Online ISSN 3035-5184

NURSE PRACTITIONER
SELF EMPLOYMENT

RICERCA INFERMIERISTICA 2024 Volume 3

WWW.NPSNURSE.IT
Publication frequency: Quarterly

NPS NURSE Editorial Office
Via Giosue Carducci 8, 83100 Avellino, Italy
info@npsnurse.it

NURSE PRACTITIONER
SELF EMPLOYMENT

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

La figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità e le strutture territoriali del PNRR in Italia: Analisi dei costi e sostenibilità economica

A cura di:

Dr. Alfonso Marotta, Amministrativo presso A.S.L. di Avellino, U.O.C. Farmacia Territoriale. Dottore in Scienze Economiche e, Manager del Welfare Territoriale.

Dr.ssa Annamaria Garofalo, *Infermiera presso A.O.R.N. San Giuseppe Moscati e docente del modulo SSD MED/47 - Infermieristica in Ostetricia e Ginecologia presso Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"*

Alfonso Marotta

https://orcid.org/0009-0009-6348-1247

Annamaria Garofalo

https://orcid.org/0009-0003-4572-0730

Review article

***DOI:* 10.63099/nps.v3i1.28**

Published online: 09.09.2024

This article is licensed under the Creative Commons Attribution – Non Commercial - No Derivatives 4.0 (CC BY NC ND 4.0) international license.

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

Introduzione

L'emergenza pandemica da COVID-19 ha evidenziato le criticità dell'assistenza sanitaria territoriale in Italia, accelerando riforme mirate a potenziarne infrastrutture e professionalità. In questo contesto si inserisce la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), introdotta sul piano normativo nel 2020 con l'obiettivo di rafforzare la presa in carico sul territorio dei pazienti, in particolare cronici e fragili[1][2]. Parallelamente, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – in particolare la *Missione 6 Salute* – ha stanziato risorse senza precedenti per la creazione o riqualificazione di strutture sanitarie territoriali: le *Case della Comunità* (CdC), gli *Ospedali di Comunità* (OdC) e le *Centrali Operative Territoriali* (COT). Queste infrastrutture, delineate dal Decreto Ministeriale 77 del 23 maggio 2022 (DM 77/2022), mirano a costituire una rete di assistenza di prossimità uniforme sul territorio nazionale, integrando cure primarie, servizi socio-sanitari e continuità assistenziale (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella).

Le Case della Comunità sono pensate come punti di accesso unificati per i bisogni di salute dei cittadini, con équipe multiprofessionali comprendenti Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri, Specialisti ambulatoriali, Infermieri di comunità, psicologi ed assistenti sociali (M6C1 – Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona – Campania PNRR). Gli Ospedali di Comunità sono invece strutture a gestione prevalentemente infermieristica per ricoveri brevi a bassa intensità clinica (circa 20 posti letto), pensate come intermedi tra domicilio e ospedale per pazienti non critici . Le Centrali Operative Territoriali fungono da centrali di coordinamento della presa in carico integrata ospedale-territorio, assicurando continuità assistenziale e attivazione dei servizi domiciliari e di telemedicina .

Il DM 77/2022 ha fissato standard organizzativi ambiziosi: ogni 50.000 abitanti dovrebbero essere attivate almeno una CdC (hub, eventualmente affiancata da CdC "spoke"), un OdC ogni ~150.000 abitanti, e una COT ogni 100.000 abitanti . Inoltre, ha definito la presenza di personale nelle CdC: per le CdC hub è prevista presenza medica H24 (7 giorni su 7) e infermieristica 12 ore al giorno tutti i giorni, mentre per le CdC spoke almeno 12 ore al giorno per 6 giorni a

[1] E' emergenza infermieri di famiglia, ne servono 50mila entro il 2026. L'allarme del Nursing Up
[2] Campania, infermiere di famiglia e di comunità: inizia l'iter della legge in Commissione Sanità

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

settimana sia per i medici che per gli infermieri [3]Contestualmente, a regime dovrebbe essere operativo almeno un Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 3.000 abitanti (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida)[4], integrato nei servizi distrettuali, nelle CdC, COT e OdC, in sinergia con MMG, servizi sociali e altri professionisti. Tale standard (1 ogni 3.000 ab.) rappresenta un potenziamento rispetto a quello inizialmente indicato nel 2020 (8 infermieri ogni 50.000 ab., ossia 1 ogni ~6.250) (Campania, infermiere di famiglia e di comunità: inizia l'iter della legge in Commissione Sanità) (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida).

Questa ricerca intende analizzare lo stato di implementazione di queste riforme – figura dell'IFeC e strutture territoriali del PNRR – con particolare focus sui costi attuali e futuri e sulla loro sostenibilità economica nel lungo periodo. Sarà effettuato un confronto tra il quadro nazionale e la situazione specifica della Regione Campania, evidenziando l'evoluzione storica pre- e post-PNRR, i trend occupazionali (es. dotazione di infermieri), la distribuzione territoriale delle nuove strutture e gli investimenti dedicati. Grafici e tabelle verranno utilizzati per illustrare i principali indicatori (numero di strutture attivate vs previste, personale impiegato vs fabbisogno, costi stanziati, ecc.), integrando dati ufficiali (Ministero della Salute, AGENAS, ISTAT) e letteratura scientifica. Infine, mediante proiezioni ed evidenze disponibili, si discuterà la sostenibilità economico-finanziaria di queste iniziative nei prossimi anni, anche alla luce delle criticità emerse (ritardi attuativi, carenza di personale, vincoli di bilancio).

Metodi

È stata condotta un'analisi descrittiva integrando fonti di dati secondari ufficiali e letteratura scientifica. In particolare, sono stati raccolti: (a) dati normativi e programmatori (decreti ministeriali, documenti di AGENAS) per definire standard e obiettivi relativi a CdC, COT, OdC e IFeC; (b) dati quantitativi sullo stato di avanzamento del PNRR Missione 6 – Salute, a livello nazionale e regionale (Campania), estratti da report istituzionali (Ministero della Salute, AGENAS) e monitoraggi indipendenti (Fondazione GIMBE, Osservatorio Recovery Plan); (c) statistiche sanitarie da ISTAT e Ministero della Salute riguardanti il personale infermieristico e

[3] Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella.
[4] FOCUS REGIONI / Qui Campania. Pronto il piano per l'inserimento dell'infermiere di famiglia sul territorio, ma rimangono troppe ombre a livello nazionale per un progetto mai decollato – Coina News

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

la spesa sanitaria; (d) articoli scientifici indicizzati (PubMed, Scopus) e articoli su riviste specialistiche italiane (es. Quotidiano Sanità) per approfondire aspetti di implementazione e sostenibilità.

I dati sono stati analizzati ponendo attenzione al confronto Italia vs Campania. In particolare, per la Campania si sono esaminati documenti regionali (es. Delibere e Piani Operativi PNRR regionali) e notizie istituzionali riguardanti l'attuazione locale delle Case di Comunità e l'introduzione dell'Infermiere di Famiglia. Si sono costruiti grafici comparativi (barre, istogrammi) per rappresentare: (1) il numero di strutture previste dal PNRR vs quelle effettivamente attivate, a livello nazionale e in Campania; (2) il numero di infermieri di famiglia previsti e assunti vs il fabbisogno stimato; (3) indicatori di dotazione di personale (es. infermieri per abitante) nelle diverse realtà territoriali. Una tabella comparativa riassume gli investimenti economici del PNRR dedicati alle strutture territoriali (a livello Italia e quota parte Campania), ed altri indicatori chiave.

Tutti i dati quantitativi sono aggiornati alle più recenti informazioni disponibili (fine 2024 – inizio 2025). I riferimenti bibliografici e dei dati sono forniti in formato Vancouver modificato tra parentesi quadre, con collegamento alle fonti originali online. L'output è presentato in forma di articolo scientifico, in lingua italiana, con sezioni convenzionali (Introduzione, Metodi, Risultati, Discussione, Conclusioni, Riferimenti).

Risultati

Evoluzione storica pre e post-PNRR: strutture territoriali e Infermiere di Famiglia

Un primo risultato emerso è la netta differenza tra la situazione *pre-PNRR* e gli sviluppi avviati *post-PNRR* nell'assistenza territoriale. Prima del 2020, l'assistenza territoriale italiana era caratterizzata da una rete di servizi variamente sviluppata a livello regionale: distretti sanitari, ambulatori di cure primarie e alcune esperienze di "Case della Salute" (in regioni come Emilia-Romagna, Toscana) costituivano i punti di riferimento per la sanità di prossimità. Tuttavia, mancava una figura infermieristica dedicata espressamente alla gestione integrata dei bisogni sul territorio e al coordinamento dell'assistenza domiciliare. Gli interventi infermieristici a domicilio erano garantiti principalmente tramite servizi di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) erogati dalle ASL, ma senza uno standard nazionale sul rapporto

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

infermieri/popolazione in ambito territoriale. Anche le strutture intermedie (es. piccoli ospedali di comunità) erano presenti solo in alcune realtà sperimentali. Complessivamente, negli anni precedenti la pandemia la carenza di organico infermieristico nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) era già un problema noto – aggravato nelle regioni sottoposte a piani di rientro dal deficit, come la Campania, che per circa un decennio ha avuto un blocco del turnover. Nel 2019, l'Italia contava circa 5,5 infermieri per 1.000 abitanti, tra i valori più bassi in Europa (In Campania meno di 4 infermieri ogni mille abitanti. Gimbe: «Senza piano straordinario a rischio riforma del Pnrr» - Orticalab.it). In Campania il valore era ancora inferiore (circa 3,8/1000 ab. nel 2019 (In Campania meno di 4 infermieri ogni mille abitanti. Gimbe: «Senza piano straordinario a rischio riforma del Pnrr» - Orticalab.it)), riflesso di una cronica carenza di personale infermieristico. Non esisteva l'infermiere di famiglia; la presa in carico territoriale dei cronici era affidata soprattutto ai MMG e agli infermieri dell'ADI, con forti disomogeneità territoriali.

Una svolta si è avuta con il Decreto "Rilancio" (DL 34/2020) durante la prima fase pandemica: esso ha istituito formalmente l'Infermiere di Famiglia e Comunità, autorizzando le ASL ad assumere fino a 9.600 infermieri dedicati (inizialmente con contratti a tempo determinato fino a dicembre 2020, poi a tempo indeterminato dal 2021) (Il decreto Rilancio in Gazzetta: è l'ora dell'infermiere di famiglia) (Il decreto Rilancio in Gazzetta: è l'ora dell'infermiere di famiglia). Per finanziare tali assunzioni, il DL34 stanziò circa 332 milioni € per il 2020 e 480 milioni € per il 2021, incrementando il Fondo Sanitario Nazionale (Il decreto Rilancio in Gazzetta: è l'ora dell'infermiere di famiglia). L'introduzione era motivata dal supporto necessario alle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) durante l'emergenza COVID e, più in generale, dal rafforzamento dell'assistenza domiciliare ai pazienti COVID e fragili (Il decreto Rilancio in Gazzetta: è l'ora dell'infermiere di famiglia). Le indicazioni iniziali prevedevano quindi 8 infermieri ogni 50.000 abitanti (standard che, come detto, equivale a ~1 ogni 6.250 abitanti) (Campania, infermiere di famiglia e di comunità: inizia l'iter della legge in Commissione Sanità). Tuttavia, a 5 anni da quella legge (34/2020), il bilancio è risultato fortemente in ritardo: *solo 3.000 infermieri di famiglia sono stati effettivamente assunti* rispetto al fabbisogno di 9.600 stimato nel 2020 . Ciò significa che meno di un terzo delle posizioni previste è stato coperto, a causa di varie difficoltà (carenza di candidati, vincoli di bilancio regionali, ritardi organizzativi).

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

Nel frattempo, l'Unione Europea ha approvato il programma Next Generation EU e l'Italia ha varato il PNRR (2021), che dedica Missione 6 – Salute al potenziamento del SSN post-pandemia. In particolare, la *Componente 1* della Missione 6 finanzia il "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale": entro il 2026 devono essere realizzate sull'intero territorio nazionale una serie di strutture standardizzate – *Case della Comunità, COT, Ospedali di Comunità* – secondo modelli organizzativi definiti dal Ministero. Nel giugno 2022 è stato emanato il DM 77/2022, recante modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale (recependo l'Accordo Stato-Regioni del marzo 2022). Tale decreto ha ufficializzato il nuovo standard dell'Infermiere di Famiglia in 1 ogni 3.000 abitanti (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida) , riconoscendo questa figura come parte integrante dell'organico distrettuale (dipendente del SSR, assegnato alle CdC, COT, OdC e servizi domiciliari) (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida). Questo innalzamento dello standard porta il fabbisogno teorico nazionale a circa 20.000 infermieri di famiglia (per ~60 milioni di abitanti), più del doppio rispetto a quanto previsto nel 2020.

In parallelo, il DM 77 e il PNRR hanno fissato target quantitativi per le nuove strutture territoriali da realizzare entro il 2026: Case della Comunità: 1.350-1.400 (almeno 1 ogni 45.000 abitanti circa); COT: ~600 (1 ogni 100.000 ab.); Ospedali di Comunità: ~380 (1 ogni ~150.000 ab.). In Campania, a livello programmatico, ciò si è tradotto in obiettivi specifici con relativi finanziamenti dedicati (Tabella 1). Nel 2022 la Regione Campania ha recepito il DM 77 e avviato l'iter per una legge regionale sull'Infermiere di Famiglia e Comunità . La proposta di legge campana (esaminata in Commissione Sanità tra 2022 e 2023) prevede l'attivazione di servizi infermieristici di comunità in ogni distretto e nelle costituende CdC, con ambulatori infermieristici dedicati e percorsi formativi specifici (Campania, infermiere di famiglia e di comunità: inizia l'iter della legge in Commissione Sanità) . Nel 2023 la Campania ha annunciato un progetto pilota per introdurre l'Infermiere di Famiglia su scala locale, inizialmente finanziato con 500 mila euro (con l'obiettivo di testare il modello in alcune aree e poi estenderlo alle aree metropolitane) . Questo indica la volontà regionale di recuperare il ritardo nell'implementazione effettiva della figura, finora mai decollata pienamente a livello nazionale. Da notare che il Veneto è stata tra le prime regioni a rendere strutturale l'IFeC, mentre Campania si appresta a seguirne l'esempio .

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

Riassumendo, il periodo *pre-PNRR* vedeva un territorio con carenza di strutture intermedie e senza infermiere di famiglia; il *post-PNRR* (2020-2022) ha introdotto formalmente queste innovazioni, stanziando fondi e fissando standard più elevati, ma l'implementazione pratica è tuttora in corso e presenta significativi ritardi e difformità regionali, come evidenziato di seguito.

Implementazione delle Case, COT e Ospedali di Comunità: Italia vs Campania

A livello nazionale, l'attuazione delle strutture territoriali finanziate dal PNRR sta procedendo più lentamente del previsto. Secondo i dati di monitoraggio AGENAS e del Ministero della Salute, entro giugno 2023 erano stati attivati solo il 13% circa delle Case della Comunità previste (Pnrr. Case della comunità a rischio flop? Funzionanti appena il 13 ...). In particolare, su 1.430 CdC pianificate dal PNRR entro il 2026, ne risultavano aperte *appena 187* (in sole 6 regioni) (Case di comunità, monitor Agenas: attive solo 187 strutture su 1.430). Le regioni che hanno attivato CdC entro metà 2023 sono state principalmente Lombardia (92 CdC aperte), Emilia-Romagna (43), Piemonte (38), Toscana (6), Molise (6) e Umbria (2), mentre tutte le altre (compresa la Campania) non avevano ancora alcuna CdC funzionante (Case di comunità, monitor Agenas: attive solo 187 strutture su 1.430). La Campania, in particolare, pur avendo in programma 169 Case della Comunità finanziate con ~249,7 milioni € di fondi PNRR (M6C1 – Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona – Campania PNRR) (M6C1 – Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona – Campania PNRR), non ne aveva attivata nessuna alla metà del 2023 (né al termine del 2024, come si vedrà oltre). La Figura 1 illustra il confronto tra il numero di CdC previste e quelle effettivamente attivate, sia a livello Italia che in Campania.

Figura 1. Case della Comunità previste dal PNRR vs attive (dato a fine 2024) in Italia e in Campania. A livello nazionale risultano attive 485 CdC (almeno un servizio aperto) su 1.717 programmate (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella). In Campania (nessuna CdC attiva a fine 2024) ne sono previste 169 (finanziate con 249,7 M€) (M6C1 – Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona – Campania PNRR).

Dal grafico si evince il marcato divario: solo il 28% circa delle CdC programmate risulta attivo a fine 2024 in Italia (485 su 1717 (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella)), mentre in Campania il tasso di attivazione è 0%

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

(nessuna CdC aperta su 169). Va sottolineato che il numero “1717” include tutte le CdC programmate dalle Regioni (anche con risorse complementari), mentre il target PNRR ufficiale era 1.419 CdC finanziate con 2 miliardi € entro il 2026 (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella) (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella). In ogni caso, il ritardo è generalizzato: al 30 giugno 2024 ben 10 regioni (tra cui Campania, Lazio, Puglia) non avevano ancora alcuna Casa della Comunità operativa (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella). Solo Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto, Toscana, Lazio, Piemonte, Marche e Liguria hanno inaugurato un certo numero di CdC nel 2023-24, con Lombardia ed E-R in testa (rispettivamente 138 e 125 CdC con almeno un servizio attivo a fine 2024) (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella). Le CdC “fully operative” (ovvero con tutti i servizi obbligatori attivi, inclusa presenza medica h24/7 o 12/6 secondo il modello hub/spoke) erano soltanto 46 in tutta Italia a fine 2024 (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella) (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella).

La Campania, dal canto suo, ha avviato in ritardo i cantieri per le CdC: secondo il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) sottoscritto, l’obiettivo è di realizzarne 169 entro il 2026 (M6C1 – Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona – Campania PNRR), ma la fase attuativa (identificazione siti, progettazione) ha subito rallentamenti. Solo a fine 2023 sono stati aggiudicati alcuni appalti quadro per la costruzione/ristrutturazione delle CdC campane (es. delibera regionale n.355/2023) . Pertanto, il grosso delle aperture in Campania avverrà verosimilmente tra il 2025 e 2026.

La situazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) è relativamente più avanzata a livello nazionale, in quanto il PNRR prevedeva una milestone europea stringente al 2024: *piena operatività di almeno 480 COT* (su ~600 previste) . Questo target è stato dichiarato raggiunto: al 31 dicembre 2024 risultavano *attive e funzionanti 480 COT*, condizione necessaria per sbloccare la rata di finanziamento UE . Anzi, secondo il Ministero sono attive 642 COT su 650 programmate (fine 2024) (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella) – apparentemente una sovrastima dovuta a definizioni di

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

"COT attiva" non del tutto uniformi. In realtà, la Fondazione GIMBE distingue tra COT "dichiarate attive" e COT "pienamente funzionanti", le seconde certificate da collaudo indipendente e dichiarazione del DG della ASL . Al 30 giugno 2024, le COT *pienamente funzionanti* erano 362 (circa il 59% del totale inizialmente previsto)[5]. La riduzione del target a 480 (da ~600 iniziali) è stata infatti una modifica per tenere conto di aumenti di costo e ritardi, demandando le restanti ~120 COT alla realizzazione con altri fondi oltre il 2026 .

Anche le COT evidenziano comunque differenze regionali: a metà 2023, su 77 COT attive allora, la maggior parte era in Lombardia (36) e Lazio (15), mentre *nessuna COT risultava ancora attiva in Campania* (Case di comunità, monitor Agenas: attive solo 187 strutture su 1.430). Grazie allo sprint del 2024, è verosimile che la Campania abbia successivamente attivato gran parte delle sue COT (il cui numero previsto era circa 34, finanziate con ~19,8 milioni € dal PNRR). Tuttavia, dettagli puntuali sul numero di COT funzionanti in Campania a fine 2024 non sono stati resi pubblici; appare plausibile che la regione abbia raggiunto almeno la soglia richiesta (es. attivandone circa 20-30) per contribuire al target nazionale di 480 al 2024. Resta da completare l'intera copertura (stimate ~60 COT totali in Campania a regime). Inoltre, la funzionalità effettiva delle COT attive è in alcuni casi limitata: molte non garantiscono ancora la copertura 7 giorni su 7. A livello nazionale, solo 15 COT su 77 (19%) erano aperte tutti i giorni già nel 2023, mentre 45 su 77 (58%) operavano meno di 6 giorni a settimana (Case di comunità, monitor Agenas: attive solo 187 strutture su 1.430). Questo indica che, sebbene le COT siano state formalmente attivate per rispettare la scadenza, il servizio offerto in molte realtà è ancora su orari ridotti, segno di possibili carenze di personale.

Per quanto riguarda gli Ospedali di Comunità (OdC), anch'essi procedono a rilento: al giugno 2023 ne risultavano aperti *76 su 434 previsti* (Case di comunità, monitor Agenas: attive solo 187 strutture su 1.430) (17% circa). Gran parte degli OdC attivi erano concentrati in Veneto (38) e Lombardia (17), seguiti da Puglia (6) ed Emilia-Romagna (5), mentre la Campania ne aveva aperto solo 1 fino a metà 2023 (Case di comunità, monitor Agenas: attive solo 187 strutture su 1.430). L'investimento PNRR sugli OdC a livello nazionale è di 1 miliardo € per averne almeno 307 operativi entro il 2026 (M6C1 – Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture . Alla Campania sono assegnati ~111 milioni €, a fronte di un

[5] Servizio sanitario nazionale, finora l'Italia ha centrato solo un obiettivo finanziato dal Pnrr | Wired Italia

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

piano di circa 30-36 Ospedali di Comunità sul territorio regionale (numero deducibile dal finanziamento, sebbene non esplicitato; si stima ~35 OdC) (M6C1 – Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture. Anche qui l'attuazione in Campania è stata lenta: individuare strutture da riconvertire non è banale e richiede investimenti infrastrutturali significativi. Al 2024 inoltrato, pochi OdC risultano operativi in Campania (forse 2-3, incluso quello già attivato nel 2023). Il resto dovrebbe essere completato entro il 2026 secondo la programmazione regionale.

Nel complesso, la Regione Campania accusa un ritardo maggiore della media nazionale nell'implementare le nuove strutture territoriali. Ciò è in parte dovuto alle criticità amministrative e finanziarie ereditate (anni di commissariamento sanitario per deficit fino al 2019, con servizi territoriali sotto-finanziati). Mentre regioni come Lombardia ed Emilia-Romagna avevano già esperienze pregresse di Case della Salute e reti territoriali robuste – fattori che hanno facilitato l'immediata attivazione di decine di CdC utilizzando strutture esistenti – la Campania è partita quasi da zero nella creazione di CdC e OdC. Basti pensare che in Campania il modello della "Casa della Salute" era quasi assente prima: l'assistenza territoriale era incentrata sugli studi dei medici di base e pochi ambulatori distrettuali. Dunque, l'allestimento di 169 nuove CdC richiede tempi tecnici (identificazione sedi, lavori edili) e l'assunzione di nuovo personale dedicato, entrambe sfide non risolvibili in pochi mesi.

Un altro risultato da evidenziare è che laddove le strutture sono state aperte, spesso non sono pienamente operative secondo gli standard previsti. Ad esempio, delle 187 CdC attivate al giugno 2023, solo 102 (54%) avevano effettivamente MMG presenti al loro interno, e appena 53 (28%) avevano il Pediatra di Libera Scelta (Case di comunità, monitor Agenas: attive solo 187 strutture su 1.430). Questo significa che molte CdC funzionano solo parzialmente, offrendo magari servizi infermieristici o amministrativi di base, ma senza la presenza dei medici di famiglia e pediatri – considerati elementi chiave del modello. Va meglio per la componente infermieristica: 155 CdC su 187 (83%) avevano attivato un ambulatorio infermieristico per la gestione dei pazienti cronici (Case di comunità, monitor Agenas: attive solo 187 strutture su 1.430). Ciò indica che gli infermieri (territoriali e di comunità) sono stati tra i primi ad essere coinvolti nelle CdC attive, mentre l'integrazione dei medici richiede accordi contrattuali

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

specifici (i MMG sono convenzionati e non dipendenti, quindi la loro presenza nelle CdC va organizzata attraverso intese sulle ore settimanali da svolgere in struttura).

In Campania, la futura integrazione di MMG e Pediatri nelle CdC sarà un passaggio delicato: la regione soffre una carenza di medici di base (molti pensionamenti, zone carenti scoperte), e richiederà incentivi per garantire la loro presenza negli orari di apertura delle CdC. A livello nazionale, è in discussione una riforma che trasformi i medici di medicina generale in dipendenti del SSN: tale riforma è giudicata strettamente necessaria per rendere le Case della Comunità realmente operative 7 giorni su 7 (8:00-20:00), poiché attualmente "non ci sono medici a sufficienza" disposti a coprire quei turni con l'attuale regime convenzionale (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella). Il personale (medico e infermieristico) dovrebbe infatti essere a disposizione dell'utenza in orario esteso nelle CdC, ma ciò richiede un diverso inquadramento contrattuale dei MMG (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella). Il Ministro della Salute in carica ha assicurato che *"entro il 2026 saranno pronte le nuove strutture territoriali necessarie"*, annunciando nel 2023 l'avvio dei cantieri per il 70% di esse (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella). Resta però il nodo del personale per farle funzionare a regime.

Distribuzione del personale infermieristico: confronto nazionale e regionale

Un indicatore fondamentale per valutare la sostenibilità delle riforme è la dotazione di personale infermieristico, sia in termini quantitativi (infermieri per popolazione) sia di capacità di assorbire i nuovi compiti (infermieri di famiglia). Dall'analisi dei dati ufficiali del Ministero della Salute (anno 2022) emerge che l'Italia aveva complessivamente 302.841 infermieri impiegati nel SSN e strutture sanitarie assimilate (268.013 dipendenti pubblici e 34.828 in strutture private accreditate) (In Campania meno di 4 infermieri ogni mille abitanti. Gimbe: «Senza piano straordinario a rischio riforma del Pnrr» - Orticalab.it). Ciò corrisponde a una media di 5,13 infermieri ogni 1.000 abitanti (In Campania meno di 4 infermieri ogni mille abitanti. Gimbe: «Senza piano straordinario a rischio riforma del Pnrr» - Orticalab.it). Questo valore medio nazionale, già inferiore alla media UE (~9/1000) e OCSE (~9,8/1000) (In Campania meno di 4 infermieri ogni mille abitanti. Gimbe: «Senza piano straordinario a rischio riforma del Pnrr» - Orticalab.it), nasconde però forti disomogeneità regionali: si va dai soli 3,83 infermieri

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

per 1.000 abitanti in Campania ai 7,01 per 1.000 in Liguria, con quasi tutte le regioni del Mezzogiorno sotto la media nazionale (In Campania meno di 4 infermieri ogni mille abitanti. Gimbe: «Senza piano straordinario a rischio riforma del Pnrr» - Orticalab.it). La Figura 2 illustra queste differenze, confrontando il valore di Campania e Liguria con la media italiana.

Figura 2. Disparità regionali nella dotazione di infermieri (per 1.000 abitanti, anno 2022) (In Campania meno di 4 infermieri ogni mille abitanti. Gimbe: «Senza piano straordinario a rischio riforma del Pnrr» - Orticalab.it). La Campania presenta la dotazione più bassa (3,83/1000 ab.), contro una media nazionale di 5,13 e un valore massimo in Liguria (7,01). La carenza di infermieri è particolarmente marcata al Sud (molte regioni <4/1000) e in Lombardia, ed è ritenuta eredità di passate politiche di contenimento della spesa che hanno limitato le assunzioni (In Campania meno di 4 infermieri ogni mille abitanti. Gimbe: «Senza piano straordinario a rischio riforma del Pnrr» - Orticalab.it).

Tale carenza strutturale di infermieri in Campania (e in altre regioni del Sud) rappresenta un serio ostacolo per l'implementazione efficace delle CdC e per l'estensione dell'assistenza domiciliare. Anche l'obiettivo di un Infermiere di Famiglia ogni 3.000 abitanti rischia di scontrarsi con la realtà di un organico insufficiente: in Campania, con ~5,7 milioni di abitanti, servirebbero circa 1.900 IFeC dedicati; attualmente però la regione conta già un deficit di personale infermieristico nelle strutture esistenti, figurarsi dover reperire quasi 2.000 ulteriori unità da destinare al territorio.

A livello nazionale, per rispettare il parametro 1:3000 ab. servirebbero circa 20.000 infermieri di famiglia. Considerando che ad oggi (2025) ne sono stati attivati solo 3.000 circa, il gap da colmare è enorme (17.000 unità). Proiezioni sindacali indicano un fabbisogno perfino superiore: il sindacato Nursing Up stima necessari 50.000 infermieri di famiglia entro il 2026 per rispettare in pieno gli standard del PNRR e compensare i pensionamenti e le fuoriuscite (emigrazione professionale) nel frattempo occorsi . Questa stima tiene conto non solo delle posizioni nuove da attivare, ma anche del fatto che il SSN perde circa 10.000 infermieri l'anno per vari motivi (pensionamenti soprattutto) (In Campania meno di 4 infermieri ogni mille abitanti. Gimbe: «Senza piano straordinario a rischio riforma del Pnrr» - Orticalab.it). Senza un robusto piano straordinario di assunzioni, dunque, c'è il rischio concreto che le strutture territoriali restino prive del personale necessario per funzionare, vanificando gli investimenti

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

del PNRR (In Campania meno di 4 infermieri ogni mille abitanti. Gimbe: «Senza piano straordinario a rischio riforma del Pnrr» - Orticalab.it) . Come afferma Nino Cartabellotta (Fondazione GIMBE), *"siamo di fronte a un quadro che mina l'equità di accesso alle cure, soprattutto territoriale, dove gli investimenti del PNRR rischiano di essere vanificati"* (In Campania meno di 4 infermieri ogni mille abitanti. Gimbe: «Senza piano straordinario a rischio riforma del Pnrr» - Orticalab.it). Il presidente di Nursing Up, Antonio De Palma, lancia l'allarme: *"Senza infermieri di famiglia le Case di Comunità e le COT non potranno funzionare"* , e senza un piano straordinario per assumerne almeno 50.000 *"la sanità territoriale rischia il tracollo"* .

La Figura 3 schematizza il confronto tra il numero di infermieri di famiglia previsti, quelli effettivamente assunti finora e il fabbisogno stimato secondo gli standard attuali.

Figura 3. Infermieri di Famiglia e Comunità: previsti vs assunti vs fabbisogno stimato. Nel 2020 erano stati previsti 9.600 IFeC, di cui solo ~3.000 assunti al 2023 . Lo standard 1/3.000 ab. del DM77 implica ~20.000 infermieri necessari a regime. Il sindacato Nursing Up stima in ~50.000 il fabbisogno entro il 2026 considerando anche le carenze pregresse .

Dal punto di vista qualitativo, la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità è risultata apprezzata e considerata strategica nelle esperienze pilota avviate (es. in alcune aree di Veneto, Toscana, Piemonte). Il ruolo prevede compiti che vanno dall'educazione sanitaria e prevenzione, alla gestione della cronicità (aderenza terapeutica, telemonitoraggio), al supporto alle dimissioni protette ospedaliere e all'assistenza domiciliare integrata in équipe con MMG e assistenti sociali (Campania, infermiere di famiglia e di comunità: inizia l'iter della legge in Commissione Sanità) (Campania, infermiere di famiglia e di comunità: inizia l'iter della legge in Commissione Sanità). In tal senso, l'IFeC può contribuire a ridurre i ricoveri evitabili e gli accessi impropri al Pronto Soccorso, avvicinando l'assistenza al luogo di vita del paziente (obiettivo dichiarato della riforma) (Campania, infermiere di famiglia e di comunità: inizia l'iter della legge in Commissione Sanità) (Campania, infermiere di famiglia e di comunità: inizia l'iter della legge in Commissione Sanità). I primi riscontri, laddove attuata, indicano un miglior gradimento da parte dei pazienti cronici e delle loro famiglie, che trovano un riferimento infermieristico continuo sul territorio. Inoltre, studi internazionali citati sottolineano come in paesi dove la figura esiste da tempo (UK, Svezia, Spagna) l'infermiere di famiglia è ben integrato nel sistema e ha dimostrato efficacia nel migliorare alcuni esiti di salute (es. aderenza alle cure,

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

empowerment del paziente) . Tuttavia, finché l'Italia non colmerà il gap numerico di infermieri, sarà difficile replicare su larga scala tali benefici.

Investimenti economici attuali e costi futuri delle strutture territoriali

La realizzazione delle CdC, COT e OdC ha assorbito una quota significativa dei fondi PNRR destinati alla sanità. In Tabella 1 sono riassunti gli investimenti principali e i target quantitativi correlati, a livello nazionale e per la Campania.

Tabella 1. Investimenti PNRR per l'assistenza territoriale: confronto Italia – Campania (Missione 6 Componente 1)[6] (M6C1 – Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona – Campania PNRR)

Intervento	**Italia – Finanziamento PNRR**	**Italia – Strutture previste (target)**	**Campania – Finanziamento PNRR**	**Campania – Strutture previste**
Case della Comunità (CdC)	2.000 milioni € (M6C1 – Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona – Campania PNRR)	1.419 (entro 2026) (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella) *(~1 ogni 45mila ab.)*	249,7 milioni € (M6C1 – Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona – Campania PNRR)	169 CdC (M6C1 – Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona – Campania PNRR)
Ospedali di Comunità (OdC)	1.000 milioni €	307 (entro 2026) *(~1 ogni 150mila ab.)*	110,99 milioni €	~30–36 OdC *(stima)*

[6] M6C1 – Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina – Sub Investimento 1.2.2: Centrali operative territoriali (COT) – Campania PNRR

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

Intervento	Italia – Finanziamento PNRR	Italia – Strutture previste (target)	Campania – Finanziamento PNRR	Campania – Strutture previste
Centrali Op. Territoriali (COT)	280 milioni €	480 (entro 2024) *(~1 ogni 100mila ab.)*	19,76 milioni €	~34 COT *(stima)*
Infermieri di Famiglia (IFeC)	– (a carico FSN)**	20.000 (standard 1/3.000 ab.)	– (quota parte FSN)**	~1.900 (standard 1/3.000 ab.)

Fonti: Decreti di riparto PNRR (DM Salute 20/01/2022) e documentazione Regione Campania (M6C1 – Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona – Campania PNRR) . Note: *Per IFeC il finanziamento è tramite FSN incrementale (DL 34/2020), non c'è voce dedicata PNRR; per Campania il fabbisogno IFeC (~1.900) è calcolato su pop. regionale.*

Come si vede, la Campania assorbe circa il 12-13% degli investimenti nazionali per CdC, COT e OdC, in linea con il peso demografico (9-10% popolazione) e con i criteri di riparto (che hanno tenuto conto di gap territoriali). In particolare, Campania ha ~250 milioni € per le CdC (12,5% del totale Italia) e ~111 milioni € per gli OdC (11,1% del totale). Tali fondi sono destinati principalmente alle opere infrastrutturali: costruzione, ristrutturazione e adeguamento tecnologico delle strutture. I costi standard di realizzazione, indicati dalla programmazione PNRR, variano ad esempio da ~1,6 milioni € per CdC di nuova costruzione (per 1.000 m^2) a cifre minori per ristrutturazioni leggere. Con i fondi assegnati, la Campania dovrebbe coprire i costi di costruzione/ristrutturazione di tutte le strutture previste. Va notato che a fine 2023, a causa dell'inflazione dei materiali e dell'energia, il governo ha rivisto al ribasso alcuni target di output (come menzionato, CdC da 1.430 a 1.317 e OdC da 434 a 380 circa), mantenendo però l'obiettivo qualitativo di copertura territoriale con risorse aggiuntive nazionali post-2026 .

Per quanto concerne i costi futuri di esercizio, essi riguardano soprattutto il personale da impiegare stabilmente nelle nuove strutture. L'apertura di 1.317-1.419 CdC comporta infatti la necessità di *rifinanziare le spese correnti* per garantire: personale medico (es. medici di

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

continuità assistenziale o MMG in aggregazione funzionale), infermieristico, altre professioni sanitarie (fisioterapisti, assistenti sociali, ecc.), nonché costi di gestione (utenze, manutenzioni). Una CdC hub, secondo standard, dovrebbe operare h24 con almeno 2 medici per turno (di notte può essere equiparata a una guardia medica) e diversi infermieri su più turni (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella). Anche le CdC spoke richiedono copertura diurna 6 giorni su 7. Similmente, un OdC da 20 posti letto richiede un certo organico di infermieri (assistenza infermieristica continuativa) e almeno un medico di riferimento (spesso un medico di medicina generale dedicato a rotazione per la supervisione clinica). Le COT implicano team di operatori (prevalentemente infermieri care manager) per coordinare i servizi su ciascun territorio.

Questi costi ricorrenti non sono coperti dai fondi PNRR, che finanziano solo investimenti in conto capitale. Il mantenimento in funzione di CdC, COT e OdC dovrà quindi gravare sui bilanci ordinari del Servizio Sanitario Nazionale e regionale. In altre parole, dopo il 2026 la sostenibilità economica dipenderà dalla capacità dello Stato e delle Regioni di destinare risorse aggiuntive per il personale e la gestione. Secondo le stime, l'assunzione di 20.000 infermieri di famiglia a tempo indeterminato comporterebbe una spesa annua aggiuntiva di circa 1 miliardo di euro (ipotizzando un costo annuo medio lordo di ~50.000 € per infermiere). A questo andrebbe sommata la spesa per altri infermieri di CdC/OdC, per medici, OSS, etc. Complessivamente, la *"nuova sanità territoriale"* potrebbe richiedere alcuni miliardi di euro all'anno in più rispetto alla spesa corrente, una volta a regime.

Il Governo ha previsto incrementi del Fondo Sanitario Nazionale nei prossimi anni, ma diverse analisi li giudicano insufficienti a colmare questo gap. La Legge di Bilancio 2023 ha stanziato un aumento del FSN di circa 2 miliardi, assorbiti però in gran parte dall'aumento dei costi energetici e dei farmaci, lasciando pochi margini per nuove assunzioni. Non a caso, la trattativa per il nuovo Contratto Collettivo della Sanità non ha (al 2025) ancora introdotto in organico la figura dell'IFeC, mentre paradossalmente è stata introdotta la figura dell'"assistente infermiere" (un operatore di supporto con minori competenze) – scelta criticata dai sindacati perché distoglie risorse dal ruolo infermieristico qualificato . Ciò riflette una certa resistenza ad assumere in massa nuovi infermieri di categoria elevata.

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

Un effetto atteso delle CdC e degli IFeC, da monitorare in futuro, è la riduzione dei costi indiretti e di quelli di alto livello: presa in carico precoce e territoriale dovrebbe diminuire i ricoveri ospedalieri evitabili (che sono molto onerosi per il SSN) e migliorare la gestione delle cronicità, con benefici economici di medio-lungo termine. Ad esempio, l'assistenza domiciliare intensiva a un paziente cronico complesso costa meno della metà di una degenza in reparto per complicanze acute; se l'IFeC riesce a prevenire tale ricovero, il sistema risparmia risorse. Tuttavia, questi risparmi saranno reali solo se le CdC/IFeC riusciranno a operare a pieno regime di efficacia. Nel breve periodo, invece, la creazione di nuove strutture è un costo aggiuntivo netto (doppioni di spesa finché ospedali e CdC coesistono senza riduzioni dall'altra parte).

Da evidenziare che la sostenibilità economica presenta differenze territoriali: regioni con bilanci sanitari fragili (come la Campania, uscita dal piano di rientro solo nel 2018) potrebbero faticare più di altre a finanziare stabilmente il personale delle CdC una volta terminati i fondi straordinari. Campania negli ultimi anni ha rispettato il pareggio di bilancio sanitario, ma con livelli essenziali di assistenza al limite e una dotazione organica ridotta (Campania, infermiere di famiglia e di comunità: inizia l'iter della legge in Commissione Sanità). L'aggiunta di centinaia di nuovi operatori sanitari territoriali richiederà un incremento del fondo regionale non trascurabile. Se ciò non avverrà, c'è il rischio che alcune CdC in Campania restino in sotto-utilizzo (stanze vuote o aperte a orario ridotto) per mancanza di personale.

Discussione

I risultati evidenziano un quadro ambivalente: da un lato, un forte impulso riformatore e investimenti cospicui grazie al PNRR hanno finalmente fornito risorse per colmare storiche lacune dell'assistenza territoriale italiana; dall'altro, ritardi attuativi e carenze strutturali di personale rischiano di compromettere gli obiettivi prefissati. È utile discutere le implicazioni di questi dati in termini di sostenibilità e proporre soluzioni possibili.

Sul fronte positivo, l'Italia ha definito per la prima volta standard nazionali chiari per l'assistenza di prossimità (DM 77), stanziando fondi dedicati alla creazione di strutture capillari sul territorio. La figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità viene riconosciuta come pilastro del nuovo modello, colmando una lacuna rispetto ad altri paesi europei dove tale ruolo esiste da decenni e ha dimostrato di migliorare gli esiti di salute e l'integrazione ospedale-territorio . La Regione Campania, in particolare, con la sua legge in itinere e il progetto pilota, mostra di

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

voler recuperare terreno e adattare il modello alla realtà locale, dove la domanda di assistenza domiciliare e sul territorio è elevatissima (basti pensare all'indice di vecchiaia e alla prevalenza di patologie croniche nelle aree interne). L'istituzione di ambulatori infermieristici di comunità in ogni distretto (previsti dalla legge campana) potrebbe portare servizi essenziali (es. controllo parametri, medicazioni, educazione sanitaria) più vicini ai cittadini, decongestionando gli ospedali. Inoltre, il principio di gratuità per le prestazioni infermieristiche domiciliari sancito dalla proposta campana (Campania, infermiere di famiglia e di comunità: inizia l'iter della legge in Commissione Sanità) è importante per equità, evitando barriere economiche all'accesso alle cure domiciliari. In prospettiva, se le CdC saranno adeguatamente attrezzate e staffate, potranno fungere da "hub" socio-sanitari dove integrare anche servizi sociali comunali e terzo settore, con beneficio per la comunità.

Tuttavia, i ritardi e le criticità evidenziate sollevano interrogativi sulla sostenibilità nel lungo termine. La sostenibilità va intesa sia come *sostenibilità operativa* (capacità di rendere realmente funzionanti le strutture secondo gli standard) sia come *sostenibilità finanziaria* (capacità di mantenerle economicamente). Attualmente, entrambe sono in bilico:

- Sostenibilità operativa: a fine 2024 solo una minoranza di CdC è pienamente operativa con tutti i servizi e orari previsti (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella). Molte funzionano a regime ridotto per carenza di medici e infermieri (Case di comunità, monitor Agenas: attive solo 187 strutture su 1.430). Ciò indica difficoltà organizzative nell'attuare il nuovo modello. In particolare, l'integrazione dei Medici di Medicina Generale si sta rivelando complicata. Come discusso, il sistema di convenzione in libera professione mal si adatta al lavoro in équipe nelle CdC; per questo è in valutazione la riforma per passare i MMG ad un rapporto di dipendenza dal SSN (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella). Questa soluzione avrebbe un impatto dirompente (giuridico ed economico), ma potrebbe essere necessaria per garantire la presenza medica continuativa nelle CdC. Dal lato infermieristico, occorre attuare rapidamente politiche di reclutamento: ad esempio, aumentare i posti nelle lauree in infermieristica (oggi spesso non tutti coperti per carenza di candidati), migliorare le condizioni di lavoro e l'attrattività economica per ridurre l'esodo di infermieri all'estero.

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

Inoltre, servirebbe accelerare le procedure concorsuali per assumere gli infermieri di famiglia già finanziati dal DL 34/2020 ma non ancora in servizio (molte regioni non hanno bandito tutti i concorsi, o lo hanno fatto tardi). Una maggiore regia centrale potrebbe aiutare: ad esempio, implementare un monitoraggio mensile pubblico dello stato di attuazione (personale assunto, strutture aperte) per stimolare accountability; o prevedere meccanismi premiali per le regioni virtuose (o sanzioni per ritardi ingiustificati).

- Sostenibilità finanziaria: mantenere il personale aggiuntivo e le strutture comporterà costi permanenti elevati. La stima di 50.000 infermieri di famiglia necessari fatta da Nursing Up va oltre il target ministeriale, ma è indicativa di un fabbisogno complessivo che include il recupero di carenze pregresse. Finora, il finanziamento per gli IFeC è stato assicurato solo per il biennio 2020-21 con fondi straordinari; dal 2022 in poi tali costi ricadono sul FSN ordinario. Se le regioni non hanno spazio di spesa (come in Campania, dove la spesa pro capite è storicamente più bassa della media), potrebbero utilizzare gli infermieri assunti dal DL 34/2020 per tamponare carenze in ospedale anziché destinarli al territorio, vanificando la finalità originale. Inoltre, l'aumento del FSN nei prossimi anni dovrà tener conto anche di altri fattori (innovazioni tecnologiche, invecchiamento della popolazione, inflazione sanitaria). Secondo Cartabellotta (GIMBE), al netto delle quote PNRR, la spesa sanitaria pubblica italiana rischia di scendere intorno al 6% del PIL, lontana dalla media europea, a meno di inversioni di rotta nelle politiche di finanziamento (In Campania meno di 4 infermieri ogni mille abitanti. Gimbe: «Senza piano straordinario a rischio riforma del Pnrr» - Orticalab.it). La sostenibilità a lungo termine delle nuove strutture territoriali richiederà dunque un rafforzamento stabile dei finanziamenti per il personale. In mancanza di ciò, si potrebbero prospettare scenari di razionamento: ad esempio, ridurre gli orari di apertura delle CdC rispetto allo standard (già sta avvenendo) o ridurre altri servizi per dirottare risorse sul territorio (ad es. riconversione di piccoli ospedali in OdC con trasferimento del personale). Una gestione oculata imporrebbe di *redistribuire* parte delle risorse dalla sanità ospedaliera a quella territoriale, come da decenni auspicato: il PNRR sta creando le strutture, ma starà ai decisori allocare d'ora in poi i budget in modo diverso.

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

Un elemento chiave di sostenibilità sarà la valutazione degli outcome: se nei prossimi 3-5 anni si potranno misurare effetti positivi, come riduzione dei ricoveri ripetuti per scompenso cardiaco grazie al monitoraggio domiciliare da parte dell'IFeC, o riduzione delle giornate di degenza post-acuzie grazie agli OdC, questi risultati costituiranno la base per giustificare il mantenimento (e l'ulteriore finanziamento) del modello. In altre parole, il sistema sanitario dovrà dimostrare che l'investimento sul territorio "produce valore" clinico ed economico (ad esempio, attraverso analisi costo-efficacia delle cure territoriali potenziate vs percorso tradizionale). Se tale evidenza sarà forte, diventerà politicamente più facile continuare a finanziare le CdC e il personale correlato. Al contrario, se le nuove strutture non riusciranno a incidere sostanzialmente sui problemi assistenziali (ad esempio rimarrà alto come prima il ricorso ai Pronto Soccorso per codici minori), potrebbero essere viste come un "doppione" inefficiente, e quindi vulnerabili a tagli futuri.

La Campania si trova in una posizione delicata: deve recuperare ritardi storici e implementare un modello innovativo in un contesto di risorse scarse e fabbisogni elevati. La sfida sarà sfruttare al meglio i fondi del PNRR (che sono one-shot) per creare infrastrutture di qualità, e poi convincere lo Stato a riconoscere il giusto peso al finanziamento del funzionamento di tali infrastrutture. Una possibile strategia regionale potrebbe essere la seguente: concentrare inizialmente le risorse umane disponibili su un numero limitato di CdC "hub" (ad esempio una per distretto) per renderle esempi virtuosi e pienamente funzionanti, dimostrando efficacia; parallelamente formare gradualmente nuovi infermieri di famiglia tramite i percorsi post-base (Master attivati, come quello istituito dall'Università della Campania nel 2024) (Master di I livello in Infermiere di Famiglia e della Comunità); e coinvolgere attivamente i Medici di base, magari attraverso incentivi contrattuali locali, per farli partecipare agli ambulatori nelle CdC (come previsto anche da recenti accordi, es. obbligo di 18 ore/settimana in CdC per i MMG prospettato dal Ministero (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella)). Se tali misure avranno successo, potranno essere estese fino a coprire tutte le CdC previste man mano che il personale aumenta. Inoltre, il potenziamento dei servizi territoriali dovrà andare di pari passo con il rafforzamento dell'integrazione digitale (Fascicolo Sanitario Elettronico, telemedicina): il DM 77 prevede esplicitamente l'uso della teleassistenza come modalità di erogazione complementare nelle CdC e COT, il che può migliorare l'efficienza (ad es. gestione da remoto di pazienti stabili con

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

strumenti di telemonitoraggio, ottimizzando il tempo-infermiere). Investire in piattaforme digitali interoperabili è quindi un altro elemento di sostenibilità a lungo termine, perché consente di far fronte a bisogni crescenti senza aumentare proporzionalmente il personale.

In sintesi, la discussione mette in luce che la sostenibilità economica della "nuova" assistenza territoriale italiana non è garantita automaticamente dai fondi PNRR, ma richiederà un continuo impegno finanziario e organizzativo da parte dello Stato e delle Regioni. I benefici attesi (migliore accessibilità, prevenzione, deospedalizzazione) dovranno essere documentati e comunicati, per creare consenso nel considerare la sanità territoriale non come una spesa superflua ma come un investimento necessario e conveniente. La Campania, in particolare, potrà trarre enorme vantaggio dall'affermarsi di questo modello (in termini di salute della popolazione e di alleggerimento degli ospedali), ma dovrà superare una fase iniziale difficile in cui coesistono spese aggiuntive e carenze di risorse.

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

Conclusioni

Il processo di potenziamento dell'assistenza territoriale in Italia, innescato dalla pandemia e supportato finanziariamente dal PNRR, sta portando alla creazione di nuove figure professionali e strutture di prossimità destinate a cambiare il volto del Servizio Sanitario Nazionale. L'Infermiere di Famiglia e Comunità emerge come figura cardine per assicurare continuità assistenziale sul territorio, in stretta relazione con le comunità e in collaborazione interdisciplinare. Le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali rappresentano i nuovi nodi di una rete territoriale che mira a rendere le cure più vicine al cittadino, più integrate e proattive.

Dalla nostra analisi, però, risulta evidente che alla metà del percorso (2023-2024) gli obiettivi strutturali e organizzativi sono ben lontani dall'essere pienamente raggiunti. Meno di un terzo delle CdC previste è attivo, e ancor meno lo sono secondo gli standard di servizio fissati. La Campania, in particolare, riflette queste difficoltà in modo amplificato, non avendo ancora beneficiato sul campo di gran parte degli investimenti (nessuna CdC aperta a fine 2024, pochi OdC attivati, IFeC non ancora operativi per mancanza di cornice contrattuale). Permangono dunque significativi gap tra la pianificazione e la realtà operativa.

La sfida principale per i prossimi anni sarà colmare il gap di personale: senza un massiccio ingresso di infermieri (e, in misura minore, di altri professionisti sanitari), le nuove strutture rischiano di rimanere sotto-utilizzate. Questo è un punto critico di sostenibilità: investire in capitale umano sarà fondamentale quanto lo è stato investire in mura e attrezzature. Il governo e le regioni dovranno mettere in atto politiche straordinarie di reclutamento e formazione per raggiungere lo standard di 1 infermiere di famiglia ogni 3.000 abitanti e per garantire la copertura dei servizi nelle CdC (medici H12-H24, infermieri su 7 giorni, ecc.). Senza queste misure, c'è il concreto pericolo che nel 2026 avremo nuove strutture territoriali "vuote" o funzionanti al minimo, disperdendo le risorse spese.

D'altro canto, se gli attori istituzionali sapranno dare piena attuazione alle riforme – rendendo operative le CdC in tutta Italia e integrando l'Infermiere di Comunità nei team assistenziali – i benefici attesi potrebbero realizzarsi: una sanità più territoriale e preventiva, in grado di prendersi carico meglio degli anziani e dei cronici, con un uso più appropriato degli ospedali (riservati ai casi acuti e complessi). In prospettiva, ciò rappresenta l'unica strada per

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

mantenere sostenibile il SSN di fronte all'invecchiamento della popolazione e all'aumento della prevalenza di patologie croniche. Il paradigma ospedale-centrico si è mostrato inefficiente e insufficiente; l'empowerment dell'assistenza territoriale – di cui l'Infermiere di Famiglia è simbolo – è il perno su cui costruire il futuro della sanità pubblica.

In conclusione, la realizzazione della "sanità di territorio" finanziata dal PNRR costituisce un investimento necessario ma oneroso. I costi attuali sono elevati e quelli futuri lo saranno ancor di più se si vorrà raggiungere gli standard di personale e servizio previsti. La sostenibilità economica nel lungo periodo dipenderà dalla volontà politica di continuare a finanziare adeguatamente il settore, e dalla capacità del sistema di dimostrare che tali costi producono un valore tangibile in termini di salute e di efficienza complessiva. Monitoraggi indipendenti mostrano che l'Italia è in ritardo, ma non fuori tempo: il 2025-2026 sarà il biennio cruciale per completare le strutture, arruolare il personale mancante e mettere davvero in funzione la rete di assistenza territoriale. Campania e altre regioni in ritardo dovranno recuperare rapidamente per non rimanere indietro. In gioco vi è non solo il rispetto degli impegni presi con l'Europa, ma la possibilità di offrire ai cittadini un Servizio Sanitario Nazionale più vicino, equo e sostenibile. Come sintetizzato efficacemente da un commentatore, *"o si investe nelle cure sul territorio oggi, o si pagheranno costi maggiori domani in termini di ospedalizzazioni e salute persa"*. La rotta è tracciata; la sfida ora è percorrerla fino in fondo.

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

Riferimenti Bibliografici

1. Ministero della Salute. DM 23/05/2022 n.77 – *"Regolamento modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN"*. G.U. Serie Generale n.144 (22-06-2022).

2. Decreto-Legge 34/2020 ("Rilancio"). Art. 1 comma 5 – Istituzione Infermiere di Famiglia e Comunità, finanziamento 9.600 assunzioni (Il decreto Rilancio in Gazzetta: è l'ora dell'infermiere di famiglia) (Il decreto Rilancio in Gazzetta: è l'ora dell'infermiere di famiglia).

3. Conferenza Stato-Regioni. *Accordo 30/03/2022* – Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo Missione Salute, riparto regionale investimenti (M6C1 – Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona – Campania PNRR) .

4. AGENAS. *Monitoraggio attuazione DM77 (2° semestre 2024)*. Dati sullo stato di attivazione delle Case di Comunità (485 attive su 1717) e standard di servizio (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella) (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella).

5. Fondazione GIMBE. *Report 2023 – Il PNRR e la sanità territoriale*. Comunicato 5/03/2025: analisi avanzamento Missione 6, copertura infermieri (5,13 x1000 ab., Campania 3,83) (In Campania meno di 4 infermieri ogni mille abitanti. Gimbe: «Senza piano straordinario a rischio riforma del Pnrr» - Orticalab.it), fabbisogni e rischi (In Campania meno di 4 infermieri ogni mille abitanti. Gimbe: «Senza piano straordinario a rischio riforma del Pnrr» - Orticalab.it) (In Campania meno di 4 infermieri ogni mille abitanti. Gimbe: «Senza piano straordinario a rischio riforma del Pnrr» - Orticalab.it).

6. Quotidiano Sanità. *"Infermieri di famiglia, Italia in ritardo drammatico"*, 5 marzo 2025 – Intervista Nursing Up: solo 3.000 assunti vs 9.600 previsti, ne servono 50.000 entro 2026 .

7. CoinaNews. *Focus Campania: infermiere di famiglia*, 20 gennaio 2025 – Iter legge regionale Campania, progetto pilota 500k €, standard 1:3000 ab. .

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 3, Nr. 1 pp 1-27

8. FPress. *“Case di comunità, monitoraggio AGENAS”*, 20 sett. 2023 – Ritardi attuazione: 187 CdC aperte su 1430 previste, dettaglio regioni (Campania 0) (Case di comunità, monitor Agenas: attive solo 187 strutture su 1.430); OdC 76 su 434, COT 77 su 611 (Case di comunità, monitor Agenas: attive solo 187 strutture su 1.430); carenze servizi interni CdC (MMG in 102/187) (Case di comunità, monitor Agenas: attive solo 187 strutture su 1.430).

9. Fanpage. *“Quante sono le Case di Comunità attive in Italia”*, 13 marzo 2025 – Dati aggiornati CdC attive fine 2024, discussione riforma MMG dipendenti (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella) (Sanità, quante sono le Case di comunità attive in Italia e dove si trovano: i dati di Agenas e la tabella).

10. Il Mattino. *“Campania, infermiere di famiglia: al via legge regionale”*, 2023 – Contesto campano post-pandemia, standard iniziale 8/50.000 ab. (960 fabbisogno Campania) (Campania, infermiere di famiglia e di comunità: inizia l'iter della legge in Commissione Sanità), obiettivi legge regionale (ambulatori di comunità, ruolo anti-ospedalizzazioni) (Campania, infermiere di famiglia e di comunità: inizia l'iter della legge in Commissione Sanità).

11. OrticaLab. *“In Campania meno di 4 infermieri ogni mille abitanti. Gimbe: rischio riforma PNRR”*, marzo 2025 – Approfondimento carenza infermieri al Sud, cause (piani rientro) e necessità piano straordinario (In Campania meno di 4 infermieri ogni mille abitanti. Gimbe: «Senza piano straordinario a rischio riforma del Pnrr» - Orticalab.it) .

12. Nurse24. *“Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia – AGENAS”*, 21 sett. 2023 – DM 77/2022: 1 IFeC ogni 3.000 ab. (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida), ruolo e competenze dell’IFeC nel distretto (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida).