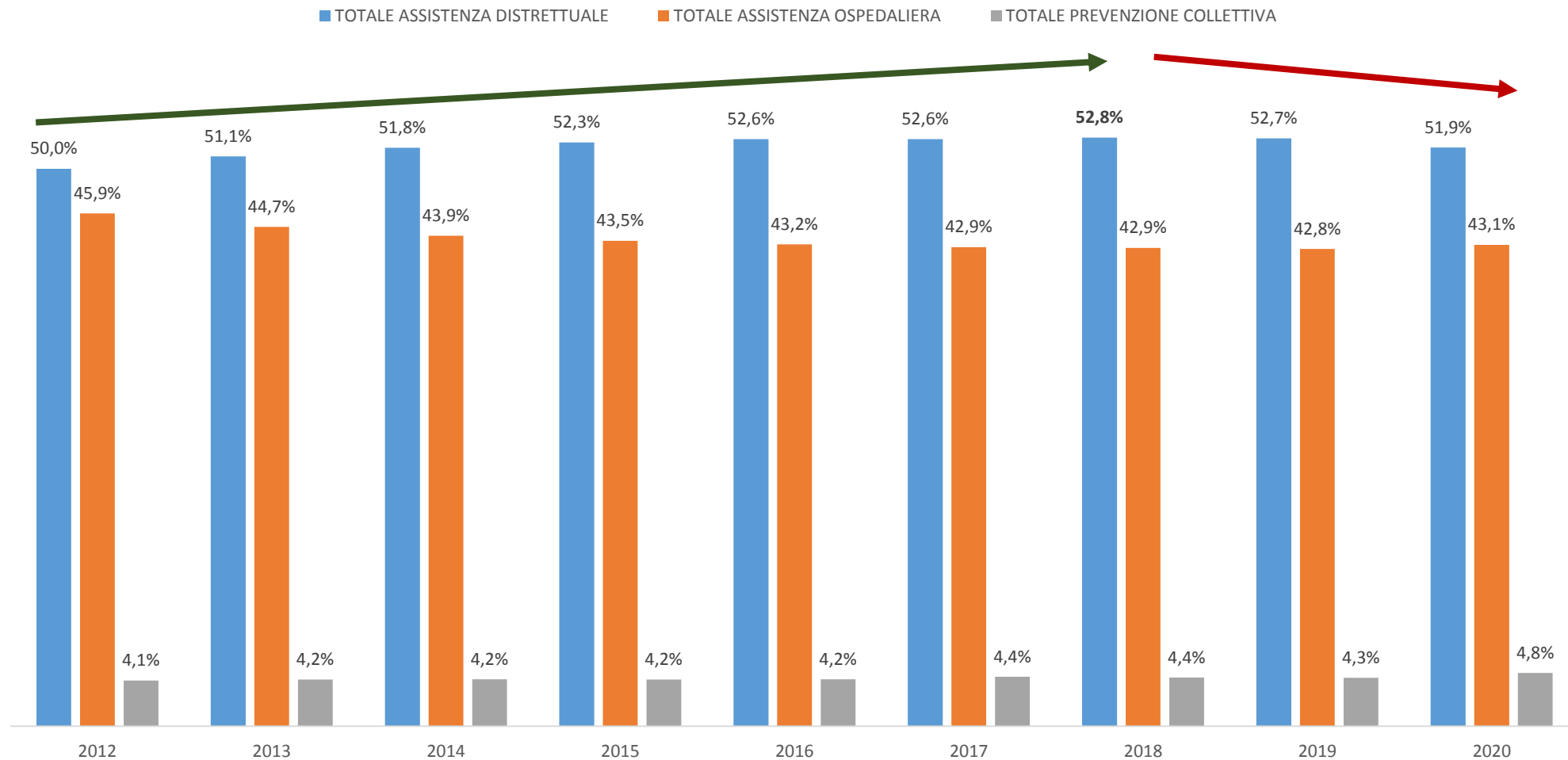


Come misurare l'impatto economico

- In termini di budget impact
- In termini di costo-efficacia (HTA)



Spesa per Macro-LEA

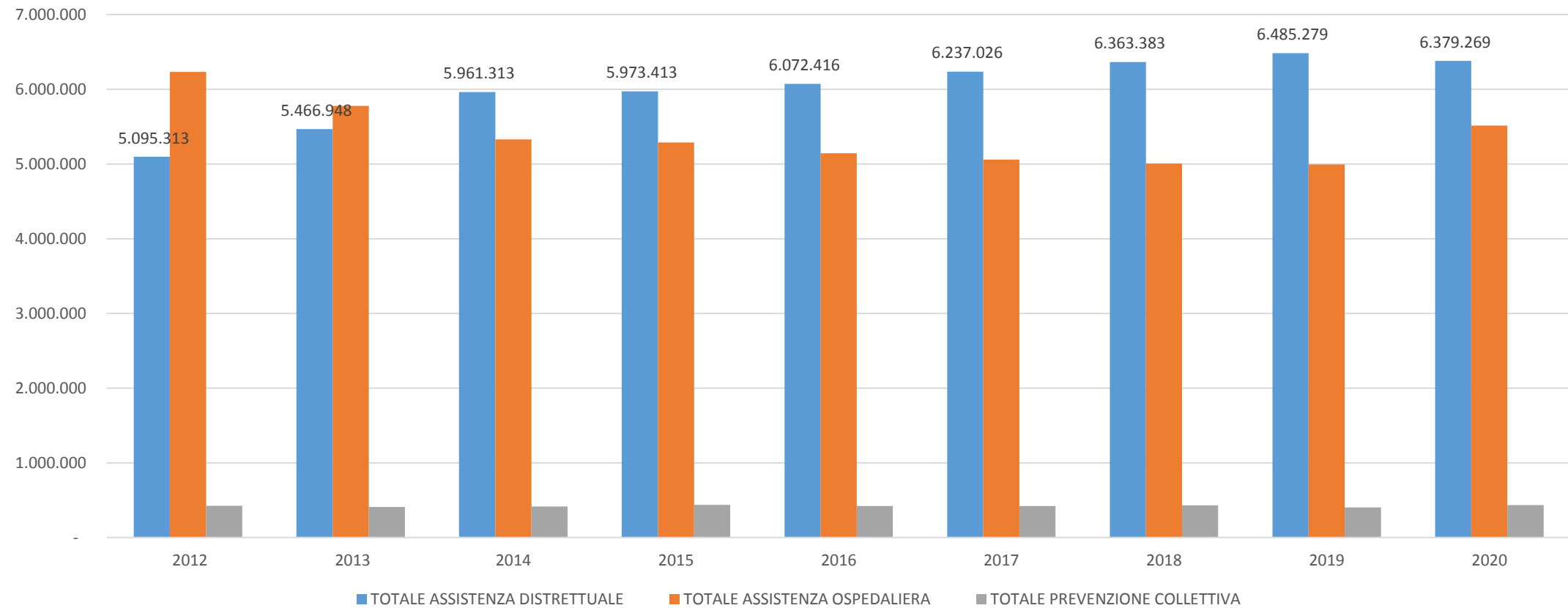


Quale impatto sulla spesa del DM 70/2015?



Regione Lazio

Spesa per Macro LEA 2012-2020





Budget impact model: caratteristiche

- Orizzonte temporale: a regime
- Componenti della spesa
 - Spese per il personale (circa l'80% della spesa)
 - Spese per consumabili
 - Ammortamenti delle infrastrutture e delle tecnologie



Agenda

- Lo scenario economico-finanziario del Ssn prima e dopo la manovra
- Il ruolo del PNRR, Missione 6
- Come misurare l'impatto economico
- **Alcuni dati preliminari sull'impatto economico**
- Considerazioni



Il costo/struttura

Tipologia	Personale	Numero di unità minimo	Numero di unità massimo	Impiego	Costo medio	Costo minimo	Costo Massimo
Ospedale di Comunità	Infermiere Coordinatore	1	1	full	72.011 €	72.011 €	72.011 €
Ospedale di Comunità	Infermiere	6	8	full	34.717 €	208.302 €	277.736 €
Ospedale di Comunità	Operatore Socio Sanitario	4	6	full	34.374 €	137.496 €	206.244 €
Ospedale di Comunità	Personale Sanitario con funzioni riabilitative	1	2	full	31.228 €	31.228 €	62.456 €
Ospedale di Comunità	Medico	1	1	4,5 ore x 6 giorni	252.250 €	252.250 €	252.250 €
Casa della Comunità	Infermiere di Famiglia o Comunità	7	11	full	34.717 €	243.019 €	381.887 €
Casa della Comunità	Personale di Supporto (amministrativo, socio sanitario)	5	8	full	28.719 €	143.595 €	229.752 €
Casa della Comunità	Assistenti Sociale	1	1	full	35.669 €	35.669 €	35.669 €
Centrale Operativa Territoriale	Infermiere Coordinatore	1	1	full	72.011 €	72.011 €	72.011 €
Centrale Operativa Territoriale	Infermiere	3	5	full	34.717 €	104.151 €	173.585 €
Centrale Operativa Territoriale	Personale di Supporto (amministrativo, socio sanitario)	1	2	full	28.719 €	28.719 €	57.438 €
Unità di Continuità Assistenziale	Medico	1	1	full	85.426 €	85.426 €	85.426 €
Unità di Continuità Assistenziale	Infermiere	1	1	full	34.717 €	34.717 €	34.717 €
Infermiere di Comunità	Infermiere	1	1	full	34.717 €	34.717 €	34.717 €

Nota 1 : per MMG è stata fatta una media tra lo stipendio medio di un MMG con meno di tre anni di servizio (71.500 euro lordi/anno), quattro-nove anni di servizio (123.000 euro lordi/annui), dieci e i vent'anni di servizio (150.000 euro lordi/annui) e più di vent'anni di esperienza (160.000 lordi/annui) = 126.125. Considerato l'impegno complessivo di 27 ore (4,5 ore x 6 giorni) è stato valorizzato l'impegno full time di due MMG (15 ore ciascuno) Fonte: <https://info.doctolib.it/blog/compenso-medico-di-medicina-generale/#:~:text=Compenso%20Medico%20di%20Medicina%20Generale%20per%20ogni%20assistito&text=nel%20caso%20in%20cui%20il,a%2035%20euro%20per%20paziente.>

Costo-struttura/anno (personale)

	Numeri	Costo Complessivo Minimo	Costo Complessivo Massimo	Costo Complessivo Medio
Ospedale di Comunità	434	701.287 €	870.697 €	785.992 €
Case di Comunità	1430	422.283 €	647.308 €	534.796 €
Centrali operative territoriali	611	204.881 €	303.034 €	253.958 €
Unità di continuità assistenziale	600	120.143 €	120.143 €	120.143 €



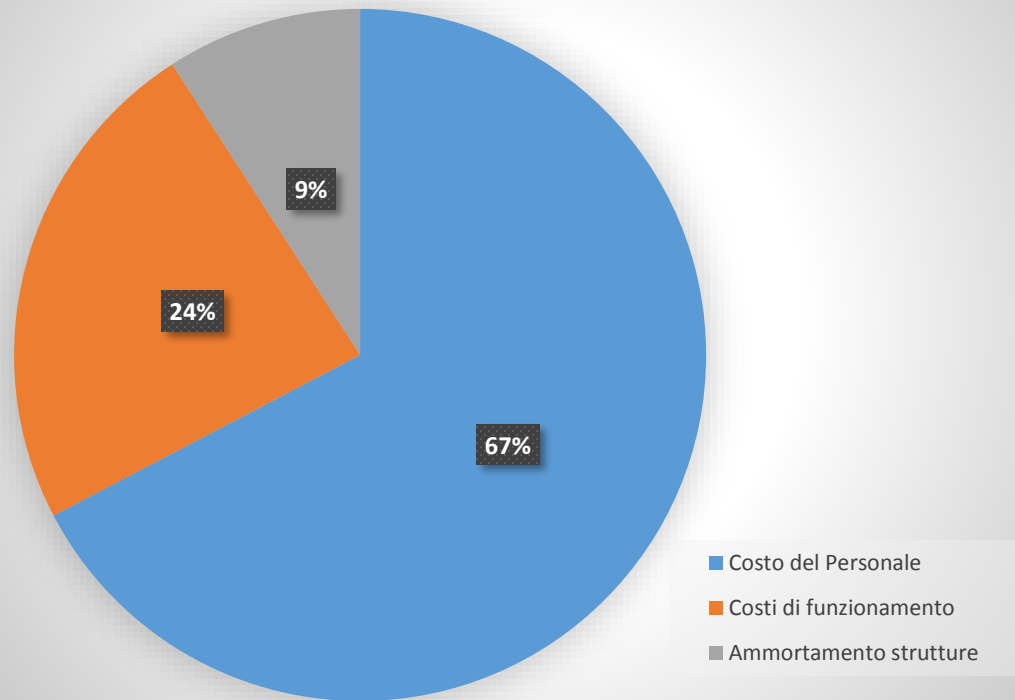
Stima dell'impatto sul budget Ssn

	Min	Max	Med
Ospedale di Comunità (434)	304.358.558 €	341.120.528 €	377.882.498 €
Casa di Comunità (1530)	603.864.690 €	764.757.565 €	925.650.440 €
COT (611)	125.182.291 €	155.168.033 €	185.153.774 €
UCA (600)	72.085.800 €	72.085.800 €	72.085.800 €
<i>Totale costo del personale</i>	<i>1.105.491.339 €</i>	<i>1.333.131.926 €</i>	<i>1.560.772.512 €</i>
Costi di funzionamento	221.098.268 €	266.626.385 €	312.154.502 €
Ammortamento strutture	150.000.000 €	150.000.000 €	150.000.000 €
TOTAL GENERALE	1.476.589.607 €	1.749.758.311 €	2.022.927.014 €

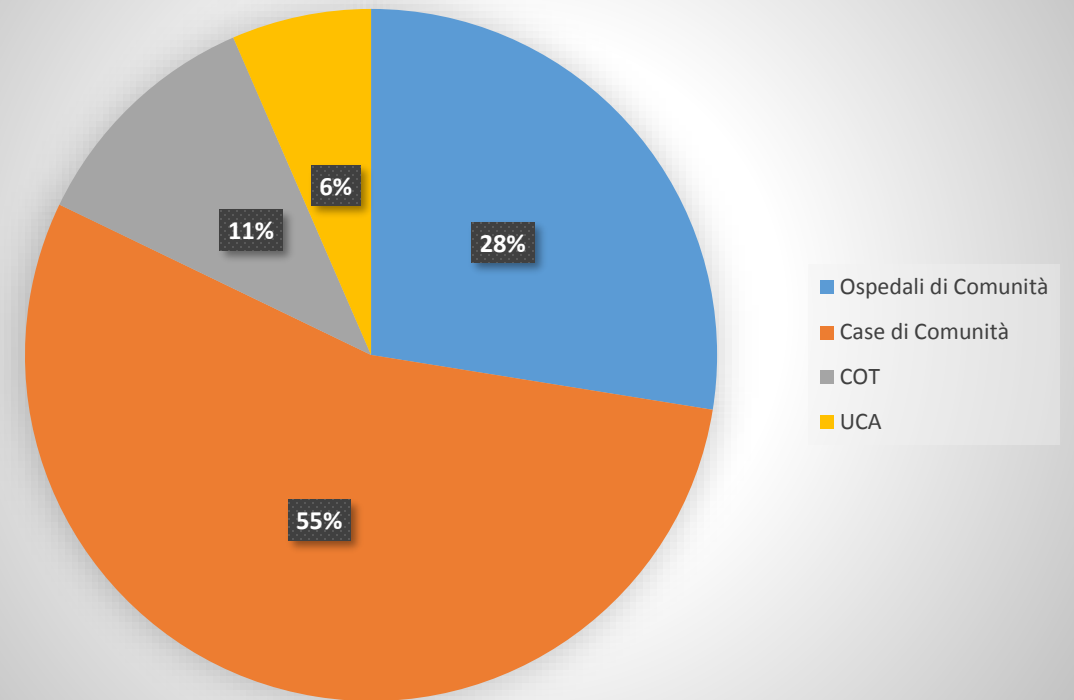


Composizione dei costi

Distribuzione costi per item



Costo per funzione





Considerazioni

- L'analisi dell'impatto sul budget cattura solo le implicazioni finanziarie del cambiamento organizzativo
- Appare necessario cogliere le implicazioni sullo stato di salute derivanti dall'adozione del nuovo modello
- Questo deriva dalle implicazioni organizzative legate alla transizione verso il nuovo assetto
- Non ci sono stime in termini di «spostamento» delle attività (ma anche delle risorse) tra l'ospedale e il «territorio» e il domicilio
- Vanno considerate le implicazioni sui «processi» assistenziali e l'impatto della telemedicina/teleconsulto/telemonitoraggio che inciderebbero sui fabbisogni generali
- Cambiamento, trasformazione, progresso