



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DEL CONTROLLO PER LA LOMBARDIA

Presidente Maria Riolo

GIUDIZIO DI PARIFICAZIONE
DEL RENDICONTO GENERALE DELLA REGIONE LOMBARDIA
ESERCIZIO 2022

(art. 1, comma 5, D.L. 10 ottobre 2012, n. 174,
convertito, con modificazioni, dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213)

Relazione allegata

L'assistenza sanitaria territoriale nel PNRR della Lombardia

Consigliere Vittoria Cerasi

Udienza del 14 luglio 2023



CORTE DEI CONTI

Magistrato

Vittoria Cerasi

Hanno collaborato

Francesca Perreca

Michela Ricciardi

Coordinamento

Maria Grazia Mei

con il supporto di

Claudia Barbieri

SOMMARIO

1.	Introduzione	5
2.	Il quadro normativo nazionale	6
2.1	ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE NEL PNRR	6
2.2	LA RIFORMA DELL’ ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	9
2.2.1	<i>La Casa di Comunità</i>	11
2.2.2	<i>Gli Ospedali di Comunità</i>	14
2.2.3	<i>Le Centrali Operative Territoriali</i>	17
2.3	LA RIFORMA DELL’ ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	20
3.	La normativa regionale: applicazione del D.M. n. 77/ 2022	21
3.1	IL CONTRATTO ISTITUZIONALE DI SVILUPPO: STRUMENTO DI PROGRAMMAZIONE NEGOZIATA.	21
3.2	IL MODELLO ORGANIZZATIVO REGIONALE	26
4.	Personale per l’assistenza sanitaria territoriale	34
5.	Inquadramento delle risorse finanziarie per la Regione	40
5.1	RISORSE DEL PNRR PER L’ ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	40
5.2	RISORSE ORDINARIE	41
6.	Realizzazione della riforma dell’assistenza sanitaria territoriale nella Regione Lombardia	43
6.1	INFRASTRUTTURA EDILIZIA DELL’ ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	44
6.2	PERSONALE DEDICATO ALL’ ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	48
6.3	RENDICONTO DELLE RISORSE FINANZIARIE	50
7.	Governance	53
8.	Riscontro istruttorio e controdeduzioni	55
9.	Considerazioni finali	62

Indice delle Tabelle

TABELLA 1 – SCHEMA DI SINTESI.....	19
TABELLA 2 – STRUTTURE PER L’ASSISTENZA TERRITORIALE DELLA REGIONE LOMBARDIA	26
TABELLA 3 – MODELLO ORGANIZZATIVO DEI SERVIZI - REGIONE LOMBARDIA	28
TABELLA 4 – COSTO UNITARIO MEDIO ANNUO PER FIGURA PROFESSIONALE	37
TABELLA 5 – STANZIAMENTI ANNUALI PER IL PERSONALE AGGIUNTIVO NELLE CdC	37
TABELLA 6 – PERSONALE DA ASSEGNARE ALLE CdC	38
TABELLA 7 – COSTO COMPLESSIVO DEL PERSONALE PER LE CdC	39
TABELLA 8 – PERSONALE DA ASSEGNARE ALLE COT – ODC E UCA	39
TABELLA 9 – RIPARTIZIONE RISORSE PNRR PER LA REGIONE LOMBARDIA	40
TABELLA 10 – RISORSE PNRR M6-C1-1.2.1 PER LA REGIONE LOMBARDIA	41
TABELLA 11 – RISORSE PER IL PERSONALE AGGIUNTIVO PER LA REGIONE LOMBARDIA 2022-2026	41
TABELLA 12 – STRUTTURE DA REALIZZARE PREVISTE DALLA LR N. 22/2021.....	44
TABELLA 13 – FABBISOGNO DI PERSONALE PER CdC E COT DELLA REGIONE LOMBARDIA.....	49
TABELLA 14 – FABBISOGNO DI PERSONALE PER ODC DELLA REGIONE LOMBARDIA	50
TABELLA 15 - PNRR – RENDICONTO ESERCIZIO FINANZIARIO 2022	51
TABELLA 16 – STRUTTURE ATTIVE NEL 2022	55
TABELLA 17 – GIORNI DI APERTURA DELLE CdC ATTIVATE.....	56
TABELLA 18 – MEDICI DI MEDICINA GENERALE PRESENTI NELLE CdC ATTIVATE.....	56
TABELLA 19 – FUNZIONI DEI MMG PRESENTI NELLE CdC ATTIVATE	57
TABELLA 20 – PRESENZA DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NELLE CdC ATTIVATE	57
TABELLA 21 – SERVIZI SANITARI PRESENTI NELLE CdC ATTIVATE.....	58
TABELLA 22 – SERVIZI SOCIOSANITARI PRESENTI NELLE CdC ATTIVATE.....	59
TABELLA 23 – FINANZIAMENTO DEL PERSONALE PER LE CdC ATTIVATE.....	59

1 INTRODUZIONE

In questo capitolo, nell’ambito del giudizio di parificazione del rendiconto generale esercizio 2022 della Regione Lombardia, e, in linea con quanto deliberato nella programmazione annuale della Sezione (SRCLOM/40/INPR/2023), viene effettuata la verifica del processo di attuazione degli investimenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che interessano la Missione “Salute” (M6) e riguardano le “Case della Comunità e presa in carico della persona” (M6C1.I-1.1), la “Casa come primo luogo di cura e telemedicina” (M6C1.I-1.2), il “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)” (M6C1.I-1.3). Tale attività, come è noto, trova fondamento, nell’art. 1, comma 5, del D.L. n. 174/2012, che, vede la Corte, annualmente, impegnata ad esprimersi sulla legittimità e regolarità della gestione della Regione per formulare le proprie osservazioni e per proporre le necessarie misure di correzione, al fine di assicurare l’equilibrio del bilancio e migliorare l’efficacia e l’efficienza della spesa.

2 IL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE

Il nuovo quadro dell’assistenza sanitaria territoriale è stato ridefinito con il Decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 che, nell’ambito del PNRR Missione 6 “Salute” Componente 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”, ha riformato l’assetto preesistente della medicina territoriale. A questa riforma legislativa sono seguiti decreti di ripartizione delle risorse alle Regioni e le delibere di attuazione in ambito regionale. L’obiettivo della riforma dell’assistenza sanitaria, territoriale e domiciliare, è quello di superare le criticità emerse durante il periodo dell’emergenza pandemica da Covid-19, introducendo un filtro tra la domanda di assistenza e le strutture ospedaliere. Viene di seguito esposto il quadro normativo che definisce il nuovo assetto dell’assistenza sanitaria territoriale. Le risorse del bilancio statale e regionale complementano le risorse del PNRR e contribuiscono a finanziare l’infrastruttura sanitaria territoriale e il suo funzionamento.

2.1 Assistenza sanitaria territoriale nel PNRR

Il PNRR ha destinato risorse per sostenere la riforma della sanità pubblica a livello territoriale oltre agli investimenti da completare entro il 2026. Le risorse per l’attuazione della Missione 6 Componente 1 del PNRR destinate all’obiettivo di una riorganizzazione complessiva dell’assistenza sanitaria territoriale consistono, a livello nazionale, in 7 miliardi di euro, a cui si aggiungono 500 milioni del Piano Nazionale Complementare (PNC).

Occorre innanzitutto riassumere il quadro delle norme, di rango secondario, con le quali è stato definito il nuovo assetto della sanità territoriale.

Il D.M. Salute del 20/01/2022 “*Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari*” ha stabilito la ripartizione delle risorse alle Regioni e alle Province autonome per i progetti del PNRR e del PNC, immediatamente accertabili dalle amministrazioni attuatrici ai sensi dell’art.5, comma 4 del D.L. 31/05/2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla Legge 29 luglio 2021, n. 108, che ne ha condizionato l’assegnazione,

a pena di revoca, alla sottoscrizione del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) tra ciascuna Regione, o Provincia Autonoma, e il Ministero della Salute entro il 30 giugno 2022. Gli interventi della Missione 6 Componente 1 del PNRR, mirano alla riorganizzazione della rete di assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale, sulla base del principio di prossimità, per rispondere ai bisogni di natura sanitaria e sociosanitaria della popolazione di riferimento. Alla Componente 1 *“Riforma 1 del PNRR: definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale. Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l’assistenza sul territorio”* rivolta al rafforzamento dell’assistenza territoriale, sono associati tre investimenti:

- a) **M6C1I-1.1 “Case di Comunità (CdC) e presa in carico della persona”**. Finanziato con 2 miliardi di euro, mira a creare una rete di punti di accoglienza per gli assistiti, con il compito di indirizzarli verso i servizi di assistenza sanitaria primaria, sociosanitaria e sociale. L’obiettivo finale (Target EU finale T2 2026) è la realizzazione di n. 1.350 CdC sul territorio nazionale.
- b) **M6C1I- 1.2 “Casa come primo luogo di cura e Telemedicina”**. Finanziato con 4 miliardi di euro da dividere tra i seguenti tre sub-investimenti previsti in forma sinergica:
1. **M6C1I-1.2.1 Assistenza domiciliare integrata (ADI)**. Finanziato con 2,72 miliardi di euro. Il progetto mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare per pazienti di età superiore ai 65 anni. L’obiettivo è la presa in carico di almeno 800.000 nuovi pazienti (arrivando a 1,5 milione di pazienti) con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.
 2. **M6C1I-1.2.2 Centrali Operative Territoriali (COT)**. A questo intervento sono destinati 280 milioni di euro. Il sub investimento è suddiviso in diverse articolazioni:
 - 1.2.2.1 “COT” cui sono destinati 103 milioni di euro. L’obiettivo è realizzare n. 600 COT, una COT in ogni Distretto;¹
 - 1.2.2.2 “Interconnessione aziendale” cui sono assegnati 42 milioni di euro;
 - 1.2.2.3 “Device” cui sono indirizzati 58 milioni di euro;

¹ La funzione delle COT è 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).

- 1.2.2.4 “Piattaforma di Intelligenza Artificiale a supporto dell'Assistenza sanitaria primaria”, cui sono destinati 50 milioni di euro, con l'obiettivo di progettare una piattaforma informatica per l'erogazione di servizi digitali;²
- 1.2.2.5 “Portale della trasparenza” cui sono destinati 25 milioni di euro (il potenziamento del Portale già esistente è stato completato entro il termine stabilito del 31 dicembre 2021).

3. M6C1I-1.2.3 utilizzo della Telemedicina. A questo intervento è destinato 1 miliardo di euro. L'obiettivo è assistere, nel 2025, almeno 200.000 pazienti con malattie croniche sfruttando strumenti di telemedicina.³

Per i sub-investimenti M6C1I-1.2.3 (utilizzo della Telemedicina), M6C1I-1.2.2.4 (piattaforma di Intelligenza Artificiale a supporto dell'Assistenza sanitaria primaria) e M6C1I-1.2.2.5 (portale della trasparenza), il soggetto attuatore è l'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (AGENAS)⁴, per gli altri i soggetti attuatori sono le Regioni.

c) **M6C1I-1.3 “Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”**, finanziato con 1 miliardo di euro e mira a realizzare n. 400 Ospedali di Comunità (OdC) (Target EU finale T2 2026) distribuiti sul territorio nazionale, ossia strutture a degenza breve, per lo sviluppo delle cure intermedie tra ospedale e ambulatorio.

² Tali Servizi mirano a supportare, in modo innovativo e attraverso l'utilizzo di tecniche e algoritmi di intelligenza artificiale, i medici e i loro assistiti nel contesto dell'erogazione delle cure primarie e dell'assistenza territoriale all'interno delle Case di Comunità.

³ Il D.M. Salute del 21 settembre 2022 ha approvato le linee guida per i servizi di telemedicina disponendo i requisiti funzionali e i livelli di servizio per garantire l'omogeneità a livello nazionale e l'efficienza nell'attuazione dei servizi di telemedicina. Il Decreto ministeriale, inoltre, ha ripartito analiticamente il sub investimento M6C1-I1.2.3, attribuendo specifica sub-codifica, in 1.2.3.1 "Piattaforma di telemedicina" a cui vengono destinati 250 ml di euro e 1.2.3.2 “Servizi di telemedicina” a cui vengono destinati 750 milioni di euro.

⁴ AGENAS è un Ente pubblico non economico, istituito con Decreto legislativo del 30 giugno 1993 n.266 e s.m.i.. E' un Organo tecnico-scientifico del SSN che svolge attività di ricerca e di supporto nei confronti del Ministro della salute, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 2, comma 357, legge 24 dicembre 2007 n. 244.

2.2 La riforma dell'assistenza sanitaria territoriale

Nell'ambito della Missione 6 Componente 1 del PNRR, una importante riforma della normativa dell'assistenza sanitaria territoriale è stata realizzata⁵ con il D.M. Salute del 23/05/2022 n. 77 *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”* (in breve D.M. n.77/2022).

Con il suddetto Decreto, il legislatore ha definito il processo di riforma quale premessa e punto di partenza per il riordino dell'assistenza sanitaria territoriale. Il Decreto ministeriale⁶ ha adottato il Regolamento recante la definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza primaria, con l'individuazione di standard⁷, qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi, da applicare alle strutture assistenziali su tutto il territorio nazionale.

Lo schema⁸ del Decreto è stato successivamente modificato in osservanza del parere favorevole rilasciato dal Consiglio di Stato il 10/05/2022, richiesto dalle Regioni relativamente ad alcuni aspetti su cui non si era trovata una intesa nella Conferenza Stato-Regioni.⁹ Il parere del Consiglio di Stato infatti segnalava la necessità di distinguere, nell'ambito del provvedimento, le parti prescrittive, di natura normativa e cogente, da quelle meramente descrittive, esplicative o esortative. Di conseguenza, l'allegato al suddetto Decreto, denominato *“Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale del Servizio*

⁵ La Riforma è stata attuata nel secondo trimestre 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. L'obiettivo della riforma è una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con gli standard europei e che consideri il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) come parte di un più ampio sistema di *welfare* comunitario. L'obiettivo della Missione 6 Componente 1, dunque, è di rafforzare il SSN italiano potenziando, tra l'altro, la protezione dai rischi sanitari ambientali e climatici, nonché rispondere al meglio alle esigenze delle comunità in materia di cure e assistenza a livello locale.

⁶ L'adozione del Decreto costituisce una specifica *milestone*, collocandosi in linea con l'attuazione della riforma sulle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima, e costituisce il completamento della riforma dei servizi sanitari già prevista dal Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi circoscritti all'assistenza ospedaliera di cui al D.M. 2 aprile 2015, n. 70, secondo il modello di *clinical governance*. Inoltre, introduce un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, il cui finanziamento è affidato al Piano nazionale complementare (PNC).

⁷ Standard che sono ulteriori rispetto a quelli previsti dal PNRR nazionale alla base degli interventi previsti dalla M6 C1.

⁸ Approvato con delibera motivata dal Consiglio dei ministri del 21 aprile 2022, in sostituzione dell'Intesa in Conferenza Stato-Regioni per poter rispettare i tempi previsti dal PNRR.

⁹ In merito, la Relazione semestrale al Parlamento Sezioni riunite della Corte dei Conti del 30 marzo 2023 n. 23 precisa 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.... 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)”*.

Sanitario Nazionale”, contenente una serie di indicazioni sul modello organizzativo da predisporre, è stato suddiviso in una prima parte con valore descrittivo (Allegato 1) ed una seconda parte, contenente la ricognizione degli standard, con valore prescrittivo (Allegato 2).

L'insieme dei documenti costituisce parte integrante del Decreto stesso, con l'obbligo per le Regioni e le Province autonome di adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del Regolamento, un provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale regionale coerente con quanto previsto nell'Allegato 2 in linea con quanto previsto per la Missione 6 Componente 1. Le Regioni sono chiamate a completare il nuovo assetto entro il 2026.

Il Decreto definisce, inoltre, le caratteristiche organizzative gestionali del Distretto (costituito da circa 100.000 abitanti, variabile a seconda della densità della popolazione e delle caratteristiche orografiche del territorio).

Il Distretto rappresenta il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi sanitari e ha il compito di garantire l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie.¹⁰ Rappresenta, pertanto, una struttura che al suo interno è caratterizzata dalla presenza di realtà territoriali complesse e semplici (CdC, COT ecc.) di cui potrà essere soggetto sovraordinato.¹¹

La programmazione dell'Assistenza territoriale regionale deve prevedere i seguenti standard:¹²

- Casa della Comunità (CdC) hub¹³: almeno una ogni 40.000-50.000 abitanti;

¹⁰ Nel D.M. n. 77/2022 è previsto che: “Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio” e “costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali ... A seconda dei modelli organizzativi regionali, il Distretto può quindi avere responsabilità gerarchiche dirette sulle unità operative territoriali che lo compongono”.

¹¹ L'Allegato 1 al D.M. n.77/2022 (di carattere descrittivo) indica che “Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la funzione di garanzia attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati”.

¹² D.M. n. 77/2022, pagine 13-15.

¹³ La CdC hub: garantisce la presenza di una serie di professionisti, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, e l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina e tele assistenza e relative competenze professionali (cfr. D.M. n. 77/2022).

- Case della Comunità (CdC) *spoke*¹⁴ e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) per favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni di MMG e PLS sono ricomprese nelle CdC avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC): almeno uno ogni 2.000 - 3.000 abitanti (standard da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia e/o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola);
- Unità di Continuità Assistenziale (UCA): almeno un medico e un infermiere ogni 100.000 abitanti;
- Centrale Operativa Territoriale (COT): una ogni 100.000 abitanti (o a valenza distrettuale, nel caso in cui il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore);
- Ospedale di Comunità (OdC): almeno uno dotato di n. 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti.

In quello che segue definiamo con maggiore dettaglio le funzioni delle diverse strutture previste nell'ambito della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale.

2.2.1 La Casa di Comunità

La Casa di Comunità (CdC), definita dal D.M. n. 77/2022 quale *“luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria”*, consiste in una struttura assistenziale di prossimità per la popolazione di riferimento, con un bacino di utenza standardizzato, fisicamente identificabile e facilmente raggiungibile dagli assistiti in termini di accesso, accoglienza e orientamento all'interno del SSN, in grado di erogare ai cittadini l'insieme dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria. Organizzata quale rete assistenziale con un modello *hub e spoke*, deve consentire una maggiore flessibilità rispetto alle esigenze del territorio, con un

¹⁴ La CdC *spoke*: garantisce, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione di una serie di servizi, anche mediante modalità di telemedicina (cfr. D.M. n. 77/2022).

approccio integrato e multidisciplinare nella progettazione ed erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari.¹⁵

La CdC costituendo un progetto di assistenza sanitaria di iniziativa proattiva “*rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un approccio intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull’integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei molteplici ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni, tenendo conto anche della dimensione personale dell’assistito*”, integrando inoltre il sistema ospedaliero caratterizzato da intensività assistenziale.

La normativa nazionale ha disegnato un modello organizzativo delle CdC che garantisca la presenza di Servizi, obbligatori o facoltativi, in relazione alle esigenze sanitarie, servizi che devono essere proporzionati al bacino di utenza di riferimento, e finalizzati alla presa in carico delle persone a partire dal momento dell’accesso. In particolare, sono stati previsti:

- Servizi obbligatori: prestazioni di cure primarie erogate attraverso équipe sanitarie multiprofessionali; 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; Servizio di Collegamento con la CdC *hub* di riferimento; presenza medica h24 per 7/7 giorni per la CdC *hub*; h12 per 6/7 giorni per la CdC *spoke*; presenza infermieristica h12 per 7/7 giorni (fortemente raccomandato per h24 per 7/7 giorni) per la CdC *hub*; h12 per 6/7 giorni per la CdC *spoke*. Obbligatori solo nelle CdC *hub*, e non nelle *spoke*, quelli relativi all’attività diagnostica di base; alla Continuità assistenziale e al Punto prelievi.
- Servizi facoltativi: attività consultoriali e rivolte ai minori; Interventi di Salute pubblica (comprensivi delle vaccinazioni per la fascia 0-18 anni) e i Programmi di *screening*;

¹⁵ “L’integrazione degli interventi sanitari e di integrazione sociale resta subordinata alla sottoscrizione dell’Intesa in Conferenza Unificata prevista dalla legge di bilancio per il 2022 ai fini della definizione delle linee guida per l’attuazione degli interventi e l’adozione di atti di programmazione integrata, assicurando l’omogeneità del modello organizzativo degli ATS e la ripartizione delle risorse per il finanziamento dei LEPS, e di quella prevista dal DPCM del 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei LEA per la sanità sulle linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione dell’area sanitaria e di quella dei servizi sociali e sulle modalità di utilizzo delle risorse” (Focus - Relazione Ufficio parlamentare del Bilancio del 13/03/2023).

- Servizi raccomandati: salute mentale; dipendenze patologiche; neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza; Medicina dello Sport.

Dal punto di vista della programmazione delle CdC, tenuto conto che il D.M. n. 77/2022 prevede la presenza di n. 1 CdC *hub* ogni 40.000 – 50.000 abitanti,¹⁶ riveste fondamentale importanza la localizzazione della CdC per tipologia di contesto di riferimento, anche utilizzando edifici esistenti e/o con la realizzazione di nuove costruzioni, nonché il dimensionamento della CdC rispetto al territorio di appartenenza, alla presenza e il livello dei servizi previsti.

Sulla base dei profili di utenza e delle attività che vengono erogate, in base a quanto indicato dal D.M. n. 77/2022, l'organizzazione della CdC è articolata in macroaree omogenee, all'interno delle quali le unità spaziali sono raggruppate per tipologia di funzioni da erogare (servizi sanitari, cure primarie, servizi logistici, ecc.) alle quali corrispondono aree funzionali sanitarie e non sanitarie:

- Macroarea Specialistica. Sono presenti tutti i servizi di natura sanitaria (Area diagnostica di base); Area prelievi con il punto prelievi (destinata in caso di esigenza ad Area vaccinazioni); Area ambulatoriale specialistica;
- Macroarea Cure primarie. Sono previsti gli ambulatori visita dei medici di medicina generale (MMG), dei pediatri di libera scelta (PLS), degli infermieri di famiglia e di comunità (IFoC);
- Macroarea Assistenza di Prossimità. Include tutti i Servizi relativi: all'assistenza medica h24/h12 per continuità assistenziale h24/7 giorni o h12/6 giorni; ai servizi infermieristici; al Punto Unico di Accesso (PUA), sanitario ed amministrativo; all'integrazione con i Servizi Sociali¹⁷; all'Assistenza Domiciliare e all'Unità di Continuità Assistenziale (ADI e UCA); ai Servizi per la Comunità;¹⁸

¹⁶ Mentre il numero di CdC *spoke*, quali presidi di supporto agli *hub*, può variare in relazione alle diverse istanze locali e geografiche.

¹⁷ Con spazi per gli assistenti sociali, che prevedono una integrazione con i Servizi sociali con la presenza anche solo di un assistente sociale. Cfr. AGENAS – Piano industriale Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità 2022.

¹⁸ In relazione alle indicazioni definite dal D.M. n.77/2022, le aree funzionali vengono definite Obbligatorie o Facoltative rispetto alla tipologia *hub* e *spoke*.

- Macroarea Servizi Generali e Logistici. Riguarda i Servizi Generali (in cui rientrano tutti i servizi di accoglienza sia per gli utenti e il personale sanitario, aree direzionali e amministrative, ecc.); l'area Logistica (aree dei magazzini economici, gli archivi, i servizi informativi, l'isola ecologica, ecc.) e i Locali Tecnici.¹⁹

Lo standard di personale per ciascuna CdC *hub* prevede: n. 7-11 Infermieri, n. 1 assistente sociale, n. 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

La CdC rappresenta in sostanza un nodo centrale della rete dei servizi territoriali, sotto la direzione del Distretto, mediante l'adozione di meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

- Rete Intra-CdC, definita dalla messa in rete delle figure professionali che operano all'interno delle CdC;
- Rete Inter-CdC, con l'obiettivo di mettere in relazione la CdC *hub* con le sue CdC *spoke*, avente lo scopo di erogare servizi in maniera più ampia e diffusa possibile;
- Rete Territoriale, sistema con il quale le CdC vengono messe in rete con le altre strutture sanitarie territoriali come Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Ospedali di Comunità (OdC), *Hospice* e rete delle cure palliative, RSA e altre strutture intermedie e servizi;
- Rete Territoriale Integrata, che pone le CdC a sistema con l'attività ospedaliera. In questo caso è fondamentale il ruolo delle piattaforme informatiche, che hanno il compito di inviare i pazienti delle CdC a strutture alternative che possano garantire prestazioni ospedaliere ambulatoriali specialistiche, soprattutto in caso di malattie croniche ad alta complessità.²⁰

2.2.2 Gli Ospedali di Comunità

Gli Ospedali di Comunità (OdC) sono strutture sanitarie di ricovero, che rispondono alle esigenze di pazienti che richiedono un'assistenza infermieristica continuativa e un'assistenza medica programmata o su specifica necessità. Il D.M. Salute del 2/04/2015 n. 70, riguardante l'individuazione degli standard ospedalieri già prevedeva questo tipo di

¹⁹ Cfr. AGENAS – Piano industriale Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità 2022.

²⁰ Ibidem.

struttura, definendola “*struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l’assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche”.*

La Conferenza Stato-Regioni aveva raggiunto, il 20 febbraio 2020, l’intesa sulla definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi degli OdC. In particolare, sottolineando il ruolo di tali strutture, li ha definiti “*di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio”.*

Gli OdC svolgono, dunque, una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero e si rivolgono prioritariamente al bisogno degli assistiti del Distretto in cui sono situati. Vi possono accedere pazienti con patologie acute minori che non necessitano del ricovero ospedaliero, oppure pazienti con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine, che provengono dal domicilio (su indicazione del MMG o dell’UCA), dal Pronto Soccorso o da presidi ospedalieri per acuti (dimissione), quando per il paziente non sia possibile tornare immediatamente al proprio domicilio.

Caratteristica principale dell’OdC è il forte indirizzo infermieristico ed il loro utilizzo sia per la presa in carico dei pazienti, nelle fasi post ricovero ospedaliero, sia per tutti quei casi in cui c’è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente. La responsabilità igienico sanitaria e clinica complessiva della struttura resta in capo ad un medico²¹, mentre la responsabilità organizzativa è invece affidata ad un responsabile infermieristico.²² A coadiuvare il servizio di assistenza infermieristica saranno gli Operatori Socio-Sanitari, in coerenza con gli obiettivi del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e

²¹ Un dirigente medico dipendente dell’azienda sanitaria o un MMG dedicato.

²² Cfr. D.M. n. 70/2015, secondo quanto previsto dall’Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020 .

in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti coinvolti (es. assistenti sociali, fisioterapisti, specialisti).²³

Lo standard previsto di personale per ciascun OdC, dotato di n. 20 posti letto è di: n. 7-9 Infermieri (di cui un Coordinatore infermieristico), n. 4-6 Operatori Sociosanitari, n. 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un medico.

L'OdC deve essere operativo per 7/7 giorni e l'assistenza infermieristica è garantita per h24 per 7/7 giorni.

Il D.M. n. 77/2022 prevede che l'assistenza medica sia *“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”*.

Quale struttura sanitaria territoriale che si pone tra l'ospedale per acuti, l'assistenza domiciliare integrata e/o i complessi residenziali assistenziali, l'OdC può avere una sede propria, oppure può essere collocato in una CdC, o in strutture sanitarie polifunzionali, o ancora presso strutture residenziali sociosanitarie (RSA ecc.), oppure ancora essere situato in una struttura ospedaliera, sempre comunque riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale.²⁴

Le funzioni degli OdC, i cui Servizi sono stati classificati secondo 2 macroaree omogenee, sono:

- Macroarea Degenza, ospita tutti i servizi di natura sanitaria;
- Macroarea Generali e Logistici, accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura. In caso di OdC realizzato all'interno di poli ospedalieri o edifici sanitari già operativi, oppure di OdC integrati con CdC e/o COT, diverse aree funzionali non sanitarie afferenti a questa Macroarea possono essere in comune e/o condivisione.

²³ Cfr. Agenas - Documento di indirizzo per il metaprogetto dell'Ospedale di Comunità - novembre 2022.

²⁴ Ibidem.

2.2.3 Le Centrali Operative Territoriali

Le Centrali Operative Territoriali (COT) sono strutture con funzioni di coordinamento sia della presa in carico della persona sia di raccordo tra professionisti coinvolti. Le COT svolgono una funzione di supporto in *back office* con lo scopo di facilitare il passaggio dei pazienti da un *setting* di cura e assistenza ad un altro. Sul territorio nazionale esistono già delle Centrali Operative²⁵ per la gestione delle emergenze, alle quali verranno dunque affiancate le COT, per una copertura più capillare e un servizio più prossimo all'utente finale.

Lo standard di personale previsto per ciascuna COT, che deve essere operativa per 7/7 giorni, è: un Coordinatore infermieristico, n. 3-5 Infermieri, n. 1-2 unità di personale di supporto in coerenza con quanto previsto nella Relazione Tecnica di cui all'art. 1, comma 274, della Legge n. 234/2021 (Legge di bilancio 2022).

Le COT possono essere così classificate:

- Centrali Operative 112 e 118, dedicate alla gestione dell'emergenza-urgenza;
- Centrale Operativa Regionale 116117, che fa riferimento al Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti, in aiuto ai cittadini per l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari, al fine di evitare ricorsi inopportuni alle strutture ospedaliere e al pronto soccorso;
- Centrale Operativa Regionale, che agisce mediamente su un bacino di utenza di 1-2 milioni di persone, e fornisce informazioni sull'offerta dei servizi territoriali erogati e sulla loro modalità di accesso;
- Centrale Operativa Territoriale di Distretto, nuova struttura prevista dal PNRR, per una copertura ancora più capillare del territorio, con un bacino di utenza di circa 100.000 abitanti (corrispondenti al Distretto), di coordinamento dei servizi tra utenti, CdC, OdC e altre strutture sociosanitarie sul territorio.

L'obiettivo delle COT è dunque quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitari.

²⁵ Quali le Centrali 118 e le Centrali Operative NUE 112 e quelle esistenti in alcune Regioni per le attività del territorio, e quelle in stato di attuazione come le Centrali Operative NEA 116117.

Dal punto di vista della loro localizzazione, le COT possono essere posizionate sia in presidi autonomi a proprio utilizzo esclusivo (di nuova realizzazione o edifici esistenti), sia ospitate all’interno di strutture sanitarie già operative (edifici e/o porzioni della struttura), sia nei nuovi presidi della sanità territoriale (CdC e OdC), RSA, ospedali generali e/o strutture similari.²⁶

A partire dal D.M. n. 77/2022 le funzioni operative delle COT sono state classificate secondo due macroaree:

- Macroarea Centrale Operativa, ospitante la sala operativa e i relativi uffici direzionali e amministrativi;
- Macroarea Servizi Generali e Logistici, accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici.²⁷

Il dimensionamento delle COT può variare rispetto alla tipologia di presidi sanitari in cui vengono collocate e dalla loro organizzazione.²⁸

L’intero modello del servizio sanitario territoriale, così ripensato attraverso le CdC, gli OdC e le COT, è inteso a rappresentare un sistema diffuso in grado di soddisfare tutta l’offerta extra-ospedaliera, integrata con il servizio sociale e in grado di rispondere alle diverse esigenze di assistenza di persone e famiglie con bisogni di salute semplici e complessi. Di conseguenza, gli obiettivi e le finalità della nuova rete sanitaria territoriale sono indirizzati a conseguire un’erogazione di servizi sempre più mirati ed appropriati, utilizzando i diversi setting assistenziali a propria disposizione (ospedaliero, residenziale/domiciliare, pubblico/privato accreditato) e utilizzando maggiormente le risorse della comunità, che sono più prossime al paziente (famiglia, servizi, rete formale e informale).

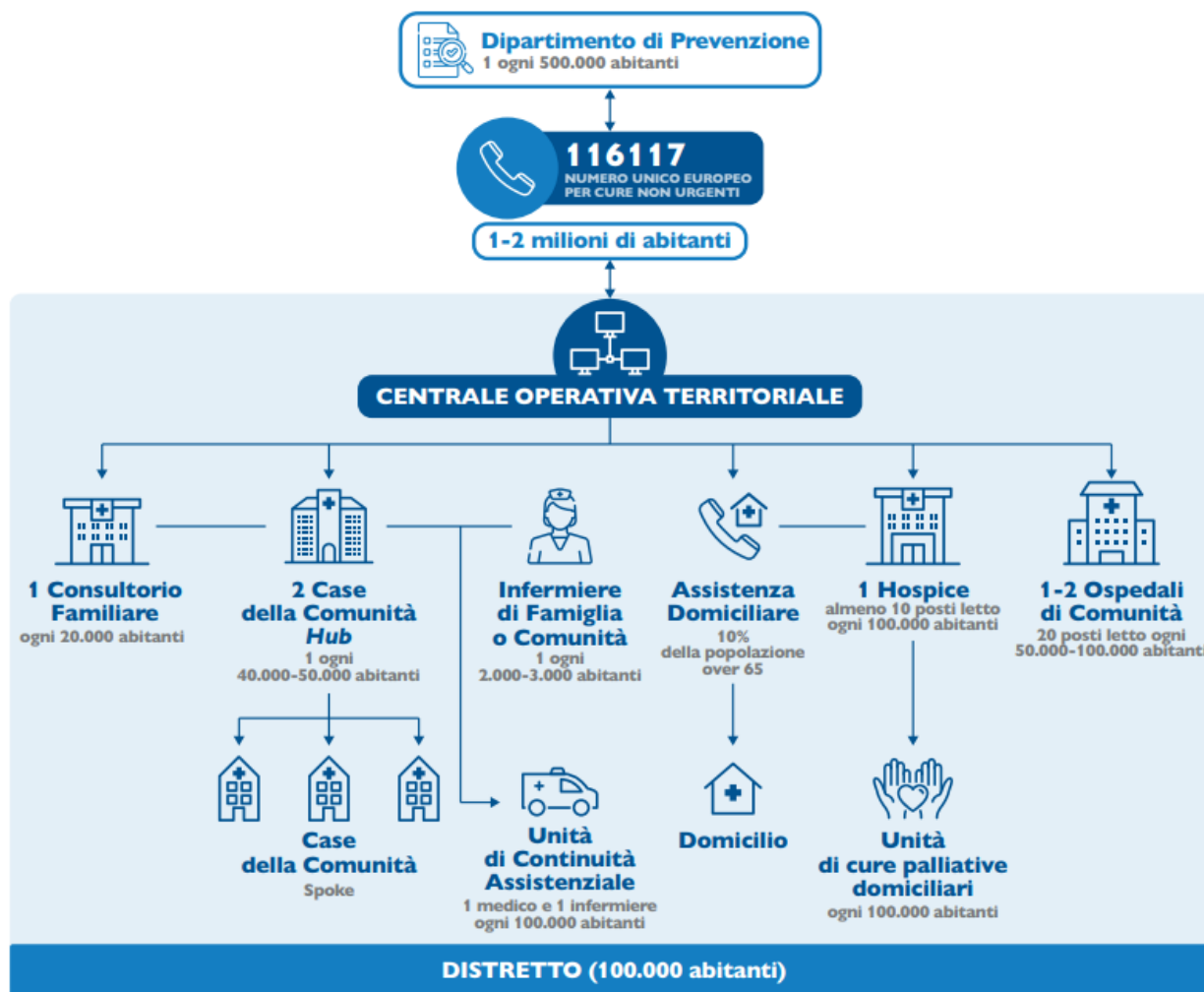
Nella tabella che segue viene rappresentato schematicamente il nuovo modello organizzativo così come descritto dal D.M. n. 77/2022.

²⁶ Cfr. AGENAS – Documento di indirizzo per il metaprogetto dell’Ospedale di Comunità – novembre 2022.

²⁷ Questa macroarea è suddivisa in: servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, ecc.); servizi logistici (magazzini, depositi, ecc.); locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).

²⁸ Per quanto non previsto dal D.M. n. 77/2022, per le COT lo stesso rinvia al D.P.R. del 14/01/1997 e all’Accordo Stato-Regioni del 15/09/2016.

Tabella 1 – Schema di Sintesi



Fonte: AGENAS – Piano industriale Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità 2022

Il Regolamento dell'assistenza sanitaria territoriale adottato dal D.M. n. 77/2022, disciplina un'attività di verifica, affidata all'AGENAS, che ha il compito di elaborare con cadenza semestrale una relazione, da inviare al Ministero della Salute, sullo stato di attuazione e di implementazione degli standard individuati e del sistema di prevenzione, ambientale e climatico in ogni Regione e Provincia autonoma, con l'applicazione delle conseguenze previste per legge in caso di mancato raggiungimento degli stessi.

Il monitoraggio costituisce adempimento obbligatorio ai fini del finanziamento integrativo del SSN²⁹ e deve essere effettuato nell’ambito del Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).³⁰

Il Regolamento non è intervenuto invece sugli standard per la salute mentale, tema tuttavia affrontato nell’ambito della nuova metodologia di determinazione dei fabbisogni di personale, sul cui schema è stata raggiunta l’Intesa il 21 dicembre 2022, da applicare in via sperimentale per gli anni 2022, 2023 e 2024 (D.L. n. 35/2019, convertito con L. n. 60/2019 e L. n. 234/2021).

2.3 La riforma dell’assistenza domiciliare integrata

All’interno del D.M. n. 77/2022 (All.2 parte prescrittiva) è prevista, anche, l’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), quale servizio che garantisce l’assistenza presso il proprio domicilio, rivolta a pazienti che necessitano di cure mediche ed infermieristiche caratterizzate da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile, sia per rafforzarlo³¹, sia per la sua riorganizzazione, che implica da un lato l’entrata in funzione delle COT³² e, dall’altro, la diffusione della telemedicina, con l’obiettivo di almeno un progetto per Regione (o per consorzi tra Regioni) entro il 2023.

A seguito dell’Intesa sullo *“schema di decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze concernente la ripartizione delle risorse PNRR – Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.1 – Assistenza Domiciliare”*, è stato adottato il D.M. del 23/01/2023 *“Riparto risorse assistenza domiciliare ADI fondi PNRR”*, che ha assegnato le risorse relative all’investimento M6-C1-1.2.1 - *“Casa come primo luogo di cura (ADI)”* del PNRR, corrispondenti a circa 5 miliardi di euro in cinque anni.

²⁹ Ai sensi dell’art.2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e dall’articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

³⁰ Art. 9 - Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sancita in data 23 marzo 2005.

³¹ Con l’obiettivo di prendere in carico almeno 800.000 nuovi pazienti oltre i 65 anni di età (arrivando a 1,5 milioni).

³² N. 600 COT entro il 2024.

3 LA NORMATIVA REGIONALE: APPLICAZIONE DEL D.M. N. 77/ 2022

A fronte del suddetto quadro normativo-organizzativo a livello nazionale, la Regione Lombardia ha adottato diversi atti prodromici all’applicazione della riforma a livello regionale.

In particolare, il contenuto delle delibere regionali, DGR n. XI/5373 dell’11/10/2021, DGR n. XI/5723 del 15/12/2021, DGR n. XI/6282 del 13/04/2022,³³ ha trovato compimento con la stipula del “Contratto Istituzionale di Sviluppo” (CIS), che ne ha cristallizzato il disegno, fissandone i numeri e la declinazione della rete infrastrutturale dell’intervento M6C1 per la Regione Lombardia. In particolare, con la DGR n. XI/5723 del 15/12/2021, in superamento di quanto stabilito in precedenti provvedimenti, la Regione Lombardia ha definito la localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di n. 218 CdC, n. 71 OdC e n. 101 COT. Confermandone la graduale e progressiva attivazione di almeno due CdC e di un OdC in ciascuna delle ATS lombarde a partire dal 31 dicembre 2021.

3.1 Il Contratto Istituzionale di Sviluppo: strumento di programmazione negoziata.

In considerazione della dimensione e complessità degli interventi del PNRR è stato individuato lo strumento di programmazione negoziata denominato “Contratto Istituzionale di Sviluppo” (CIS).³⁴ Il CIS mira ad accelerare la realizzazione di progetti

³³ Con la DGR n. XI/6282 del 13/04/2022, in conformità ai *target* obiettivo individuati per la Regione Lombardia dal D.M Salute del 20/01/2022, è stata stabilita la copertura economica per la parte di cofinanziamento regionale per l’anno 2022 per l’importo complessivo di 207.329.249,00 euro, da aggiungersi alle risorse del PNRR assegnate alla Regione Lombardia per la Missione 6 Componente 1.

³⁴ I CIS sono stati istituiti dall’articolo 6 del decreto legislativo n. 88/2011, che disciplina le risorse aggiuntive e le misure speciali per affrontare gli squilibri economici e sociali. I progetti che vi sono inclusi possono essere finanziati utilizzando risorse provenienti sia dalle politiche di cooperazione dell’Unione europea e dal Fondo per lo Sviluppo e la Cooperazione, sia da altre risorse nazionali che contribuiscono alla coesione economica, sociale e territoriale del Paese. Successivamente, sono stati ulteriormente potenziati dall’articolo 7 del decreto-legge n. 91/2017 e successivi emendamenti. Recentemente, l’articolo 14 del decreto-legge n. 77/2021 e successivi emendamenti ha esteso anche ai CIS le norme di accelerazione e semplificazione introdotte per l’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). In particolare, ai sensi del 2 comma, art. 6 del D.Lgs. 88/2011, per ogni intervento o categoria di interventi o programma, il CIS definisce il cronoprogramma, le responsabilità dei contraenti, i criteri di valutazione e di monitoraggio e le sanzioni per le eventuali

strategici di importanza nazionale, interregionale e regionale, funzionalmente correlati tra loro. Nel caso oggetto di studio, si tratta di un contratto da stipularsi tra ciascuna Regione o Provincia autonoma, qualora sia soggetto attuatore, e il Ministero della Salute, quale soggetto titolare della Missione 6, con il compito di definire, per la Componente 1, la geografia dell’assistenza territoriale e la disciplina da applicare in caso di eventuali inerzie, ritardi o inadempienze ai sensi dell’art. 12 del decreto-legge del 31/05/2021 n. 77 (“*Governance del PNRR*”), anche ai fini dell’attivazione del potere sostitutivo da parte del Ministro della Salute.

I documenti tecnici, integranti il CIS, e vincolanti per i soggetti attuatori, ad esso allegati sono:

- il Piano Operativo Regionale (POR): 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: contengono il cronoprogramma (*milestone* e *target* vincolanti) di ogni singola linea d’investimento, con i principali passaggi per il completamento degli interventi nel rispetto delle tempistiche previste.

Invitalia è il soggetto attuatore dei CIS e supporta le amministrazioni con attività economiche, finanziarie e tecniche, nonché in qualità di Centrale di committenza e Stazione appaltante.

L’intesa sugli schemi del CIS e del POR è stata raggiunta in Conferenza Stato-Regioni il 30 marzo 2022 e il Decreto di approvazione dello schema del CIS, con l’allegato comprensivo del Piano operativo e delle schede intervento, è del 5 aprile 2022.³⁵ È stato costituito un Tavolo istituzionale, presieduto dal Ministro della Salute, e composto dal Presidente della Regione Lombardia e dal Ministro dell’Economia e delle Finanze, con lo scopo di assicurare la *governance* e il controllo dell’attuazione, che, tra gli altri compiti, deve approvare eventuali rimodulazioni delle schede intervento e dei finanziamenti e, in caso, modificare il POR.

inadempienze, prevedendo anche le condizioni di defianziamento, anche parziale, degli interventi ovvero l’attribuzione delle relative risorse ad altro livello di governo, nel rispetto del principio di sussidiarietà.

³⁵ Trattamento previsto da raggiungere nel primo semestre 2022.

Al fine di permettere la rilevazione sistematica e tempestiva del raggiungimento delle *milestones* e dei *target* stabiliti, nonché degli avanzamenti procedurali, fisici, finanziari e di risultato, è previsto un costante controllo dell’attuazione del CIS, attraverso il sistema di monitoraggio Unitario “ReGiS”.³⁶

La Regione Lombardia ha approvato il POR con la DGR n. XI/6426 del 23/05/2022, quale atto propedeutico e documento integrante del CIS che ricomprende l’aggregato di tutte le iniziative progettuali della M6C1 e M6C2 che la Regione si obbliga a realizzare, comprensivo anche degli *Action Plan*, dei cronoprogrammi di attuazione ai fini dell’ottenimento del finanziamento.

In particolare, il POR ricomprende:

- *“l’aggregato di tutte le iniziative progettuali della Missione 6 Component 1 e 2, delle quali la Regione è chiamata all’attuazione, con le relative fonti di finanziamento;*
- *le “Schede Intervento”,³⁷ compilate dai RUP degli Enti del Servizio Sanitario Regionale sulla piattaforma informatica messa a disposizione da Agenas, per tutti i progetti individuati per il raggiungimento degli obiettivi di cui al PNRR – Missione 6 Component 1 (Interventi 1.1, 1.2., 1.3) e Component 2 (Interventi 1.1 e 1.2 PNRR e PNC), validate dai rispetti responsabili regionali;*
- *l’utilizzo di risorse PNRR, PNC e regionali per un importo pari a 1.404.691.694,14 miliardi di euro per le linee di intervento di cui al richiamato D. M. Salute del 20 gennaio 2022”.*

Per quanto riguarda, invece, l’individuazione dei soggetti attuatori esterni, per l’esecuzione degli interventi, ai sensi dell’art. 5, comma 2 del CIS, sono stati indicati gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, ATS, ASST ed IRCCS, e viene adottata la prima determinazione per la ripartizione delle quote di finanziamento PNRR e PNC. Il provvedimento conferma la programmazione, così come definita con la DGR n. XI/6080/2022, relativa alla localizzazione dei terreni e degli immobili destinati a realizzare le CdC, gli OdC e le COT su tutto il territorio regionale. Inoltre, si stabilisce che *“parte delle risorse regionali, già stanziata con DGR n. XI/4386/2021, costituiscono cofinanziamento degli interventi ricompresi nella linea*

³⁶ Art. 11 del CIS tra Ministero della Salute e Regione Lombardia.

³⁷ Unità tecniche minime descrittive del singolo progetto riconducibile all’interno della linea dell’intervento, che informano il POR e ne costituiscono parte integrante.

Missione 6 Component 2 1.2 - PNC "Verso un ospedale Sicuro e Sostenibile" della ASST Nord Milano e della ASST Mantova".³⁸

Il CIS³⁹ tra Regione Lombardia e il Ministro della Salute è stato stipulato il 31/05/2022. Nel CIS sono stati indicati i finanziamenti assegnati alla Regione dal PNRR e quelli attribuiti, a cofinanziamento, con D.M. Salute del 20/01/2022, sono stati definiti i *milestone* e i *target* regionali, minimi e massimi, con l'obbligo per le parti di impegnarsi fino alla completa realizzazione del programma degli interventi, 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.

Gli Interventi previsti dal CIS sono:

a) Case di Comunità e presa in carico della persona.

Gli obiettivi regionali fissati corrispondono alla realizzazione di un *target* minimo di n. 187 CdC, e un massimo di n. 199 CdC. Per quanto concerne le risorse per ogni voce di costo, eventualmente integrate dal bilancio regionale, le stesse possono essere rimodulate sulla base dell'effettivo fabbisogno, restando però insuperabile il tetto massimo assegnato dal PNRR all'investimento.

Nell'Allegato n. 2 al CIS viene definita la localizzazione esatta, se si tratta di struttura da realizzare nuova (n. 48) o da ristrutturare (n. 151), sotto quali distretti ASST /IRCSS, oltre alla tipologia di CdC scelta (*hub* o *spoke*), dove risulta evidente che la Regione ha optato per la realizzazione di sole CdC *hub* nell'ambito del PNRR.

Nel CIS, insieme all'obiettivo quantitativo, viene fatto riferimento al cronoprogramma nazionale che stabilisce sulla base degli Accordi Operativi con la Commissione Europea la cadenza dei risultati intermedi per conseguire il risultato finale entro il 2026.

b) Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Centrali Operative Territoriali (COT)

È stata prevista la realizzazione di n. 101 COT (cui si ricollegano e integrano i sub investimenti relativi alla Interconnessione aziendale e ai Device), con il dettaglio delle

³⁸ Sito Web Regione Lombardia – Sistema *Welfare*.

³⁹ Link al CIS della Regione Lombardia: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3240_7_alleg.pdf

singole localizzazioni sul territorio regionale e il cronoprogramma per il raggiungimento dei target.

c) Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità (OdC).

Gli obiettivi regionali fissati corrispondono alla realizzazione di n. 60 OdC, che costituisce il *target* minimo individuato, rispetto al *target* massimo di n.66 OdC, differenziando gli OdC da edificare nuovi (n. 14) e quelli da riconvertire (n. 52).

Per ciascun investimento della Componente 1, infine, nell’Allegato 2 al CIS viene fornito il dettaglio delle informazioni relative alla localizzazione degli interventi, mentre l’Allegato 4 riporta il dettaglio delle schede di monitoraggio procedurale relative a ciascun investimento.

La Regione, in particolare, si obbliga a:

- *“presentare, con cadenza almeno trimestrale, la rendicontazione delle spese effettivamente sostenute e dei costi nei tempi e nei modi previsti dal presente Piano ed atti conseguenti, nonché degli indicatori di realizzazione associati al progetto, in riferimento al contributo al perseguimento dei target e milestone del Piano, comprovandone il conseguimento attraverso la produzione e l'imputazione nel sistema informatico della documentazione probatoria pertinente”*;⁴⁰
- *“impegnarsi, per i progetti del PNRR, a conseguire il raggiungimento degli obiettivi dell'intervento, quantificati secondo gli stessi indicatori adottati per i milestone e target della misura PNRR di riferimento, e ad inviare la documentazione a supporto dell'avanzamento degli indicatori legati al raggiungimento dei target e milestone del PNRR”*.⁴¹

⁴⁰ Cfr. CIS – POR del 31/05/2022.

⁴¹ Il CIS prevede che le “*misure incluse nel PNRR devono contribuire sia alla transizione verde (compresa la biodiversità, o alle sfide che ne derivano) che alla transizione digitale, rappresentando rispettivamente almeno il 37% ed il 20% dell’assegnazione totale delle risorse del piano*”.

3.2 Il modello organizzativo regionale

La DGR n. XI/6760 del 25/07/2022⁴² ha approvato il modello organizzativo e i criteri di accreditamento in applicazione del D.M. n. 77/2022. Alla delibera si accompagnano i documenti riguardanti il “*Modello organizzativo delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali*”, a cui si aggiungono i “*Requisiti organizzativi strutturali e tecnologici*”. La delibera definisce i criteri e le linee guida che regolano l'organizzazione e il funzionamento di queste strutture, compresi gli standard strutturali e tecnologici che devono essere rispettati.

Con la suddetta deliberazione, la Regione ha dato dunque attuazione alle indicazioni del D.M. n. 77/2022. Da considerare anche che, rispetto alle tempistiche previste dal Decreto di riparto delle risorse, attuativo del PNRR, la Legge regionale del 14/12/2021 n. 22 “*Modifiche al Titolo I e Titolo VII delle LR 33/2009 (Testo Unico delle leggi in materia sanitaria)*” ha previsto tempi ancora più stringenti per la realizzazione del potenziamento della rete sanitaria territoriale.

Nella tabella che segue è presentato in sintesi il quadro delle strutture dell’assistenza territoriale previsto per il PNRR della Regione Lombardia e concordato nel CIS:

Tabella 2 – Strutture per l’Assistenza Territoriale della Regione Lombardia

	CIS	di cui da ristrutturare/riconvertire	di cui da edificare
CdC <i>hub</i> *	187-199	151	48
OdC	60-66	52	14
COT	101	95**	6

*La Regione Lombardia ha optato per zero *spoke*.

**Si utilizzano spazi già esistenti

Fonte: Regione Lombardia

Elaborazione Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per la Lombardia

La delibera regionale, inoltre, ha provveduto a individuare funzionalità, modelli organizzativi e di servizio necessari per lo sviluppo di CdC, OdC, e COT.

Per quanto riguarda le CdC, nella delibera è precisato che le stesse si configurano come una evoluzione dei Centri di Medicina Territoriale già esistenti, quali le Unità Territoriali di

⁴²“*Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 “regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale”.*”

Assistenza Primaria (Accordo Collettivo Nazionale-- ACN 2005), le Case della Salute (Piano Sanitario Nazionale-- PSN 2006-2008), le Unità Complesse di Cure Primarie-- UCCP (ACN 2009, Legge “Balduzzi” 189/2012 e ACN 2016-2018) e i PreSST (Presidi Socio Sanitari Territoriali) attivati da Regione Lombardia.

Nei requisiti organizzativi strutturali e tecnologici delle CdC sono richiamati quelli generali nazionali già previsti dal DPR del 14/01/1997, nonché quelli regionali di cui alle DGR n. VI/38133/1988 (riferita ai requisiti per le Unità Operative sanitarie) e DGR n. X/2569/2014 (riferita alla UO sociosanitarie), che devono essere garantiti dalle diverse tipologie di attività sanitarie e sociosanitarie previste nella CdC. Inoltre, sono stabiliti ulteriori requisiti minimi specifici riguardo al modello organizzativo, funzionale e operativo delle CdC.

Con riferimento al modello organizzativo descritto nel Regolamento adottato con il D.M. n. 77/2022, per le CdC, distinguendo tra *hub* e *spoke*, si delineano i Servizi previsti secondo livelli distinti in: obbligatori, facoltativi e fortemente raccomandati.

Nella tabella che segue si confrontano nel dettaglio i Servizi individuati, distinguendo tra CdC *hub* e *spoke*

La Regione Lombardia, che ha optato per il solo modello delle *hub*, ha previsto la presenza, oltre che dei Servizi obbligatori, anche di quelli facoltativi o raccomandati.

Tabella 3 – Modello organizzativo dei Servizi - Regione Lombardia

Servizi	D.M. n. 77/2022		DGR n. XI/6760 del 25/07/2022
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>	Casa della Comunità <i>hub</i> (*)
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO		PRESENTE
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO		PRESENTE
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO		PRESENTE
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO		PRESENTE
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO		PRESENTE
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO		PRESENTE
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO		PRESENTE
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO		PRESENTE
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO	
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg	PRESENTE (HUB: H24, 7/7 gg)
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg	PRESENTE (HUB: H12, 7/7 gg)
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg		
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO	PRESENTE
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO	PRESENTE
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO	PRESENTE
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO	PREVISTO
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO	PREVISTO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO	PREVISTO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell’adolescenza	RACCOMANDATO		PREVISTO
Medicina dello sport	RACCOMANDATO		PREVISTO

(*) La prevalenza delle Cdc realizzate è *hub* e non *spoke* la scelta si caratterizza per il bacino d’utenza, pertanto, la scelta è stata quasi obbligata

Fonte: Regione Lombardia

Elaborazione Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per la Lombardia

Il modello organizzativo regionale, pur non prevedendo le CdC *spoke*, ricalca in sostanza quello previsto in sede nazionale, a cui vengono aggiunti i servizi indicati come facoltativi o solo raccomandati.

In particolare, sono stati previsti programmi di *screening*, attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive, anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione (Area della prevenzione e promozione della salute) e, in aree dedicate, la presenza di servizi ulteriori, quali quelli per: la salute mentale; le dipendenze patologiche; la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza; le cure palliative; la Medicina dello sport; le attività consultoriali.

Per il Punto prelievi, da prevedere in ciascuna CdC, viene precisato che, al fine di evitare la duplicazione di servizi e di efficienza organizzativa (ad esempio in presenza di CdC prossima ad un presidio ospedaliero con punto prelievi), la sua attuazione deve essere anticipata da una valutazione all'interno della ASST di riferimento.

Per quanto concerne le funzioni specifiche della CdC, la delibera regionale le riconduce alle seguenti quattro macroaree che, seppur distinte, interagiscono tra loro:

- Area di accesso e dei servizi amministrativi, che comprende gli sportelli informativi polifunzionali, il Punto Unico di Accesso (PUA), il CUP, il servizio di scelta e revoca dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e i servizi di accettazione, ecc.;
- Area dell'assistenza primaria, che comprende le attività di MMG/PLS, Medici di Continuità Assistenziale, ADI⁴³ e Infermieri di Famiglia e Comunità (IFoC).⁴⁴ Le figure professionali che concorrono all'erogazione delle cure primarie sono: Medici di Medicina Generale (MMG); Pediatri di Libera Scelta (PLS); Medici di Continuità Assistenziale e Unità di Continuità Assistenziale; eventuale personale amministrativo di supporto.

Per le CdC è prevista la gestione da parte di MMG e PLS riuniti in associazioni o cooperative (Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT), in collaborazione con le

⁴³ L'ADI, quando erogata in forma diretta dalla ASST, è organizzata e gestita a livello di Distretto, ma ha nella CdC il proprio luogo di visibilità agli occhi dei cittadini e di eventuale appoggio logistico.

⁴⁴ "La figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFoC) svolge le seguenti attività:

- collaborazione con i MMG/PLS;
- analisi del bisogno e accompagnamento alla presa in carico;
- collaborazione e coordinamento con operatori ADI;
- monitoraggio dei pazienti in carico;
- ambulatorio infermieristico e prestazioni su richiesta dei medici afferenti alla CdC;
- collaborazione e coordinamento con il personale di studio del MMG;
- collaborazione e raccordo con le équipe di cure palliative e con la RLCP di riferimento territoriale."

farmacie convenzionate, con l'ulteriore possibilità di attivare degenze intermedie (subacute, posta-cute e riabilitative di bassa intensità assistenziale) in funzione di particolarità territoriali.

- Area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base, rivolta a tutti i cittadini, prevalentemente residenti nel territorio servito dalla CdC, che necessitano di prestazioni sanitarie di primo livello. Nelle strutture poliambulatoriali già esistenti, presso le quali è istituita la CdC, rimangono attivi, seppur eventualmente ridimensionati a seconda delle necessità, i nuclei specialistici preesistenti, i quali manterranno anche gli spazi a disposizione;
- Area dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità, che prevede il PUA,⁴⁵ l'integrazione di servizi sanitari e sociosanitari con quelli socioassistenziali dei comuni e degli ambiti sociali, attraverso la valorizzazione delle reti sociali (reti informali, reti di volontariato, terzo settore, associazioni di pazienti, ecc.).

A queste, in realtà, se ne aggiunge di fatto una quinta, l'Area della prevenzione e promozione della salute, relativa agli interventi realizzati dall'équipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione (screening, profilassi vaccinale e sorveglianza malattie infettive).

Per quanto riguarda gli **Ospedali di Comunità** (OdC), in linea con quanto indicato dal D.M. n. 77/2022, la delibera regionale prevede una conduzione infermieristica di h24 con funzione di gestione assistenziale con personale multiprofessionale.

La partecipazione della medicina generale alla attività degli OdC è descritta come una attività clinica da esercitarsi in continuità con l'assistenza assicurata dal medico a livello domiciliare al singolo paziente. Inoltre, viene individuata in capo all'Unità Operativa di Medicina Interna della ASST di riferimento, la responsabilità clinica dei posti letto dell'OdC e la garanzia della copertura della turnistica medica. I posti letto degli OdC dovranno essere a disposizione di tutte le Unità Operative con reparto di degenza dell'ASST.

⁴⁵ Il PUA, come prima funzione, rappresenta il luogo di accoglienza dei cittadini nella CdC. In prima applicazione è un luogo di accoglienza "fisica", ma dovrà evolvere verso logiche multicanale combinando accoglienza da remoto e in presenza, attivabile dal cittadino, ma anche dai diversi attori che lo intercettano (es. MMG, assistenti sociali, IFoC, COT, PS, ecc.). Il PUA deve essere operativo dal lunedì al sabato, almeno 6 ore al giorno.

In merito alle **Centrali Operative Territoriali (COT)**, la delibera regionale prevede, in linea con il Decreto ministeriale, lo svolgimento dell’attività a livello distrettuale, e, nella prima fase di attuazione del PNRR, la loro collocazione operativa all’interno della CdC presente ed attiva nello stesso Distretto.⁴⁶

La COT, per poter pienamente svolgere le sue funzioni di integrazione tra i diversi *setting*, dovrà *“disporre, oltre a quanto già previsto per la fase iniziale, di adeguate leve di governance, che possano forzare gli attori della rete a lavorare in filiera. Tra queste, la COT dovrebbe divenire l’unico canale per accesso ad alcune tipologie di strutture di ricovero”*.⁴⁷

La programmazione e l’organizzazione delle attività delle CdC, OdC, COT è in capo alla Direzione strategica dell’ASST, la cui Direzione Sociosanitaria supervisiona e presidia i percorsi territoriali di programmazione garantendo: 1) la continuità assistenziale; 2) il raccordo tra il polo ospedaliero e il polo territoriale 3) l’integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale in sinergia con le altre componenti della Direzione strategica.

Per quanto riguarda, invece, l’aspetto operativo della partecipazione medica alle CdC, la stessa viene demandata alla definizione degli Accordi Integrativi della Medicina generale, nazionale e regionale, ferma restando la garanzia oraria prevista anche negli ulteriori requisiti organizzativi specifici (h 24 per 7gg/7 nelle CdC *hub* e di h 12 per 6gg/7 nella CdC *spoke*).

La DGR n. XI/6760/2022 disegna dunque l’architettura generale, attribuendo alle singole ASST il compito di delineare le modalità organizzative funzionali e operative.

⁴⁶ Funzioni delle COT:1. Il percorso di dimissione dei pazienti *“che non sono nelle condizioni di rientrare direttamente al domicilio, gestendo il passaggio del paziente dall’ospedale per acuti al territorio, qualora questo richieda un ricovero in struttura riabilitativa, delle cure intermedie o sociosanitaria, l’attivazione di ADI, l’attivazione della Rete Locale di Cure Palliative, l’attivazione dell’IFeC della CdC di riferimento, il rinvio al MMG/PLS. In caso di dimissione, il reparto dimettente o la funzione demandata a tale processo attiva la COT del territorio di residenza dell’assistito, che a sua volta attiverà gli interventi necessari in una logica di prossimità al domicilio”*; 2. il percorso di attivazione degli interventi previsti alla dimissione indicati dall’équipe di VMD (valutazione multidimensionale) per i pazienti con bisogno complesso. La delibera prevede che nel modello a tendere *“la COT acquisirà capacità di valutazione dell’appropriatezza delle richieste e potrà rivalutare gli interventi sulla base di parametri di appropriatezza clinica e organizzativa”*; 3. la prenotazione delle prestazioni dell’attività specialistica ambulatoriale; il monitoraggio dei pazienti affetti da patologia cronica *“secondo il modello che sarà definito con successivo provvedimento”*; 4. il monitoraggio dei pazienti con bisogni di cure palliative in fase precoce. Per svolgere queste ultime due funzioni (prenotazioni, tele-monitoraggio) le COT possono attivare collaborazioni con soggetti esterni, fra cui i centri servizi delle cooperative di MMG.

⁴⁷ Cfr. DGR n. XI/6760 del 25/07/2022.

Per quanto riguarda il riordino dell'ADI in linea con l'Accordo stipulato il 31/12/2021⁴⁸ dal Ministero della Salute, dall'AGENAS e dalla Presidenza del Consiglio dei ministri, la Regione Lombardia, in attuazione del D.M. n. 77/2022,⁴⁹ ha approvato la DGR n. XI/6867 del 02/08/2022. Con questa delibera la Regione ha stabilito di *“prevedere in capo alle ATS l'attivazione di uno specifico percorso di formazione nell'ambito del piano formativo 2023 valido ai fini ECM, aperto a ASST, MMG/PLS, Enti gestori di ADI e funzionale all'inquadramento del nuovo quadro regolatorio delle cure domiciliari ai fini della relativa migliore attuazione”*; oltre alla *“istituzione di un Gruppo di monitoraggio della riforma delle cure domiciliari”*. In continuità agli indirizzi programmatori già individuati,⁵⁰ correlati all'abbattimento delle liste di attesa in ambito sanitario e allo sviluppo della nuova sanità territoriale, la Regione, in funzione del raggiungimento dell'obiettivo *target* del PNRR di presa in carico del 10 per cento della popolazione over 65 anni entro il 2026, e nella previsione di riformulare i profili assistenziali dell'ADI con potenziamento del correlato sistema di offerta attraverso la graduale estensione alle ASST della funzione di gestione diretta delle cure domiciliari, attraverso le CdC e le risorse di personale,⁵¹ ha approvato, in superamento di precedenti provvedimenti in materia, i *“Requisiti di esercizio e di accreditamento delle cure domiciliari”* e *“le Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata: riclassificazione dei profili assistenziali nei percorsi di cure domiciliari di base e di ADI integrata di I, II e III livello, in allineamento al DPCM LEA 2017 e definizione del nuovo sistema tariffario, nella cornice programmatica di cui alla missione 6 del PNRR, al DM 77 del 23 maggio 2022”*.

⁴⁸ In conformità a quanto previsto dalla Legge 7 agosto 1990, n. 241- art. 15, ai fini della realizzazione degli investimenti della M6C1 del PNRR.

⁴⁹ Con particolare riferimento alla parte relativa al paragrafo 10) sull'Assistenza Domiciliare, nella parte in cui si prevede che: *“le Cure domiciliari costituiscono 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; definendo uno standard pari al 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente; - la casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato; - gli interventi di cure domiciliari si integrano con quelli previsti dall'articolo 1 comma 162, lettera a), della legge 20 dicembre 2021, n. 234 di competenza di Ambiti Territoriali Sociali”*.

⁵⁰ Cfr. DGR n. XI/6387/2022.

⁵¹ Trattandosi sia delle risorse *“attualmente disponibili e di quelle che verranno successivamente assegnate a valere sulle risorse di cui al D.L. n. 34/2020 per l'ADI e gli infermieri di comunità, qualora la famiglia scelga la ASST quale ente gestore delle prestazioni”*.

Infine, nel delineare il modello organizzativo/funzionale di una nuova sanità territoriale,⁵² in attuazione del D.M. n. 77/2022⁵³ la Regione Lombardia ha approvato con DGR n. XI/7593 del 15/12/2022 il “Documento regionale di programmazione dell’assistenza territoriale”, quale primo provvedimento programmatico in merito all’assistenza regionale nell’ambito della rete territoriale, dove “occupa un ruolo centrale il tema dello sviluppo della presa in carico del bisogno della persona in condizione di cronicità e/o di fragilità nella logica della:

- *prossimità, in primis nel suo contesto di vita;*
- *continuità e integrazione attraverso la ricomposizione degli interventi e servizi attivabili in ambito sanitario, sociosanitario e sociale”*.⁵⁴

⁵² Cfr. DGR n. XI/6760/2022 e dalla DGR n. XI/6867/2022, di attuazione del D.M. n. 77/2022 e riforma dell’ADI.

⁵³ Il documento attua le disposizioni dell’art 1, comma 2 del D.M. n. 77/2022.

⁵⁴ Cfr. Documento regionale di programmazione dell’assistenza territoriale/attuazione Missione 6 C1 PNRR – DGR n. XI/7592 del 15/12/2022.

4 PERSONALE PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

Con l'approvazione della Legge regionale del 14 dicembre 2021, n. 22 *“Modifiche al Titolo I e Titolo VII delle LR 33/2009 (Testo Unico delle leggi in materia sanitaria)”*, sono stati definiti gli interventi di miglioramento dell'assetto organizzativo del sistema sanitario e sociosanitario lombardo, attraverso il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

Il Modello Organizzativo della DGR n. XI/6760 del 25/07/2022 indica le diverse figure professionali coinvolte nell'ambito della CdC o che collaborano a distanza con essa per fornire cure primarie. In particolare:

- Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- Medici di Continuità Assistenziale e Unità di Continuità Assistenziale (UCA);
- Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFoC);
- eventuale personale amministrativo di supporto.

I Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS), appartenenti alle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) di riferimento di una CdC, devono contribuire all'erogazione delle attività e alla gestione dei processi assistenziali sia fisici che digitali nel Distretto, in linea con gli Accordi Collettivi Nazionali, Regionali e Aziendali.

I medici che fanno parte delle CdC sono distinti in diverse categorie:

- Medici con studio primario in CdC;
- Medici collegati funzionalmente alle CdC.

Per alcuni medici che operano nell'area territoriale di base in cui si trova la CdC, l'ambulatorio può fungere da principale sede in cui il MMG o il PLS svolge la propria attività convenzionale.⁵⁵

⁵⁵ Gli ambulatori all'interno della CdC sono principalmente destinati ai medici di nuovo inserimento, sia per rispondere alle esigenze del territorio, che per agevolare la collocazione del medico nei progetti aziendali e distrettuali. Il Modello, inoltre, promuove la possibilità che i medici in formazione svolgano il loro tirocinio all'interno di questi ambulatori e nelle CdC. L'annuncio pubblico, per l'assegnazione degli studi primari, secondo quanto riportato nel modello organizzativo,

La figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFoC) previsto nel modello organizzativo corrisponde ad un professionista dedicato all'erogazione dell'assistenza infermieristica a vari livelli di complessità, in stretta collaborazione con tutti gli altri professionisti presenti nella CdC in cui opera.⁵⁶

Per quanto riguarda gli OdC devono essere gestiti da personale infermieristico 24 ore su 24, con la presenza di vari professionisti sanitari come Infermieri Professionali (IP), Operatori Socio-Sanitari (OSS) e Operatori riabilitativi. Le nuove convenzioni che saranno definite nell'ambito dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) e dell'Accordo Integrativo Regionale (AIR) potrebbero introdurre forme diverse di coinvolgimento dei MMG.

Ogni ASST implementa una piattaforma di servizio unificata che opera su due livelli: aziendale e distrettuale, attraverso il sistema delle COT. Le principali funzioni svolte da questa piattaforma richiedono diverse figure professionali, modelli organizzativi e sistemi informativi per poter essere gestite in modo efficace e coordinato.

In relazione ai costi di funzionamento dei nuovi servizi da realizzare e, in particolare, delle spese per il personale, di seguito si ricostruisce il quadro degli oneri stimati e delle risorse disponibili.

Poiché il PNRR non prevede fondi per la spesa corrente, il legislatore è intervenuto stanziando risorse dal bilancio ordinario, che sono poi state ripartite alle Regioni a valere sul Fondo del SSN dal D.M. Salute del 23/12/2022, *“riparto delle risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale”*, pubblicato sulla G.U. del 12 aprile 2023 n. 86. In particolare, in attuazione del comma 274, art. 1, della Legge n. 234/2021 (Legge di bilancio 2022), sono stati stanziati 90,9 milioni di euro per l'anno 2022; 150,1 milioni di euro per il 2023; 328,3 milioni di euro per il 2024; 591,5 milioni di euro per il 2025 e di 1.015,3 milioni di euro per il 2026. Il suddetto Decreto ha ripartito le risorse alle Regioni.

potrebbe richiedere la disponibilità a garantire specifiche fasce di assistenza o attività in linea con l'organizzazione e la missione delle CdC.

⁵⁶ L'IFoC rappresenta un importante punto di riferimento per l'assistenza infermieristica nella CdC, collaborando attivamente con gli altri professionisti per garantire una cura integrata e centrata sul benessere della persona e delle sue relazioni familiari e di comunità.

Il riparto è stato attuato sulla base degli obiettivi del CIS di ciascuna regione utilizzando una stima del costo del personale contenuta nella Relazione Tecnica che affianca il riparto.

La Legge di bilancio 2022 ha autorizzato tale spesa massima per l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori, rispetto a quelli previsti dal PNRR per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa 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 per quello convenzionato.

La spesa è pertanto finalizzata a sostenere il nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale (D.M. n. 77/2022), avendo in particolare il D.M. Salute del 20/01/2022 (Decreto di riparto delle risorse del PNRR) individuato i target nazionali di n. 1.350 CdC; n. 600 COT; n. 400 OdC e l'istituzione di una Unità di Continuità Assistenziale (UCA) ogni 100.000 abitanti.

Più in dettaglio, la Legge di bilancio 2022 (Legge n. 234/2021) ha previsto misure mirate essenzialmente a potenziare ulteriormente le strutture sanitarie rispetto al PNRR.

Tra queste, in particolare, sono comprese:

- a) un ulteriore rafforzamento dell'assistenza territoriale rispetto a quanto considerato ai fini del PNRR, consentendo di effettuare spese per personale dipendente e convenzionato, a partire dall'entrata in vigore del Regolamento sugli standard dell'assistenza territoriale, anche eccedendo i vincoli previsti a legislazione vigente;
- b) misure volte a prorogare i rapporti di lavoro flessibile e a stabilizzare il personale di ruolo nel sistema sanitario, e genericamente dirette a rafforzare i servizi sanitari regionali anche per il recupero delle liste d'attesa.

È importante notare che la Legge di bilancio 2022 ha ampliato i limiti di spesa per il personale assegnando risorse per il personale aggiuntivo, offrendo quindi un quadro normativo esteso per sostenere tali iniziative.

La Legge di bilancio 2022 ha stanziato risorse aggiuntive per il potenziamento della rete di assistenza sanitaria territoriale sulla base di stime di costo del personale per i vari interventi della M6C1 del PNRR. Si riporta di seguito lo schema di calcolo, basato sul costo unitario

medio per figura professionale, contenuto nella Relazione tecnica che accompagna il bilancio di previsione 2022-2024:

Tabella 4 – Costo unitario medio annuo per figura professionale

Figura Professionale	Costo Unitario medio annuo (euro)
Medico	119.500
Infermiere	49.100
Personale sanitario (Funz. Riabilitative)	44.000
Personale Tecnico sanitario	47.800
Personale ruolo tecnico	39.100
Personale Amministrativo	40.500

Fonte: Relazione al Bilancio di Previsione 2022/2024 - Costo unitario medio del personale desunto dal costo annuale anno 2019

Il costo complessivo, a livello nazionale, per il personale aggiuntivo a rafforzamento dell’assistenza territoriale delle 50 CdC per il 2023 è stimato in 25.555.709 euro.

Sulla base della Relazione tecnica è possibile scomporre questo stanziamento nelle sue componenti di costo, suddivise per le diverse tipologie di personale a supporto delle Cdc come da tabella seguente:

Tabella 5 – Stanziamenti annuali per il personale aggiuntivo nelle CdC

	2022	2023	2024	2025	2026
Numero CdC		50	300	700	1.350
Numero IFoC		200	1.200	2.800	5.400
Numero Personale di supporto		150	900	2.100	1.050
Ore aggiuntive MMG		161.812	970.875	2.265.374	4.368.936
Costo complessivo. Coord. Inf.					
Costo complessivo IFoC (A)		9.820.000	58.920.000	137.480.000	265.140.000
Costo complessivo Personale di supporto (B)		5.865.000	35.190.000	82.110.000	158.355.000
Costo complessivo. Coord. Inf. (C))		9.708.747	58.252.480	135.922.453	262.136.160
Costo complessivo (A+B+C)		25.555.709	153.334.255	357.779.927	690.001.146

Fonte: Regione Lombardia

Elaborazione Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per la Lombardia

Ad esempio, si consideri l’annualità del 2023 in cui è prevista la realizzazione di n. 50 CdC a livello nazionale.

Per ogni CdC si prevede l’assegnazione aggiuntiva di un numero di 4 infermieri, oltre ai 7 previsti dal PNRR, di un numero di personale a supporto pari a 3 unità, che si aggiunge ai

5 di cui al PNRR e di un numero di ore per i MMG pari a 104, come si evince dalla tabella seguente:

Tabella 6 - Personale da assegnare alle CdC

CDC		
	Valorizzati nel PNRR	Aggiuntivi
Numero Coordinatori	1	
Numero Infermieri	7	4
Numero Personale di supporto	5	3
Ore/MMG/anno (42,009)		104

Fonte: Regione Lombardia - Bilancio di Previsione 2022/2024

Elaborazione: Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per la Lombardia

Le n. 50 CdC dovranno ricevere il supporto di n. 200 infermieri, aggiuntivi rispetto a quelli previsti dal PNRR: moltiplicando il costo unitario medio di tale personale (49.100 euro) per il numero di unità (n. 200) si ottiene l’importo totale di 9.820.000 euro, come si legge nella tabella n. 5 alla riga “Costo complessivo IFoC (A)”.

In riferimento al personale di supporto, le unità aggiuntive risultano essere n. 150, il cui finanziamento risulta essere il frutto del costo unitario medio (39.100 euro) moltiplicato per il numero di unità (n. 150) per un totale di 5.865.000 euro.

Infine, dal costo delle ore aggiuntive per i MMG, per i quali è previsto un incremento di 161.812 ore, dato lo stanziamento di 9.708.747 euro, si ottiene una previsione di costo orario medio di 60,00 euro.

In conclusione, la Legge di bilancio 2022 ha stanziato 25.555.709 euro per il 2023, che rappresentano il costo stimato del personale complessivo, ad esclusione del coordinatore infermieristico, per le n. 50 CdC.

Dai calcoli effettuati dalla Sezione sulla base delle quote stanziato dalla Legge di bilancio 2022, si ottiene una stima del costo complessivo del personale per le n. 1350 CdC a completamento del PNRR nel 2026, pari a 1,4 miliardi di euro, come da tabella che segue:

Tabella 7 – Costo complessivo del personale per le CdC

Descrizione personale	Unità di personale per struttura	Costo unitario medio annuo	Unità di personale totali	Costi complessivi
Infermieri	11	49.100	14.850	729.135.000
Personale di supporto	8	40.500	10.800	437.400.000
Ore/MMG/anno	3.236	60	4.368.936	262.136.160
TOTALE				1.428.671.160

Fonte: Regione Lombardia - Bilancio di Previsione 2022/2024

Elaborazione: Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per la Lombardia

Lo stesso calcolo può essere svolto, partendo dalla Legge di bilancio 2022, per il personale aggiuntivo delle COT, degli OdC e delle UCA. Facendo riferimento alla Relazione tecnica, allegata alla legge stessa, emerge che lo stanziamento copre il costo del personale aggiuntivo, come valorizzato nella seguente tabella:

Tabella 8 – Personale da assegnare alle COT - OdC e UCA

	COT		OdC			UCA	
	Valorizzati nel PNRR	Aggiuntivi		Valorizzati nel PNRR	Aggiuntivi		
Num. Coordinatori Inf.	1	0	Num. Inf.	9		Num. Infermieri	1
Num. Infermieri	5	0	Num. Personale nel ruolo medico	5		Num. Medici	1
Num. Personale di supporto	1	1	Num. Personale di supporto		2		

Fonte: Regione Lombardia - Bilancio di Previsione 2022/2024

Elaborazione Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per la Lombardia

Analogamente al calcolo svolto per le CdC, è possibile ricavare l’importo stanziato per il personale aggiuntivo dalla Legge di bilancio 2022 per ciascun intervento del PNRR, come si vedrà nel prossimo paragrafo.

5 INQUADRAMENTO DELLE RISORSE FINANZIARIE PER LA REGIONE

Le risorse finanziarie per l’assistenza sanitaria territoriale provengono da due fonti diverse, nazionale e regionale. A livello nazionale, il D.M. Salute del 20/01/2022 ha ripartito le risorse del PNRR della Missione 6 alle Regioni. Inoltre, a livello nazionale e regionali varie disposizioni hanno previsto un’integrazione del finanziamento per l’assistenza sanitaria territoriale.

5.1 Risorse del PNRR per l’assistenza sanitaria territoriale

Le risorse del PNRR sono principalmente destinate a spese in conto capitale e non prevedono spesa corrente per l’assunzione del personale. Le risorse vincolate al finanziamento degli investimenti per l’assistenza sanitaria territoriale così come declinati nella M6C1 per il periodo 2021-2026, sono illustrate nella tabella seguente:

Tabella 9 – Ripartizione risorse PNRR per la Regione Lombardia

Missione-Componente-Intervento		Importo risorse PNRR	Capitolo spesa (1)	Cofinanziamento Regionale (2)
M6.C1.I. 1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona		277.203.041,64 €	15202	207.329.249,00 €
M6.C1.I. 1.2 - Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina	COT	17.480.575,00 €	15209	
	Interconnessione aziendale	7.178.217,29 €	15210	
	Device	9.768.335,02 €	15211	
M6.C1.I. 1.3 -Sviluppo delle cure intermedie		151.201.659,08 €	15212	
TOTALE		462.831.828,03 €		207.329.249,00 €

Fonte: Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) firmato tra Regione e Ministero della Salute il 31.05.2022.

(1) Le risorse del PNRR sono state ripartite con il D.M. Salute del 20 gennaio 2022.

(2) Per cofinanziamento regionale: si veda DGR n. XI/6282 del 13 aprile 2022.

Ulteriori risorse del PNRR, derivano dal D.M. Salute del 23/01/2023 “*Riparto risorse assistenza domiciliare ADI fondi PNRR*”⁵⁷ che ha stanziato a favore della Regione 85,5 milioni di euro per il 2022, come da tabella seguente:

Tabella 10 – Risorse PNRR M6-C1-1.2.1 per la Regione Lombardia

2022	2023	2024	2025 (a regime)
85.441.060	540.366.82811	994.410.980	1.099.781.133

Fonte: D.M. Salute del 23/01/2023.

5.2 Risorse ordinarie

Le risorse stanziata dalla Legge di bilancio 2022 (il cui schema di calcolo basato sul costo medio del personale aggiuntivo a potenziamento della rete di assistenza sanitaria territoriale è stato illustrato nel paragrafo precedente) sono state assegnate alla Regione Lombardia con il D.M. Salute del 23/12/2022, che ha ripartito le risorse nazionali sulla base degli impegni assunti dalla Regione nel CIS.

Tabella 11 – Risorse per il personale aggiuntivo per la Regione Lombardia 2022-2026

Riparto risorse potenziamento assistenza territoriale Art. 1, c.274, L. 234/2021						
	Numero obiettivo	2022	2023	2024	2025	2026
Unità di Continuità Assistenziale	100	11.240.000	16.860.000	16.860.000	16.860.000	16.860.000
Centrali Operative Territoriali	101	3.949.100	3.949.100	3.949.100	3.949.100	3.949.100
Case della Comunità	187		3.517.504	21.105.025	49.245.058	94.972.613
Ospedali di Comunità	60			7.687.575	16.695.150	30.750.300
TOTALE		15.189.100	24.326.604	49.601.700	86.749.308	146.532.013
Riparto somme residue			14.534	11.293	11.213	7.893

Fonte: D.M. Salute del 23 /12/ 2022

⁵⁷ Le risorse per finanziare l’ADI sono state calcolate stimando un costo medio per la presa in carico a domicilio pari a 1.977,94 euro per persona all’anno. Nel documento allegato al PNRR “*Technical annex IMPLEMENTATION, MONITORING, CONTROL AND AUDIT OF THE NATIONAL RECOVERY AND RESILIENCE PLAN (NRRP)*” sono presenti le seguenti indicazioni: “... il costo medio è stato calcolato ... assumendolo pari alle tariffe definite dalla DGR n. 1661/2018 della Regione Emilia-Romagna e dal CCNL di Medicina Generale e Pediatri a Libera Scelta (disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell’articolo 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – 29 marzo 2018.”

Ulteriori risorse, sono state autorizzate per l’assunzione di personale per l’ADI e stanziato con il D.L. n. 34/2020, art. 1 commi 4 e 5.⁵⁸

Peraltro, il D.L. n. 34/2020 (art.1, comma 5), nel periodo emergenziale, aveva già stanziato 280 milioni di euro a decorrere dal 2021 per la spesa del personale infermieristico (di cui 80 milioni di euro assegnati alla Regione Lombardia per il 2022). Lo stesso decreto aveva introdotto nell’ordinamento, in anticipo sul PNRR, la figura dell’Infermiere di famiglia e di comunità.

A co-finanziamento della quota di fondi del PNRR, la Regione Lombardia, con DGR n. XI/6282 del 13/04/2022, ha assegnato un importo integrativo di 207.329.249,00 euro a carico del bilancio regionale, la cui copertura economica è così garantita:

- 50 milioni di euro per l’esercizio 2022, dei quali 43 milioni di euro con DGR n. XI/6027 del 1/03/2022 e 7 milioni di euro con DGR n. XI/5970 del 14/02/2022 sul capitolo n. 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 rispettivi programmi di investimento del corrispondente esercizio.

Il co – finanziamento regionale è stato allocato sui tre interventi come segue:

- 170.254.871,00 euro: PNRR - M6C1-1.1. Case della Comunità e presa in carico della persona;
- 32.773.762,00 euro: PNRR-M6C1-1.3. Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità);
- 4.300.616,00 euro: PNRR – M6C1-1.2.2 Implementazione di un nuovo modello organizzativo: Centrali Operative Territoriali.

⁵⁸ Tuttavia, le stesse risorse autorizzate nel decreto per assumere personale per l’ADI (circa 500 milioni di euro all’anno a partire dal 2022) non risultano interamente coperte da un corrispondente e vincolato incremento del Fondo Sanitario Nazionale. Come si è già avuto modo di precisare, l’obiettivo è quello di incrementare di circa 800mila unità le persone assistite a domicilio, per raggiungere così almeno il 10 per cento delle persone over65 prese in carico in Italia entro il II° Trimestre del 2026. Il raggiungimento dell’obiettivo è condizione fondante l’assegnazione. In caso di inadempienze di una o più regioni vi è la revoca del finanziamento e la rimodulazione nell’assegnazione delle risorse.

6 REALIZZAZIONE DELLA RIFORMA DELL’ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE NELLA REGIONE LOMBARDIA

In questo paragrafo si descrive lo stato di realizzazione delle misure ricomprese nella M6C1 del PNRR entro il primo trimestre del 2023, come emerge dalle risposte fornite dalla Regione in sede istruttoria (prot. Cdc n. 5261 del 14/04/2023).

Per gli interventi del PNRR è stato definito un cronoprogramma, a livello nazionale, al quale i soggetti attuatori devono attenersi.⁵⁹ L’amministrazione centrale titolare della misura, in questo caso il Ministero della Salute, ottiene il rimborso dei fondi erogati alle Regioni a valere sulle risorse europee se *milestone* e *target* indicati nel cronoprogramma, e previsti nel semestre, sono stati conseguiti. Nel caso degli interventi della misura M6C1 i *milestone* di rilievo sono stati ad oggi completati dalla Regione Lombardia.

In particolare, entro la fine del mese di giugno 2022 era prevista la sottoscrizione del Contratto Istituzione di Sviluppo (CIS) tra la Regione Lombardia e il Ministero della Salute, l’obiettivo è stato raggiunto il 31 maggio 2022. L’obiettivo successivo, comune a tutte e tre le misure in esame, consisteva nell’approvazione dei progetti idonei per indire le gare (entro marzo 2023) per poter successivamente assegnare (entro giugno 2023) i Codici Identificativi di Gara (CIG) per ogni progetto identificato tramite un Codice Unico di Progetto (CUP).

La Regione, in realtà, si è prefissata obiettivi, più ambiziosi rispetto alle tempistiche del PNRR. Infatti, con la Legge regionale n. 22 del 14 dicembre 2021 (art.36) la Regione ha stabilito che *“il potenziamento della rete territoriale deve essere portato a compimento entro 3 anni dalla data di entrata in vigore della stessa; che il 40% degli OdC e delle Cdc previsti dal PNRR deve essere realizzato entro il 2022, il successivo 30% entro il 2023 e il restante 30% entro il 2024 e infine che il rispetto della tempistica di cui al punto soprastante costituisce obiettivo prioritario del Sistema Sanitario Lombardo.”*

⁵⁹ Più precisamente, il cronoprogramma definito dagli Accordi Operativi (*Operational Agreements* firmati dal Ministro dell’Economia con la Commissione Europea) condiziona lo stanziamento di risorse al raggiungimento di determinati *milestones* (atti normativi e amministrativi) e *target* (risultati quantitativi) entro i vari semestri della durata del piano.

Gli obiettivi in termini di numero di strutture realizzate, secondo il cronoprogramma definito dalla LR n. 22/2021, possono essere riassunti con la seguente tabella:

Tabella 12 - Strutture da realizzare previste dalla LR n. 22/2021

	2022	2023	2024
CdC	75	131	187
OdC	24	42	60

Fonte: Regione Lombardia

Elaborazione Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per la Lombardia

La stessa Legge regionale stabilisce che *“entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le ATS presentano alla direzione generale Welfare un programma complessivo di realizzazione del potenziamento della rete territoriale per il territorio di competenza, fermo restando quanto stabilito dal PNRR e tenuto conto delle previsioni dell'articolo 8, comma 2 bis, della l.r. 33/2009, come introdotto dall'articolo 12, comma 1, lettera b), della presente legge.”*⁶⁰

6.1 Infrastruttura edilizia dell’assistenza sanitaria territoriale

Diamo qui conto, dunque, dello stato di realizzazione della rete di assistenza sanitaria territoriale prevista dal PNRR come riscontrata in seguito all’attività istruttoria.

Case di Comunità. L’obiettivo, previsto dal PNRR, per la Regione Lombardia è quello di completare la realizzazione di n. 187 CdC *“hub”* entro il 2026. La Regione con la LR n. 22/2021 si è impegnata, su tempi peraltro più stringenti, a terminare la realizzazione di n. 75 CdC entro il 2022, e, comunque di completarne n. 187 entro il 2024.

Dal riscontro istruttorio fornito dalla Regione, risulta che delle n. 199 CdC individuate nel CIS, per n. 150 si tratta di ristrutturazioni di strutture già esistenti, per n. 9 il risultato di abbattimento e ricostruzione di strutture già esistenti e per n. 40 di costruzione di nuove strutture.

⁶⁰ Il richiamo alla LR n.33/2009 suggerisce infatti che le due strutture nuove CdC e OdC siano ispirate alle vecchie strutture dei Presidi socio-sanitari territoriali (PreSST) e dei Presidi Ospedalieri Territoriali (POT). Lo stesso art.36 della LR n.22/2021 al comma 16 recita *“Nella l.r. 33/2009, ovunque ricorrono, le parole 'POT' e 'PreSST' sono sostituite dalle seguenti: 'ospedali di comunità' e 'case di comunità'.”*

Nel corso del 2022, i soggetti attuatori esterni, ASST e /o Fondazioni IRCCS, individuati con DGR n. XI/6426 del 23/05/2022 per l’esecuzione degli interventi, hanno proceduto ad assegnare i CUP per ciascun intervento⁶¹ e, dopo aver aderito ad Accordi Quadro delle Centrali di committenza, nazionale e regionale (Invitalia e ARIA S.p.A.), hanno avviato le attività di progettazione (n. 191 su n. 199).⁶²

Dei restanti n.8 interventi, è emerso che n. 5 interventi sono stati sospesi (si tratta delle CdC facenti capo ad ASST Niguarda, ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Santi Paolo e Carlo e due ad ASST Fatebenefratelli Sacco). La Sezione, nonostante le richieste istruttorie, non conosce le cause della sospensione.

La Regione segnala, anche che per n. 66 delle n. 199 CdC è necessaria una rimodulazione rispetto a quanto previsto nel CIS.

L’Ente aggiunge che per n. 9 interventi si dovrà procedere ad un cambio di indirizzo e per n. 7 ad un cambio del soggetto attuatore esterno. Infine, per n. 54 si dovrà procedere ad una rimodulazione del quadro economico con la proposta di una variazione del cofinanziamento regionale. A questo fine, con DGR n. XII/62 del 27/03/2023, è stata adottata la proposta di rimodulazione da trasmettere al Responsabile Unico Centrale (RUC), in conformità alle indicazioni ministeriali di cui alla nota prot. n. 2104 del 28/10/2022 dell’Unità di Missione per il coordinamento del PNRR (UMPNRR).⁶³

Ospedali di Comunità. L’obiettivo previsto dal PNRR è di completare la realizzazione di n. 60 OdC entro il 2026. La Regione con la LR n. 22/2021 si è impegnata, su tempi più

⁶¹ La Regione segnala che due interventi della ASST Valtellina e Alto Lario presentano uguale CUP.

⁶² Per n. 191 interventi su n. 199 sono stati raggiunti i target previsti entro il 31 marzo 2023 “Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità” (obiettivo M6C1-00-ITA-6) e “Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP” (obiettivo M6C1-00-ITA-7).

⁶³ Con riferimento alla previsione contenuta nel CIS, di poter rimodulare le schede degli interventi e i finanziamenti proposti del Responsabile Unico Centrale (RUC), ed eventualmente modificare il Piano Operativo Regionale (POR), la Regione Lombardia ha provveduto con la DGR XII/62/2023 “Rimodulazione target PNRR” a riformarlo, destinando “quale ulteriore cofinanziamento regionale degli interventi del PNRR M6.C1.1.1 - M6.C1.1.2.2 - M6. C1.1.3, le risorse disponibili, pari ad euro 79.580.839,61 al fine di garantire la copertura totale degli interventi, al netto delle risorse già destinate con DGR n. XI/5161/2021 e ripartite alle singole ASST/IRCCS con DGR n. XI/6027/2022, nonché di quelle ripartite con DGR n. XI/7593/2022, quali quota parte dell’importo complessivo individuato nella DGR n. XI/6282/2022 in complessivi euro 207.329.249,00 ml di euro”, rinviando a successivo provvedimento della D.G. Welfare “le relative assegnazioni ed impegni di spesa, per l’esercizio 2023, per complessivi euro 79.580.839,61” ed impegnando i Direttori Generali delle ASST/IRCCS, in qualità di soggetti attuatori esterni ad attivarsi per rispettare milestone e target previsti dal PNRR in coerenza con le rimodulazioni proposte.

stringenti, a terminare la realizzazione di n. **24** OdC entro il 2022, e, comunque di completarne n. **60** entro il 2024.

Nel corso del 2022, i soggetti attuatori esterni⁶⁴ hanno assegnato i CUP per ciascun intervento; mentre nel primo semestre del 2023 hanno proceduto all’adesione di Accordi Quadro delle Centrali di committenza, nazionale e regionale (Invitalia e ARIA S.p.A.), e/o all’avvio dell’attività di progettazione con il raggiungimento dei due *target* previsti al 31 marzo 2023⁶⁵, precisamente per n. **60** OdC su n. 66. Per i rimanenti n. **6** OdC, l’Ente ha indicato le motivazioni specifiche del mancato o parziale raggiungimento del *target*, specificando in particolare che per n. 3 OdC l’intervento è stato sospeso (ASST Niguarda, ASST Rhodense, ASST Santi Paolo e Carlo); per n. 2 OdC il progetto esecutivo si è concluso, ma non si è ancora proceduto all’assegnazione del CIG; invece, si sta procedendo in tal senso per il rimanente OdC.

La Regione riferisce, inoltre, che per n. **28** dei n. 66 OdC è stata avanzata una rimodulazione del POR rispetto a quanto previsto nel CIS.

Rimodulazione che, come già visto, è stata adottata con DGR n. XII/62/2023 in conformità alle indicazioni ministeriali dell’Unità di Missione per il coordinamento del PNRR (UMPNRR)⁶⁶ e ha riguardato i seguenti aspetti: per n. 3 OdC è stato effettuato uno stralcio per la difficoltà di rispettare l’obiettivo del POR, per n. 2 OdC si è trattato di un cambio di localizzazione, per un OdC del cambio del soggetto attuatore esterno e per n. 22 OdC si dovrà procedere ad una rimodulazione del quadro economico.

Centrali Operative Territoriali. Per quanto riguarda le COT l’obiettivo del PNRR è la realizzazione di n.101 COT entro il 2026. Per queste strutture non si registrano obiettivi più stringenti nella LR n. 22/2021. Dalla risposta istruttoria della Regione, è emerso che anche per questo intervento sono stati attribuiti i CUP in conformità al termine previsto del mese di giugno 2022. Inoltre, i soggetti attuatori esterni⁶⁷ hanno aderito agli Accordi Quadro delle

⁶⁴ ASST e/o Fondazioni IRCCS individuati con DGR n. XI/6426 del 23/05/2022.

⁶⁵ “Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità” (obiettivo M6C1-00-ITA-34) e “Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità” (obiettivo M6C1-00-ITA-35).

⁶⁶ Nota prot. 2104 del 28/10/2022.

⁶⁷ Individuati con DGR n. XI/6426/2022 già menzionata.

Centrali di committenza, nazionale e regionale (Invitalia e ARIA S.p.A.) e all'avvio dell'attività di progettazione, conseguendo i due *target* previsti al 31 dicembre 2022.⁶⁸ Nello specifico, delle n. 101 COT previste, n. 97 hanno raggiunto i due *target* entro il mese di dicembre 2022. Per i n. 4 interventi rimanenti, la Regione ha indicato le motivazioni specifiche del mancato o parziale raggiungimento del *target* stesso.

Dalla documentazione inviata, in particolare, risulta che per una COT (di cui il soggetto attuatore esterno è l'ASST Santi Paolo e Carlo) è stato sospeso l'intervento, mentre n. 2 COT sono già state attivate (ASST Fatebenefratelli Sacco, ASST Lecco). Per le restanti n. 8 da ristrutturare, invece, risulta che le stesse siano già attive e che non necessitano di ulteriori lavori.

Per n. 24 COT⁶⁹, rispetto a quanto previsto nel CIS, è stata adottata la proposta di rimodulazione del POR con DGR n. XII/62/2023 già menzionata. Nel merito, si sottolinea che la rimodulazione riguarda i seguenti aspetti: per n. 4 COT, si tratta di un cambio di localizzazione, per altre n. 6 COT di una modifica del soggetto attuatore esterno, mentre per le rimanenti la rimodulazione consiste in una variazione del quadro economico.

Per quanto riguarda il sub-investimento: M6.C1I1.2.2. COT Device, nel primo semestre 2022 sono stati assegnati i CUP.

Nel secondo semestre del 2022 per i COT Device si sarebbero dovuti assegnare i CIG, ma la Regione, nel riscontro istruttorio ha precisato che *“la procedura di gara che prevede l'assegnazione del codice CIG non è ancora stata attivata poiché, questo investimento è strettamente correlato al sub-investimento 1.2.3.2 Servizi di Telemedicina, in particolare al servizio di tele monitoraggio e telecontrollo nell'assistenza sanitaria territoriale”*.

La Regione Lombardia, infatti, è la capofila per la realizzazione del sub-investimento dei Servizi di Telemedicina e la relativa procedura di gara, di cui si attende l'avvio, condiziona anche l'investimento COT Device: *“trattandosi di dispositivi soggetti ad obsolescenza tecnologica, sarebbe diseconomico avviare procedure di gara non contestuali al cronoprogramma dell'investimento della Telemedicina, rispetto al quale è dipendente.”*

⁶⁸ *“Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali”* (obiettivo M6C1-00-ITA-17) e *“Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali”* (obiettivo M6C1-00-ITA-18).

⁶⁹ Su n. 101 COT previste come obiettivo dal PNRR, come già evidenziato.

Nel primo semestre del 2023 è stata presentata la proposta di elenco dei "Device", predisposta all'interno della Scheda AGENAS contenuta nel POR⁷⁰, con il raggiungimento dell'obiettivo. Entro il 30/06/2023 dovranno essere stipulati i contratti per i COT Device. Per questa ragione i fondi assegnati con DGR n. XI/6426/2022, non sono stati ancora impegnati. Per quanto riguarda il sub-investimento: M6.C1I1.2.2. Interconnessione Aziendale, nel primo semestre 2022 sono stati assegnati i CUP, mentre nel secondo semestre 2022 sono stati assegnati i CIG. Sul punto, la Regione, ha dichiarato che: *“per il riscontro al meccanismo di verifica previsto, è necessario completare l'iter avviato di rimodulazione del piano operativo per questa linea di investimento, approvato con D.G.R. N.°XII/62 del 27 marzo 2023, in quanto le risorse economiche impiegate per le attività realizzate nel 2022 sono state coperte da fondi regionali e non da fondi PNRR, inizialmente non previsti all'interno del quadro economico dell'apposita scheda AGENAS come da nota prot. G1.2023.0009673 del 13/03/2023 e nota prot. G1.2023.0009668 del 13/03/2023 trasmesse all'UMPNNR del Ministero della Salute.”*

6.2 Personale dedicato all'assistenza sanitaria territoriale

La Regione con DGR n. XI/7592/2022 ha approvato il *“Documento regionale di programmazione dell'assistenza territoriale – attuazione missione 6C1 PNRR”*, con il quale è stato anche stimato il fabbisogno regionale del personale aggiuntivo necessario rispetto a quello attuale, facendo riferimento agli standard di personale indicati nel D.M. n. 77/2022.

In particolare, nella tabella che segue viene declinato nel dettaglio il fabbisogno di personale per quanto riguarda le CdC e le COT, così come risulta nella delibera regionale indicata:⁷¹

⁷⁰ Cfr. la DGR n. XI/6426/2022, già indicata.

⁷¹ Tenuto conto che, in quella sede, non è stato inserito nella tabella il numero necessario degli assistenti sociali, il cui apporto dovrà essere concordato con i comuni, nonostante sia stato previsto un/una assistente sociale per ciascuna CdC.

Tabella 13 – Fabbisogno di personale per CdC e COT della Regione Lombardia

Descrizione Ente	Fabbisogno IFoC (CdC e COT)	Fabbisogno personale di supporto (CdC+ COT)
ASST GOM NIGUARDA	45	28
ASST S. PAOLO E S. CARLO	60	41
ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	139	89
ASST OVEST MILANESE	110	69
ASST RHODENSE	104	69
ASST NORD MILANO	111	62
ASST MELEGNANO E MARTESANA	161	101
ASST LODI	51	32
ASST SETTE LAGHI	104	60
ASST VALLE OLONA	104	68
ASST LARIANA	129	81
ASST VALTELLINA E ALTO LARIO	68	47
ASST VALCAMONICA	60	41
ASST LECCO	81	51
ASST MONZA	44	30
ASST BRIANZA	161	106
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	57	35
ASST BERGAMO OVEST	63	36
ASST BERGAMO EST	100	62
ASST SPEDALI CIVILI D1 BRESCIA	129	82
ASST FRANCIACORTA	58	35
ASST GARDA	99	62
ASST CREMONA	48	30
ASST MANTOVA	87	49
ASST CREMA	27	17
ASST PAVIA	118	75
TOTALE	2.318	1.458

Fonte: DGR n. 7592 del 15/12/2022 – All. 3 quater “ documento regionale di programmazione dell’assistenza territoriale – attuazione M6C1 PNRR”

Nella tabella che segue è indicato nel dettaglio il fabbisogno di personale previsto per gli OdC. In questa previsione, la Regione ha tenuto conto di quanto disciplinato dal D.M. n. 77/2022, che ha ipotizzato l’apporto dei medici di medicina generale⁷² e, in caso di

⁷² Cfr. DGR n. XI/7592/2022 e LR n. 22/2021, all’art. 9 n) che stabilisce: “le case di comunità, la cui distribuzione territoriale è attuata in applicazione delle linee di indirizzo nazionali e in coerenza con la programmazione regionale, possono essere gestite, per quanto riguarda i professionisti sanitari, esclusivamente dai MMG o dai PLS riuniti in associazione o in cooperativa e in collaborazione con le farmacie convenzionate ai sensi del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153”.

impossibilità, dei medici dipendenti di medicina generale, il cui fabbisogno potrebbe essere ulteriormente incrementato al fine di assicurare lo standard previsto.⁷³

Tabella 14 - Fabbisogno di personale per OdC della Regione Lombardia

Articolazione	N°	NUMEROSITA'			
		IDF	Unità di personale di supporto (socio-sanitario e amministrativo)	Coordinatore infermieristico	Personale sanitario con funzioni riabilitative
OdC*	66	528	396	66	132

*Considerati con un numero di posti letto pari a 20 ciascuno.

Fonte: DGR n. 7592 del 15/12/2022 - All. 3 quater "Documento regionale di programmazione dell’assistenza territoriale - attuazione M6C1 PNRR".

In questo quadro, è utile menzionare anche la DGR n. XI/6867 del 2/08/2022⁷⁴ che sottolinea come la Regione Lombardia, in conformità al quadro normativo stabilito dalla LR n. 22/2021, e con l’obiettivo di contribuire al raggiungimento del *target* del PNRR di assistenza per il 10 per cento della popolazione anziana entro il 2026, ha previsto il finanziamento, precisando che *“la dotazione di personale da definire nell’ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte, deve essere proporzionata alla tipologia di attività erogata, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie, della riabilitazione, operatori socio-sanitari, e altri professionisti sanitari necessari a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI/PRI.”*

6.3 Rendiconto delle risorse finanziarie

Per quanto riguarda i fondi del PNRR, la tabella riporta gli stanziamenti per ciascun intervento dalla Legge regionale di assestamento al bilancio 2022 – 2024 n.17 dell’8/08/2022. Dai dati ricevuti, emerge come la Regione abbia impegnato la totalità dei fondi assegnati alla M6C1 esclusivamente su capitoli di spesa in conto capitale per l’esercizio 2022. Per gli interventi previsti per la M6C1, laddove finanziati con spesa in conto capitale, il D.M. del

⁷³ Ossia 4/5 ore per 6 giorni alla settimana.

⁷⁴ DGR n. 6867 del 2/08/2022 *“determinazioni in ordine all’assistenza domiciliare integrata in attuazione dell’intesa del 4 agosto 2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e accreditamento dell’adi, nell’ambito della cornice programmatica costituita dalla missione 6 del pnrr, dal dm 77 del 23 maggio 2022 recante “modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale”, dal DM del 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare» e nel più generale quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con LR 22/2021”.*

MEF del 11/10/2021 ha stabilito che le Regioni debbano procedere con l'imputazione dell'intero importo su appositi capitoli, relativi alla spesa sanitaria, per la stessa annualità in cui è stato effettuato il riparto, ovvero con il D.M. Salute 20/1/2022.⁷⁵ La Regione sul punto ha fatto riferimento al Decreto del MEF.

Tabella 15 - PNRR - Rendiconto esercizio finanziario 2022

Capitolo spesa	Descrizione capitolo spesa	Assestato 2022 (a)	Impegni di competenza (c)	Capitolo di entrata
015202	PNRR - CONTRIBUTI IN CAPITALE DELLA UE - MISSIONE 6 - COMPONENTE 1 - INTERVENTO 1.1. CASE DELLA COMUNITA'	277.203.041,64	277.203.041,64	015201
015209	PNRR CONTRIBUTI IN CAPITALE DELLA UE - MISSIONE 6 - COMPONENTE 1 - INTERVENTO 1.2.2. CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)	17.480.575,00	17.480.575,00	015201
015210	PNRR CONTRIBUTI IN CAPITALE DELLA UE - MISSIONE 6 - COMPONENTE 1 - INTERVENTO 1.2.2. COT - INTERCONNESSIONE AZIENDALE	7.178.217,29	7.178.217,29	015201
015211	PNRR CONTRIBUTI IN CAPITALE DELLA UE - MISSIONE 6 - COMPONENTE 1 - INTERVENTO 1.2.2. COT - DEVICE	9.768.335,02	9.768.335,02	015201
015212	PNRR CONTRIBUTI IN CAPITALE DELLA UE - MISSIONE 6 - COMPONENTE 1 - INTERVENTO 1.3 OSPEDALI DELLA COMUNITA'	151.201.659,08	151.201.659,08	015201
	TOTALE	462.831.828,03	462.831.828,03	

Fonte: Regione Lombardia

È emerso, inoltre, che a fronte degli impegni di competenza non sono stati erogati i corrispettivi pagamenti.

⁷⁵ Il Decreto, in sede di definizione delle norme contabili derogando per gli interventi in ambito sanitario così come delineati nel PNRR, rinvia (art.3, comma 3) alla normativa contabile di cui all'art. 20 del D.Lgs. n. 118/2011, che statuisce "per la parte in conto capitale riferita all'edilizia sanitaria di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, le regioni accertano e impegnano nel corso dell'esercizio l'importo corrispondente a quello indicato nel decreto di ammissione al finanziamento."

A complemento delle risorse del PNRR, la Regione con LR n. 22/2021, art. 37, ha stanziato ulteriori risorse per la realizzazione della rete di assistenza sanitaria territoriale, qui di seguito elencate:

- per gli oneri finanziari aggiuntivi di natura corrente per il potenziamento della rete territoriale sul Fondo sanitario (Missione 13 'Tutela della salute', programma 01 'Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA- Titolo I 'Spese correnti' dello stato di previsione delle spese del bilancio 2022-2024), 17.833.325,00 euro per l'esercizio 2022, 28.686.750,00 euro per l'esercizio 2023 e 29.720.320,00 euro per l'esercizio 2024;
- per la copertura delle maggiori spese in conto capitale sulla Missione 13 'Tutela della Salute', programma 05 'Investimenti sanitari' - Titolo II 'Spese in conto capitale' dello stato di previsione delle spese del bilancio 2022-2024 per l'esercizio finanziario 2022, 85 milioni di euro.

Inoltre, la Regione ha stabilito che *“possono concorrere altresì alla realizzazione della presente legge le ulteriori risorse provenienti dalle restanti assegnazioni dell'Unione europea, dello Stato, incluse quelle previste dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988) e rfinanziate dalle leggi di stabilità, nonché ulteriori contributi provenienti da altri soggetti pubblici e privati, allocabili alla missione 13 'Tutela della salute', programma 01 'Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA' - Titolo I 'Spese correnti', programma 05 'Investimenti sanitari' - Titolo II 'Spese in conto capitale' e programma 7 'Ulteriori spese in materia sanitaria' - Titolo I 'Spese correnti' e Titolo II 'Spese in conto capitale' dello stato di previsione delle spese del bilancio 2022-2024.”*

Il Collegio prende atto che la Regione con la LR n. 22/2021 ha previsto lo stanziamento di Fondi regionali aggiuntivi per il potenziamento della rete di assistenza sanitaria territoriale, da destinare per l'anno 2022 a spesa corrente (17.833.325,00 euro) e a spesa in conto capitale (85.000.000,00 euro). Dalla documentazione, tuttavia, non emerge con chiarezza quale siano stati gli interventi destinatari di questi fondi, né come siano stati impiegati per l'obiettivo dichiarato dalla legge a valere sull'esercizio finanziario 2022.

7 GOVERNANCE

Gli obiettivi declinati nella LR n. 22/2021 relativi alla realizzazione delle CdC e OdC hanno richiesto una rimodulazione della *governance* regionale assunta con DGR n. XI/7242 del 30/11/2022. Con tale delibera la Regione, dunque, ha ritenuto “*opportuno avocare a livello centrale il monitoraggio per risolvere tempestivamente eventuali criticità*”, costituendo un apposito organo denominato “*Unità di Intervento per il monitoraggio dello stato di attuazione della Missione 6C1 del PNRR*”.

L’Unità di Intervento, coordinata dal Dirigente della UO Polo Ospedaliero della Direzione Generale *Welfare*, prevede “*una composizione multidisciplinare, individuata in relazione alla competenza acquisita ed esperienza maturata negli anni nel monitoraggio/erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie*”. La stessa delibera, inoltre, ne definisce i componenti e statuisce che gli stessi non percepiscano alcuna remunerazione aggiuntiva.

Le funzioni dell’Unità di Intervento sono:

- monitorare lo stato di realizzazione e di attivazione dei servizi;
- relazionare periodicamente alla Direzione Generale *Welfare* e all’Assessorato al *Welfare* relativamente all’attività espletata e alle eventuali criticità rilevate;
- aggiornare, in collaborazione con ARIA S.p.a., i contenuti del portale illustrativo delle strutture attivate e dei relativi servizi.

La Sezione prende atto di questa innovazione nella *governance* del PNRR, appositamente prevista per la misura M6C1 ed auspica che questo accentramento del controllo contribuisca ad accelerare la realizzazione degli alti obiettivi posti dalla riforma dell’assistenza sanitaria territoriale, oltre che a contribuire a dotare le strutture del personale necessario a renderle operative nei tempi programmati dalla LR n. 22/2021.

L’istituzione di una nuova struttura più specifica, in affiancamento a quella di monitoraggio esistente “*Gruppo di Lavoro per l’attuazione del PNRR*” (di cui si relaziona nel capitolo sui “*Fondi UE e PNRR*” allegato al presente giudizio di parifica), pone il problema del rapporto tra queste due strutture di controllo: in particolare, l’esigenza di istituire questo nuovo organo con funzioni di monitoraggio suggerisce che la cabina di regia predisposta con il

Gruppo di Lavoro di cui sopra non sia sufficiente alla risoluzione delle criticità del singolo intervento.

8 RISCONTRO ISTRUTTORIO E CONTRODEDUZIONI

La Sezione ha evidenziato alcuni profili di criticità circa la realizzazione del nuovo modello organizzativo della nuova assistenza sanitaria territoriale, come delineato con DGR n. XI/6760 del 25/07/2023 in attuazione del D.M. Salute n. 77/2022. La Regione ha voluto rispondere alle osservazioni della Corte con nota pervenuta in data 16/06/2023, prot. Cdc n. 8672, con le sue controdeduzioni, depositate in data 27/6/2023 con prot. Cdc n. 9013, oltre che con la risposta in sede di riscontro all’Ordinanza della Sezione n. 137 del 29 giugno 2023.

In merito al numero delle CdC realizzate, la Regione nella nota pervenuta in data 16/06/2023 (prot. Cdc n. 8672) ha riferito che ad oggi ne sono state “attivate” n. 89 (di cui n. 86 incluse nel POR e n. 3 extra-POR). La Regione ha, inoltre, aggiunto che “*le n. 89 Case di Comunità fino ad oggi attivate, anche in via transitoria, sono tutte all’interno di strutture già esistenti*” e che non si tratta di strutture di nuova realizzazione. Nelle controdeduzioni del 29/6/2023, infatti, la Regione precisa che “*tutte le suddette strutture territoriali attivate nel 2022 sono all’interno di strutture già esistenti, opportunamente adattate per l’attivazione progressiva delle funzionalità secondo le finalità previste dal DM 77/2022.*”

Per quanto attiene alla previsione contenuta nella LR n. 22/2021, all’art.36 comma 4, secondo cui “il 40% degli OdC e delle Cdc previsti dal PNRR deve essere realizzato entro il 2022, il successivo 30% entro il 2023 e il restante 30% entro il 2024”, la Regione ha precisato che tale previsione “*riguarda la realizzazione del 40% di strutture, previste nel target PNRR, entro l’anno 2022*” e che “*tale parametro si ritiene assolto con il raggiungimento del 41% sul target PNRR minimo*”, come da tabella seguente:

Tabella 16 – Strutture attive nel 2022

Tipologia	Target massimo PNRR	Target minimo PNRR	Attive 2022	Percentuale su Target minimo PNRR
Case di Comunità	199	187	86+3*	46%
Ospedali di Comunità	66	60	15	25%
Totale	265	247	101+3*	41%

Fonte: dati Regione Lombardia 27/6/2023, prot. Cdc n. 9013

* Interventi extra POR

Il Collegio rileva che la norma è da intendersi riferita a ciascuno dei target, ovvero al 40 per cento delle CdC e al 40 per cento degli OdC, e che i due target non sono compensabili tra di loro.

Per quanto attiene ai requisiti per l'accreditamento delle CdC, l'Ente riferisce che l'iter, secondo gli standard prescritti dal D.M. n. 77/2022 (Allegato n.2), è ancora in fase di avvio e che per ora i servizi attivi sono accreditati secondo la normativa vigente.

Per quanto riguarda la funzionalità delle n. 89 CdC attivate, la Regione ha fornito le informazioni come riportate nella seguente tabella:

Tabella 17 - Giorni di apertura delle CdC attivate

Giorni di apertura a settimana:	Percentuale
Meno di 6 giorni su 7	41%
6 giorni su 7	25%
7 giorni su 7	34%

Fonte: dati Regione Lombardia 16/06/2023, prot. Cdc n. 8672

Nella tabella è inserita la media dei giorni di apertura delle CdC. Per quanto riguarda le CdC attivate (n. 89) risulta che il 33,71 per cento prevede l'apertura 7/7 giorni, mentre il 19 per cento prevede un'apertura h 24, come prescrive il D.M. 77/2022 per le CdC "hub".

Per quanto attiene alla presenza del personale medico, l'Ente ha risposto che i medici di medicina generale (MMG) sono presenti in n. 41 delle n. 89 CdC attivate (ovvero nel 46 per cento dei casi), mentre i pediatri di libera scelta (PLS) sono presenti solo in n. 19 sulle n. 89 CdC attivate (ovvero nel 21 per cento dei casi).

Tabella 18 - Medici di Medicina Generale presenti nelle CdC attivate

Numero dei medici presenti (in n. 41 CdC su n. 89)	Percentuale
1 - 2	51%
3 - 4	22%
5 o più	24%

Fonte: dati Regione Lombardia 16/06/2023, prot. Cdc n. 8672

Si evidenzia che nelle n. 41 CdC in cui si registra la presenza medica, nel 51 per cento dei casi risultano presenti n.1 o n.2 medici.

La Sezione rileva quale principale criticità, che potrebbe influire sul buon funzionamento delle CdC, la mancanza del personale medico, in quanto su n. 89 ben n. 48 CdC risultano prive della presenza di almeno un MMG, mentre ben n. 70 CdC della presenza di un PLS. Per quanto attiene alla funzione dei MMG nelle CdC, la Regione ha fornito le seguenti informazioni:

Tabella 19 – Funzioni dei MMG presenti nelle CdC attivate

Medici presenti (in n. 41 CdC su n. 89)	Percentuale
Rapporto fiduciario mantenuto	85%
Possibilità di essere visti da un altro MMG	51%
Invio diretto dal MMG agli specialisti presenti	44%
Interazione diretta tra MMG e specialisti	56%

Fonte: dati Regione Lombardia 16/06/2023, prot. Cdc n. 8672

Dal riscontro istruttorio emerge che le CdC debbano fungere da riferimento dei MMG e dei PLS, riuniti in una o più Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) secondo le indicazioni dell’Accordo Integrativo Regionale (AIR), recepito con DGR n. XII/81/2023. Tale accordo prevede che *“entro il 2023 le forme organizzative dell’assistenza primaria (AFT e UCCP) di cui all’accordo 2022, devono vedere la loro piena operatività, integrandosi nel modello di riorganizzazione della rete territoriale, che prevede all’interno del polo territoriale delle ASST: distretti, case della comunità, ospedali di comunità, centrale operativa territoriale, in coerenza con l’atto di programmazione, di cui alla DGR XI/6387/2022.”*

Riguardo alla presenza dei MMG nelle CdC, la Regione dichiara che, come peraltro previsto dalla DGR n. XI/6760/2022, si procederà attraverso la pubblicazione di bandi specifici.

Una novità della riforma è costituita dalla nuova figura dell’infermiere di comunità (IFoC) e dal ruolo che questa figura assume quale responsabile e coordinatore della struttura.

Tabella 20 – Presenza del personale infermieristico nelle CdC attivate

Personale infermieristico	Percentuale
Coordinatore infermieristico	73%
IFoC per attività ambulatoriali	85%
IFoC per attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute	98%
IFoC per assistenza domiciliare di base, attività di prevenzione e teleassistenza	89%

Fonte: dati Regione Lombardia 16/06/2023, prot. Cdc n. 8672

Per quanto riguarda il personale infermieristico, risulta che il coordinatore infermieristico è presente in n. 65 delle n. 89 CdC attivate, ovvero nel 73 per cento dei casi. La Regione riferisce che *“è ancora in corso la fase di completo reclutamento e di formazione della figura dell’infermiere di comunità e la progressiva attribuzione di incarichi di coordinamento.”* Dai dati forniti, risulta, inoltre, che le CdC possono contare sull’ IFoC per l’attività di triage e valutazione dei bisogni di salute nel 98 per cento delle CdC attivate, mentre questa percentuale diminuisce per le altre funzioni, quali le attività ambulatoriali e l’assistenza domiciliare. Altri servizi sanitari attivati nelle CdC risultano presenti con le seguenti percentuali:

Tabella 21 – Servizi sanitari presenti nelle CdC attivate

Servizi presenti	Percentuale
Personale di supporto (socio-sanitario, Amministrativo)	96%
Servizi di cure primarie erogati attraverso èquipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC)	47%
Ambulatori specialistici	84%
Punto Unico Prelievi	84%
Assistenza domiciliare	79%
Continuità assistenziale	63%
Servizi diagnostici di base	66%
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	90%
Integrazione con i Servizi sociali	87%

Fonte: dati Regione Lombardia 16/06/2023, prot. Cdc n. 8672

A fronte dei dati richiesti dalla Sezione circa il grado di diffusione a livello territoriale dei servizi socio-sanitari, previsti come facoltativi o raccomandati, la Regione ha fornito la seguente tabella:

Tabella 22 – Servizi sociosanitari presenti nelle CdC attivate

Tipologia di servizi facoltativi e/o raccomandati DM n. 77/2022	Percentuale
Medicina dello Sport	39,30%
Attività consultoriali	66,30%
Programmi di screening	79,80%
Vaccinazioni	76,40%
Servizi per la salute mentale	44,90%
Servizi per la neuropsichiatria infantile	39,30%
Servizi per le dipendenze patologiche	38,20%

Fonte: dati (riferiti al 31/12/2022) Regione Lombardia 27/6/2023, prot. Cdc n. 9013

La Sezione ha apprezzato come la Regione, nel dare attuazione al D.M. n. 77/2022 con la DGR n. XI/6760 del 25/07/2022, abbia previsto un’offerta di servizi sociosanitari, che nella normativa nazionale sono indicati come facoltativi e/o raccomandati, di cui ne ha precisato il grado di diffusione territoriale.

In relazione alla DGR n. XII/62 del 27/03/2023, la Sezione chiedeva un chiarimento circa l’importo dettagliato per ogni CUP all’esito della relativa rimodulazione. La Regione ha chiarito che la DGR n. XII/62 del 27/03/2023 non prevede un “*ulteriore cofinanziamento regionale*”, ma che lo stesso pari a 79.580.839,61 euro costituisce “*quota parte dell’importo complessivo individuato nella DGR n. XI/6282/2022 in complessivi euro 207.329.249,00*”.

Per quanto riguarda gli importi impegnati e pagati a favore del personale impegnato nelle CdC nell’esercizio finanziario 2022, la Regione nel suo riscontro ha fornito il dato aggregato come riportato nella seguente tabella:

Tabella 23 – Finanziamento del personale per le CdC attivate

	Esercizio finanziario 2022
Altro personale	7.445.280,07 €
Comparto ruolo sanitario	9.009.003,95 €
IFoC	3.651.854,33 €
Dirigenza medica	9.686.997,51 €
Totale – personale dipendente	29.793.135,86 €

Fonte: dati Regione Lombardia 16/06/2023, prot. Cdc n. 8672

Tuttavia, per il finanziamento del personale coinvolto non è stato possibile individuare né il capitolo di spesa, né la norma che ne ha originato lo stanziamento. La Regione, infatti, ha riferito che per gli importi indicati non ha attinto a risorse del PNRR, bensì ad un generico *“fondo indistinto”*, senza indicare con chiarezza la norma che ha alimentato questo fondo.

A fronte di quanto rilevato dal Collegio rispetto allo stanziamento di fondi regionali aggiuntivi per il potenziamento della rete di assistenza sanitaria territoriale, di cui alla LR n. 22/2021 da destinare per l’anno 2022 a spesa corrente (17.833.325,00 euro), la Regione, nelle proprie controdeduzioni, ha dichiarato che si tratta di *“risorse prioritariamente destinate per l’incremento del personale destinato all’attività delle strutture territoriali (case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali)”*, senza specificarne il *quantum* ma aggiungendo che è stata prevista *“una provvista minima per l’avvio delle attività dell’Agenzia per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive.”*

Mentre, per quanto riguarda lo stanziamento di 85 milioni di euro per spesa in conto capitale di cui alla LR n.22/2021, è emerso che si tratta di *“risorse per investimento destinate alla realizzazione della sede e dei laboratori dell’Agenzia per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive”*. La Sezione prende atto che queste risorse non sono state destinate alle spese di investimento nelle strutture di cui al M6C1 del PNRR.

Infine, il Collegio ha rilevato come, a fronte degli impegni di spesa in conto capitale sui fondi del PNRR (463 milioni di euro) non risultano, dai documenti contabili, corrispondenti pagamenti effettuati nell’esercizio 2022. Pertanto, mancando una puntuale rendicontazione delle spese che sarebbero state sostenute per i lavori di ristrutturazione delle singole CdC e degli OdC attivati nel 2022, non emerge con chiarezza la fonte delle risorse impiegate a detti fini. In sede di Preparifica, la Regione ha esposto come, avendo individuato negli ASST i soggetti attuatori esterni per la realizzazione delle CdC nell’ambito del PNRR, si sia in procinto di avviare la rendicontazione delle spese che tali soggetti hanno sostenuto per i lavori di ristrutturazione. Più in particolare *“Regione Lombardia ha individuato negli Enti sanitari (ASST) i soggetti attuatori esterni per la realizzazione delle **Case della Comunità** nell’ambito dei fondi PNRR. La Regione svolge dunque un ruolo di coordinamento, supervisione ed è responsabile in solido insieme agli Enti della corretta esecuzione delle opere.”*

La Regione in riscontro all'Ordinanza della Sezione n. 137 del 29/06/2023, ha dichiarato che avvierà a breve le procedure per la rendicontazione, investendo i soggetti attuatori esterni (ASST), secondo le indicazioni contenute nelle Linee guida approvate con Decreto dirigenziale n. 7796 del 25/05/2023, e ha riferito che le *“linee guida prevedono, in particolare per le case di Comunità, cinque tranche di pagamento a fronte dell'inserimento del rendiconto in REGIS e sulla base dello stato di avanzamento dei lavori (SAL): Progettazione, raggiungimento del 30/60/90% della spesa sostenuta e saldo finale.”*

Solo dopo l'avvenuto caricamento sulla piattaforma ReGiS dei documenti necessari per il rendiconto e al termine dei controlli da parte della Regione, si procederà alla liquidazione delle spese sostenute dagli enti sanitari per i singoli interventi della M6C1.

Infine, per quanto riguarda la *governance*, la Regione ha motivato l'istituzione di una unità apposita per gli interventi della M6C1 del PNRR, con compiti distinti dal *“Gruppo di Lavoro per l'attuazione del PNRR”*. L'unità di intervento effettua visite in loco alle CdC allo scopo di verificare l'effettiva attivazione dei servizi, in coerenza con il modello organizzativo stabilito con la già citata DGR n. XI/6760 del 25/7/2022, e che la stessa *“ha come compito prioritario quello di monitorare lo sviluppo dei servizi per pervenire entro il termine previsto ad avere tutti i servizi in tutte le strutture territoriali.”*

9 CONSIDERAZIONI FINALI

A conclusione dell'esame effettuato in merito allo stato di realizzazione di quanto previsto dal PNRR in relazione agli interventi della M6C1, questa Sezione evidenzia quanto segue.

In primo luogo, secondo quanto testualmente riferito dalla Regione risulta che le *“Case di Comunità fino ad oggi attivate, anche in via transitoria, sono tutte all'interno di strutture già esistenti opportunamente adattate per l'attivazione progressiva delle funzionalità secondo le finalità previste dal DM 77/2022”*. Trattasi, quindi, di strutture preesistenti e non già di nuova realizzazione.

Per quanto attiene alla previsione della Legge regionale del 14/12/2021 n. 22 (art.36, comma 4) secondo cui l'obiettivo prioritario per la Regione era di realizzare il 40 per cento delle strutture entro il 2022, dal riscontro emerge che, mentre il numero di Case di Comunità *“attivate”* conseguirebbe il suddetto obiettivo, lo stesso non si può dire per gli Ospedali di Comunità. Per questi ultimi, la Regione ha riferito l'avvenuta *“attivazione”* di n. 15 strutture, mentre l'obiettivo che la Regione stessa si prefiggeva era di almeno n. 24.

All'esito dell'istruttoria effettuata, la Corte sottolinea come la principale ipotesi sul successo della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, e in particolare sul funzionamento delle Case di Comunità, sia rappresentata dalla mancanza del personale medico. Come riferito dalla Regione stessa, infatti, sulle n. 89 Case di Comunità *“attivate”*, ben n. 48 risultano prive di almeno un medico di medicina generale e addirittura in n. 70 manca un pediatra di libera scelta.

Al termine dell'analisi della documentazione fornita dalla Regione, sotto il profilo contabile e in relazione ai fondi per il personale stanziati dalla Legge di bilancio 2022 (15,2 milioni di euro) e dal D.L. n. 34/2020 (80 milioni di euro) a favore della Regione per l'esercizio finanziario 2022, non risulta emergere con sufficiente chiarezza il collegamento tra i

trasferimenti statali ricevuti, gli impegni di spesa e i pagamenti per ciascuno dei diversi profili del personale impiegato nelle strutture della rete di assistenza sanitaria territoriale.

Infine, a fronte degli impegni di spesa in conto capitale sui fondi del PNRR (463 milioni di euro) non risultano, dai documenti contabili, corrispondenti pagamenti effettuati nell’esercizio 2022. Pertanto, mancando una puntuale rendicontazione delle spese che sarebbero state sostenute per i lavori di ristrutturazione delle singole Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità “attivati “nel 2022, non emerge con chiarezza la fonte delle risorse che sarebbero state impiegate a detti fini (risorse PNRR o risorse regionali). A questo riguardo, in sede di Preparifica, la Regione ha riferito che le spese in questione sarebbero state effettuate nel 2022 con proprie anticipazioni da parte degli stessi enti sanitari e ha dichiarato, in riscontro all’Ordinanza della Sezione n. 137 del 29/06/2023, che avvierà le procedure per la rendicontazione investendo i soggetti attuatori esterni (ASST) secondo le indicazioni contenute nelle Linee guida approvate con Decreto dirigenziale n. 7796 del 25/05/2023.

