



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**PIANO NAZIONALE  
RIPRESA E RESILIENZA**

**Missione 6 Componente 1**

**Reti di prossimità, strutture e telemedicina  
per l'assistenza sanitaria territoriale**

# Salute e Territorio nel PNRR: la rete dell'assistenza delineata dalla Missione 6

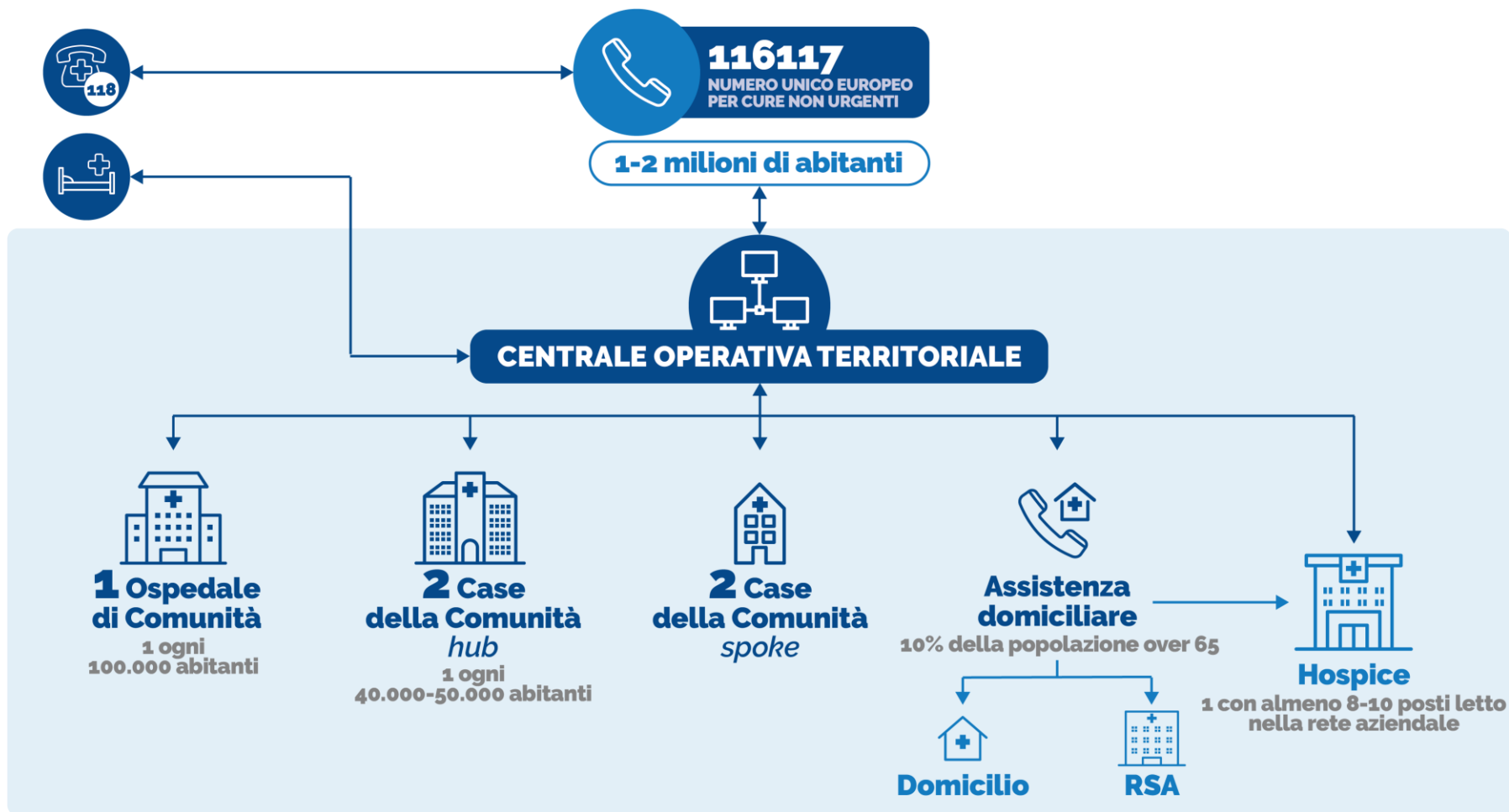
*Domenico Mantoan*

*Direttore Generale*



*Ministero della Salute*

# Il Distretto: funzioni e standard



# 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 **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

Standard Personale per Case della Comunità (minimo)		Anno 2026	
		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

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

Servizi e Personale Sanitario	Standard	
<b>Infermiere di Famiglia o Comunità</b>	1 ogni 3.000 ab.*	
Fabbisogno	<b>19.880 infermieri</b>	
<b>Case della Comunità</b>	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	<b>9.450 infermieri</b> <b>1.350 assistenti sociali</b> <b>6.750 unità di personale di supporto</b>	<b>14.850 infermieri</b> <b>1.350 assistenti sociali</b> <b>10.850 unità di personale di supporto</b>
<b>Unità di Continuità Assistenziale</b>	1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 ab.	
Fabbisogno	600 infermieri 600 medici	
<b>Centrali Operative Territoriali</b>	1 COT ogni 100.000 ab. (600 da PNRR): 3-5 infermieri, 1 coordinatore inf., 1-2 unità di personale di supporto	
Fabbisogno	<b>2.400 infermieri</b> <b>600 unità di personale di supporto</b>	<b>3.600 infermieri</b> <b>1.200 unità di personale di supporto</b>
<b>Ospedale di Comunità</b>	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	<b>2.800 infermieri</b> <b>1.600 OSS</b> <b>400 unità di altro personale sanitario</b>	<b>3.600 infermieri</b> <b>2.400 OSS</b> <b>800 unità di altro personale sanitario</b>
<b>Totale</b>	<b>19.880 infermieri</b> (di cui 15.250 per servizi/strutture della riforma) <b>1.600 OSS</b> <b>1.350 assistenti sociali</b> <b>7.350 unità di personale di supporto</b> <b>400 unità di altro personale sanitario</b>	<b>22.650 infermieri</b> <b>2.400 OSS</b> <b>1.350 assistenti sociali</b> <b>12.000 unità di personale di supporto</b> <b>800 unità di altro personale sanitario</b>

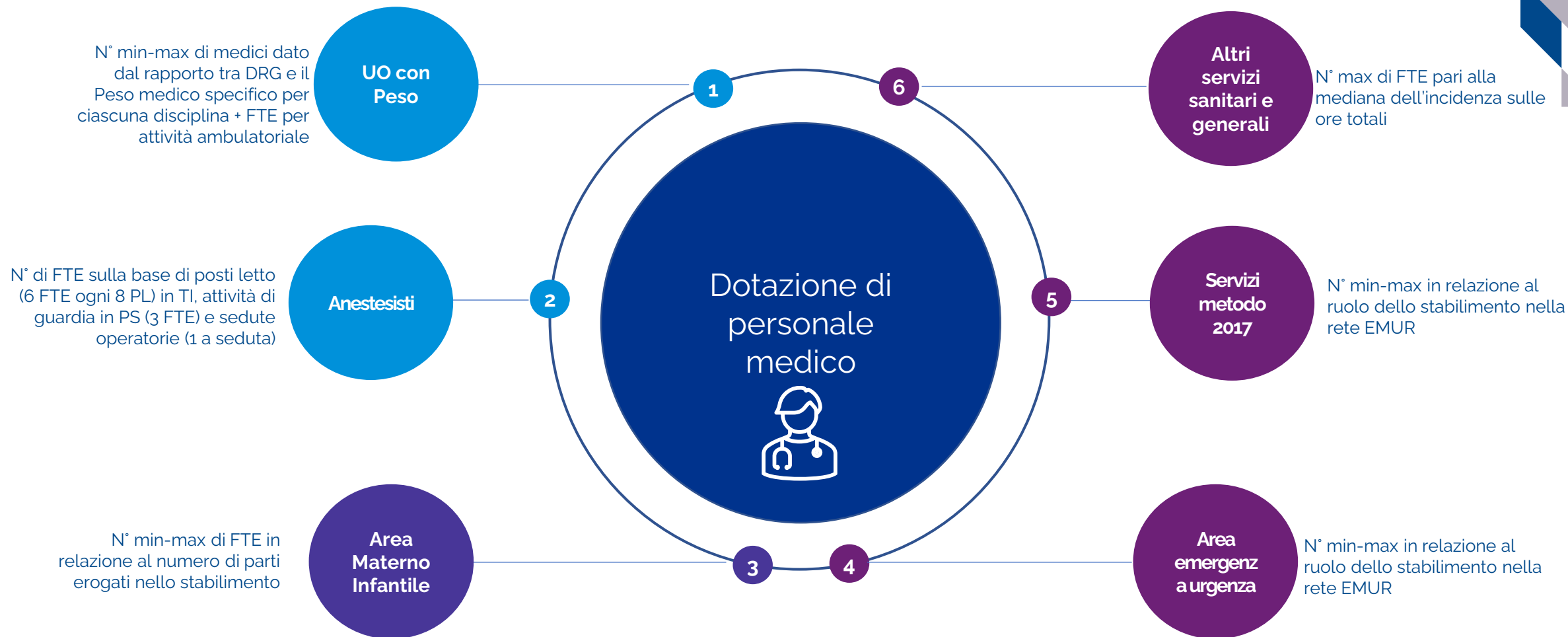
\*Popolazione al 01/01/2020 pari a 59.641.488 ab. (ISTAT)

# La necessità di sviluppare una metodologia per il calcolo del fabbisogno di personale si è articolata in varie tappe





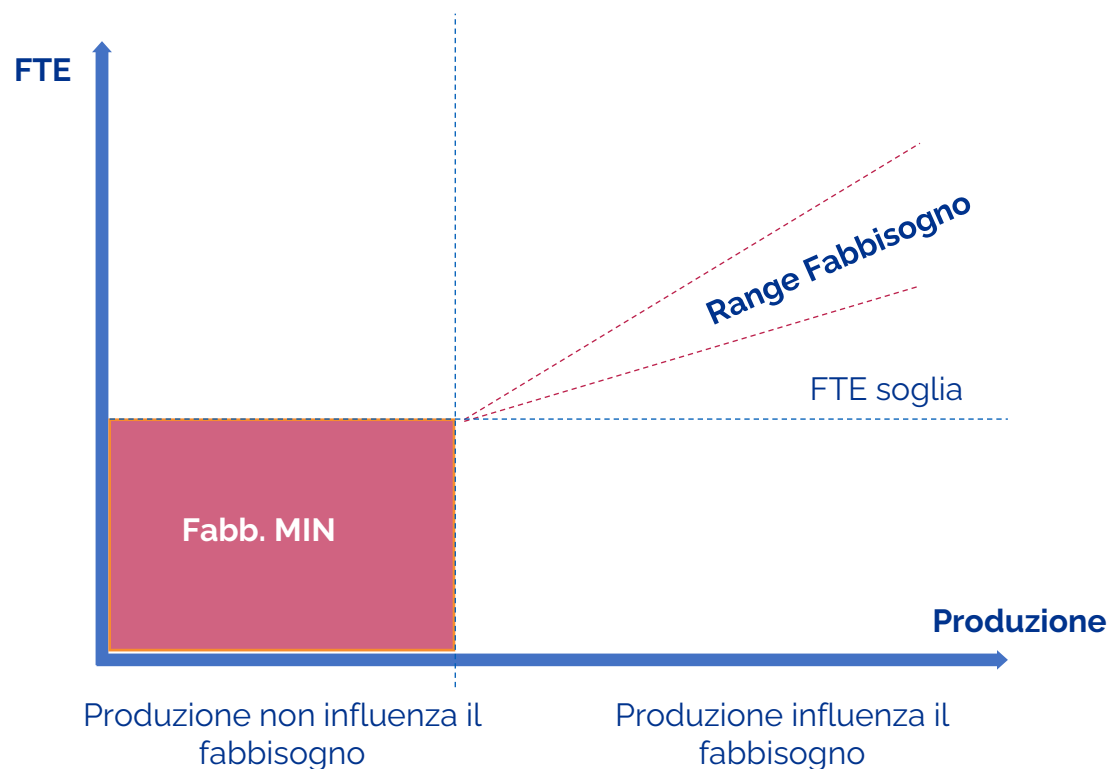
# La quantificazione del fabbisogno di dirigenti medici per l'assistenza ospedaliera utilizza 3 differenti criteri



# Anche per la quantificazione del fabbisogno di infermieri e operatore si adoperano 3 criteri

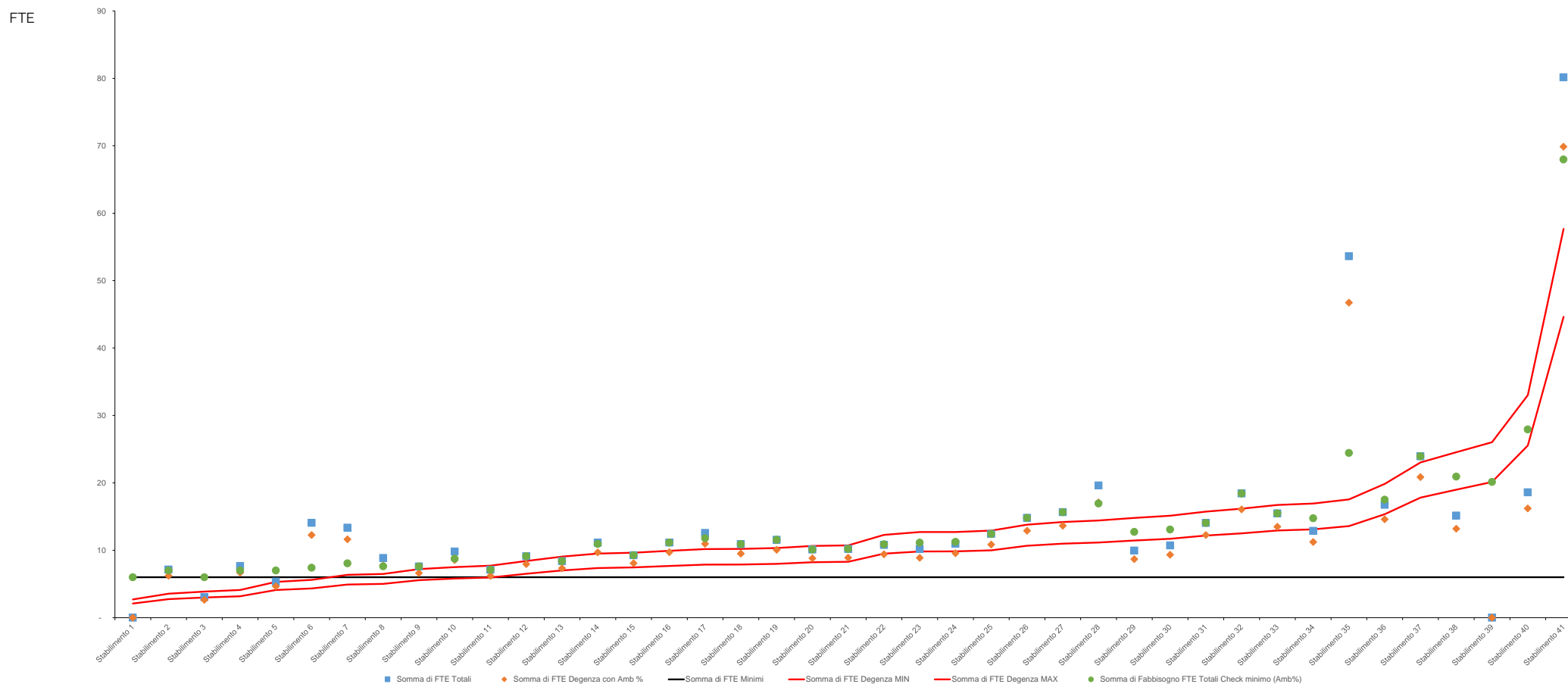


# Il metodo di calcolo del fabbisogno di personale medico è basato su un criterio minimo che definisce la quantità di personale necessario per aprire il reparto ed un criterio di massimo individuato da un intervallo

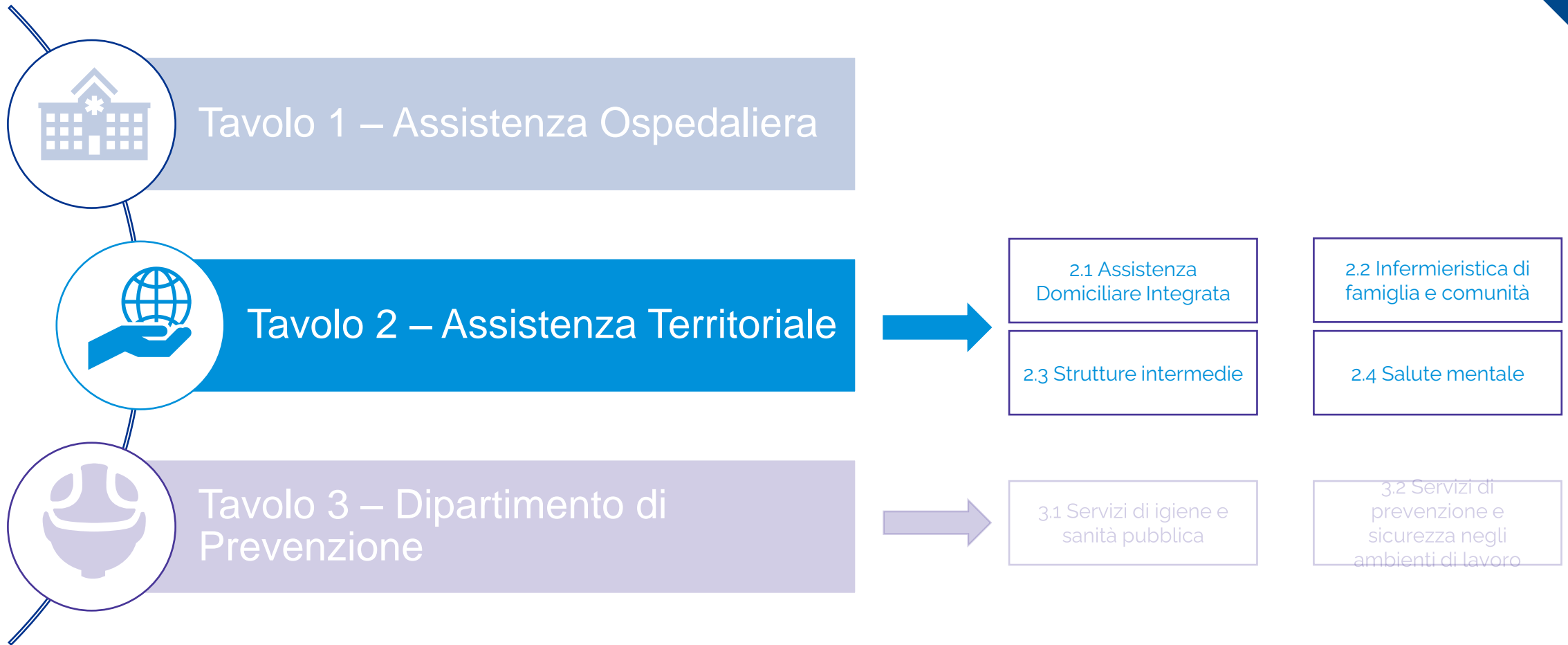


$$\text{FTE Medico Specialità X} = \frac{\Sigma \text{Punti DRG Specialità X}}{\text{Peso Medico Specialità X}}$$

# Il fabbisogno per le UO di degenza viene individuato confrontando la dotazione di FTE con il fabbisogno dato dalla produzione e dall'attività ambulatoriale nel rispetto del criterio dei minimi



# Allegati per l'individuazione del fabbisogno per l'assistenza territoriale



# La metodologia ha permesso di individuare lo standard minimo per le figure dell'infermiere e del fisioterapista

## Standard minimi

**0,9** Infermieri  
ogni 1.000 abitanti over-65

**0,2** Fisioterapisti  
ogni 1.000 abitanti over-65

## Precisazioni

Concorrono a determinare il fabbisogno di infermieri anche le **prestazioni di bassa intensità che è stato previsto vengano erogate dalla figura dell'infermiere di famiglia e di comunità**; parte del fabbisogno è quindi ricompreso nel fabbisogno aggiuntivo stimato per tale figura professionale.

Il **fabbisogno** individuato **rappresenta una stima del fabbisogno complessivo di tutto il sistema e non solo dei servizi direttamente erogati dagli Enti pubblici** e non tiene pertanto conto dell'eventuale ricorso, da parte delle regioni, del privato (anche accreditato) nella fornitura del servizio.

**Gli standard del territorio prevedono già degli standard specifici per i fisioterapisti**; pertanto il fabbisogno, qui proposto per tale figura, dovrà essere considerato in una più ampia ottica di relazione con gli altri setting esistenti sul territorio.

# Durante l'analisi del fabbisogno di personale per soddisfare gli obiettivi di presa in carico in ADI posti dal PNRR, sono state effettuate alcune assunzioni:

## Assunzioni

- I minuti necessari per ciascun intervento assistenziale tengono conto unicamente della figura professionale coinvolta e del livello di CIA dell'assistito senza attuare differenze temporali conseguenti alle prestazioni effettivamente erogate;
- Nel caso in cui, nel documento «Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio», fosse previsto un range di tempo per accesso, il tempo utilizzato è stato posto come il valore medio tra i due estremi;
- È stata adoperata, come suddivisione percentuale degli assistiti nelle classi di CIA, quella obiettivo del PNRR senza in tal modo tenere conto delle differenze esistenti tra i diversi contesti regionali;
- Per quantificare gli accessi finali, è stato assunto il medesimo tasso di accessi per assistito presente, stando ai dati SIAD, in ciascun livello di CIA per ogni figura professionale;
- In mancanza di dati ufficiali è stato assunto un tempo convenzionale per lo spostamento tra un intervento e l'altro pari a 20 minuti;

## Possibili evoluzioni future

- **Differenziare il tempo impiegato per ciascun accesso sulla base delle prestazioni effettivamente erogate dal professionista coinvolto.** Ad oggi è infatti stato possibile differenziare l'impegno temporale unicamente sulla base del livello di CIA dell'assistito e della figura coinvolta nell'assistenza.
- **Individuare un tasso di accesso ottimale per ciascuna figura in ciascun livello di CIA.** Nell'analisi attuale è stato adoperato il rapporto accessi/assistito presente, per ogni figura professionale e livello di CIA, negli indicatori 8 e 23 del flusso SIAD.
- **Differenziare il tempo di spostamento sulla base delle variabili orografiche di ciascun territorio.** Pur valorizzando i tempi necessari ai professionisti per accedere al domicilio degli assistiti, non è stato possibile individuare dei valori ad hoc per ciascun territorio.



# Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)

Ministero della Salute sottoscrive un CIS con ciascun **Soggetto Attuatore**

**SOGGETTO ATTUATORE:**  
Regioni e Province Autonome

21 Soggetti Attuatori



**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**





# Attori

## Amministrazione centrale titolare di intervento:

*responsabile dell'attuazione di riforme e investimenti previsti dal PNRR*



**Ministero della salute**

## Soggetto attuatore:

*provvede alla realizzazione degli interventi di cui alle Schede Intervento riconducibili al Piano Operativo allegato al CIS*



**Regione/PA**

**Oggetto del CIS**

**Realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del PNRR-M6C1&C2**

# Interventi previsti nei CIS

Regione	Case della Comunità previste	Centrali Operative Territoriali previste	Ospedali di Comunità previsti
Piemonte	82	43	27
Valle d'Aosta	4	1	1
Lombardia	199	101	66
P.A. Bolzano	10	5	3
P.A. Trento	10	5	3
Veneto	95	49	35
Friuli-Venezia Giulia	23	12	7
Liguria	32	16	11
Emilia-Romagna	85	45	27
Toscana	77	37	24
Umbria	17	9	5
Marche	29	15	9
Lazio	135	59	36
Abruzzo	40	13	11
Molise	13	3	2
Campania	172	65	48
Puglia	121	40	38
Basilicata	19	6	5
Calabria	61	21	20
Sicilia	156	50	43
Sardegna	50	16	13
<b>Italia</b>	<b>1.430</b>	<b>611</b>	<b>434</b>

# Durata del CIS

Il CIS impegna le Parti fino alla completa realizzazione del programma degli interventi previsti

- Nel rispetto delle tempistiche previste per il conseguimento di *Milestone* e *Target*
- E comunque *non* oltre la data del **30 giugno 2026**

