



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Magistrale in:
SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
TECNICHE DIAGNOSTICHE

Tesi di Laurea:

La sanità territoriale nelle Marche
alla luce del PNRR

Candidato:
Elisa Tommolini

Relatore:
Prof. Avv. Marta Cerioni

INDICE

1. Una nuova strategia per il Sistema Sanitario Nazionale

1.1 Obiettivi della Riforma

1.2 Punti chiave della Riforma

1.3 Il modello organizzativo e le tipologie di Odc

2. PNRR e assistenza sanitaria territoriale

3. La sanità territoriale nelle Marche

3.1 Missione 6 PNRR

3.2 Potenziamento di strutture e presidi territoriali (Cdc e Odc)

3.3 Criticità e punti di forza

4. Conclusioni

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

1. Una nuova strategia per il Sistema Sanitario Nazionale

La pandemia di Covid-19 ha colpito l'economia italiana più di altri Paesi europei. L'Italia è stata colpita prima e più duramente dalla crisi sanitaria. Le prime chiusure locali sono state disposte a febbraio 2020, e a marzo l'Italia è stata il primo Paese dell'UE a dover imporre un lockdown generalizzato. La crisi si è abbattuta su un Paese già fragile dal punto di vista economico, sociale ed ambientale.

Dietro la difficoltà dell'economia italiana di tenere il passo con gli altri paesi avanzati europei e di correggere i suoi squilibri sociali ed ambientali, c'è l'andamento della produttività, molto più lento in Italia. Tra le cause del deludente andamento della produttività c'è l'incapacità di cogliere le molte opportunità legate alla rivoluzione digitale. Questo ritardo è dovuto sia alla mancanza di infrastrutture adeguate, sia alla struttura del tessuto produttivo. La scarsa familiarità con le tecnologie digitali caratterizza anche il settore pubblico.

La pandemia, e la conseguente crisi economica, hanno spinto l'UE a formulare una risposta coordinata a livello sia congiunturale, con la sospensione del Patto di Stabilità e ingenti pacchetti di sostegno all'economia adottati dai singoli Stati membri, sia strutturale, in particolare con il lancio a luglio 2020 del programma Next Generation EU (NGEU). Si tratta di un programma di portata e ambizione inedite, che prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale; migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori; e conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale. L'iniziativa NGEU canalizza notevoli risorse verso Paesi quali l'Italia che, pur caratterizzati da livelli di reddito pro capite in linea con la media UE, hanno recentemente sofferto di bassa crescita economica ed elevata disoccupazione. L'Italia deve modernizzare la sua pubblica amministrazione, rafforzare il suo sistema produttivo e intensificare gli sforzi nel contrasto alla povertà, all'esclusione sociale e alle disuguaglianze. Il NGEU può essere l'occasione per riprendere un percorso di crescita

economica sostenibile e duraturo rimuovendo gli ostacoli che hanno bloccato la crescita italiana negli ultimi decenni.

L'Italia è la prima beneficiaria, in valore assoluto, dei due principali strumenti del NGEU¹: il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (RRF) e il Pacchetto di Assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori d'Europa (REACT-EU). Il solo RRF garantisce risorse per 191,5 miliardi di euro, da impiegare nel periodo 2021-2026, delle quali 68,9 miliardi sono sovvenzioni a fondo perduto. L'Italia intende inoltre utilizzare appieno la propria capacità di finanziamento tramite i prestiti della RRF, che per il nostro Paese è stimata in 122,6 miliardi.

Il dispositivo RRF richiede agli Stati membri di presentare un pacchetto di investimenti e riforme: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Questo Piano, che si articola in sei Missioni e 16 Componenti, beneficia della stretta interlocuzione avvenuta in questi mesi con il Parlamento e con la Commissione Europea, sulla base del Regolamento RRF. Le sei Missioni del Piano sono: digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo; rivoluzione verde e transizione ecologica; infrastrutture per una mobilità sostenibile; istruzione e ricerca; inclusione e coesione; salute. Il Piano è in piena coerenza con i sei pilastri del NGEU e soddisfa largamente i parametri fissati dai regolamenti europei sulle quote di progetti “verdi” e digitali.

Il Piano comprende un ambizioso progetto di riforme. Il governo intende attuare quattro importanti riforme di contesto – pubblica amministrazione, giustizia, semplificazione della legislazione e promozione della concorrenza. La riforma della pubblica amministrazione migliora la capacità amministrativa a livello centrale e locale; rafforza i processi di selezione, formazione e promozione dei dipendenti pubblici; incentiva la semplificazione e la digitalizzazione delle procedure amministrative. Si basa su una forte espansione dei servizi digitali, negli ambiti dell'identità, dell'autenticazione, della sanità e della giustizia. L'obiettivo è

¹ <https://www.italiadomani.gov.it/>

una marcata burocratizzazione per ridurre i costi e i tempi che attualmente gravano su imprese e cittadini.

La riforma, finalizzata alla razionalizzazione e semplificazione della legislazione, abroga o modifica leggi e regolamenti che ostacolano eccessivamente la vita quotidiana dei cittadini, le imprese e la pubblica amministrazione. La riforma interviene sulle leggi in materia di pubbliche amministrazioni e di contratti pubblici, sulle norme che sono di ostacolo alla concorrenza, e sulle regole che hanno facilitato frodi o episodi corruttivi². Il Governo s’impegna a presentare in Parlamento il disegno di legge annuale per il mercato e la concorrenza e ad approvare norme che possano agevolare l’attività d’impresa in settori strategici, come le reti digitali, l’energia e i porti. Il Governo si impegna inoltre a mitigare gli effetti negativi prodotti da queste misure e a rafforzare i meccanismi di regolamentazione. Quanto più si incoraggia la concorrenza, tanto più occorre rafforzare la protezione sociale. Il Governo ha predisposto uno schema di governance del Piano che prevede una struttura di coordinamento centrale presso il Ministero dell’economia. Questa struttura supervisiona l’attuazione del Piano ed è responsabile dell’invio delle richieste di pagamento alla Commissione europea, invio che è subordinato al raggiungimento degli obiettivi previsti. Accanto a questa struttura di coordinamento, agiscono strutture di valutazione e di controllo. Le amministrazioni sono invece responsabili dei singoli investimenti e delle singole riforme e inviano i loro rendiconti alla struttura di coordinamento centrale. Il Governo costituirà anche delle task force locali che possano aiutare le amministrazioni territoriali a migliorare la loro capacità di investimento e a semplificare le procedure.

Il Governo stima che gli investimenti previsti nel Piano avranno un impatto significativo sulle principali variabili macroeconomiche. Nel 2026, l’anno di conclusione del Piano, il prodotto interno lordo sarà di 3,6 punti percentuali più

² <https://www.pnrr.salute.gov.it/>

alto rispetto all'andamento tendenziale. Nell'ultimo triennio dell'orizzonte temporale (2024-2026), l'occupazione sarà più alta di 3,2 punti percentuali. Gli investimenti previsti nel Piano porteranno inoltre a miglioramenti marcati negli indicatori che misurano i divari regionali, l'occupazione femminile e l'occupazione giovanile. Il programma di riforme potrà ulteriormente accrescere questi impatti. Il PNRR è parte di una più ampia e ambiziosa strategia per l'ammodernamento del Paese. Il Governo intende aggiornare le strategie nazionali in tema di sviluppo e mobilità sostenibile; ambiente e clima; automotive; filiera della salute. L'Italia deve combinare immaginazione, capacità progettuale e concretezza, per consegnare alle prossime generazioni un Paese più moderno, all'interno di un'Europa più forte e solidale.

1.1 Obiettivi della riforma

Questa riforma si compone di alcuni obiettivi tra cui:

- Definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria in grado di individuare standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, per garantire a cittadini e operatori del SSN il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
- Facilitare l'individuazione delle priorità di intervento in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche.
- Favorire la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità, che comportano il rischio di non autosufficienza anche attraverso l'integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario.
- Disegnare un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico.
- Allinearsi agli standard qualitativi di cura dei migliori Paesi europei.

1.2 Punti chiave della Riforma

Il Regolamento RRF enuncia le sei grandi aree di intervento (pilastri) sui quali i PNRR si dovranno focalizzare:

- Transizione verde
- Trasformazione digitale
- Crescita intelligente, sostenibile e inclusiva
- Coesione sociale e territoriale
- Salute e resilienza economica, sociale e istituzionale
- Politiche per le nuove generazioni, l'infanzia e i giovani

Per quanto concerne la transizione digitale, i Piani devono dedicarvi almeno il 20 per cento della spesa complessiva per investimenti e riforme. L'obiettivo è migliorare le prestazioni digitali sintetizzate dall'Indice di digitalizzazione dell'economia e della società (DESI) e dagli obiettivi delineati nella Comunicazione della Commissione "Progettare il futuro digitale dell'Europa".

Il pilastro digitale dei PNRR deve comprendere la razionalizzazione e digitalizzazione della pubblica amministrazione e lo sviluppo dei servizi pubblici digitali. Si deve inoltre migliorare la connettività, anche tramite un'ampia diffusione di reti di telecomunicazione (TLC) ad altissima capacità. I costi per gli utenti devono essere sostenibili e la velocità di realizzazione della rete deve essere aumentata. I Piani devono inoltre sostenere la ricerca e sviluppo (R&S) nelle TLC. Le competenze digitali di cittadini e lavoratori devono aumentare, così come la loro capacità di accesso a strumenti e servizi digitali, particolarmente per i gruppi sociali vulnerabili.

I piani devono contribuire all'attuazione del Pilastro europeo dei diritti sociali in relazione alle sue dimensioni di pari opportunità e accesso al mercato del lavoro;

condizioni di lavoro eque; accesso all'assistenza sanitaria; protezione e inclusione sociale.

Il quarto pilastro è rappresentato dalla coesione sociale e territoriale. I Piani rafforzano la coesione e riducono le disparità locali, regionali e fra centri urbani e aree rurali. Devono anche affrontare sfide generali come quelle legate alle disuguaglianze di genere e di reddito e alle tendenze demografiche.

Per quanto riguarda salute e resilienza economica, sociale e istituzionale, gli Stati membri devono rafforzare la propria capacità di risposta a shock economici, sociali e ambientali e a cambiamenti strutturali in modo equo, sostenibile e inclusivo. La pandemia ha evidenziato la vulnerabilità dei sistemi sanitari di fronte a tassi di contagio elevati e altre debolezze strutturali. La crisi economica ha ridotto la capacità degli Stati membri di crescere, e ha esacerbato gli squilibri e le disparità territoriali. Si deve pertanto puntare a rafforzare le catene di approvvigionamento e le infrastrutture industriali e sanitarie. È infine necessario salvaguardare le catene del valore e le infrastrutture critiche, nonché garantire l'accesso alle materie prime di importanza strategica e proteggere i sistemi di comunicazione.

La missione salute del PNRR si propone di riorganizzare le politiche della salute attraverso riforme e investimenti basati sui fabbisogni assistenziali, puntando così a superare i divari tra i diversi sistemi sanitari regionali e a realizzare un percorso integrato che parta dalla casa come primo luogo di cura, per arrivare alle case della comunità e agli ospedali di comunità, superando la carenza di coordinamento negli interventi sanitari e socioassistenziali. La missione si articola in due componenti: la prima denominata Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (M6C1); la seconda, Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale (M6C2). La seconda è idonea ad esercitare un forte impatto sull'altra, specie per ciò che concerne il fascicolo sanitario elettronico e l'attivazione di sistemi informativi in grado di migliorare la capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Venendo infine alle politiche per le nuove generazioni, l'infanzia e i giovani, i Piani nazionali devono migliorare i sistemi educativi e di cura della prima infanzia, nonché le competenze di tutta la popolazione, comprese quelle digitali. Gli Stati membri devono puntare a colmare i divari generazionali e rafforzare le politiche attive del lavoro e l'integrazione dei disoccupati. Risorse aggiuntive devono essere investite nel miglioramento dell'accesso e delle opportunità per bambini e giovani e all'istruzione, alla salute, all'alimentazione e agli alloggi.

1.3 Il modello organizzativo e le tipologie di Odc

La Riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale è regolata dal decreto interministeriale di natura regolamentare del 23 maggio 2022, pubblicato nella GURI Serie Generale n. 144 del 22 giugno 2022, che ridisegna funzioni e standard del Distretto. I suoi principali contenuti e standard sono:

- **Casa della Comunità:** aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7, oltre 1.350 Case della Comunità finanziate con le risorse del PNRR, diffuse in tutto il territorio nazionale, sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione
- **Centrale operativa 116117:** la Centrale operativa 116117 (Numero Europeo Armonizzato – NEA per le cure mediche non urgenti) è il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per ogni esigenza sanitaria e sociosanitaria a bassa intensità assistenziale
- **Centrale Operativa Territoriale (COT):** 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 dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza
- **Infermiere di Famiglia e Comunità:** è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali

- **Unità di continuità assistenziale:** è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa
- **Assistenza domiciliare:** Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana
- **Ospedale di comunità:** è una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale con 20 posti letto che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per 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
- **Rete delle cure Palliative:** è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale
- **Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie:** il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle

famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza

- **Telemedicina:** viene utilizzata per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la Telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

2. PNRR e assistenza sanitaria territoriale

La pandemia da Covid-19 ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macroeconomica dei servizi sanitari pubblici. Tuttavia, la pandemia ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto.

La strategia perseguita con il PNRR è volta ad affrontare in maniera sinergica tutti questi aspetti critici. Un significativo sforzo in termini di riforme e investimenti è finalizzato ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese, a migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, a promuovere la ricerca e l'innovazione e allo sviluppo di competenze tecnico-professionale, digitale e manageriali del personale.

La missione si articola in due componenti:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE),

una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale

La prima componente (M6C1) intende, in particolare, rafforzare le prestazioni erogate sul territorio, investendo 7 miliardi di euro: 2 miliardi per realizzare 1.288 case della comunità e la “presa in carico della persona”; 4 miliardi per rendere la casa primo luogo di cura, con l’obiettivo di prendere in carico entro il 2026 il 10 % della popolazione superiore ai 65 anni, anche implementando la telemedicina ; 1 miliardo per rafforzare l’assistenza sanitaria intermedia e le sue strutture, quali specificamente 381 ospedali di comunità.

Tale missione delinea una nuova organizzazione dell’assistenza sanitaria territoriale puntando sul completarla entro il 2026. La Riforma intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario.

Essa prevede la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l’assistenza territoriale e l’identificazione delle strutture a essa deputate da adottarsi con l’approvazione di uno specifico decreto ministeriale, il cosiddetto DM 77.

In tema di case della comunità e di assistenza domiciliare, laddove dovrebbe operare un gruppo multidisciplinare di professionisti, ruota anche la “missione inclusione e coesione” del PNRR, dove il ruolo degli enti locali è ancora più marcato. La missione n. 5 prevede infatti interventi per il sostegno alle persone vulnerabili, la prevenzione dell’istituzionalizzazione degli anziani non

autosufficienti, percorsi di autonomia per persone con disabilità, nonché una legge quadro sulla disabilità e una riforma del sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti. Tale missione, inoltre, indica come soggetti attuatori gli enti locali (comuni singoli od associati in ambiti territoriali) coordinati dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, in collaborazione con le regioni.

3. La sanità territoriale nelle Marche

Per quanto riguarda la regione Marche, la Giunta regionale con le deliberazioni n. 1044/2009, n. 1634/2010 e n.1512/2011, ha attivato un percorso di progettazione ed implementazione delle Case della Salute in coerenza con il perseguimento degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale.

Lo stesso Piano Sociosanitario regionale 2012-2014, approvato con delibera Assembleare n. 38/2011, ha previsto nell'ambito della rete territoriale lo sviluppo e la diffusione delle Case della Salute.

La delibera n.1696 del 3/12/2012, nel declinare operativamente le linee strategiche del Piano Sociosanitario regionale 2012-2014, ha previsto che fossero adottate delle linee guida organizzative per favorire la progettazione territoriale delle Case della Salute, definendo la diffusione delle Case della Salute nel territorio regionale come uno degli obiettivi prioritari della Rete Territoriale.

La D.G.R. n.735/2013 ha ridefinito l'offerta della rete ospedaliera riducendone la frammentazione e riconvertendo i 13 ospedali di polo in strutture sanitarie extra ospedaliere territoriali. Inoltre, ha qualificato le Case della Salute come un sistema integrato di servizi distrettuali con diversa articolazione. La nuova organizzazione del network territoriale vede infatti come caposaldo la Casa della Salute che risulta essere la cerniera tra assistenza territoriale, suddivisa in Cure Primarie e Cure Intermedie (cure domiciliari, cure residenziali e semiresidenziali) e il network ospedaliero e l'alta specializzazione.

Successivamente con la D.G.R. n. 452/2014 sono state approvate le Linee guida organizzative che definiscono i tre livelli crescenti di complessità (bassa, media, alta), previsti nelle Case della Salute e l'articolazione dei servizi che debbono essere presenti.

Le Case della Salute sono suddivise in tre tipologie a complessità crescente:

- Tipo A: Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate (bassa complessità);
- Tipo B: Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate e residenzialità (media complessità);
- Tipo C: Casa della Salute di tipo C (alta complessità), tipologia riconosciuta alle 13 piccole strutture ospedaliere riconvertite ai sensi della D.G.R. n. 735/2013.

Con la D.G.R. n. 139/2016 le Case della Salute di Tipo C sono state riconvertite in Ospedali di Comunità (OdC) in coerenza con gli standard qualitativi, strumentali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al D.M. n. 70/2015.

La Determina della Direzione Generale ASUR n. 469 del 09.08.2018 ha consentito una programmazione territoriale per lo sviluppo e l'implementazione delle Case della Salute di tipo A e B per il triennio 2018-2020 in attuazione a quanto previsto dalla D.G.R. 452/2014.

Lo standard regionale minimo descritto nel documento AGENAS "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale" prevede:

- n. 1 Case della Comunità ogni 20.000 abitanti;
- n. 1 Ospedali di Comunità ogni 50.000 abitanti;
- n. 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti.

Inoltre, il Tavolo Tecnico Agenas-Regioni sui “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale” ha sviluppato delle prime indicazioni in merito ai servizi standard da prevedere nelle CdC definite “HUB” (ossia Case di Comunità che hanno una funzione di riferimento territoriale con ampia dotazione di servizi) e “Spoke” (Case di Comunità di minore dimensione, con servizi di base e collegata alle case HUB).

Il Servizio Sanità della Regione Marche con decreto n. 13 del 30 luglio 2021³ “PNRR in ambito sanitario - istituzione della cabina di regia e dei gruppi di lavoro tematici” ha costituito la cabina di regia per l’attuazione del PNRR in ambito sanitario e relativi sottogruppi di lavoro tematici: PNRR: “Assistenza territoriale”, PNRR: “Gruppo tecnico informatico” e PNRR: “Tecnologie sanitarie.

Nell’ambito del Gruppo di lavoro PNRR: “Assistenza territoriale” si è deciso di procedere ad una ricognizione degli immobili esistenti, di proprietà ASUR o di proprietà pubblica, già destinati a Case della Salute (CdS di tipo A e B) e degli attuali Ospedali di Comunità (OdC) quali strutture idonee per essere riconvertite in Case della Comunità (CdC) e in Ospedali di Comunità (OdC) , secondo gli standard definiti dall’AGENAS nel documento tecnico “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”.

Inoltre, si è stabilito di effettuare una ricognizione delle attuali sedi dei Punti Unici di Accesso (PUA) da riconvertire eventualmente in COT, oppure di individuare nuove sedi per la loro realizzazione. Qualora non vi fossero immobili idonei da ristrutturare, ai fini della loro riconversione, è stata data indicazione all’ASUR di individuare terreni da destinare a nuove costruzioni.

L’Azienda Sanitaria Unica regionale ha trasmesso con nota prot. n.44333 del 15/12/2021 (acquisita agli atti con prot. n.1528793 del 15/12/2021) l’esito della ricognizione con l’individuazione dei siti idonei alla costituzione delle CdC, degli OdC e delle COT, rettificata con successive note.

L’AGENAS, ai fini di supportare le Regioni e Province Autonome nella programmazione degli interventi strutturali previsti all’interno della M6C1 del PNRR, ha realizzato una piattaforma informatica destinata al Censimento degli immobili e dei terreni idonei da destinare alla realizzazione di CdC, OdC e COT;

³ LEGGE REGIONALE 30 luglio 2021, n. 18 Disposizioni di organizzazione e di ordinamento del personale della Giunta regionale

pertanto, i siti idonei esito della ricognizione sono stati mappati all'interno di tale piattaforma informatica entro il 20 dicembre 2021.

3.1 Missione 6 PNRR

In sede di Conferenza Stato Regione del 12 gennaio 2022 è stata sancita l'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sullo schema di decreto del Ministro della salute recante la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza e del Piano (PNRR) per gli Investimenti Complementari (PNC).

Alla Regione Marche sono stati assegnati complessivamente euro 70.786.725,87 destinati alla Missione 6 – Componente 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” volti a finanziare i seguenti interventi:

- Intervento 1.1 “Case della Comunità” euro 42.494.802,81 destinato all'attivazione di 29 Case della Comunità;
- Intervento 1.2.2 “Centrali Operative Territoriali (COT), interconnessione aziendale, device” euro 5.112.939,71 (di cui 2.596.125 ,00 euro per interventi strutturali; 1.066.071,89 euro per interconnessione aziendale e 1.450.742,83 euro per i devices) destinato all'attivazione di 15 COT;
- Intervento 1.3 “Ospedali di Comunità” euro 23.178.983,35 destinato all'attivazione di 9 Ospedali di Comunità.

L'AGENAS, inoltre, ha predisposto una piattaforma informatica destinata alla compilazione delle Schede Intervento della Missione 6 riferite agli investimenti Case della Comunità (CdC), Centrali Operative Territoriali (COT), Ospedali di Comunità (OdC) previste dalla Component 1, nonché gli interventi previsti per gli Ospedali sicuri e sostenibili, l'Ammodernamento tecnologico – Grandi apparecchiature e l'Ammodernamento tecnologico – Digitalizzazione dei Dea previsti dalla Component 2.

Pertanto, con nota prot. n. 1600769 del 31/12/2021 il Servizio Sanità ha richiesto ad ASUR l'individuazione dei nominativi dei RUP aziendali referenti per ciascuno degli interventi della componente 1 (CdC, OdC e COT).

Con nota prot. n. 404 del 7/1/2022 (acquisita agli atti con prot. n. 25018 del 10/01/2022) ASUR ha trasmesso l'elenco dei RUP Aziendali referenti per la componente 1, che dovranno garantire il corretto caricamento delle schede intervento per ciascun sito individuato. Tali schede saranno successivamente validate dal livello regionale entro il 28/02/2022.

Con il decreto del 21 febbraio 2022⁴, Missione M6C2: 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Definizione degli interventi dei sub-investimenti: 1.1.1 “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)” e 1.1.2 “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)”, la Regione comunicava l'esigenza di rappresentare il fabbisogno di digitalizzazione già espresso, tramite allegato B.

⁴ Deliberazione della Giunta Regionale n. 162, 21 febbraio 2022, Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione M6C2

Allegato B

Regione Marche - sub investimento 1.1.1 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)	
1	Interventi (inclusa Progettazione, sviluppo e implementazione di nuove soluzioni o potenziamento dell'installazioni esistenti) in ambito di Sistemi Informativi Clinico-Assistenziali (Cartelle Cliniche Elettroniche di Ricovero e Ambulatoriali, ADT, PS, LIS, PACS, Repository, Prescrizione e Somministrazione Farmaci, Telemedicina, Integrazioni)
2	Interventi (inclusa Progettazione, sviluppo e implementazione di nuove soluzioni o potenziamento dell'installazioni esistenti) in ambito di Interoperabilità dei Sistemi Informativi Sanitari, Gestionali e servizi al Cittadino
3	Interventi (inclusa Progettazione, sviluppo e implementazione di nuove soluzioni o potenziamento dell'installazioni esistenti) in ambito di Sistemi amministrativi contabili e Data Management (BI, AI, DSS)
4	Interventi (inclusa Progettazione, sviluppo e implementazione di nuove soluzioni o potenziamento dell'installazioni esistenti) in ambito di Infrastrutture Server (Locali e Cloud), Networking (LAN, WAN, SD-LAN, WiFi, Monitoraggio, IPS/IDS, DLP, etc.), Identity and Access Management (IAM), security information and event management (SIEM), PDL, licenze, Sicurezza Informatica e Cybersecurity

Tabella 1 , Allegato B-Decreto 21/02/2022, Missione M6C2 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero"

Con nota del 9 settembre 2021 e successivamente nell'ambito di un incontro in video conferenza del 15 settembre, è stata comunicata da parte del Ministero la possibilità di ampliare le classi tecnologiche da poter inserire all'interno delle disponibilità del PNRR, includendo anche le seguenti tipologie di apparecchiature nel caso fossero state ritenute necessarie:

- Portatile radiologico digitale per scopia (arco a C)
- Angiografi cardiologici biplani
- Tomografi a Risonanza Magnetica (MRI) - 3 Tesla
- Tomografi Computerizzati 256 strati.

Il gruppo di lavoro PNRR: TECNOLOGIE SANITARIE ha così redatto un nuovo elenco di fabbisogni utilizzando la nuova modulistica ricevuta che è stato trasmesso con nota 0010689|28/09/2021.

In data 8 ottobre 2021, con nota 0011091, il Ministero della Salute ha rettificato quanto precedentemente comunicato in merito alla possibilità di inclusione delle categorie di apparecchiature all'interno dei fondi del PNRR chiedendo contestualmente alle singole Regioni di rivalutare il fabbisogno già espresso di apparecchiature di grado tecnologico superiore e, con successiva comunicazione 0011976 del 29/10/2021, il Ministero ha ribadito che:

- La Decisione del Consiglio Europeo n. 10160/21 ha individuato le uniche tipologie di apparecchiature da poter inserire nell'elenco a valere della progettualità del PNRR;
- l'importo assegnato alla Regione Marche è di circa 27.563.000 euro fornendo, al fine del suo corretto raggiungimento, anche una nuova valorizzazione delle singole categorie merceologiche.

Le nuove indicazioni ricevute hanno reso necessario procedere ad una completa rimodulazione del piano di fabbisogni al fine del rispetto dei requisiti di inclusione per l'ottenimento dei fondi del PNRR; pertanto, è stato trasmesso il nuovo elenco di apparecchiature, redatto dal Gruppo di lavoro in accordo alle indicazioni ricevute dal Ministero.

Con successiva nota del 19 novembre 2021 il Ministero inoltra una richiesta di riduzione del numero degli ecotomografi motivata dal rispetto delle quote indicate nella Decisione di Esecuzione del Consiglio Europeo del 08 luglio 2021, indicando in 17 il numero totale di ecotomografi di cui la Regione Marche può avvalersi della disponibilità del PNRR ai fini della sostituzione per obsolescenza tecnologica.

Con nota 0026184-21/12/2021- DGPROGS-MDS-P il Ministero comunica che in considerazione della necessità di dover garantire il raggiungimento delle Milestone e Target della Missione 6 Component 2 del PNRR, la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria ha selezionato, per la Regione Marche, i quantitativi di ogni specifica tipologia di apparecchiatura finanziabili con le risorse a valere sul PNRR.

Con ultima nota ID 649 del 24/01/2022, è stato chiesto di integrare il file di fabbisogno di sostituzione delle apparecchiature con l'informazione relativa all'Ente del Sistema Sanitario Nazionale destinatario dell'apparecchiatura e del presidio oggetto del rinnovamento tecnologico. Con decreto regionale n.162 già citato, si propone quindi l'approvazione dell'allegato A.

Allegato A

Regione Marche - sub investimento 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (grandi apparecchiature)					
Tipologie di apparecchiature richieste (Large sanitary equipment)	N.	AO Marche Nord	AOU Osp. Riuniti Ancona	INRCA	ASUR
		Num	Num	Num	Num
Tomografi Computerizzati (CT Scans) - 128 strati	7	1	1	1	4
Tomografi a Risonanza Magnetica (MRI) - 1,5 Tesla	7	2	2		3
Acceleratori lineari	3	1	1		1
Gamma Camera/CT	2		1		1
PET TC	1				1
Mammografi con tomosintesi	7		2		5

Tabella 2: Allegato A, Decreto n.162 21/02/2022

Tipologia di ecotomografi richiesti (Ecotomographic devices)	N	AO Marche Nord	AOU Osp. Riuniti Ancona	INRCA	ASUR
		Num	Num	Num	Num
Multidisciplinari/Internistici	10	1	2	2	5
Cardiologici 3D	7	1	5	1	0
Tipologia di apparecchiature di radiologia (Fixed X-Ray System)	N	AO Marche Nord	AOU Osp. Riuniti Ancona	INRCA	ASUR
		Num	Num	Num	Num
Telecomandati digitali per esami di reparto	3			3	
Sistema radiologico polifunzionale DR	1	1			
Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta (DR) per esami di pronto soccorso	9	2	3		4
Totale Apparecchiature	57				

Tabella 3, Richiesta ecotomografi Regione Marche

Inoltre, con deliberazione n. 162 del 21/02/2022 viene approvato:

- il fabbisogno di Grandi apparecchiature finalizzata all'ammodernamento del parco tecnologico degli Enti del Servizio sanitario regionale, finanziabili con le risorse del PNRR;
- gli interventi di digitalizzazione delle strutture ospedaliere DEA di I e II livello, finanziabili con le risorse del PNRR.

3.2 Potenziamento di strutture e presidi territoriali (Cdc e Odc)

Il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ed extra ospedalieri rappresenta una delle principali linee di sviluppo tracciate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nella Missione M6 relativa alla Salute e in particolare nella componente 1 M6C 1" Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale".

Tale investimento si concentra sul potenziamento e sulla creazione di strutture e presidi che rappresentino il riferimento territoriale per la presa in carico del bisogno di salute dei cittadini.

Nello specifico, il PNRR identifica due tipologie di strutture: le Case della Comunità (CdC) e gli Ospedali di Comunità (OdC). Il PNRR prevede inoltre di affiancare a Case e Ospedali di Comunità le Centrali Operative Territoriali (COT). La COT è uno strumento organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e di raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali, attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza urgenza.

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e sociosanitari.

La Giunta regionale con la deliberazione n. 114 del 14/02/2022 ha approvato l'individuazione dei siti idonei in cui attivare le 29 Case della Comunità (CdC), i 9 Ospedali di Comunità (OdC) e le 15 Centrali Operative Territoriali (COT) previste quali target regionali del PNRR.

La delibera del 14/03/22 decide di approvare gli interventi destinati all'attuazione degli investimenti previsti dalla Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" – Investimenti 1.1, 1.2.2, 1.3, e dalla Componente 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale" – Investimento 1.1 della Missione 6 del PNRR, come da tabella sottostante

ALLEGATO n. 5

M6C2 Investimento 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
Digitalizzazione sedi DEA I e II livello

Investimento 1.1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA)								
CUP	ENTE del SSR	Titolo Progetto	Presidio ospedaliero	DEA di I o II livello	Comune	Indirizzo	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
F34E22000420007	A.O.U. OSPEDALI RIUNITI - ANCONA	DIGITALIZZAZIONE DEA II LIVELLO	PO Torrette	DEA II	Ancona	Via Conca n. 71	6.722.415,11 €	
G14E22000280003	A.O. OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO	A.O. OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD	DEA I	Pesaro	P.le Cinelli 4	4.470.406,05 €	
F31J22000000007	ASUR MARCHE	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO - AREA VASTA 1	Presidio ospedaliero unico Area Vasta 1	DEA I	Urbino	via F. Comandino, 70	2.241.925,43 €	
F91J22000000007	ASUR MARCHE	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO - AREA VASTA 2	Presidio ospedaliero unico Area Vasta 2	DEA I	Fabriano	Viale Stelluti Scala, 26	6.725.775,41 €	
F81J22000000007	ASUR MARCHE	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO - AREA VASTA 3	Presidio ospedaliero unico Area Vasta 3	DEA I	Macerata	via Santa Lucia, 2	6.725.776,32 €	

Tabella 4, Delibera 14/03/2022, Allegato 5

Il POR, approvato e firmato dal Presidente della Giunta Regionale con decreto del 30 maggio 2022 rappresenta una parte integrante e sostanziale del Piano. Ad alimentare il Piano operativo regionale sono le Schede Intervento, che rappresentano l'unità tecnica minima descrittiva del singolo progetto riconducibile all'interno della linea dell'intervento, contenente informazioni anagrafiche, finanziarie e modalità attuative.

Le Schede intervento sono state compilate dai RUP aziendali, nominati dalle Aziende Sanitarie del SSR, quali enti attuatori esterni, per i singoli interventi, sulla Piattaforma informatica dedicata, resa disponibile sul sito di AGENAS. L'adozione del POR da parte delle Regioni e delle Province Autonome è propedeutica alla sottoscrizione del CIS.

Il CIS è lo strumento di programmazione negoziata finalizzato ad accelerare la realizzazione degli investimenti. Secondo quanto disposto dall'art. 3 del decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022, recante la ripartizione delle risorse alle Regioni per gli interventi PNRR e PNC, l'assegnazione delle risorse è revocata qualora il CIS non venga sottoscritto con l'amministrazione attuatrice entro il 31 maggio 2022 e comunque, nel caso di mancato raggiungimento della Milestone EU che prevede l'approvazione di tutti i CIS con tutte le regioni e province autonome entro il 30 giugno 2022. Il Ministero della salute, in qualità di amministrazione titolare, provvede alla conseguente rimodulazione della programmazione nell'assegnazione definitiva delle risorse.

Il Piano Operativo (POR) si compone degli Action Plan redatti dalla Regione Marche per ciascuna Linea di investimento, dettagliati degli interventi necessari al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR, e per i quali la Regione/Provincia Autonoma predispone apposite "scheda intervento".

La tabella che segue illustra per ciascun investimento di cui la Regione/Provincia Autonoma si configura quale soggetto attuatore (articolo 5 del Contratto Istituzionale di Sviluppo):

- il dettaglio dei macro-target nazionali, che rappresentano l'obiettivo minimo complessivo a livello nazionale dell'investimento, soggetto al monitoraggio da parte dell'Organismo competente nazionale o europeo;
- i termini di esecuzione regionali;
- le risorse economiche assegnate a livello nazionale per ciascun investimento.

Riferimento Missione e Componente	Codifica Decreto MEF_06/08/2021	Riferimenti Investimenti	Macro target nazionale	Termine esecuzione regionale	Totale Risorse [€]
PNRR - Assistenza di prossimità e telemedicina					3.204.517.588
M6C1	1.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	1350	T1 2026	2.000.000.000
	1.2	Casa come primo luogo di cura e telemedicina			204.517.588
	1.2.2	Centrali operative territoriali (COT)	600	T1 2024	204.517.588
		di cui COT	600	T1 2024	103.845.000
		di cui: interconnessione aziendale	N/A	T1 2024	42.642.875
		di cui: device	N/A	T1 2024	58.029.713
	1.3	Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	400	T1 2026	1.000.000.000
PNRR - Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria					5.513.951.084
M6C2	1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero			4.052.410.000
	1.1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II)	280	T3 2025	1.450.110.000
		Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Rafforzamento strutturale del SSN) - progetti in essere	N/A	T2 2026	1.413.145.000
	1.1.2	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature)	3100	T4 2024	1.189.155.000
	1.2	Verso un ospedale sicuro e sostenibile	109	T2 2026	638.851.084
	1.3.1	Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni"	N/A	T2 2026	610.390.000
	1.3.2	Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (Potenziamento, modello predittivo, SDK....)	4	T1 2025	30.300.000
	2.2	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario			182.000.000
	2.2 (a)	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - borse aggiuntive in formazione di medicina generale	2700	T2 2024	101.973.006
	2.2 (b)	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere	293.386	T2 2026	80.026.994
Piano nazionale degli investimenti complementari (PNC)					1.450.000.000
	2	Verso un ospedale sicuro e sostenibile	220	T2 2026	1.450.000.000
TOTALE					10.168.468.672

Tabella 5, Action Plan redatti dalla Regione Marche per ciascuna Linea di investimento

Il Piano Operativo è articolato in Action Plan per ciascuna delle Linee di Investimento della Missione 6 “Salute” di cui le Regioni/Province Autonome sono soggetti attuatori.

La circolare del 14 ottobre 2021, n. 21 – Istruzioni Tecniche per la selezione dei progetti PNRR – definisce gli obblighi di comunicazione a livello di progetto. A tal proposito, per informare il pubblico sul sostegno ricevuto nell’ambito dell’iniziativa “NextGenerationEU” dell’Unione Europea tutte le azioni di informazione e comunicazione riferite agli interventi finanziati all’interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza devono riportare l’emblema istituzionale dell’Unione Europea nonché, ove possibile, il riferimento all’iniziativa NextGenerationEU. Nello specifico i soggetti attuatori dovranno:

- mostrare correttamente e in modo visibile in tutte le attività di comunicazione a livello di progetto l’emblema dell’UE con un’appropriata dichiarazione di finanziamento che reciti “finanziato dall’Unione europea - NextGenerationEU”;
- garantire che i destinatari finali del finanziamento dell’Unione nell’ambito del PNRR riconoscano l’origine e assicurino la visibilità del finanziamento dell’Unione (inserimento di specifico riferimento al fatto che l’avviso è finanziato dal PNRR, compreso il riferimento alla Missione Componente ed investimento o subinvestimento);
- quando viene mostrato in associazione con un altro logo, l’emblema dell’Unione europea (cfr. FOCUS) deve essere mostrato almeno con lo stesso risalto e visibilità degli altri loghi. L’emblema deve rimanere distinto e separato e non può essere modificato con l’aggiunta di altri segni visivi, marchi o testi. Oltre all’emblema, nessun’altra identità visiva o logo può essere utilizzata per evidenziare il sostegno dell’UE;
- se del caso, utilizzare per i documenti prodotti il seguente disclaimer: “Finanziato dall’Unione europea - NextGenerationEU. I punti di vista e le opinioni espresse sono tuttavia solo quelli degli autori e non riflettono necessariamente quelli dell’Unione europea o della Commissione europea. Né l’Unione europea né la Commissione europea possono essere ritenute responsabili per essi”

Gli Action Plan relativi a ciascuna linea d’investimento sono redatti dalla Regione Marche tenendo conto delle indicazioni di seguito riportate:


 Finanziato dall’Unione europea NextGenerationEU	
OBIETTIVO PNRR o PNC	Sezione precompilata
INDICATORI COMUNI	Sezione precompilata
INDICAZIONI OPERATIVE	Sezione parzialmente precompilata da integrare indicando: <input type="checkbox"/> le eventuali ulteriori azioni che la Regione o PP.AA. intende intraprendere ai fini dell’attuazione dell’investimento; <input type="checkbox"/> le specifiche relative alle eventuali procedure aggregate di affidamento di cui la Regione o PP.AA. si serve al fine di rispettare quanto previsto dall’articolo 5, comma 3, del Contratto Istituzionale di Sviluppo.
OBIETTIVI REGIONALI	Sezione parzialmente precompilata da integrare indicando: <input type="checkbox"/> Target massimo regionale; <input type="checkbox"/> Fabbisogno.
CRONOPROGRAMMA	Sezione precompilata
RIFERIMENTI NORMATIVI	Sezione da compilare indicando i riferimenti normativi relativi all’ambito di investimento.
DIMENSIONE “GREEN” E DIMENSIONE “DIGITAL”	Sezione precompilata contenente il Dettaglio dell’eventuale quota assegnata (tag) alla dimensione “green” e “digital” per ciascun investimento, secondo le percentuali stabilite dalle linee guida comunitarie.
DO NO SIGNIFICANT HARM	Sezione precompilata con la valutazione degli investimenti rispetto al principio di “non arrecare un danno significativo” all’ambiente.

Tabella 6, Indicazioni compilazione Action Plan relativi a ciascuna linea d’investimento

Le Schede Intervento devono essere redatte per ogni singolo intervento dalla Regione Marche utilizzando modelli diversi a seconda della tipologia di intervento oggetto della scheda (lavori/grandi apparecchiature/digitalizzazione).

	La presente sezione deve essere compilata specificando:
SEZIONE I – identificativi del soggetto richiedente (Ente del SSN); IDENTIFICAZIONE DELL'INTERVENTO	<input type="checkbox"/> la Regione/Provincia Autonoma di riferimento e gli elementi <input type="checkbox"/> l'intervento comprensivo di tutti gli elementi identificativi (titolo intervento, CUP/Codice Progetto, Importo complessivo, Investimento PNRR, etc.).
	La presente sezione deve essere compilata specificando:
SEZIONE II: DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> • la tipologia di intervento (i dati dimensionali del singolo intervento in termini di superfici lorde); • la dichiarazione di coerenza dell'intervento con gli obiettivi generali del PNRR; • la dichiarazione di coerenza con gli obiettivi specifici della missione dell'intervento; <ul style="list-style-type: none"> • l'inquadramento programmatico; • gli aspetti giuridico – amministrativi relativi all'appaltabilità dell'intervento; • le procedure in materia ambientale, archeologica, etc.; • gli elementi progettuali e stato di attuazione attuale/previsto; • il cronoprogramma; • il quadro economico dei lavori.
SEZIONE III: DATI ECONOMICI, FINANZIARI	La presente sezione deve essere compilata specificando: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> le fonti di finanziamento del progetto; <input type="checkbox"/> il cronoprogramma finanziario.
SEZIONE IV: DATI E CARATTERISTICHE DELL'IMMOBILE	La presente sezione deve essere compilata specificando i dati generali e i dati dimensionali/patrimoniali dell'immobile.

Tabella 7: Linee guida alla compilazione delle Schede Intervento grandi apparecchiature



OBIETTIVO PNRR



TARGET EU

1.350 case della comunità



TARGET MASSIMO

definito a livello nazionale

DESCRIZIONE CID

Il progetto di investimento consiste nella creazione e nell'avvio di almeno 1.350 Case della Comunità, attraverso l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza di base e la realizzazione di centri di assistenza (efficienti sotto il profilo energetico) per una risposta integrata alle esigenze di assistenza.

REQUISITI CID TARGET M6 C1 3

Almeno 1.350 Case della Comunità devono essere messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche, al fine di garantire parità di accesso, prossimità territoriale e qualità dell'assistenza alle persone indipendentemente dall'età e dal loro quadro clinico (malati cronici, persone non autosufficienti che necessitano di assistenza a lungo termine, persone affette da disabilità, disagio mentale, povertà), mediante l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza primaria, e la realizzazione di centri di erogazione dell'assistenza (efficienti sotto il profilo energetico) per una risposta multiprofessionale.

Le nuove costruzioni finanziate dall'RRF devono essere conformi ai pertinenti requisiti di cui all'allegato VI, nota 5, del regolamento (UE) 2021/241.

Ciascuna Regione contribuisce al target secondo quanto approvato nel quadro di ripartizione allegato 1 al Piano operativo.

INDICATORE COMUNE	Descrizione	Popolamento
12. Capacità delle strutture di assistenza sanitarie nuove o modernizzate	<ul style="list-style-type: none"> Numero massimo annuo di persone che possono essere servite almeno una volta nell'arco di un anno da una struttura sanitaria o modernizzata grazie al sostegno fornito da misure nell'ambito del dispositivo 	Semestrale

INDICAZIONI OPERATIVE

Tabella 8: Linee guida alla compilazione delle Schede Intervento "Case della Comunità e presa in carico della persona"



MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO

- La Regione/Provincia Autonoma ha concluso nel 2021 l'attività di ricognizione delle localizzazioni e dei siti idonei alla realizzazione delle Case della Comunità, come previsto dalle scadenze PNRR, e ha proceduto con l'individuazione dei siti idonei a dicembre 2021.
- La Regione/Provincia Autonoma procede ad effettuare una ricognizione degli interventi necessari ai fini dell'indizione delle gare per l'attivazione e avvio delle Case della Comunità.
- La Regione/Provincia Autonoma procede a verificare che i singoli enti del Servizio sanitario regionale (SSR) monitorino l'aderenza ai requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali previsti dal modello organizzativo delle Case della Comunità definito dal Ministero della salute di concerto con il Mef.
- La Regione/Provincia Autonoma procede ad elaborare le schede intervento, come risultato della fase di ricognizione e valutazione del fabbisogno conclusasi a dicembre 2021 con riferimento all'investimento in oggetto. Tali schede riportano le informazioni qualificanti l'intervento (es. localizzazione, fattibilità urbanistica, disponibilità giuridica del sito, stato di avanzamento progettuale, etc.).
- Per quanto riguarda il parco tecnologico degli impianti, ovvero tutti gli strumenti, le licenze e le interconnessioni, deve essere data preferenza a modalità di approvvigionamento aggregato.

RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE

- La Regione/Provincia Autonoma dettaglia le risorse economiche assegnate nelle principali voci di costo dell'investimento e definisce eventuali oneri per esigenze specifiche in materia di supporto tecnico operativo relativi ad attività dedicate alla concreta realizzazione dei relativi progetti in coerenza con le indicazioni, per quanto applicabili, fornite dal Mef con circolare n. 4 del 18 gennaio 2022
- Nel caso in cui le schede intervento del presente Action Plan evidenziassero un fabbisogno complessivo superiore alle risorse PNRR assegnate per la linea di investimento, la Regione/Provincia Autonoma dovrà indicare – coerentemente con quanto riportato nelle Schede Intervento - le fonti integrative di finanziamento a carico del proprio bilancio, indicando gli estremi dei capitoli del bilancio di previsione pluriennale attestanti la relativa disponibilità e producendo le relative schede capitolo.
- Le voci di costo relative alle risorse economiche assegnate dal PNRR ed eventualmente integrate da parte del bilancio regionale possono essere rimodulate sulla base dell'effettivo fabbisogno, fermo restando l'importo totale assegnato dal PNRR alla linea di investimento che costituisce importo massimo invalicabile a valere sulle risorse PNRR.



FABBISOGNO Il fabbisogno deve essere dettagliato in termini di numero di Case della Comunità (distinte fra da edificare e da ristrutturare) per Ente di riferimento. Il dettaglio delle localizzazioni di ciascuna Casa della Comunità è riportato nell'Allegato 2 del presente Piano.

Ente del SSR	Numero Case della Comunità da edificare	Numero Case della Comunità da ristrutturare	Totale
ASUR MARCHE	6	23	29
Totale	6	23	29

42.494.802,81 € assegnati alla Regione Marche dal PNRR

6.000.000,00 € a carico del bilancio regionale

Con **D.G.R. n. 271 del 14/03/2022** è stata approvata la copertura finanziaria di € 6.000.000,00 aggiuntivi alle risorse PNRR per gli interventi destinati alla realizzazione delle Case della Comunità per € 3.000.000,00 sulle disponibilità del bilancio 2022/2024, annualità 2023, a valere sul capitolo 2130120061 e per € 3.000.000,00 sulle disponibilità del bilancio 2022/2024, annualità 2024 a valere sul capitolo 2130120066.

IMPORTO ASSEGNATO

Capitoli del bilancio di previsione pluriennale attestanti la relativa disponibilità

- **CAP. N. 2130120061 ESERCIZIO 2023**
- **CAP. N. 2130120066 ESERCIZIO 2024**

(come da file allegato al Piano Operativo: Schede CAP risorse aggiuntive CDC.pdf)

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità	T2 2022	

Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità	T1 2023	
Target	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)	T1 2023	
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità	T3 2023	
Target	Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche	T1 2026	

OBIETTIVO PNRR		
TARGET EU	600 COT	
TARGET MASSIMO	definito a livello nazionale	
DESCRIZIONE CID	L'investimento previsto riguarda l'attivazione di 602 Centrali operative territoriali con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza.	
REQUISITI CID TARGET M6 C1 7	Il punto cruciale di questo intervento è l'entrata in funzione di almeno 600 Centrali operative territoriali (una ogni 100 000 abitanti) con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza, al fine di garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure.	
Ciascuna Regione contribuisce al target secondo quanto approvato nel quadro di ripartizione allegato 1 al Piano operativo.		
INDICAZIONI OPERATIVE		
MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> La Regione/Provincia Autonoma ha concluso nel 2021 l'attività di ricognizione delle localizzazioni e siti idonei alla realizzazione delle COT, e ha proceduto con l'individuazione dei siti idonei a dicembre 2021. La Regione/Provincia Autonoma procede ad effettuare una ricognizione degli interventi necessari ai fini dell'indizione delle gare per la realizzazione delle COT. La Regione/Provincia Autonoma procede a verificare che i singoli Enti del Servizio sanitario regionale (SSR) monitorino l'aderenza ai requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali previsti dal modello organizzativo delle COT definito dal Ministero della salute di concerto con il Mef. La Regione/Provincia Autonoma procede ad elaborare le schede intervento come risultato della fase di ricognizione e valutazione del fabbisogno conclusasi a dicembre 2021 con riferimento all'investimento in oggetto. Tali schede riportano le informazioni qualificanti l'intervento (es. localizzazione, fattibilità urbanistica, disponibilità giuridica del sito, stato di avanzamento progettuale, etc.). Per quanto riguarda il parco tecnologico degli impianti, ovvero tutti gli strumenti, le licenze e le interconnessioni, deve essere data preferenza a modalità di approvvigionamento aggregato. 	

Tabella 9: Linee guida compilazione Action Plan riguardanti l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT)

**RISORSE ECONOMICHE
ASSEGNATE**

* La Regione/Provincia Autonoma dettaglia le risorse economiche assegnate nelle principali voci di costo dell'investimento e definisce eventuali oneri per esigenze specifiche in materia di supporto tecnico operativo relativi ad attività dedicate alla

concreta realizzazione dei relativi progetti in coerenza con le indicazioni, per quanto applicabili, fornite dal Mef con circolare n. 4 del 18 gennaio 2022

- Nel caso in cui le schede intervento del presente Action Plan evidenziassero un fabbisogno complessivo superiore alle risorse PNRR assegnate per la linea di investimento, la Regione/Provincia Autonoma dovrà indicare – coerentemente con quanto riportato nelle Schede Intervento - le fonti integrative di finanziamento a carico del proprio bilancio, indicando gli estremi dei capitoli del bilancio di previsione pluriennale attestanti la relativa disponibilità e producendo le relative schede capitolo.
- Le voci di costo relative alle risorse economiche assegnate dal PNRR ed eventualmente integrate da parte del bilancio regionale possono essere rimodulate sulla base dell'effettivo fabbisogno, fermo restando l'importo totale assegnato dal PNRR alla linea di investimento che costituisce importo massimo invalicabile a valere sulle risorse PNRR.

OBIETTIVI REGIONALI

**TARGET MINIMO
REGIONALE** 15

**TARGET MASSIMO
REGIONALE** 15

FABBISOGNO Il fabbisogno dichiarato dalla Regione/Provincia Autonoma in termini di numero di COT, dettagliato per Ente del SSR e sede/localizzazione COT. Il dettaglio delle localizzazioni di ciascuna COT è riportato nell'Allegato 2 del presente Piano.

Tabella 10, Linee guida compilazione Action Plan COT, Obiettivi regionali


AZIENDA	Sede COT	Numero COT da realizzare
ASUR MARCHE	<i>Pesaro</i>	1
ASUR MARCHE	<i>Urbino</i>	1
ASUR MARCHE	<i>Fano</i>	1
ASUR MARCHE	<i>Senigallia</i>	1
ASUR MARCHE	<i>Jesi</i>	1
ASUR MARCHE	<i>Fabiano</i>	1
ASUR MARCHE	<i>Ancona</i>	2
ASUR MARCHE	<i>Civitanova</i>	1
ASUR MARCHE	<i>Macerata</i>	1
ASUR MARCHE	<i>San Severino Marche</i>	1
ASUR MARCHE	<i>Fermo</i>	1
ASUR MARCHE	<i>Montegranaro</i>	1
ASUR MARCHE	<i>S. Benedetto del Tronto</i>	1
ASUR MARCHE	<i>Ascoli Piceno</i>	1
Totale		15









IMPORTO ASSEGNATO

5.112.939,71 € assegnati alla Regione dal PNRR suddivisi tra:

- 2.596.125,00 € assegnati alla regione dal PNRR risorse COT;
- 1.066.071,88 € assegnati alla regione dal PNRR risorse Interconnessione Aziendale;
- 1.450.742,83 € assegnati alla regione dal PNRR risorse Device.

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T2 2022	

Target	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale	T2 2022	
Target	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali	T4 2022	
Target	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T4 2022	
Target	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale	T4 2022	
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T2 2023	
Target	Stipula dei contratti per l'interconnessione aziendale	T2 2023	
Target	Centrali operative pienamente funzionanti	T1 2024	
Target	Completamento interventi per interconnessione aziendale	T1 2024	

C2 - 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

OBIETTIVO PNRR



TARGET EU

280 Ospedali sede di DEA I e II Livello digitalizzati



DESCRIZIONE CID

Questo investimento consiste nel migliorare la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria e migliorare la qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di alta qualità. L'investimento si riferisce al potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture sede di DEA (Dipartimenti di emergenza e accettazione) di I livello e di II livello.

REQUISITI CID TARGET M6 C2 8

Ogni struttura ospedaliera informatizzata deve disporre di un centro di elaborazione di dati (CED) necessario per realizzare l'informatizzazione dell'intera struttura ospedaliera e sufficienti tecnologie informatiche hardware e/o software, tecnologie elettromedicali, tecnologie supplementari e lavori ausiliari, necessari per realizzare l'informatizzazione di ciascun reparto ospedaliero.

Ciascuna Regione contribuisce al target secondo quanto approvato nel quadro di ripartizione allegato 1 al Piano operativo.

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO

- La Regione/Provincia Autonoma ha individuato il numero di interventi di digitalizzazione di strutture sanitarie sede di DEA I e II livello per ciascun Ente del Servizio sanitario regionale (SSR) e le modalità di approvvigionamento (gare Consip/regionali/aziendali), al fine di raggiungere il numero target complessivo.
- La Regione/Provincia Autonoma procede ad elaborare le schede intervento, come risultato della fase di ricognizione e valutazione del fabbisogno conclusasi a dicembre 2021 con riferimento al presente investimento. Tali schede riportano le informazioni qualificanti l'intervento (es. localizzazione, fattibilità urbanistica, disponibilità giuridica del sito, stato di avanzamento progettuale, etc.).
- La Regione/Provincia Autonoma e gli Enti del SSR ricorrono ad accordi quadro conclusi con Consip

Tabella 11: Componente 2-Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale Ospedaliero- Sub investimento 1.1.1 Digitalizzazione DEA I e II livello- Action Plan

OBIETTIVI REGIONALI

TARGET REGIONALE

7

Il fabbisogno dichiarato dalla Regione per Ente del SSR, per tipologia di struttura (DEA I o II livello) e intervento di digitalizzazione. Il dettaglio delle localizzazioni di ciascun intervento è riportato nell'Allegato 2 del presente Piano.

ENTE del SSR	Titolo Progetto	Presidio ospedaliero	DEA I o II Livello	Comune
A.O.U. OSPEDALI RIUNITI - ANCONA	DIGITALIZZAZIONE DEA II LIVELLO	110905 # PO Torrette	DEA II	Ancona
A.O. OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO	110901 # A.O. OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD	DEA I	Pesaro
ASUR MARCHE	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO - AREA VASTA 1	110001 # presidio ospedaliero unico Area Vasta 1	DEA I	Urbino
ASUR MARCHE	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO - AREA VASTA 2	110002 # presidio ospedaliero unico Area Vasta 2	DEA I	Fabriano

ASUR MARCHE	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO - AREA VASTA 3	110003 # presidio ospedaliero unico Area Vasta 3	DEA I	Macerta
ASUR MARCHE	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO - AREA VASTA 4	110004 # presidio ospedaliero unico Area Vasta 4	DEA I	Fermo
ASUR MARCHE	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO - AREA VASTA 5	110005 # presidio ospedaliero unico Area Vasta 5	DEA I	Ascoli Piceno
Totale (n. progetti)	7			



DEA: Dipartimento di Emergenza e Accettazione.

33.612.075,55 € assegnati alla Regione dal PNRR

IMPORTO ASSEGNATO

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Milestone	Pubblicazione delle procedure di gara nell'ambito degli accordi quadro Consip e conclusione di contratti per la fornitura di servizi per la digitalizzazione degli ospedali (sede di DEA di I e II livello) (*).	T4 2022	
Target	Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA - Dipartimenti di emergenza e accettazione - Livello I e II)	T3 2025	

(* La milestone è relativa alle gare Consip)

GANTT

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1	Aggiudicazione di tutti gli appalti pubblici _ Consip (*) Pubblicazione delle procedure di gara nell'ambito degli accordi quadro Consip e conclusione di contratti per la fornitura di servizi per la digitalizzazione degli ospedali (sede di DEA di I e II livello).																				
2	Completamento prima fase di interventi (impiego del 75% del finanziamento)																				
3	Completamento seconda fase di interventi (Impiego del 25% del finanziamento)																				
4	Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA - Dipartimenti di emergenza e accettazione - Livello I e II)																				

*la milestone è relativa alle gare Consip



Tabella 12 Diagramma di GANNT Sub investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

OBIETTIVI REGIONALI

TARGET MINIMO REGIONALE 57

TARGET MASSIMO REGIONALE 57

Il fabbisogno dichiarato dalla Regione/Provincia Autonoma in termini di numerosità di

FABBISOGNO apparecchiature, dettagliato per tipologia e per Ente del SSR. Il dettaglio delle localizzazioni di ciascun intervento è riportato nell'Allegato 2 del presente Piano.

ENTE del SSR	TAC	RMN	ACC. LIN.	SIST. RAD.	ANG.	G.C.	MAMM.	G.C./TAC	PET/TAC	ECOT.	Totale
AO Marche Nord	1	2	1	3	-	-	-	-	-	2	9
AOU Ospedali Riuniti Ancona	1	2	1	3	-	-	2	1	-	7	17
ASUR	4	3	1	4	-	-	5	1	1	5	24
INRCA	1	-	-	3	-	-	-	-	-	3	7
Totale	7	7	3	13	-	-	7	2	1	17	57

TAC: Tomografia Assiale Computerizzata a 128 strati; RMN: Risonanza Magnetica Nucleare 1,5 T; Acc. Lin: Acceleratori Lineari; Sis. Rad.: Sistema Radiologico Fiss
ANG.: Angiografi; G.C.: Gamma Camera; Mamm.: Mammografi; PET: Tomografia a emissione di positroni; Ecot.: Ecotomografi.

IMPORTO ASSEGNATO

27.563.403,95 € assegnati alla Regione dal PNRR

MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO PER TIPOLOGIA

Regione	TAC	RMN	ACC. LIN.	SIST. RAD.	ANG.	G.C.	MAMM.	G.C./TAC	PET/TAC	ECOT.
Numero Apparecchiature	7	7	3	13	-	-	7	2	1	17
Acquisizione tramite procedura centralizzata Consip	7	6	-	5	-	-	2	2	1	17
Acquisizione tramite iniziativa centralizzata Consip già attiva	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Procedura di gara autonoma per l'affidamento della fornitura già espletata	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Gara autonoma/centralizzata da espletare	-	-	2	8	-	-	5	-	-	-

TAC: Tomografia Assiale Computerizzata a 128 strati; RMN: Risonanza Magnetica Nucleare 1,5 T; Acc. Lin: Acceleratori Lineari; Sis. Rad.: Sistema Radiologico Fisso; ANG.: Angiografi; G.C.: Gamma Camera; Mamm.: Mammografi; PET: Tomografia a emissione di positroni; Ecot.: Ecotomografi.

Tabella 13: Componente 2- Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.2 Grandi Apparecchiature Sanitarie – Action Plan

Con il decreto del 6 giugno 2022, Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 “Salute” – D.M. 29 aprile 2022, adozione linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare, la giunta regionale delibera di adottare il documento “Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare”, approvato con DM 29 aprile 2022, pubblicato in GU n.120 del 24 maggio 2022.

Ai sensi dell’accordo stipulato in data 31 dicembre 2021, ex art. 15, della legge 7 agosto 1990, n. 241, dal Ministero della salute - Unità di missione per l’attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza, dall’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e dalla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per la trasformazione digitale (DTD), per la realizzazione degli investimenti della Component 1 della Missione 6 del PNRR , AGENAS garantisce il supporto tecnico operativo, tra l’altro, per l’investimento M6-C1 1.2 «Casa come primo luogo di cura e telemedicina».

Inoltre, con deliberazione direttoriale AGENAS n. 367 del 30 settembre 2021 è stato costituito il Gruppo tecnico di lavoro a livello nazionale «Telemedicina» e la successiva attivazione del sottogruppo di lavoro per la definizione delle linee guida contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare.

Con Decreto del Ministero della Salute 29 aprile 2022 sono state approvate le linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia.

Con nota acquisita al protocollo dell'ente Regionale al n. 659154 del 30/05/2022 il Direttore Generale dell'Unità di Missione, nel notificare le linee guida adottate con DM del 29 aprile 2022, ha chiesto di acquisire, entro la data del 10 giugno p.v., da parte di ciascuna Regione/Provincia Autonoma la deliberazione o, alternativamente, la determinazione di adozione delle soprarichiamate linee guida.

Gli elementi fondamentali della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, con un impatto sull'organizzazione delle cure domiciliari, sono principalmente:

- la Casa della Comunità (CdC) che consente di contare sulla presenza medica h24 o h12 e di altri professionisti sanitari a seconda della connotazione hub&spoke. Nella casa di comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234, subordinatamente alla sottoscrizione della relativa Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei

comuni dall'altro, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente;

- il Medico di Medicina Generale – Pediatra di Libera scelta (MMG/PLS), che nel nuovo assetto organizzativo delle cure primarie consolida il rapporto fiduciario con l'assistito, svolgendo il ruolo di responsabile clinico del rapporto di cura;
- la Centrale Operativa Territoriale (COT) quale modello organizzativo di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali;
- l'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC) che facilita e monitora i percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio, utilizzando anche strumenti digitali e di telemedicina;
- l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) che supporta i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità, e opera sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina;
- la rete di Cure palliative in cui è inserito, quale nodo della rete, anche il setting domiciliare.

Le componenti fondamentali del modello organizzativo domiciliare, a cui fanno riferimento tali linee, sono:

- a) il servizio di assistenza domiciliare, che garantisce la continuità dell'assistenza nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente;
- b) la pianificazione degli accessi domiciliari, sviluppata nell'arco dell'intera settimana secondo quanto previsto dalla già menzionata normativa tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti;

- c) il servizio di cure domiciliari integrato con prestazioni di telemedicina da remoto;

Il documento si propone di contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi di sistema:

- incrementare il numero di pazienti presi in carico a domicilio, quale obiettivo macro proposto dal PNRR, consentendo di raggiungere il valore soglia del 10% degli assistiti ultrasessantacinquenni;
- garantire a tutta la popolazione lo stesso livello assistenziale e qualità delle cure erogate migliorando l'efficienza organizzativa anche in contesti geograficamente svantaggiati;
- fornire al paziente un'assistenza che comprenda risposte a bisogni clinico-assistenziali, e psicologici anche per ridurre l'impatto negativo del vissuto di malattia del paziente
- ridurre gli accessi al pronto soccorso, l'ospedalizzazione e l'esposizione ai rischi legati ad essa, nonché il ricorso all'istituzionalizzazione;
- permettere una dimissione protetta dalle strutture di ricovero potendo assicurare a domicilio la continuità di assistenza e cure di pari efficacia;
- ridurre gli accessi in day hospital sviluppando risposte alternative a domicilio;
- ridurre gli accessi, da parte degli assistiti, in luoghi di cura non appropriati per la patologia;
- prendere in carico il paziente a domicilio, coordinandone la gestione e assicurando il costante monitoraggio di parametri clinici, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche;
- fornire alla famiglia educazione terapeutica nel proprio contesto di vita, migliorando l'uso di risorse e di servizi, favorendo le attività di sorveglianza in ambito sanitario;

- accrescere l'utilizzo appropriato dei servizi a distanza finalizzato ad una più efficace risposta ai bisogni assistenziali;
- migliorare la qualità di vita percepita del paziente, delle famiglie e dei caregiver;
- migliorare le transizioni tra setting grazie all'informatizzazione e all'interoperabilità dei sistemi e favorire la continuità informativa nelle transizioni tra setting.

L'attivazione di un "percorso di telemedicina" potrà avvenire:

- dal setting domiciliare: tutti gli attori dell'assistenza territoriale (ognuno per le proprie competenze) possono individuare e proporre il paziente per il quale l'utilizzo di strumenti di telemedicina sia adeguato e utile all'integrazione delle cure domiciliari;
- dal setting di ricovero: è il personale della struttura, il medico in raccordo con il case manager della procedura di dimissione che ravvedono la possibilità di prosecuzione delle cure attraverso interventi domiciliari anche supportati da servizi di telemedicina;

Ogni qualvolta la presa in carico dal setting di ricovero o domiciliare prospetti interventi complessi ed in team multidisciplinare e/o multiprofessionale si procede alla valutazione del caso in sede di UVM ed alla definizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) in stretta collaborazione con il MMG/PLS dell'assistito e, quando necessario, anche il Piano Riabilitativo Individuale (PRI).

Inoltre, è opportuno prevedere che l'idoneità del paziente a poter fruire di prestazioni e servizi in telemedicina sia oggetto di rivalutazione periodica, con cadenza adeguata al relativo percorso di cura e alle prospettive di evoluzione delle condizioni di fragilità dell'assistito.

Per quanto riguarda i sistemi informativi, essi devono consentire l'incontro dei professionisti in modo virtuale e la possibilità di generare i diversi piani di cura in formato digitale, in modo che possano essere inseriti, condivisi, consultati e aggiornati nel FSE dell'assistito. Un ruolo strategico sarà assicurato dalla domotica quale uso intelligente delle tecnologie e delle strumentazioni mediche presso l'assistito.

Per autorizzare l'adesione al trattamento domiciliare anche con servizi di telemedicina il paziente è quindi tenuto a compilare la modulistica necessaria, che comprende il consenso informato che il paziente esprime a seguito di opportuna informativa ricevuta che sarà predisposta dal Ministero della Salute in collaborazione con l'Autorità garante per la protezione dei dati personali e con le Regioni/PA, autorizzando a detto trattamento tutte le figure professionali coinvolte.

Per gli eventi di telemedicina che necessitano del coinvolgimento occasionale di altri professionisti sanitari che non sono usualmente coinvolti nel processo di cura (in particolare il teleconsulto medico e la teleconsulenza medico-sanitaria), poiché si possono svolgere anche senza la presenza remota o fisica del paziente, è fondamentale descrivere, nell'informativa privacy fornita al paziente durante l'attivazione della presa in carico, tali modalità di modo che l'interessato possa conoscerle a priori.

In tale contesto la domotica consente di incrementare le prestazioni e l'assistenza domiciliare con particolare attenzione verso i pazienti anziani e con disabilità. Gli strumenti di domotica concorrono ad aumentare l'efficacia dell'intervento sanitario oltre che sociale e a ridurre il rischio di istituzionalizzazione.

Costituiscono elementi fondamentali di tale processo:

- la programmazione e la realizzazione delle attività e il perseguimento degli obiettivi definiti nel PAI, laddove previsto, in accordo con il paziente e la famiglia;

- il collegamento a piattaforme tecnologiche di supporto alla presa in carico da parte dell' équipe multiprofessionale o del singolo professionista;
- la circolarità delle informazioni tra tutti gli attori coinvolti nella presa in carico al fine di garantire in tempo reale i dati aggiornati. Più in generale si rende necessario sviluppare l'integrazione tra il sistema informativo territoriale e ospedaliero finalizzato a garantire la continuità della presa in carico.

Per piattaforma tecnologica si intende l'infrastruttura informatica deputata all'erogazione dei servizi di telemedicina, integrata con l'ecosistema di sanità digitale (es. FSE) e che si interfaccia con la Piattaforma Nazionale per la Governance e Diffusione della Telemedicina per fornire dati utili per il monitoraggio dell'utilizzo della telemedicina su tutto il territorio nazionale nonché verificare l'utilizzo di soluzioni inserite nel catalogo nazionale telemedicina.

Il Centro Servizi ha la funzione di gestione e manutenzione del sistema informativo, attraverso il quale il Centro Erogatore svolge la prestazione in telemedicina, l'installazione e la manutenzione degli strumenti nei siti remoti (casa del paziente o siti appositamente predisposti), la fornitura, la gestione e la manutenzione dei mezzi di comunicazione (compresa la gestione dei messaggi di allerta) tra pazienti e medici o altri operatori sanitari, l'addestramento di pazienti e familiari all'uso degli strumenti. Nel caso in cui non sia presente un Centro Servizi, le funzioni del Centro Servizi sono assolte dal Centro Erogatore o dall'articolazione aziendale deputata allo svolgimento delle funzioni sopra descritte. Il Centro Servizi non interviene a livello di responsabilità clinica, risponde al Centro Erogatore per quanto riguarda lo svolgimento efficace di tutti i suoi compiti, in particolare per gli aspetti di integrità e sicurezza delle informazioni sanitarie e sociosanitarie a valenza sanitaria trasmesse durante le attività di telemedicina.

La strumentazione necessaria all'attivazione e al mantenimento dei servizi di telemedicina nell'assistenza domiciliare si configura, in generale, come segue:

dispositivi per la registrazione, archiviazione e scambio di immagini, di video e di dati, dispositivi mobili, dispositivi medici e sensori per la rilevazione dei parametri, possibilità di collegamento e consultazione di informazioni tra i servizi che contribuiscono al processo di telemedicina. La raccolta, l'archiviazione e la consultazione delle informazioni sanitarie e sociosanitarie a valenza sanitaria necessarie alla presa in carico integrata a domicilio si realizzano attraverso l'utilizzo della cartella domiciliare e del profilo sanitario sintetico del FSE predisposto dal MMG/PLS.

L'accesso alla piattaforma dei servizi e ai dati contenuti nella documentazione clinica (inseriti dai vari professionisti o dagli assistiti/caregiver stessi) è consentito all'équipe assistenziale che ha in cura la persona.

Nell'ambito specifico di fruizione di servizi di telemedicina gli attori sono:

- Paziente a domicilio, eventualmente supportato dal caregiver adeguatamente formato, utilizza la strumentazione messa a disposizione (es. eseguendo la rilevazione dei parametri, aggiornando la APP, compilando questionari o caricando foto/video di medicazioni/ferite, ecc.);
- MMG/PLS/Medico del Distretto/Specialista in qualità di responsabile clinico del percorso assistenziale (clinical manager) richiede, prescrive o attiva direttamente la prestazione in telemedicina e, in alcuni casi, la eroga;
- Équipe delle cure domiciliari o il professionista sanitario provvede alla formazione della persona assistita/caregiver all'uso della piattaforma, eroga la prestazione da remoto, valuta il livello di raggiungimento degli obiettivi, valuta lo stato generale e di salute della persona e del caregiver, gestisce il piano di lavoro (agende dedicate), attiva servizi necessari in caso di urgenza;
- Centrale Operativa dell'ADI, ove esistente funge da raccordo dell'équipe delle cure domiciliari, provvede all'attivazione dei servizi di telemedicina per i pazienti in carico e coordina i piani di lavoro in agende dedicate;

- COT garantisce la continuità dell'assistenza tra un setting e l'altro in caso di transizioni necessarie, attivandone opportunamente i servizi;
- Centro Servizi per la telemedicina, ove esistente, garantisce, sulla base dei diversi modelli organizzativi implementati, le manutenzioni periodiche e per la risoluzione tempestiva di malfunzionamenti dei dispositivi tecnologici e della strumentazione messa a disposizione del paziente.

Sempre con riferimento alla fruizione di servizi di telemedicina, vengono declinate le seguenti responsabilità:

- la responsabilità della erogazione della prestazione è in capo al professionista sanitario erogante la prestazione;
- la valutazione sul livello di raggiungimento degli obiettivi prefissati può essere in capo alla équipe delle cure domiciliari che ha in carico il paziente o al singolo professionista a seconda dei casi.

Il Teleconsulto medico

Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette ad un medico di chiedere il consiglio di uno o più medici riguardo la situazione clinica di un paziente. Il teleconsulto tra professionisti si può anche svolgere in modo asincrono, ossia senza che il medico richiedente sia connesso in attesa di ricevere un riscontro da parte del/i medico/medici a cui ha richiesto il consulto. Inoltre, il teleconsulto può svolgersi anche con la presenza del paziente ossia si svolge in tempo reale.

Le finalità del teleconsulto sono quelle di condividere le scelte mediche esso rappresenta anche una modalità efficace per fornire la “seconda opinione” specialistica.

Il teleconsulto contribuisce alla definizione del referto che viene redatto al termine della visita erogata al paziente, ma non dà luogo ad un referto a sé stante quanto piuttosto ad una “relazione collaborativa”.

Nell’ambito dell’assistenza domiciliare può richiedere la prestazione di teleconsulto medico il MMG/PLS, il MCA o del Distretto, il medico specialista.

Trattandosi di un’interazione tra professionisti, l’attivazione può avvenire in forma diretta (anche attraverso agende interattive e condivise tra gli stessi professionisti) quando esistono percorsi già condivisi o attraverso la Centrale Operativa dell’ADI ove presente. Tuttavia, qualora sia necessario fare interagire e raccordare professionisti afferenti ad ambiti e setting differenti o in caso di presenza del paziente è opportuna l’attivazione della COT.

È necessaria una dotazione tecnologica di base per la videochiamata integrata da strumenti che consentano di consultare ed inviare la documentazione clinica (referti, immagini, ecc.). Le informazioni del paziente devono essere disponibili nella cartella domiciliare.

Di seguito, si riportano in figura due tipologie di processo (workflow):

- uno relativo ad uno scenario di teleconsulto richiesto dal MMG/PLS ed erogato dal medico specialista, raffigurante gli attori coinvolti nel processo e le relative azioni (Figura 1);

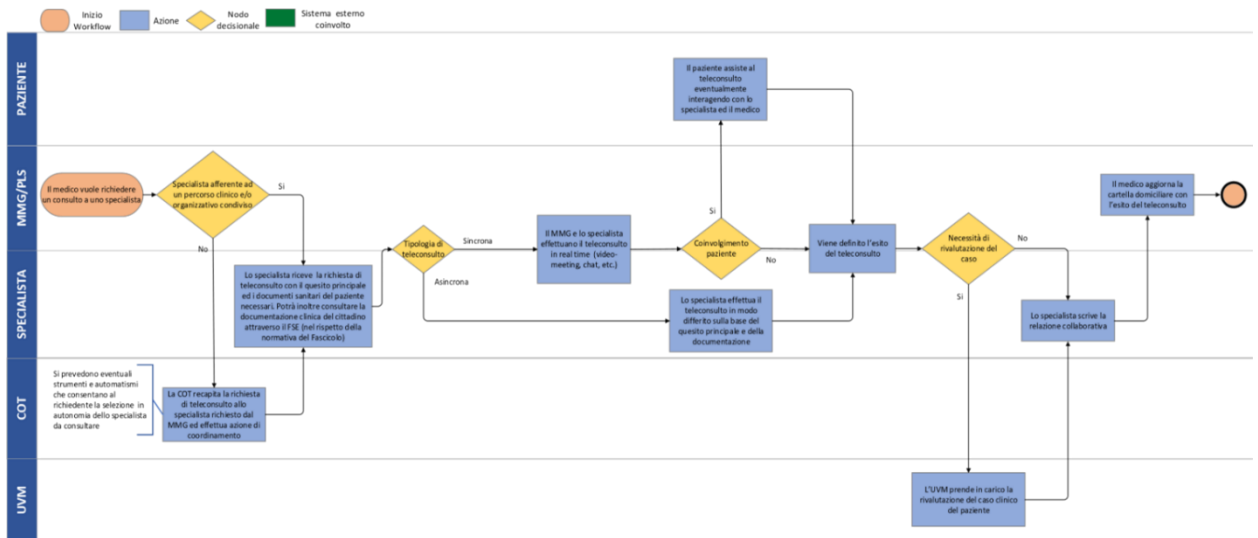


Figura 1 Workflow teleconsulto richiesto dal MMG/PLS

- uno relativo ad uno scenario di teleconsulto tra due medici specialisti, raffigurante gli attori coinvolti nel processo e le relative azioni (Figura 2).

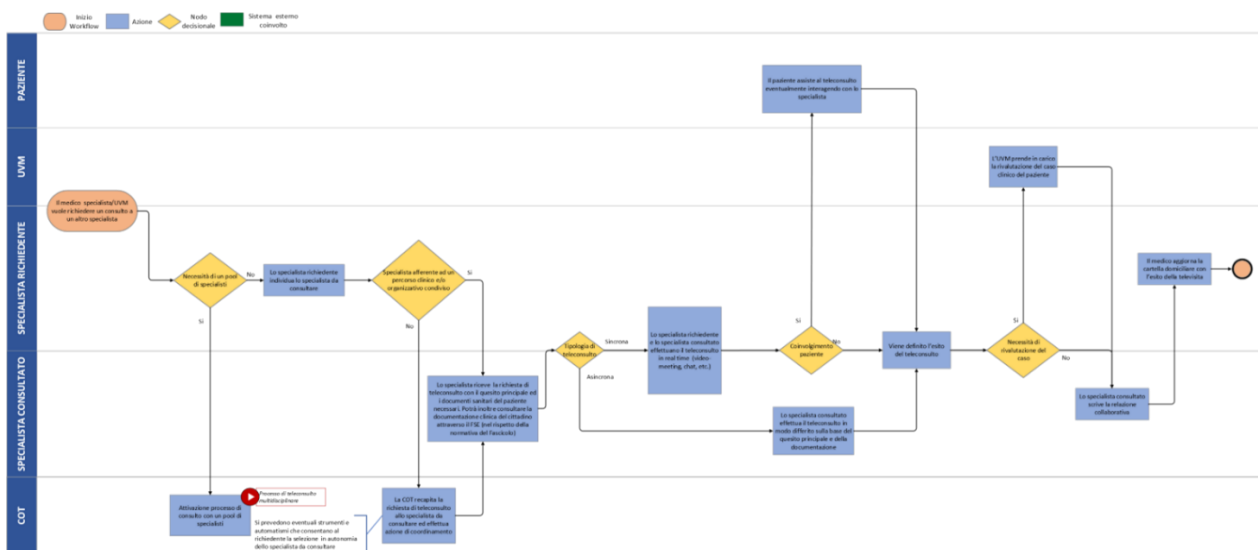


Figura 2 Workflow teleconsulto tra due medici specialisti

Con il Decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77⁵ convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, sono stati identificati quali “Amministrazioni centrali

⁵ DECRETO-LEGGE 31 maggio 2021, n. 77. Governance del Piano nazionale di rilancio e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure.

titolari di interventi previsti nel PNRR” (definite “Amministrazioni titolari”) i Ministeri e le strutture della Presidenza del Consiglio dei ministri responsabili dell'attuazione delle riforme e degli investimenti previsti nel PNRR (art. 1, comma 4, lett. l).

Inoltre, con il medesimo decreto sono stati definiti come “Soggetti attuatori” i soggetti pubblici o privati che provvedono alla realizzazione degli interventi previsti dal PNRR (art. 1, comma 4, lett. o).

Alla realizzazione operativa degli interventi previsti dal PNRR provvedono le Amministrazioni centrali, le Regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali, sulla base di specifiche competenze istituzionali, ovvero della diversa titolarità degli interventi definita nel PNRR, attraverso le proprie strutture, avvalendosi di soggetti attuatori esterni individuati nel PNRR, come previsto dalla normativa nazionale ed europea vigente” (art. 9, comma 1).

Per accelerare la realizzazione degli interventi le amministrazioni centrali titolari degli interventi PNRR possono stipulare un Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), ai sensi dell’art. 9-bis del decreto-legge 22 giugno 2013 n. 69, con gli Enti Attuatori.

Il CIS ha per oggetto la realizzazione degli interventi finanziati nell’ambito del PNRR Missione 6 – Componenti 1 e 2 per le Linee di Investimenti previste nel POR e individua quale Soggetto attuatore la Regione, che provvede alla realizzazione degli interventi previsti nelle Schede Intervento del Piano Operativo allegato al CIS stesso.

Con il Decreto del Ministero della Salute del 5 aprile 2022 è stato approvato lo schema di contratto istituzionale di sviluppo (CIS). In particolare, il CIS all’art. 5, intitolato “Soggetto attuatore”, prevede che la Regione/Provincia autonoma, quale Soggetto attuatore degli interventi previsti nel presente contratto, si obbliga ad assicurare il rispetto di tutte le disposizioni previste dalla normativa comunitaria e

nazionale, con particolare riferimento a quanto previsto dal Reg. (UE) 2021/241 e dal decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021⁶, n. 108”.

Inoltre, l’articolo sopracitato provvede altresì:

- al comma 1 dalla lett. a) alla lett e), ad elencare tutte le attività che devono essere svolte dalla Regione/Provincia autonoma “direttamente ovvero congiuntamente ed in solido con gli Enti del Servizio sanitario regionale dalla medesima eventualmente delegati all’attuazione degli specifici interventi”;
- al comma 2, a specificare che “La Regione/Provincia autonoma, quale soggetto attuatore dei singoli interventi, può avvalersi degli Enti del Servizio Sanitario regionale (Soggetti attuatori esterni) per dare esecuzione agli interventi in base alla competenza territoriale dei medesimi.

La Regione può delegare a detti Enti, per ciascun intervento, parte delle attività di cui al comma 1 attraverso specifici atti negoziali o provvedimenti amministrativi nei quali sono specificate le attività da realizzare in riferimento a quelle indicate nella scheda intervento approvata, i tempi, le modalità e i reciproci obblighi relativi all’attuazione dell’intervento in questione, verifiche e monitoraggi e rendicontazione delle procedure e spese nonché dei target e milestone , la modalità di trasferimento delle risorse a fronte delle spese sostenute, al fine di garantire il rispetto dei tempi, delle modalità e degli obblighi relativi all’attuazione della proposta in oggetto ferma restando la responsabilità congiunta e solidale che essa assume unitamente all’Ente delegato.

⁶ LEGGE 29 luglio 2021, n. 108 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, recante governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure. (21G00118)

Il D.G.R. n. 140 del 14/02/2022⁷ ha consentito l'aggiornamento del "Masterplan dell'Edilizia Ospedaliera" contenente il piano dei fabbisogni per interventi di adeguamento sismico e antincendio, ammodernamento, ristrutturazione e sostituzione di strutture ospedaliere della Regione Marche. Nella stessa D.G.R. sono stati approvati gli interventi afferenti alla M6C2 1.2- Investimento 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile.

Con nota prot. n. 1235-UMPNRR-MDS-P del 16/06/2022 l'Unità di Missione ha trasmesso un format di atto di delega, predisposto conformemente a quanto previsto nel CIS, da sottoscrivere tra la Regione e gli Enti del SSR (Soggetti attuatori esterni).

La Giunta regionale ha recepito ed approvato il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), sottoscritto dal Presidente della Regione Marche e dal Ministro della Salute per la realizzazione degli interventi relativi alla Missione 6 Salute del PNRR, Con D.G.R. n. 812 del 27/06/2022. Inoltre, si è provveduto a demandare a successivo atto l'approvazione delle deleghe di funzioni agli Enti del SSR, quali Soggetti attuatori esterni, secondo lo schema trasmesso dall'Unità di Missione con la sopracitata nota e la conseguente assegnazione agli stessi delle risorse per la realizzazione degli interventi.

Con il decreto del 27 dicembre 2022 la giunta regionale delibera di approvare le prime indicazioni per l'attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente "Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale" e linee di indirizzo per l'interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali. Il decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, n. 77 del 23 maggio 2022 prevede un nuovo modello

⁷ DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE. Modifica delle DGR nn. 967 e 968 del 30 luglio 2021

organizzativo per la rete di assistenza territoriale, uniforme a livello nazionale, definendone gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

Le Regioni e le Provincie Autonome entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del Decreto debbono adottare un provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale (ai sensi del D.M. n. 77/2022); l'Agenzia Sanitaria Regionale ha quindi predisposto in un documento il “Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale” che rappresenta il primo atto di programmazione dell'assistenza territoriale della Regione Marche derivante da quanto disposto dal DM stesso, anche in coerenza con gli obiettivi del PNRR. Alla sua elaborazione concorrono gli atti regionali emanati in attuazione del PNRR, la documentazione prodotta da AGENAS a riguardo e, quadro peculiare per la Regione Marche, la Legge regionale 8 agosto 2022, n. 19 “Organizzazione del servizio sanitario regionale” che ridisegna il SSR e che influenza, da un punto di vista organizzativo, anche la programmazione dell'assistenza territoriale.

È stato inoltre predisposto un ulteriore documento “Linee di indirizzo per l'interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali (COT)”, che si pone l'obiettivo di dare attuazione e indirizzo all'Investimento 1.2 “Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub investimento 1.2.2 – Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) – Action Plan”, limitatamente all'ambito dell'Interconnessione Aziendale. Queste linee guida vogliono quindi favorire lo sviluppo uniforme delle COT in termini organizzativi e di dotazione tecnologica, assicurando, come espresso nel Piano Operativo Regionale (POR), l'adempimento al Target finale posto dall'Unione Europea che prevede “Centrali operative pienamente funzionanti” entro il T1 2024.

Nell'allegato A del decreto sopra citato, viene presentata un'analisi del contesto marchigiano, soprattutto per quel che riguarda l'assistenza territoriale e la rete di emergenza-urgenza con i loro numeri.

Regione Marche - codice triage in PS (anno 2020)

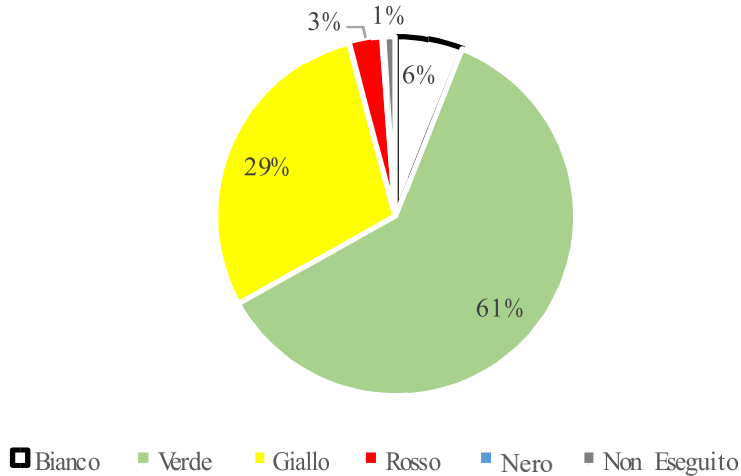


Figura 3: Percentuale accessi al pronto soccorso con distribuzione per Triage, anno 2020-Regione Marche

Codice Istituto	Descrizione Istituto	Accessi 2020	Bianco	Verde	Giallo	Rosso	Nero	Non Eseguito
11000101	Stabilimento di Urbino	15794	96	9039	6065	594	-	-
11000102	Stabilimento di Pergola	3864	32	3355	471	5	-	1
11000201	Stabilimento di Senigallia	20234	848	12911	6109	365	1	-
11000202	Stabilimento di Jesi	23208	933	16716	4818	736	5	-
11000204	Stabilimento di Fabriano	21181	698	14780	5525	178	-	-
11000301	Stabilimento di Civitanova	16492	199	8152	7452	678	2	-
11000302	Stabilimento di Macerata	27565	467	12172	12619	2305	2	-
11000303	Stabilimento di Camerino	5862	284	3498	2007	71	2	-
11000304	Stabilimento di S. Severino marche	7425	411	5699	1265	49	1	-
11000401	Stabilimento di Fermo	26997	1450	15749	8443	965	3	390
11000402	Stabilimento di Amandola	3176	92	2662	257	3	-	162
11000501	Stabilimento di S. Benedetto	22047	427	13035	7872	712	1	-
11000502	Stabilimento di Ascoli Piceno	23427	551	13110	8968	796	2	-
11090101	Stabilimento di Pesaro	26648	2721	15930	6102	1428	3	464
11090102	Stabilimento di Fano	32409	1738	20265	6928	1707	2	1769
11090501	Stabilimento Umberto I - GM Lancisi	40959	5097	23869	10232	1761	1	-
11090503	Stabilimento G Salesi	20098	1971	13830	4255	42	-	-
11092103	Stabilimento di Osimo	12584	1802	8767	1892	123	-	-

Figura 4: Numero accessi con distribuzione per Triage, Stabilimenti Ospedalieri, anno 2020- Regione Marche

Tabella 14: Stima analisi assistenza sanitaria di base, percorso SISAC rilevazione 01/01/2021

Indicatori	Attivo/attuato	Fabbisogno da standard	Standard/riferimento nazionale	Fonte dati
MMG	1.043	1.310	1 ogni 1.000 ab > 14 anni (art. 33, c.9 ACN 2005)	SISAC (rilevazione al 01/01/2021)
PLS	168	122	1 ogni 600 ab. 0-6 anni (art.32, c.8 ACN 2005)	SISAC (rilevazione al 01/01/2021)
Postazioni di Continuità Assistenziale (CA)	87		20.041 (media nazionale)	Annuario statistico SSN 2019
MCA	607	298	1 ogni 5.000 ab. (art. 64, c.2 ACN 2005)	SISAC (rilevazione al 01/01/2021)
MCA/100.000 ab.	41			SISAC (rilevazione al 01/01/2021)
Ore MCA	617.117			SISAC (rilevazione al 01/01/2021)
Ore MCA/1.000 ab.	412			SISAC (rilevazione al 01/01/2021)

Documento “Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e Regionale” della Camera dei deputati del 01/03/2021.

Indicatori	Attivo/attuato	Programmato	Fabbisogno da standard	Standard/riferimento nazionale	Fonte dati
AFT	N.D.			Bacino di utenza non deve superare i 30.000 abitanti e deve essere composta da almeno 20 medici (Patto per la salute 2014-2016, art. 5, c. 3)	
UCCP	N.D.				
Case della Salute o strutture similari	21				Documento della Camera dei Deputati del 1/03/2021 ⁸
Case della Comunità	-	29	33	1 CdC ogni 40.000/50.000 ab.	PNRR
Ospedali di Comunità o strutture similari	14 *	9	15	1 OdC ogni 100.000 ab.	Documento della Camera dei Deputati del 1/03/2021 PNRR
Consultori Familiari	71		74	1 CF ogni 20.000 ab. (L. 34/1996)	Annuario statistico SSN 2019

*incluso Castelfidardo

Le cure primarie nelle Marche si articolano secondo una scelta organizzativo-funzionale che ha portato alla formazione delle Equipos Territoriali (ET), come previsto dalla DGR n.751 del 2007.

L'Equipe Territoriale è un organismo operativo funzionale, opera in un'area geografica infra-distrettuale (individuata dal Direttore di Distretto, di concerto con gli Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD), formalizzata dal Direttore di Zona) attraverso la costituzione di 56 Unità Professionali diffuse su tutto il territorio marchigiano e rappresenta:

- uno strumento attuativo della programmazione sanitaria regionale;
- un momento organizzativo della medicina generale

L'aspetto caratterizzante dell'equipe, nella sua funzione di nodo di rete, è quello per il quale si costituisce come articolazione funzionale territoriale del Distretto, a cui devono partecipare tutti i medici convenzionati (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali interni) ed i professionisti che a vario titolo contribuiscono con specifiche competenze alla tutela e promozione della salute dei cittadini.

Fanno parte dell'ET le figure professionali deputate a garantire:

- a) l'assistenza primaria;
- b) la continuità assistenziale;
- c) la pediatria di libera scelta;
- d) l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- e) la medicina dei servizi;
- f) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

Le ET, dotandosi di autonoma organizzazione funzionale, possono ricomprendere lo stato di Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), previsto dal vigente ACN.

Case della Salute

La Regione Marche ha inteso attivare un percorso di implementazione delle Case della Salute, come modello erogativo di massima implementazione delle forme associative della Medicina Generale e della Pediatria di libera scelta e della loro integrazione con la specialistica ambulatoriale (convenzionata e dipendente), il sistema della domiciliarità e della residenzialità. La Casa della Salute, quindi, diviene la sede di accesso e di erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali rivolti alla popolazione di un ambito territoriale di riferimento per le cure primarie, le cure domiciliari, le cure residenziali e semiresidenziali.

Con le DGR 452/2014 vengono previste 3 tipologie di Case della Salute:

- Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate - Tipo A (h 12)
- Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate e residenzialità - Tipo B (h 12-h 24)
- Casa della Salute - Tipo C (derivante dalla riconversione dei piccoli ospedali) h 24.

La tipologia C con le D.G.R. n. 1183/2015 e n. 139/2016 viene ridenominata Ospedale di comunità. Le Case della Salute di tipo C costituite ai sensi della D.G.R. n.735/2013 sono state riconvertite in Ospedali di Comunità. Le citate strutture, oltre a garantire le prestazioni previste per le Case della Salute di tipo B, garantiscono anche posti letto di cure intermedie e altre tipologie residenziali.

Servizi:

- Integrazione di cure primarie con ambulatori di MMG/PLS
- Presenza MCA
- Presenza di mezzo di soccorso avanzato (MSA) h 24
- Presenza punto prelievo
- PUA
- Presenza di Ambulatori e Attività con possibilità di ulteriori incrementi

- UMEE-UMEA
- Centro dialisi ad assistenza limitata (C.A.L.), decentrata (CAD)

Cure domiciliari

Modello organizzativo

Le cure domiciliari si stratificano in diversi profili di cura domiciliari e i relativi standard (*DGR 791/2014*⁸). I profili di cura, in coerenza con il Documento “Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”, si articolano in:

- 1) cure domiciliari di tipo prestazionale caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali;
- 2) cure domiciliari integrate di primo e secondo livello che prevedono un ruolo centrale del MMG;
- 3) cure domiciliari integrate di terzo livello e/o palliative;

La natura del bisogno viene valutato dall’Unità di valutazione multidimensionale sulla base della scala RUG III-ADI (Home Care). L’equipe multiprofessionale, a seguito della valutazione, compila la cartella clinica di Cure Domiciliari Integrate nella quale sono registrate tutte le attività assistenziali svolte a domicilio della persona. In relazione alla durata del PAI le cure domiciliari possono essere:

- a breve termine
- a medio termine
- a lungo termine

Al termine del piano assistenziale individualizzato l’UVI ha il compito di valutare il raggiungimento degli obiettivi indicati nel progetto e di stabilire il successivo percorso assistenziale.

⁸ Marche. Linee guida cure domiciliari (Dgr 791/2014), Approvazione del manuale di autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio e del manuale di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari

La presenza di condizioni cliniche e la necessità di interventi assistenziali compatibili con la permanenza del paziente al proprio domicilio sono condizioni imprescindibili dell'ADI.

Nell'ambito dell'Azione Congiunta JADECARE⁹ (GA n.951442; <https://www.jadecare.eu/>), la Regione Marche sta sperimentando l'applicazione di un algoritmo di stratificazione della popolazione basato sul modello GMA (Gruppi di Morbidità Aggiustati) sviluppato in Catalogna e applicato nel 90% delle regioni spagnole. Lo strumento tiene conto della multi morbidità e complessità e produce un punteggio sintetico per la costruzione della piramide di rischio (Morbidity Burden Index score), restituisce un profilo sanitario descrittivo e ha mostrato ottimi livelli di performance.

Nel Grafico è rappresentata la piramide del rischio (popolazione Regione Marche) con stratificazione su n.5 strati di rischio (costruiti su un punteggio di classificazione).

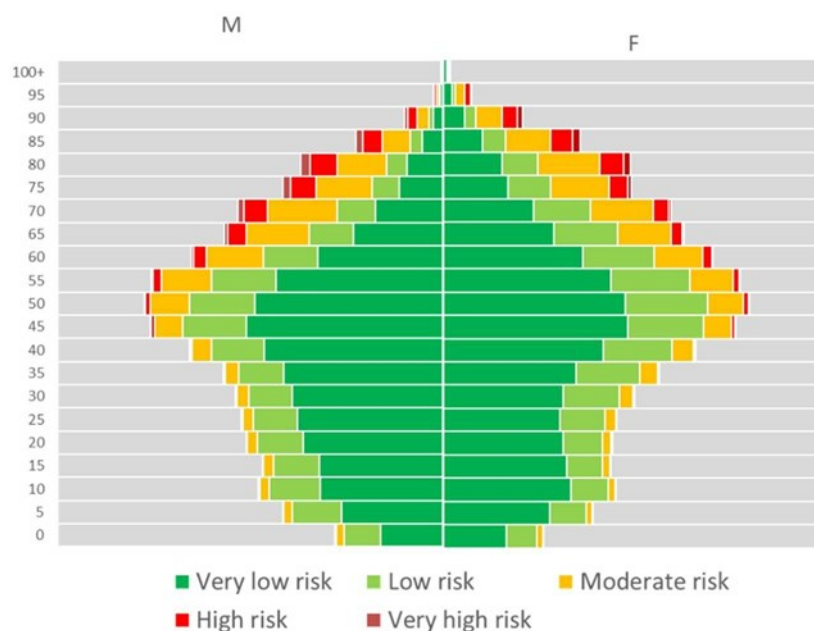


Figura 5: Piramide del Rischio, popolazione Regione Marche, elaborazione su anno 2021

⁹ Avviata il 1° ottobre del 2020, JADECARE (Joint Action on the implementation of Digitally enabled integrated Person centred care) è un'Azione Congiunta che mira a sostenere la transizione dei sistemi sanitari verso l'offerta di cure integrate, che mettano al centro la persona e si avvalgano delle opportunità offerte dalle tecnologie digitali.

La distribuzione della popolazione ad alta complessità risulta essere correlata alla classe di età anziana e con relazione crescente ai soggetti di oltre 45 anni.

Con la Legge Regionale 01/08/2011 n. 17^{''} sono stati individuati e delimitati 13 Distretti Sanitari regionali coincidenti con le ex Zone Territoriali ed è stata specificata la loro collocazione geografica nelle 5 Aree Vaste.

Per quanto riguarda la Programmazione degli interventi previsti nel PNRR, relativi alla Missione 6- Salute Componente M6C1, nel Regolamento sono riportati gli interventi programmati dalla Regione, riferiti alle Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità, con il relativo finanziamento, tratti dal Piano Operativo regionale predisposto dalla Regione con D.G.R. n. 656/2022¹⁰.

Dall'analisi della Regione è emerso che alcune aree dell'ASUR non presentano CdC nell'arco di 20 km. Questo dato è da contestualizzare sulla base della densità demografica, dei bisogni di salute della popolazione, delle caratteristiche orografiche del territorio e della programmazione regionale.

Il dimensionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) è stato valutato sulla base della previsione di una COT ogni 100.000 abitanti. Vista la peculiare funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, non assume rilevanza la dislocazione territoriale, ma è stata verificata la sola congruenza con il bacino di utenza.

Dall'analisi della Regione in esame è emerso che alcune aree dell'ASUR non presentano OdC nell'arco di 30 km. Questo dato è da contestualizzare sulla base della densità demografica, dei bisogni di salute della popolazione, delle caratteristiche orografiche del territorio e della programmazione regionale.

¹⁰ DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Aggiornamento dell'elenco degli interventi di cui alla delibera n. 271 del 14/03/2022 e approvazione del Piano Operativo Regionale

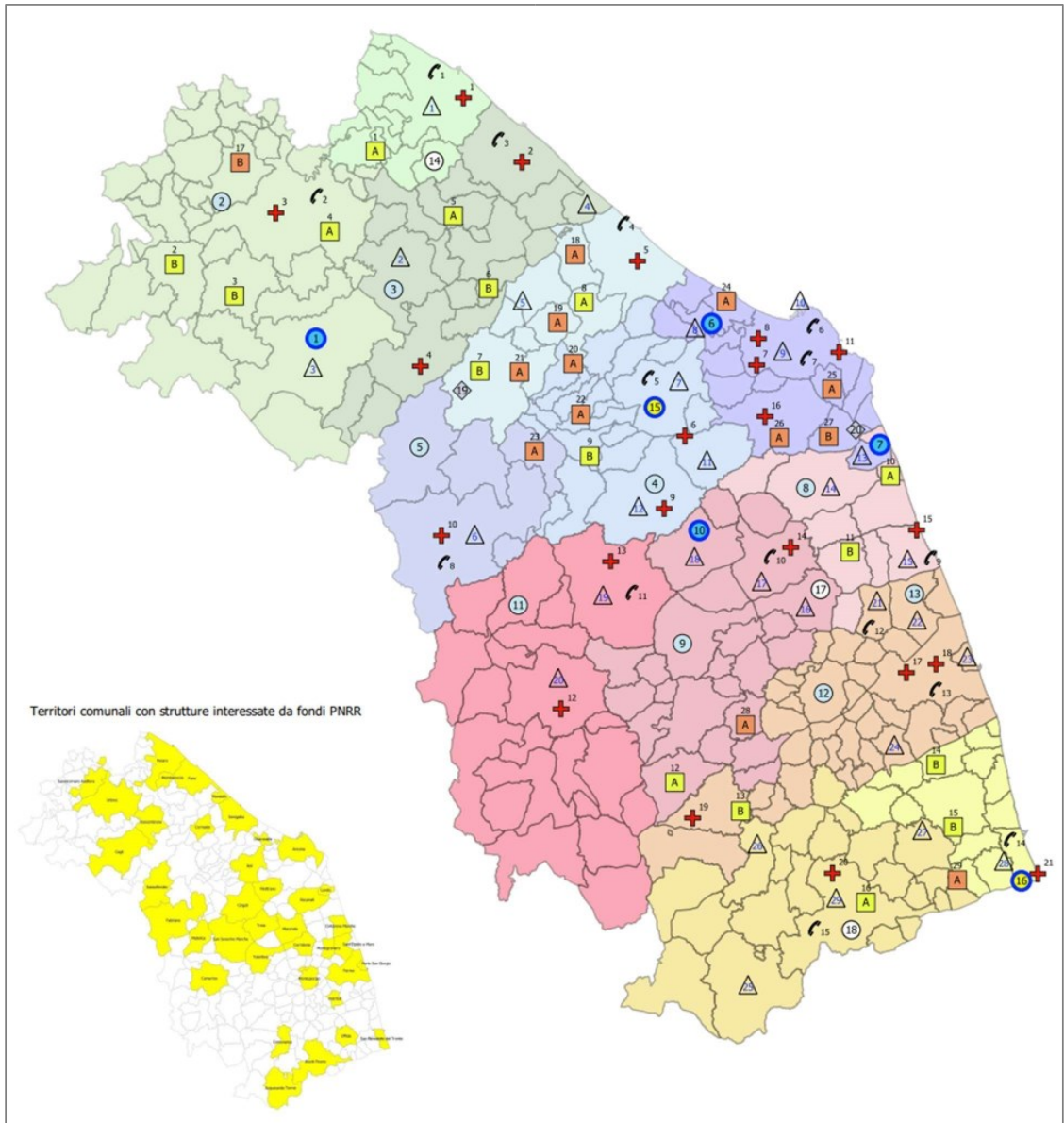


Figura 6: Distribuzione Ospedali di Comunità esistenti e OdC con interventi PNRR, Case di Comunità, Case della Salute, Ospedali per Acuti e Centrali Operative Territoriali

CASE DI COMUNITÀ		
1	Pesaro Galantara	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
2	Fossombrone	Attiva come OdC (di cui alla DGR 139/2016)
3	Cagli	Attiva come OdC (di cui alla DGR 139/2016)
4	Mondolfo	Attiva come CdS B
5	Corinaldo	Attiva come CdS B
6	Fabriano	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
7	Jesi	Nuova
8	Chiaravalle	Attiva come OdC (di cui alla DGR 139/2016)
9	Ancona - ex Crass	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
10	Ancona - Umberto 1	Nuova
11	Filottrano	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
12	Cingoli	Attiva come OdC (di cui alla DGR 139/2016)
13	Loreto	Attiva come OdC (di cui alla DGR 139/2016)
14	Recanati	Attiva come OdC (di cui alla DGR 139/2016)
15	Civitanova Marche	Nuova
16	Corridonia	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
17	Macerata	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
18	Treia	Attiva come OdC (di cui alla DGR 139/2016)
19	San Severino Marche	Nuova
20	Camerino	Nuova
21	Montegranaro	Attiva come CdS B
22	Sant'Elpidio a Mare	Attiva come OdC (di cui alla DGR 139/2016)
23	Porto S. Giorgio	Attiva come CdS A
24	Petricoli	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
25	Acquasanta Terme	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
26	Comunanza	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
27	Offida	Attiva come CdS B
28	S. Benedetto del Tronto	Nuova
29	Ascoli Piceno	Attiva come CdS A

OSPEDALE DI COMUNITÀ (DGR 139/16)	
2	Sassocorvaro
3	Fossombrone
4	Cingoli
5	Sassoferato
8	Recanati
9	Tolentino
11	Matelica
12	Montegiorgio
13	Sant'Elpidio a Mare

OSPEDALE DI COMUNITÀ (DGR 139/16 con adeguamenti - fondi PNRR)	
1	Cagli
6	Chiaravalle
7	Loreto
10	Treia

Struttura residenziale esistente da trasformare in OSPEDALE DI COMUNITÀ (fondi PNRR)	
14	Mombaroccio
17	Corridonia
18	Ascoli Piceno

Nuovo OSPEDALE DI COMUNITÀ (fondi PNRR)	
15	Jesi
16	San Benedetto del Tronto

Country Hospital	
19	Arcevia
20	Castelfidardo

OSPEDALE PER ACUTI	
1	AOMN Stabilimento Pesaro
2	AOMN Stabilimento Fano
3	POU AV1 Stabilimento Urbino
4	POU AV1 Stabilimento Pergola
5	POU AV2 Senigallia
6	POU AV2 Jesi
7	AOUAN Stabilimento G. Salesi
8	AOUAN Stabilimento Umberto I - G.M. Lancisi
9	POU AV2 Cingoli
10	POU AV2 Fabriano
11	INRCA Stabilimento Ancona
12	POU AV3 Stabilimento Camerino
13	POU AV3 Stabilimento San Severino Marche
14	POU AV3 Stabilimento Macerata
15	POU AV3 Stabilimento Civitanova Marche
16	INRCA Stabilimento Osimo
17	POU AV4 Stabilimento Fermo
18	INRCA Stabilimento Fermo
19	POU AV4 Stabilimento Amandola
20	POU AV5 Stabilimento Ascoli Piceno
21	POU AV5 Stabilimento San Benedetto del Tronto

CASE DELLA SALUTE attive (Determina DG ASUR n. 469/18)	
1	Montecchio - Vallefoglia
2	Sant'Angelo in Vado
3	Urbana
4	Urbino
5	Colli al Metauro
6	Mondavio
7	Arcevia
8	Ostra
9	Cupramontana
10	Porto Recanati
11	Morrovalle
12	Sarnano
13	Amandola
14	Montefiore dell'Aso
15	Ripatransone
16	Ascoli Piceno

CASE DELLA SALUTE programmate (Determina DG ASUR n. 469/18)	
17	Sassocorvaro
18	Trecastelli
19	Ostra Vetere
20	Montecarotto
21	Serra de Conti
22	Mole di Maiolati Spontini
23	Serra San Quirico
24	Falconara M.ma
25	Camerano
26	Osimo
27	Castelfidardo
28	Sant'Angelo in Pontano
29	Ambito Vallata del Tronto

COT (Centrali Operative Territoriali)	
1	Pesaro
2	Urbino
3	Fano
4	Senigallia
5	Jesi
6	Ancona 1
7	Ancona 2
8	Fabriano
9	Civitanova Marche
10	Macerata
11	San Severino Marche
12	Montegranaro
13	Fermo
14	San Benedetto Del Tronto
15	Ascoli Piceno

	Sede distrettuale	Area Vasta
	Pesaro	1
	Urbino	1
	Fano	1
	Senigallia	2
	Jesi	2
	Fabriano	2
	Ancona	2
	Civitanova Marche	3
	Macerata	3
	Camerino	3
	Fermo	4
	San Benedetto del Tronto	5
	Ascoli Piceno	5

Distretto

Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (AST per le Marche in base alla L.R. 19/2022) sul territorio. Come previsto dalla normativa vigente, l'articolazione in distretti è disciplinata dalla legge regionale, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti.

Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.

Possono essere presenti al suo interno i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori.

Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

Al Distretto possono essere ricondotte le seguenti funzioni:

- committenza, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, infatti, su mandato della Direzione Generale della ASL (AST per le Marche), provvede alla programmazione dei servizi da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi, assicurando la fruizione delle prestazioni all'utenza;
- produzione, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari

- garanzia, ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.

In particolare, l'organizzazione del Distretto deve garantire:

- l'assistenza primaria;
- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;

Il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della AST. Il Distretto, inoltre, assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali.

In un sistema centrato sull'approccio alla persona ed ai suoi bisogni è necessario garantire la massima integrazione delle competenze psicologiche. La Funzione aziendale, ove già istituita ai sensi dell'art. 20 bis della legge 18/12/2020, n. 176 serve a coordinare il complesso delle attività trasversali degli Psicologi previste dai LEA e dalla normativa vigente ai diversi livelli, valorizzando la loro funzione sanitaria. In tal caso l'assistenza psicologica all'interno del distretto è assicurata e governata in ciascuna Azienda Sanitaria Locale dall'Area Funzionale di Psicologia nell'ambito della legislazione vigente.

Il Direttore di Distretto

Il Direttore del Distretto è il responsabile dell'attività di programmazione del Distretto. È inoltre garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono stati assegnati dalla Direzione generale aziendale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati; espressione dell'orientamento alla persona, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell'informazione, della tutela e garanzia dell'equità e della trasparenza dell'offerta, del rispetto della dignità della persona. Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la funzione di garanzia attraverso la valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione, la verifica dei risultati.

La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio.

Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;

- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Nella regione Marche, oltre alla pianificazione dell'attività territoriale dettata dal DM 77, entra in vigore la legge di riordino del SSR, la L.R. n.19/2022 “Organizzazione del servizio sanitario regionale”, che prevede una nuova articolazione degli enti del Servizio Sanitario Regionale.

Tabella 15: Distretti nella Regione Marche (L.R.19/2022)

ENTE DEL SSR	Distretto
AST Pesaro-Urbino	1 - Pesaro
	2 - Urbino
	3 - Fano
AST ANCONA	4 - Senigallia
	5 - Jesi
	6 - Fabriano
	7 - Ancona
AST MACERATA	8 - Civitanova Marche
	9 - Macerata
	10 - Camerino
AST FERMO	11 -Fermo
AST ASCOLI PICENO	12 - San Benedetto del Tronto
	13 - Ascoli Piceno

Casa della Comunità

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Rappresenta la vera integrazione sociosanitaria, funzionale, organizzativa e strutturale.

La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito.

Rappresenta il luogo in cui il SSR si coordina, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni.

La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità. Tra gli altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie ci sono ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali e delle forme organizzate della società civile.

In tal modo provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

Tra gli obiettivi dello sviluppo delle CdC vi è quello di garantire in modo coordinato la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'équipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione.

I principi che orientano lo sviluppo delle CdC sono l'equità di accesso e di presa in carico, e il principio della qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza, tempestività). La rete di assistenza territoriale delle CdC è organizzata secondo il modello hub e spoke.

Sia nell'accezione hub sia in quella spoke, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunità, infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

La CdC hub garantisce la presenza di professionisti anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, e l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina e tele assistenza e relative competenze professionali. Gli standard previsti dal DM 77/2022 per le CdC Hub sono riportati nella tabella.

Servizi	Standard da D.M 77/2022 CdC hub
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO
Servizio di assistenza domiciliare (di base)	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
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg
Servizi diagnostici di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina	OBBLIGATORIO
Continuità Assistenziale (Standard di personale: 1 medico e 1 infermiere, può essere integrata con altre figure prof.li <u>sanitarie nell'ambito</u> delle professionali disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale)	OBBLIGATORIO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO
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
Standard di personale per 1 Casa di Comunità hub: 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).	

Tabella 16: Standard CdC Hub

Le CdC rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto. La loro centralità è data:

- sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di sanità di iniziativa
- sul lato dell'offerta dal lavoro multiprofessionale
- sul lato della governance dal coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

Le caratteristiche specifiche e gli standard organizzativi per lo sviluppo delle COT sono dettagliati dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 N. 77 relativo ai “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, che definisce nuovi servizi sanitari e organizzativi e ne stabilisce i requisiti. Il citato D.M. individua la COT come “un modello organizzativo 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 dialoga con la rete dell’emergenza-urgenza”.

Il target della Regione Marche è di 15 COT, dettagliato nella tabella 17 per Ente del SSR, sede delle COT e numero delle COT da realizzare.

Azienda/Ente del SSR	Area Vasta	Distretto	COT	N. COT
ASUR Marche	AV1	Pesaro	Pesaro	1
ASUR Marche		Urbino	Urbino	1
ASUR Marche		Fano	Fano	1
ASUR Marche	AV2	Senigallia	Senigallia	1
ASUR Marche		Jesi	Jesi	1

ASUR Marche		Fabriano	Fabriano	1
ASUR Marche		Ancona	Ancona	1
ASUR Marche		Ancona	Ancona	1
ASUR Marche	AV3	Civitanova M.	Civitanova Marche	1
ASUR Marche		Macerata	Macerata	1
ASUR Marche		Camerino	San Severino	1
ASUR Marche	AV4	Fermo	Fermo	1
ASUR Marche		Fermo	Montegranaro	1
ASUR Marche	AV5	S. Benedetto del T.	San Benedetto del Tronto	1
ASUR Marche		Ascoli Piceno	Ascoli Piceno	1
Totale COT - 15				

Tabella 17: COT Regione Marche

L'organizzazione della rete territoriale delle COT ha come obiettivo assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La Centrale Operativa Territoriale si struttura come segue:

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale
- Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto.

Per il personale sono previsti programmi di formazione, definiti in base a specifiche variabili che dipendono dal modello organizzativo, dalle attività previste e in modo particolare dal fatto che si tratti di operatori laici o professionisti sanitari.

Nell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) il Sistema Informativo di riferimento per la medicina territoriale risulta essere il SIRTE – “Sistema Informativo per la Rete del Territorio”, la cui architettura applicativa è ospitata sull'infrastruttura del Data Center Master sito in via Raffaello Sanzio.

La soluzione applicativa per la realizzazione del sistema SIRTE è articolata in un insieme di Moduli e funzioni che rispondono a diversi processi di business ed esigenze di informatizzazione, tra cui dimissioni Protette in cure domiciliari o in strutture residenziali, portale MMG/PLS, segreteria Organizzativa, cure domiciliari e cure prestazionali, cartella clinica Strutture residenziali, sistema informativo consultoriale.

Ricapitolando quanto riportato, con tutta una serie di atti la Regione Marche ha:

- identificato i siti idonei per le strutture di prossimità (D.G.R. n. 114 del 14/02/2022 “Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – Definizione del quadro programmatico dei subinterventi 1.1 “Case della Comunità e presa in carico della persona”, 1.2.2 “COT, interconnessione aziendale, device” e 1.3 “Rafforzamento

dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)". Identificazione dei siti idonei")

- approvato gli interventi per la realizzazione degli investimenti afferenti la Componente 1 e la Componente 2 del PNRR (D.G.R. n. 271 del 14/03/2022)
- Preso atto della nomina dei Responsabili Unici del Procedimento delle schede di intervento e della nomina del referente regionale (Decreto del Dipartimento Salute n. 8 del 8/04/2022 "PNRR Missione 6 Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" e Componente 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale")
- Costituito la cabina di regia e i relativi gruppi di lavoro tematici (Decreto del Segretario Generale n. 39 del 19/04/2022 "PNRR Missione 6 Salute - costituzione cabina di regia e relativi gruppi di lavoro tematici").
- Aggiornato l'elenco degli interventi previsti dalla DGR 271/2022 e approvato il POR (D.G.R. n. 656 del 30 maggio 2022 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- Recepito il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) con la D.G.R. n. 812 27/06/2022 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6 Salute: Recepimento Contratto Istituzione di Sviluppo."
- Approvato i provvedimenti di delega delle attività e ripartizione delle risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale con D.G.R. n. 970 del 27/07/2022 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Approvazione delega delle attività e ripartizione risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale"

3.2 Criticità e punti di forza

Il disegno di politica sanitaria e socioassistenziale sotteso al PNRR si pone in continuità con l'obiettivo di centralità dell'ospedale e quello della persona da assistere, nella convinzione che questo orientamento porti con sé una migliore

appropriatezza delle cure, una diminuzione dei ricoveri impropri e una conseguente riduzione della spesa sanitaria. A tal proposito, nell'allegato tecnico del PNRR, nel definire in qual modo la missione salute sarà finanziata negli anni (Sustainability Plan - fino al 2027, mission 5), indica un bilancio che, se da un lato si prevede l'incremento del fondo sanitario nazionale, dall'altro mostra di basarsi soprattutto sui risparmi attesi dalla riduzione della spesa per ricoveri ospedalieri inappropriati (specie quelli dei malati cronici), sui risparmi derivanti dalla presunta diminuzione degli accessi al pronto soccorso dei codici bianchi e verdi (i maggiori risparmi attesi), e sui risparmi derivanti dal presunto calo delle spese farmaceutiche di medicinali ad alto rischio di inappropriatezza. Il documento di dettaglio del PNRR prevede infatti di passare dall'attuale 5,1% al 10% delle persone over 65 con patologie o non autosufficienza assistite a domicilio.

Tuttavia, nella tabella di riferimento, che considera cinque livelli di assistenza, il 60% di tale categoria di pazienti avrebbe una visita domiciliare al mese da parte del medico di famiglia; un ulteriore 20% avrebbe una visita a domicilio del medico meno di una volta ogni due mesi e dell'infermiere ogni 12 giorni; solo un 4% avrebbe, fra medico e infermiere, un totale di accessi a domicilio di 12 volte al mese, mentre il restante 6% sarebbe in cure palliative e riceverebbe 15 visite domiciliari mensili. Una tale risposta al bisogno di cura potrebbe non essere soddisfacente, sia rispetto alla garanzia costituzionale del diritto alla salute, sia rispetto all'obiettivo della diminuzione dei ricoveri ospedalieri e dei ricorsi ai pronto soccorso, da cui dovrebbe derivare la diminuzione della spesa e quindi lo stesso finanziamento dell'assistenza sanitaria nel lungo periodo.

Finora, l'assistenza sanitaria di base non è sempre riuscita a tenere le persone fuori dagli ospedali. In 30 paesi OCSE¹¹, i ricoveri per diabete, asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva, scompenso cardiaco e ipertensione da soli - tutti ampiamente evitabili attraverso una forte assistenza sanitaria di base -

¹¹ Rapporto OCSE sul futuro delle cure primarie, Realising the Potential of Primary Health care, 30 maggio 2020.

corrispondono al 5,8% di tutti i giorni di degenza in ospedale. Nel 2016, questi ricoveri evitabili sono costati un totale di 21,1 miliardi di dollari in questo gruppo di 30 paesi.

Un'attenzione insufficiente alla prevenzione contribuisce a questi risultati. Troppi pazienti con patologie croniche continuano a non ricevere le cure preventive raccomandate, soprattutto le popolazioni più vulnerabili. Un quarto dei pazienti in 28 paesi dell'OCSE e dell'UE affetti da alcune condizioni croniche non ha ricevuto nessuno dei test preventivi raccomandati negli ultimi 12 mesi. Nella maggior parte dei paesi, la percentuale di medici che lavorano nella medicina generale e la percentuale di tempo che i medici generici dedicano alle cure preventive sta diminuendo.

Su quest'ultimo punto, però, la telemedicina potrebbe compensare la carenza delle visite in presenza con l'assistenza a distanza, ove possibile. In questa prospettiva la telemedicina potrebbe rappresentare il gap, più che necessario, tra l'assistito e le necessità assistenziali di base.

Un punto cruciale in merito alla riorganizzazione assistenziale territoriale potrebbe essere costituito non tanto dalla carenza di leggi, bensì dalla carenza della loro attuazione. Non va quindi trascurata l'importanza del momento organizzativo rispetto a quello puramente normativo. Il problema potrebbe essere rappresentato non da una discordanza di vedute sull'opportunità o meno di rafforzare le cure primarie e la medicina del territorio, ma dalla mancata implementazione delle riforme da parte di tutti i livelli di governo.

La prima delle due componenti in cui si articola la “missione salute” consiste nelle Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e la somma maggiore di investimenti si pone l'obiettivo di «prendere in carico», entro il 2026, il 10% della popolazione over 65, anche attraverso la telemedicina. Uno degli interrogativi a riguardo è rappresentato dal rapporto fra i MMG, i PLS e lo

stesso servizio sanitario nazionale; il problema riguarda la sfida della collaborazione che dovrebbe instaurarsi fra medici, infermieri, farmacisti, psicologi e assistenti sociali, ai sensi della “missione salute”.

Essenziale, a quest’ultimo riguardo, è la nuova relazione fra tali professionisti e il paziente, di cui la riforma ne esprime tutta la centralità.

Uno dei punti cardine è rappresentato dalla formazione dei professionisti coinvolti, e in particolare dei medici di medicina generale. Al riguardo non ci si riferisce solo alla necessità di formare all’uso degli strumenti digitali, e di orientare i professionisti all’interno delle nuove strutture (case della salute e ospedali di comunità), ma anche e soprattutto di formare ad un approccio di cura diverso, modulato sul paziente e sulla sua famiglia, sui suoi caregivers. Il tutto in una prospettiva nuova, in cui l’equipe sociosanitaria considera come significativi, per la cura della persona, fattori che attengono alla prevenzione, allo stile di vita, all’alimentazione, all’igiene, alle eventuali difficoltà economiche e ai disagi sociali.

Occorre infatti passare da un modello ancora prevalente, in cui il MMG si limita a rispondere, di volta in volta, su impulso dello stesso paziente, alle singole richieste (di ricette, prescrizioni, accertamenti, etc.), spesso e volentieri in assenza di un’approfondita conoscenza e valutazione del quadro d’insieme in cui si trova la persona, ad un modello del tutto diverso, in cui diversi professionisti, in primis il medico di famiglia, considerato il quadro clinico, familiare e sociale, siano in grado di offrire risposte appropriate, realizzando cure primarie, concretizzando la c.d. sanità “di iniziativa”.

Si tratta, del resto, di un modello postulato dalla stessa definizione di salute quale «uno di completo benessere fisico, mentale e sociale, che non consiste solamente nell’assenza di malattia o di infermità» (OMS) e, soprattutto, di un modello rispondente alla tutela della dignità della persona, che esige un rapporto fiduciario reale fra il medico e il paziente. Ridurre quindi tutta la riforma alla costruzione o

all'ammodernamento di strutture fisiche rischia di tradire gli obiettivi sostanziali della "missione salute".

Fondamentale è stata, sotto la spinta dell'emergenza pandemica, l'istituzione degli infermieri di famiglia e di comunità, assegnati anche alle USCA, insieme ai medici ed altri professionisti. Diviene però altrettanto fondamentale delinearne competenze. Al riguardo il documento della Conferenza delle regioni del 10 settembre 2020 ha delineato alcune Linee di indirizzo. Da un lato queste prevedono la necessità di considerare un percorso di formazione specifica con l'acquisizione di titoli accademici (vedi master in Infermieristica di famiglia e Comunità); dall'altro, in considerazione dell'emergenza pandemica alle spalle, si ritiene fondamentale avviare tempestivamente l'organizzazione dell'assistenza territoriale come indicato dalla L. 77/2020, con figure professionali in grado di valorizzare l'esperienza acquisita, la motivazione e l'interesse all'ambito territoriale dell'assistenza .

Ponendo l'attenzione invece sulla natura complessa del PNRR, quest'ultimo è definito come contratto di performance per la realizzazione delle varie componenti intese in breve tempo e rappresenta l'unico strumento negoziale per la richiesta di ulteriori rimborsi; il rischio è che la misurazione della maggior parte degli obiettivi (Target) sia più orientata sulla mera realizzazione degli interventi che sui risultati e i relativi effetti (outcome), trascurando il monitoraggio in corso d'opera che segnali, nel più breve tempo possibile, ritardi o distorsioni di attuazione.

La carenza di personale sanitario era già ampiamente evidente prima dell'avvento della pandemia. Dal 2008, ha preso infatti avvio una fase di decostruzione del SSN in cui alla dinamica espansiva del trentennio precedente se ne è sostituita una di decrescita legata alla razionalizzazione della spesa sanitaria.

La forte svalorizzazione del personale in servizio nel SSN è documentata non solo dalla sua riduzione in termini numerici (specie guardando ai lavoratori con contratti a tempo indeterminato), ma anche in relazione alle condizioni di lavoro che sono nettamente peggiorate, se non altro per la minore disponibilità delle risorse umane presenti. Alla vigilia della crisi pandemica, dunque, il quadro che emerge è quello di un personale sanitario fortemente indebolito da anni di blocco della contrattazione (2011-2015) e del turnover e di chiusura al dialogo da parte delle istituzioni con gli organismi di rappresentanza professionale e sindacale, che hanno perso progressivamente la capacità di mobilitare i propri iscritti.

Su questo scenario già precario ha impattato la crisi sanitaria, che ha imposto soluzioni immediate per tamponare la carenza di personale. Inserendolo all'interno del PNRR il tema sembra acquisire centralità ma è necessario adottare un approccio di lungo periodo.

Finché queste lacune non verranno colmate è difficile immaginare una vera riorganizzazione del SSN. Per farlo, sarebbe necessario in primo luogo finanziare adeguatamente la spesa corrente (tramite il fondo sanitario nazionale), abolendo il tetto di spesa delle assunzioni, che, invece, persiste anche nell'ultima legge di bilancio.

In altre parole, non si può realisticamente credere che il rilancio del SSN possa avvenire senza il potenziamento delle risorse umane. Senza questa consapevolezza è difficile che il cambiamento auspicato nel PNRR possa avvenire. E senza questo cambiamento il rischio è potenziamento del settore privato in alcuni settori (come quello dell'emergenza-urgenza o dell'assistenza territoriale), acutizzando le già evidenti disegualianze territoriali nell'accesso alle cure.

Nelle difficoltà dei mesi di pandemia, è apparso in tutta evidenza quanto sia importante l'investimento sulla prevenzione e in particolare su una rete di assistenza e sanità capillare sul territorio. Un'esigenza che il progressivo

invecchiamento della popolazione, con il prevedibile incremento dell'incidenza delle malattie croniche, renderanno improrogabile nei prossimi anni. Si stima¹² che nel 2050 gli italiani con almeno 65 anni saranno il 34,9% della popolazione, a fronte del 23,5% attuale. Perciò è cruciale che il modello organizzativo stabilito dal DM 77/2022 trovi un'applicazione omogenea sull'intero territorio nazionale. Questo scenario, e l'esperienza dell'emergenza da Covid-19, hanno portato a destinare una parte dei fondi del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) sul capitolo sanitario, e in particolare sulla rete territoriale di assistenza.

A questo proposito, di fronte alla carenza di personale medico sulla rete territoriale (vedi MMG) occorrerebbe potenziare la capacità di attrazione della medicina generale magari anche attraverso una riorganizzazione del settore. L'elevato numero di pensionamento dei professionisti rischia di aprire un vuoto, in una situazione aggravata anche con la pandemia. Ad oggi sono 1.213 gli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria, rimasti vacanti perché mancano i medici (Bartoloni e Gobbi 2021¹³). Molti concorsi vanno addirittura deserti per mancanza di candidati e non si può immaginare di ricorrere a forza lavoro europea, visto che tale problema affligge da anni anche altri Paesi (in Francia tale criticità viene evidenziata da decenni). A questo proposito, si osserva come sia un sempre maggior numero di donne ad esercitare la medicina generale, invertendo una tendenza storica legata al carattere imprenditoriale di tale attività. Questo processo di femminilizzazione sollecita, allora, una revisione dell'intera architettura organizzativa delle cure territoriali anche per tenere conto di modalità più favorevoli alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Stando alle analisi della Corte dei conti e dell'ufficio parlamentare di bilancio pubblicate negli ultimi mesi, entrambi gli organi hanno mosso rilievi sul finanziamento a regime del nuovo sistema.

¹² Elaborazione Openpolis – Cittadinanzattiva su dati Istat (pubblicati: giovedì 22 settembre 2022)

¹³ X Healthcare Summit del Sole-24Ore/ Speranza, Così dopo il Covid costruiremo la nuova Sanità con i fondi Pnrr, di Marzio Bartoloni e Barbara Gobbi (da Il Sole-24Ore)

Complessivamente, il quadro delle risorse¹⁴ correnti utilizzabili appare soggetto a incertezza, soprattutto con riferimento agli anni successivi al periodo di programmazione del PNRR. Questo è proprio il motivo che ha reso le Regioni diffidenti nei confronti del nuovo Regolamento sugli standard dell'assistenza territoriale.

Tra i vari interrogativi, vi è l'incertezza sul quadro delle risorse correnti disponibili per gestire i servizi sanitari potenziati grazie agli investimenti programmati, soprattutto una volta che i finanziamenti assicurati dal PNRR saranno esauriti e le nuove strutture saranno operative. Le stime degli oneri appaiono spesso elaborate principalmente sulla base alle risorse disponibili e una parte dei costi sarebbe coperta nell'ambito del finanziamento del SSN, grazie ai risparmi di spesa consentiti dalla riorganizzazione del sistema e dall'innovazione tecnologica e digitale. Anche se non è implausibile che le riforme in atto nel SSN possano consentire di migliorare l'efficienza, contare su futuri risparmi di spesa può essere poco prudente, soprattutto in un settore, come quello della sanità, in cui spesso l'assorbimento del progresso tecnico può implicare un aumento dei costi.

Tra le qualità del PNRR, la riconfigurazione dell'erogazione dell'assistenza sanitaria di base con team multiprofessionali, dotati di tecnologia digitale e perfettamente integrati con servizi di assistenza specializzati, potrebbe aiutare medici, infermieri, farmacisti e operatori sanitari di comunità a fornire cure più efficaci, come sostenuto dallo stesso rapporto OCSE. Responsabilizzare i pazienti e misurare il modo in cui i servizi di assistenza primaria forniscono risultati che fanno davvero la differenza nella loro vita sono anche elementi fondamentali per la fornitura di cure ad alte prestazioni.

In conclusione, la necessaria risposta alla crisi sanitaria senza precedenti che la pandemia ha determinato offre l'occasione per dare impulso a riforme attese da

¹⁴ upB, Focus tematico n. 4 / 3 agosto 2022

decenni e che attengono, tra i vari aspetti, all'organizzazione e alla qualità delle cure primarie e, quindi, alla prevenzione, alla presa in carico appropriata delle problematiche sanitarie e sociali e all'implementazione dell'assistenza domiciliare, anche attraverso lo sviluppo della telemedicina.

Gli investimenti del PNRR potrebbero contribuire a smussare alcune delle criticità del nostro sistema sanitario, soprattutto con riguardo all'assistenza sanitaria territoriale, ma altri aspetti dovranno essere affrontati diversamente.

Tale Piano rappresenta comunque un'occasione importante per incrementare gli investimenti in campo sanitario e stimolare la necessaria riorganizzazione del sistema.

BIBLIOGRAFIA

- Rapporto OCSE sul futuro delle cure primarie, Realising the Potential of Primary Health care, 30 maggio 2020
- I presidi dell'assistenza territoriale nella Missione 6 del PNRR, Camera dei Deputati XIX LEGISLATURA- Documentazione e ricerche
- UpB, Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi raggiunti
- Openpolis, Il Pnrr e la sanità territoriale 1. Come il Pnrr interverrà sulla sanità territoriale italiana
- La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una “transizione formativa” e unità di indirizzo politico e amministrativo, G. Razzano
- MARZO 2022-NOTA 2/2022: Il PNRR e la sanità pubblica: obiettivi velleitari senza un cambio di rotta, E. Spina

SITOGRAFIA

- <https://jus.vitaepensiero.it/news-papers-welfare-comunitario-e-casa-della-comunita-dal-pnrr-alla-riforma-dellassistenza-sanitaria-territoriale-6023.html>
- <https://www.oecdilibrary.org/sites/a92adee4en/index.html?itemId=/content/publication/a92adee4-en>
- <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5898&area=PNRR-Salute&menu=riforme>
- <https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/home.html>
- <https://www.ilsole24ore.com/art/medici-base-allarme-carezza-15-milioni-italiani-sono-senza->