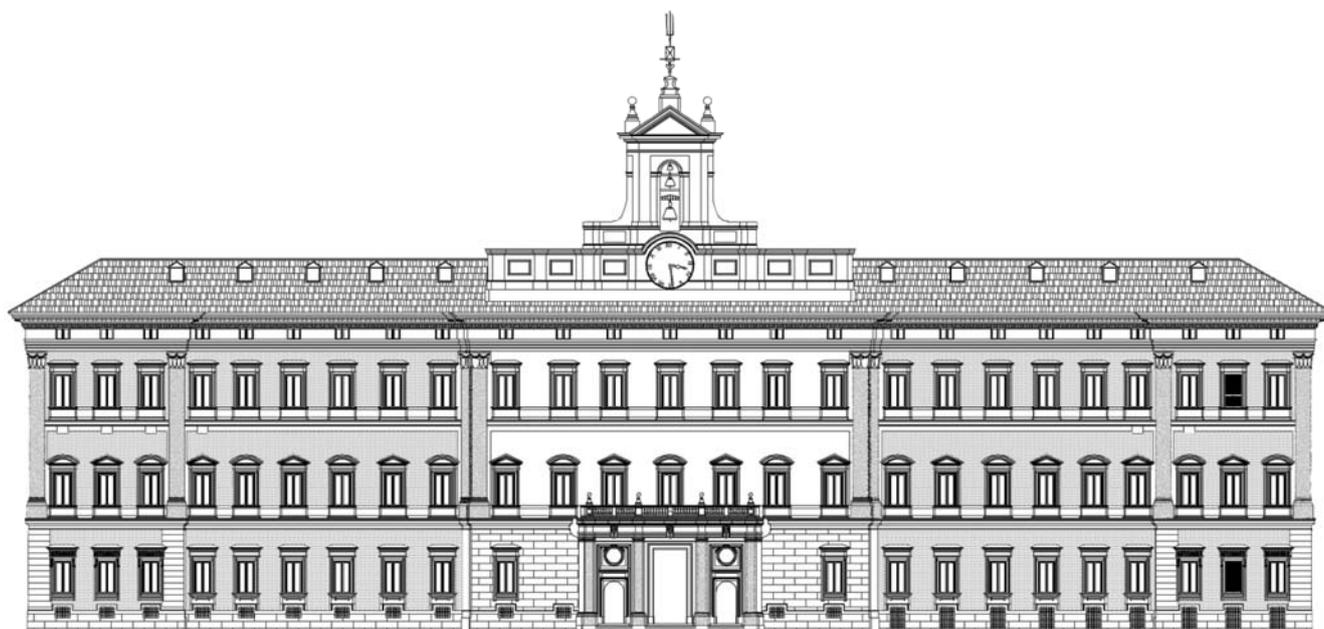




Camera dei deputati

XIX LEGISLATURA

Documentazione e ricerche



I presidi dell'assistenza territoriale nella Missione 6 Salute del PNRR

n. 23

20 marzo 2023

Camera dei deputati

XIX LEGISLATURA

Documentazione e ricerche

I presidi dell'assistenza territoriale nella Missione 6 Salute del PNRR

n. 23

20 marzo 2023

Servizio responsabile:

SERVIZIO STUDI – Affari Sociali

☎ 066760-2233 – ✉ st_affari_sociali@camera.it  [@CD_affarisociali](https://twitter.com/CD_affarisociali)

La documentazione dei servizi e degli uffici della Camera è destinata alle esigenze di documentazione interna per l'attività degli organi parlamentari e dei parlamentari. La Camera dei deputati declina ogni responsabilità per la loro eventuale utilizzazione o riproduzione per fini non consentiti dalla legge. I contenuti originali possono essere riprodotti, nel rispetto della legge, a condizione che sia citata la fonte.

File: AS0001.docx

INDICE

Premessa	3
-----------------	----------

L'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL PNRR

▪ Assegnazione e riparto delle risorse indirizzate a M6C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”	7
▪ Fabbisogno di personale per la Riforma dell’assistenza territoriale	12
▪ Gli standard delle strutture dell’assistenza territoriale nel decreto ministeriale n. 77 del 2022	18
- <i>Gli allegati</i>	19
- <i>Il Distretto.</i>	19
- <i>Casa della Comunità - CdC</i>	21
- <i>Modalità di lavoro integrata e multidisciplinare dei professionisti presenti nelle CdC</i>	21
- <i>Centrale operativa territoriale - COT</i>	24
- <i>Centrale operativa 116117</i>	24
- <i>Unità di Continuità Assistenziale (USCA)</i>	25
- <i>Assistenza Domiciliare</i>	25
- <i>Ospedale di Comunità</i>	26
- <i>Rete delle cure palliative</i>	27
- <i>Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie</i>	28
▪ I Contratti istituzionali di sviluppo	29
- <i>Parti contraenti e Soggetti del CIS</i>	30
▪ Gare Invitalia	34

I CONTRATTI ISTITUZIONALI DI SVILUPPO

▪ Dati di sintesi	39
▪ I 21 CIS regionali	49
- <i>Abruzzo</i>	51
- <i>Basilicata</i>	52
- <i>Calabria</i>	54
- <i>Campania</i>	59
- <i>Emilia Romagna</i>	61
- <i>Friuli Venezia Giulia</i>	63

- <i>Lazio</i>	65
- <i>Liguria</i>	67
- <i>Lombardia</i>	69
- <i>Marche</i>	71
- <i>Molise</i>	73
- <i>PA Bolzano</i>	75
- <i>PA Trento</i>	77
- <i>Piemonte</i>	79
- <i>Puglia</i>	82
- <i>Sardegna</i>	84
- <i>Sicilia</i>	86
- <i>Toscana</i>	88
- <i>Umbria</i>	92
- <i>Valle d'Aosta</i>	94
- <i>Veneto</i>	96

PREMESSA

Il presente dossier intende fornire una fotografia dei piani operativi (linee di investimento) e degli *action plan* (cronoprogramma) contenuti nei Contratti istituzionali di sviluppo (CIS) presentati dalle Regioni e dalle Province autonome per l'attuazione dei progetti relativi alla Missione 6 Componente 1 del PNRR (M6C1) - *Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*.

I CIS, strumenti di programmazione identificati dalla normativa nazionale per la Missione "Salute" del PNRR, definiscono, per la Componente 1 della Missione salute, la geografia dell'assistenza territoriale (numerosità delle strutture territoriali e loro collocazione).

La Componente 1 ha infatti l'obiettivo di rafforzare le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate sul territorio attraverso l'attivazione ed il potenziamento di strutture e presidi territoriali (Case e Ospedali di comunità) rafforzando al contempo l'assistenza domiciliare (ADI), la telemedicina e la domotica.

Il Dossier segue il precedente lavoro, effettuato sui dati forniti dalla Segreteria della Conferenza delle Regioni, "[Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale](#)", del marzo 2021, a cui si rinvia in un'ottica comparativa, per porre a confronto la situazione attuale con quella che si presenterà nel 2026, anno in cui dovranno essere realizzate le linee di investimento contenute nei piani operativi allegati ai CIS regionali.

L'Assistenza territoriale nel PNRR

Assegnazione e riparto delle risorse indirizzate a M6C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”

Il [Decreto di ripartizione programmatica delle risorse del 20 gennaio 2022](#) (l’allegato 1 al decreto è riprodotto alla fine del presente paragrafo) ha avviato l’iter di attuazione degli interventi della Missione 6, a cui sono stati destinati nel complesso circa 15,63 miliardi di euro¹. Alla **Componente 1**, dedicata al rafforzamento della assistenza territoriale, oggetto del presente lavoro, sono destinati **7 miliardi** (di cui 4,5 miliardi per nuovi progetti e 2,5 del Fondo per lo sviluppo e la coesione) e 500 milioni del Piano Nazionale per gli investimenti Complementari al PNRR, utilizzati per la realizzazione dell’investimento [Salute, ambiente, biodiversità e clima](#). La Tabella 1 allegata al [Decreto di ripartizione programmatica delle risorse del 20 gennaio 2022](#) indica la quota assegnata ad ogni regione per la realizzazione delle linee di investimento e il *Target* regionale obiettivo (numero delle strutture di cui si prevede l’attivazione).

Nello specifico, le linee di **investimento previste per la Missione 6 - Componente 1** sono le seguenti:

- **M6C1 1.1 “Case della Comunità e presa in carico della persona”** per un importo di 2 miliardi di euro (Target EU finale T2 2026 - almeno 1350 Case della Comunità). Il riparto delle risorse è avvenuto utilizzando la quota di accesso 2021 unitamente ad un meccanismo di ponderazione che garantisce l’attribuzione del 45 per cento delle risorse alle regioni del Mezzogiorno;

- **M6C1 1.2 “Casa come primo luogo di cura e Telemedicina”** per un importo complessivo di 4 miliardi di euro ripartiti tra i seguenti sub-investimenti:

1) **subinvestimento 1.2.1 Assistenza domiciliare**: identificazione di un modello condiviso per l’erogazione delle cure domiciliari (ADI), che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (telemedicina, domotica, digitalizzazione). Il progetto mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. Risorse dedicate pari a 2.720 milioni connesse ai costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti con i servizi

¹ Per un approfondimento sul tema [UPB, Focus n. 4/2022](#) “Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi raggiunti”. Il documento approfondisce alcuni aspetti finanziari, ovvero la distribuzione delle risorse sul territorio e la questione del finanziamento degli oneri correnti per la gestione dei nuovi o potenziati servizi che il PNRR renderà disponibili. Inoltre, si sofferma brevemente sugli obiettivi programmati entro il primo semestre del 2022, tutti raggiunti entro la scadenza.

connessi all'ADI. Un primo traguardo 2022 è stato raggiunto con la pubblicazione delle Linee guida modello digitale ADI sulla G.U. n. 120 del 24 maggio 2022 ([Decreto salute 29 aprile 2022](#) "Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «[Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare](#)»).

2) **subinvestimento 1.2.2** attivazione di 600 **Centrali Operative Territoriali** (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza (una COT per circa 100.000 abitanti). Per i [costi unitari dell'intervento](#), si rinvia all'allegato al PNRR). Risorse dedicate **280 milioni**. Il **Subinvestimento 1.2.2 si suddivide**, a sua volta, in diverse articolazioni: **1.2.2.1 "COT"** cui sono indirizzati 103.845.000,00 euro; **1.2.2.2 "Interconnessione aziendale"** cui sono assegnati 42.642.875,00 euro; **1.2.2.3 "Device"** cui sono indirizzati 58.029.713,00 euro; **1.2.2.4 "Piattaforma di Intelligenza Artificiale a supporto dell'Assistenza sanitaria primaria"**, cui sono destinati 50 milioni di euro. L'obiettivo del sub-investimento 1.2.2.4 è la progettazione, lo sviluppo, installazione, la sperimentazione, la diffusione e conduzione di una piattaforma informatica per l'erogazione di servizi digitali, mirati a supportare, in modo innovativo e attraverso l'utilizzo di tecniche e algoritmi di AI, i medici e i loro assistiti nel contesto dell'erogazione delle cure primarie e dell'assistenza territoriale all'interno delle CdC. Il 24 ottobre 2022 sul sito dell'Agenas è stato pubblicato l'[Avviso](#) di indizione di una procedura di dialogo competitivo per l'affidamento di un contratto avente ad oggetto la progettazione di dettaglio, la realizzazione, la messa in esercizio e la gestione di una piattaforma di Intelligenza Artificiale a supporto dell'assistenza sanitaria primaria. Il contratto ha durata sino al 31 dicembre 2026. Le risorse disponibili per le prestazioni oggetto di affidamento ammontano ad euro 37.750.000. Il contratto potrà essere rinnovato, per la sola parte relativa alla gestione e manutenzione anche evolutiva della piattaforma per ulteriori 4 anni (5mila euro annui).; **1.2.2.5 "Portale della trasparenza"** cui sono destinati 25.482.412,00 milioni di euro (il potenziamento del Portale già esistente è stato effettuato entro il termine stabilito al 31 dicembre 2021). Il soggetto attuatore dei subinvestimenti 1.2.2.4 e 1.2.2.5 è Agenas;

3) **subinvestimento 1.2.3 utilizzo della Telemedicina** per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche. L'obiettivo posto è assistere, nel 2025, almeno 200.000 persone sfruttando strumenti di telemedicina. Risorse dedicate pari a **1 miliardo**. Il [DM Salute 21 settembre 2022](#) ha approvato le linee guida per i servizi di telemedicina disponendo circa i requisiti funzionali e i livelli di servizio per garantire l'omogeneità a livello nazionale e l'efficienza nell'attuazione dei servizi di telemedicina. L'adozione delle linee guida è determinata ai sensi dell'art. 12, co. 15-*undecies*, del decreto legge n. 179 del 2012 ed è finalizzata ad individuare i requisiti indispensabili per tutte le soluzioni di telemedicina finanziate

con risorse del PNRR nell'ambito del subinvestimento in parola. Il [decreto del Ministero della Salute del 1° aprile 2022](#), ha ripartito analiticamente il subinvestimento 1.2.3, attribuendo specifica sub-codifica, in 1.2.3.1 "Piattaforma di telemedicina" a cui vengono destinati 250.000.000 euro e 1.2.3.2 "Servizi di telemedicina" a cui vengono destinati 750.000.000 euro. Nel marzo 2022, l'Agenas, in qualità di soggetto Attuatore per la progettazione, la realizzazione e la gestione dei servizi abilitanti della Piattaforma Nazionale di Telemedicina ha pubblicato un [Avviso](#) per la manifestazione di interesse per la presentazione di proposte di partnership pubblico privato per l'affidamento in concessione per la "Progettazione, realizzazione e gestione dei Servizi abilitanti della Piattaforma nazionale di Telemedicina PNRR". Il 12 ottobre 2022, l'Agenas ha poi dato avvio alla [procedura aperta per l'affidamento della concessione per la progettazione, realizzazione e gestione dei servizi abilitanti della Piattaforma Nazionale di Telemedicina](#). La durata della concessione è di 10 anni, con decorrenza dal 1° gennaio 2023 e con termine previsto quindi al 31 dicembre 2032. La Piattaforma garantirà l'erogazione della telemedicina su tutto il territorio nazionale attraverso l'interoperabilità dei vari progetti regionali sulla base di standard tecnologici comuni. Per poter partecipare al bando da 750 milioni di euro le aziende hanno tempo fino al 28 novembre.

- **M6C1 1.3 "Ospedali di Comunità"**: 1 miliardo di euro - Target EU finale T2 2026, termine entro il quale devono essere realizzati almeno 400 Ospedali di Comunità.

A questi investimenti si affianca un progetto di **Riforma** dedicato alla **Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale**. La Riforma è stata attuata (T2 2022) con la pubblicazione, sulla G.U. del 22 giugno 2022, del [decreto ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77](#) sugli standard dell'assistenza territoriale (si veda *infra il paragrafo dedicato*).

Alla Missione 6 Componente 1 è collegata, per le finalità che intende raggiungere, la **Missione 5, componente 2, investimento 1.1 Sostegno delle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti** per un valore complessivo di 500 milioni e **investimento 1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità** per un valore complessivo di 500,5 milioni.

Alla Missione 5, componente 2, sono collegati due progetti di Riforma: una legge delega sulla disabilità e una legge delega sulla non autosufficienza. La prima delle due riforme è stata attuata: sulla G.U n. 309 del 30 dicembre 2021, è stata pubblicata la [legge n. 227 del 22 dicembre 2021 Delega al Governo in materia di disabilità](#) (T4 2021). Secondo la tabella di marcia indicata dal PNRR, i decreti delegati devono essere adottati dal Governo entro il 30 Giugno 2024.

E' invece in corso di esame alle Camere il disegno di legge **Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane** ([A.S. 596](#), A.C. [977](#)), di cui, sulla base dello scadenziario PNRR, è attesa l'approvazione entro il 1 trimestre del 2023, e a cui dovrà seguire, entro il primo trimestre 2024 , l'approvazione dei decreti delegati.

Preme qui ricordare fra le altre disposizioni generali relative al PNRR, i seguenti decreti:

- il [decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 6 agosto 2021](#), recante «Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione» come modificato dal decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 23 novembre 2021;

- il [decreto del Ministro dell'economia e delle finanze dell'11 ottobre 2021](#), recante «Procedure relative alla gestione finanziaria delle risorse previste nell'ambito del PNRR di cui all'art. 1, comma 1042, della legge n. 178 del 2020» in particolare l'art. 3, comma 3, laddove si prevede che «Con riferimento alle risorse del PNRR dedicate a specifici progetti in materia sanitaria, le regioni e province autonome accendono appositi capitoli relativi alla spesa sanitaria del bilancio gestionale al fine di garantire un'esatta imputazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento specifico, in coerenza con l'art. 20 del D. Lgs. n. 118 del 2011»;

- il [Decreto ministeriale del 1 aprile 2022](#) che ha ripartito gli interventi e i sub-interventi della Missione 6 analiticamente, attribuendo ad ognuno specifica sub-codifica, come indicato nell'Allegato 1 del medesimo decreto.

PNRR Mission 6 Component 1										
Regioni e PP.AA	Intervento 1.1 (Case della Comunità) - 2.000.000.000 euro				*Intervento 1.2 (COT, Interconnessione aziendale, device) - 204.517.588 euro				Intervento 1.3 Ospedali della Comunità - 1.000.000.000 euro	
	Riparto Risorse	Target regionale obiettivo (n. CdC)	Riparto Risorse COT	Riparto Risorse Interconnessione aziendale	Riparto Risorse device	Target regionale obiettivo (n. COT)	Riparto Risorse	Target regionale obiettivo (n. OdC)		
Piemonte	121.794.657,55	82	7.442.225,00	3.056.072,71	4.158.796,10	43	66.433.449,57	27		
Valle d'Aosta	3.493.579,03	2	173.075,00	71.071,46	96.716,19	1	1.905.588,56	1		
Lombardia	277.203.041,64	187	17.480.575,00	7.178.217,29	9.768.335,02	101	151.201.659,08	60		
PA Bolzano	14.376.609,77	10	865.375,00	355.357,29	483.580,94	5	7.841.787,15	3		
PA Trento	14.996.634,75	10	865.375,00	355.357,29	483.580,94	5	8.179.982,59	3		
Veneto	135.401.849,69	91	8.480.675,00	3.482.501,46	4.739.093,23	49	73.855.554,38	30		
Friuli Venezia-Giulia	34.256.093,22	23	2.076.900,00	852.857,50	1.160.594,26	12	18.685.141,76	7		
Liguria	44.030.976,66	30	2.596.125,00	1.066.071,88	1.450.742,83	15	24.016.869,09	10		
Emilia-Romagna	124.671.950,69	84	7.788.375,00	3.198.215,63	4.352.228,48	45	68.002.882,19	27		
Toscana	104.214.655,81	70	6.403.775,00	2.629.643,96	3.578.498,97	37	56.844.357,72	23		
Umbria	24.570.823,57	17	1.557.675,00	639.643,13	870.445,70	9	13.402.267,40	5		
Marche	42.494.802,81	29	2.596.125,00	1.066.071,88	1.450.742,83	15	23.178.983,35	9		
Lazio	158.494.374,81	107	10.211.425,00	4.193.216,04	5.706.255,11	59	86.451.477,17	35		
Abruzzo	58.901.493,13	40	2.249.975,00	923.928,96	1.257.310,45	13	26.178.441,39	10		
Molise	13.775.507,72	9	519.225,00	213.214,38	290.148,57	3	6.122.447,88	2		
Campania	249.721.198,08	169	10.038.350,00	4.122.144,58	5.609.536,92	58	110.987.199,15	45		
Puglia	177.224.470,44	120	6.923.000,00	2.842.858,33	3.868.647,53	40	78.766.431,31	31		
Basilicata	25.046.297,48	17	1.038.450,00	426.428,75	580.297,13	6	11.131.687,77	5		
Calabria	84.677.262,22	57	3.288.425,00	1.350.357,71	1.837.607,58	19	37.634.338,76	15		
Sicilia	216.998.374,36	146	8.480.675,00	3.482.501,46	4.739.093,23	49	96.443.721,94	39		
Sardegna	73.655.396,58	50	2.769.200,00	1.137.143,33	1.547.459,01	16	32.735.731,81	13		
Totale	2.000.000.000,00	1350	103.845.000,00	42.642.875,00	58.029.713,00	600	1.000.000.000,00	400		

Fabbisogno di personale per la Riforma dell'assistenza territoriale

In premessa occorre ricordare che le risorse messe in campo dal PNRR riguardano gli investimenti infrastrutturali. Pertanto, le spese per il personale che dovrà gestire e rendere operative le nuove strutture sanitarie ed incrementare le erogazioni ADI fanno invece parte delle spese correnti e devono quindi essere autorizzate in quel quadro di riferimento, al di fuori delle risorse PNRR.

Nella Tabella a seguire, contenuta nell'Allegato 1 del DM n. 77 del 2022, vengono indicate le figure professionali che compongono le équipe multiprofessionali presenti nelle Case delle Comunità e la cooperazione funzionale delle figure professionali presenti

MMG e PLS Medico di Medicina Comunità e Medici dei servizi	Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita. Referente clinico per le attività che garantisce presso la Casa della Comunità, nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali.
Infermiere	Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
Specialista	Assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessità diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo. La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.
Farmacista	Referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico (interazioni farmacologiche, dosaggio, formulazione, farmacovigilanza; sostenibilità economica).
Psicologo	Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.
Assistente	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della

sociale	sua rete relazionale.
Altre professioni presenti nell'équipe	Le altre figure professionali dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che durante il processo parteciperanno alla presa in carico. I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di case manager nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali riconducibili alla professione di ostetrica e alle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.

Si ricorda che l'incertezza sull'ammontare delle risorse per l'incremento del personale SSN da impiegare nelle strutture previste per l'assistenza territoriale dal PNRR è stata la causa della [mancata intesa](#) sullo schema di decreto Salute/MEF, concernente il regolamento recante "[Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale](#)" - PNRR M6-C1-Riforma 1, [Reti di prossimità strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale](#)", poi approvato con decreto Salute/MEF n. 77 del 23 maggio 2022, e pubblicato in G. U. il 22 giugno 2022. La mancata intesa è stata infatti dovuta al ribadito parere contrario della Regione Campania, motivato con la mancanza di risorse aggiuntive dedicate all'assunzione e messa a disposizione del personale previsto dai nuovi *standard* di assistenza territoriale (cure primarie).

Con riguardo alle **risorse per il personale**, il percorso della riforma dell'assistenza territoriale disegnato dal PNRR, si fonda su tre fonti di finanziamento:

- **risorse stabili del fondo sanitario nazionale**, incrementate ad opera del **decreto legge n. 34 del 2020**. Si rammenta a questo proposito che il decreto legge n. 34 del 2020 ha autorizzato a regime, a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno di riferimento, le seguenti risorse: - 480.000.000 euro per il reclutamento di personale infermieristico (art.1, co. 5), segnatamente per la figura dell'infermiere di famiglia e comunità (qui le "[linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità ex l. 17 luglio 2020 n. 77](#)" messe a punto dalla Conferenza delle regioni); - 766.466.017 euro: di cui 733.969.086 euro per il rafforzamento dell'ADI (art. 1, co. 4) e 32.496.931 euro per l'operatività delle Centrali regionali (art.1, comma 8);

- **risorse a valere sul Fondo sanitario nazionale, non conseguentemente incrementato**, finalizzate all'assunzione di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli, e di personale convenzionato, **determinate dall'art. 1, co. 274 della legge di bilancio 2022** (legge n. 234 del 2021). Tali risorse, di accompagnamento al

percorso di implementazione (per gli anni 2022-2026) e a regime, a sostegno degli *standard* per l'assistenza territoriale, sono **pari a una spesa di 90,9 milioni di euro per il 2022, di 150,1 milioni di euro per il 2023, di 328,3 milioni di euro per il 2024, di 591,5 milioni di euro per il 2025 e di 1.015,3 milioni di euro a decorrere dal 2026**. La norma dispone che tale autorizzazione di spesa decorra dalla data di entrata in vigore del decreto n. 77 del 2022 sugli standard dell'assistenza territoriale (22 giugno 2022) e che con successivo decreto del Salute/MEF, le predette somme siano ripartite fra le regioni e le province autonome in base ai criteri definiti dal medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR. Sul punto si rileva che alcune regioni hanno già provveduto ad assunzioni di personale con risorse ordinarie del FSR. (per un approfondimento si rinvia al Dossier n. 274 del Servizio Bilancio dello Senato sull'A.S. 2448: "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" che analizza la misura [art. 93 del disegno di legge originario](#));

- risorse rivenienti dal PNRR grazie ai risparmi derivanti dalla riorganizzazione delle cure territoriali, e dalla conseguente riduzione di ricoveri inappropriati, di accessi al pronto soccorso e di spesa farmaceutica.

Una prima stima dei costi del personale necessario per le nuove strutture dell'assistenza territoriale e per l'ADI è rinvenibile nell'[allegato al Piano nazionale di ripresa e resilienza presentato il 30 aprile 2021](#) alla Commissione Europea. La tabella 6 riassume, per ciascun anno dal 2022 al 2027, i costi emergenti, la copertura finanziaria prevista e il fabbisogno stimato.

Table 6. Estimated costs vs Financial coverage/needs

		2022	2023	2024	2025	2026	2027
ESTIMATED COST	Cost	823.231.762 €	1.005.889.632 €	1.242.151.408 €	1.528.890.954 €	1.844.979.366 €	2.084.247.366 €
	<i>referred</i>						
	Sub-measure 1.1 Community Health House	94.500.000 €	94.500.000 €	94.500.000 €	94.500.000 €	94.500.000 €	94.500.000 €
	Sub-measure 1.2 Personnel for Homecare	578.231.762 €	760.889.632 €	997.151.408 €	1.283.890.954 €	1.599.979.366 €	1.599.979.366 €
	Sub-measure 1.2 Personnel for Territorial Coordination Centres	150.500.000 €	150.500.000 €	150.500.000 €	150.500.000 €	150.500.000 €	150.500.000 €
	Sub-measure 1.3 Personnel for Community Hospital	-	-	-	-	-	239.268.000 €
FINANCING SOURCE	Financed	823.231.762 €	1.005.889.632 €	1.242.151.408 €	1.528.890.954 €	1.844.979.366 €	745.028.624 €
	<i>referred</i>						
	Recovery Fund	78.203.138 €	260.861.007 €	497.122.784 €	783.862.329 €	1.099.950.742 €	- €
	National Health Fund c. 4 art. 1 D.L. n. 34/2020	265.028.624 €	265.028.624 €	265.028.624 €	265.028.624 €	265.028.624 €	265.028.624 €
	National Health Fund c. 5 art. 1 D.L. n. 34/2020	480.000.000 €	480.000.000 €	480.000.000 €	480.000.000 €	480.000.000 €	480.000.000 €
BALANCE TO BE FINANCED	Requirement	- €	- €	- €	- €	- €	1.339.218.742 €

Si osserva che, con specifico riferimento all'anno 2027 (Table 7) - rispetto ai costi stimati in 2.084.247.366 euro e ad un importo totale finanziato di 745.028.624 euro (coperto esclusivamente dalla quota di finanziamento di cui ai commi 4 e 5 dell'articolo 1 del decreto legge n. 34 del 2020) -, la Tabella 7 (*infra*) prevede un conseguente fabbisogno complessivo di 1.339.218.742 euro, del quale si presuppone la copertura grazie a: un incremento del fabbisogno sanitario nazionale *standard*; i risparmi conseguiti con la riduzione delle ospedalizzazioni ad alto rischio di inappropriatazza; la riduzione degli accessi inappropriati al pronto soccorso; la riduzione della spesa farmaceutica.

Table 7. Summary of the sustainability plan

		Balance to be financed (Euro) - Year 2027	1.339.218.741,97 €
Measures to finance needs - Year 2027 -	1	Increase in the National Health Fund - FSN (15% of the 1% estimated increase)	180.000.000,00 €
	2	Reduction of hospitalizations at high risk of inappropriateness for chronic diseases	134.379.918,00 €
	3	Reduction of inappropriate access to the emergency department for white and green codes	719.294.197,29 €
	4	Reduction of pharmaceutical expenditure related to three classes of high-consumption drugs and with the risk of inappropriateness	329.000.000,00 €
		Total of Sustainability Plan (Euro) - Year 2027	1.362.674.115,29 €
		Surplus (Euro) - Year 2027	23.455.373,32 €

Appendix 1 - Personnel cost and sustainability plan aimed at financing the activities - Strengthening health care and the territorial health network" relating to M6C1

Un maggiore taglio analitico è offerto dalla [Relazione Tecnica all'A.S. 2448](#)² "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" che valorizza i costi operativi connessi alle assunzioni di personale per l'assistenza territoriale nel periodo 2022-2026 parametrando alla garanzia degli *standard* organizzativi previsti dalla stessa riforma (DM n. 77 del 2022). Tali costi, che non trovano copertura nelle fonti di finanziamento a valere sul decreto legge n. 34 del 2020 o nel Fondo Next Generation EU, come riportato nelle Table 6 e 7 *supra*, sono indicati per il personale previsto dal DM 77 per le Case della comunità, le COT, gli Ospedali di comunità e le USCA

Il 21 dicembre 2022 è stata raggiunta [Intesa](#), in sede di Conferenza Stato-regioni, sullo [schema di decreto interministeriale salute/MEF](#) di ripartizione delle risorse PNRR - Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.1. La cifra ripartita fra le regioni è pari a 2.720.000.000 euro complessivamente disponibili negli anni dal 2022 al 2025, provenienti dal PNRR M6C1 Investimento 1.2.1. La cifra è distribuita a rate ogni anno dal 2022 al 2025 come si riportato nella Tabella 1 allegata allo schema di decreto oggetto dell'Intesa del 21 dicembre. A tale cifra

² Nel testo originario del disegno di legge "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" (A.S. 2448) il comma 274 corrisponde al comma 1 dell'art. 93, pertanto la RT della disposizione è rinvenibile a pag. 328 del "Testo correlato [2448](#)(TOMO I) - Relazione illustrativa, Relazione tecnica, Allegato conoscitivo

devono essere aggiunti 500.028.624 euro ogni anno a decorrere dal 2022 provenienti da risorse autorizzate per assunzioni di personale per l'Assistenza Domiciliare Integrata stanziata dall'art. 1, comma 4 e 5 (parziale), del decreto legge n. 34 del 2020, già ripartite dalla Tabella B allegata al medesimo decreto legge.

Sul fabbisogno di personale necessario per attuare la Riforma dell'assistenza territoriale si rinvia in ultimo alle [Slide](#) "Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale" presentate dal Direttore Generale AGENAS, in occasione dell'Audizione presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato Mercoledì 4 agosto 2021.

Gli standard delle strutture dell'assistenza territoriale nel decreto ministeriale n. 77 del 2022

La definizione degli standard organizzativi, qualitativi e tecnologici dell'assistenza territoriale, costituisce la prima *milestone*, in qualità di Riforma, nell'ambito della Componente 1 Missione 6 del PNRR, ma anche il completamento della riforma dei servizi sanitari iniziata con il Regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al [decreto 2 aprile 2015, n. 70](#). Dopo un iter accidentato³, il [decreto n. 77 del 23 maggio 2022](#) è stato pubblicato nella G.U. n.144 del 22 giugno 2022. Il decreto è composto da 4 articoli e tre Allegati:

- [Allegato 1](#) - Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN;
- [Allegato 2](#) - Ricognizione Standard;
- [Allegato 3](#) – Glossario.

L'art. 1, rispondendo al [parere n. 881 del 19 maggio 2022](#) del Consiglio di Stato, precisa che “Il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico sono individuati, rispettivamente, negli [Allegati 1](#), avente **valore descrittivo**, e [2](#) avente **valore prescrittivo**, che costituiscono parte integrante del presente decreto”. Conseguentemente, le regioni e le province autonome sono tenute, entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del Regolamento, ad adottare un provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale regionale coerente con quanto previsto nell'allegato 2 e con gli investimenti della Missione 6 Componente 1 del PNRR.

Le Regioni hanno 6 mesi di tempo dalla data di entrata in vigore del decreto n. 77 (15 dicembre 2022) per adottare il provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale, adeguando l'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione agli standard del citato decreto, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Componente 1 del PNRR.

Ai sensi dell' art. 2 del decreto, il monitoraggio degli standard viene effettuato all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), che è tenuta ad

³ Mancate intese espresse dalla Conferenza Stato- Regioni nelle sedute del 30 marzo e del 21 aprile 2022; attivazione della procedura di cui all'art. 3, comma 3, del D. Lgs. n. 281 del 1997, che prevede il coinvolgimento del Consiglio dei ministri, che può intervenire con deliberazione motivata, quando un'intesa espressamente prevista dalla legge non è raggiunta entro trenta giorni dalla prima seduta della Conferenza Stato-regioni in cui l'oggetto è posto all'ordine del giorno.

elaborare una relazione semestrale, da inviare al Ministero della salute, sullo stato di implementazione, in ogni singola regione e provincia autonoma, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico. Il monitoraggio degli standard, relativamente ai LEA, è effettuato dal Comitato LEA. La verifica di attuazione del Regolamento costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN⁴.

Le regioni sono chiamate a completare il nuovo assetto entro il 2026.

Gli allegati

Allegato - 1 di valore descrittivo

In premessa, il documento dedica un paragrafo a “La stratificazione della popolazione e l'analisi del bisogno di salute” ricordando che la più recente normativa nazionale (art. 7 del decreto legge n. 34 del 2020), sulla base della crescente disponibilità di dati digitali, pone l'attenzione sulla possibilità di sviluppare modelli predittivi, che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse.

Il documento passa poi alla descrizione delle articolazioni organizzativo funzionali dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio. In prima istanza vengono elencate le funzioni e gli standard organizzativi del Distretto, che a differenza delle altre articolazioni, non è citato nell'Allegato 2 di valore prescrittivo. Pertanto il **Distretto potrà essere variamente disegnato nelle diverse realtà regionali.**

Il Distretto.

Il documento ricorda che il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL). Come previsto dalla normativa vigente, l'articolazione in distretti della ASL è disciplinata dalla legge regionale, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione/provincia autonoma, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

La Legge 23 dicembre 1978 n. 833 di istituzione SSN definisce per la prima volta i Distretti Sanitari e prevede, all'art. 10 che “i Comuni singoli o associati articolano le Unità sanitarie locali in Distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per

⁴⁴ Per approfondire: Cergas- Bocconi, Rapporto OASI 2022: [Il PNRR e i sistemi sanitari regionali: modelli di governance e processi di change management](#), novembre 2022

l'erogazione dei servizi ambulatoriali di primo livello e pronto intervento", demandando alle Regioni la definizione dei criteri per la loro costituzione. Successivamente il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 come modificato dal D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 ha fornito le prime indicazioni sul Distretto nell'ambito di un processo di riforma del SSN basato sui principi di aziendalizzazione. Il Distretto si configura come articolazione organizzativa dell'Azienda Sanitaria, insieme ai Presidi Ospedalieri e al nascente Dipartimento di Prevenzione. In seguito, il D.Lgs 19 giugno 1999, n. 229 attribuisce al Distretto l'autonomia indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di salute, dotandolo di una forte connotazione organizzativa e valorizzando la riorganizzazione della medicina nel territorio. La legge quadro 8 novembre 2000, n. 328 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali ha poi sottolineato le funzioni del Distretti nei processi di integrazione socio-sanitaria incoraggiando la coincidenza tra Distretti sanitari e Ambiti sociali.

Nel nuovo disegno dell'assistenza territoriale tracciato dall'Allegato 1 (come detto non prescrittivo), 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. Il Distretto 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. All'interno del Distretto possono essere presenti i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori, ove esistenti, funzionalmente collegate con la Casa della Comunità *hub* (per le due tipologie di casa della Comunità *hub* e *spoke* si veda *infra*).

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.

Nel documento le **funzioni** e gli **standard** del Distretto vengono così riassunti:

Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

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 al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP⁵) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;

⁵ Il D.Lgs n. 159 del 2012 definisce la funzione e la composizione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), chiamate a "condividere in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi,

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.

L'Allegato 1 definisce inoltre in modo puntuale le strutture dell'assistenza territoriale.

[Allegato 2](#) di valore prescrittivo

Il Documento è molto più snello dell'Allegato 1: rappresenta infatti una ricognizione/elenco puntuale degli *standard*.

Casa della Comunità - CdC

Si inizia con la **Casa della Comunità** (CdC) nella sua declinazione di CdC *hub*, (erogazione di servizi di assistenza primaria, attività specialistiche e di diagnostica di base) a cui possono essere funzionalmente ricondotte CdC *spoke* (erogazione di servizi di assistenza primaria) presenti nello stesso Ambito Territoriale Sanitario (ATS).

La CdC è definita il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria ed è il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

Modalità di lavoro integrata e multidisciplinare dei professionisti presenti nelle CdC

Per questo ambito, la scheda dell'Allegato 2 contenente la descrizione sintetica della CdC rinvia a quanto stabilito dalla legge di bilancio 2022 per l'assistenza rivolta alla non autosufficienza (art. 1, comma 163, della legge n. 234 del 2022), ovvero alla fascia di utenza maggiormente bisognosa di assistenza sociosanitaria integrata. Sul punto, la legge di bilancio 2022 ribadisce l'importanza che i servizi siano erogati dal SSN e dagli ATS - mediante le risorse

nonché forme organizzative multi professionali, denominate unità complesse di cure primarie (UCCP), che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali". Il decreto prevede che le UCCP "possano adottare, anche per il tramite del Distretto sanitario, forme di finanziamento a budget", definendo i conseguenti livelli di spesa programmati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del Distretto.

umane e strumentali di rispettiva competenza - attraverso **punti unici di accesso (PUA)** con sede operativa presso Case della comunità.

Sul punto si osserva che l'Allegato 1 definisce i PUA "la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti", sottolineando dunque la loro funzione sanitaria (vengono infatti espressamente denominati PUA sanitari); al contrario il comma 163 sottolinea la loro funzione di garanzia per l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari prevedendo fra l'altro che i PUA trovino la loro sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate "Case della comunità".

Affinché l'erogazione dei servizi e degli interventi sia puntuale viene ribadita l'importanza dell'utilizzo della valutazione multidimensionale (elemento centrale anche del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sui Nuovi Lea) effettuata dalle unità di valutazione multidimensionale: équipe integrate composte da personale - si specifica - adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al SSN e agli ATS per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone. La disposizione della legge di bilancio 2022 disegna poi il percorso della presa in carico: sulla base della valutazione, con il coinvolgimento dell'utente e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede alla definizione del **progetto di assistenza individuale integrata (PAI)**, contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

Nella descrizione sintetica della CdC si rinvia ad atti di concertazione non ancora definiti:

- l'Intesa prevista dal citato comma 163 della Legge di bilancio, di cui però non si fa cenno nel testo della medesima disposizione. Il rinvio appare invece riferibile all'Intesa in sede di Conferenza unificata prevista dal precedente comma 161, su iniziativa dei ministri lavoro/salute/MEF, per la **definizione delle linee guida per l'attuazione degli interventi per la non autosufficienza e per l'adozione di atti di programmazione integrata, garantendo l'omogeneità del modello organizzativo degli ATS da assicurarsi mediante atti di programmazione regionali o provinciali e la ripartizione delle risorse assegnate dallo Stato per il finanziamento dei LEPS;**
- l'Accordo previsto dall'art. 21, comma 1, del D.P.C.M. sui Nuovi LEA rispetto ai percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semi-residenziali e

residenziali che devono prevedere l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. In tal senso, l'Accordo deve definire linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze.

Standard organizzativi: 1 CdC *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti.

Standard di personale per 1 Casa di Comunità *hub*: 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

Servizi presenti nella Casa di Comunità

Obbligatorie nelle CdC hub e spoke

Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc); Punto Unico di Accesso; Servizio di assistenza domiciliare; Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza; Servizi infermieristici; Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale; Integrazione con i Servizi Sociali; Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione; Collegamento con la Casa della Comunità *hub* di riferimento; Presenza medica H24, 7/7 gg per la CdC *hub*; H12, 6/7 gg. per la CdC *spoke*; Presenza infermieristica H12, 7/7 gg fortemente raccomandato H24, 7/7 gg per la CdC *hub*; H12, 6/7 gg per la CdC *spoke*;

Obbligatorie nelle CdC hub

Servizi diagnostici di base obbligatorio solo per CdC *hub* ; Continuità Assistenziale obbligatorio solo per CdC *hub*; Punto prelievi obbligatorio solo per CdC *hub*

Facoltative nelle CdC hub e spoke

Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori; Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18); Programmi di *screening*.

Raccomandati nelle CdC hub e spoke

Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza; Medicina dello sport

Per un approfondimento si rinvia a: Agenas e Dipartimento di Architettura, ambiente costruito e ingegneria delle costruzioni (ABC), Design & Health Lab del

Politecnico di Milano, [Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità](#), agosto 2022

Centrale operativa territoriale - COT

La Centrale Operativa Territoriale (COT), attiva 7 giorni su 7, ha funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali. Svolge attività territoriali, sanitarie, sociosanitarie ed ospedaliere ed è in contatto costante con la rete dell'emergenza-urgenza.

Si prevede 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

Standard di personale: Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di personale di supporto in coerenza con quanto previsto nella RT di cui all'art. 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021 (ex art. 93, comma 1, del disegno di legge originario, si veda quanto detto *supra* al proposito del personale).

Standard tecnologici e strutturali

Sistemi di tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro; sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina; Infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate con i principali applicativi di gestione aziendale; software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate; sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

Per un approfondimento si rinvia a: Agenas e Dipartimento di Architettura, ambiente costruito e ingegneria delle costruzioni (ABC), Design & Health Lab del Politecnico di Milano, [La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione](#), novembre 2022

Centrale operativa 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale in raccordo con strumenti nazionali e/o territoriali finalizzati alla presa in carico di persone con fragilità. Si prevede 1 Centrale Operativa NEA 116117 (CO 116117) ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale. Servizio aperto e gratuito e attivo 24h 7 giorni su 7 per le cure mediche non urgenti.

Unità di Continuità Assistenziale (USCA)

Viene confermata l'Unità di Continuità Assistenziale nel limite previsto ai sensi dell'art. 1, co. 274, della legge di bilancio 2022. L'USCA 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. 1 Unità di Continuità Assistenziale ogni 100.000 abitanti. Sede operativa: Casa della Comunità *Hub. Standard* di personale: -1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti con l'integrazione di ulteriori figure professionali sanitarie nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

Requisiti tecnologici e strutturali

Strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e la collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP. Può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri. Per questo l'USCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati. L'USCA deve essere inoltre dotata di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

Assistenza Domiciliare

Le Cure domiciliari sono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'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. L'obiettivo atteso è quello previsto dalla Componente 1 della Missione 6 "Salute", *Casa come primo luogo di cura e telemedicina M6C1-I 1.2 - 4-9*, finanziato con 4 miliardi (prestiti), di cui: **2.720 milioni** connessi ai costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti con i servizi connessi all'assistenza domiciliare; **280 milioni** per l'istituzione delle Centrali operative territoriali (COT); **1.000 milioni** per la **telemedicina**. Il traguardo, fisato a T2 2026, è un aumento progressivo delle prestazioni rese in assistenza domiciliare in grado di prendere in carico fino al 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti (1,5 milioni di persone stimate nel 2026). Per raggiungere tale obiettivo dovrà essere aumentato di almeno 800.000 unità entro il 2026 il numero di persone di età superiore ai 65 anni che ricevono assistenza domiciliare.

Gli *standard* organizzativi prevedono: continuità' assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24, nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente, ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità forme previste.

Requisiti tecnologici e strutturali

Alimentazione del Sistema Informativo Assistenza Domiciliare – SIAD; interfaccia e raccordo con la COT attraverso piattaforme digitali, che facilitino l'inserimento dei dati dell'assistito nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Si veda inoltre l'Intesa Stato Regioni 4 agosto 2021 Atto rep. 151/2021 sul documento recante "[Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari](#), in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178" e il D.P.R. DPR 14 gennaio 1997 recante [Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private](#)..

Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità (OdC), operativo 7 giorni su 7, è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. L'obiettivo atteso è quello previsto dalla Componente 1 della Missione 6 "Salute" *Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità M6C1-I 1.3 – 10-11*, finanziato con 1 miliardo. Gli *standard* organizzativi prevedono 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti. Gli *standard* di personale per 1 di Comunità dotato di 20 posti letto sono: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7. L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7. L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati; nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia.

L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

Standard tecnologici e strutturali

Sistemi di raccolta delle informazioni sanitarie attraverso la cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE; sistemi di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina; flusso informativo per rilevare le prestazioni erogate dagli OdC; disponibilità di locali idonei attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative nonché di locali ad uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stireria, servizio mortuario. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.

Per quanto non esplicitato si rimanda all'Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n.17/CSR) recante [Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità](#).

Per un approfondimento si rinvia a: Agenas e Dipartimento di Architettura, ambiente costruito e ingegneria delle costruzioni (ABC), Design & Health Lab del Politecnico di Milano, [Documento di indirizzo per il Metaprogetto dell'Ospedale di Comunità](#), novembre 2022

Rete delle cure palliative

La 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 a livello ospedaliero, 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.

Standard strutturali: 1 di Cure Palliative Domiciliari (UCP - DOM) ogni 100.000 abitanti e 1 Hospice, 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Standard di personale: nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dell'assistenza è assicurata: nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera da un'equipe di cure palliative; nell'ambito ambulatoriale da equipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative; a domicilio del paziente - attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD) - da un'equipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7; all'interno delle strutture residenziali e degli Hospice di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

Requisiti tecnologici e strutturali

Definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali; adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati; raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo.

Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento. La presenza di tali servizi sia nella CdC *hub* che *spoke* è facoltativo.

Standard strutturali: 1 consultorio familiare (CF) ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

In questo caso non sono elencati i requisiti tecnologici e strutturali, si rimanda al D.P.R. del 14 gennaio 1997 recante [Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.](#)

Per approfondimenti si rinvia a:

Agenas, [Salute e Territorio nel PNRR: la rete dell'assistenza delineata dalla Missione 6](#)

I Contratti istituzionali di sviluppo

Il CIS, uno degli strumenti di programmazione identificato dalla normativa nazionale per la Missione Salute del PNRR (art. 56 del decreto legge n. 77 del 2021), contiene l'elenco di tutte le parti individuate per l'attuazione di uno specifico intervento e dei rispettivi obblighi. Allegati al CIS sono presenti documenti tecnici vincolanti per i soggetti attuatori:

- il Piano Operativo Regionale: documento tecnico, redatto e approvato dalla Regione, su indicazioni e con il supporto del Ministero della Salute, tramite l'Agenas. Contiene gli Action Plan per gli investimenti di attuazione regionale;
- gli Action plan: documenti che contengono il cronoprogramma (milestone e target vincolanti) di ogni singola linea d'investimento, con i principali step per il completamento degli interventi nel rispetto delle tempistiche previste.

I CIS sono stati istituiti dall'[articolo 6 del D.Lgs. n. 88 del 2011](#) e sono stati ulteriormente valorizzati con il [decreto-legge n. 91/2017, art. 7](#).

Il [decreto-legge n.77/2021](#) ha esteso anche a questi istituti le norme di accelerazione e semplificazione introdotte per l'attuazione del PNRR.

Successivamente, il decreto del [Ministero della salute 5 aprile 2022](#) ha approvato lo schema di contratto istituzionale di sviluppo (CIS) con l'allegato comprensivo del Piano operativo e delle schede intervento.

I 21 CIS tra il Ministero della salute e ciascuna Regione e Provincia autonoma sono stati sottoscritti entro il 31 maggio 2022, con un mese di anticipo rispetto alla *milestone* prevista dal PNRR (30 giugno 2022).

- **CIS Regione Abruzzo**
- **CIS Regione Basilicata**
- **CIS Regione Campania**
- **CIS Regione Calabria**
- **CIS Regione Emilia Romagna**
- **CIS Regione Friuli Venezia Giulia**
- **CIS Regione Lazio**
- **CIS Regione Liguria**
- **CIS Regione Lombardia**
- **CIS Regione Marche**
- **CIS Regione Molise**
- **CIS PA Bolzano**
- **CIS PA Trento**
- **CIS Regione Piemonte**
- **CIS Regione Puglia**
- **CIS Regione Sardegna**
- **CIS Regione Sicilia**
- **CIS Regione Toscana**

- **CIS Regione Umbria**
- **CIS Regione Valle d'Aosta**
- **CIS Regione Veneto**

Parti contraenti e Soggetti del CIS

- **Amministrazione centrale titolare di intervento:** il Ministero della salute. Il decreto interministeriale Salute/MEF del 15 settembre 2021 ha istituito l'Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR a titolarità del Ministero della salute. L'Unità è articolata in:
 - Ufficio di coordinamento della gestione, che - svolge le funzioni di presidio sull'attuazione degli interventi e sul raggiungimento di *milestone* e *target* (M&T); assicura il coordinamento delle procedure gestionali e finanziarie; emana linee guida per assicurare la correttezza delle procedure; adotta le iniziative necessarie a prevenire le frodi, i conflitti d'interesse ed evitare il doppio finanziamento pubblico.
 - Ufficio di monitoraggio – coordina le attività di monitoraggio e trasmette, al Servizio centrale per il PNRR, i dati di avanzamento finanziario e di realizzazione degli investimenti e delle riforme, nonché l'avanzamento dei relativi M&T.
 - Ufficio di rendicontazione e controllo – trasmette al Servizio centrale per il PNRR i dati necessari per la presentazione delle richieste di pagamento alla Commissione europea; verifica la regolarità delle procedure e delle spese, lo stato di avanzamento finanziario e il raggiungimento di M&T; riceve e controlla le domande di rimborso dei soggetti attuatori; provvede al recupero delle somme indebitamente versate; assicura l'attuazione di iniziative utili a prevenire le frodi, i conflitti di interesse ed evitare il rischio di doppio finanziamento.
- **Soggetto attuatore:** la Regione di riferimento;
- **Soggetto attuatore esterno:** Ente del Servizio sanitario regionale di riferimento al quale viene affidata parte dell'attuazione del progetto finanziato dal PNRR come previsto dall'art. 9 del decreto legge n. 77 del 2021;
- **Tavolo Istituzionale (TI):** l'organismo di concertazione istituzionale tra le Amministrazioni sottoscrittrici del CIS e il Ministero dell'economia e delle finanze. Il TI ha i seguenti compiti: valuta l'andamento delle attività e il rispetto degli impegni previsti dal CIS; verifica, con periodicità almeno semestrale, lo stato di attuazione del Piano Operativo; approva eventuali successive rimodulazioni delle schede intervento e dei finanziamenti proposte dal Responsabile unico del contratto, ed eventualmente modifica

il Piano Operativo, alla luce degli esiti conseguenti all'attuazione dei singoli interventi che lo compongono; approva le proposte di definanziamento, eventualmente necessarie;

- **Responsabile Unico del Contratto (RUC):** responsabile dell'Unità di Missione del Ministero della salute, è il soggetto incaricato del coordinamento e della vigilanza sull'attuazione del CIS, ovvero: coordina il processo complessivo di esecuzione del CIS; acquisisce dai referenti unici delle Parti le informazioni relative allo stato di esecuzione degli impegni assunti e pone in essere tutte le azioni necessarie per accelerare il processo di esecuzione e prevenire ritardi insanabili che possano comportare il ricorso all'attivazione dei poteri straordinari e sostitutivi da parte del Ministro della salute di cui all'art. 12 del decreto legge n. 77 del 2021; acquisisce dal Soggetto attuatore le informazioni relative allo stato di esecuzione dei suddetti interventi; sottopone, su proposta del soggetto attuatore, al Tavolo Istituzionale eventuali rimodulazioni delle schede intervento, ivi compresa la proposta di rimodulazione dei finanziamenti afferenti ai singoli interventi; rende operativi gli indirizzi del Tavolo Istituzionale; riscontra lo stato di avanzamento degli interventi ed il rispetto del cronoprogramma previsto nelle singole schede intervento, al fine di riferire al Tavolo Istituzionale; valida i dati di monitoraggio sull'avanzamento fisico e finanziario degli interventi del PNRR inseriti dal/dai Soggetti Attuatori, nel sistema Unitario "ReGiS".;
- **Nucleo Tecnico (NT):** l'organo tecnico istituito dal Ministero della salute al fine di supportare il RUC nella realizzazione delle attività di sua competenza;
- **Referente unico della Parte:** il rappresentante di ciascuna delle Parti, incaricato di vigilare sull'attuazione di tutti gli impegni assunti nel CIS dalla Parte rappresentata e degli altri compiti previsti nel CIS;
- **Sistema unitario "ReGiS":** il sistema di monitoraggio previsto dall'art. 1, co. 1043, legge 30 dicembre 2020, n. 178, finalizzato a rispondere a quanto stabilito dall'art. 29 del Regolamento (UE) 2021/241 con riferimento alla "raccolta efficiente, efficace e tempestiva dei dati per il monitoraggio dell'attuazione delle attività e dei risultati"; tale strumento si configura come applicativo unico di supporto ai processi di programmazione, attuazione, monitoraggio, controllo e rendicontazione del PNRR;
- **MOP:** il sistema di "Monitoraggio delle opere pubbliche" ai sensi del D. Lgs. 29 dicembre 2011, n. 229.

Per approfondire: Ministero della salute, [Sistema di gestione e controllo Ministero della salute PNRR – M6: Documento descrittivo del sistema di gestione e controllo per l'attuazione degli investimenti e riforme di pertinenza Missione 6 Salute](#), versione settembre 2022.

Il CIS impegna le Parti fino alla completa realizzazione del programma degli interventi definiti nel Piano operativo, nel rispetto delle tempistiche previste per il conseguimento dei connessi *milestone* e target, e comunque non oltre la data del 30 giugno 2026 per gli interventi del PNRR, e può essere modificato o integrato per concorde volontà delle Parti contraenti, previa approvazione da parte del Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento RGS.

Più precisamente, l'articolo 5 del CIS "Soggetto attuatore", individua la Regione/Provincia autonoma, quale Soggetto attuatore degli interventi previsti nel CIS medesimo, impegnandola ad assicurare il rispetto di tutte le disposizioni in materia previste dalla normativa comunitaria e nazionale. Inoltre, il medesimo articolo 5, al comma 1, dalla lett. a) alla lett. ee), elenca 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", inoltre, al comma 2, specifica, altresì, 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. In tal caso 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".

Ferme restando le tempistiche previste per il conseguimento di *milestone* e *target* associati agli interventi oggetto del CIS, il termine di durata può essere prorogato per sopravvenute modifiche, proroghe o necessità del PNRR ed in ragione dello stato di avanzamento degli interventi previsti, previa comunicazione scritta tra le Parti, con preavviso di tre mesi prima della scadenza.

Si ricorda infine che, ai sensi dell'art. 12, comma 1, del decreto legge n. 77 del 2021, è previsto l'**esercizio dei poteri sostitutivi** da parte dello Stato in caso di **inadempienza di un soggetto attuatore - regioni, province autonome di Trento e di Bolzano, città metropolitane, province e comuni** - di progetti o interventi del PNRR.

Più nel dettaglio, la norma specifica che l'**inadempienza** può concretizzarsi:

- nel mancato rispetto di un obbligo o di un impegno assunto;
- nella mancata adozione di atti e provvedimenti necessari all'avvio dei progetti;

- nel ritardo, inerzia o difformità nell'esecuzione di progetti.

In ogni caso, **condizione** per esercitare il potere sostitutivo è che **sia messo a rischio il conseguimento degli obiettivi intermedi e finali del piano**. In tali casi il Presidente del Consiglio, su proposta della Cabina di regia o del Ministro competente, assegna al soggetto attuatore un **termine non superiore a 30 giorni** per provvedere. In caso il soggetto attuatore continui a non provvedere, il Consiglio dei ministri **individua il soggetto cui attribuire**, in via sostitutiva, **il potere di provvedere** ad adottare gli atti o provvedimenti necessari o all'esecuzione dei progetti. L'individuazione del soggetto a cui affidare il potere sostitutivo avviene "**sentito il soggetto attuatore**".

Questi soggetti possono essere sia **un'amministrazione, un ente, un organo, un ufficio** ovvero **uno o più commissari *ad acta*** appositamente nominati.

Il soggetto individuato, per esercitare i poteri sostitutivi, può avvalersi delle società a partecipazione pubblica elencate all'articolo 2 del decreto legislativo n. 175 del 2016, vale a dire le società a controllo pubblico, le società a partecipazione pubblica (anche quotate), le società in *house*.

Gare Invitalia

Invitalia svolge attività di assistenza tecnica e supporto tecnico operativo nella gestione e attuazione di tutti gli interventi del PNRR e PNC per i quali il Ministero della Salute ha funzioni di impulso, indirizzo, coordinamento e sorveglianza. Inoltre, offre supporto tecnico ai Soggetti attuatori dei Contratti istituzionali di sviluppo Salute (16 Regioni e Province autonome - Veneto, Liguria, Abruzzo, Sicilia e Campania non hanno fatto ricorso a Invitalia per un totale di 101 enti del servizio sanitario regionale), gestendo le procedure di gara per l'aggiudicazione di Accordi Quadro multilaterali per i seguenti interventi infrastrutturali: Case della Comunità (in termini sia di nuova edificazione che di ristrutturazione) efficienti sotto il profilo energetico e dotate di attrezzature tecnologiche; attivazione di Centrali operative territoriali (di seguito, "COT"); Ospedali di Comunità (in termini sia di nuova edificazione che di riconversione) rinnovati, interconnessi e tecnologicamente attrezzati; interventi antisismici o di miglioramento strutturale delle strutture ospedaliere per allinearle alle norme antisismiche (intervento riferibile alla Componente 2 della Missione Salute).

Il 20 luglio 2022 sono state pubblicate tre procedure di gara per l'aggiudicazione di Accordi Quadro multilaterali, per affidare i lavori e i servizi tecnici necessari alla realizzazione di 1.189 interventi infrastrutturali per un valore di oltre 3.200 milioni di euro di finanziamenti. La scadenza per la presentazione delle domande di partecipazione/offerta è stata fissata al 14 settembre 2022. Le procedure sono state suddivise in lotti geografici e ogni lotto geografico in sub-lotti relativi alle singole prestazioni necessarie per la realizzazione di lavori o opere pubbliche (servizi tecnici; servizi di verifica della progettazione; lavori; lavori in appalto integrato e servizi di collaudo). Ogni concorrente si è potuto aggiudicare al massimo 4 lotti.

Bandi di gara

[1.2 SALUTE AQ1 | CdC per PNRR - PNC | Sub-lotto Prestazionale 2. Servizi di Verifica: "CASE DELLA COMUNITÀ, OSPEDALI DELLE COMUNITÀ, CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI E OSPEDALI SICURI \[OG1-OG11/E.10-S.03-IA.02-IA.04\]";](#)

[1.1 SALUTE AQ1 | CdC per PNRR - PNC | Sub-lotto Prestazionale 1. Servizi Tecnici: "CASE DELLA COMUNITÀ, OSPEDALI DELLE COMUNITÀ, CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI E OSPEDALI SICURI \[OG1-OG11/E.10-S.03-IA.02-IA.04\]";](#)

[1.4 SALUTE AQ1 | CdC per PNRR - PNC | Sub-lotto Prestazionale 4. Appalto Integrato: "CASE DELLA COMUNITÀ, OSPEDALI DELLE COMUNITÀ, CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI E OSPEDALI SICURI \[OG1-OG11/E.10-S.03-IA.02-IA.04\]";](#)

[1.3 SALUTE AQ1 | CdC per PNRR - PNC | Sub-lotto Prestazionale 3. Lavori: "CASE DELLA COMUNITÀ, OSPEDALI DELLE COMUNITÀ, CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI E OSPEDALI SICURI \[OG1-OG11/E.10-S.03-IA.02-IA.04\]";](#)

[2.1 SALUTE AQ2 | CdC per PNRR - PNC | Sub-lotto Prestazionale 1. Servizi Tecnici: "EDIFICI PUBBLICI SOTTOPOSTI A TUTELA; CASE DELLA COMUNITÀ, OSPEDALI DELLE COMUNITÀ, CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI E OSPEDALI SICURI \[OG2-OG11/E.22-S.03-IA.02-IA.04\]";](#)

[1.5 SALUTE AQ1 | CdC per PNRR - PNC | Sub-lotto Prestazionale 5. Servizi di Collaudo: "CASE DELLA COMUNITÀ, OSPEDALI DELLE COMUNITÀ, CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI E OSPEDALI SICURI \[OG1-OG11/E.10-S.03-IA.02-IA.04\]";](#)

[3.1 SALUTE AQ3 | CdC per PNRR - PNC | Sub-lotto Prestazionale 1. Servizi Tecnici: "CASE DELLA COMUNITÀ, OSPEDALI DELLE COMUNITÀ, CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI E OSPEDALI SICURI \[OG1-OS18A-OS21/E.10-S.03-IA.04\]";](#)

[3.4 SALUTE AQ3 | CdC per PNRR - PNC | Sub-lotto Prestazionale 4. Appalto Integrato: "CASE DELLA COMUNITÀ, OSPEDALI DELLE COMUNITÀ, CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI E OSPEDALI SICURI \[OG1-OS18A-OS21/E.10-S.03-IA.04\]";](#)

[3.5 SALUTE AQ3 | CdC per PNRR - PNC | Sub-lotto Prestazionale 5. Servizi di Collaudo: "CASE DELLA COMUNITÀ, OSPEDALI DELLE COMUNITÀ, CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI E OSPEDALI SICURI \[OG1-OS18A-OS21/E.10-S.03-IA.04\]";](#)

[2.2 SALUTE AQ2 | CdC per PNRR - PNC | Sub-lotto Prestazionale 2. Servizi di Verifica: "EDIFICI PUBBLICI SOTTOPOSTI A TUTELA: CASE DELLA COMUNITÀ, OSPEDALI DELLE COMUNITÀ, CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI E OSPEDALI SICURI \[OG2-OG11/E.22-S.03-IA.02-IA.04\]";](#)

[3.3 SALUTE AQ3 | CdC per PNRR - PNC | Sub-lotto Prestazionale 3. Lavori: "CASE DELLA COMUNITÀ, OSPEDALI DELLE COMUNITÀ, CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI E OSPEDALI SICURI \[OG1-OS18A-OS21/E.10-S.03-IA.04\]";](#)

[2.4 SALUTE AQ2 | CdC per PNRR - PNC | Sub-lotto Prestazionale 4. Appalto Integrato: "EDIFICI PUBBLICI SOTTOPOSTI A TUTELA: CASE DELLA COMUNITÀ, OSPEDALI DELLE COMUNITÀ, CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI E OSPEDALI SICURI \[OG2-OG11/E.22-S.03-IA.02-IA.04\]";](#)

[2.3 SALUTE AQ2 | CdC per PNRR - PNC | Sub-lotto Prestazionale 3. Lavori: "EDIFICI PUBBLICI SOTTOPOSTI A TUTELA: CASE DELLA COMUNITÀ, OSPEDALI DELLE COMUNITÀ, CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI E OSPEDALI SICURI \[OG2-OG11/E.22-S.03-IA.02-IA.04\]";](#)

I contratti istituzionali di sviluppo

Dati di sintesi

Le Tabelle che seguono hanno l'obiettivo di presentare sinteticamente il quadro delle strutture dell'assistenza territoriale futura disegnata dal PNRR. Un primo obiettivo è quello di fotografare le diverse realtà regionali dando conto della numerosità dei presidi territoriali come prevista dalla Ripartizione programmatica delle risorse PNRR operata dal decreto ministeriale 20 gennaio 2020 ed esposta nell'accluso Allegato 1 (Obiettivi Target EU), confrontandola con la numerosità delle medesime strutture calcolata partendo dai singoli CIS regionali.

Più precisamente, i finanziamenti PNRR stanziati prevedono la realizzazione di 1.350 Case della comunità, 600 COT e 400 Ospedali della comunità (Obiettivi Target EU). Analizzando i singoli CIS regionali le strutture risultano in numero superiore: 1430 Case della comunità (80 strutture in più); 611 COT (11 strutture in più); 435 Ospedali della comunità (35 strutture in più). Nelle tabelle le differenze numeriche - tra strutture Target EU e strutture previste dai CIS regionali, ove presenti -, sono evidenziate in neretto.

Per le Case della comunità e gli Ospedali della Comunità è stato inoltre operato un confronto con le Case della salute e gli Ospedali della comunità attivi nel 2020 come risultanti dalla Mappatura contenuta nel Dossier curato dal Dipartimento Affari sociali del Servizio Studi Camera nel 2021.⁶

⁶ Camera dei Deputati, Servizio studi (Dipartimento Affari sociali), "Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale", [Documentazione e ricerche, n. 144, 1° marzo 2021](#).

Case della comunità - CdC

TARGET EU = 1.350

Previste dai CIS REGIONALI = 1.430

	CASE DELLA COMUNITA' – PROSPETTO					
Regione	CdC previste All. 1 Dm 20.1.22	CdC previste dai CIS	Di cui HUB	Di cui SPOKE	Di cui da ristrutturare	Di cui da edificare
Abruzzo	40	40	14	26	33	7
Basilicata	17	19	7	12	9	10
Calabria	57	61	14	47	56	5
Campania	169	172	87	85	125	47
Emilia Romagna	84	85	45	40	61	24
F.V. Giulia	23	23	19	4	14	9
Lazio	107	135	107	28	135	-
Liguria	30	32	22	10	30	2
Lombardia	187	199	199	-	151	48
Marche	29	29	22	7	23	6
Molise	9	13	7	6	12	1
P.A. Bolzano	10	10	5	5	4	6
P.A. Trento	10	10	8	2	7	3
Piemonte	82	82	82	-	66	16
Puglia	120	121	56	65	83	38
Sardegna	50	50	16	34	38	12
Sicilia	146	156	58	98	143	13
Toscana	70	77	57	20	39	38
Umbria	17	17	17	-	17	-
Valle d'Aosta	2	4	-	-	4	-
Veneto	91	95	95	-	71	24
Totale	1.350	1.430	937	489	1.121	309

Case della comunità - Confronto
tra numero delle CdC previste dai CIS Regionali
e
Case della salute risultanti da Mappatura 2020

Regione	CdC previste da CIS	Case della salute attive come da Mappatura 2020	Differenza
Abruzzo	40	n.c	40
Basilicata	19	1	18
Calabria	61	13	48
Campania	172	-	172
Emilia Romagna	85	124	-39
F.V. Giulia	23	-	23
Lazio	135	22	113
Liguria	32	4	28
Lombardia	199	-	199
Marche	29	21	8
Molise	13	6	7
P.A. Bolzano	10	-	10
P.A. Trento	10	-	10
Piemonte	82	71	11
Puglia	121	-	121
Sardegna	50	15	35
Sicilia	156	55	101
Toscana	77	76	1
Umbria	17	8	9
Valle d'Aosta	4	-	4
Veneto	95	77	18
Totale	1.430	493	937

Centrali operative regionali - COT

TARGET EU = 600

Previste dai CIS REGIONALI = 611

Regione	Centrali operative territoriali (COT) - Prospetto			
	COT previste All. 1 Dm 20.1.22	COT previste dai CIS	di cui da edificare	di cui Utilizzano spazi già esistenti
Abruzzo	13	13	2	11
Basilicata	6	6	-	6
Calabria	19	21	7	14
Campania	58	65	14	51
Emilia Romagna	45	45	5	40
F.V. Giulia	12	12	3	9
Lazio	59	59	59	-
Liguria	15	16	3	13
Lombardia	101	101	6	95
Marche	15	15	12	3
Molise	3	3	-	3
P.A. Bolzano	5	5	3	2
P.A. Trento	5	5	5	-
Piemonte	43	43	8	35
Puglia	40	40	4	36
Sardegna	16	16	4	12
Sicilia	49	50	4	46
Toscana	37	37	8	29
Umbria	9	9	7	2
Valle d'Aosta	1	1	1	-
Veneto	49	49	8	41
Totale	600	611	163	448

Ospedali di comunità - OdC

TARGET EU = 400

Previsti dai CIS REGIONALI = 435

Ospedali di comunità – PROSPETTO				
Regione	OdC previsti All. 1 Dm 20.1.22	OdC previsti dai CIS	di cui da edificare	di cui da riconvertire
Abruzzo	10	11	2	9
Basilicata	5	5	1	4
Calabria	15	20	1	19
Campania	45	48	18	30
Emilia Romagna	27	27	13	14
F.V. Giulia	7	7	4	3
Lazio	35	36	1	35
Liguria	10	11	2	9
Lombardia	60	66	14	52
Marche	9	9	3	6
Molise	2	2	-	2
P.A. Bolzano	3	3	3	-
P.A. Trento	3	3	1	2
Piemonte	27	27	3	24
Puglia	31	38	11	27
Sardegna	13	13	1	12
Sicilia	39	43	3	40
Toscana	23	24	11	13
Umbria	5	5	-	5
Valle d'Aosta	1	2	-	2
Veneto	30	35	2	33
Totale	400	435	94	341

<p style="text-align: center;">Ospedali di Comunità –Confronto tra numero delle OdC dal PROSPETTO CIS Regionali e Strutture similari risultanti da Mappatura 2020⁷</p>			
Regione	OdC previsti da CIS	OdC dichiarati attivi come da Mappatura 2020	Differenza
Abruzzo	11	5	6
Basilicata	5	-	5
Calabria	20	-	20
Campania	48	1	47
Emilia Romagna	27	26	1
F.V. Giulia	7	-	7
Lazio	36	-	36
Liguria	11	1	10
Lombardia	66	20	46
Marche	9	14	-5
Molise	2	2	-
P.A. Bolzano	3	-	3
P.A. Trento	3	-	3
Piemonte	27	5	22
Puglia	38	-	38
Sardegna	13	-	13
Sicilia	43	-	43
Toscana	24	20	4
Umbria	5	-	5
Valle d'Aosta	2	-	2
Veneto	35	69	-34
Totale	435	163	272

⁷ Camera dei Deputati, Servizio studi (Dipartimento Affari sociali), “Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale”, [Documentazione e ricerche, n. 144, 1° marzo 2021](#)

I 21 CIS regionali

Abruzzo

• CIS Regione Abruzzo

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse assegnate dal PNRR 89.511.148,93

Finanziamenti regionali: non previsti

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO

ASL e ARIC (Agenzia Regionale di Informatica e Committenza).

3. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE SI

Per approfondire: Openpolis, [Come saranno investiti i fondi del Pnrr per la sanità in Abruzzo](#), novembre 2022

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ - CdC

Risorse assegnate PNRR: euro 58.901.493,13

*TARGET MINIMO REGIONALE 40 - TARGET MASSIMO REGIONALE 40
da edificare 7 – da ristrutturare 33 – di cui 14 hub e 26 spoke*

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

Risorse assegnate PNRR: 4.431.214,41 euro, suddivise tra:

- 2.249.975 euro risorse COT;
- 923.928,96 euro risorse interconnessione aziendale;
- 1.257.310,45 euro risorse *device*.

TARGET MINIMO REGIONALE 13 - TARGET MASSIMO REGIONALE 13

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - OdC

Risorse assegnate PNRR: 26.178.441,39 euro

*TARGET MINIMO REGIONALE 10 - TARGET MASSIMO REGIONALE 11
da edificare 2 – da riconvertire 9*

Basilicata

• CIS Regione Basilicata

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse assegnate dal PNRR 38.223.161,13

Finanziamenti regionali: 2,4 milioni di euro

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO

La Regione intende avvalersi in qualità di soggetti attuatori esterni delle Aziende del SSR – ASP, ASM, AOR San Carlo, IRCCS CROB di Rionero sulla base della competenza territoriale.

3. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE

Le società partecipate dalla regione, gli enti strumentali e le società dove la Regione esercita il controllo ai sensi dell'art. 2359 del CC sono obbligate ad avvalersi della Stazione unica appaltante e soggetto aggregatore della Regione Basilicata - art. 1 L.R. n. 31 del 2015.

Per approfondire: [Comunicato stampa](#) Regione Basilicata del 30 dicembre 2022 sul Provvedimento Generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77;

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ - CdC

Risorse assegnate PNRR: 25.046.297,48 euro

Finanziamenti regionali: 2.400.000,00 euro DGR 945/2013 CAP U52340

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 17 (Target Obiettivo EU) - TARGET MASSIMO REGIONALE 19

da edificare 10 – da ristrutturare 9 – di cui 7 CdC hub e 12 CdC spoke

Le case della comunità saranno realizzate nei comuni di: Sant'Arcangelo, Corleto Perticara, Anzi, Lagonegro, Potenza, Maratea, Vietri di Potenza, Senise, Viggianello, San Fele, Genzano di Lucania, Lavello e Avigliano, per quanto riguarda la provincia di Potenza. In provincia di Matera, invece, saranno realizzate nei comuni di: Ferrandina, Irsina, Garaguso, Tursi, Montalbano jonico e Montescaglioso.

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

Risorse assegnate PNRR: 2.045.175,88 suddivisi tra:

- 1.038.450,00 euro risorse COT;
- 426.428,75 euro risorse interconnessione aziendale;
- 580.297,13 euro risorse *device*.

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 6 - TARGET MASSIMO REGIONALE 6

Le case della comunità saranno realizzate nei comuni di: Sant'Arcangelo, Corleto Perticara, Anzi, Lagonegro, Potenza, Maratea, Vietri di Potenza, Senise, Viggianello, San Fele, Genzano di Lucania, Lavello e Avigliano, per quanto riguarda la provincia di Potenza. In provincia di Matera, invece, saranno realizzate nei comuni di: Ferrandina, Irsina, Garaguso, Tursi, Montalbano jonico e Montescaglioso.

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - OdC

Risorse assegnate PNRR: 11.131.687,77 euro

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 5 - TARGET MASSIMO REGIONALE 5 *da edificare 1 – da riconvertire 4*

Gli Ospedali di Comunità si realizzeranno nei comuni di Muro lucano, Maratea e Venosa (provincia di Potenza), Pisticci e Stigliano (provincia di Matera).

Calabria

• CIS Regione Calabria

Nelle premesse del Piano operativo si specifica che le linee guida e le schede di censimento di immobili e terreni predisposte da AGENAS davano come indicazione principale quella di favorire la ristrutturazione e la riqualificazione di edifici pubblici, di proprietà o comunque nella disponibilità delle Aziende Sanitarie, da destinare alla localizzazione delle strutture previste per l'assistenza territoriale dal PNRR;

Per l'individuazione dei siti sul territorio della Regione Calabria, commissariata da molti anni, si è dovuto tenere conto di alcuni specifici fattori di criticità. Infatti, la popolazione residente nella regione Calabria, che conta 409 comuni, molti dei quali con meno di 5.000 abitanti ed ubicati in zone montane e periferiche, sconta problemi di accesso ai servizi sanitari; le ragioni di tale situazione sono da ascrivere:

- alle elevate distanze medie per raggiungere i presidi ospedalieri e le strutture sanitarie;
- alle carenze della rete assistenziale territoriale e dell'assistenza domiciliare;
- alla rete stradale, di non sempre agevole percorribilità nelle zone montane, che non consente di accedere tempestivamente e facilmente ai presidi sanitari;
- all'inconsistente manutenzione stradale, cui spesso si aggiungono le criticità di un territorio destabilizzato, perché di frequente in frana o soggetto a temibili manifestazioni di dissesto idrogeologico o sismico;
- alle caratteristiche oro – geografiche del territorio.

A queste criticità si associano specifiche valutazioni relative al fabbisogno sanitario e sociosanitario della popolazione di riferimento, relative:

- all'analisi dei dati epidemiologici e demografici propri delle specifiche e diverse comunità locali, spesso afferenti ad un'unica Azienda Provinciale, che sovente può estendersi anche su un vasto territorio comprendente numerosi comuni (ad esempio, l'ASP di Cosenza annovera ben 150 comuni e circa 750.000 abitanti);
- alla mobilità passiva sia extraregionale che intra-regionale;
- all'offerta di salute attuale, inadeguata ad affrontare le patologie conseguenti a fenomeni di povertà diffusa, causa di diseguaglianze sociali,
- alle condizioni di economia locale, particolarmente riferibili alla composizione della popolazione relativa, distinta per qualità/quantità dell'occupazione, per inoccupazione/disoccupazione nonché alla rilevazione della presenza di genere, della popolazione scolare e dell'età anagrafica degli abitanti, indispensabili per designare raggruppamenti comunali ideali cui destinare le nuove strutture e iniziative di prossimità;
- all'assenza, in diverse zone della regione, di strutture sanitarie di riferimento.

La ponderazione di tutti questi fattori ha orientato la localizzazione delle Case di Comunità, delle Centrali Operative Territoriali, degli Ospedali di Comunità e

la loro distribuzione su tutto il territorio regionale, in base ai siti individuati dalle Aziende Sanitarie Provinciali.

In una prima fase di programmazione sono state distribuite sul territorio regionale le strutture sanitarie previste nel Decreto 20 gennaio 2022, del Ministero della Salute, recante la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome, che ha previsto, nella Regione Calabria la realizzazione di n° 57 Case della Comunità, n° 19 Centrali Operative Territoriali e n° 15 Ospedali di Comunità. In una fase successiva è emersa la **necessità di implementare il numero di Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali**, per assicurare una migliore copertura territoriale dei servizi sanitari da erogare ai cittadini calabresi e per assicurare, in ogni caso, il raggiungimento dei target prefissati dal PNRR a livello regionale, scongiurando il rischio di inficiare la riuscita del programma stesso in caso di mancato rispetto dei cronoprogrammi, anche solo di alcuni degli interventi programmati; al riguardo, si è deciso, pertanto, di implementare il programma già definito a valere sulle risorse PNRR assegnate alla Regione Calabria dal citato Decreto 20 gennaio 2022, mediante la programmazione di ulteriori 5 Ospedali di Comunità, 4 Case della Comunità e 2 Centrali Operative Territoriali, **a valere su risorse regionali**.

Nella provincia di **Cosenza** sono state allocate 22 Case delle Comunità, da distinguersi eventualmente nella configurazione differenziata di *Hub* e *Spoke*, 9 ospedali di comunità e 7 COT. I criteri di localizzazione relativi alle Case di comunità hanno favorito presidi posti in zone raggiungibili da diverse direzioni. Per Cosenza si è tenuto conto tenuto conto della presenza di forme organizzative assistenziali, quali UCCP e AFT da integrare funzionalmente con le strutture previste dal PNRR; ultimo criterio di individuazione delle Case di Comunità è stato quello di comprendere, nel proprio bacino di utenza, anche i territori di confine di regioni confinanti in cui non sono presenti strutture sanitarie. Per gli Ospedali di Comunità, invece, si è optato per una collocazione in siti non assistiti da presidi sanitari. Per la collocazione delle Centrali Operative Territoriali, il Piano operativo non fornisce indicazioni precise ma sottolinea che sono stati individuati siti strategici (si veda infra le tabelle relative alla collocazione territoriale). Infine, nella provincia di Cosenza, nel processo di definizione della distribuzione delle nuove strutture di assistenza territoriale, si è tenuto conto della prosecuzione dei lavori finalizzati alla costruzione del Presidio Ospedaliero della Sibaritide, così come della costruzione del nuovo Ospedale *Hub* di Cosenza.

Nella provincia di **Crotone** sono state allocate 6 Case della Comunità, da distinguersi eventualmente nella configurazione differenziata di *Hub* e *Spoke*, 1 Ospedale di Comunità e 2 Centrali Operative Territoriali. L'individuazione dei siti in questo caso, è stata caratterizzata dall'effettuazione di un processo estimativo delle reali condizioni assistenziali sul territorio crotonese, e dall'analisi sui fattori di rischio epidemiologico che affliggono l'ex area industriale (SIN di Crotone).

Nella provincia di **Catanzaro**, sono state previste 11 Case della Comunità, 4 Ospedali di Comunità e n. 4 Centrali Operative Territoriali. Le scelte strategiche per l'individuazione dei siti su cui allocare le strutture sanitarie si sono indirizzate verso l'utilizzo di strutture in disuso da vari anni; una ulteriore considerazione ha riguardato il perseguimento dell'equità assistenziale territoriale da assicurare sia sul versante tirrenico che su quello ionico, generando condizioni di soddisfacimento delle esigenze locali avvertite nella parte collinare-montana adiacente ai versanti.

Nella provincia di **Vibo Valentia** sono state allocate 5 Case della Comunità, da distinguersi eventualmente nella configurazione differenziata di *Hub* e *Spoke*, 2 Ospedali di Comunità e 2 Centrali Operative Territoriali. Il Piano operativo ricorda che nella localizzazione delle Case della Comunità si è tenuto conto della situazione assistenziale della provincia sprovvista di presidi ospedalieri (ai quali si è fatto fronte con l'avvio della realizzazione dell'Ospedale di Vibo Valentia), Per le strutture di comunità si è tenuto conto anche della marginalizzazione dei centri semi-montani assicurando loro una presenza garante di una assistenza fissa h24, con la resa del servizio notturno della continuità assistenziale ben efficientata. Per quanto concerne le COT, l'individuazione dei relativi siti è stata improntata sul principio del baricentrismo rispetto al bacino d'utenza di riferimento.

Nella provincia di **Reggio Calabria** sono state allocate 17 Case della comunità, da distinguersi nella configurazione differenziata di *Hub* e *Spoke*, 4 Ospedali di Comunità e 6 Centrali Operative Territoriali. In questa provincia di confine e ad alta intensità di traffico automobilistico pesante e navale, sono state prese in considerazione le esigenze di fabbisogno epidemiologico generico. Le Case di Comunità sono state allocate utilizzando il patrimonio reso disponibile dal sistema della salute, da quello scolastico-comunale e da quello dei centri per l'impiego. In relazione agli Ospedali di Comunità, sono stati allocati in strutture esistenti sprovviste però di assistenza continuativa e di organici fissi (soprattutto infermieristici), non disattendendo in proposito la necessità di implementazione strutturale, da effettuare nella Calabria grecanica. Infine, per quanto riguarda le COT, si sono intese privilegiare le grandi aree urbane e si tenuto conto della costruzione dell'ospedale della Piana di Gioia Tauro.

Per approfondire: [DCA n. 15 del 01/03/2022](#), Programmazione e individuazione degli interventi previsti nella Regione Calabria dal PNRR - Missione 6 - Componenti 1, realizzativi di n. 57 Case della Comunità (CdC), n. 15 Ospedali di Comunità (OdC) e n. 19 Centrali Operative Territoriali (COT), integrativi dell'assistenza sociosanitaria territoriale della regione Calabria.

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse assegnate PNRR: 128.785.610,51 euro
Finanziamento integrativo regionale : 28.150.586,34 euro

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO

- Azienda Sanitaria Provinciale di COSENZA (ASP CS);
- Azienda Sanitaria Provinciale di CATANZARO (ASP CZ);
- Azienda Sanitaria Provinciale di REGGIO CALABRIA (ASP RC);
- Azienda Sanitaria Provinciale di CROTONE (ASP KR);
- Azienda Sanitaria Provinciale di VIBO VALENTIA (ASP VV);
- Azienda Ospedaliera di COSENZA (AO CS);
- Azienda Ospedaliera di CATANZARO (AO CZ);
- Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini di CATANZARO (AOU CZ);
- Grande Ospedale Metropolitano Bianchi-Melacrino-Morelli-REGGIO CALABRIA (GOM-RC).

Per approfondire: [DCA n. 82 del 22 luglio 2022](#), Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 - Componenti 1 e 2. Contratto Istituzionale di Sviluppo e Piano Operativo Regionale. Approvazione Provvedimento di Delega amministrativa ai Soggetti Attuatori esterni. Assegnazione delle risorse alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

3. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE

Per sostenere la definizione e l'avvio delle procedure di affidamento ed accelerare l'attuazione degli interventi ricompresi nel Piano, la Regione Calabria intende avvalersi della previsione normativa dell'art.10 del Decreto-Legge 31 maggio 2021, n. 77 "Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure", che prevede la possibilità, mediante apposite convenzioni, di avvalersi del supporto tecnico-operativo di società in *house* qualificate ai sensi dell'articolo 38 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (INVITALIA, CONSIP).

La Regione Calabria ha aderito formalmente alla Manifestazione di interesse per la stipula di un Accordo Quadro con INVITALIA, per interventi infrastrutturali PNRR e PNC; sulla base delle indicazioni fornite dalle Aziende del SSR, sono state già definite, per ciascun intervento, le fasi prestazionali (progettazione, verifica, lavori, appalto integrato, collaudo) per cui si intende ricorrere al supporto tecnico-operativo di INVITALIA

Per un ulteriore approfondimento: Corte dei conti – Sezione Controllo Regione Calabria, [Giudizio di parificazione del Rendiconto generale della Regione Calabria](#), dicembre 2022 (sul PNRR pag. 100 e seguenti).

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ - CdC

Risorse assegnate PNRR: 84.677.262,22 euro.

Finanziamenti regionali: 11.885.518 euro di cui: (DGR 174/2022) per efficientamento energetico: 5.885.518,00 euro; (DGR 174/2022) per nuovi interventi: 6.000.000,00 euro.

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 57 - TARGET MASSIMO REGIONALE 61
da edificare 5 – da ristrutturare 56*

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

Risorse assegnate PNRR: 6.476.390,29 euro di cui:

- interventi sugli immobili COT: 3.288.425,00 euro;
- interconnessione COT: 1.350.357,71 euro;
- risorse *device* COT: 1.837.607,58 euro.

Finanziamenti regionali (DGR 174/2022) 1.187.003,34 di cui:

- 489.100,00 euro per efficientamento energetico;
- 348.000,00 euro per nuovi interventi;
- 150.000,00 euro per interconnessione COT;
- 199.903,34 euro per *device*

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 19 - TARGET MASSIMO REGIONALE 21

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - OdC

Risorse assegnate PNRR: 37.631.958 euro.

Finanziamento integrativo regionale 15.078.065 euro di cui:

- 2.578.065,00 euro (DGR 174/2022) per efficientamento energetico;
- 12.500.000,00 euro (DGR 174/2022) per nuovi interventi

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 15 - TARGET MASSIMO REGIONALE 20
da edificare 1 – da riconvertire 19

Campania

• CIS Regione Campania

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse assegnate PNRR: 380.427.784,62 euro

Finanziamenti regionali: 35.484.931 euro

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO:

- ASL Avellino; ASL Benevento; ASL Caserta; ASL Napoli 1 – Centro; ASL Napoli 2 – Nord; ASL Napoli 3 – Sud; ASL Salerno;
- A.O. Cardarelli; A.O. Dei Colli; A.O. San Pio; A.O. Sant'Anna e San Sebastiano; A.O. S. Giuseppe Moscati; A.O.R.N. Santobono Pausilipon;
- A.O.U. Federico II di Napoli; A.O.U. Vanvitelli; A.O.U. S. Giovanni Di Dio e Ruggi D'Aragona. IRCCS Fondazione G. Pascale.

3. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE

Con specifico riferimento alla Component 1, è in corso la pubblicazione di procedure di Accordo Quadro per i servizi tecnici di ingegneria e architettura e successivamente per l'affidamento dei lavori.

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ - CdC

Risorse assegnate PNRR: 249.679.318,00 euro

Finanziamenti regionali: 17.878.079,00 euro. Fondi già impegnati nell'ambito del Perimetro Sanità del Bilancio regionale e appostati nel fondo per il Potenziamento dei Livelli Essenziali d'Assistenza iscritto nel Bilancio della GSA e Consolidato Sanità (#U07000)

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 169 - TARGET MASSIMO REGIONALE 172
da edificare 47 – da ristrutturare 125*

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

Risorse assegnate PNRR: 19.761.491,62 euro, suddivise tra:

- 10.029.815,00 euro risorse COT;
- 4.122.145,00 euro risorse interconnessione aziendale;
- 5.609.531,62 euro risorse *device*.

Finanziamenti regionali: - 1.794.183,00 euro - risorse COT - fondi già impegnati nell'ambito del Perimetro Sanità del Bilancio regionale e appostati nel fondo per il Potenziamento dei Livelli Essenziali d'Assistenza iscritto nel Bilancio della GSA e Consolidato Sanità (#U07000);

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 58 - TARGET MASSIMO REGIONALE 65

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - OdC

Risorse assegnate PNRR: 110.986.975,00 euro

Finanziamenti regionali: 15.812.669,00 euro - fondi già impegnati nell'ambito del Perimetro Sanità del Bilancio regionale e appostati nel fondo per il Potenziamento dei Livelli Essenziali d'Assistenza iscritto nel Bilancio della GSA e Consolidato Sanità (#U07000).

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 45 - TARGET MASSIMO REGIONALE 48
da edificare 18 – da riconvertire 30*

Emilia Romagna

• CIS Regione Emilia Romagna

4. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse assegnate PNRR: 208.013.651,99
Finanziamenti regionali: 1.386.596,87 euro

5. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO:

AUSL Piacenza;
AUSL Parma;
AUSL Reggio Emilia;
AUSL Modena;
AUSL Bologna;
AUSL Imola;
AUSL Ferrara;
AUSL della Romagna;
Azienda ospedaliero universitaria di Parma;
Azienda ospedaliero universitaria di Modena;
Azienda ospedaliero universitaria di Bologna – IRCCS;
IRCCS Istituto ortopedico Rizzoli;
Azienda ospedaliero universitaria di Ferrara.

6. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE

SI. [D.G.R. 27 GIUGNO 2022, N. 1076](#) PNRR Missione 6 Salute: approvazione del format di delega alle Aziende ed Enti del SSR in attuazione dell'art. 5, comma 2, del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)

Per approfondire: Dettaglio degli interventi rinvenibile all'interno della [DGR 21 FEBBRAIO 2022, N. 219](#). [Comunicato Regione Emilia Romagna del febbraio 2022](#).

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ – CdC

La regione Emilia Romagna **oltre alle 84 CdC**, la cui realizzazione è programmata con Fondi PNRR, **intende realizzare un'ulteriore CdC** a Monchio delle Corti (PR), finanziata con fondi regionali. E' previsto un cofinanziamento del Comune di Sorbello di Mezzo (PR) di 300mila euro autorizzato con Delibera di Giunta Comunale n. 186 del 2021 e con Delibera del Consiglio Comunale n. 3 del 2022.

Risorse assegnate PNRR: 124.671.950,69 euro
Finanziamenti regionali: 1.386.596,87 euro – Cap. U51636 del Bilancio di previsione 2020-2022 (DGR 1112 del 12 luglio 2021)

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 84- TARGET MASSIMO REGIONALE 85

da edificare 24 – da ristrutturare 61

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

Risorse assegnate PNRR: 15.338.819,11 euro di cui

- 7.788.375,00 euro risorse COT;
- 3.198.215,63 euro risorse interconnessione aziendale;
- 4.352.228, 48 euro risorse *device*.

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 45 - TARGET MASSIMO REGIONALE 45

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - OdC

Risorse assegnate PNRR: 68.002.882,19 euro

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 27 - TARGET MASSIMO REGIONALE 27
da edificare 13 – da riconvertire 14*

Friuli Venezia Giulia

• CIS Regione Friuli Venezia Giulia

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse assegnate PNRR: 57.031.936,44

Finanziamenti regionali: inizialmente non previsti. Successivamente la [Delibera n. 959 del 1 luglio 2022](#) ha assegnato agli Enti del SSR le risorse finanziarie necessarie a dare copertura agli interventi di investimento finalizzati alla realizzazione delle Case di comunità, degli Ospedali di Comunità e le eventuali opere complementari.

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO:

- ARCS - Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute;
- ASUGI – Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina;
- ASUFC – Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale;
- ASFO – Azienda Sanitaria Friuli Occidentale;
- IRCCS CRO – Centro di Riferimento Oncologico;
- IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo;
- INSEL S.p.a. (ex art. 10 d.l. 77/2021)

3 RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE:

Sì, laddove se ne ravvisi l'opportunità/possibilità

Per approfondire: Corte dei conti - Sezione di controllo della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, [Referto sull'assetto organizzativo dell'assistenza sanitaria territoriale regionale in attuazione della riforma di cui alle leggi regionali 27/2018 e 22/2019, anche alla luce del PNRR](#), luglio 2022

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ - CdC

Risorse assegnate PNRR: 34.256.093,22 euro

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 23 - TARGET MASSIMO REGIONALE 23
da edificare hub 8 da edificare spoke 1 - da ristrutturare hub 11 da ristrutturare spoke 3*

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

Risorse assegnate PNRR: 4.090.351,76 euro, suddivisi tra:

- 2.076.900,00 euro risorse COT;
- 852.857,50 euro risorse interconnessione aziendale;
- 1.160.594,26 euro risorse *device*

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 12 - TARGET MASSIMO REGIONALE 12

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - OdC

Risorse assegnate PNRR: 18.685.491, 46 euro

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 7 - TARGET MASSIMO REGIONALE 7
da edificare 4 – da riconvertire 3*

Lazio

• CIS Regione Lazio

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse assegnate PNRR: 265.056.748,13 euro

Finanziamenti regionali: non previsti

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO:

- ASL ROMA 1, ASL ROMA 2, ASL ROMA 3, ASL ROMA 4, ASL ROMA 5, ASL ROMA 6, ASL VITERBO, ASL RIETI, ASL LATINA, ASL FROSINONE, A.O. SAN CAMILLO FORLANINI, A.O. SAN GIOVANNI ADDOLORATA, A.O.U. POLICLINICO UMBERTO I, IRCCS ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI, IRCCS INMI LAZZARO SPALLANZANI, A.O.U. SANT'ANDREA, FONDAZIONE POLICLINICO TOR VERGATA, ARES 118

D.G.R. 19 luglio 2022, n. 581 "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) e Piano Nazionale Complementare (PNC) - Missione 6 Salute – Componente M6C1 e M6C2 - DGR 332 del 24/05/2022 - Assegnazione delle risorse finalizzate all'attuazione degli interventi previsti nel Piano Operativo della Regione Lazio di cui alla DGR 332/2022" in [BUR Regione Lazio del 26 luglio 2022](#), pag. 228.

3. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE:

M6C1 – Per gli investimenti 1.1 e 1.3 (CDC e ODC) la Regione Lazio intende avviare procedure centralizzate per l'individuazione di professionisti per l'affidamento di Servizi di ingegneria sopra soglia per gli specifici interventi delle Aziende Sanitarie

Per approfondire: [Gli investimenti del PNRR per la Provincia di Rieti](#); [per la Provincia di Viterbo](#); per la Provincia di Roma ([ASL Roma 4](#)) ([ASL Roma 5](#)) ([ASL Roma 6](#)); [per la provincia di Frosinone](#);

Regione Lazio, Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643, Approvazione del documento "[Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77](#)".

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ - CdC

Risorse assegnate PNRR: 158.494.374,81 euro

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 135 - TARGET MASSIMO REGIONALE 135
da ristrutturare 135*

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

Risorse assegnate PNRR: 20.110.896,15 euro, suddivisi in :

- 10.211.425,00 euro risorse COT (all'interno di tale importo sono individuati gli interventi di 59 CUP);
- 4.193.216,04 euro risorse interconnessione (all'interno di tale importo sono individuati gli interventi di 16 CUP, uno per Ciascuna Azienda Sanitaria Locale e/o Ospedaliera);
- 5.706.255,11 euro risorse *device* (all'interno di tale importo sono individuati gli interventi di 16 CUP, uno per Ciascuna Azienda Sanitaria Locale e/o Ospedaliera).

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 50 - TARGET MASSIMO REGIONALE 59

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - OdC

Risorse assegnate PNRR: 86.451.477,17 euro

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 35 - TARGET MASSIMO REGIONALE 36
da edificare 1 – da riconvertire 35*

Liguria

• **CIS Regione Liguria**

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse assegnate PNRR: pari 73.160.735,46 euro

Finanziamenti regionali: 6.745.646,00 euro a favore dell'Investimento 1 – Case della comunità

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO:

• EO Ospedale Evangelico Internazionale, per il corrispondente intervento M6C1 1.1 “Case della Comunità e presa in carico della persona” in quanto realizzato con risorse totalmente a carico dell’Ente.

3. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE

SI, ricorso a procedure di affidamento aggregate avvalendosi di CONSIP e SUAR (Stazione Unica Appaltante regionale).

Per approfondire: da lavocedigenova.it, PNRR, [Missione Salute: Le strutture di offerta territoriale](#), 2022

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ - CdC

Risorse assegnate PNRR: 44.030.926,66 euro

Finanziamenti regionali: 6.745.646,00 euro (245.646,00 + 6.500.000,00):

- intervento Casa di Comunità Distretto Intemelio - Struttura "Eiffel" parco ferroviario di Ventimiglia - cofinanziamento di € 245.646,00 – D.G.R 440 del 20/05/22 capitolo di bilancio n. 5296;
- Casa della Comunità di Genova Bolzaneto, in via Pastorino 32, del costo di € 11.500.000,00, prevede un cofinanziamento di € 6.500.000,00 già assegnato alla ASL3 con la DGR n. 628/2019 a valere sul bilancio regionale, impegnato con Decreto n. 4559 del 31/07/19 (impegno n. 6368 sul capitolo di bilancio n. 5299) e con Decreto n.5198 del 05/09/19 (impegno n.6649 capitolo di bilancio n.5299).

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 30 - TARGET MASSIMO REGIONALE 32
da edificare 2 – da ristrutturare 30*

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

Risorse assegnate PNRR: 5.112.939,71 euro suddivisi tra:

- 2.596.125 euro importo assegnato alla regione dal PNRR risorse COT;
- 1.066.071,88euro importo assegnato alla regione dal PNRR risorse interconnessione aziendale;
- 1.450.742,83 euro importo assegnato alla regione dal PNRR risorse *device*.

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 15 - TARGET MASSIMO REGIONALE 16

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - OdC

Risorse assegnate PNRR: 24.016.869,09 euro

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 10 - TARGET MASSIMO REGIONALE 11
Da edificare 2 – da riconvertire 9

Lombardia

• CIS Regione Lombardia

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse PNRR: 462.831.828,03 euro

COFINANZIAMENTO REGIONALE: 207.329.249,00 euro utilizzati per le tre linee di investimento. Fonte di finanziamento: Regione Lombardia - DGR. n. XI/6282 del 13 aprile 2022 la quale stabilisce che la copertura economica degli interventi previsti nella M6C1 per la parte di co-finanziamento regionale per l'anno 2022 è garantita per l'importo di euro 207.329.249,00 così ripartiti: euro 50.000.000,00 per l'esercizio 2022, dei quali 43 milioni garantiti con DGR n. XI/6027 del 1.03.2022 e 7 milioni garantiti con DGR n. XI/5970 del 14.02.2022 sul capitolo 13.05.203.14176 "investimenti in ambito sanitario"; 157.329.249,00 euro suddivisi sugli esercizi 2023 e 2024, con appostamenti di somme da individuare con i rispetti programmi di investimento del corrispondente esercizio, all'interno dei quali verranno indicati gli estremi dei capitoli di bilancio.

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO

Tutti gli Enti del SSR come da nota trasmessa al Ministero della Salute con allegati gli atti di nomina dei RUP

3. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE

Per l'esecuzione degli interventi di tutte le component Missione 6 si intende procedere, ove possibile, tramite procedure aggregate.

Per approfondire: [Delibera n.7592 del 15 dicembre 2022](#) di attuazione del DM 23 maggio 2022, n. 77 "regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale" - documento regionale di programmazione dell'assistenza territoriale (primo provvedimento).

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ - CdC

Risorse assegnate PNRR: 277.203.041,64 euro

Finanziamenti regionali: 170.254.871,00 euro

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 187 - TARGET MASSIMO REGIONALE 199
da edificare 48 – da ristrutturare 151*

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

IMPORTO ASSEGNATO PNRR 34.427.127,31 euro di cui:

- 17.480.575,00 euro - risorse COT;
- 7.178.217,29 euro - risorse interconnessione Aziendale;
- 9.768.335,02 euro - risorse *device*

Finanziamenti regionali: 4.300.616,00 euro

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 101 - TARGET MASSIMO REGIONALE 101

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - OdC

Risorse assegnate da PNRR: 151.201.659,08 euro

Finanziamenti regionali: 32.773.762,00 euro

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 60 - TARGET MASSIMO REGIONALE 66
da edificare 14 – da riconvertire 42*

Marche

• CIS Regione Marche

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse assegnate PNRR: 70.786.725,87

Finanziamenti regionali: 6 milioni per Case della comunità.

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO

- ASUR - Azienda Sanitaria Unica Regionale;
- Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord";
- Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti";
- I.N.R.C.A –

3. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE

SI, tramite SUAM (Stazione Unica Appaltante Marche) e Invitalia s.p.a

Per approfondire: Marche. [PNRR. Attuazione interventi Rete territoriale \(Dgr 114/22\)](#); [Comunicato della Regione Marche del 14 febbraio 2022.](#)

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ - CdC

Risorse assegnate PNRR 42.494.802,81 euro

Finanziamenti regionali: 6 milioni di euro a carico del bilancio regionale – il D.G.R. n. 271 del 14 marzo 2022 ha approvata la copertura finanziaria di 6 milioni di euro aggiuntivi alle risorse PNRR per gli interventi destinati alla realizzazione delle **Case della Comunità** per 3 milioni sulle disponibilità del bilancio 2022/2024, annualità 2023, a valere sul capitolo 2130120061 e per 3 milioni sulle disponibilità del bilancio 2022/2024, annualità 2024 a valere sul capitolo 2130120066.

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 29 - TARGET MASSIMO REGIONALE 29
da edificare 6 – da ristrutturare 23*

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

Risorse assegnate PNRR: 5.112.939,71 euro suddivisi tra:

- 2.596.125,00 euro risorse COT;
- 1.066.071,88 euro risorse Interconnessione Aziendale;
- 1.450.742,83 euro risorse Device

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 15 - TARGET MASSIMO REGIONALE 15

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - OdC

Risorse assegnate da PNRR: 23.178.983,35 euro

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 9 - TARGET MASSIMO REGIONALE 9
da edificare 3 – da riconvertire 6*

Molise

• **CIS Regione Molise**

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse PNRR: 20.920.544,1 euro

Finanziamenti regionali: non previsti

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO

- Regione Molise
- Azienda Sanitaria Regionale A.S.Re.M.

3. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE

Deve essere data preferenza a modalità di approvvigionamento aggregato oppure mediante CONSIP come da Decreti del Commissario ad Acta della Regione Molise n. 6, 7, 9/2022.

Per approfondire: Regione Molise, [Programma Operativo 2022 – 2024](#) (d'interesse la parte dedicata alla assistenza territoriale, pagg. 28 e seguenti); Regione Molise, [DCA n. 9 del 2022](#) (Nell'allegato localizzazione degli interventi).

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ - CdC

Importo PNRR: 13.775.507,72

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 9 - TARGET MASSIMO REGIONALE 13
da edificare 1 CdC hub – da ristrutturare 6 CdC hub – da ristrutturazione 6 CdC spoke*

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

IMPORTO ASSEGNATO PNRR: 1.022.588,38 euro suddivisi tra:

- 519.225 euro - risorse COT;
- 213.214,38 euro - risorse interconnessione aziendale;
- 290.149 euro - risorse *device*

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 3 - TARGET MASSIMO REGIONALE 3

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - OdC

Risorse assegnate da PNRR: 6.122.448 euro

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 2 - TARGET MASSIMO REGIONALE 2
da riconvertire 2*

PA Bolzano

• CIS PA Bolzano

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse assegnate PNRR: 23.922.710,15 euro

Finanziamenti regionali: 43.375.112,88 euro

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO

Azienda sanitaria Alto Adige / Comuni / Ripartizione 11 Edilizia e Servizio tecnico PAB / Ripartizione 9 Informatica PAB

3. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE

attualmente non previste/da valutare.

Per approfondire: Provincia autonoma di Bolzano – Alto Adige, [Distretti sanitari: approvati progetti di costruzione nuovi e in corso](#), luglio 2022

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ - CdC

Importo PNRR: 14.376.609,77 euro

Finanziamenti regionali: 31.960.266 euro - capitoli di bilancio U0162.1020 e U0162.2090, U13052.0090, U01252.0185

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 10 - TARGET MASSIMO REGIONALE 27
da edificare 6 – da ristrutturare 4*

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

Risorse assegnate PNRR: 1.704.313,23 euro, suddivisi tra:

- 865.375,00 per risorse COT.
- 355.357,29 euro risorse interconnessione aziendale;
- 483. 580,94 euro risorse *device* .

Finanziamenti regionali: 2.848.647,88 euro, suddivisi tra:

- 1.785.818 euro [importo integrativo a carico del bilancio regionale (se presente)] risorse COT e fonte di finanziamento, capitoli del bilancio di previsione pluriennale: U0162.1020 e U0162.2090, U13052.0090;

- 1.062.829,88 euro [importo integrativo a carico del bilancio regionale (se presente)] risorse interconnessione aziendale e fonte di finanziamento, capitoli del bilancio di previsione pluriennale: U13052.0035.

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 5 - TARGET MASSIMO REGIONALE 5

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - OdC

Risorse assegnate da PNRR: 7.841.787,15 euro

Importo integrativo a carico del bilancio regionale: 8.566.199 euro, capitoli del bilancio di previsione pluriennale: U0162.1020 e U0162.2090, U13052.0090.

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 3 - TARGET MASSIMO REGIONALE 11
da edificare 3*

PA Trento

• CIS PA Trento

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse assegnate PNRR: 24.880.896,82

Finanziamenti regionali: 2.723.400,00 euro per Case della Comunità

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO

AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI DI TRENTO COD. 101
(APSS di Trento)

3. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE

SI

Per approfondire: [pagina](#) della PA Trento dedicata agli interventi previsti con le risorse assegnate PNRR.

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ – CdC

Importo PNRR: 14.996.600 euro

Finanziamenti regionali: Risorse già nelle disponibilità di APSS: di cui euro 2.300.000,00 come previsto dalla deliberazione della Giunta Provinciale n. 2370 del 22.12.2014 per il cofinanziamento della Casa della Comunità di Predazzo ed euro 423.400,00 come previsto dalla deliberazione della Giunta provinciale n. 1006 del 17 luglio 2020 in quanto derivanti da riserva fondi conto investimenti mediante rettifica dei contributi provinciali in conto esercizio ai sensi dell'art.29 comma 1 lettera b) del D.Lgs. 118/2011 e ss.mm.

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 10 - TARGET MASSIMO REGIONALE 10
da edificare 3 – da ristrutturare 7*

Per approfondire: [Approvati i Protocolli di intesa per le Case della comunità di Predazzo e Cles](#)

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

IMPORTO ASSEGNATO PNRR: 1.704.313,23 euro, suddivisi tra:

- 865.375,00 per risorse COT.
- 355.357,29 euro risorse interconnessione aziendale;
- 483. 580,94 euro risorse *device* .

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 5 - TARGET MASSIMO REGIONALE 5

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - OdC

Risorse assegnate da PNRR: 8.179.983,59 euro

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 3 - TARGET MASSIMO REGIONALE 3
da edificare 1 – da ristrutturare 2*

Piemonte

• CIS Regione Piemonte

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse assegnate PNRR: 202.885.200,93 euro

Finanziamenti regionali: come evidenziato dalla Deliberazione 22 febbraio 2022, n. 199 – 3824 del Consiglio regionale, le strutture non finanziate dal PNRR sono finanziate nell'ambito del Piano INAIL di investimento immobiliare (fondi ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n.67 – edilizia sanitaria), attraverso iniziative di partenariato pubblico privato o altre tipologie di finanziamenti, come peraltro chiarito dall'Assessore alla Sanità del Piemonte "In merito all'*iter* progettuale delle Case di Comunità legato a finanziamenti esterni al PNRR, lo scorso febbraio abbiamo chiesto al Ministero della Salute l'inserimento degli investimenti immobiliari per le nuove sedi di Oulx (ASL TO3), Cavagnolo (ASL TO4), Carignano (ASL TO) e Canale (ASL CN2) nel DPCM che approva il quadro degli interventi previsti dall'INAIL. Per le Case di Comunità di Alba, Bra, Cortemilia e di Torino (in via Pellico e in via Farinelli) è previsto l'utilizzo dei finanziamenti del programma di investimenti in edilizia sanitaria ([dichiarazione del 4 ottobre 2022](#))".

Il [DPCM 14 settembre 2022 Programma di investimento per iniziative urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria valutabili dall'INAIL](#)”, nei rispettivi Allegati ha poi disposto quanto segue:

[Allegato A](#) "Aggiornamento dell' elenco (allegato A) al D.P.C.M. 4 febbraio 2021"

ASL TO5 Nuovo Ospedale ASL T05 Realizzazione nuovo ospedale 202 milioni

ASL TO5 Nuovo Ospedale ASL T05 Realizzazione nuovo ospedale 155 milioni

ASL CN1 CN1 Savignano Realizzazione nuovo ospedale 195 milioni

AO SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo Realizzazione nuovo ospedale 300 milioni

AO Santa Croce e Carle di Cuneo Realizzazione nuovo ospedale 310 milioni

[Allegato B](#) "Aggiornamento dell' elenco (allegato B) al D.P.C.M. 4 febbraio 2021"

ASL Città di Torino Realizzazione nuovo ospedale 185 milioni

ASL TO4 Ospedale di Ivrea Realizzazione nuovo ospedale 140 milioni

ASL VC S. Andrea Realizzazione nuovo ospedale 155 milioni

[Allegato C](#): Nuovo fabbisogno INAIL

a) Casa di comunità ASL TO 03 presso il Comune di Oulx - Torino, per un importo pari a euro 3.200.000,00;

b) Casa di comunità ASL TO 04 presso il Comune di Cavagnolo, per un importo pari a euro 3.200.000,00;

c) Casa di comunità ASL TO 05 presso il Comune di Carignan», per un importo pari euro 3.200.000,00;

d) Casa di comunità ASL CN 2 presso il Comune di Canale - Cuneo, per un importo pari euro 3.200.000,00.

Qui la [Tabella](#) delle strutture dell'assistenza territoriale secondo la tipologia di finanziamento. Per ulteriori informazioni [pagina di Piemonteinforma](#) dedicata al Piano delle strutture di prossimità.

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO:

- ASL CITTÀ DI TORINO;
- ASL TO3;
- ASL TO4;
- ASL TO5;
- ASL AT;
- ASL AL;
- ASL CN1;
- ASL CN2;
- ASL VCO;
- ASL NO;
- ASL VC;
- ASL BI;
- AO SS. ANTONIO E BIAGIO ALESSANDRIA;
- AOU MAGGIORE DELLA CARITÀ NOVARA;
- AOU S. LUIGI ORBASSANO (TO);
- AOU CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA TORINO;
- AO S. CROCE E CARLE CUNEO;
- AO UMBERTO I MAURIZIANO TORINO.

2. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE

Saranno individuate le soluzioni tecnico-operative procedurali più efficaci a garantire l'esecuzione degli interventi nei tempi previsti nel rispetto della normativa e dei vincoli imposti dal PNRR.

Per approfondire: [Deliberazione del Consiglio regionale 20 dicembre 2022, n. 257 – 25346](#) Decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo

dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale). Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione "Assistenza territoriale nella Regione Piemonte".

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ - CdC

Risorse assegnate PNRR:

- **121.794.657,55 euro come riportato nell'Action Plan facente parte del CIS della Regione Piemonte;**
- **Finanziamenti da Piano INAIL edilizia sanitaria: vedi supra**

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 82 - TARGET MASSIMO REGIONALE 82

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

Risorse assegnate PNRR:

- **14.657.093,81 euro come riportato nell'Action Plan facente parte del CIS della Regione Piemonte** suddivisi tra:
 - 7.442.225,00 € risorse COT;
 - 3.056.072,71 € risorse interconnessione aziendale;
 - 4.158.796,10 € risorse device,.

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 43 - TARGET MASSIMO REGIONALE 43

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - OdC

Risorse assegnate PNRR: - 66.433.449,57 euro

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 27 - TARGET MASSIMO REGIONALE 27

Puglia

• CIS Regione Puglia

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse assegnate PNRR: 269.625.407,61 euro

Finanziamento regionali: 81.622 euro risorse COT sul capitolo 721020 anno 2022, Missione 13 programma 5

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO:

delegate tutte le Aziende Sanitarie Pubbliche del SSR Pugliese - [D.G.R 19 luglio 2022, n. 1023](#), PNRR Missione 6 Salute. Assegnazione risorse alle Aziende Sanitarie - Delega attività ai sensi dell'art. 5 del CIS.

1. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE

SI Maggiori dettagli nelle [DGR 19 luglio 2022, n. 1023](#) e [DGR 15 febbraio 2022, n. 134](#).

Per approfondire: [DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 dicembre 2022, n. 1868](#) "Approvazione schema di Regolamento regionale avente ad oggetto: "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022".

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ - CdC

Risorse assegnate PNRR: 177.224.470,44 euro

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 120 - TARGET MASSIMO REGIONALE 121
da edificare 38 – da ristrutturare 83*

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

Risorse assegnate PNRR: 13.634.505,86 euro, suddivisi tra:

- 6.923.000,00 risorse PNRR COT;
- 2.842.858,33 risorse interconnessione aziendale;
- 3.868.647,53 risorse *device*;

Finanziamento integrativo regionale: 81.622 euro risorse COT sul capitolo 721020 anno 2022, Missione 13 programma 5

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 40 - TARGET MASSIMO REGIONALE 40

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - Odc

Risorse assegnate PNRR: 78.766.431,31 euro

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 31 - TARGET MASSIMO REGIONALE 38
da edificare 11 – da riconvertire 27

Sardegna

• CIS Regione Sardegna

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse assegnate PNRR: 111.844.930,73 euro

Finanziamenti regionali: 10.954.813 euro

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO:

- Azienda regionale della salute (ARES);
- Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS);
- Aziende ospedaliero-universitarie (AOU) di Cagliari e Sassari;
- Azienda socio-sanitaria locale n. 1 di Sassari;
- Azienda socio-sanitaria locale n. 2 della Gallura;
- Azienda socio-sanitaria locale n. 3 di Nuoro;
- Azienda socio-sanitaria locale n. 4 dell'Ogliastra;
- Azienda socio-sanitaria locale n. 5 di Oristano;
- Azienda socio-sanitaria locale n. 6 del Medio Campidano;
- Azienda socio-sanitaria locale n. 7 del Sulcis;
- Azienda socio-sanitaria locale n. 8 di Cagliari.

1. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE SI

Per approfondire: [DELIBERAZIONE N. 37/24 DEL 14 dicembre 2022, Allegato](#) Provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del Decreto 23 maggio 2022, n. 77

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ - CdC

Risorse assegnate PNRR: 73.655.396,58 euro

Finanziamenti regionali: 2.957.008,00 euro - Capitolo di bilancio SC08.9554

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 50 - TARGET MASSIMO REGIONALE 50
da edificare 12 – da ristrutturare 38

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

Risorse assegnate PNRR: 5.453.802,34 PNNR suddivisi tra:

- **2.769.200,00 euro risorse strutture COT;**
- **1.137.143,33 euro risorse interconnessione aziendale**
- **1.547.459,01 euro risorse *device*;**

Finanziamenti regionali: 507.307,00 euro - Capitolo di bilancio SC08.9554

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 16 - TARGET MASSIMO REGIONALE 16

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - OdC

Importo PNRR assegnato: 32.735.731,81 euro

Finanziamenti regionali: 7.490.498,00 euro - Capitolo SC08.9554

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 13 - TARGET MASSIMO REGIONALE 13
da edificare 1 – da riconvertire 12*

Sicilia

• **CIS Regione Sicilia**

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse assegnate PNRR: 330.144.404,75 euro

Finanziamenti regionali: 18.331.310,77 - fonti esclusivamente aziendali o correlate all'attuazione dell'ex art. 20 della legge n.67/88 (edilizia sanitaria). Sul punto [D.A.406/2022](#).

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO:

- ASP Agrigento;
- ASP Caltanissetta; ▪ ASP Catania;
- ASP Enna;
- ASP Messina;
- ASP Palermo;
- ASP Ragusa;
- ASP Siracusa;
- ASP Trapani;
- AOE Cannizzaro di Catania;
- ARNAS Garibaldi di Catania;
- AOUP G. Rodolico – San Marco di Catania;
- AO Papardo di Messina;
- AOUP G. Martino di Messina;
- AOR Villa Sofia Cervello di Palermo;
- ARNAS Civico Di Cristina di Palermo;
- AOUP P. Giaccone di Palermo;
- IRCCS Bonino Pulejo di Messina.

Per approfondire: [D. P. n. 564 del 28 luglio 2022](#) “Soluzioni tecniche/amministrative per l'attuazione del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) del 30/5/2022, concernente la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 e del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC). Autorizzazione per la predisposizione di puntuali provvedimenti amministrativi di delega per gli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) per lo svolgimento di specifiche attività finalizzate alla realizzazione degli interventi in base alla relativa competenza territoriale; Nomina dei Soggetti regionali deputati al coordinamento ed alla vigilanza dell'attuazione del Programma Operativo

Regionale (POR); Costituzione della Struttura tecnica regionale di supporto al “Referente unico della Parte Regionale”.

1. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE

Accordi quadro/Convenzioni CONSIP

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ - CdC

Risorse assegnate PNRR: 216.998.374,36 euro

Finanziamenti regionali: 8.328.909,00 euro vedi *supra*.

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 146 - TARGET MASSIMO REGIONALE 156
da edificare 13 – da ristrutturare 143*

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

Risorse assegnate PNRR: 16.702.308,46 suddivisi tra:

- **8.480.675,00 euro risorse COT;**
- **3.482.501,46 euro risorse interconnessione aziendale;**
- **4.739.093,23 euro risorse device;**

Finanziamenti regionali: 38,77 euro vedi *supra*

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 49 - TARGET MASSIMO REGIONALE 50

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - OdC

Risorse assegnate PNRR: 96.443.721,94 euro

Finanziamenti regionali: 10.002.363,00 euro vedi *supra*.

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 39 - TARGET MASSIMO REGIONALE 43
da edificare 3 – da riconvertire 40*

Toscana

• **CIS Regione Toscana**

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse assegnate PNRR: 173.710.928,53 euro

Finanziamento integrativo regionale: 53.921.202,28 euro

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO:

- Azienda USL Toscana Sud Est;
- Azienda USL Toscana Nord Ovest;
- Azienda USL Toscana Centro;
- Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi;
- Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana;
- Azienda Ospedaliero Universitaria Senese;
- Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer;
- Fondazione Toscana Gabriele Monasterio;
- ESTAR (Ente di supporto tecnico amministrativo regionale);
- ISPRO (Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica)

3. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE

SI

Per approfondire: [Deliberazione 19 dicembre 2022, n. 1508](#) “La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio. 2022, n. 77”.

Regione Toscana, [Il sistema integrato territoriale sociale e sanitario della Toscana. L'architettura di sistema in applicazione del DM 77/2022](#)

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ - CdC

Risorse assegnate PNRR: 104.214.655,81 euro

Finanziamento integrativo regionale e ulteriori risorse da altre fonti di finanziamento: Euro 42.734.609,00

Dettaglio delle ulteriori risorse da altre fonti di finanziamento:

- **Risorse a carico art. 20 (edilizia sanitaria)** pregressi già assegnati e relativo cofinanziamento ai sensi di legge: **13.411.000,00 euro**

◦ DGR n.1019/2020 e DGR n. 1584/20- DGR 965/21 Prosecuzione del programma pluriennale degli investimenti delibera CIPE del 24 luglio 2019 n. 51 Art. 20 L. 67/88 riparto 2019 Cap. 24155 Decreto 21908 del 22/12/2020 (208.046.782,53 euro di cui quota interventi per Case della Comunità 12.078.456,69 euro).

- Altri **finanziamenti statali pregressi** già assegnati: **5.683.535,00** euro:

◦ DGR 682/2020 Piano di bonifica da Amianto finanziato mediante Fondo di Sviluppo e Coesione (FSC) 2014/2020 - Delibera CIPE N. 11/2018 ADDENDUM al Piano Operativo Ambiente. Approvazione dell'elenco delle opere censite "Edifici scolastici" e dell'elenco delle opere censite "Patrimonio edilizio delle Aziende Sanitarie pubbliche del SSR" CAP 42860 (Euro 184.952,00)

◦ DM 16/2/2016 e s. m. i. Conto termico (GSE) (165.000,00 euro)

◦ L. 448/98 Art. 71 Decreto 7038 del 22/11/2001 e Decreto 2181 del 14/05/2008 - Capitolo 24010 (5.333.583,00 euro).

Altri finanziamenti disponibili: 19.682.167,41 euro

◦ Fondo regionale complementare di cui alla DGR n. 1429 del 27 dicembre 2021 "PNRR – Missione 6 Salute – Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" - costituzione del Fondo regionale complementare" e ss.mm.ii., capitolo 24482 Annualità 2022, 2023, 2024; di cui utilizzati per Case della Comunità 19.682.167,41 euro;

Altri finanziamenti disponibili pregressi regionali: 3.957.906,59 euro

◦ Decreto n. 4347 del 29/09/2014 "DGR 466/2014 e s.m.i: Accordo di Programma per la Realizzazione del Nuovo Presidio Ospedaliero delle Apuane (NOA) - Impegno di spesa". CAPITOLO 24133 - 1.800.000,00 euro;

◦ Decreto n. 5133 del 14/11/2011 "Legge n. 244/2007 (Legge finanziaria 2008), art. 2 comma 374 - Cofinanziamento progetti attuativi in materia di "Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute". Impegno e liquidazione". capitolo 26177 – Euro 1.270.000,00 per 5,075,20 euro;

◦ Decreto n. 340 del 26/01/2010 "D.G.R. 802/08 e s.m.i. - "Programma di interventi per il completamento strumentale e strutturale della sanità - Assegnazione risorse per gli anni 2009/2010" - Impegni di spesa per l` anno 2010". capitolo 24133 – Euro 427.427,79;

◦ Decreto n. 13127 del 14/08/2020 "DGR 1061 del 27.07.2020 e s.m.i. - Impegno di spesa delle risorse in c/capitale stanziato nel bilancio di previsione 2020 - 2021 a favore delle Aziende e degli enti del S.S.R a seguito della L.R. 19/2019 - art. 14". capitolo 24482 – Euro 1.725.403,60.

Risorse complessive (PNRR + Cofinanziamento regionale): Euro 146.949.264,00

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 70 - TARGET MASSIMO REGIONALE 77 (di cui 38 da edificare – 39 da ristrutturare)

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

Risorse assegnate PNRR: 12.611.915 euro

- Implementazione COT: 6.403.775,00;
- Interconnessione COT: 2.629.643,96 euro;
- *Device* COT: 3.578.498,97 euro.

Finanziamento integrativo regionale e altri finanziamenti disponibili:

- **Implementazione COT: 174.085,00 Euro.** Fondo regionale complementare di cui DGR n. 1429 del 27 dicembre 2021 “PNRR – Missione 6 Salute – Componente 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” - costituzione del Fondo regionale complementare” e ss.mm.ii., capitolo 24482 Annualità 2022, 2023, 2024.

Risorse complessive: euro 12.786.002 euro

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 37 - TARGET MASSIMO REGIONALE 37

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - OdC

Importo PNRR assegnato: 56.844.357,72 euro

Finanziamento integrativo regionale e ulteriori risorse da altre fonti di finanziamento: 11.012.508,28 euro

- Altri finanziamenti disponibili pregressi regionali già assegnati:
 - 6.934.699,00 euro:
 - DGR 1169/2015 L.R. 77/2013 e 86/2014 - Piano degli Investimenti Sanitari 2014-2016 - Assegnazione di risorse per investimenti agli Enti del Servizio Sanitario Regionale Decreto di impegno n. 6677 del 11/12/2015 CAP 24133 di cui quota PNRR ODC 34.699,00 euro;
 - “DGR 1366/2021 Decreto di Impegno di Spesa n. 23392 del 23/12/2021 a favore delle Aziende e Enti del SSR di un contributo in conto capitale per il rinnovamento del patrimonio strutturale e strumentale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale - Annualità

2021". CAPITOLO 24482 –8.500.000,00 euro di cui quota PNRR ODC 6.900.000,00 euro.

- Altri finanziamenti disponibili 4.077.810,00 euro:
 - Fondo regionale complementare di cui alla Deliberazione Giunta Regionale n. 1429 del 27 dicembre 2021 “PNRR – Missione 6 Salute – Componente 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” - costituzione del Fondo regionale complementare” e ss.mm.ii. capitolo 24482 - Annualità 2022, 2023, 2024 di cui utilizzati per Ospedali di comunità 4.077.810,00 euro.

Risorse complessive: Euro 67.856.866,00

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 23 - TARGET MASSIMO REGIONALE 24 (di cui 11 da edificare e 13 da riconvertire)

Umbria

• CIS Regione Umbria

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse assegnate PNRR: euro 54.443.122,84

Finanziamento integrativo regionale: non presente

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO:

- Azienda USL Umbria 1;
- Azienda USL Umbria 2;
- Azienda Ospedaliera di Perugia;
- Azienda Ospedaliera di Terni.

3. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE

- Accordi quadro conclusi con Consip (Component 2 punto 1.1 “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Digitalizzazione dei DEA”);
- Accordo Quadro per interventi infrastrutturali PNRR-PNC (INVITALIA).

Per approfondire: [USLUmbria1 - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza \(PNRR\) - Missione 6: Salute - Interventi Component 1;](#)

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ - CdC

Risorse assegnate PNRR: 24.570.823,57 euro

Finanziamento integrativo regionale: non presente

Obiettivi regionali

*TARGET MINIMO REGIONALE 17 - TARGET MASSIMO REGIONALE 17
già presenti da ristrutturare*

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

Risorse assegnate PNRR: 3.067.763,83 euro, di cui:

- risorse COT 1.557.675,00;
- risorse interconnessione aziendale 639.643,13euro;
- risorse *device* 870.445,70 euro.

Finanziamento integrativo regionale: non presente

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 9 - TARGET MASSIMO REGIONALE 9

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - OdC

Importo PNRR assegnato: euro 13.402.267,40

Finanziamento integrativo regionale: non presente

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 5 - TARGET MASSIMO REGIONALE 5 da riconvertire

Valle d'Aosta

• CIS Regione Valle d'Aosta

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse assegnate PNRR: 5.731.478,46 euro

Finanziamento integrativo regionale: non presente

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO:

- Azienda USL Umbria 1;
- Azienda USL Umbria 2;
- Azienda Ospedaliera di Perugia;
- Azienda Ospedaliera di Terni.

3. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE

- Accordi quadro conclusi con Consip (Component 2 punto 1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Digitalizzazione dei DEA");
- Accordo Quadro per interventi infrastrutturali PNRR-PNC (INVITALIA).

Per approfondire: [Deliberazione della Giunta regionale n. 1609 del 22 dicembre 2022](#) "Approvazione del documento generale di programmazione dell'assistenza territoriale, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del Decreto del Ministero della salute del 23 maggio 2022, n. 77 e degli atti di programmazione volti a istituire le Associazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS), nonché delle Unità complesse di cure primari (UCCP), ai sensi degli Accordi collettivi nazionali vigenti della medicina convenzionata. Revoca dell'allegato A della dGr 1304/2008".

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ - CdC

Risorse assegnate PNRR: 3.490.032,00 euro

Finanziamento integrativo regionale: non presente

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 4 - TARGET MASSIMO REGIONALE 4
CdC da ristrutturare

C1 - 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

Risorse assegnate PNRR: 335.861,46 euro, suddiviso tra:

- risorse COT 168.150,00 euro;
- risorse interconnessione aziendale 71.071,46 euro;
- risorse *device* 96.640,00 euro;

Finanziamento integrativo regionale: non presente

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 1 - TARGET MASSIMO REGIONALE 1

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - OdC

Importo PNRR assegnato: euro 1.905.585,00 euro

Finanziamento integrativo regionale: non presente

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 1 - TARGET MASSIMO REGIONALE 2

ODC da riconvertire

Veneto

• CIS Regione Veneto

1. RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI

Risorse assegnate PNRR: 225.959.673,76 euro

Finanziamento integrativo regionale: 45.810.100,31 euro

2. SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO:

-

3. RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE

Per approfondire: [DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 42 del 18 gennaio 2023](#) "Definizione delle attività di analisi e monitoraggio delle dotazioni di personale in applicazione del DM 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"

C1 - 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ - CdC

Risorse assegnate PNRR: 135.401.849,69 euro

Finanziamento integrativo regionale: 45.810.100,31 euro su PBA140 della Gestione Sanitaria Accentrata (Azienda Zero) bilancio conto esercizio, DGR 368/2022.

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 91 - TARGET MASSIMO REGIONALE 95
Numero Case della Comunità da edificare: 24 - Numero Case della Comunità da ristrutturare: 71

C1 – 1.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

Risorse assegnate PNRR: 16.702.269,69 euro, suddivisi tra:

- risorse COT 8.480.675,00 euro;
- risorse interconnessione aziendale 3.482.501,46 euro;
- risorse *device* 4.739.093,23 euro.

Finanziamento integrativo regionale: non presente

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 49 - TARGET MASSIMO REGIONALE 49

C 1 1.3: OSPEDALI DI COMUNITÀ - Odc

Importo PNRR assegnato: 73.855.554,38 euro

Finanziamento integrativo regionale: non presente

Obiettivi regionali

TARGET MINIMO REGIONALE 30 - TARGET MASSIMO REGIONALE 35

ODC da edificare: 2 – ODC da riconvertire: 33

