



## Allegato 1 - **NOTA TECNICA DI APPROFONDIMENTO**

**Oggetto:      Analisi degli standard organizzativi e quantificazione dei costi annui del personale per il funzionamento a regime delle Case della Comunità**

- **Premessa metodologica e quadro regolatorio**

Il processo di ristrutturazione della medicina territoriale, avviato con la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e regolamentato dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, fissa l'obiettivo di implementare una rete capillare di strutture di prossimità denominate "Case della Comunità". Lo standard nazionale ottimale prevede l'attivazione di una Casa della Comunità ogni 20.000 abitanti, per un target complessivo a regime pari a 3.010 strutture sull'intero territorio nazionale.

Il Centro Studi CONFEDIR, avvalendosi dell'esperienza di coordinamento della dirigenza generale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e basandosi sui bacini territoriali desunti dai documenti tecnici di Agenas (Agenzia Nazionale per la Sanità), ha provveduto a quantificare l'impatto economico e i fabbisogni di organico necessari al corretto funzionamento assistenziale di tali strutture, focalizzando l'analisi sul "secondo step" di attuazione che punta al raggiungimento del target di 3.010 case.

- **Standard di personale: la dotazione organica delle 68 figure professionali**

Al fine di garantire una presa in carico globale, continuativa e multidisciplinare del paziente, l'ipotesi gestionale per una Casa della Comunità efficiente ed "aperta alla bisogna" presuppone una dotazione organica tipo composta da **68 figure professionali per singola struttura**. Questo modello rifiuta la logica dei tagli aprioristici e dei "tappabuchi" organizzativi, strutturando l'équipe multiprofessionale secondo i reali bisogni di salute individuali e collettivi della popolazione di riferimento.

In linea con il dettato del D.M. 77/2022, il nucleo fondamentale della struttura deve essere composto da professionisti operanti in modo integrato sul territorio. La dotazione standard prevede la presenza di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), organizzati anche in forme aggregate o di rete, i quali costituiscono il primo accesso per il cittadino. A questo nucleo si affianca una componente essenziale di Infermieri di Famiglia e Comunità (IFoC) addetti all'assistenza domiciliare (ADI) e ambulatoriale, fisioterapisti e riabilitatori, Specialisti



Ambulatoriali Interni operanti nelle diverse discipline mediche, assistenti sociali per l'integrazione sociosanitaria, e un solido comparto di personale amministrativo e informatico dedicato all'accoglienza, alla gestione dei flussi e alle attività di telemedicina.

Questa composizione standard dimostra l'assoluta estraneità della dirigenza medica e sanitaria ospedaliera rispetto all'organico ordinario delle Case della Comunità, confermando che il tentativo di impiegare forzosamente i medici ospedalieri in queste sedi rappresenta un'anomalia rispetto alla programmazione dei fabbisogni del territorio.

- **Quantificazione dei costi annui del personale**

L'analisi finanziaria elaborata per la sostenibilità economica a regime di questo standard di personale rileva i seguenti dati complessivi:

Il costo medio annuo per la gestione del personale di una singola Casa della Comunità, comprensivo degli oneri di riflesso a carico delle amministrazioni, è stimato in **4.190.000 euro/anno**. Moltiplicando questo costo unitario per lo standard complessivo di 3.010 strutture necessarie sul territorio nazionale, si ottiene una spesa totale per il solo personale territoriale pari a **12,611900 miliardi di euro all'anno**.

Dall'incrocio dei flussi finanziari correnti emerge che circa 7,5 miliardi di euro all'anno sono attualmente già sostenuti e coperti dai bilanci delle singole Aziende Sanitarie Locali (ASL) attraverso le convenzioni e i rapporti di lavoro in essere con la medicina generale e la specialistica ambulatoriale. Di conseguenza, il saldo netto da coprire per finanziare il completamento dello standard e l'assunzione a regime delle figure mancanti ammonta a circa **5 miliardi di euro all'anno**.

- **Sostenibilità finanziaria e criticità di sistema**

La presente nota tecnica intende evidenziare una grave faglia nella programmazione economico-politica nazionale: i fondi del Recovery Fund (PNRR), pur avendo stanziato ingenti risorse (circa 2 miliardi di euro nella Component 1 della Missione 6) per la realizzazione strutturale e l'avvio parziale delle Case della Comunità, non forniscono alcuna indicazione di percorso né alcuna copertura strutturale per i successivi e permanenti costi del personale.

Se a questa spesa si sommano i 964 milioni di euro/anno necessari per il personale degli Ospedali di Comunità, il fabbisogno aggiuntivo complessivo per la sola componente delle risorse umane territoriali sale ad almeno **5,5 miliardi di euro all'anno** oltre la spesa attuale sostenuta dal Ssn. La legge di bilancio 2022 ha autorizzato stanziamenti progressivi per il personale dell'assistenza territoriale (fino a 1.015,3 milioni a decorrere dal 2026), ma tali cifre appaiono del tutto esigue e



insufficienti rispetto alla reale copertura dei 5,5 miliardi necessari a regime per una sanità sicura e sostenibile.

- **Conclusioni tecniche**

La riorganizzazione del SSN non può essere tradotta in un'operazione di puro contenimento della spesa o in un gioco a somma zero tra ospedali e territorio. Il parziale trasferimento di risorse dal settore ospedaliero a quello territoriale, ipotizzato da alcune amministrazioni, non è sostenibile, poiché non può avvenire a scapito delle strutture ospedaliere d'emergenza che sono già strutturalmente sottostimate rispetto alla media europea.

In conclusione, l'attivazione e il funzionamento corretto delle Case della Comunità secondo lo standard delle 68 figure professionali richiede che il finanziamento annuale della sanità pubblica non scenda mai al di sotto del **7,3% - 8% costante del PIL**. Senza questo adeguamento strutturale del Fondo Sanitario Nazionale, la riforma del PNRR rimarrà un'opera incompiuta a metà strada, e le Case della Comunità rischieranno di tramutarsi in cattedrali nel deserto o in contenitori vuoti privi di personale.

- **PROSPETTO COMPARATIVO: STANZIAMENTI STATALI VS REALE FABBISOGNO PER IL PERSONALE TERRITORIALE**

### **PROSPETTO COMPARATIVO: STANZIAMENTI STATALI VS REALE FABBISOGNO PER IL PERSONALE TERRITORIALE**

*Dati finanziari espressi in milioni di euro  
Elaborazione Centro Studi CONFEDIR*

Il presente prospetto mette a confronto il fabbisogno finanziario annuo calcolato per garantire la dotazione organica standard nelle strutture territoriali del PNRR (Case e Ospedali di Comunità) con le risorse straordinarie effettivamente stanziare dallo Stato a valere sul Fondo Sanitario Nazionale (ai sensi della Legge di Bilancio 2022).

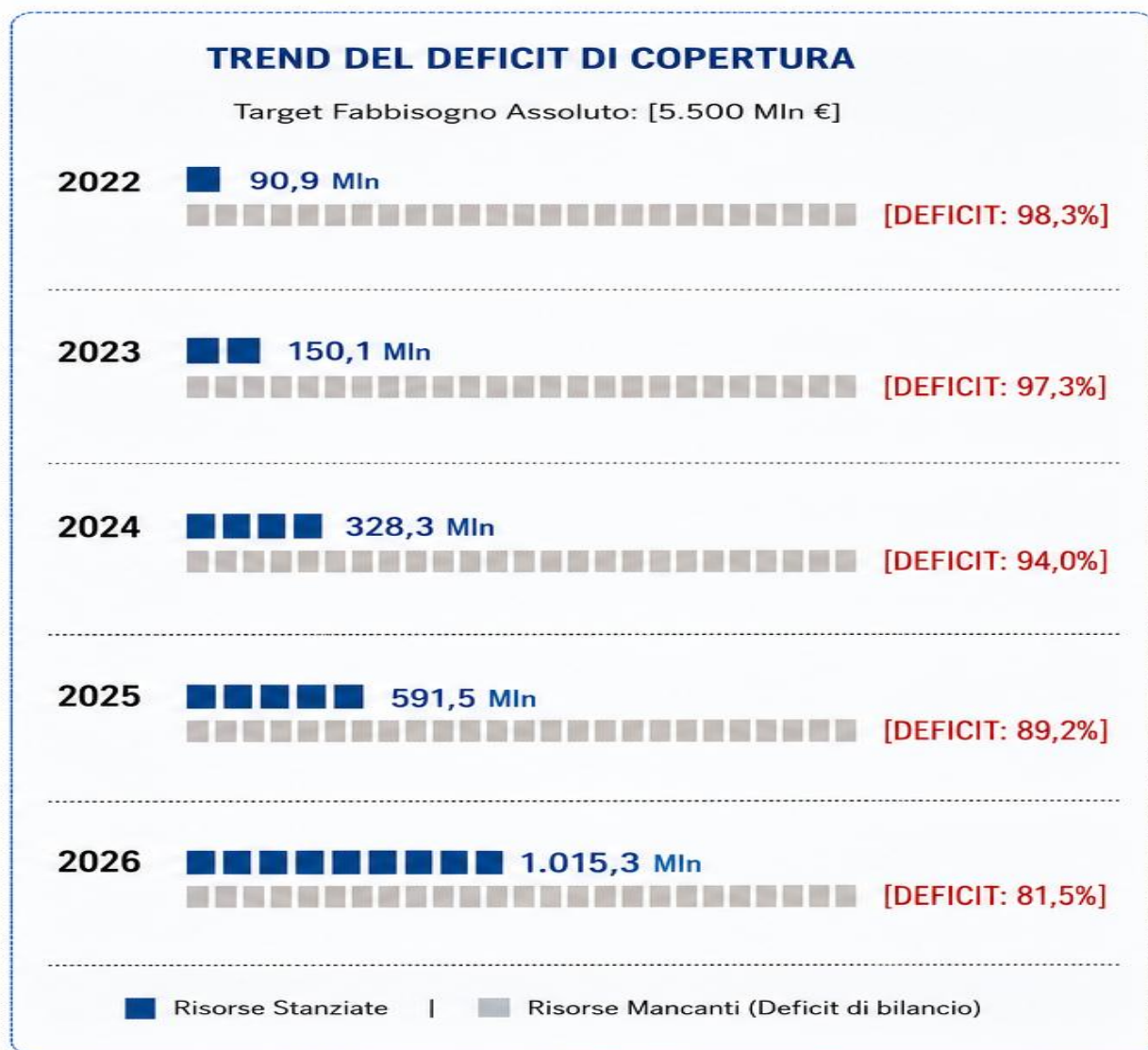
| <b>ANNO</b>  | <b>FABBISOGNO REALE<br/>(A)</b> | <b>STANZIAMENTI STATO<br/>(B)</b> | <b>DEFICIT ANNUO<br/>(A - B)</b> |
|--------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <b>2022</b>  | <b>5.500,00 mln €</b>           | <b>90,90 mln €</b>                | <b>- 5.409,10 mln €</b>          |
| <b>2023</b>  | <b>5.500,00 mln €</b>           | <b>150,10 mln €</b>               | <b>- 5.349,90 mln €</b>          |
| <b>2024</b>  | <b>5.500,00 mln €</b>           | <b>328,30 mln €</b>               | <b>- 5.171,70 mln €</b>          |
| <b>2025</b>  | <b>5.500,00 mln €</b>           | <b>591,50 mln €</b>               | <b>- 4.908,50 mln €</b>          |
| <b>2026*</b> | <b>5.500,00 mln €</b>           | <b>1.015,30 mln €</b>             | <b>- 4.484,70 mln €</b>          |

\* Lo stanziamento del 2026 è inteso "a decorrere", ovvero stabilizzato come quota annua fissa.

*(Dati finanziari espressi in milioni di euro - Elaborazione Centro Studi CONFEDIR)*

Il presente prospetto mette a confronto il fabbisogno finanziario annuo calcolato per garantire la dotazione organica standard nelle strutture territoriali del PNRR (Case e Ospedali di Comunità) con le risorse straordinarie effettivamente stanziare dallo Stato a valere sul Fondo Sanitario Nazionale (ai sensi della Legge di Bilancio 2022).

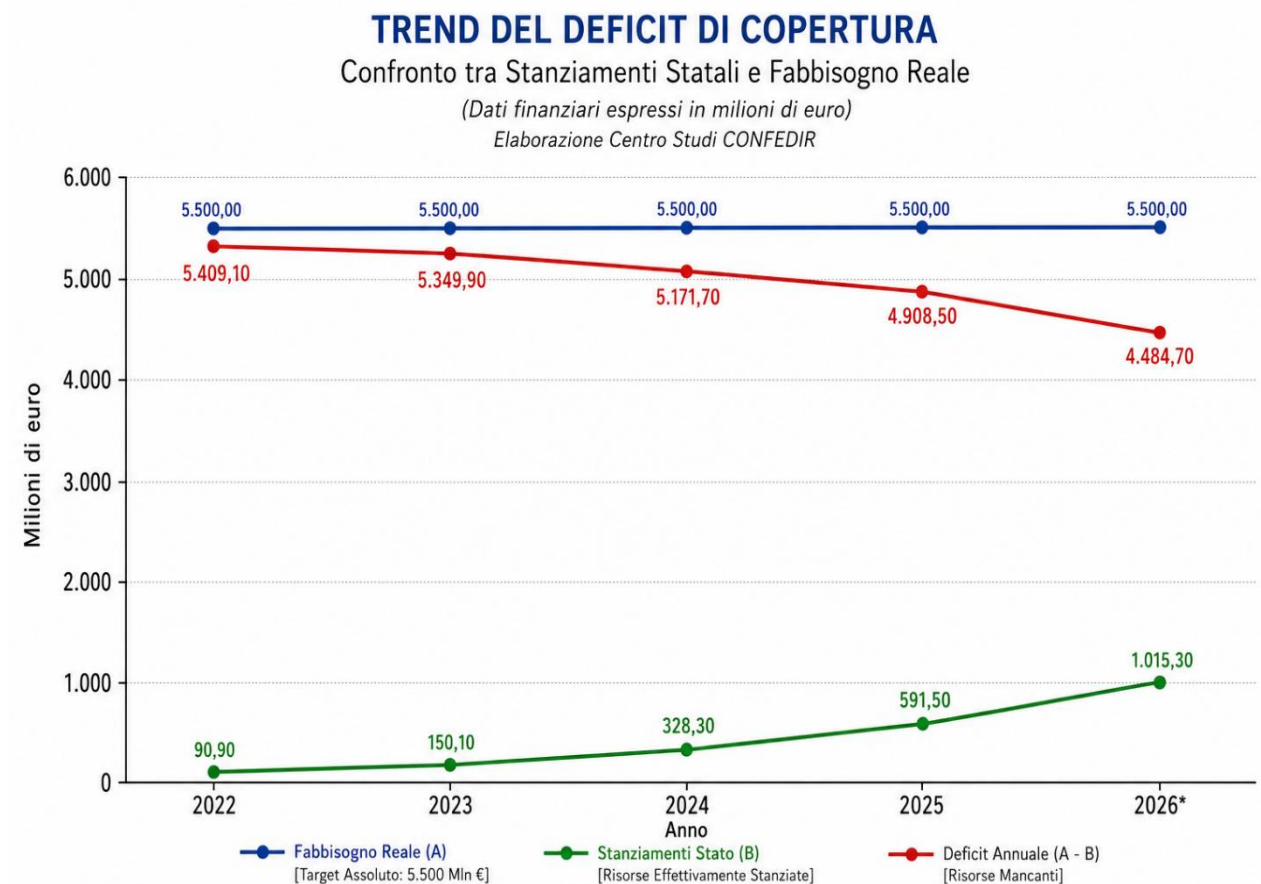
- **TREND DEL DEFICIT DI COPERTURA**



*(Ogni riga mostra la proporzione tra le risorse stanziare dallo Stato "■" e il vuoto finanziario scoperto "■" fino al raggiungimento del tetto dei 5,5 miliardi richiesti)*

Target Fabbisogno Assoluto: [5.500 Mln €]

Per meglio comprendere la portata del trend di deficit si allega ulteriore grafico:



\* Lo stanziamento del 2026 è inteso "a decorrere", ovvero stabilizzato come quota annua fissa.

#### • ANALISI DELLE MACRO-VOCI DEL FABBISOGNO (A REGIME)

Il totale di **5,5 miliardi di euro/anno** di risorse aggiuntive necessarie per evitare il collasso delle strutture e impedire lo spostamento coatto dei medici ospedalieri è così ripartito:

- **Case della Comunità (Quota da coprire): 5,000 miliardi di euro/anno**  
(Costo totale reale: 12,611 miliardi per 3.010 strutture, di cui 7,5 miliardi già assorbiti dai bilanci correnti delle ASL per la medicina convenzionata).
- **Ospedali di Comunità (Quota totale): 0,964 miliardi di euro/anno**  
(Costo totale per il personale necessario a gestire i 24.100 posti letto complessivi previsti dallo standard nazionale).
- **Risparmio stimato da riorganizzazioni interne: - 0,464 miliardi di euro/anno**  
(Quota teorica compensativa derivante dal parziale e progressivo trasferimento di risorse storiche dal settore ospedaliero a quello territoriale).



- **SINTESI SINDACALE ED EVIDENZE DI BILANCIO**

I dati ufficiali evidenziano in modo matematico l'insostenibilità della riforma strutturale così come pianificata. Anche nell'anno di massima convergenza delle risorse statali (il 2026, termine di conclusione del PNRR), lo stanziamento di 1.015,3 milioni di euro lascia scoperto **l'81,5% del fabbisogno necessario** per il funzionamento del personale.

Questo vuoto economico di oltre 4,4 miliardi di euro all'anno è la causa diretta che spinge le Amministrazioni regionali a emanare ordini di servizio illegittimi per spostare d'imperio i medici ospedalieri sul territorio, utilizzandoli come risorsa gratuita per nascondere il sottofinanziamento della Missione 6.