



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE

*Ufficio per il Coordinamento delle attività della segreteria della
Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le
Province autonome di Trento e Bolzano*

Servizio Sanità, lavoro e politiche sociali
Codice sito 4.10/2024/8/CSR

Presidenza del Consiglio dei Ministri
DAR 0001666 P-4.37.2.10
del 31/01/2024



50664007

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e
delle Province autonome
c/o CINSEDO
conferenza@pec.regioni.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province
autonome
(CSR PEC LISTA 3)

All'Assessore della Regione Emilia-Romagna
Coordinatore Commissione salute
sanita@postacert.regione.emilia-romagna.it

All'Assessore della Regione Lombardia
Vice-Coordinatore Commissione salute
welfare@pec.regione.lombardia.it

All'Assessore della Regione Piemonte
Coordinatore Vicario Commissione salute
commissione.salute@cert.regione.piemonte.it

E, p.c. Al Ministero della salute

- Gabinetto
gab@postacert.sanita.it
- Direzione generale della programmazione
sanitaria
dgprog@postacert.sanita.it

Al Ministero dell'economia e delle finanze
- Gabinetto
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it

- Dipartimento della Ragioneria Generale dello
Stato
rgs.ragionieregionale.coordinamento@pec.mef.gov.it



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE

*Ufficio per il Coordinamento delle attività della segreteria della
Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le
Province autonome di Trento e Bolzano*

Oggetto: Intesa, ai sensi dell'articolo 5-bis, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, come modificato dall'articolo 55, comma 1, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, sulla proposta del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, inerente all'accordo di programma integrativo stralcio con la Regione Liguria, per il settore degli investimenti sanitari, ex articolo 20 della legge n. 67/1988.

Il Ministero della salute, con nota acquisita il 30 gennaio 2024 protocollo DAR 1637 (All.1), ha trasmesso la documentazione relativa al provvedimento indicato in oggetto per la prevista intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni. Sul provvedimento, in data 17 gennaio 2024, è stato acquisito il previsto concerto del Ministero dell'economia e delle finanze.

Si invita il competente Coordinamento interregionale a voler far pervenire il formale assenso.

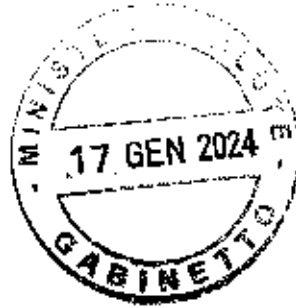
Il suddetto provvedimento sarà reso disponibile anche sul sito www.statoregioni.it con il codice sito 4.10/2024/8.

Il Dirigente del Servizio
Dott.ssa Antonella Catini



Ministero
dell'Economia e delle Finanze

II CAPO DI GABINETTO



[Handwritten notes and signatures]

Al Ministero della salute
- Ufficio di Gabinetto
- Direzione generale della programmazione sanitaria

e. p.c.

All'Ufficio legislativo economia

Al Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato

Oggetto: Regione Liguria - Programma investimenti ex articolo 20 della legge n. 67 del 1988 - Proposta Accordo di programma integrativo stralcio, con la Regione Liguria, ai sensi dell'articolo 5-bis del decreto legislativo n. 502 del 1992, come introdotto dal decreto legislativo n. 229 del 1999. Acquisizione concerto.

Si fa riferimento alla nota prot. 640 dell'11 gennaio 2024, con la quale codesto Ministero della salute ha trasmesso l'aggiornamento della proposta di Accordo di programma con la Regione Liguria indicata in oggetto, ai fini dell'acquisizione del concerto di questa Amministrazione.

Al riguardo, nel rappresentare che non vi sono osservazioni da formulare ai fini dell'ulteriore corso del provvedimento, in vista della sottoscrizione della proposta di Accordo, si designa sin da ora, quale rappresentante di questa Amministrazione, la dott.ssa Angela Stefania Lorella Adduce, Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato.

Ministero della Salute

GAB

0000779-A-19/01/2024

I.6.a.h/2023/0



630936488

Il Capo di Gabinetto
dott. Stefano Zinone

[Signature]

Ministero dell'Economia e delle Finanze

Visto dal funzionario responsabile

19 GEN 2024

ARCHIVIO

La riproduzione cartacea del presente documento costituisce una copia imitativa non autenticata del documento originale informatico firmato digitalmente

Data: 17 gennaio 2024, 10:19:29
Da: ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it
A: gab@postacert.sanita.it
Oggetto: MEF - GAB - Prot. 2225/2024 del 17/01/2024 REGIONE LIGURIA - PROGRAMMA INVESTIMENTI EX ART. 20 LEGGE N. 67/1988 - PROPOSTA ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO STRALCIO, CON LA REGIONE LIGURIA, AI SENSI DELL'ART. 5 BIS DEL D.LGS. 502/92, COME INTRODOTTO DAL D.LGS. 229/1999 - ACQUISIZIONE CONCERTO - SECONDO INVIO
Allegati: e.1923_23_Nulla_osta_AdP_Liguria.pdf (271.2 KB)
Segnatura.xml (12.1 KB)

Si trasmette il documento di cui all'oggetto.

Caramignoli Giuseppe

Da: Accettazione corrispondenza Ufficio di Gabinetto
<accettazione.gabinetto@sanita.it>
Inviato: mercoledì 17 gennaio 2024 10:28
A: Segreteria Capo di Gabinetto
Cc: Ferrari Giulia
Oggetto: I: MEF - GAB - Prot. 2225/2024 del 17/01/2024 REGIONE LIGURIA - PROGRAMMA INVESTIMENTI EX ART. 20 LEGGE N. 67/1988 - PROPOSTA ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO STRALCIO, CON LA REGIONE LIGURIA, AI SENSI DELL'ART. 5 BIS DEL D.LGS. 502/92, COME INTRODOTTO DA
Allegati: e.1923 23_Nullata_osta AdP_Liguria.pdf; Segnatura.xml

Da: ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it <ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it>
Inviato: mercoledì 17 gennaio 2024 10:19
A: gab@postacert.sanita.it
Oggetto: MEF - GAB - Prot. 2225/2024 del 17/01/2024 REGIONE LIGURIA - PROGRAMMA INVESTIMENTI EX ART. 20 LEGGE N. 67/1988 - PROPOSTA ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO STRALCIO, CON LA REGIONE LIGURIA, AI SENSI DELL'ART. 5 BIS DEL D.LGS. 502/92, COME INTRODOTTO DAL D

Si trasmette il documento di cui all'oggetto.



Ministero della Salute

UFFICIO DI GABINETTO

Ministero della Salute

GAB

0001303-P-30/01/2024

I.S.A.H/2023/0



632937552

Al Direttore dell'Ufficio di coordinamento
della Segreteria della Conferenza
permanente per i rapporti tra lo Stato, le
regioni e le Province autonome di Trento e
Bolzano

statoregioni@mailbox.governo.it

e, p.c.

Al Direttore generale della
programmazione sanitaria

**OGGETTO: Programma di investimenti ex art. 20 della legge n. 67/1988 – Proposta
Accordo di programma integrativo stralcio, con la Regione Liguria.
Acquisizione dell'Intesa ai sensi dell'art. 5-bis del d.lgs. 502/92.**

Si trasmette, ai fini dell'acquisizione della prescritta intesa, la proposta di Accordo di
programma integrativo in oggetto, con richiesta di sottoporlo all'esame di codesta Conferenza
nella prima seduta utile.

Sulla proposta è stato acquisito in data 17 gennaio u.s. l'assenso tecnico del Ministero
dell'economia e delle finanze.

IL CAPO DI GABINETTO

Dot. Marco Mattei



EX DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

**MINISTERO DELLA SALUTE
DI CONCERTO CON MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
E
REGIONE LIGURIA**

**ACCORDO DI PROGRAMMA STRALCIO
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI**

PROGRAMMA INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE N. 67/1988

ARTICOLATO CONTRATTUALE

**ACCORDO DI PROGRAMMA STRALCIO
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI**

PROGRAMMA INVESTIMENTI EX ART. 20 LEGGE N. 67/88

VISTO l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modifiche, che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di 34 miliardi di euro;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e, in particolare, l'articolo 5, bis come introdotto dall'articolo 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successivamente integrato con l'art. 55 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, il quale dispone che il Ministero della Sanità di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano può stipulare Accordi di programma con le Regioni per la realizzazione di interventi previsti dall'articolo 20 della citata legge n. 67/88;

VISTO l'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 5 dicembre 1997, n. 430, come sostituito dall'articolo 3 della legge 12 maggio 1999, n. 144, che trasferisce ai Ministeri competenti i compiti di gestione tecnica, amministrativa e finanziaria già attribuita al Comitato interministeriale per la programmazione economica;

VISTA la deliberazione CIPE del 6 agosto 1999, n. 141, concernente il regolamento di riordino delle competenze del CIPE, che individua tra le attribuzioni da trasferire al Ministero della Sanità, le ammissioni al finanziamento dei progetti in edilizia e tecnologie sanitarie di cui all'articolo 20 della legge n. 67/88 e successive modificazioni;

VISTO il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

VISTA la legge 27 dicembre 1997, n. 450, che rende disponibile, per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell'articolo 20 della sopra citata legge n. 67 del 1988 la somma di lire 2.500 miliardi, disponibilità rimodulata dalla legge 23 dicembre 1998, n. 449, come integrata dal decreto-legge del 28 dicembre 1998, n. 450, convertito con modificazioni dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39, che dispone ulteriori finanziamenti per l'attuazione del programma di investimenti;

VISTI, con riferimento agli stanziamenti di risorse nel bilancio statale, la tabella F delle leggi finanziarie n. 488/1999, n. 388/2000, n. 448/2001, n. 289/2002, n. 350/2003, n. 311/2004, n. 266/2005, n. 296/2006, n. 244/2007, n. 203/2008, n. 191/2009; la tabella E della legge n. 220 del 2010 (stabilità 2011); la tabella E della legge n. 183 del 2011 (stabilità 2012); la legge n. 228 del 2012 (stabilità 2013); la legge n. 147 del 2013; la legge n. 190 del 2014; la legge n. 208 del 2015; la legge n. 232 del 2016; la legge n. 205 del 2017 (bilancio 2018); la legge n. 145 del 2018 (bilancio 2019); la legge n. 160 del 2019 (bilancio 2020); la legge n. 178 del 2020 (bilancio 2021); la legge n. 234 del 2021 (bilancio 2022); la legge n. 197 del 2022 (bilancio 2023); la legge n. 213 del 2023 (bilancio 2024);

VISTA la legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 20 aprile 1994, n. 367;

VISTO il decreto legge 17 maggio 1996, n. 280, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 luglio 1996, n. 382;

VISTA legge 23 dicembre 1996, n. 662;

VISTA la delibera CIPE del 21 marzo 1997, n. 53, pubblicata in G.U. 30 maggio 1997, n. 124;

VISTA la legge 15 maggio 1997, n. 127;

VISTO il decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267;

VISTO il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il decreto legislativo 4 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.;

VISTO il Decreto Legislativo 31 marzo 2023, n. 36 “Codice dei contratti pubblici in attuazione dell’articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78 recante delega al Governo in materia di contratti pubblici”;

VISTA la delibera CIPE 6 maggio 1998, n. 52 “Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, secondo e terzo triennio”, pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* serie generale n.169 del 22 luglio 1998;

VISTA la circolare del Ministero della Sanità del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691;

VISTA la legge 16 novembre 2001 n. 405 di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001 n. 347, recante interventi urgenti in materia sanitaria;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, concernente i Livelli Essenziali di Assistenza;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, recante approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008;

VISTO l’Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la “Definizione delle modalità e procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità” a integrazione dell’Accordo del 19 dicembre 2002;

VISTA la Delibera di Giunta Regionale della Liguria n. 1317 del 24 ottobre 2008 avente ad oggetto: “*Accordo Stato/Regioni del 28 febbraio 2008 – Definizione delle modalità e procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità*”;

VISTA la legge 23 dicembre 2005, n. 266 (finanziaria 2006) articolo 1, commi 310, 311 e 312, che detta disposizioni per l’attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all’art. 20 della citata legge n. 67 del 1988, e successive modificazioni;

VISTA la nota circolare del Ministero della salute prot. n. 2749/DGPROG/7-P/16.a.h dell’8 febbraio 2006, avente per oggetto “Programma investimenti, art. 20 legge n. 67 del 1988 – Applicazione art. 1, commi 285, 310, 311 e 312, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006)”;

VISTO l’articolo 1, comma 436, della Legge 27 dicembre 2017, n. 205 recante: “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020”, che modifica l’articolo 1, comma 310 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

VISTO l’Accordo di programma per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 27 luglio 2000 dal Ministero della Sanità e dalla Regione Liguria, di concerto con il Ministero del bilancio e della programmazione economica e d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

VISTO l’Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 23 maggio 2002 dal Ministero della Sanità e dalla Regione Liguria, di concerto con il Ministero del bilancio e della programmazione economica e d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

VISTO l’Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 1° settembre 2004 dal Ministero della Salute e dalla Regione Liguria, di concerto con il Ministero dell’economia e delle

finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

VISTO l'Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 18 marzo 2009 dal Ministero del lavoro, della Salute e delle politiche sociali e dalla Regione Liguria, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

VISTO l'Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari sottoscritto il 8 marzo 2013 dal Ministero della salute e dalla regione Liguria, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

VISTO l'Accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari sottoscritto il 11 maggio 2017 dal Ministero della salute e dalla regione Liguria, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

VISTA la delibera CIPE 24 luglio 2019, n. 51 di riparto delle risorse finanziarie stanziata dalla legge 30 dicembre 2018, n. 145 e delle risorse residue della legge 23 dicembre 2009, n. 191, per la prosecuzione del programma nazionale straordinario di investimenti in sanità – art. 20 legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, che assegna alla regione Liguria € 110.097.081,15;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 5 ottobre 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTA l'intesa tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009, concernente un nuovo Patto sulla salute per gli anni 2010-2012;

VISTA l'intesa tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014, concernente un nuovo Patto sulla salute per gli anni 2014-2016;

VISTA l'intesa tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 18 dicembre 2019, concernente un nuovo Patto sulla salute per gli anni 2019-2021;

VISTO il decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 2 aprile 2015, n. 70 recante: *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*;

VISTO il decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 23 maggio 2022, n. 77 recante: *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*;

VISTA la delibera della Regione n. 577 del 23 giugno 2022 e la successiva delibera n. 876 del 16 settembre 2022, con le quali è stato approvato il programma degli investimenti in sanità ex articolo 20 legge n. 67/1988 anno 2022 e i relativi documenti;

VISTA la delibera della Regione n. 516 del 1° giugno 2023 recante “Programma investimenti in sanità ex art. 20 L. 67/1988 – Anno 2023 – Approvazione documentazione Accordo di Programma stralcio e redistribuzione finanziaria interventi POR Liguria PNRR”;

VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021 e notificata all’Italia dal Segretariato generale del Consiglio con nota LT161/21, del 14 luglio 2021 e, in particolare, la Missione 6;

VISTO il decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 29 luglio 2021, n. 108, concernente “Governance del Piano nazionale di rilancio e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure”;

VISTO il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) sottoscritto tra Ministero della salute e Regione Liguria in data 31/05/2022 e il Piano Operativo Regionale (POR) ad esso allegato;

PRESO ATTO che con la citata Delibera n. 516/2023 la Regione, nel richiamare che nell’ambito delle attività di governance dell’attuazione degli interventi del PNRR, in esito alla redazione dei progetti necessari all’avvio delle procedure di appalto dell’esecuzione, sono emersi maggiori costi rispetto a quelli definiti nella fase programmatica relativa alla redazione del POR e finanziati con il riparto delle risorse del PNRR assegnate alla Regione con DM del 20/01/2022, ha approvato il programma di investimenti in sanità ex art. 20, l. 67/1988, anno 2023, finalizzato alla sottoscrizione dell’Accordo di Programma Stralcio che permette di attuare la seguente manovra di redistribuzione finanziaria:

- 1) il cofinanziamento con le risorse ex art. 20, l. n. 67/1988 dei lotti funzionali dei seguenti interventi del POR per i quali i RUP hanno riscontrato maggiori costi rispetto al finanziamento del PNRR:

Intervento	CUP	Costo previsto nel POR e finanziato con PNRR	Costo aggiornato da QE di progetto	Delta costo da finanziare
Ospedale di Comunità di Sestri Levante (ASL4)	I18I22000130007	€ 2.866.000,00	€ 3.440.000,00	€ 574.000,00
Casa della Comunità di Sestri Levante (ASL4)	I13D22000290007	€ 1.720.000,00	€ 4.480.000,00	€ 2.760.000,00
Casa della Comunità di Sarzana (ASL5)	E43D22000390001	€ 1.000.000,00	€ 2.250.000,00	€ 1.250.000,00
TOTALE		€ 5.586.000,00	€ 10.170.000,00	€ 4.584.000,00

- 2) il definanziamento dei seguenti interventi del POR Liguria del PNRR e il loro completo finanziamento, ivi compreso il maggior costo derivante dall’aggiornamento del QE, con le risorse ex art. 20 della L. 67/1988:

Intervento	CUP	Costo defanziato nel PNRR	Costo aggiornato da QE di progetto da finanziare con risorse art. 20, L. n. 67/1988
Ospedale di Comunità di Busalla (ASL3)	G22C22000260006	€ 2.776.231,00	€ 6.200.000,00
Adeguamento antisismico del Padiglione 9 del P.O. Villa Scassi (ASL3)	G32C22000220006	€ 1.080.359,00	€ 3.900.000,00
TOTALE		€ 3.856.590,00	€ 10.100.000,00

- 3) l’utilizzo dei suddetti definanziamenti, pari a complessivi € 3.856.590,00, per contribuire alla copertura finanziaria di interventi del POR per i quali i RUP hanno riscontrato maggiori costi rispetto al finanziamento PNRR;

VISTO il Verbale n. 4 della Seduta del 12/09/2023 del Nucleo Tecnico, di cui all’art. 8 del CIS che riporta: “Con riferimento agli interventi strutturali e al relativo aumento dei costi per la loro realizzazione, UMPNRR invita la Regione a formulare eventuali proposte di finanziamento alternative per gli interventi che presentano maggiori criticità. A tal riguardo, la Regione segnala che ha attivato le opportune interlocuzioni con l’Ufficio 7 della DGPROGS al fine di sottoscrivere un Accordo di programma e utilizzare le relative risorse. La sottoscrizione dell’Accordo di programma è prevista entro T3 2023. Inoltre l’Unità di Missione riferisce in merito alla presentazione del piano di rinegoziazione del Piano, per cui potrebbe

essere offerta la possibilità di ridurre il target europeo complessivo PNRR per le realizzazioni strutturali alla luce dell'aumento dei costi.

Con riferimento alle istanze di rimodulazione del POR, UMPNRR segnala di non aver ricevuto dalla Regione richieste in tal senso e che rimane in attesa dell'istanza di rimodulazione relativa all'Accordo di programma in fase di sottoscrizione. A tal riguardo, la Regione informa che presenterà istanza di rimodulazione finanziaria anche relativamente agli investimenti Grandi Apparecchiature e Digitalizzazione DEA, ad invarianza finanziaria PNRR”;

VISTO lo stato di attuazione degli interventi relativi al programma di investimenti ex art. 20 della legge n. 67/1988, presente agli atti dei Ministeri competenti;

ACQUISITO il parere tecnico favorevole n. 14 del 19 settembre 2023 (prot. DGPROGS n. 33516/2023) del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità del Ministero della Salute, sulla proposta di Accordo di programma stralcio presentata dalla Regione Liguria;

DATO ATTO che il Documento programmatico formulato di intesa tra il Ministero della salute e la Regione Liguria definisce gli interventi da finanziare con le risorse disponibili nel bilancio dello Stato;

DATO ATTO che il Ministero della salute e la Regione Liguria si sono impegnati ad adeguare, conseguentemente al presente Accordo di programma, il Contratto Istituzionale di sviluppo (CIS) sottoscritto in data 31/05/2022 e il Piano Operativo Regionale (POR) ad esso allegato;

ACQUISITA l'Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 5 bis del D. Lgs. n. 502/1992, come introdotto dal D.Lgs. n. 229/1999, in data _____ (Rep. Atti n. /CSR);

Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, e la Regione Liguria

STIPULANO IL SEGUENTE ACCORDO DI PROGRAMMA STRALCIO

Articolo 1 (Finalità ed obiettivi)

1. Il presente Accordo di programma stralcio è finalizzato al raggiungimento degli obiettivi generali di riqualificazione/riorganizzazione della rete ospedaliera, adeguamento della rete ospedaliera ai requisiti minimi, potenziamento della rete territoriale mediante le seguenti azioni:
 - realizzazione delle strutture per l'assistenza territoriale “Case della Comunità” e “Ospedali di Comunità”;
 - adeguamento antisismico delle strutture ospedaliere;
 - ristrutturazione edilizia e impiantistica delle strutture ospedaliere e territoriali per il loro adeguamento impiantistico, distributivo e funzionale.
2. L'Accordo è costituito da n. 4 interventi facenti parte del programma della Regione Liguria per il settore degli investimenti sanitari ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, funzionali alla realizzazione dei target e milestone previsti nel POR Liguria del PNRR allegato al CIS sottoscritto in data 31/05/2022, dettagliatamente illustrati nelle schede tecniche allegate che costituiscono parte integrante del presente Accordo e che recano, per ciascun intervento, le seguenti indicazioni:
 - a) i soggetti coinvolti nella realizzazione dell'intervento;
 - b) i contenuti progettuali;
 - c) il piano finanziario con indicazione dei flussi di cassa correlati all'avanzamento dei lavori, delle fonti di copertura e dell'impegno finanziario di ciascun soggetto;
 - d) le procedure e i tempi di attuazione dell'intervento;
 - e) la data presunta di attivazione della struttura e di effettivo utilizzo delle tecnologie;
 - f) il responsabile dell'intervento.

Articolo 2
(Impegno dei soggetti sottoscrittori dell'Accordo di programma)

1. I soggetti sottoscrittori del presente Accordo di programma stralcio sono:
 - per il Ministero della Salute: Prof. Americo Cicchetti, Direttore Generale della ex Direzione Generale della Programmazione sanitaria;
 - per il Ministero della Economia e delle Finanze: Dott.ssa Angela Stefania Lorella Adduce, Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale (IGESPES) del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato;
 - per la Regione Liguria: Dott.ssa Roberta Serena, Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali.
2. I soggetti di cui al comma 1, ciascuno nello svolgimento delle attività di propria competenza, si impegnano a:
 - a) rispettare i termini concordati ed indicati nelle schede di intervento del presente Accordo;
 - b) utilizzare, nei procedimenti di rispettiva competenza, tutti gli strumenti di semplificazione e di snellimento dell'attività amministrativa previsti dalla normativa vigente;
 - c) procedere periodicamente alla verifica dell'Accordo e, se necessario proporre, per il tramite del soggetto responsabile di cui all'articolo 9, gli eventuali aggiornamenti ai soggetti sottoscrittori del presente Accordo con particolare riferimento alle disposizioni di cui all'art. 5, comma 3;
 - d) utilizzare appieno ed in tempi rapidi tutte le risorse finanziarie individuate nel presente Accordo per la realizzazione degli interventi programmati;
 - e) rimuovere ogni ostacolo procedurale in ogni fase di attuazione dell'Accordo, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria.

Articolo 3
(Copertura finanziaria degli interventi)

1. L'onere complessivo derivante dal presente Accordo di programma stralcio ammonta a € 14.684.000,00 di opere analiticamente indicate nelle schede tecniche previste all'art. 1, comma 2, di cui: € 13.949.800,00 a carico dello Stato e € 734.200,00 a carico della Regione. Il piano finanziario, dettagliatamente illustrato nelle schede richiamate, è quello di seguito riportato:

STATO	REGIONE	TOTALE
€ 13.949.800,00	€ 734.200,00	€ 14.684.000,00

2. L'importo a carico dello Stato di cui al comma 1, per un valore di € 13.949.800,00 è quota parte delle risorse assegnate alla Regione Liguria con deliberazione CIPE n. 51 del 24/07/2019.
3. Le risorse residue di cui alla delibera CIPE n. 51/2019 e inoltre le risorse rese disponibili a seguito della revoca operata dal Decreto Interministeriale del 13/08/2021, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 274 del 17/11/2021, nonché le risorse assegnate dall'art. 1, commi 442 e 443 della legge 30 dicembre 2020, n. 178, al netto delle risorse ripartite con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 19 dicembre 2022 (Riparto PANFLU), in attuazione dell'articolo 1, comma 266, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, e assegnate dall'art. 1, comma 263 della legge 30/12/2021, n. 234, successivamente ripartite con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 20 luglio 2022, saranno utilizzate dalla Regione Liguria per la sottoscrizione di nuovi Accordi di programma integrativi, in presenza di disponibilità di risorse iscritte sul bilancio dello Stato.
4. In attuazione degli interventi suddetti la Regione, dopo la sottoscrizione dell'Accordo di programma stralcio, iscriverà a bilancio, nel rispetto dell'articolo 20 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, le somme necessarie per la realizzazione degli interventi, secondo le fonti di finanziamento esplicitate nel presente Accordo.

5. Qualora le richieste complessive di liquidazione degli stati di avanzamento lavori, presentate dalle Regioni, superino le risorse finanziarie disponibili nell'anno, la Regione sostiene l'intervento con risorse proprie, successivamente rimborsabili.

Articolo 4
(Soggetto beneficiario dei finanziamenti)

1. I soggetti beneficiari dei finanziamenti statali e regionali di cui al presente Accordo hanno natura giuridica pubblica, come disposto dalla normativa relativa al programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie.

Articolo 5
(Procedure per l'attuazione dell'Accordo di programma)

1. L'approvazione, la modifica e l'aggiornamento dei progetti oggetto del presente Accordo, nonché l'attuazione di cui all'articolo 1, comma 2, avviene nel rispetto delle disposizioni stabilite dal decreto-legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, secondo la procedura stabilita dall'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002.
2. Per gli interventi oggetto del presente Accordo di programma stralcio la Regione inoltra al Ministero della Salute, l'istanza di finanziamento prevista dalle disposizioni riportate al precedente comma 1, previa approvazione del progetto.
3. In relazione alle disposizioni di cui al precedente comma 1, le eventuali variazioni del programma, anche sostitutive, in sede di attuazione del medesimo, comprese eventuali articolazioni funzionali di un unico intervento (suddivisione di un intervento in sub interventi), devono essere comunicate al Ministero della Salute, accompagnate da una specifica relazione esplicativa, per la valutazione di competenza ministeriale sulla conformità delle variazioni agli obiettivi generali dell'Accordo. A seguito di valutazione positiva da parte della competente Direzione Generale del Ministero, la Regione procede all'adozione delle modifiche dell'Accordo stesso per le vie formali, nei modi previsti dalla normativa regionale, previa validazione dei dati relativi agli interventi, utilizzando il sistema Osservatorio.
4. Per gli interventi di cui al punto 1) in premessa, oggetto del presente Accordo di programma stralcio, originariamente inseriti dalla Regione Liguria nel POR afferente al PNRR Missione 6 "Salute" e successivamente oggetto di rimodulazione secondo le procedure previste dal CIS, finanziati in parte con fondi ex art. 20 L. 67/88, la Regione si impegna, a garantire iniziative volte al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR, se gli interventi risultano funzionali ai target del CIS.
5. Per gli interventi di cui al punto 2) in premessa, oggetto del presente Accordo di programma stralcio, originariamente inseriti dalla Regione Liguria nel POR afferente al PNRR Missione 6 "Salute" e successivamente oggetto di rimodulazione secondo le procedure previste dal CIS, finanziati totalmente con fondi ex art. 20 L. 67/88, la Regione si impegna a garantire comunque, iniziative volte al raggiungimento dei obiettivi previsti dal PNRR, se gli interventi sono ricompresi nei target previsti dal CIS.

Articolo 6
(Procedure per l'istruttoria)

1. Per gli interventi oggetto del presente Accordo, di cui alle schede allegate, sarà acquisita in atti, dalla Regione Liguria, al momento della valutazione del progetto per l'ammissione al finanziamento, la documentazione che ne garantisce:
 - il rispetto della normativa vigente in materia di appalti e della relativa normativa europea;
 - il rispetto delle norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DPR 14 gennaio 1997 e alla normativa regionale di attuazione.

2. Dette garanzie consentono di procedere con immediatezza alla fruizione delle risorse da parte della Regione Liguria o delle Aziende appositamente delegate, contestualmente alla acquisizione, da parte del Ministero della Salute, delle dichiarazioni di cui alla legge n. 492/1993.

Articolo 7 **(Indicatori)**

1. La Regione Liguria nell'allegato documento programmatico ha riportato alcuni indicatori (indicatori di contesto, milestone e target del POR PNRR) per analizzare l'offerta dei servizi sanitari a seguito degli interventi previsti nel presente Accordo.
2. La Regione Liguria ha individuato come strumenti di valutazione degli interventi previsti nel presente Accordo indicatori per il monitoraggio ed indicatori di efficacia ed efficienza.

Articolo 8 **(Comitato Istituzionale di Gestione e attuazione)**

1. Al fine di adottare iniziative e provvedimenti idonei a garantire la celere e completa realizzazione dei progetti nonché l'eventuale riprogrammazione e riallocazione delle risorse, è istituito il "Comitato istituzionale di gestione e attuazione", composto di n. 6 membri di cui 3 in rappresentanza del Governo e n. 3 in rappresentanza della Regione Liguria.
2. Il Comitato istituzionale è presieduto dal Ministro della Salute o suo delegato.
3. Il Comitato istituzionale si riunisce almeno una volta l'anno sulla base della relazione predisposta dal responsabile dell'Accordo, di cui all'articolo 9. La convocazione è disposta dal Presidente, anche a richiesta della rappresentanza regionale.
4. Al fine di consentire l'attività di monitoraggio e di vigilanza, demandate al Ministero della Salute, la Regione trasmette al Ministero della Salute, con cadenza annuale, l'aggiornamento delle informazioni relative ai singoli interventi facenti parte del presente Accordo.
5. In caso di ingiustificato ritardo nell'attuazione dell'Accordo di programma nonché nella realizzazione e nella messa in funzione delle opere relative, fermo restando quanto previsto dall'art. 5-bis, comma 3, del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, e dall'art. 1, comma 310, della legge 266/2005, il Ministero della Salute assume iniziative a sostegno della Regione Liguria al fine di rimuovere le cause delle criticità riscontrate e, se necessario, adotta, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, idonee misure straordinarie, programmatiche e gestionali.

Articolo 9 **(Soggetto responsabile dell'Accordo)**

1. Ai fini del coordinamento e della vigilanza sull'attuazione del presente Accordo si individua quale soggetto responsabile dell'attuazione dell'Accordo l'Arch. Riccardo Vulcano della Regione Liguria.
2. Il soggetto di cui al comma 1 ha i seguenti compiti:
 - a) garantire il monitoraggio sullo stato di attuazione dell'Accordo, segnalando ai soggetti firmatari del presente Accordo eventuali scostamenti rispetto ai tempi, alle risorse e alle modalità di esecuzione previsti;
 - b) promuovere le eventuali azioni ed iniziative necessarie a garantire l'attuazione delle opere programmate;
 - c) redigere una relazione, da presentare al comitato di cui all'articolo 8, che conterrà le indicazioni di ogni ostacolo amministrativo o tecnico che si frapponga alla realizzazione del progetto, con

- la proposta di iniziative correttive da assumere; la relazione deve evidenziare i risultati ottenuti e le azioni svolte;
- d) segnalare ai sottoscrittori del presente Accordo eventuali situazioni di ritardo, inerzia ed inadempimento a carico di uno dei soggetti coinvolti nell'attuazione dell'Accordo medesimo;
 - e) promuovere iniziative di conciliazione in caso di controversie insorte tra i soggetti coinvolti nell'esecuzione degli interventi.
3. La relazione, di cui al precedente punto c), indica inoltre le eventuali variazioni apportate al programma e riporta in allegato le schede di cui all'articolo 1, comma 2, conseguentemente modificate, ai sensi del citato articolo 5, comma 3.

Articolo 10
(Soggetto responsabile dell'intervento)

1. Per le finalità di cui al presente Accordo, nelle schede di cui all'articolo 1, comma 2, viene indicato il responsabile dell'intervento.
2. Il responsabile di cui al comma 1 è designato dal soggetto attuatore degli interventi ed ha i seguenti compiti:
 - a) segnalare al responsabile dell'Accordo gli eventuali ritardi o gli ostacoli tecnico-amministrativi che impediscono la regolare attuazione dell'intervento, esplicitando eventuali iniziative correttive assunte;
 - b) compilare, con cadenza annuale, la scheda di monitoraggio dell'intervento e trasmetterla al responsabile dell'Accordo;
 - c) fornire al responsabile dell'Accordo qualsiasi informazione necessaria a definire lo stato di attuazione dell'intervento e comunque ogni altra informazione richiesta dal responsabile medesimo.

Articolo 11
(Disposizioni generali)

1. Il presente Accordo di programma è vincolante per i soggetti sottoscrittori.
2. L'Accordo rimane in vigore sino alla realizzazione delle opere in esso previste e può essere modificato o integrato per concorde volontà dei sottoscrittori, salvo quanto previsto all'articolo 5, comma 3. Alla scadenza dell'Accordo, il soggetto responsabile è incaricato delle eventuali incombenze relative alla definizione dei rapporti pendenti e delle attività non ultimate.

Per:

Il Ministero della Salute: *Prof. Americo Cicchetti*

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze: *Dott.ssa Angela Stefania Lorella Adduce*

La Regione Liguria: *Dott.ssa Roberta Serena*

INVESTIMENTI EX ART. 20 L. 67/1988 - ANNO 2023 - PER ACCORDO DI PROGRAMMA STRALCIO FINALIZZATO AL COFINANZIAMENTO DI INTERVENTI DEL POR LIGURIA DEL PNRR								
Azienda	Investimenti POR Liguria PNRR	Codice	Intervento	Stato (95%)	Regione (5%)	Stato + Regione (95% + 5%)	Altro	Totale
ASL3	M6C1 1.3 Ospedali di Comunità	1/3/ODC	Intervento per la realizzazione del nuovo Ospedale di Comunità di Busalla	5.890.000,00	310.000,00	6.200.000,00	0,00	6.200.000,00
	M6C2 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile - Antisismica	2/3/AS	Lavori per l'adeguamento antisismico del Padiglione n° 9 del P.O. Villa Scassi di Genova Sampierdarena	3.705.000,00	195.000,00	3.900.000,00	0,00	3.900.000,00
	Totali ASL3			9.595.000,00	505.000,00	10.100.000,00	0,00	10.100.000,00
ASL4	M6C1 1.1 Case della Comunità - M6C1 1.3 Ospedali di Comunità	3/4/CDC	Lotto funzionale alla realizzazione di nuova Casa della Comunità e nuovo Ospedale di Comunità di Sestri Levante - Ristrutturazione con ampliamento di Villa Laura	3.167.300,00	166.700,00	3.334.000,00	0,00	3.334.000,00
	Totali ASL4			3.167.300,00	166.700,00	3.334.000,00	0,00	3.334.000,00
			Potenziamento delle dotazioni strutturali e impiantistiche dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali della Casa della Comunità di Sarzana, a favore dell'integrazione e sviluppo degli interscambi con servizi sanitari dell'ospedale San Bartolomeo di Sarzana (Lotto funzionale)	1.187.500,00	62.500,00	1.250.000,00	0,00	1.250.000,00
ASL5	M6C1 1.1 Case della Comunità	4/5/CDC	Totali ASL5	1.187.500,00	62.500,00	1.250.000,00	0,00	1.250.000,00
Totali complessivi				13.949.800,00	734.200,00	14.684.000,00	0,00	14.684.000,00



MINISTERO DELLA SALUTE

REGIONE LIGURIA

**ACCORDO DI PROGRAMMA STRALCIO
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI
PROSECUZIONE PROGRAMMA
EX ARTICOLO 20 L. 67/88**

**DOCUMENTO PROGRAMMATICO
AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO APPROVATO CON DGR N. 876/2022**

**INDICE**

PREMESSA.....	pag. 2
1. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA.....	pag. 2
1.1 IDENTIFICAZIONE DELL'ACCORDO.....	pag. 2
INQUADRAMENTO PROGRAMMATICO.....	pag. 3
1.2 IL QUADRO FINANZIARIO.....	pag. 7
1.3 L'ATTUAZIONE DEI PROGRAMMI REGIONALI DEGLI INVESTIMENTI IN SANITA'.....	pag. 7
1.4 GLI OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI DEL PROGRAMMA.....	pag.21
GLI OBIETTIVI GENERALI.....	pag. 21
GLI OBIETTIVI SPECIFICI E LA COERENZA INTERNA DEL PROGRAMMA.....	pag. 28
1.5 IL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE DI RIFERIMENTO.....	pag. 29
2. ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA AI SENSI DEL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2017-201 E AI SENSI DEL PIANO OPERATIVO COVID ANNO 2020 DI CUI ALLA DELIBERAZIONE DI GIUNTA NR. 1113 DEL 23.12.2020. RISPONDENZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI.....	pag. 34
2.1 IL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE: PRINCIPALI E STRUTTURA.....	pag. 34
2.2 COVID -19: SINTESI DI ATTI E AZIONI DI REGIONE LIGURIA NELLA GESTIONE DELLA PANDEMIA MONDIALE.....	pag. 35
2.3 IL TERRITORIO.....	pag. 36
2.4 LA POPOLAZIONE.....	pag. 37
2.5 RILEVAZIONE DELLA POSIZIONE SOCIALE.....	pag. 42
2.6 CONDIZIONI DI SALUTE.....	pag. 46
2.7 IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO.....	pag. 55
2.8 ANALISI DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI E DELLE CRITICITÀ NELL'ACCESSO.....	pag. 61
2.9 QUADRO DELLA MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA.....	pag. 72
2.10 LA RETE SANITARIA LIGURE AI SENSI DEL PSR 2017/2019 E IL SUO POTENZIAMENTO ALLA LUCE DELLA PANDEMIA COVID-19.....	pag. 89
2.11 COVID-19 IL PIANO VACCINALE DELLA REGIONE LIGURIA.....	pag. 101
2.12 STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI.....	pag. 101
3. LA LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA.....	pag. 104
3.1 GLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA.....	pag. 104
3.1.1 GLI OBIETTIVI GENERALI.....	pag. 105
3.1.2 GLI OBIETTIVI SPECIFICI.....	pag. 105
3.1.3 GLI OBIETTIVI OPERATIVI.....	pag. 107
3.2 LA COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA.....	pag. 107
4. COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI.....	pag. 108
4.1 COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE.....	pag. 108
4.2 LA SOSTENIBILITÀ DEGLI INTERVENTI.....	pag. 108
4.2.1 LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICO-FINANZIARIA.....	pag. 108
4.2.2 LA SOSTENIBILITÀ AMMINISTRATIVA E GESTIONALE.....	pag. 109
4.2.3 LA SOSTENIBILITÀ DI RISORSE UMANE.....	pag. 109
4.2.4 LA SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE.....	pag. 109
5 DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI.....	pag. 111
6 RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI.....	pag. 118
6.1 IL SISTEMA DI INDICATORI.....	pag. 118
6.2 IMPATTI DEL PROGRAMMA.....	pag. 121
7 I SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI.....	pag. 121
7.1 LA GESTIONE DEL PROGRAMMA.....	pag. 121
7.2 SISTEMI DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA.....	pag. 125
8 SCHEDE DI RIFERIMENTO.....	pag. 127
8.1 ANALISI S.W.O.T.....	pag. 127
8.3 SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER L'AUTOVALUTAZIONE.....	pag. 127
ALLEGATI:	
1. PIANO OPERATIVO REGIONALE (POR) ALLEGATO AL CONTRATTO ISTITUZIONALE DI SVILUPPO (CIS) PER L'ATTUAZIONE DEL PNRR SOTTOSCRITTO DAL PRESIDENTE DELLA REGIONE LIGURIA E IL MINISTRO DELLA SALUTE IN DATA 31 MAGGIO 2022;	
2. DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1223 DEL 06/12/2022 AD OGGETTO APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO "PROGRAMMAZIONE REGIONALE DELLA RETE TERRITORIALE AI SENSI DEL DM77/2022".	

PREMESSA

Il presente documento è stato redatto in estratto e aggiornamento del Documento Programmatico approvato con la deliberazione della Giunta regionale n. 876 del 16/09/2022, ad oggetto PROGRAMMA INVESTIMENTI IN SANITA' EX ART. 20 L. 67/1988 – ANNO 2022. DOCUMENTAZIONE PER ACCORDO DI PROGRAMMA, trasmessa al Ministero della Salute con nota del 19/09/2022 (prot. n. 1039223).

1. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

1.1 IDENTIFICAZIONE DELL'ACCORDO

Il presente programma (di seguito Programma) ha un costo totale di € **14.684.000,00** finanziato come segue.

Risorse ex art. 20 L. 67/88 assegnate alla Regione Liguria con la legge finanziaria n. 145/2018 e deliberazione del CIPE del 24 luglio 2019 - che complessivamente ammontano a € 110.097.081,15 – per una quota a carico dello Stato (quota del 95%) pari a € 13.949.800,00 che rappresenta un primo stralcio rispetto alla suddetta assegnazione CIPE, secondo il seguente piano finanziario:

Finanziamento ex art. 20 L. 67/1988	Quota Stato (95%)	Quota Regione (5%)	Totale
Legge n. 145/2018 e deliberazione CIPE 24/07/2019	13.949.800,00	734.200,00	14.684.000,00

Il Programma costituisce un primo stralcio per l'utilizzo delle risorse ex art. 20 della L. n. 67/1988 rispetto a quanto già proposto dalla Regione Liguria al Ministero della Salute con la deliberazione della Giunta n. 876 del 16/09/2022, ad oggetto PROGRAMMA INVESTIMENTI IN SANITA' EX ART. 20 L. 67/1988 – ANNO 2022. DOCUMENTAZIONE PER ACCORDO DI PROGRAMMA, trasmessa al Ministero stesso con nota del 19/09/2022 (prot. n. 1039223).

Infatti, con la suddetta DGR 876/2020 la Regione ha approvato i seguenti documenti - redatti sulla base delle indicazioni del Ministero della Salute e delle modalità e procedure sancite dalla "Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano" nella seduta del 28 febbraio 2018 - ai fini della stipula dell'Accordo di Programma per l'utilizzo delle risorse ex art. 20 della legge n. 67/1998 come programmato con la DGR n. 577/2022:

- schema del "Protocollo d'intesa" che definisce la convergenza sugli obiettivi politici contenuti nell'Accordo di Programma e che viene sottoscritto dal Ministro della salute e dal Presidente della Regione e/o suo delegato, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e necessaria (Allegato1);



- *“Documento programmatico”* che illustra la programmazione dei soggetti interessati e definisce le strategie e gli obiettivi generali e specifici degli investimenti in cui si colloca l’Accordo di Programma (tale documento è formulato secondo la guida metodologica – MexA Metodologia ex Ante - di cui all’allegato A1 delle modalità e procedure sancite dalla sopra citata Conferenza nella seduta del 28.02.2018), allegato al presente provvedimento quale parte integrante e necessaria (Allegato2);
- schema dello *“articolato contrattuale”* che definisce gli impegni delle parti che sottoscrivono l’Accordo, che per la Regione viene sottoscritto dal Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali allegato al presente provvedimento quale parte integrante e necessaria (Allegato3).

Il Programma risponde alla necessità di individuare ulteriori fonti di finanziamento, rispetto a quelle del PNRR, al fine di garantire la completa copertura finanziaria degli interventi del POR Liguria (allegato al CIS sottoscritto in data 31/05/2022) per i quali, in esito alla redazione dei progetti necessari all’avvio delle procedure di appalto dell’esecuzione, sono emersi maggiori costi rispetto a quelli definiti nella fase programmatica, relativa alla redazione del POR stesso, già finanziati con il riparto delle risorse del PNRR assegnate alla Regione con il DM del 20/01/2022.

A seguito di un’analisi svolta con riguardo alla fattibilità tecnico-economica di un’articolazione degli interventi in lotti funzionali (condizionalità posta alla base delle regole di fruizione delle risorse ex art. 20 L. 67/1988), la Regione Liguria ha individuato l’elenco degli interventi del POR del PNRR idonei al finanziamento nell’ambito del presente Programma.

In tal senso, il Programma costituisce uno stralcio, rispetto a quanto proposto con la citata DGR n. 876 del 16/09/2022, che contiene gli interventi del POR del PNRR da finanziare con le risorse ex art. 20, L. 67/1988.

Sulla base delle valutazioni condivise con il Ministero della Salute in ordine al carattere prioritario e urgente del finanziamento dei suddetti interventi del POR del PNRR, la Regione procederà successivamente all’approvazione di un programma finalizzato alla presentazione allo stesso Ministero della proposta di un ulteriore Accordo per l’utilizzo delle restanti risorse ex art. 20 della L. n. 67/1988 di cui alla citata DGR n. 876/2022.

INQUADRAMENTO PROGRAMMATICO

La Regione Liguria con il programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 della legge n. 67/1988 ha dato avvio, a partire dal 1995, ad un insieme sistematico di interventi volti all’adeguamento, al completamento e all’ammodernamento delle strutture sanitarie territoriali e ospedaliere del SSR.

Contestualmente e per le medesime finalità, ha utilizzato ulteriori linee di finanziamento quali, ad esempio, l’art. 71 della legge 448/1998 (Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell’assistenza sanitaria nei grandi centri urbani), il FIR (Fondo Investimenti Regionali annualità 2005, 2006 e 2007), il PAR FSC (Programma Attuativo Regionale Fondo Sviluppo e Coesione annualità 2007-2013);



A partire dalla seconda metà degli anni 2000, con le citate deliberazioni del Consiglio regionale n. 34/2007, n. 8/2008 e n. 6/2009, nonché della Giunta regionale n. 1808/2014 e n. 384/2017, ha definito una manovra programmatica complessivamente volta:

- al potenziamento delle strutture distrettuali, prevedendo la realizzazione strategica dei Palazzi della salute e dei Poliambulatori su tutto il territorio regionale;
- alla riorganizzazione della rete ospedaliera, prevedendo la realizzazione dei nuovi ospedali, in sostituzione di quelli ormai divenuti obsoleti, e contestualmente la riorganizzazione di quelli esistenti con interventi di riqualificazione mirati;
- nello specifico della succitata riorganizzazione della rete ospedaliera - al fine di superare l'obsolescenza delle strutture esistenti, razionalizzare e unificare le sedi di erogazione, ottimizzare i costi di gestione e adeguare i servizi alle nuove esigenze sanitarie - ha individuato i seguenti interventi prioritari:
 - Realizzazione del nuovo ospedale del ponente ligure;
 - Riqualificazione dell'ospedale Santa Corona di Pietra ligure;
 - Realizzazione del nuovo ospedale metropolitano nel ponente genovese;
 - Riqualificazione dell'ospedale Policlinico San Martino di Genova;
 - Realizzazione del nuovo ospedale Galliera di Genova;
 - Realizzazione del nuovo ospedale Felettino della Spezia;

Il *"Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2017-2019"* approvato con la DCR n. 21 del 05.12.2017, individua, quale obiettivo strategico, il miglioramento dell'offerta attraverso interventi di ammodernamento del patrimonio ospedaliero confermando gli interventi di riorganizzazione della rete ospedaliera di cui alle succitate deliberazioni del Consiglio e della Giunta regionale (realizzazione del nuovo ospedale del ponente ligure, riqualificazione dell'ospedale Santa Corona di Pietra ligure, realizzazione del nuovo ospedale metropolitano nel ponente genovese, riqualificazione dell'ospedale Policlinico San Martino di Genova, realizzazione del nuovo ospedale Galliera di Genova, realizzazione del nuovo ospedale Felettino della Spezia).

il *"Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2017-2019"* approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 21 del 05.12.2017:

- nasce dall'analisi delle mutate condizioni socioeconomiche e demografiche avvenute nel territorio ligure (invecchiamento della popolazione, incremento della fragilità sociosanitaria e della cronicità, riduzione della natalità, impoverimento delle famiglie numerose) individuando le risposte di tipo organizzativo, gli obiettivi, le strategie e le azioni per fare fronte ai bisogni,
- intende affermare un'idea di welfare improntato sulla libertà di scelta nell'accesso al servizio sanitario, sulla presa in carico globale del cittadino e sulla continuità dei percorsi assistenziali dall'accoglienza all'integrazione tra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale, secondo criteri di uniformità ed equità su tutto il territorio regionale, introduce figure e modelli organizzativi volti al rafforzamento dei percorsi di cura della persona in tutta la sua complessità, in grado di superare la frammentazione del processo di presa in carico, e al potenziamento della governance al fine di garantire l'unitarietà del progetto assistenziale,
- prevede la rideterminazione degli assetti organizzativi delle Aziende, concretizzata nel Processo Organizzativo Aziendale (P.O.A.) che costituisce un importante passo verso l'obiettivo della presa in carico globale dell'individuo, garantendo equità e facilità di accesso alle cure, e rappresenta un elemento indispensabile per il governo delle strutture orizzontali ed i percorsi ad elevata integrazione ospedale-territorio,
- prevede un secondo elemento innovativo di grande importanza rappresentato dal disegno di una architettura organizzativa basata su una più spiccata separazione delle attività di programmazione, indirizzo e governance, erogazione e controllo.



La manovra di modernizzazione del parco ospedaliero ligure sopra esposta è, all'attualità, in corso di sviluppo ed attuazione con diversi livelli di realizzazione dei singoli interventi.

La Regione Liguria, parallelamente alla manovra di modernizzazione del parco ospedaliero di cui sopra, ha avviato i seguenti ulteriori programmi di investimento in sanità:

- con DGR n. 674/2016, ha definito i contenuti dell'Accordo di Programma per l'utilizzo delle risorse ex art. 20 L. n. 67/1988 (pari a € 74.465.512,76) sottoscritto con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e Finanze in data 11/05/2017, finalizzando le stesse alla realizzazione di 24 progetti destinati, principalmente, all'adeguamento normativo delle strutture sanitarie (adeguamento ai requisiti minimi di cui al DPR 14.01.1997 e adeguamento antincendio secondo la regola tecnica di cui al DM 19.03.2015); attualmente in corso di attuazione;
- con DGR n. 628/2019 ha approvato il "Programma investimenti in sanità anno 2019", finalizzato a garantire alle Aziende sanitarie le risorse finanziarie per proseguire il programma di adeguamento normativo delle strutture, costituito da nove interventi per un costo totale di € 10.748.500,00 di cui: € 5.000.000,00 a valere sul bilancio regionale ed € 5.748.500,00 a valere sui bilanci delle Aziende;
- con DGR n. 1131/2018 ha avviato una manovra di ammodernamento delle attrezzature del Sistema Sanitario Regionale la cui prima fase, del costo totale di € 25.837.400,00, è stata finanziata per € 19.708.830,23 con fondi di bilancio regionale e per € 6.128.569,77 con fondi statali (riduzione delle liste di attesa nell'erogazioni delle prestazioni sanitarie di cui all'Intesa n. 151 del 01/08/2019);
- con DGR n. 500/2020 ha approvato e dato avvio al "Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid-19", ai sensi e per gli effetti del comma 8 dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020, finanziato dallo Stato per € 28.893.350,00, che prevede il potenziamento delle terapie intensive e semintensive e la riorganizzazione dei percorsi all'interno del pronto soccorso dei presidi ospedalieri regionali;

Il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza, presentato dall'Italia alla Commissione europea in data 30 aprile 2021 e il decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022, recante «Ripartizione programmata 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», hanno assegnato alla Regione Liguria i seguenti finanziamenti:

- M6C1 1.1 "Case della Comunità e presa in carico della persona" – euro 44.030.926,66 (PNRR);
- M6C1 1.2.2 "Casa come primo luogo di cura e Telemedicina – sub investimenti COT, Interconnessione Aziendale, Device", - euro 5.112.939,71 (PNRR);
- M6C1 1.3 "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture – Ospedali di Comunità" - euro 24.016.869,09 (PNRR);
- M6C2 Intervento 1.1.2 "Digitalizzazione e informatizzazione dei sistemi ospedalieri (DEA I e DEA II livello) e grandi apparecchiature - Grandi Apparecchiature", € 28.559.779,96 per interventi di sostituzione delle grandi apparecchiature elettromedicali del SSN ritenute obsolete (con oltre 5 anni di vita);
- M6C2 Intervento 1.1.1 "Digitalizzazione e informatizzazione dei sistemi ospedalieri (DEA I e DEA II livello) e grandi apparecchiature - Digitalizzazione DEA I e DEA II livello" € 34.827.102,04;
- M6C2 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" - euro 15.343.202,84 (fondo PNRR) ed euro 34.824.460,18 (PNC);
- M6C2 1.3.2 "Infrastruttura tecnologica del MdS e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA" - euro 727.711,13;



- M6C2 2.2 b) “Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Corso di formazione in infezioni ospedaliere” - euro 2.447.719,33;

Al fine di dare attuazione al PNRR, la Regione Liguria ha approvato, tra l'altro, i seguenti provvedimenti:

- la deliberazione della Giunta regionale n. 169 del 08/03/2022, ad oggetto “PNRR Missione 6 – Programma interventi M6C1 1.1 Case della Comunità - M6C1 1.2.2 Centrali Operative Territoriali - M6C1 1.3 Ospedali della Comunità - M6C2 1.1 Ammodernamento tecnologico e digitale ospedaliero - M6C2 1.2 Antisismica”, che ha approvato l'elenco degli interventi, con il relativo piano finanziario, di cui alle schede inserite sulla piattaforma AGENAS, dettagliatamente rappresentato negli Allegati al provvedimento stesso quale parte integrante e necessaria;
- la deliberazione della Giunta regionale n. 350 del 21/04/2022, ad oggetto “PNRR - Missione 6 Salute - Approvazione Piano Operativo Regionale (POR)”, che ha approvato lo schema di Piano Operativo Regionale (POR) del PNRR - redatto dalla Regione secondo le indicazioni e il modello del Ministero della Salute reso disponibile sulla piattaforma di AGENAS - dando mandato al Presidente della Giunta per la sottoscrizione del POR e per apportare, ove necessario, modifiche non sostanziali al testo e agli allegati dello stesso;
- la deliberazione della Giunta regionale n. 467 del 21/04/2022, ad oggetto “PNRR - Missione 6 Salute - Approvazione Contratto Istituzionale Di Sviluppo (CIS)”, che ha approvato lo schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), redatto dalla Regione secondo le indicazioni e il modello del Ministero della Salute, dando mandato al Presidente della Giunta per la sottoscrizione dello stesso CIS e per apportare, ove necessario, modifiche non sostanziali al testo e agli allegati dello stesso.

Il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), con l'allegato Piano Operativo Regionale (POR) del PNRR, è stato sottoscritto dal Presidente della Regione e dal Ministro della Salute in data 31/05/2022.

Con la deliberazione della Giunta n. 577 del 23/06/2022, ad oggetto PROGRAMMA INVESTIMENTI IN SANITA' EX ART. 20 L. 67/1988 – ANNO, 2022, la Regione ha approvato il programma degli investimenti in sanità ex articolo 20 legge n. 67/1988 anno 2022, oggetto della proposta di Accordo di cui alla DGR 876/2022, finalizzato alla riqualificazione/riorganizzazione della rete ospedaliera, riduzione delle liste di attesa, adeguamento della rete ospedaliera ai requisiti minimi e potenziamento delle tecnologie, potenziamento della rete territoriale.

Con la deliberazione della Giunta n. 876 del 16/09/2022, ad oggetto PROGRAMMA INVESTIMENTI IN SANITA' EX ART. 20 L. 67/1988 – ANNO 2022. DOCUMENTAZIONE PER ACCORDO DI PROGRAMMA, trasmessa al Ministero della Salute con nota del 19/09/2022 (prot. n. 1039223), la Regione ha approvato lo schema del “Protocollo d'intesa”, il “*Documento programmatico*” e lo schema dello “*articolato contrattuale*”.

Come già detto sopra, il presente Programma costituisce uno stralcio, rispetto a quanto proposto con la citata DGR n. 876 del 16/09/2022, stralcio destinato agli interventi del POR Liguria del PNRR da finanziare con le risorse ex art. 20, L. 67/1988, rispondendo alla necessità di individuare ulteriori fonti di finanziamento, rispetto a quelle del PNRR, al fine di garantire la completa copertura finanziaria degli interventi per i quali, in esito alla redazione dei progetti necessari all'avvio delle procedure di appalto dell'esecuzione, sono emersi maggiori costi rispetto a quelli definiti nella fase programmatica, relativa alla redazione del POR stesso, già finanziati con il riparto delle risorse del PNRR assegnate alla Regione con il DM del 20/01/2022.



In tal senso e in ordine al carattere prioritario e urgente del finanziamento dei suddetti interventi del POR del PNRR, la Regione procederà successivamente all'approvazione di un programma finalizzato alla presentazione al Ministero della Salute della proposta di un ulteriore Accordo per l'utilizzo delle restanti risorse ex art. 20 della L. n. 67/1988 di cui alla citata DGR n. 876/2022.

1.2 IL QUADRO FINANZIARIO

Il Programma ha un costo totale di € 14.684.000,00 finanziato come segue.

Risorse ex art. 20 L. 67/88 assegnate alla Regione Liguria con la legge finanziaria n. 145/2018 e deliberazione del CIPE del 24 luglio 2019 - che complessivamente ammontano a € 110.097.081,15 – per una quota a carico dello Stato (quota del 95%) pari a € 13.949.800,00 che rappresenta un primo stralcio rispetto alla suddetta assegnazione CIPE, secondo il seguente piano finanziario:

Finanziamento ex art. 20 L. 67/1988	Quota Stato (95%)	Quota Regione (5%)	Totale
Legge n. 145/2018 e deliberazione CIPE 24/07/2019	13.949.800,00	734.200,00	14.684.000,00

1.3 L'ATTUAZIONE DEI PROGRAMMI REGIONALI DEGLI INVESTIMENTI IN SANITA'

ACCORDI DI PROGRAMMA INVESTIMENTI EX ART. 20 L. 67/1988

Il programma pluriennale di investimenti in sanità che la Regione Liguria ha promosso, a partire dal 1990, è stato sempre concepito come strumento attuativo degli obiettivi di programmazione, ed ha costituito punto di riferimento fondamentale degli investimenti sul patrimonio sanitario ligure in considerazione dell'entità delle risorse che ha messo a disposizione della Regione.

Primo triennio

Il primo triennio del programma è stato approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 30 del 23 febbraio 1993, quale aggiornamento del programma decennale di cui alla dCr n. 4 del 14 febbraio 1990, successivamente aggiornato ed integrato dalla deliberazione consiliare n. 80 del 20 settembre 1994.

Il finanziamento complessivo del programma ha visto impegnate ed utilizzate le seguenti risorse:

Tab. ripartizione finanziamenti 1° triennio



Finanziamento	Stato	Regione	Altri	Totale
Previsto	158.403.776,84	8.337.038,21	23.918.935,70	190.659.750,75
Erogato	157.339.790,84	8.337.038,21	23.918.935,70	189.595.764,75
Da erogare	1.063.986,00	0,00	0,00	1.063.986,00

Lo stato di realizzazione del primo triennio viene sintetizzato nella tabella di seguito riportata:

Tab. stato di attuazione 1° triennio

TIPOLOGIA OPERE	NUNERO INTERV. PREVISTI	N. INTERV. AMMESSI A FINANZIAMENTO	N. INTERV. CON LAVORI CORSO	N. INTERV. CON LAVORI SOSPESI	N. INTERVENTI CONCLUSI	N. INTERV. IN ESERCIZIO
Realizzazione RSA e strutture territoriali	17	17	--	--	16	16
Opere ospedaliere/completamento	23	23	--	--	23	23
Potenziamento tecnologico	7	7	--	--	7	7
TOTALE	47	47	--	--	46	46

Acconto anno 1998

E' relativo ad una manovra finanziaria limitata, per mancanza di fondi, all'anno 1998. Il programma, limitato alle risorse disponibili per detta annualità, approvato con dCr n. 65 del 28 ottobre 1997, ha finanziato interventi relativi a due categorie di opere: il completamento e l'adeguamento alle norme di sicurezza ed il materno infantile, ed ha visto impegnate ed utilizzate le seguenti risorse:

Tab. ripartizione finanziamenti acconto 1998

Completamento di opere e adeguamento norme di sicurezza				
Finanziamento	Stato	Regione	Altri	Totale
Previsto	28.069.800,03	1.477.357,94	259.448,70	29.806.606,67
Erogato	27.851.302,08	1.444.287,73	259.448,70	29.555.038,51



Da erogare	215.675,48	10.609,46	0,00	226.284,94
------------	------------	-----------	------	------------

Materno - infantile				
Finanziamento	Stato	Regione	Altri	Totale
Previsto	3.612.012,80	190.105,94	560.140,47	4.362.259,21
Erogato	3.612.012,80	190.105,94	560.140,47	4.362.259,21

Di seguito si riporta lo stato di realizzazione dell'anticipazione anno 1998:

Tab. stato di attuazione acconto 1998

TIPOLOGIA OPERE	NUNERO INTERV. PREVISTI	N. INTERV. AMMESSI A FINANZIAMENTO	N. INTERV. CON LAVORI CORSO IN	N. INTERV. CON LAVORI SOSPESI	N. INTERVENTI CONCLUSI	N. INTERV. IN ESERCIZIO
Completamento di opere già avviate	9	9	-	-	9	9
Adeguamento impiantistico alle norme di sicurezza e prevenzione incendi	18	18	-	-	18	18
Ristrutturazione zone travaglio e parto negli osp.	2	2	--	--	2	2
Ristrutturazione di sedi consultoriali	6	6	--	--	6	6
Rinnovo parco tecnologico	1	1			1	1
TOTALE	36	36	-	-	36	36

Primo Accordo di Programma

La Regione Liguria ha sottoscritto con i Ministeri competenti il primo Accordo di Programma in data 27.07.2000 riguardante la programmazione degli investimenti approvata dal Consiglio regionale con deliberazione n. 53 del 4 agosto 1999 integrata dalla deliberazione consiliare n. 86 del 22 dicembre 1999.

In data 23 maggio 2002 il citato Accordo è stato integrato con l'inserimento dei seguenti interventi ritenuti urgenti:

- la costruzione del nuovo ospedale di Albenga,



- l'acquisto di arredi ed attrezzature per il nuovo ospedale di La Spezia,
- l'acquisto di arredi ed attrezzature per il nuovo ospedale di Rapallo,
- realizzazione della nuova camera iperbarica presso l'ospedale S. Martino.

Inizialmente l'Accordo prevedeva 156 interventi che a seguito di riallineamenti della programmazione avvenuti nel corso di attuazione del programma sono stati ridotti a 141 e successivamente a 138, ed ha visto impegnate ed utilizzate le seguenti risorse:

Tab. ripartizione finanziamenti 1° accordo di programma

Finanziamento	Stato	Regione	Altri	Totale
Previsto	171.806.757,50	9.035.325,65	54.727.354,59	235.569.437,74
Erogato	171.806.757,50	9.035.325,65	54.727.354,59	235.569.437,74
Da erogare	0,00	0,00	0,00	0,00

Di seguito si riporta lo stato di realizzazione dell'Accordo:

Tab. stato di attuazione 1° Accordo di Programma

TIPOLOGIA OPERE	NUNERO INTERV. PREVISTI	N. INTERV. AMMESSI A FINANZIAMENTO	N. INTERV. CON LAVORI CORSO	N. INTERV. CON LAVORI SOSPESI	N. INTERVENTI CONCLUSI	N. INTERV. IN ESERCIZIO
RSA	5	5	-	-	5	5
Realizzazioni/ ristrutturazioni Strutture Territoriali	6	6	-	-	6	6
Ristrutturazioni reparti ospedalieri	55	55	-	-	55	55
Costruzione nuovi ospedali	3 (*)	3	-	-	3	3
Adeguamento normativa	49	49	-	-	49	49
Rinnovo parco tecnologico	20	20	-	-	20	20
TOTALE	138	138	-	-	138	138

(*) Sono riferiti non al numero dei nuovi ospedali ma al numero degli interventi: 2 interventi nuovi ospedali (Albenga e Rapallo), 1 intervento relativo agli arredi/attrezzature di uno dei due nuovi ospedali (Rapallo).



E' da segnalare che, inizialmente, l'Accordo era stato sottoscritto per un ammontare di € 345.279.487,38 di cui: € 207.696.638,55 a carico dello Stato (95%), € 10.933.356,41 a carico della Regione (5%) ed € 126.649.492,42 a valere sul cofinanziamento aziendale.

L'ammontare dell'Accordo è stato, successivamente, ridotto ad € 235.569.437,74 in quanto i finanziamenti dei seguenti tre interventi sono stati revocati dal Ministero della Salute:

- uno relativo alla costruzione del nuovo ospedale di La Spezia ed uno all'acquisto dei relativi arredi ed attrezzature in quanto i lavori, per le note vicende, non sono stati aggiudicati; (il relativo finanziamento trova allocazione nel nuovo Accordo che la regione prevede di sottoscrivere nell'anno 2023),
- l'altro relativo a "Acquisto di arredi ed attrezzature RSA ex ospedale Maria Teresa di Arenzano" dell'ASL 3 Genovese che, ai sensi della legge 23.12.2005 n. 266 (finanziaria 2006), è stato revocato il 65% del finanziamento, pari ad € 318.912,13, per mancata richiesta al Ministero di ammissione al finanziamento nei tempi stabiliti dall'Accordo (la quota revocata trova allocazione nell'Accordo di programma sottoscritto il 18.03.2009).

Secondo Accordo di Programma

Il secondo Accordo di Programma la Regione lo ha stipulato con i Ministeri competenti in data 1 settembre 2004 riguardante la programmazione sanitaria sugli investimenti approvata dal Consiglio regionale con deliberazione n. 69/2002 ed aggiornata con deliberazione n. 21/2003.

L'Accordo stipulato prevedeva 62 interventi che nel corso di attuazione del programma sono passati a 61 con un riallineamento dovuto ad esigenze programmatiche nel frattempo sorte. Uno dei 61 interventi (relativo ad "Adeguamento a norma di sicurezza delle apparecchiature elettromedicali" dell'ASL 3) è stato revocato dal Ministero della Salute, ai sensi della legge 23.12.2005 n.266 (finanziaria 2006), in quanto i lavori non sono stati aggiudicati nei termini previsti dall'Accordo. L'importo revocato, comprensivo della quota regionale, ammontante complessivamente ad € 771.393,97, è stato utilizzato nell'Accordo di programma sottoscritto il 18.03.2009.

L'Accordo in argomento ha visto impegnate ed utilizzate le seguenti risorse:

Tab. ripartizione finanziamenti 2° accordo di programma

Finanziamento	Stato	Regione	Altri	Totale
Previsto	77.793.099,85	4.094.373,67	3.461.333,90	85.348.807,42
Erogato	77.501.334,62	4.094.373,67	3.461.333,90	85.057.042,19
Da erogare	288.686,70 (*)	0,00	0,00	288.686,70

(*) di cui 110.917,51 + 95.197,21 in corso di erogazione da parte del MEF e 82.571,98 come economie ridestinate a nuovo intervento in fase di esecuzione.

Di seguito si riporta lo stato di realizzazione dell'Accordo:

Tab. stato di attuazione 2° accordo di programma



TIPOLOGIA OPERE	NUNERO INTERV. PREVISTI	N. INTERV. AMMESSI A FINANZIAMENTO	N. INTERV. CON LAVORI CORSO	N. INTERV. CON LAVORI SOSPESI	N. INTERVENTI CONCLUSI	N. INTERV. IN ESERCIZIO
RSA	1	1	-	-	1	1
Realizzazioni/ ristrutturazioni Strutture Territoriali	12	12	-	-	12	12
Ristrutturazioni reparti ospedalieri	25	25	-	-	25	25
Costruzione nuovi ospedali	-	-	-	-	-	-
Adeguamento normativa	9	9	-	-	9	9
Rinnovo parco tecnologico	13	13	-	-	13	13
TOTALE	60	60	-	-	60	60

Terzo Accordo di Programma

Il terzo Accordo di Programma la Regione lo ha stipulato con i Ministeri competenti in data 18 marzo 2009 riguardante la programmazione sanitaria sugli investimenti approvata dal Consiglio regionale con deliberazione n. 34/2007.

L'Accordo stipulato prevede 27 interventi.

Tab. ripartizione finanziamenti 3° accordo di programma

Finanziamento	Stato	Regione	Altri	Totale
Previsto	55.862.934,35	2.940.154,44	11.353.609,00	70.156.697,79
Erogato	53.053.417,19	2.940.154,44	11.353.609,00	67.347.180,63
Da erogare	2.809.517,16	0,00	0,00	2.809.517,16

All'attualità la situazione dell'Accordo è la seguente:

Tab. stato di attuazione 3° accordo di programma

TIPOLOGIA OPERE	NUNERO INTERV. PREVISTI	N. INTERV. AMMESSI A FINANZIAMENTO	N. INTERV. CON LAVORI CORSO	N. INTERV. CON LAVORI SOSPESI	N. INTERVENTI CONCLUSI	N. INTERV. IN ESERCIZIO
RSA	-	--	--	--	--	--



Realizzazioni/ ristrutturazioni Strutture Territoriali	8	8	2	--	6	6
Ristrutturazioni reparti ospedalieri	8	8	-	--	8	8
Costruzione nuovi ospedali	--	--	--	--	--	--
Adeguamento normativa	6	6	1	--	5	5
Rinnovo parco tecnologico	5	5	1	--	4	4
TOTALE	27	27	4	--	23	23

In detto Accordo sono stati utilizzati i finanziamenti revocati dal Ministero della Salute ed afferenti, originariamente, al 1° e 2° Accordo.

Accordo di Programma per il nuovo ospedale Felettino della Spezia

In data 8 marzo 2013, la Regione Liguria ha sottoscritto, con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze, l'Accordo di Programma per gli investimenti in sanità (ex art. 20, L. n. 67/1988) per un complessivo ammontare di € 175.050.000,00, di cui € 119.917.096,42 a carico dello Stato, totalmente finalizzato all'intervento di costruzione del Nuovo Ospedale della Spezia già programmato con la DCR n. 6/2009 e confermato con la DGR n. 54 del 25.01.2013).

Il programma finanziario di costruzione del nuovo ospedale della Spezia era il seguente:

a. somma a valere su quota parte dei finanziamenti assegnati su prosecuzione programma ex art. 20	€ 119.917.096,42
b. importo finanziamento AIDS in cassa	€ 2.588.614,45
c. somma a carico del bilancio regionale (5%) a valere su quota parte dei proventi derivanti dall'operazione di cartolarizzazione di cui alla DGR n. 1368/2008 (€ 3.941.990,69) e sulla quota parte proventi derivanti dalla alienazione dell'ospedale S. Andrea (€ 2.369.435,44)	€ 6.311.426,13
d. quota parte proventi derivanti dall'alienazione ospedale S. Andrea (stimata in € 25.600.000,00)	€ 23.230.564,56
e. ulteriore quota a carico della Regione	€ 23.002.298,44
TOTALE	€ 175.050.000,00

Somme erogate a valere sul 95% statale: € 15.327.762,80

Somme erogate a valere sul 5% regionale: € 3.941.990,69



Tale intervento, in conseguenza della risoluzione del contratto, è stato interrotto e successivamente riavviato a seguito dell'istruttoria effettuata dal CIGA (Comitato Istituzionale di Gestione dell'Accordo di Programma), conclusasi nel dicembre 2021, i cui esiti sono stati recepiti dalla DGR n. 146 del 04/03/2022.

Attualmente è in corso la nuova gara di affidamento della concessione di costruzione e gestione dell'ospedale.

Il nuovo piano finanziario dell'intervento è il seguente:

- € 104.034.901,30 quota statale del finanziamento ex art. 20, L. 67/1988 ancora disponibile a valere sull'Accordo di Programma del 08.03.2013, al netto delle liquidazioni in corso, confermata dalla pronuncia favorevole del CIGA;
- € 97.011.829,17 quota di finanziamento privato a carico del concessionario;
- € 63.326.314,91 quota a carico del bilancio regionale (comprensiva del residuo del 5% regionale di € 2.369.435,44) con la precisazione che € 45.430.311,20 sono relativi al costo degli arredi e attrezzature (IVA compresa) e saranno impegnati sul bilancio in base al cronoprogramma di realizzazione dei lavori, in corrispondenza dell'effettiva esigenza di avviare le corrispondenti fasi di acquisizione, e la restante quota di € 17.896.003,71 trova copertura a valere sull'impegno di complessivi € 29.000.000,00, di cui alla DGR n. 217 del 19/03/2021, sul capitolo n. 5299 avente ad oggetto "Finanziamento regionale degli investimenti nel settore sanitario" del Bilancio di previsione 2021/2023 a favore della ASL5.

Con la previsione che la Regione potrà prevedere la sostituzione della suddetta quota di € 63.326.314,91 a carico del bilancio regionale con le risorse dedicate all'edilizia sanitaria (ex art. 20 L. 67/1988) assegnate alla Liguria con il riparto di cui ai commi 442 e 443 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2020, n. 178, *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023*, da attivare previa sottoscrizione di Accordo di Programma con i Ministeri competenti.

Richiesta di finanziamento art. 20

Il piano finanziario, relativo al costo da Quadro Economico, prevede una quota a carico della Regione pari a € 63.326.314,91 all'interno della quale è compresa la quota del 5% regionale a valere sull'Accordo di Programma 2013 ancora da erogare pari a € 2.369.435,44.

La restante parte è oggetto della richiesta di risorse art. 20 per € 60.956.879,47 la cui articolazione risulterebbe:

Quota 95% Stato € 57.909.035,50
Quota 5% Regione € 3.047.843,97

Di tali risorse, € 45.430.311,20 sono relativi al costo degli arredi e attrezzature con le seguenti quote art. 20 Stato-Regione:

Quota 95% Stato € 43.158.795,64
Quota 5% Regione € 2.271.515,56

In caso di destinazione dei € 60.956.879,47 come finanziamento art. 20 vi sarebbe la seguente articolazione:

Quota 95% Stato: € 57.909.035,50
Quota 5% Regione: € 3.047.843,97
Quota 5% Regione su Accordo 2013: € 2.369.435,44
(Totale Regione € 5.417.279,41)



In caso di destinazione dei soli € 45.430.311,20 come finanziamento art. 20 vi sarebbe la seguente articolazione:

Quota 95% Stato: € 43.158.795,64
 Quota 5% Regione: € 2.271.515,56
 Quota 5% Regione su Accordo 2013: € 2.369.435,44
 (Totale Regione € 4.640.951,00)

Terzo Accordo di Programma “Integrativo”

In data 11 maggio 2017 la Regione Liguria ha sottoscritto, con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e Finanze, l'Accordo di programma di cui alla dGr n. 674/2016, finalizzato all'utilizzo del finanziamento statale assegnato di € 69.100.446,64 per la realizzazione di 21 progetti (per un complessivo impegno finanziario di € 74.465.512,76) destinati, principalmente, all'adeguamento normativo delle strutture sanitarie (requisiti minimi di cui al DPR 14.01.1997, adeguamento degli impianti antincendio secondo la regola tecnica di cui al DM 19.03.2015), ed all'attualità è in corso di attuazione; oltre al suddetto Accordo è stato avviato un programma, costituito da tre interventi dell'Ospedale S. Martino di Genova, relativo all'utilizzo del finanziamento di cui alla deliberazione CIPE n. 16 dell'8 marzo 2013 destinato all'adeguamento a norma degli impianti antincendio per un complessivo importo di € 2.659.665,57 di cui € 2.526.682,29 a valere sul finanziamento statale; tutti e tre gli interventi sono in corso.

L'intervento denominato “Integrazione nuovo ospedale della Spezia” del valore di € 23.750.000,00 (95% Stato) e € 1.25.000,00 (5% Regione) è stato stralciato e le risorse rifinanziate alla copertura finanziaria degli interventi del prossimo Accordo di Programma di cui alla DGR. 577/2022.

Tab. stato di attuazione 3° accordo di programma Integrativo

TIPOLOGIA OPERE	NUNERO INTERV. PREVISTI	N. INTERV. AMMESSI A FINANZIAMENTO	N. INTERV. CON LAVORI CORSO	N. INTERV. CON LAVORI SOSPESI	N. INTERVENTI CONCLUSI	N. INTERV. IN ESERCIZIO
Realizzazioni/ Ristrutturazioni Strutture territoriali	2	2	2	--	-	
Ristrutturazioni reparti Ospedalieri	3	3	3	--	-	
Adeguamento normativa	19	19	19	--	-	
TOTALE	24	24	24	--	-	

Tab. Ripartizione finanziamenti 3° accordo di programma “integrativo” e anticendio

Finanziamento	Stato	Regione	Altri	Totale
Previsto	47.877.128,93	2.519.848,89	1.728.534,94	52.125.512,76
Erogato	4.875.943,98	542.402,68	0,00	5.418.346,66

**Il programma di ammodernamento del parco tecnologico**

Il Consiglio regionale, in concomitanza all'attuazione del programma ex art. 20 l. 67/1988 e ad integrazione dello stesso, con deliberazione n. 1 del 12.01.2000 ha approvato il riparto della quota di L. 33.670.483.308, pari ad € 17.389.353,40, destinato al potenziamento del parco tecnologico delle Aziende con l'obiettivo di ridurre le liste di attesa. Detto programma si è concluso e tutti gli interventi finanziati risultano in esercizio. In particolare sono stati acquistati: n. 14 riuniti odontoiatrici, n. 7 elettrocardiografi, n. 4 mammografi, n. 19 ecografi, n. 5 tomografi, una risonanza magnetica nucleare, un acceleratore lineare, n. 279 attrezzature minori.

Il finanziamento complessivo del programma vede impegnate le seguenti risorse ed il seguente utilizzo:

Tab. ripartizione finanziamenti programma delle tecnologie

FINANZIAMENTO	REGIONE	ALTRO (FSR)	TOTALE
Previsto	15.493.706,97	1.895.646,43	17.389.353,40
Erogato	15.493.706,97	1.895.646,43	17.389.353,40
Da erogare	0,00	0,00	0,00

Il Programma di potenziamento delle strutture di radioterapia –

La Giunta regionale con deliberazione n. 502/2001 ha approvato, ai sensi della L. 488/1999, il programma di potenziamento delle strutture di radioterapia, assegnando a tre Aziende il finanziamento complessivo di € 519.844,35 (€ 493.852,13 finanziamento statale ed € 25.992,22 finanziamento regionale).

Il finanziamento complessivo del programma ha visto impegnate le seguenti risorse ed il seguente utilizzo:

Tab. ripartizione finanziamenti strutture radioterapia-

FINANZIAMENTO	STATO	REGIONE	TOTALE
Previsto	493.852,13	25.992,22	519.844,35
Erogato	493.852,13	25.992,22	519.844,35

Il Programma di interventi urgenti per la prevenzione e lotta contro l'AIDS L. 135/1990

Ai sensi della legge del 5 giugno 1990, n. 135, per la realizzazione del programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS, lo Stato ha assegnato alla Regione Liguria il finanziamento pari a complessivi € 33.569.745,85.



La Regione Liguria ha avviato, per fare fronte alla prevenzione e lotta contro l'AIDS, due programmi di intervento:

- il primo, di cui alla deliberazione della Giunta n. 2717 del 8 agosto 1995, ha approvato gli interventi edili afferenti ai reparti AIDS dei Presidi Ospedalieri di Sanremo (ASL 1), dell'E. O. Osp. Galliera, dell'Osp. San Martino, dell'Osp. Felettino, per complessivi € 30.742.146,63;
- il secondo, di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 1806 del 31 maggio 1996, ha approvato dodici progetti relativi a tecnologie di laboratorio per complessivi € 2.827.599,22.

Il finanziamento complessivo del programma vede impegnate le seguenti risorse ed il seguente utilizzo:

Tab. ripartizione finanziamenti programma AIDS-

FINANZIAMENTO	STATO	REGIONE	TOTALE
Previsto	33.569.745,85	0,00	33.569.745,85
Erogato	31.782.830,03	0,00	31.782.830,03
Da erogare	1.786.915,81	0,00	1.786.915,81

Il Programma regionale per la realizzazione delle strutture sanitarie per l'attività intramoenia – Dlgs 254/2000 –

Con deliberazione n. 848 del 26.07.2002 la Giunta regionale ha approvato il programma della realizzazione delle strutture per l'attività professionale intramoenia, per un numero di 22 strutture da finanziarsi con la somma assegnata dallo Stato pari ad € 39.210.377,35 oltre la quota regionale. Successivamente detto programma è stato aggiornato /integrato e gli interventi previsti sono passati a 18 e successivamente, con l'ultimo aggiornamento a 24 .

Il finanziamento complessivo del programma vede impegnate le seguenti risorse ed il seguente utilizzo:

Tab. ripartizione finanziamenti programma intramoenia-

FINANZIAMENTO	STATO	REGIONE	ALTRI	TOTALE
Previsto	39.210.377,37	2.063.704,07	4.511.181,16	45.785.262,60
Erogato	39.026.389,60	2.063.704,07	320.586,29	41.410.679,96
Da erogare	183.987,77	0,00	4.190.594,87	4.374.582,64

Di seguito si riporta lo stato di realizzazione del programma



Tab. stato di attuazione programma intramoenia-

TIPOLOGIA OPERE	NUMERO INTERVENTI PREVISTI	N° INTERV. AMMESSI A FINANZIAMENTO	N° INTERV. CON LAVORI IN CORSO	N° INTERV. CON LAVORI SOSPESI	N° INTERVENTI CONCLUSI	N° INTERVENTI IN ESERCIZIO
Ristrutturazione Reparti ospedali- Ri ed altri edifici (*)	17	17	-	-	17	17
Nuova costruzione	1	1	-	-	1	1
Rinnovo parco tecnologico	6	6	-	-	6	6
T O T A L E	24	24	-	-	24	24

(*) Sono compresi gli interventi relativi agli acquisti di immobili ristrutturati.

Il programma di realizzazione Hospice – L. n.39/1999 –

La Giunta regionale con deliberazione n. 340 del 05.04.2002 ha approvato il progetto generale di realizzazione degli hospice per un importo complessivo di € 10.551.017,19 per n. 9 interventi, di cui € 8.331.965,61 a valere sull'assegnazione dello Stato. Successivamente detto programma è stato aggiornato e gli interventi previsti risultano 6 per un costo complessivo di € 10.719.404,98 di cui € 8.331.965,61 a valere sui finanziamenti statali.

Il finanziamento complessivo del programma vede impegnate le seguenti risorse ed il seguente utilizzo:

Tab. ripartizione finanziamenti programma hospice-

FINANZIAMENTO	STATO	ALTRO	TOTALE
Previsto	8.331.892,57	2.387.439,37	10.719.331,94
Erogato	8.331.892,57	2.387.439,37	10.719.331,94
Da erogare	0,00	0,00	0,00

Di seguito si riporta lo stato di realizzazione del Programma:

Tab. stato di attuazione programma hospice-

TIPOLOGIA OPERE	NUMERO INTERVENTI PREVISTI	N° INTERV. AMMESSI A FINANZIAMENTO	N° INTERV. CON LAVORI IN CORSO	N° INTERV. CON LAVORI SOSPESI	N° INTERVENTI CONCLUSI	N° INTERVENTI IN ESERCIZIO
Realizzazioni/ristr. Strutture territoriali	3	3	-	-	3	3
Ristrutturazione Reparti ospedali-	1	1	-	-	1	1



ri						
Nuove costruzioni	2	2	-	-	2	2
TOTALE	6	6	-	-	6	6

Il Programma per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nell'area metropolitana genovese – L. 448/1998 art. 71 –

Il programma regionale per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nella città di Genova, approvato dalla giunta regionale con deliberazione n. 471 del 07.04.2000 e successive modificazioni e integrazioni, è costituito da 12 interventi finanziati dallo Stato per complessivi € 86.162.505,27.

Il finanziamento complessivo del programma vede impegnate le seguenti risorse ed il seguente utilizzo:

Tab. ripartizione finanziamenti programma l. 448/1998 art. 71-

FINANZIAMENTO	STATO	ALTRO	TOTALE
Previsto	86.162.505,27	49.842.154,04	136.004.659,31
Erogato	45.169.773,81	(*) 0,00	45.169.773,81
Da erogare	40.992.731,46	49.842.154,04	90.834.885,50

(*) La quota di cofinanziamento era relativa all'interventi di costruzione dell'ospedale della Valpolcevera e struttura territoriale; detta quota ad oggi non è stata utilizzata in quanto i citati interventi sono oggetto di riallineamento del programma, come di seguito specificato.

Tab. stato di attuazione programma l. 448/1998 art. 71-

TIPOLOGIA OPERE	NUNERO INTERV. PREVISTI	N. INTERV. AMMESSI A FINANZIAMENTO	N. INTERV. CON LAVORI CORSO	N. INTERV. CON LAVORI SOSPESI	N. INTERVENTI CONCLUSI	N. INTERV. IN ESERCIZIO
Realizzazioni/ ristrutturazioni Strutture Territoriali	9	9	-	--	9	9
Ristrutturazioni reparti ospedalieri	6	6	--	--	6	6
Costruzione nuovi ospedali	1	1	-	--	--	--
Rinnovo parco tecnologico	2	2	-	--	2	2
TOTALE	18	18	-	--	17	17



--	--	--	--	--	--

Tabella riepilogativa degli stanziamenti previsti per programma di investimento

LINEE DI INVESTIMENTO	STATO	REGIONE	ALTRO	T O T A L E
1° Triennio	158.403.776,84	8.337.038,21	23.918.935,70	190.659.750,75
Acconto 1998	28.069.800,03	1.477.357,94	259.448,70	29.806.606,67
1° Accordo di Programma	171.806.757,50	9.035.325,65	54.727.354,59	235.569.437,74
2° Accordo di Programma	77.793.099,85	4.094.373,67	3.461.333,90	85.348.807,42
3° Accordo di Programma	55.862.934,35	2.940.154,44	11.353.609,00	70.156.697,79
3° Accordo di Programma Integ	69.100.446,61	3.636.865,61	0,00	72.737.312,25
Programma Ar San San Martino	2.526.682,29	132.983,28	0,00	2.659.665,57
Parco Tecnologico	0,00	15.493.706,97	1.895.646,43	17.389.353,40
Radioterapia	493.852,13	25.992,22	0,00	519.844,35
AIDS	33.569.745,85	0,00	0,00	33.569.745,85
Libera Professione	39.210.377,37	2.063.704,07	4.511.181,16	45.785.262,60
Hospice	8.331.892,57	0,00	2.387.439,37	10.719.331,94
Area Metro-politana	86.162.505,27	0,00	49.842.154,04	136.004.659,31
Accordi da Sottoscrivere	277.239.784,20	14.591.567,58		291.831.351,78
T O T A L E	1.008.571.654,86	61.829.069,64	152.357.102,89	1.222.757.827,39



1.4 GLI OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI DEL PROGRAMMA

Con deliberazione del 27 dicembre 2017, n. 8 il Consiglio della Regione Liguria ha approvato lo “Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2017/2019” ritenendolo tale da soddisfare i bisogni sanitari dei cittadini liguri.

Gli obiettivi generali individuati dal Piano, per il triennio 2017-2019, inerenti la presente programmazione degli investimenti, possono essere riassunti come segue:

GLI OBIETTIVI GENERALI

La rete ai sensi del PSR 2017-2019

La riprogettazione della rete ospedaliera ligure, ancora in atto, ha costituito la risposta organizzativa strategica alle numerose sfide legate ai cambiamenti in ambito epidemiologico, normativo, economico-finanziario ed è elemento costitutivo della riorganizzazione di sistema proposta dalle leggi di riforma. Se da un lato, le recenti normative e la contrazione di risorse destinante al Servizio Sanitario Regionale hanno imposto un processo di razionalizzazione delle reti ospedaliere secondo principi di appropriatezza dell’offerta, adeguamento qualitativo della stessa e congruità dimensionale, con il Piano socio sanitario 2017-19 Regione Liguria ai sensi delle normative nazionali si è posta obiettivi legati all’efficienza gestionale di sistema e al miglioramento dell’offerta alla luce dei reali bisogni dei cittadini, promuovendo una governance della mobilità passiva e favorendo il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio. Il raggiungimento degli obiettivi soprariportati non ha potuto prescindere da un upgrading sia organizzativo, sia tecnologico che si sta svolgendo ancora oggi nelle Asl, presso l’IRCSS San Martino, Gaslini, Galliera e Evangelico.

I principi della riorganizzazione, si muovono nelle direzioni di migliorare l’organizzazione di sistema e implementare l’offerta sia in termini di tecnologia, sia di logistica. Quest’ultimo aspetto rappresenta una priorità alla luce di un patrimonio edilizio sanitario complessivamente vetusto e di layout ospedalieri che rappresentano un ostacolo all’applicazione di nuovi modelli organizzativi - i.e. ospedale per intensità di cura, aree omogenee di attività - all’ottimizzazione dei percorsi, all’impiego di nuove tecnologie e all’efficientamento dell’attività (DGR 384 del 19/5/2017, ad oggetto “Programmazione del rinnovo del parco ospedaliero ligure-indirizzi operativi”). Risulta pertanto un obiettivo strategico migliorare l’offerta per rispondere alle esigenze di massima sicurezza ed elevato comfort del paziente e di rinnovamento tecnologico mediante la costruzione di 3 nuovi ospedali ad elevata innovazione tecnologica, che assumeranno nei prossimi anni ruolo di riferimento nelle 3 aree ottimali regionali ed andranno integrare la rete ospedaliera regionale:

- Ospedale del Ponente dell’area metropolitana genovese
- Ospedale Unico ad Arma di Taggia
- Ospedale di La Spezia - Nuovo Felettino

La realizzazione di strutture, che saranno il riferimento per l’attività ad elevata intensità e complessità, consentirà la conversione di alcuni stabilimenti ed il potenziamento e la capillarizzazione dell’offerta dell’attività ad elevata integrazione territoriale.

Il panorama del rinnovo del parco ospedaliero regionale è completato dalla costruzione del nuovo ospedale Galliera in atto.

I programmi di edilizia sanitaria, finalizzati all’adeguamento e al potenziamento delle strutture pubbliche che costituiscono la rete ospedaliera regionale, non si limitano ai



sopracitati progetti, ma prevedono attività di riqualificazione, ristrutturazioni e adeguamenti necessari alla riorganizzazione e al mantenimento degli standard di sicurezza normativi, i.e. riqualificazione funzionale e strutturale dell'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure, adeguamento funzionale dell'Ospedale Policlinico San Martino (DGR 384 del 19/5/2017).

Sinotticamente, si riportano di seguito i principi e gli elementi fondanti del processo di riorganizzazione della rete:

-Specializzazione della vocazione delle strutture, con spiccata concentrazione della casistica per omogeneità; l'obiettivo è tendere ad "ospedali e professionisti ad alti volumi" e dare concreta attuazione al modello hub and spoke, in particolare per i percorsi ad elevata complessità. Il Dipartimento Interaziendale Regionale, fulcro del governo clinico e della capillarizzazione di percorsi integrati di cura evidence-based e condivisi su tutto il territorio regionale, rappresenta lo strumento per la concentrazione nella fase ospedaliera della massima intensità di cura e dell'alta tecnologia. Si rimanda al paragrafo sul ruolo delle diverse Aziende e stabilimenti ospedalieri per la descrizione del quadro regionale e gli approfondimenti necessari

-Spiccata integrazione tra i centri di riferimento a vocazione oncologica, cardiocirurgica, neurologica. Il piano di riorganizzazione della rete prevede, oltre al consolidamento del modello hub and spoke, un rafforzamento del coordinamento funzionale tra le strutture centro di riferimento in ambito regionale al fine di garantire maggiore plasticità e flessibilità del sistema e orientare verso la citata concentrazione della casistica. La rafforzata governance delle strutture orizzontali, garantita da A.Li.Sa. e dal Dipartimento Interaziendale Regionale, ha favorito questi processi di integrazione tra poli ad attività omogenea tutt'ora in atto.

-Riorganizzazione e potenziamento del sistema emergenza/urgenza, secondo un'organizzazione basata su livelli di complessità crescente, con relazioni costruite sul modello hub and spoke, e dimensionata secondo i bacini di popolazione, le caratteristiche orografiche del territorio, la viabilità, il rilevante flusso turistico. L'articolazione dell'offerta delle specialità ad elevata complessità è stata formulata sulla base dei volumi minimi di attività e sulla tempestività della risposta tempo dipendente. La presenza di nodi del sistema emergenza/urgenza in aree disagiate ed una maggiore capillarità consentono la copertura di aree periferiche ad elevata prevalenza di popolazione anziana e l'ottimale risposta a patologie complesse.

Complessivamente, l'offerta del sistema emergenza/urgenza nell'area corrispondente ai territori delle ASL 3 e 4, ove si verificano le condizioni di sostenibilità potrà prevedere 3 Punti di Primo Intervento nel territorio di ASL 3 e 1 Punto di Primo Intervento nel territorio di ASL 4 in grado di garantire in aree non coperte da altre strutture della rete dell'emergenza il trattamento di patologie a bassa gravità che non richiedono assistenza ospedaliera, 2 Pronto Soccorso (PS, n. =1 nel territorio di ASL 3 e n.=1 nel territorio di ASL 4), 3 Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione di primo livello (DEA I livello, n.=2 nel territorio di ASL 3 e 1 in ASL 4) e 2 DEA II livello, uno pediatrico e uno dell'adulto, nel territorio di ASL 3. Qualora non si verificassero le condizioni di sostenibilità sopraindicate, permane l'attuale funzione di Punto di Primo Intervento di Rapallo. Alla luce della riconfigurazione descritta più avanti, il DEA I livello del Ponente cittadino sarà parte integrante dell'"Ospedale del Ponente". Nell'area ottimale regionale di Ponente, corrispondente ai territori della ASL 1 e 2, è prevista la trasformazione dei PPI in PS (n.=1 in ASL 1, 2 in ASL 2) coerentemente con le raccomandazione espresse nel DM 70/2015. Sono nodi del sistema emergenza/urgenza un DEA I livello in ASL 1, presso l'Ospedale Unico ad Arma di Taggia, ed in ASL2 (Ospedale San Paolo a Savona) e un DEA II livello (Ospedale Santa Corona a Pietra Ligure) in ASL 2. In ASL 5, il sistema sarà costituito da una concessione di servizi, con un DEA di I livello presso il nuovo Ospedale di La Spezia - Felettino.

Nell'ambito del potenziamento del sistema emergenza/urgenza è stata prevista e nella maggior parte attuata l'implementazione dei posti letto di medicina d'urgenza al fine di garantire un'adeguata separazione dei percorsi di elezione e d'urgenza/emergenza.



Questa intersezione rappresenta per gli hub regionali una delle principali limitazioni allo sviluppo di aree di eccellenza che si realizzano sui percorsi elettivi e che consentono il contrasto alla mobilità passiva e l'implementazione dei fenomeni di attrazione.

-Stringente coerenza tra livelli di complessità crescente del sistema emergenza/urgenza e dotazione di specialità dell'ospedale. Recependo i dettami normativi e coerentemente al processo di razionalizzazione delle reti ospedaliere secondo principi di appropriatezza, adeguamento qualitativo e congruità dimensionale, la riorganizzazione del sistema emergenza/urgenza e dell'attività in elezione sono coerenti con i livelli gerarchici di complessità, l'intensità di cura garantita, la dotazione di specialità e i bacini d'utenza delle strutture ospedaliere che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti.

-Mantenimento della dotazione di posti letto per acuti ed implementazione della dotazione di posti letto per riabilitazione e a media intensità. L'obiettivo dell'incremento di offerta è rispondere al fabbisogno di presa in carico di soggetti fragili e anziani nella fase di dimissione post-acuzie alla luce dell'attuale dotazione sottodimensionata rispetto agli standard nazionali fissati dal DM 70/2015 e dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni. Gli ambiti di implementazione dell'offerta riguardano la riabilitazione funzionale ortopedica, neurologica e cardiologica. E' prevista l'attivazione di 2 poli di riferimenti di riabilitazione intensiva ad Alta Specializzazione per pazienti che hanno subito gravi lesioni cerebrali (traumi cranici, emorragie e infarti cerebrali o anossie da arresto cardiaco o da annegamento, ecc.) nel territorio delle ASL 3e5.

-Il percorso verso l'autentica integrazione ospedale-territorio: implementazione dell'attività ambulatoriale e territoriale, potenziamento dei reparti a media-bassa intensità, sperimentazione di nuovi modelli organizzativi volti alla gestione integrata dei percorsi.

La riorganizzazione della rete mira a favorire i punti di integrazione più "naturali" dell'ospedale con il territorio dalla specialistica ambulatoriale, alle strutture intermedie ospedale-territorio - day Service, care- e case-management - o caratterizzate da bassa intensità di cura, al regime di assistenza domiciliare o residenziale. Quest'azione, centrale nello riequilibrio tra funzione territoriale e mission ospedaliera, è coerente con gli obiettivi strategici del piano della presa in carico globale del paziente, della continuità del percorso integrato di cura, dell'implementazione dell'appropriatezza del setting erogativo. La riorganizzazione della rete vede fortemente potenziata l'offerta legata alle attività riabilitative post-acuzie e ad elevata integrazione territoriale ed è caratterizzata dall'introduzione di strutture intermedie ospedale-territorio o caratterizzate da bassa intensità anche con spiccate caratteristiche innovative, i.e. reparti a gestione infermieristica.



La governance del controllo delle nuove tecnologie: l'implementazione dell'Health Technology Assessment (HTA)

L'HTA si basa su attività scientifiche multidisciplinari rivolte alla continua valutazione dell'efficacia, della sicurezza, delle risorse necessarie e dell'impatto complessivo delle tecnologie sanitarie. Si propone di valutare l'efficacia degli interventi sanitari, l'appropriatezza e l'efficienza con cui sono realizzati, i rapporti tra i costi ed i benefici, le implicazioni che essi comportano nel paziente e nel suo sistema di valori, nelle strutture organizzative del sistema sanitario regionale, sulla sostenibilità economica, fornendo ai decisori valutazioni tecniche quanto più possibile oggettive, necessarie per scelte razionali e trasparenti e risultando strumento essenziale della Clinical Governance.

Regione Liguria ha precocemente recepito l'importanza di questo strumento di governo: la dCR n. 22 del 30/09/2009 ad oggetto "Piano socio-sanitario regionale 2009-2011", istituiva, tra le altre, la rete HTA; la DGR 225/2011 ne precisava le modalità di funzionamento.

Il 10 giugno 2016 la giunta ha adottato la delibera n.531 ad oggetto "Disposizioni relative alla rete regionale di Health Technology assessment (HTA)": la deliberazione stabilisce che le aziende, Enti ed Istituti del Sistema Sociosanitario Regionale debbano stimolare ed incrementare l'utilizzo dell'HTA come strumento di governo clinico regionale. In particolare, chiede che siano impartite disposizioni stringenti agli uffici competenti circa l'attuazione del percorso HTA ogni qual volta vi sia un'acquisizione di una nuova tecnologia. Lascia facoltà alla rete HTA di richiedere alle aziende sanitarie gli atti a supporto delle decisioni e degli acquisti inerenti nuove tecnologie; stabilisce che i criteri di obsolescenza ed appropriatezza allocativa definiti per le grandi apparecchiature, secondo le deliberazioni di individuazione dei criteri per una appropriata allocazione delle attrezzature, devono essere presi in considerazione dalle Aziende Sanitarie oltre che per le proprie acquisizioni, anche in occasione di sottoscrizione di eventuali contratti con soggetti erogatori privati, ancorché autorizzati, allo scopo di adeguare l'offerta al fabbisogno.

L'obiettivo prioritario della rete è quello di introdurre ed implementare l'HTA nel Sistema Sociosanitario Regionale, quale componente fondamentale all'interno dei processi decisionali.

Gli obiettivi specifici della rete includono:



- rappresentare un punto aggregante, di coordinamento e formazione delle diverse professionalità coinvolte nei processi di HTA, in modo da facilitare lo scambio di informazioni e ridurre le difficoltà legate a linguaggi professionali differenti;
- supportare operativamente l'applicazione dell'HTA a livello locale e regionale
- costruire uno strumento per rendere accessibili e fruibili nell'ambito del Sistema Sociosanitario Regionale le valutazioni di HTA e le linee guida disponibili a livello locale, nazionale ed internazionale;
- condurre specifiche analisi e valutazioni in relazione a tecnologie nuove o consolidate, in ordine all'attività di programmazione del Sistema Sociosanitario Regionale.

La rete HTA sviluppa quattro linee principali:

A. La valutazione delle richieste di mini HTA da parte delle Aziende, evase dalla segreteria scientifica. Mediamente pervengono circa 20 richieste/anno.

B. L'analisi delle grandi apparecchiature, che ha permesso lo sviluppo di un percorso iniziato dalla Rete Regionale HTA di individuazione dei criteri per una appropriata allocazione di alcune grandi apparecchiature che ha riguardato inizialmente Acceleratori Lineari, TC, Risonanze Magnetiche, Ecografi, Mammografi e VABB, e le apparecchiature angiografiche digitali. La definizione di obsolescenza è stata declinata nelle sue componenti tecnica, funzionale ed economica.

C. Il fabbisogno regionale. E' stato analizzato il fabbisogno di grandi apparecchiature per gli anni 2016-2017-2018. Tale percorso deve essere consolidato, formalizzato e portato a termine con l'espletamento delle gare regionali necessarie.

D. Collaborazione con la Centrale Regionale per gli Acquisti (CRA). La rete ligure HTA coadiuva la CRA esprimendosi, dopo dialogo tecnico, in merito alla richiesta, da parte delle commissioni, di inserire lotti "in esclusiva" all'interno di gare regionali

Le azioni di implementazione previste riguardano in particolare (i) le risorse umane afferenti alla segreteria scientifica al fine di analizzare e rispondere tempestivamente e con competenza alle richieste mini-HTA pervenute, (ii) un'attenta e sistematica valutazione del fabbisogno di grandi apparecchiature e le relative strategie di acquisizione e (iii) azioni di sensibilizzazione e formazione rivolte alle aziende sanitarie in materia di HTA.



L'assistenza specialistica territoriale

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale Territoriale comprende le prestazioni sanitarie erogate a livello ambulatoriale e inserite dal DPCM avente ad oggetto i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 12/01/2017 (Pubblicato in G.U. n°65 del 18/03/2017) nell'Area delle attività distrettuali.

Le attività di specialistica territoriale sono in gran parte svolte all'interno delle strutture poliambulatoriali distrettuali dove sono presenti, in modo differenziato, tutte le branche specialistiche.

Il tema della specialistica territoriale non può essere analizzato senza correlarlo ad altre tematiche fondamentali nell'assistenza territoriale, come quelle dei tempi di attesa, delle prenotazioni CUP, dei LEA e, soprattutto, del modello di organizzazione distrettuale.

Nella Regione Liguria, l'assistenza specialistica territoriale è, nella maggior parte dei casi, erogata da medici specialisti con contratto SUMAI, quindi con rapporto di lavoro convenzionato con quantità di ore variabile in relazione al fabbisogno stabilito dall'Azienda. I medici SUMAI che operano presso le strutture delle AA.SS.LL. liguri sono circa 450.

A questi occorre aggiungere il personale di supporto infermieristico e ausiliario che opera nei poliambulatori territoriali.

E' necessario rilevare che parte del personale medico operante con contratto SUMAI si trova nella fascia d'età 64-70 anni, quindi vicino al pensionamento. Soprattutto nelle branche ortopedia e ginecologia si verifica questa situazione, che sommata alla difficoltà di reperire questi specialisti sul mercato, determina carenze che provocano criticità legate alle sostituzioni degli stessi con ricadute sui tempi d'attesa. Criticità determinate anche dalle norme presenti nel contratto SUMAI, che non agevolano la sostituzione dello specialista per assenza improvvisa (Legge 104, formazione, malattia ecc.).

Un altro elemento da considerare nell'affrontare le tematiche relative a questo personale è di tipo gestionale. Non esiste un modello unico tra tutte le AA.SS.LL. liguri nel definire da quale struttura debbano essere "governati". In alcune realtà hanno un riferimento nel Dipartimento Aziendale specifico, ma nella gran parte non hanno una struttura di "appartenenza" tecnico-scientifica.

La non "appartenenza" ad una precisa struttura tecnico-scientifica non facilita la partecipazione e l'integrazione a processi complessi come i percorsi per la cronicità, in cui è indispensabile l'apporto di questi professionisti a livello territoriale.

Se da una parte è dunque necessario un preciso riferimento tecnico-scientifico di questi professionisti ad una struttura, sia questa un Dipartimento o una struttura complessa, dall'altra occorre che tutta l'attività clinica sia sottoposta al governo dell'organizzazione distrettuale, che deve verificare i fabbisogni del proprio territorio, i tempi d'attesa, la maggiore o minore saturazione delle singole agende, le carenze o i surplus di personale medico ed infermieristico, programmando così gli interventi necessari.

Negli ultimi anni si è rilevato una costante diminuzione della produttività nelle strutture ambulatoriali territoriali di tutta la regione Liguria.



Ciò può essere imputato a vari fattori:

- Un maggior ricorso da parte dei cittadini all'assistenza privata, in quanto si è registrato l'arrivo sul mercato sanitario di molti gestori privati.
- Offerta da parte dei gestori privati di prestazioni allo stesso costo di quelle erogate dal pubblico.
- Minor tempo d'attesa nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali territoriali da parte dei gestori privati.

Nonostante ciò, permangono criticità nei tempi d'attesa, soprattutto in branche specialistiche come cardiologia, oculistica, ortopedia e nella diagnostica per immagini.

Direttamente correlata a queste tematiche è la qualità delle strumentazioni utilizzate negli ambulatori specialistici distrettuali. Spesso risultano obsolete e necessitano di continua manutenzione, non fornendo prestazioni appropriate. Ciò a volte determina un'interruzione nell'erogazione delle prestazioni che va ad aggravare i tempi d'attesa. E' necessario un continuo monitoraggio da parte dell'Azienda sullo stato delle dotazioni strumentali della specialistica ambulatoriale che permetta di attuare i necessari interventi al fine di evitare criticità nelle risposte al cittadino.

La previsione di un sempre maggiore passaggio di prestazioni sanitarie dal regime ospedaliero o Day-Hospital a quello ambulatoriale (come previsto dal Decreto sui nuovi LEA) impone ad ogni Azienda un'attenta programmazione che, partendo da un'analisi dei bisogni di quel territorio (ad esempio attraverso il PAT), arrivi a determinare il fabbisogno di professionisti e strumentazioni.

Maggiore attenzione va posta anche sul processo di chiusura/apertura delle agende di prenotazione e saturazione delle stesse. La normativa impone di non chiudere mai le agende (salvo giustificato motivo che deve essere comunicato), ma occorre monitorare costantemente l'attività (soprattutto da parte dei Distretti), al fine di evitare chiusure inappropriate; stessa cosa dicasi per la saturazione delle agende.

L'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Specialistica Convenzionata prevede un'organizzazione della specialistica territoriale centrato sulle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) come per la Medicina Generale. Ipotizzando che per ogni distretto sia possibile individuare una o due AFT della specialistica con relativo responsabile (come prevede l'accordo nazionale), questa diventa il riferimento per le AFT della Medicina Generale di quel territorio.

Tale prospettiva organizzativa potrebbe permettere di superare alcune criticità esposte precedentemente, come ad esempio:

Maggiore comunicazione con la Medicina Generale nella presa in carico del paziente;

Integrazione nei processi complessi come i PDTA con ruoli di responsabilità;

Inserimento fattivo nell'organizzazione territoriale con superamento di un ruolo solo "consulenziale"

Tutto ciò attraverso un'azione governata dall'organizzazione distrettuale. L'inserimento del Medico specialista ambulatoriale in processi di maggiore integrazione permette anche di



programmare a livello regionale con più appropriatezza le caratteristiche e i percorsi da garantire nelle case della salute.

GLI OBIETTIVI SPECIFICI E LA COERENZA INTERNA DEL PROGRAMMA

Per quanto riguarda gli obiettivi specifici e la coerenza interna del Programma, si rimanda ai seguenti allegati:

- Piano Operativo Regionale (POR) allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per l'attuazione del PNRR sottoscritto dal Presidente della Regione Liguria e il Ministro della Salute in data 31 maggio 2022;
- Deliberazione della Giunta regionale n. 1223 del 06/12/2022 ad oggetto Approvazione del documento "Programmazione regionale della Rete Territoriale ai sensi del DM77/2022".



1.5 IL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE DI RIFERIMENTO

- **Normativa nazionale** -

D.Lgs. n. 502/1992 modificato dal D.Lgs. n. 229/1999

L'art. 5 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, dispone che il Ministero della sanità di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possa stipulare accordi di programma con le regioni per la realizzazione di interventi previsti dall'art. 20 della legge n. 67/1988.

Accordo Stato-Regioni del 19 dicembre 2002

Accordo sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità.

Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2004

L'art. 10 dell'intesa (in attuazione dell'art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004) stabilisce la destinazione di almeno il 15% delle risorse finanziarie ex art 20 al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.

Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005

In particolare l'art. 4 sub a) dispone che le Regioni adeguino le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici, prevedendo uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie (considerate le condizioni demografiche e orografiche della Liguria è compatibile una maggiorazione del 5% applicabile allo standard per ricoveri di acuti).

Decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 2006

Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008.

Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006

Nuovo Patto sulla salute, in particolare:

il punto 1.4 in aggiunta agli adempimenti previsti dal nuovo accordo vengono confermati gli adempimenti regionali previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005,

il punto 4.6 in forza del quale al fine di promuovere adeguati processi di qualificazione della rete ospedaliera, con intesa Stato-Regioni, da stipularsi, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 311 verranno definiti indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera finalizzata anche al recupero di maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse nelle regioni con rilevanti difficoltà finanziarie, ad integrazione e supporto dei singoli Piani di rientro.

Legge 27 dicembre 2006, n. 296, legge finanziaria 2007

In particolare, l'articolo 1, comma 796, lettera b) e lettera n).



Legge 24 dicembre 2007, n. 244 , legge finanziaria 2008

Decreto Legge n. 159/2007 (collegato alla legge finanziaria 2008)

In particolare l'articolo 4 individua la procedura per quelle Regioni che non rispettino gli adempimenti previsti nei Piani di Rientro a cui sono soggette.

Accordo Stato-Regioni del 28 febbraio 2008

Modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità attraverso gli Accordi di Programma, di cui all'art. 5 bis del D.Lgs 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni.

Regolamento (UE) 2020/2094 del Consiglio del 14 dicembre 2020, che istituisce uno strumento dell'Unione europea NextGeneration EU, a sostegno della ripresa dell'economia dopo la crisi pandemica da COVID-19.

Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, che, al fine di fronteggiare l'impatto economico e sociale della pandemia da COVID-19, istituisce il Dispositivo per la ripresa e la resilienza, principale componente del NextGeneration EU, ed in particolare gli artt. 17 e 18 con i quali si richiede agli Stati membri di presentare un piano di investimenti e riforme (Piano nazionale di ripresa e resilienza, di seguito «PNRR»).

Legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato) e, in particolare, l'art. 20.

D.P.R. 14 gennaio 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private).

Legge 23 dicembre 1998, n. 448 (Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo) e, in particolare, l'art. 71.

Decreto ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera).

Legge 30 dicembre 2020, n. 178 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023).

Decreto legge 17 maggio 2022, n. 50 (Misure urgenti in materia di politiche energetiche nazionali, produttività delle imprese e attrazione degli investimenti, nonché in materia di politiche sociali e di crisi ucraina).

DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale)



Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" che riguarda la definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR.

Decreto legislativo n.36 del 31 marzo 2023 "Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici".

- **Normativa regionale** -

Legge regionale n. 20/1995 modificata dalla l. r. n. 28/2003

Norme per l'attuazione dei programmi di investimento in sanità per l'ammodernamento del patrimonio immobiliare e tecnologico (istituisce del Nucleo regionale di valutazione degli investimenti in sanità).

Legge regionale n. 20/1999

Disciplina le procedure per l'autorizzazione al funzionamento dei presidi sanitari, socio-sanitari e sociali, e ne definisce le modalità per l'accreditamento.

Deliberazione della Giunta regionale n. 1765/2005

Disposizioni che disciplinano le procedure di valutazione del nucleo regionale sull'edilizia sanitaria ai sensi della l. r. 04.11.2003, art. 5, comma 3.

Deliberazione del Consiglio regionale n. 29 del 08/08/2006

Approva il piano di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza e le linee di indirizzo, i criteri, le modalità ed i termini di realizzazione.

Legge regionale n. 41/2006

Delinea il quadro istituzionale ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale.

Deliberazione della Giunta regionale n. 763/2007

Approva il documento relativo al "Quadro di riferimento, percorso e termini per la definizione del processo di riorganizzazione della rete di cura e di assistenza".

Deliberazione del Consiglio regionale n. 34 del 01.08.2007

Approva il programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale e l'aggiornamento dell'elenco degli interventi da inserire nell'Accordo di Programma Regione-Governo anno 2007.

Deliberazione del Consiglio regionale n. 35/2007

Approva il Piano sociale integrato regionale anni 2007/2010 ai sensi della legge regionale n. 12/2006.

Deliberazione del Consiglio regionale n. 8/2008



Approva lo “Stralcio del Piano sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza – Accorpamento e nuova definizione di alcune aziende sanitarie”.

Deliberazione del Consiglio regionale n. 6/2009

Approva la “Prosecuzione del Programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 legge 11 marzo 1988, n.67 – Interventi da inserire nell’Accordo di Programma Regione-Governo anno 2009”.

Deliberazione della Giunta regionale n. 775/2009

Approva “Adeguamento del programma degli investimenti di cui alla dCr n. 6/2009 alle richieste del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e del Ministero dell’economia e delle finanze”.

Deliberazione del 27 dicembre 2017, n. 8 il Consiglio della Regione Liguria ha approvato lo “Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2017/2019”

Legge regionale 5 aprile 1995, n. 20 (Norme per l'attuazione dei programmi di investimento in sanità per l'ammodernamento del patrimonio immobiliare e tecnologico) e ss.mm.ii..

Legge regionale 11 marzo 2008, n. 5 (Disciplina delle attività contrattuali in attuazione del decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163 codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture e successive modificazioni e integrazioni) e ss.mm.ii.

Legge regionale 12 aprile 2011, n. 6 (Riorganizzazione delle partecipazioni societarie in materia di Infrastrutture, Energia ed Edilizia residenziale pubblica).

La legge regionale 29 dicembre 2021, n. 23 (Bilancio di previsione delle Regione Liguria per gli anni finanziari 2022-2024).

Deliberazione della Giunta regionale n. 944 del 16/11/2018 (Approvazione dei documenti in materia di autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali: requisiti e procedure per l’autorizzazione);

Deliberazione della Giunta regionale n. 169 del 08/03/2022, ad oggetto “PNRR Missione 6 – Programma interventi M6C1 1.1 Case della Comunità - M6C1 1.2.2 Centrali Operative Territoriali - M6C1 1.3 Ospedali della Comunità - M6C2 1.1 Ammodernamento tecnologico e digitale ospedaliero - M6C2 1.2 Antisismica”.

Deliberazione della Giunta regionale n. 350 del 21/04/2022, ad oggetto “PNRR - MISSIONE 6 SALUTE - APPROVAZIONE PIANO OPERATIVO REGIONALE (POR).

Deliberazione della Giunta regionale n. 467 del 26/05/2022, ad oggetto PNRR - MISSIONE 6 SALUTE – APPROVAZIONE CONTRATTO ISTITUZIONALE DI SVILUPPO (CIS).



Deliberazione della Giunta regionale n. 1223-2022 del 06/12/2022 ad oggetto Approvazione del documento “Programmazione regionale della Rete Territoriale ai sensi del DM77/2022”.



2. ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA AI SENSI DEL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2017-2019 E AI SENSI DEL PIANO OPERATIVO COVID ANNO 2020 DI CUI ALLA DELIBERAZIONE DI GIUNTA NR. 1113 DEL 23.12.2020 – RISPOSTENZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI

2.1 IL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE: PRINCIPALI E STRUTTURA

Il piano sociosanitario regionale 2017-2019 (PSR 2017-19) è l'ultimo documento di programmazione predisposto successivamente alla riconfigurazione dell'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale, disegnata dalle Leggi di riforma nr. 17/2016 e nr. 27/2016.

Il Piano è scaturito dall'analisi delle mutate condizioni socio economiche e demografiche avvenute nel territorio ligure – invecchiamento della popolazione, incremento della fragilità sociosanitaria e della cronicità, riduzione della natalità, impoverimento delle famiglie numerose - e delle criticità legate alla sostenibilità dei sistemi sanitari di tipo universalistico, individuando le risposte di tipo organizzativo, gli obiettivi, le strategie e le azioni che hanno permesso a Regione Liguria di far fronte a tutte le sfide.

Il Piano è stato strutturato evidenziando una idea di welfare improntata sulla libertà di scelta nell'accesso al servizio sanitario, sulla presa in carico globale del cittadino e sulla continuità dei percorsi assistenziali dall'accoglienza all'integrazione tra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale, secondo criteri di uniformità ed equità su tutto il territorio regionale.

Il Piano Sociosanitario Regionale, ha introdotto importanti elementi di novità. In primis, l'introduzione di figure e modelli organizzativi volti al rafforzamento dei percorsi di cura della persona in tutta la sua complessità, in grado di superare la frammentazione del processo di presa in carico, e al potenziamento della governance al fine di garantire l'unitarietà del progetto assistenziale.

Il sistema sanitario disegnato dalle leggi di riforma necessariamente è stato all'uopo predisposto verso due direttrici: da un lato utilizzare nuovi strumenti per il governo della domanda e dei servizi, con l'obiettivo di conciliare la libera scelta individuale e l'appropriatezza erogativa, dovendo spesso adottare scelte di priorità, e dall'altro, ricorrere alla via della razionalizzazione dell'offerta e all'efficientamento del sistema. La costituzione di A.Li.Sa., a cui sono attribuiti compiti di programmazione, coordinamento, indirizzo e controllo della aziende regionali, l'introduzione della figura del Direttore Sociosanitario, regista del rafforzamento dell'attività assistenziale territoriale e delle risposte, necessariamente univoche e unitarie, ai bisogni sociosanitari e di protezione sociale e la creazione dei Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR), strutture orizzontali di governo clinico finalizzate a supportare la programmazione strategica, sono le azioni che hanno permesso di proporre gli strumenti di tipo organizzativo che si muovono in queste direzioni.

La rideterminazione degli assetti organizzativi delle Aziende, concretizzata nel Processo Organizzativo Aziendale (P.O.A.), ha costituito un importante passo verso l'obiettivo della presa in carico globale dell'individuo, garantendo equità e facilità di accesso alle cure, e rappresenta un elemento indispensabile per il governo delle strutture orizzontali ed i percorsi ad elevata integrazione ospedale-territorio.

Un secondo elemento innovativo di grande importanza è stato rappresentato dal disegno di una architettura organizzativa basata su una più spiccata separazione delle attività di programmazione, indirizzo e governance, erogazione e controllo. Centrale è stato ed è ancora oggi il ruolo della programmazione sanitaria e sociosanitaria, driver per il governo della domanda basato sulle evidenze e su una puntuale analisi dei bisogni dei cittadini. Il modello ligure prevede oggi una forte integrazione dell'offerta pubblica con erogatori privati accreditati strettamente vincolata alla programmazione regionale, garantendo la libertà di scelta del cittadino e consentendo di implementare la capacità del sistema sanitario di rispondere ai bisogni della popolazione.



2. 2 COVID -19: SINTESI DI ATTI E AZIONI DI REGIONE LIGURIA NELLA GESTIONE DELLA PANDEMIA MONDIALE

La Regione Liguria in tema Covid 19 ha applicato le seguenti normative nazionali che sono così sintetizzabili:

- le dichiarazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità rispettivamente del 30 gennaio 2020 con la quale l'epidemia da covid-19 è stata valutata come un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale e dell'11 marzo 2020 con la quale la stessa è stata valutata come pandemia in considerazione dei livelli di diffusività e gravità raggiunti a livello globale.
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 31/1/2020 con cui è stato dichiarato per sei mesi - fino al 31/7/2020 – lo stato di emergenza epidemiologica in conseguenza del rischio sanitario connesso al virus COVID-19.
- il decreto legge 30 luglio 2020 n.83 "Misure urgenti connesse con la scadenza della dichiarazione di emergenza epidemiologica da COVID - 19 deliberata il 31 gennaio 2020" convertito con modificazioni dalla L. 25 settembre 2020, n. 124.
- le delibere del Consiglio dei Ministri in data 29 luglio 2020 e 7 ottobre 2020 con le quali è stato prorogato rispettivamente al 15 ottobre 2020 e al 31 gennaio 2021 lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.
- il Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18 recante: "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Proroga dei termini per l'adozione di decreti legislativi." Convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, ed in particolare l'art. 18 comma 1 che dispone che "...Ciascuna regione e provincia autonoma è tenuta a redigere un apposito programma operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19 da approvare da parte del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e da monitorare da parte dei predetti Ministeri congiuntamente."
- il Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34 recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, ed in particolare gli artt. 1 e 2 che dispongono rispettivamente che:

1.

Le regioni adottano i piani di assistenza territoriale, relativi al potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale e contenenti misure per il contenimento ed il monitoraggio del SARSCoV-2, che devono essere recepiti nei programmi operativi richiamati dall'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18;

2.

Le regioni "...al fine di rafforzare strutturalmente il Servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso, garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure...", tali piani devono essere recepiti nei programmi operativi richiamati dall'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18.

- Il Decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia, convertito con modificazioni dalla L. 13 ottobre 2020, n. 126" e, in particolare, l'art. 29 (Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa) che prevede per le Regioni la possibilità di avvalersi di strumenti straordinari - anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa del personale - al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica Covid-19, e contestualmente, allo scopo di ridurre le liste di attesa e che, per l'accesso a tale finanziamento è necessario predisporre un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, con la specificazione dei modelli organizzativi prescelti, dei tempi di realizzazione e della destinazione delle risorse, da sottoporre a monitoraggio da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze, nell'ambito della predisposizione del programma operativo di cui all' art.18 della citata legge 27/20.



Alla luce delle normative in tema di Covid-19 sono state all'uopo predisposte in ambito regionale deliberazioni di giunta e ulteriori documentazioni applicate da tutto il "sistema in senso lato del termine" ai sensi delle deliberazioni di riordino del servizio sanitario regionale ligure (del. Nr. 41/2006) e alla luce dell'istituzione di Alisa con funzioni di programmazione sanitaria e socio-sanitaria, coordinamento, indirizzo e governance (del. 17/2016); le principali sono sintetizzabili come sotto riportato:

- . 500, del 16/6/2020 con la quale è stato approvato, il "Piano per il potenziamento della rete ospedaliera"; nr.
- . 705, del 5/8/2020 con la quale è stato adottato il "Piano di potenziamento dell'assistenza territoriale"; Nr
- . 718, del 5/8/2020, con la quale è stato adottato il "Programma operativo per la gestione emergenza covid-19 anno 2020"; Nr
- . 909, del 10/11/2020, con la quale, tra l'altro, è stato dato mandato ad A.Li.Sa. di trasmettere al Dipartimento Salute e Servizi Sociali le necessarie integrazioni al Piano di potenziamento dell'assistenza territoriale e al Piano di potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19, affinché possano essere approvate dalla Giunta regionale; Nr
- 914, del 10/11/2020, con la quale è stato approvato il "Piano Operativo regionale per il recupero delle liste di attesa" della Regione Liguria. nr.
- . 1113 del 23.12.20 con la quale si è ritenuta la necessità di approvare e adottare la versione aggiornata del "Programma operativo per la gestione emergenza covid-19 anno 2020", con i relativi allegati (Piano potenziamento rete ospedaliera, piano potenziamento assistenza territoriale, piano recupero liste attesa), all'uop elaborato e predisposto da A.Li.Sa. ai sensi della citata normativa; tale programma operativo è stato, ai sensi delle normative nazionali in materia, all'uopo trasmesso al Ministero della Salute e al Ministero dell'economia e delle finanze. Nr

2.3 IL TERRITORIO

Il territorio della Liguria copre un'area di Km² 5.424, ed è una delle regioni europee più densamente popolate con oltre 288 abitanti per Km².

Da un punto di vista amministrativo, la Liguria è suddivisa in 234 comuni, di cui nr. 69 nella provincia di Savona, nr. 67 nella città metropolitana di Genova, nr.66 nella provincia di Imperia e nr. 32 in quella di La Spezia (dati aggiornati al 31.12.2019).

In base alla classificazione sismica attualmente la vigente suddivisione delle zone sismiche in Liguria è definita dalla dgr 216/2017, con l'aggiornamento dato dalla dgr 962/2018 ed è così sintetizzabile:



Zona sismica	Pericolosità sismica
1	Alta
2	Media
3	Bassa
4	Molto bassa

Ai sensi della dgr 962/18 sopra citata non esistono comuni classificati in zona sismica 1; nelle rimanenti zone sismiche la situazione è la seguente:

- Zona 2 media pericolosità (comuni 41)
- Zona 3 Bassa pericolosità (comuni 171)
- Zona 4 Molto bassa pericolosità (comuni 22)

2.4 LA POPOLAZIONE

L'analisi dei dati di popolazione riveste particolare interesse per la programmazione sia dei servizi sanitari che sociosanitari.

Infatti, quale mero esempio è possibile evidenziare che corrisponde una diversa domanda di esistenza in relazione all'età degli assistiti, con conseguente necessità di adattare l'offerta in funzione di adattare la stessa.

Le osservazioni che seguono sono finalizzate allo studio dello scenario grafico, in particolare ai principali effetti sulla salute della popolazione che originano dall' invecchiamento, dal tasso di disoccupazione, dall' istruzione (che comporta effetti sfavorevoli sulla salute fisica e mentale), istruzione (un miglioramento del livello di educazione dovrebbe riflettersi in un miglioramento di quasi tutti indicatori di salute della popolazione), la disarticolazione delle strutture familiari e l'ingresso di nuove popolazione di stranieri immigrati.

Demografia e dinamica della popolazione

La popolazione Ligure al 31/12/2019 risulta pari ad un 1.550.941 di cui 739.157,833 femmine e 803.969,167 maschi; i dati relativi del trend nel corso dell'ultimo quinquennio sono riassumibili nel grafico qui sotto riportato:

Tab. 1 – Trend popolazione ligure 2014-2019

Anno	Popolazione (N.)	Variatione % su anno prec.
2014	1.583.263	-



Anno	Popolazione (N.)	Variazione % su anno prec.
2015	1.571.053	-0,77
2016	1.565.307	-0,37
2017	1.556.981	-0,53
2018	1.550.941	-0,39
2019	1.543.127	-0,50

Variazione % Media Annua (2014/2019): -0,51

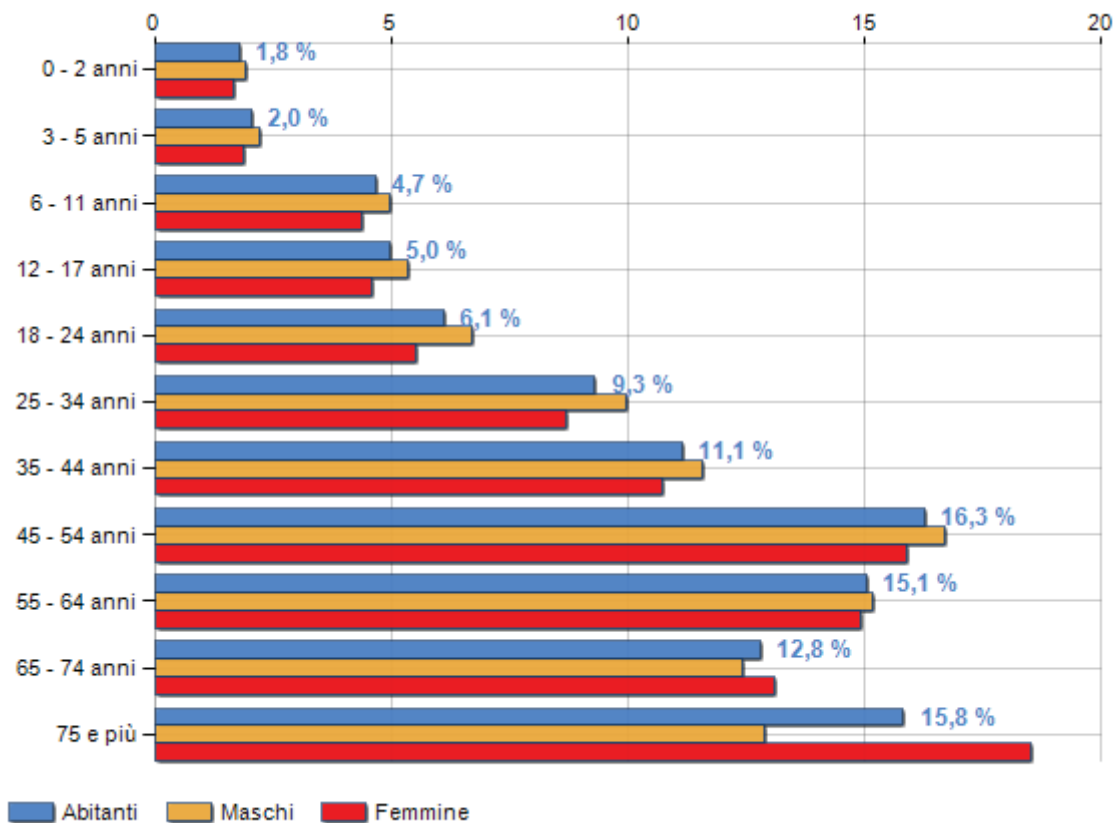
Variazione % Media Annua (2016/2019): -0,47

È della massima importanza sottolineare che la popolazione è tendenzialmente anziana, l'età media risulta di 48,7 anni (la Liguria è al primo posto fra le regioni per età media).

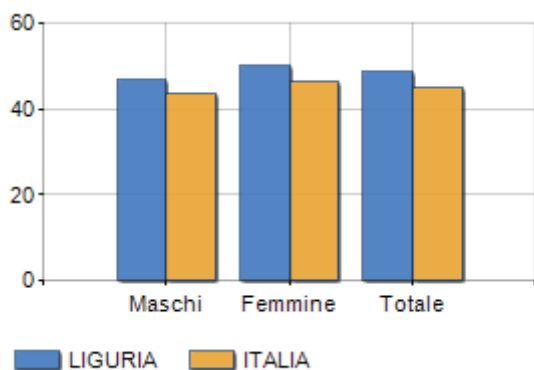
Relativamente all'indice di vecchiaia la Liguria si trova al primo posto su 20 regioni ed è pari a 260.71.

Si riportano nei grafici sottoesposti età media e indice vecchiaia dell'anno 2019

Tab.2- età popolazione suddivisa per sesso e per totale (anno 2019)



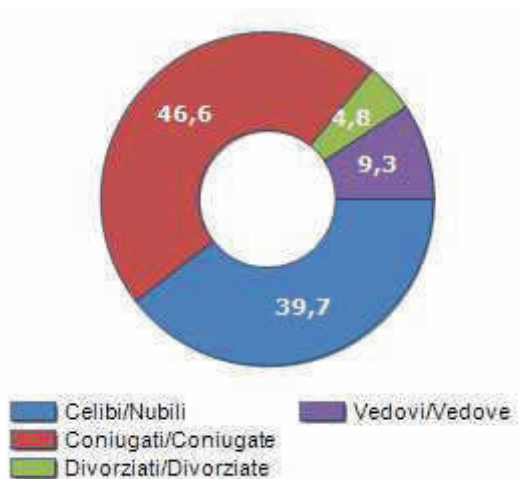
Tab.3-età media popolazione ligure suddiviso per sesso e per totale



Struttura delle famiglie

Relativamente alle strutture delle famiglie della Regione Liguria nell'ultimo quinquennio (2014/2019) e nell'ultimo triennio (2016/2019) si delineano le situazioni riportate nei seguenti grafici:

Tab.4 –popolazione ligure suddivisa graficamente per stato civile anno 2019



Tab.5 - popolazione ligure suddivisa per stato civile anno 2019

Stato Civile	(n.)	%
Celibi	331.681	21,39
Nubili	280.448	18,09
Coniugati	354.906	22,89
Coniugate	364.891	23,53
Divorziati	30.781	1,99
Divorziate	43.912	2,83
Vedovi	24.392	1,57
Vedove	119.629	7,71
Tot. Residenti	1.550.640	100,00

Tab.6 – trend famiglie liguri anni 2014/2019



Anno	Famiglie (N.)	Variazione % su anno prec.	Componenti medi
2014	778.090	-	2,03
2015	773.197	-0,63	2,03
2016	773.209	+0,00	2,02
2017	771.387	-0,24	2,02
2018	769.915	-0,19	2,01
2019	767.728	-0,28	2,01

Variazione % Media Annuale (2014/2019): -0,27

Variazione % Media Annuale (2016/2019): -0,24

La popolazione straniera residente

La popolazione immigrata che nell'anno 2007 rappresentava il 5% della popolazione ligure ha raddoppiato la percentuale alla data del 31/12/2019.

Infatti i dati di sintesi sono così rappresentati:

Tab.7 – popolazione straniera residente Reg. Liguria anno 2019

	(n.)	% su stranieri	% su popolaz.
Totale Stranieri	148.435	100,00	9,62
Stranieri maschi	71.704	48,31	4,65
Stranieri Femmine	76.731	51,69	4,97

La popolazione immigrata ha portato un contributo alla natalità dato dalla affluenza di donne prevalentemente in età fertile (nati anno 2019 1759.00 corrispondenti allo 0.11% sulla popolazione totale)

Proiezioni della popolazione residente

Consentono di valutare le possibilità della struttura dei consumi e sono uno strumento utile alla previsione della spesa sanitaria e della domanda di servizi sanitari.

Le proiezioni ISTAT sotto riportate delineano al 2034 un decremento rispetto ai dati soprariportati in data 31/12/2019, il decremento è pressoché costante sino al 2050.



Tab.8 - Previsioni della popolazione-anni dal 2019 al 2050

ANNO	DATI-SUP.90%
Anno 2034	1477916
Anno 2044	1436184
Anno 2050	1403911

2.5 RILEVAZIONE DELLA POSIZIONE SOCIALE

Occupazione

Esiste una stretta relazione tra stato di salute degli individui e loro posizione nella società. Le statistiche di mortalità e morbosità della popolazione documentano la presenza di un legame stabile tra posizione sociale (espressa dall'occupazione, dall'istruzione e dal reddito) e stato di salute, con un regolare incremento della speranza di vita man mano che ci si sposta verso le classi più alte. La posizione sociale viene interpretata come un indice di status socioeconomico che ne individua contemporaneamente la ricchezza (espressa dal reddito), il prestigio (titolo di studio) ed il potere (occupazione). Relativamente alla tematica occupazione è della massima importanza rilevare che l'eccezionalità del "lockdown", iniziato il 12 marzo 2020, data di entrata in vigore del Dpcm, ed esteso poi a tutto il mese successivo, ha avuto un forte impatto sulle dinamiche del mercato del Lavoro.

I dati del mercato del Lavoro relativi al I trimestre 2020 risentono dei provvedimenti governativi volti a contenere l'emergenza sanitaria causata dal COVID-19. Il Governo italiano, infatti, a partire dall'ultima settimana di febbraio (Decreto legge 23 febbraio 2020 n.6), ha varato in rapida successione una serie di disposizioni sempre più stringenti culminate con il Dpcm dell'11 marzo 2020, che ha stabilito la "chiusura di tutte le attività commerciali, di vendita al dettaglio, ad eccezione dei negozi di generi alimentari, di prima necessità, delle farmacie e delle parafarmacie", misura successivamente prorogata, seppur con qualche deroga per alcuni settori di attività, per tutto il mese di aprile.

Secondo i dati diffusi dall'ISTAT, in Liguria l'occupazione diminuisce dalle 596.121 unità del I trimestre 2019 alle 592.612 unità del I trimestre 2020 (-0,6%).

I liguri che durante il lockdown, hanno avuto almeno una comunicazione di avviamento sono 9.951, in diminuzione del 73,4% (-27.433 unità) rispetto allo stesso periodo dello scorso anno. Il 50,9% degli avviati sono donne, tra di esse prevale la classe di età 55 e oltre (18,8%). Gli uomini sono il 49,1% e in prevalenza hanno tra i 25 e i 29 anni (15,2%).

Il tasso di occupazione ligure rimane stabile al 61,7%. L'andamento dell'occupazione ligure si caratterizza per una flessione degli uomini occupati (-1,8%, -5.895 unità) e un incremento dell'occupazione femminile (+0,9%, +2.393 unità); una contrazione del lavoro indipendente (-5%, -7.719 unità) che riguarda entrambe le componenti di genere; una crescita del lavoro alle dipendenze (+1%, +4.217 unità) che coinvolge esclusivamente le donne (+3,7%, +7.728 unità).

Nel I trimestre 2020 gli uomini rappresentano il 53,7% degli avviati. A livello complessivo le classi di età più numerose si confermano la 25-29 anni (15,3%) e la 20-24 anni (15,1%). La contrazione, rispetto allo scorso anno, non risparmia nessuna fascia di età anche se quella meno colpita sembra essere la classe 55 e oltre che diminuisce "solo" del 3,6% (-243 unità).

In Liguria i disoccupati diminuiscono dalle 80.060 unità del I trimestre 2019 alle 66.786 del I trimestre 2020 (-16,6%). La marcata flessione della disoccupazione riguarda tutto il territorio nazionale (-21,3% nel Nord Ovest e -16,3% in Italia) ed è conseguente alle limitazioni imposte dal lockdown che hanno reso difficile la ricerca di lavoro per la chiusura di molti settori produttivi e per la restrizione degli spostamenti.

Il tasso di disoccupazione ligure è sceso dall'11,8% del I trimestre 2019 al 10,1% del I trimestre 2020. La disoccupazione ligure si caratterizza per la forte diminuzione della componente femminile (-21,6%, -10.207) rispetto a quella maschile (-9,3%, -3.066). Il lockdown da questo punto di vista ha reso ancora più marcati gli

squilibri di genere, con il massiccio coinvolgimento delle donne nell'accudimento dei figli a seguito della chiusura delle scuole e degli asili.

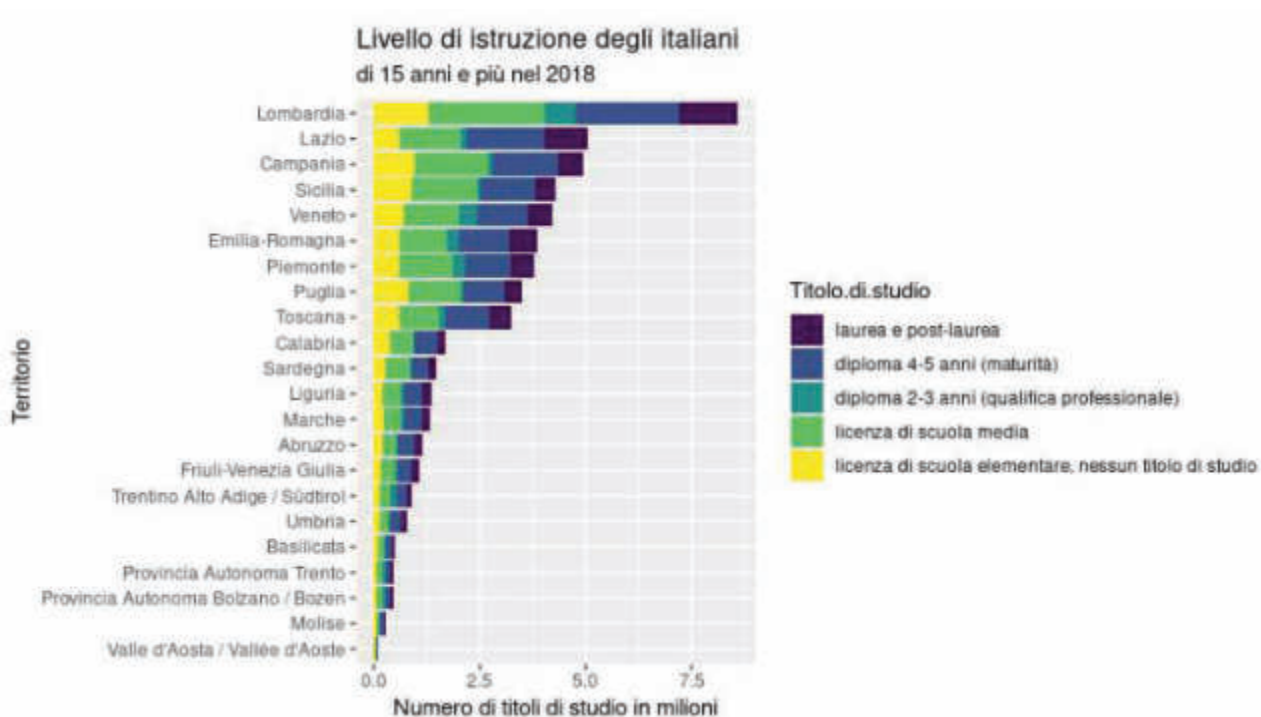
Riguardo alle forme contrattuali utilizzate, prevale il tempo determinato (50,3%), seguito dal tempo indeterminato (25,6%) e dal lavoro flessibile (20,5%) che comprende: lavoro in somministrazione, collaborazioni, lavoro intermittente. Su 2.044 lavoratori avviati con contratti flessibili, la metà ha un contratto di somministrazione.

Istruzione

Il livello di istruzione favorisce l'accesso all'interno del mercato del lavoro e l'occupazione determina a sua volta la classe di reddito di ciascun individuo. Il reddito vincola le condizioni di esistenza (alimentazione, abitazione, ecc.), l'accesso alle cure mediche, la possibilità di investire sulla propria salute, mentre l'istruzione influenza positivamente la capacità di investire nella promozione di stili di vita salutari e nel contenimento di comportamenti insalubri (fumo, alcol, ecc.).

Si rileva che il livello d'istruzione dei cittadini liguri di 15 anni e più nell'anno 2018 rispetto alla situazione nazionale è rappresentata nel sotto riportato grafico:

Tab.8 – livello di istruzione Italia/Liguria suddivisa per età



Dal sopra riportato grafico si riscontra nella regione Liguria una forte percentuale di diplomati, in particolar modo con maturità "vecchio regime" e una media percentuale di licenza media e laureati mentre si riscontra una bassa percentuale di scuola elementare/nessun titolo di studio.

Fasce di reddito e povertà

Nell'analisi del tessuto economico regionale, particolare attenzione va prestata alle condizioni economiche delle famiglie. Se gli indicatori di povertà identificano le casistiche più gravi, ulteriori dati statistici disponibili, come la fonte principale del reddito familiare e il numero dei componenti occupati, consentono di individuare eventuali situazioni di fragilità economica. In Liguria (anno 2018) i valori degli indicatori di povertà sono relativamente inferiori a quelli nazionali; l'incidenza della povertà relativa familiare nella regione è del 7,3 per cento contro l'11,8 per cento dell'intero Paese; l'incidenza della povertà relativa individuale è anch'essa al di sotto del valore nazionale (9,9 per cento contro il 15 per cento). Differenze rispetto alla media nazionale si riscontrano anche per quanto riguarda la fonte principale di reddito, con una minore incidenza del lavoro dipendente (oltre -5 punti percentuali) bilanciata da una maggiore incidenza dei trasferimenti pubblici (+3 punti percentuali). L'analisi della condizione occupazionale evidenzia che in quasi metà delle famiglie considerate lavora soltanto un componente, livello lievemente superiore al dato nazionale (49,8 per cento contro 47,1 per cento).

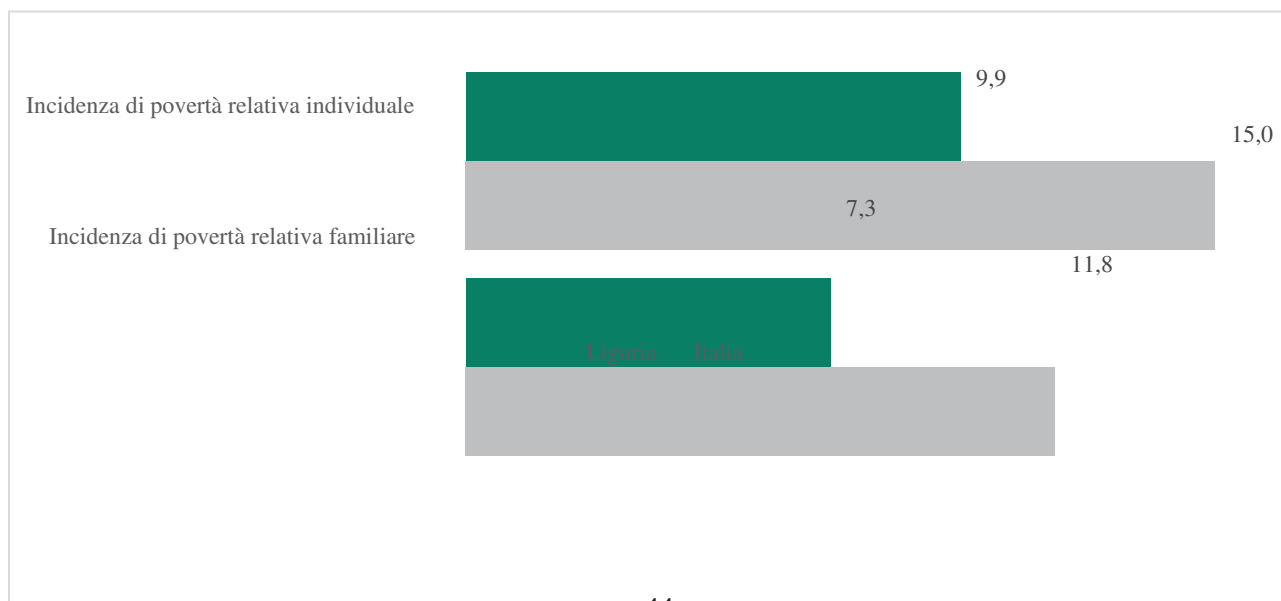
Sono riportati nelle tabelle sotto esposte indicatori/statistiche aggiornate relativi al tema di che trattasi.

Tab.9 - Indicatori di povertà relativa. Liguria e Italia. Anno 2018 (valori percentuali)

Indicatore	Liguria	Italia
Incidenza di povertà relativa individuale	9,9	15,0
Incidenza di povertà relativa familiare	7,3	11,8

Fonte: Istat, Indagine sul reddito e condizioni di vita

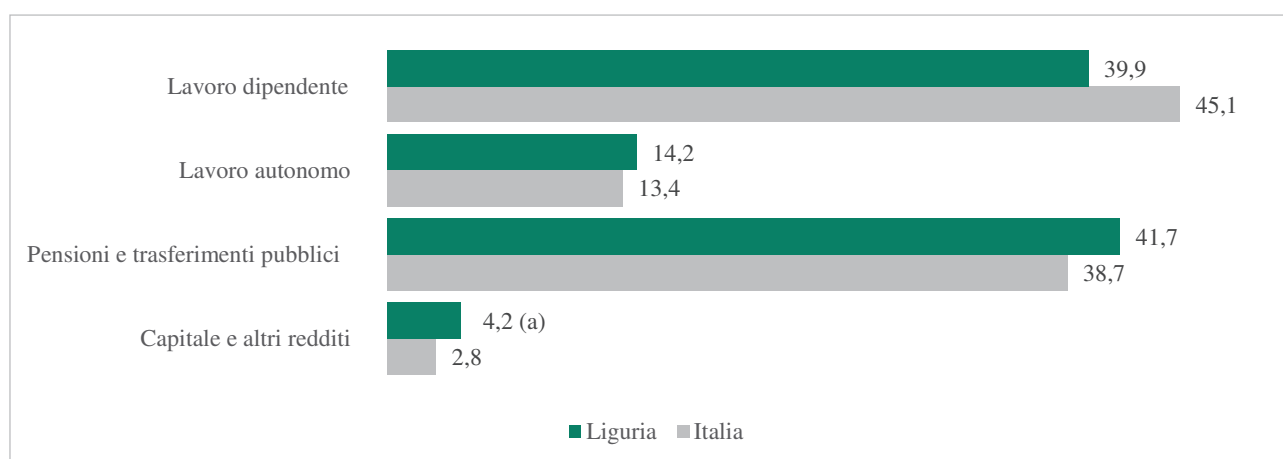
Tab. 10 - Indicatori di povertà relativa. Liguria e Italia. Anno 2018 (valori percentuali)



Tab.11 - Famiglie per fonte principale di reddito. Liguria e Italia. Anno 2017 (composizione percentuale)

Fonte principale di reddito	Liguria	Italia
Lavoro dipendente	39,9	45,1
Lavoro autonomo	14,2	13,4
Pensioni e trasferimenti pubblici	41,7	38,7
Capitale e altri redditi	(a) 4,2	2,8
Totale	100,0	100,0

Tab.12 - Famiglie per fonte principale di reddito. Liguria e Italia. Anno 2017 (composizione percentuale)



Tab.13 - Famiglie con almeno un componente in età da 15 a 64 anni per condizione occupazionale e appartenenza alle forze di lavoro. Liguria e Italia. Anno 2019 (valori in migliaia e composizione percentuale)

Tipologia percentuale	Valori in migliaia		Composizione	
	Liguria	Italia	Liguria	Italia
Totale famiglie	506	18.854	100,0	100,0
Occupazione dei componenti				
Due o più componenti occupati	162	6.515	32,0	34,6
Un componente occupato	252	8.876	49,8	47,1
Senza occupati	92	3.464	18,1	18,4

[Appartenenza alle forze di lavoro \(a\)](#)

2.6 CONDIZIONI DI SALUTE

Il paragrafo 2.6 prende in considerazione i sottoelencati punti al fine di delineare un quadro sintetico delle condizioni di salute in Regione Liguria come di seguito elencati:

Speranza di vita

La popolazione ligure (come gran parte di quella del nord Italia) ha un'aspettativa di vita superiore alla media nazionale, attestandosi poco di sopra degli anni 82.

Il dato emerge da uno studio condotto dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute, con sede all'Università Cattolica del Sacro Cuore, che analizzando i dati Istat e quelli del sistema sanitario nazionale dal 2005 al 2016 ha evidenziato che in Liguria l'aspettativa di vita media è di 82,7 con La Spezia capofila per quanto riguarda i residenti più longevi.

Mortalità in Liguria

Nella sotto riportata tabella si evidenzia la mortalità dell'ultimo quadriennio (fonte Istat) che confrontata al dato nazionale 2019 è di poco superiore vista l'alta percentuale di persone anziane nel territorio ligure.

Tab.14 - Mortalità in regione Liguria anni 2016-2019

Provincia/Regione	Quoziente di mortalità (per mille)			
	2016	2017	2018	2019
Imperia	12,9	13,8	14,3	13,4
Savona	13,5	14,5	14,6	13,9
Genova	13,5	14,3	14,3	14,0
La Spezia	12,8	13,6	13,9	13,3
Liguria	13,3	14,2	14,3	13,8

Salute e disabilità

- La gestione della cronicità e della fragilità

La risposta alla cronicità rappresenta una delle grandi sfide cui il Sistema Sociosanitario Regionale è stato chiamato a rispondere negli ultimi anni sia in tema di qualità di offerta ai bisogni del cittadino, sia in termini di sostenibilità di sistema. Le risorse assorbite dalla cronicità e dalle condizioni di fragilità sono in costante aumento, sia per fattori i demo-epidemiologici sopra evidenziati, sia per le sempre migliori performance sanitarie del percorso del paziente cronico - la diagnosi di malattia in fase precoce, la migliore gestione delle complicanze e la disponibilità di tecnologie e di terapie innovative ad elevato costo -, che hanno portato all'aumento della prevalenza di pazienti con bisogni assistenziali complessi. La risposta ad un quadro così complesso ha imposto la progettazione e la



conseguente applicazione di nuovi modelli di management della cronicità per un adeguamento delle risposte sul piano clinico e organizzativo-gestionale e la necessità di una revisione critica dei percorsi assistenziali esistenti.

Esperienze internazionali e nazionali hanno evidenziato come la cronicità richieda modalità di intervento specifiche che garantiscano continuità delle cure attraverso l'integrazione della rete dei servizi sanitari e sociosanitari, e la personalizzazione dei percorsi di cura, in relazione alla complessità e ai bisogni individuali.

Il radicale cambiamento di approccio deve prevedere azioni ed interventi in tutte le fasi sia del management di popolazione (Population Health Management), sia del percorso del paziente cronico.

La definizione del bisogno del paziente cronico non ha potuto prescindere dalla definizione del quadro epidemiologico e dalle previsioni di impatto di tali tipologie di pazienti nei prossimi anni. A.Li.Sa. ha proceduto a raffinare alcuni strumenti informativi già in uso in Liguria e attivi in altre Regioni, come la Banca Dati Assistiti (BDA), per l'identificazione dei pazienti cronici e la loro classificazione in relazione alla severità clinica, al fine di orientare l'erogazione dei servizi in base alle effettive necessità assistenziali, di definire e monitorare in modo chiaro i percorsi dei pazienti. A tal proposito occorre evidenziare che il sistema informativo regionale è continuamente impegnato nell'ulteriore sviluppo di indicatori volti ad esplorare le dimensioni non solo della complessità medica, ma anche della disabilità e della vulnerabilità ed eventualmente di altri fattori che definiscono la fragilità.

- Il concetto di "presa in carico"

E' della massima importanza evidenziare che parlare di disabilità significa conseguentemente parlare, anche sinteticamente, di "presa in carico" e di continuità del percorso del paziente.

Il concetto di presa in carico proposto da Regione Liguria nell'ultimo Psr e attuato supera l'accezione tipica del mondo anglosassone, in cui i termini "admission" (ammissione, accettazione) e taking charge (presa in carico) utilizzati, rispettivamente, in ambito ospedaliero e territoriale mantengono una prerogativa amministrativa e di controllo.

La presa in carico globale ed integrata, che il modello ligure ha attuato, rappresenta da un lato un cambiamento di approccio focalizzato ai bisogni del cittadino e del paziente con conseguenziale partecipazione dei medesimi alle decisioni assistenziali, dall'altro lato racchiude in se' connotazioni di tipo organizzativo con una profonda trasformazione delle relazioni sistemiche fra strutture e attori.

La presenza in Liguria di un unico Assessorato che ricomprende al proprio interno sia la delega alla sanità che ai servizi sociali, garantisce quell'integrazione istituzionale che costituisce la premessa imprescindibile per l'unicità di governo tra sistema sociale e sanitario, e che consente di migliorare l'efficacia degli interventi e moltiplicare gli effetti della spesa pubblica per la salute della popolazione.

L'aspetto centrale del processo risiede nella tutela della continuità del percorso di cura e "di prendersi cura" in un contesto di condivisione di informazioni e di responsabilità orientato alla cura globale, attraverso i livelli di assistenza all'uopo previsti nell'ambito di modelli creati con tale finalità. La risposta organizzativa conseguentemente si basa sul potenziamento dei processi orizzontali tra diverse strutture, e livelli di erogazione atti a garantire alla persona la necessaria integrazione e continuità di cura.

La presa in carico si articola in un percorso che ha il suo inizio nel momento dell'accoglienza che si declina, in ambito sanitario, non solo nell'individuazione della struttura ma anche del soggetto relazionale (medico tutor, infermiere di processo) che è garante del percorso e della sua continuità. In quest'ambito, abbiamo assistito in regione Liguria ad un processo di riorganizzazione della modalità di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali di primo e secondo livello volto a garantire la massima trasparenza e la presa in carico diagnostico-terapeutica.

Nel percorso verso una sempre maggiore integrazione della presa in carico globale del paziente, è stato potenziato il modello rappresentato dalle Casa della Salute, punto di incontro della risposta sanitaria e sociosanitaria ai bisogni dei cittadini. In tale contesto avviene l'integrazione delle attività distrettuali - specialistica ambulatoriale, punti prelievo, prenotazione CUP, diagnostica di base, riabilitazione, servizio di continuità assistenziale, ecc. -, delle cure primarie e di prevenzione.

Per quanto riguarda i bisogni sociosanitari, l'accoglienza implica l'attivazione dei Punti Unici di Accesso (PUA) a livello distrettuale, la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno e conseguentemente l'articolazione di pacchetti assistenziali.



Elemento cardine del processo è il “passaggio in carico” del paziente da un setting all’altro. Il potenziamento, ad esempio, dell’attività di pianificazione della dimissione ospedaliera e dell’interazione con i servizi territoriali per garantire la continuità assistenziale, favorendo partnership tra famiglia e caregiver, è una delle azioni-chiave per l’implementazione della presa in carico del percorso ospedale-territorio.

La regia del percorso ha assunto un rilievo centrale dovendo garantire il dialogo ed il coordinamento fra gli attori del sistema - ASL, Comuni, medicina generale, medicina ospedaliera e specialistica - e non può prescindere dall’attività di monitoraggio della qualità e degli esiti conseguiti. La sinergia tra attività di coordinamento, controllo, e sistemi informativi assume pertanto particolare rilevanza, sia in considerazione della necessità di informazioni inerenti i bisogni di salute della popolazione, le fasi del processo erogativo nell’ambito dei percorsi di cura, e la valutazione degli out come, sia in considerazione della mobilità extra-aziendale degli assistiti.

In particolare, le attività dei sistemi informativi nell’ambito della presa in carico del paziente e del governo dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali (PDTA) hanno permesso di raggiungere risultati strategici rilevanti per quanto in argomento trattato così sinteticamente riassumibili:

- implementazione del nuovo sistema unico di prenotazione (CUP), analisi dell’impatto sanitario ed economico delle patologie croniche e dei profili di rischio dei soggetti residenti in Liguria per la corretta valutazione dei bisogni di salute e il disegno di percorsi assistenziali appropriati attraverso il flusso della BDA;
- gestione operativa del workflow dei PDTA e dei Programmi Assistenziali Individualizzati (PAI), al fine di monitorare in tempo reale gli accessi degli assistiti, le prestazioni erogate, le prenotazioni delle visite successive;
- integrazione in tempo reale dei dati ottenuti attraverso i flussi informativi routinari (i.e. specialistica ambulatoriale, farmaceutica, etc.), nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e nelle cartelle cliniche informatizzate nelle varie fasi in cui si sviluppa il percorso.

- Disabilità e non autosufficienza

L’assistenza alle persone disabili e anziane non autosufficienti ha subito, come sopra evidenziato, negli ultimi tempi un’evoluzione che si è concretizzata nel passaggio dal “curare” al “prendersi cura” della persona, nella complessità e globalità dei suoi bisogni, con un’attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto sociale di riferimento. In quest’ottica si parla di assistenza integrata sociosanitaria per indicare l’insieme degli interventi rivolti alle persone che presentano gravi difficoltà a interagire con il proprio ambiente a causa della perdita permanente, totale o parziale, delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive o relazionali, necessarie a svolgere le azioni essenziali della vita quotidiana senza l’aiuto di altri.

In quest’ambito la peculiarità consiste nelle cure di lungo periodo (Long Term Care LTC) caratterizzate dalla durata nel tempo del bisogno di cura che implica la modifica dell’organizzazione di vita della persona stessa e della sua famiglia e in cui non è possibile scindere la componente sociale da quella sanitaria degli interventi messi in atto. Tale percorso di presa in carico di lungo periodo non può prescindere dalla presenza della famiglia o di altre reti informali in grado di garantire sostegno, adeguata disponibilità di presenza e comfort ambientale al domicilio in modo tale da creare le condizioni per gli interventi sanitari, quali ad esempio le Cure Domiciliari, e sociali finalizzati a specifici obiettivi di salute e assistenza.

Nell’ambito della Long Term Care, si collocano a pieno titolo le misure sociosanitarie finalizzate al mantenimento a casa delle persone disabili e degli anziani non autosufficienti finanziate con il FNNA. Rientrano in questa categoria i Progetti di vita indipendente per l’inclusione sociale, nonché gli assegni di cura per disabili gravi e gravissimi assistiti a domicilio da personale assistenziale e/o educativo assunto dalla famiglia per integrare la propria rete assistenziale.

Laddove la persona sia in grado di autodeterminarsi, le è garantita la libertà di scelta, su base di uguaglianza con gli altri, delle forme e delle modalità di fruizione dei servizi attivabili a fronte del progetto individualizzato di assistenza. Quest’ultimo viene redatto con la diretta partecipazione del destinatario e/o della sua famiglia e comprende l’articolazione degli interventi sia sociali che sanitari nonché gli obiettivi di salute e assistenza che si intendono perseguire.

Tra le misure sociosanitarie finalizzate al mantenimento a casa meritano un’attenzione particolare i Progetti di Vita Indipendente e gli interventi per le Gravissime Disabilità.

L’introduzione delle nuove misure assistenziali di mantenimento a casa delle persone disabili e anziane non autosufficienti combinata con le trasformazioni epidemiologiche e socioeconomiche della popolazione, ha reso non più rinviabile la revisione e l’ampliamento della filiera d’offerta sperimentando nuove modalità di accoglienza e garantendo maggiore flessibilità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sostenibilità dei servizi. L’obiettivo raggiunto con l’ultimo Piano sanitario regionale è stato quello di superare le caratteristiche di frammentarietà e



verticalizzazione dei servizi con una maggiore prossimità al territorio per facilitare l'accompagnamento della persona che esprime bisogni che evolvono progressivamente da "leggeri" di tutela a bisogni di cura sempre maggiori e più complessi. Si sta avviando, pertanto, un processo di innovazione nelle politiche sociosanitarie secondo la logica di filiera articolata in diversi segmenti, strettamente interconnessi tra loro in modo da consentire, dove necessario, il passaggio flessibile da un segmento all'altro e organizzati in modo tale da non prefigurare percorsi rigidi bensì opportunità di accesso a qualunque segmento della filiera sulla base del bisogno e della fase di vita della persona.

L'obiettivo che si persegue è pertanto quello di una riorganizzazione del sistema di offerta e del relativo sistema tariffario, connessi con l'approvazione della nuova legge regionale sull'autorizzazione e accreditamento dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali (delibera nr. 1185 del 28.12.2017) e con il nuovo modello di contrattualistica con i fornitori pubblici e privati accreditati.

Tra le azioni messe in atto in questi ultimi anni dal sistema ligure meritano di essere citate, l'organizzazione delle strutture residenziali sulla base del case-mix, la revisione della rete dei Centri Diurni per anziani per persone con disturbi cognitivi, la sperimentazione di Alloggi Protetti, con particolare riferimento ad anziani soli con figli portatori di disabilità, la sperimentazione del HRSA Aperta " per l'erogazione di servizi di cura e assistenziali a domicilio e ambulatoriali, nonché per l'accoglienza diurna di piccoli numeri di persone che, durante la giornata, fruiscono delle attività e delle prestazioni offerte dalla struttura.

Un aspetto fortemente innovativo introdotto dalla recente legge 112/2016 è rappresentato dal Dopo di Noi con cui si intendono servizi di accoglienza e assistenza in forma residenziale in piccole unità abitative di persone disabili rimaste prive del sostegno familiare, alla cui realizzazione concorrono attivamente le stesse famiglie con proprie risorse economiche attraverso i trust e altre forme di mutualità.

- Salute Mentale

In un contesto di particolare complessità come quello della Salute Mentale, fortemente influenzato dai cambiamenti culturali e sociodemografici, si rende necessaria la definizione di percorsi assistenziali e modelli organizzativi in grado di rispondere alle nuove esigenze e alle patologie emergenti.

In base alle priorità di salute mentale, individuate dal Piano di azioni per la Salute Mentale recentemente recepito da Regione Liguria, e ad integrazione dell'assistenza offerta dai servizi cosiddetti generalisti, appare fondamentale lo sviluppo di percorsi terapeutici ospedalieri e ambulatoriali ad intensità di cura e ad alta specializzazione, differenziati per tipologia di disturbo, fase della malattia e fase della vita.

Percorsi di cura nei Disturbi Psichiatrici Maggiori

L'Accordo sancito in Conferenza Unificata il 13 novembre 2014 (recepito con DGR 268/2015) sul documento concernente "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale e per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità" si propone di approfondire alcuni obiettivi prioritari dedicati all'individuazione di percorsi di cura relativamente ad alcuni raggruppamenti psicopatologici gravi: i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità. Ciò in ragione della complessità dei quadri clinici e delle compromissioni del funzionamento personale e sociale, con elevati livelli di disagio e di sofferenza individuale e familiare, il cui trattamento impegna circa due terzi delle risorse di budget dei servizi sanitari e sociosanitari.

Pertanto, in applicazione al suddetto Accordo recepito con DGR 268/2015, si rende necessaria la ridefinizione dei percorsi di cura nei disturbi psichiatrici maggiori, anche attraverso il monitoraggio - con specifici indicatori - dei relativi PDTA, sulla base delle indicazioni previste dall'Intesa CU del 2014.

- Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza

La riorganizzazione dei servizi di NPPIA avviata con la DGR 161/2016 si è resa necessaria in relazione ai crescenti bisogni della popolazione infantile e adolescenziale, caratterizzata da un'elevata prevalenza ed incidenza di disturbi emotivi, dell'apprendimento e disturbi psicopatologici in fase di esordio, come peraltro evidenziato dal trend in aumento del tasso di suicidi e dell'uso di sostanze fra gli adolescenti. Tali bisogni non trovano oggi sul territorio risposte uniformi nei tempi e nei modi, essendo in molte aree presente una frammentazione del servizio. Il primo obiettivo indicato è stato quindi quello della strutturazione di un servizio di NPPIA dedicato in ogni ASL. La definizione dei PDTA per garantire la continuità assistenziale nel passaggio all'età adulta dovrà essere una delle priorità d'intervento per i riorganizzati servizi. In questo senso si proseguirà con il lavoro in corso attraverso un tavolo di coordinamento a livello centrale per una risposta uniforme ed efficiente.



In relazione a ciò, secondo quanto previsto dal Piano Nazionale d'Azioni per la Salute Mentale (PANSM) 2013-2015, deve essere sviluppata una forte integrazione con i Servizi per adulti dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze.

In questo quadro si inserisce anche la presa in carico dei pazienti autistici, secondo quanto disposto dalla L. 18 agosto 2015, n. 134 ("Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie"), che prevede interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico, tenuto conto anche del recente loro inserimento nei LEA.

Al fine di rispondere alle esigenze ed ai bisogni legati a questa patologia, la Regione Liguria ha rinnovato il Tavolo regionale autismo, gruppo di lavoro formato da esperti della materia che ha come obiettivo principale quello di rispondere alle continue istanze delle famiglie connesse alle tematiche sociosanitarie, coinvolgendo laddove necessario gli esperti competenti.

Per supportare questo tavolo, è attiva sia una rete specialistica sull'autismo, composta dai referenti tecnici territoriali in materia, sia il Tavolo di coordinamento relativamente al percorso di riorganizzazione dei servizi di NPIA di cui sopra.

Obiettivo prioritario è la promozione di una maggiore continuità assistenziale ed una presa in carico integrata multi professionale, in considerazione della complessità e della gravità del quadro clinico che i disturbi dello spettro autistico rappresentano. Inoltre, specie in alcune aree territoriali l'obiettivo strategico è la tempestività dell'intervento riabilitativo con l'abbattimento delle liste di attesa. E' fondamentale che interventi specifici, competenze cliniche ed interventi abilitativi/ riabilitativi e di supporto per il paziente e per la sua famiglia siano costruiti su buone prassi, definendo percorsi comuni di presa in carico e cura dei minori, in particolare nella fase di passaggio all'età adulta.

- Residenzialità psichiatrica per adulti e per minori

E' necessario dare piena attuazione sia all'Accordo sancito in Conferenza Unificata il 17 ottobre 2013, che a quello sancito in Conferenza Unificata il 13 novembre 2014. Il primo, recepito con DGR n. 1719/2013, riguarda "Le strutture residenziali psichiatriche" e fornisce indirizzi omogenei sul territorio nazionale, mirati a promuovere, all'interno del sistema di offerta dei Dipartimenti di Salute Mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità e tempi massimi di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo), sia per programmi e tipologie d'intervento correlati alla patologia e alla complessità dei bisogni. Il secondo, recepito con DGR 269/2015, inerisce "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" e fornisce indirizzi omogenei sul territorio nazionale, in relazione alla realizzazione di una rete regionale integrata e completa di servizi per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva che garantisca, in particolare, una diagnosi precoce, degli interventi tempestivi con tempi definiti, l'appropriatezza dei percorsi di cura, nonché la continuità terapeutica.

Le azioni prioritarie dei due documenti sono il contrasto alle nuove forme di istituzionalizzazione e la centralità, soprattutto nell'area dei minori, della territorialità dell'intervento, per mantenere e favorire un rapporto stabile con il proprio ambiente socio-famigliare.

- Dipendenze

Dal 2009 ad oggi sono state sintetizzate ed introdotte sul mercato oltre 700 nuove sostanze psicoattive, vale a dire nuove molecole create in laboratorio, che hanno generato la diffusione ed il consumo di nuove sostanze che possono provocare gravi danni alla persona. Le caratteristiche chimiche di tali sostanze sono divulgate puntualmente tramite il "Sistema Nazionale di allerta precoce e risposta rapida per le droghe" dell'Istituto Superiore di Sanità e del Dipartimento Politiche Antidroga.

La specifica reportistica delle nuove sostanze psicoattive, periodicamente ricevuta in questi anni, ci permette, tramite il supporto dell'Istituto di Macromolecole del CNR di Genova, di realizzare un report specifico ad uso informativo e divulgativo sul danno metabolico provocato dalle sostanze sopracitate. Tale reportistica consente di fornire informazioni aggiornate agli operatori dei servizi delle Dipendenze sia sulle caratteristiche chimiche delle nuove sostanze psicoattive, sia sul danno metabolico conseguente al consumo, con acquisizione di specifiche



competenze da parte dei suddetti operatori.

L'obiettivo della stesura di un report è disseminare le informazioni a tutta la popolazione, attraverso le azioni necessarie, condivise con gli operatori delle dipendenze.

Particolare attenzione va posta al Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), fenomeno relativamente recente, ma che oggi ha raggiunto caratteristiche di emergenza: la stima dei giocatori d'azzardo problematici varia dall'1,3 al 3,8% della popolazione generale e si stima che i giocatori d'azzardo patologici siano intorno all'1,6%. Le fasce di popolazione maggiormente interessate sono i giovani e gli anziani. Ad oggi sono circa 400 i soggetti in carico, ma il fenomeno è sottostimato ed è destinato ad aumentare. A tale dipendenza è stato dedicato uno specifico Piano d'azione nazionale 2013/2015 e di recente è stata inserita nei nuovi LEA (D.P.C.M. 12/01/2017, pubblicato in G.U. n. 65 del 18/03/2017).

In previsione delle attività finanziate con il fondo straordinario del Ministero della Salute D.M. 208/2016, saranno implementate attività di informazione, prevenzione rivolte alla popolazione generale, nonché l'incremento dell'offerta di cura e presa in carico dei soggetti dipendenti patologici da gioco d'azzardo. Dovranno proseguire le attività di monitoraggio dei soggetti in carico ai Sert e le attività di prevenzione del consumo di alcol, cannabinoidi e sostanze illecite, soprattutto tra i giovani, oltre a proseguire la campagna informativa sul rischio di sostanze dopanti.

Salute materno infantile

La salute materno-infantile rappresenta una tematica che riveste una vitale rilevanza sanitaria, la tutela della salute delle donne e dei bambini deve essere considerata una scelta strategica per garantire il benessere della popolazione nel suo complesso.

Parto cesareo

Nelle tabelle sotto riportate sono stati evidenziati, per annualità, i dati/informazioni in merito ai parti cesarei, età partorienti ecc.

Se teniamo in considerazione il dato dell'anno 2007 dove erano stati enumerati in nr. 3689 si evidenzia che il dato dell'ultimo triennio si attesta tra i nr. 2700-2800 con un trend in diminuzione dal passato.

Regione Liguria, in sintonia con l'ultimo rapporto Agenas, sensibilizza tutte le Asl e Aziende Ospedaliere/IRCCS a contrarre ancora questi dati (anche se in netto miglioramento dal passato) al fine di uniformizzare l'intera regione sempre più alle linee guida di Agenas.



Tab. 15 - Parto cesareo-dati anno 2017 Liguria

Residenza paziente (distretto)	Ricoveri per azienda										Tot ricoveri	Tot pazienti	Eta media paz	Abitanti	Eta media abit	Tasso grezzo	Tasso std	
	Asl 1	Asl 2	Asl 3	Asl 4	Asl 5	Galliera	OEI	S.Martino	Gaslini	Altre reg								
01 VENTIMIGLIESE	75							1	4	4	2	86	86	32,5	29.598	48,90	2,91	2,69
02 SANREMESE	89	1				1			2	4	4	101	101	34,0	43.621	50,48	2,32	2,34
03 IMPERIESE	93	5	1			1			3	4	3	110	110	34,5	37.984	49,35	2,90	2,86
04 ALBENGANESE	5	66				8				7	2	88	88	33,9	31.786	49,22	2,77	2,73
05 FINALESE	1	54				1		4	1	5	8	74	74	33,7	29.047	50,54	2,55	2,63
06 BORMIDE		27				3		1	11	5	21	68	68	34,8	20.031	50,16	3,39	3,48
07 SAVONESE	1	112	5			11		6	16	10	5	166	166	34,9	63.789	50,96	2,60	2,77
08 AREA GENOVA PONENTE			1			4		18	14	7	5	49	49	36,0	17.151	50,21	2,86	3,03
08-13 COMUNE GENOVA DISTRETTO N.S.	1	2	186	2		218		145	434	253	31	1.272	1.272	34,4	306.131	50,25	4,16	4,15
10 AREA GEN. VALPOLCEVERA E VALLESCRIVIA			18			19		1	21	18	7	84	84	34,4	24.780	49,51	3,39	3,49
12 AREA GENOVA VALTREBBIA E VALBISAGNO								2	7	3		12	12	32,4	4.780	50,77	2,51	2,67
13 AREA GENOVA LEVANTE			2	7		6			17	19		51	51	35,5	16.045	50,70	3,18	3,45
14 TIGULLIO OCCIDENTALE			2	36		4		1	16	15	4	78	78	33,2	22.173	50,57	3,52	3,56
15 CHIAVARESE			4	98		6			16	20	1	145	145	34,0	36.811	50,07	3,94	4,05
16 TIGULLIO						2			8	18		71	71	34,0	16.964	50,68	4,19	4,22
17 RIVIERA VAL DI VARA				10	41	1			3	6	13	74	74	34,3	20.030	49,99	3,69	3,54
18 DEL GOLFO				1	176				2	10	60	249	249	33,6	56.090	49,91	4,44	4,26
19 VAL DI MAGRA					51				2	6	47	106	106	34,2	36.415	48,81	2,91	2,73
Totali regione	265	267	219	197	268	285	179	577	414	213	2.884	2.884	2.884	34,2	813.226	50,10	3,55	3,55



Tab.16 - Parto cesareo-dati anno 2018 Liguria

Residenza paziente (distretto)	Ricoveri per azienda										Tot ricoveri	Tot pazienti	Eta media paz	Abitanti	Eta media abbit	Tasso grezzo	Tasso std
	Asl 1	Asl 2	Asl 3	Asl 4	Asl 5	Galliera	OEI	S.Martino	Gaslini	Altre reg							
01 VENTIMIGLIESE	69	1						1	8	5	84	84	32,5	29.022	49,03	2,89	2,68
02 SANREMESE	110					1	3		13	4	131	131	33,8	42.193	50,70	3,10	3,10
03 IMPERIESE	93	3				3			10	5	114	114	34,4	37.425	49,66	3,05	3,01
04 ALBENGANESE	9	82				8	1	4	5	6	115	115	33,6	31.225	49,36	3,68	3,64
05 FINALESE		60				3	4	1	6	4	78	78	34,6	28.423	50,91	2,74	2,87
06 BORMIDE		20				1	1	7	2	21	52	52	32,3	19.706	50,39	2,64	2,69
07 SAVONESE		109	5	1		9	11	13	10	10	168	168	34,2	63.059	51,22	2,66	2,87
08 AREA GENOVA PONENTE		2	3			5	22	6	8	5	51	51	34,1	16.921	50,52	3,01	3,29
08-13 COMUNE GENOVA DISTRETTO N.S.		2	166	2	1	187	164	364	232	30	1.148	1.147	34,0	300.048	50,42	3,82	3,82
10 AREA GEN. VALPOLCEVERA E VALLESCRIVIA			11	2		27	9	25	9	5	88	88	34,1	24.484	49,78	3,59	3,74
12 AREA GENOVA VALTREBBIA E VALBISAGNO								3	1	6	13	13	34,5	4.717	50,75	2,76	3,05
13 AREA GENOVA LEVANTE			1	7		10	1	25	10	10	54	54	34,5	15.833	50,86	3,41	3,68
14 TIGULLIO OCCIDENTALE			1	40	1	1		21	10	3	77	77	33,6	21.747	50,83	3,54	3,60
15 CHIAVARESE	1			78		5		18	9	3	114	114	33,4	36.557	50,31	3,12	3,18
16 TIGULLIO			3	33		2		7	11		56	56	33,5	16.807	50,75	3,33	3,36
17 RIVIERA VAL DI VARA				6	41	2		7	3	8	67	67	33,4	19.724	50,13	3,40	3,26
18 DEL GOLFO				3	176	1			12	41	233	233	33,1	55.334	50,04	4,21	4,00
19 VAL DI MAGRA					54			3	4	48	109	109	33,3	36.212	48,86	3,01	2,78
Totali regione	282	279	190	172	273	268	214	511	365	198	2.752	2.751	33,8	799.437	50,29	3,44	3,44



Tab.17 - Parto cesareo-dati anno 2019 Liguria

Residenza paziente (distretto)	Ricoveri per azienda										Tot ricoveri	Tot pazienti	Eta media paz	Abitanti	Eta media abit	Tasso grezzo	Tasso std
	Asl 1	Asl 2	Asl 3	Asl 4	Asl 5	Galliera	OEI	S.Martino	Gaslini	Altre reg							
01 VENTIMIGLIESE	68	1	1			1		3	5	2	81	81	34,0	28.872	49,22	2,81	2,62
02 SANREMESE	103							4	6	8	121	121	33,8	42.166	50,84	2,87	2,83
03 IMPERIESE	83	3						2	12	4	104	104	32,7	37.250	49,84	2,79	2,73
04 ALBENGANESE	13	60				12		4	9	5	103	103	33,6	31.115	49,63	3,31	3,31
05 FINALESE		57	1			4		3	1	7	78	78	35,5	28.173	51,22	2,77	2,90
06 BORMIDE		39			1	2		14	1	18	76	75	34,6	19.542	50,71	3,84	3,92
07 SAVONESE		124	5			5		18	12	7	180	180	34,8	62.586	51,41	2,88	3,10
08 AREA GENOVA PONENTE			3			1		16	11	2	51	51	35,4	16.770	50,73	3,04	3,26
08-13 COMUNE GENOVA DISTRETTO N.S.	1	1	157	2		194	113	365	224	27	1.084	1.083	34,5	297.888	50,57	3,64	3,62
10 AREA GEN. VALPOLCEVERA E VALLESCRIVIA			11			15	8	27	14	2	77	75	34,7	24.278	49,97	3,09	3,21
12 AREA GENOVA VALTREBBIA E VALBISAGNO								13	2		17	17	32,9	4.649	51,00	3,66	4,31
13 AREA GENOVA LEVANTE			2	7		5		27	12		53	53	34,9	15.815	51,07	3,35	3,58
14 TIGULLIO OCCIDENTALE			2	38		3		23	9	2	77	77	34,0	21.599	50,96	3,56	3,58
15 CHIAVARESE			4	86		4	1	14	20	4	133	133	35,2	36.366	50,51	3,66	3,76
16 TIGULLIO			1	37		2		5	7	1	53	53	34,8	16.668	50,91	3,18	3,14
17 RIVIERA VAL DI VARA				8		1			2	19	52	52	33,8	19.551	50,42	2,66	2,60
18 DEL GOLFO				1	167	1		4	12	45	230	230	33,5	55.037	50,12	4,18	3,95
19 VAL DI MAGRA					78			3	3	61	145	145	34,1	36.130	49,00	4,01	3,72
Totali regione	268	285	187	179	268	252	155	545	362	214	2.715	2.711	34,3	794.455	50,46	3,41	3,41

Infortunati sul lavoro

In Liguria l'incidenza degli infortuni (= numero di infortuni ogni 1000 addetti) negli ultimi 40, sia per quanto riguarda gli infortuni denunciati sia per quelli indennizzati ha avuto un andamento oscillante.

L'analisi dei dati infortunistici è vitale al fine di valutare quali settori e ambienti lavorativi hanno una maggiore incidenza con la possibilità di programmare e di attuare obiettivi su specifiche aree di intervento e utilizzare al meglio le risorse. Dall'analisi storica dei dati INAIL degli ultimi 40 anni si rileva che il n dei denunciati e indennizzati cresce, sono passati da n. 42559 denunce a numero 20781 nell'anno 2019 si rileva che tra il 2018 e 2019 sono state registrate numero 126 infortuni in più.

Nell'anno 2019 le denunce di infortunio con esito mortale sono state numero 25(nell'anno 2018 21)

Sempre nell'annualità 2019 le denunce di malattia professionale protocollate sono state 1144 (+62 rispetto all'anno 2018).

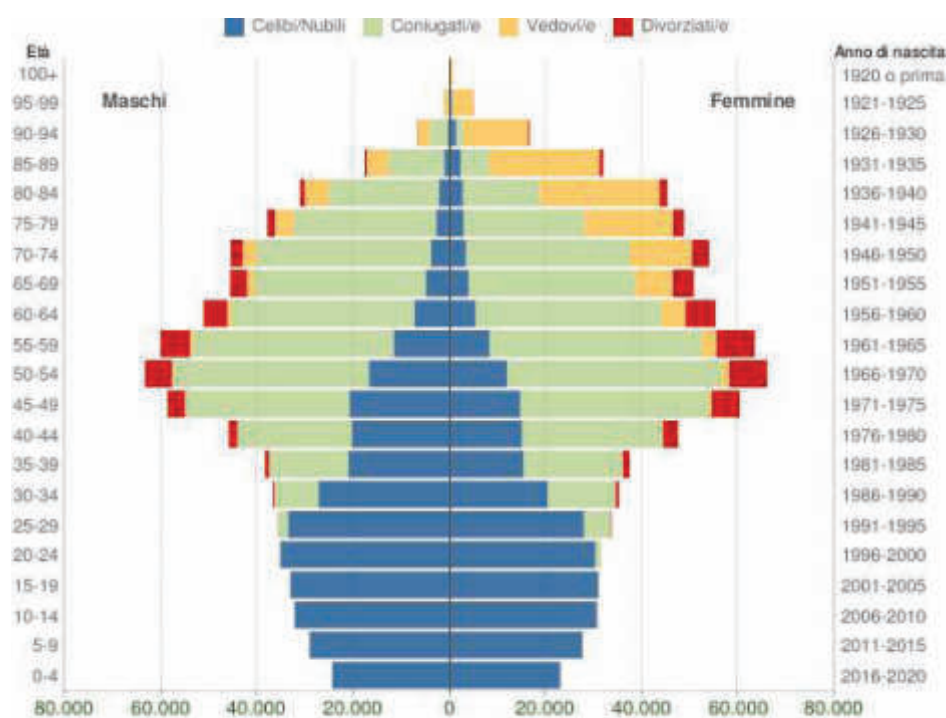
2.7 IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

Dall'analisi sopra riportata relativa al territorio ligure, alla popolazione, alla posizione sociale e dalle condizioni di salute è possibile delineare il contesto epidemiologico di salute della Liguria.

Il grafico in basso, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in Liguria per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2020 e tiene conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione.

La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile: celibi e nubili, coniugati, vedovi e divorziati.

Tab. 18 -piramide età residenti Regione Liguria anno 2019



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2020

LIGURIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2020 - Elaborazione TUTTITALIA.IT



In generale, la forma di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione, con variazioni visibili in periodi di forte crescita demografica o di cali delle nascite per guerre o altri eventi.

In Liguria ha avuto la forma simile ad una piramide fino agli anni '60, cioè fino agli anni del boom demografico. Da notare anche la maggiore longevità femminile degli ultra-sessantenni.

Tabella 19 - sopravvivenza di vita Italia – Liguria anno 2019

Anno	Codice	Regione	Maschi	Femmine
2019	021	Bolzano/Bozen	81,8	86,2
2019	022	Trento	82,2	86,6
2019	01	Piemonte	80,7	85
2019	02	Valle d'Aosta	79,6	85,4
2019	03	Lombardia	81,4	85,8
2019	04	Trentino-Alto Adige	82	86,4
2019	05	Veneto	81,7	86
2019	06	Friuli-Venezia Giulia	81,3	85,8
2019	07	Liguria	80,8	85,3
2019	08	Emilia-Romagna	81,5	85,7
2019	09	Toscana	81,6	85,7
2019	10	Umbria	81,9	86
2019	11	Marche	81,8	85,9
2019	12	Lazio	81	85,2
2019	13	Abruzzo	81	85,5
2019	14	Molise	80,3	85,8
2019	15	Campania	79,4	83,6
2019	16	Puglia	81,1	85,2
2019	17	Basilicata	80,2	84,5
2019	18	Calabria	80,1	84,6
2019	19	Sicilia	79,9	84
2019	20	Sardegna	80,4	85,9
2019	IT	Italia	81	85,3

Tavola 20 - Famiglie e numero medio di componenti per provincia (a) al 31 dicembre (b). Liguria e Italia. Anno 2018 (valori assoluti)

Territorio COMPONENTI	NUMERO DI FAMIGLIE	NUMERO PER FAMIGLIA	MEDIO
Imperia	104.366	2,0	
Savona	139.640	2,0	
Genova	421.987	2,0	
La Spezia	103.922	2,1	
Liguria	769.915	2,0	
Italia	26.081.199	2,3	

Fonte: Istat, Bilancio demografico della popolazione residente

(a) I dati comunali sono riportati nell'Appendice 4 dell'Allegato statistico.

(b) Dati provvisori.

Tab. 21 - dimissioni giornate di degenza e degenza media per MDC(major diagnostic categories) anno 2018/2019- pubblici Liguria

Mdc	Ricoveri anno 2018	Ricoveri anno 2019	Gg Degenza Dimessi anno 2018	Gg Degenza Dimessi anno 2019	Degenza Media Lorda anno 2018	Degenza Media Lorda anno 2019
01 MALATT. DEL SISTEMA NERVOSO -	20.333	19.918	185.297	174.149	11,25	10,86
02 MALATT. DELL'OCC HIO -	4.986	4.804	4.670	4.691	1,95	1,99
03 MALATT. -	6.771	6.972	14.724	15.373	2,78	2,84



ORECCHIO/ NASO/GOL A						
04 - MALATT. APPARATO RESPIRAT.	22.297	21.939	209.323	210.803	10,19	10,29
05 - MALATT.A PPARATO CARDIOCI RC.	24.418	24.201	171.260	174.767	7,91	8,13
06 - MALATT. APPARATO DIGERENT E	19.463	19.257	121.321	120.198	7,70	7,67
07 - MALATT. EPATOBIL./ PANCREAS	9.123	8.917	69.433	67.001	8,40	8,28
08 - MAL. MUSCOLOS CHEL./CON NETT.	29.622	29.939	192.546	197.837	8,90	9,01
09 - MAL.PELLE /SOTTOCU T/MAMME LLA	10.291	10.103	24.015	22.210	5,16	4,99
10 - MAL. ENDOCR/M ETABOL/N UTRIZ	7.864	8.103	19.005	20.570	6,10	6,06
11 - MALATT. RENE/VIE URINARIE	15.312	15.368	95.101	89.904	7,53	7,07
12 - MALATT. RIPRODUT T. MASCHILE	3.705	3.859	13.646	14.056	5,40	5,24
13 - MALATT. RIPRODUT	7.749	7.576	15.092	15.707	4,53	4,61



REGIONE LIGURIA

T. FEMMIN.						
14 - GRAVIDANZA, PARTO, PUERPERIO	13.424	13.328	41.411	43.818	3,98	4,31
15 - MALATT. PERIODO NEONATALE	9.194	8.797	38.321	38.034	4,31	4,36
16 - MAL. SANGUE/E MATOPOIE/IMMUN	5.258	4.646	21.341	22.345	8,74	9,20
17 - MAL. MIELOPROLIF/NEOPLASIE	14.398	14.606	30.566	35.721	9,08	9,44
18 - MAL. INFETTIVE/PARASSITARIE	6.860	6.795	87.193	87.429	13,53	13,74
19 - MALATT. MENTALI	7.224	7.086	67.587	70.752	10,83	11,41
20 - MALATT. ALCOOL/FARMACI	548	483	2.908	2.563	5,77	6,03
21 - TRAUM/AVVELEN/INTOSS FARMAC	1.411	1.410	9.361	9.569	7,35	7,82
22 - USTIONI	149	120	1.698	1.584	12,30	13,66
23 - FATTORI INFLUENZA ANTI SALUTE	4.951	5.352	28.045	26.983	9,40	8,31
24 - TRAUMI MULTIPLI SIGNIFICA	335	323	5.248	4.522	15,67	14,00



T.						
25 INFEZIONI DA H.I.V.	240	187	3.617	2.725	15,66	15,48
NA -	354	260	4.472	2.496	14,61	12,48
PR - PRE- MDC	666	590	30.005	24.353	45,26	41,28
Totale	246.946	244.939	1.507.206	1.500.160	8,26	8,24

Tab.22 - dimissioni giornate di degenza e degenza media per MDC(major diagnostic categories) anno 2018/2019-privati accreditati Liguria

Mdc	Ricoveri anno 2018	Ricoveri anno 2019	Gg Degenza Dimessi anno 2018	Gg Degenza Dimessi anno 2019	Degenza Media Lorda anno 2018	Degenza Media Lorda anno 2019
01 - MALATT. DEL SISTEMA NERVOSO	672	702	26.776	28.845	50,52	52,73
02 - MALATT. DELL'OCCHIO	11	4	0	0		
03 - MALATT. ORECCHIO/NASO/GOLA	4		4		1,00	
04 - MALATT. APPARATO RESPIRAT.	62	51	723	636	36,15	42,40
05 - MALATT.APPARATO CARDIOCIRC.	1.865	1.796	26.987	24.129	14,98	13,69
06 - MALATT. APPARATO DIGERENTE	86	68	69	31	1,53	1,55
07 - MALATT. EPATOBIL./PANCREAS	58	27	117	54	2,02	2,00
08 - MAL. MUSCOLOSCHEL./CONNETT.	6.186	5.805	42.271	39.290	9,62	9,61
09 - MAL.PELLE/SOTTOCUT/MAMMELLA	280	250	173	140	1,77	1,75
10 - MAL. ENDOCR/METABOL/NUTRIZ	376	170	1.080	554	2,89	3,26
11 - MALATT. RENE/VIE URINARIE		1		7		7,00



12 - MALATT. RIPRODUTT. MASCHILE	5	2	2	0	1,00	
13 - MALATT. RIPRODUTT. FEMMIN.	25	15	21	26	3,00	3,71
16 - MAL. SANGUE/EMATOPOIE/IMMUN	10	98	20	256	2,50	2,69
17 - MAL. MIELOPROLIF/NEOPLASIE	2		5		2,50	
18 - MAL. INFETTIVE/PARASSITARIE	3		3		1,00	
20 - MALATT. ALCOOL/FARMACI	52	36	1.370	966	26,35	26,83
21 - TRAUM/AVVELEN/INTOSS FARMAC	6	6	23	59	5,75	19,67
23 - FATTORI INFLUENZANTI SALUTE	42	52	516	777	15,64	15,86
PR - PRE-MDC	7	7	362	288	51,71	41,14
Totale	9.752	9.090	100.522	96.058	13,51	13,91

2.8 ANALISI DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI E DELLE CRITICITÀ NELL'ACCESSO

Assistenza ospedaliera

Un elemento significativo per rappresentare l'evoluzione nel tempo dell'assistenza ospedaliera, in termini di ricoveri, è il trend dei ricoveri per un periodo definito stratificati per regime e residenza del paziente. La tabella sotto riportata delinea il trend dei ricoveri per il periodo 2016-2019.

- Da
 la [tabella A](#)) è possibile rilevare sinteticamente quanto segue:
 Il trend dei ricoveri ordinari per acuti dopo una diminuzione importante negli anni 2001-2008 si attesta nel periodo considerato a valori costanti in aumento nel periodo considerato con una diminuzione totale nel quadriennio di nr. 11.800 ricoveri pari al 7% di aumento nel lasso considerato;
 Relativamente al regime di Day hospital si nota un valore pressoché' in aumento nel quadriennio con aumento totale nel quadriennio considerato di nr. 3000 day hospital pari ad un aumento percentuale nel quadriennio del 7%.
 Per quanto concerne il regime di riabilitazione ordinario notiamo dati costanti nel quadriennio
- Re
 lativamente alla [tabella B](#)) vengono forniti i tassi di ospedalizzazione standardizzati, per l'anno 2019, stratificati per regime di ricovero, per ASL e per tipologia di erogatore.
 Si nota che nell'anno 2019 il tasso di ospedalizzazione standardizzato complessivo è stato pari in regione Liguria a 166,45 di cui 137,45 relativo al pubblico regionale, 6,70 relativo al privato regionale, 22,31 relativo alla mobilità passiva.
 E' della massima importanza evidenziare che i dati regionali sono superiori a quelli nazionali sempre prendendo quale riferimento l'anno 2019; a livello nazionale nell'anno in questione il tasso di ospedalizzazione per acuti, standardizzato per età e genere, è pari a 117,9 ogni 1000 abitanti (per i ricoveri ordinari 90,1 mentre per i day – hospital 27,8/1000).

Tabella A): trend dei ricoveri (anni 2015/2019)

		Anno	2016	2017	2018	2019
			Ricoveri	Ricoveri	Ricoveri	Ricoveri
Modalità Ricovero	Tipo Debitore					
1 - ORDINARIO PER ACUTI	NON SIGNIFICATIVO	1			4	40
	ALTRI SOGGETTI	2.848	4.311	4.669	5.937	
	REGIONI ITALIANE	16.077	17.075	16.732	15.916	
	LIGURE	147.277	157.813	156.276	156.407	
Sottototale: 1 - ORDINARIO PER ACUTI			166.203	179.199	177.681	178.300
2 - DAY HOSPITAL	NON SIGNIFICATIVO				5	6
	ALTRI SOGGETTI	707	1.088	1.147	1.620	
	REGIONI ITALIANE	7.181	7.874	8.064	7.479	
	LIGURE	35.497	34.905	36.436	37.281	
Sottototale: 2 - DAY HOSPITAL			43.385	43.867	45.652	46.386
3 - RIABILITAZIONE ORDINARIO	NON SIGNIFICATIVO					1
	ALTRI SOGGETTI	281	321	276	313	
	REGIONI ITALIANE	1.122	1.111	1.052	1.095	
	LIGURE	8.849	8.632	9.011	8.816	
Sottototale: 3 - RIABILITAZIONE ORDINARIO			10.252	10.064	10.339	10.225
Totale			219.840	233.130	233.672	234.911



Tabella B): tassi di ospedalizzazione standardizzati anno 2019

REGIME	TERRITORIO	TASSO OSPEDALIZZAZIONE PUBBLICO REGIONALE	TASSO OSPEDALIZZAZIONE PRIVATO REGIONALE	TASSO OSPEDALIZZAZIONE IN MOBILITA' PASSIVA	TASSO OSPEDALIZZAZIONE GLOBALE
ORDINARIO	ASL 1	95,17	5,65	16,62	117,44
	ASL 2	108,97	4,32	19,42	132,70
	ASL 3	107,27	6,13	13,00	126,40
	ASL 4	96,33	2,80	16,25	115,37
	ASL 5	93,07	5,20	27,34	125,61
	LIGURIA	102,89	5,30	16,97	125,15
DAY HOSPITAL MEDICO	ASL 1	16,89	0,08	1,21	18,18
	ASL 2	26,04	0,09	1,09	27,23
	ASL 3	21,41	0,67	0,59	22,67
	ASL 4	18,11	0,51	1,01	19,63
	ASL 5	12,22	1,85	2,63	16,70
	LIGURIA	20,04	0,64	1,09	21,77
DAY HOSPITAL	ASL 1	14,48	1,03	4,28	19,79
	ASL 2	12,48	0,91	6,02	19,41



CHIRURGICO	ASL 3	16,17	0,91	2,81	19,89
	ASL 4	16,41	0,48	3,64	20,53
	ASL 5	10,55	0,05	6,30	16,90
	LIGURIA	14,51	0,77	4,15	19,43
	ASL 1	126,54	6,76	22,24	155,54
TUTTI	ASL 2	147,48	5,32	26,59	179,39
	ASL 3	144,86	7,72	16,49	169,07
	ASL 4	130,84	3,79	20,97	155,60
	ASL 5	115,84	7,09	36,45	159,38
	LIGURIA	137,45	6,70	22,31	166,45

Tabella 23 - DRG Chirurgici Intera Regione per Regime di ricovero ordinario (elezione/urgenza)

	2019		2020		Differenza	
	N	%	N	%	N	%
Urgente	29.838	29,8	26.365	36,7	3.473	12,3
Elezione	70.128	70,2	45.461	63,3	24.667	87,7
Totale	99.966		71.826		28.140	28,1



Tabella 24 - DRG Chirurgici Intera Regione: Tipologia di ricovero programmato

Anno	Ricovero Ordinario										Day Surgery		Totale
	Tipologia non indicata		Ricovero programmato		TSO		Programmato con preospedalizzazione				N.	%	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%			
2019		0,0	49.740	55,3	7	0,0	20.381	22,7	19.817	22,0			89.945
2020	1	0,0	32.723	58,2	5	0,0	12.738	22,6	10.790	19,2			56.257
Differenza			17.017	34,2			7.643	37,5	9.027	26,8			33.688



Tab.: 5 - Regione LIGURIA - DRG traccianti per MDC 4,6,7,9

	Numero		Differenza	% Attivita	Differenza in
	2019	2020			
MDC 4					
DRG 075 Interventi maggiori sul torace	1.257	1.058	199	84,2	15,8
DRG 076 Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	619	448	171	72,4	27,6
DRG 077 Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	491	408	83	83,1	16,9
Totale	2.367	1.914	453	80,9	19,1
MDC 6					
DRG 146 Resezione rettale con CC	161	164	-3	101,9	-1,9
DRG 147 Resezione rettale senza CC	154	136	18	88,3	11,7
DRG 149 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	2.182	1.786	396	81,9	18,1
DRG 569 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	2.364	1.916	448	81,0	19,0
DRG 570 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	1.501	1.109	392	73,9	26,1
Totale	6.362	5.111	1.251	80,3	19,7
DRG 155 Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	238	230	8	96,6	3,4
DRG 156 Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	70	41	29	58,6	41,4
DRG 567 Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC condiaognosi gastrointestinale maggiore	326	229	97	70,2	29,8
DRG 568 Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	353	265	88	75,1	24,9
Totale	987	765	222	77,5	22,5
DRG 157 Interventi su ano e stoma con CC	137	82	55	59,9	40,1
DRG 158 Interventi su ano e stoma senza CC	1.742	958	784	55,0	45,0
Totale	1.879	1.040	839	55,3	44,7
DRG 159 Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	177	71	106	40,1	59,9
DRG 160 Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.004	479	525	47,7	52,3
Totale	1.181	550	631	46,6	53,4
DRG 161 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	257	126	131	49,0	51,0
DRG 162 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.996	988	1.008	49,5	50,5
DRG 163 Interventi per ernia, età < 18 anni	165	104	61	63,0	37,0
Totale	2.418	1.218	1.200	50,4	49,6
DRG 164 Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	59	47	12	79,7	20,3
DRG 165 Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	252	234	18	92,9	7,1
DRG 166 Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	18	25	-7	138,9	-38,9
DRG 167 Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	364	276	88	75,8	24,2
Totale	693	582	111	84,0	16,0
Totale	13.520	9.266	4.254	68,5	31,5
MDC 7					
DRG 195 Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	27	9	18	33,3	66,7
DRG 196 Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	19	22	-3	115,8	-15,8
DRG 197 Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	148	93	55	62,8	37,2
DRG 198 Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	112	66	46	58,9	41,1
DRG 493 Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	460	255	205	55,4	44,6
DRG 494 Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	2.624	1.428	1.196	54,4	45,6
Totale	3.390	1.873	1.517	55,3	44,7
MDC 9					
DRG 257 Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	325	310	15	95,4	4,6
DRG 258 Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	1.018	783	235	76,9	23,1
DRG 259 Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	268	258	10	96,3	3,7
DRG 260 Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	2.253	1.650	603	73,2	26,8
Totale	3.864	3.001	863	77,7	22,3
DRG 267 Interventi perianali e pilonidali	519	240	279	46,2	53,8
Totale	4.383	3.241	1.142	73,9	26,1
Totale	60	60	0	100,0	0,0

**Assistenza ambulatoriale**

Relativamente all'assistenza ambulatoriale sono sottoriportati dati/informazioni relative in primis a tutta l'attività specialistica erogata in regione Liguria nell'anno 2019 suddivisa per branca di accesso e in seguito sono stati invece esposti, sempre nell'area ambulatoriale, i dati complessivi suddivisi per asl in epoca pre covid (anno 2019) e in epoca covid (anno 2020).

Raffrontando tali dati si evince la notevole diminuzione di prestazioni ambulatoriali, che rispecchia l'andamento di tutto il territorio nazionale, dovuto all'evento pandemico ancora in corso.

Tab.25 - Attività specialistica per branca e canale di accesso - anno 2019

Tipo accesso	1-RICETTA SSN 1-MEDICO DI BASE 2-DEMATERIALIZZATA	1-RICETTA SSN 1-MEDICO DI BASE 1-RICETTA ROSSA	1-RICETTA SSN 2-MEDICO SPECIALISTA 2-DEMATERIALIZZATA	1-RICETTA SSN 2-MEDICO SPECIALISTA 1-RICETTA ROSSA	1-RICETTA SSN 3-ALTRONON DEFINITO	3-PRONTO SOCCORSO
Modalità prescrizione Branca						
* - NON SIGNIFICATIVO						
**						
01 - ANESTESIA	965	115	821	70	180	844
02 - CARDIOLOGIA	74.494	823	10.471	1.645	6.489	114
03 - CHIRURGIA GENERALE	4.261	21.464	881	1.908	23.271	1.670
04 - CHIRURGIA PLASTICA	381	3.580	2.341	407	140.269	72.473
05 - CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	21.080	935	2.301	350	68.075	1.069
06 - DERMOSIFILOPATIA	16.356	5.492	8.233	735	27.189	1.935
07 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - MEDICINA NUCLEARE	846	3.457	595	717	37.294	435
08 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	133.285	1.187	13.009	117	20.808	60
09 - ENDOCRINOLOGIA	4.985	88.746	3.105	4.768	681.180	274.900
10 - GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	24.800	1.888	3.472	165	30.988	101
11 - LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE	2.272.223	4.999	180.314	351	50.297	4.808
12 - MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIAB. FUNZIONALE	48.101	1.330.718	96.523	72.841	9.949.979	1.488.358
13 - NEFROLOGIA	1.654	259.807	37	143.712	814.357	6
14 - NEUROCHIRURGIA	222	6.966	11	2.078	264.869	81
		135		72	2.955	130



REGIONE LIGURIA

15 - NEUROLOGIA	23.370	7.949	4.850	1.872	75.180	4.524
16 - OCULISTICA	68.631	13.743	16.088	1.970	140.522	19.954
17 - ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	559	387	14.829	2.195	18.398	218
18 - ONCOLOGIA	1.103	1.929	4.455	1.397	116.906	52
19 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	9.751	9.778	2.581	1.288	77.786	12.294
20 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	15.928	13.129	6.042	1.306	51.905	8.313
21 - OTORINOLARINGOIATRIA	15.435	5.750	8.781	654	70.609	1.676
22 - PNEUMOLOGIA	8.147	2.218	1.192	838	55.692	65.683
23 - PSICHIATRIA	4.057	30.715	5.178	423	20.652	567
24 - RADIOTERAPIA	96	15.636	5.655	812	213.208	2
25 - UROLOGIA	6.001	1.798	1.122	40	33.017	676
26 - ALTRE PRESTAZIONI	250.866	57.680	107.258	20.126	955.780	1.612.454
Totali	3.007.597	1.891.024	500.145	262.857	14.016.918	3.573.403



Tab.26 - totale prestazioni ambulatoriali anno 2019

	Asi residenza												n.s.		Totali									
	ASL 001			ASL 002			ASL 003			ASL 004			ASL 005			altre regioni		altro		n.s.		Totali		
	Num.	Fatturato		Num.	Fatturato		Num.	Fatturato		Num.	Fatturato		Num.	Fatturato		Num.	Fatturato		Num.	Fatturato		Num.	Fatturato	
001 ASL 1	439.919	4.740.280	758	12.132	1.047	8.573	14	1.417	747	20.758	172.024	50.038	288.381	512.651	5.223.555							512.651	5.223.555	
	991.869	12.368.622	38.432	365.674	3.76	36.024	236	1.810	1.446	38.395	569.661	89.554	2.136.676	1.162.493	15.479.915							1.162.493	15.479.915	
	946.890	12.669.149	6.912	240.264	2.933	38.178	634	5.902	3.064	39.636	463.553	83.663	1.543.099	1.080.982	14.963.208							1.080.982	14.963.208	
	117.639	2.024.349	1.369	22.515	241	3.717	19	296	271	5.127	42.946	6	229	124.902	2.278.137							124.902	2.278.137	
	184.718	2.039.316												189.851	2.082.490							189.851	2.082.490	
	1.852	35.905	7	182	2	34	1	12		344	57.686	714	80.294	2.920	174.113							2.920	174.113	
Totale azienda	2.682.887	33.877.621	47.478	640.766	7.986	86.526	904	9.438	5.527	105.675	1.330.027	228.187	4.251.513	3.073.799	40.201.418							3.073.799	40.201.418	
002 ASL 2	15.409	306.759	613.269	8.083.968	8.439	67.438	493	2.291	481	27.869	323.437	26.196	1.295.676	691.751	10.080.040							691.751	10.080.040	
	267	11.971	237.124	3.142.037	1.601	33.293	94	2.024	145	6.808	111.526	10.236	123.303	256.146	3.424.298							256.146	3.424.298	
	29.923	1.522.972	897.455	10.056.325	10.115	195.483	525	14.935	234	2.870	108.374	72.240	1.912.054	1.118.866	14.671.933							1.118.866	14.671.933	
	6.960	183.129	1.690.534	17.897.684	36.246	516.106	1.293	24.088	829	55.726	662.810	41.254	476.151	1.832.840	19.772.294							1.832.840	19.772.294	
	666	12.070	128.079	2.111.346	1.296	22.258	56	945	903	2.299	38.874	1.324	46.106	133.776	2.232.501							133.776	2.232.501	
	173	4.090	120.448	1.269.631	532	6.180	2	41		7.450	337.287	35.303	3.316.746	128.605	1.617.230							128.605	1.617.230	
	53.398	2.040.990	3.686.909	42.560.982	58.229	840.758	2.463	44.324	1.209	16.725	208.526	186.553	7.170.036	35.303	3.316.746							35.303	3.316.746	
Totale azienda	2.682.887	33.877.621	47.478	640.766	7.986	86.526	904	9.438	5.527	105.675	1.330.027	228.187	4.251.513	3.073.799	40.201.418							3.073.799	40.201.418	
003 ASL 3	666	7.904	10.818	216.597	311.777	5.239.790	1.746	23.919	217	2.283	9.074	17.909	417.722	352.207	6.117.877							352.207	6.117.877	
	99	6.148	376	12.319	91.121	2.463.578	380	24.799	69	3.397	1.205	3.385	186.773	96.951	2.728.685							96.951	2.728.685	
	3.358	85.307	35.387	360.936	3.834.189	19.431.859	16.479	174.745	4.917	33.729	60.550	88.779	615.844	10.265	4.044.939							10.265	4.044.939	
	1.279	17.804	5.970	90.581	940.727	12.368.575	5.081	89.157	1.228	20.226	19.303	233.801	40.104	51.610	13.793.473							51.610	13.793.473	
	707	12.138	3.857	58.154	777.591	11.691.703	6.802	118.145	1.149	18.355	9.288	146.615	17.351	816.548	12.626.535							816.548	12.626.535	
	301	20.080	2.528	88.733	1.113.287	16.774.993	4.274	248.768	839	41.596	14.976	233.867	204	3.569	17.411.606							1.136.409	17.411.606	
	6.410	149.381	58.936	827.320	7.068.693	67.970.498	34.562	679.533	8.419	119.587	114.396	182.945	4.101.170	15.213	1.374.118							15.213	1.374.118	
Totale azienda	2.682.887	33.877.621	47.478	640.766	7.986	86.526	904	9.438	5.527	105.675	1.330.027	228.187	4.251.513	3.073.799	40.201.418							3.073.799	40.201.418	
004 ASL 4	718	6.763	894	9.842	43.727	458.555	1.407.572	9.178.402	22.344	227.686	45.502	422.662	65.999	1.055.219	1.586.756	11.359.128							1.586.756	11.359.128
	50	2.041	123	8.966	8.735	476.329	75.005	3.135.549	809	51.901	4.372	63.488	6.096	285.725	95.190	4.023.999							95.190	4.023.999
	98	1.076	46	1.335	4.331	245.070	111.395	3.859.118	3.991	140.817	1.034	22.276	7.677	304.688	128.572	4.574.980							128.572	4.574.980
	92	886	79	1.250	1.837	35.591	148.666	2.191.844	803	15.402	1.078	20.255	160.418	159.291	2.425.646								159.291	2.425.646
	958	10.767	1.141	21.393	58.659	1.216.176	1.800.046	19.160.114	27.952	435.900	55.638	729.101	87.936	1.926.575	2.032.332	23.500.025							2.032.332	23.500.025
Totale azienda	2.682.887	33.877.621	47.478	640.766	7.986	86.526	904	9.438	5.527	105.675	1.330.027	228.187	4.251.513	3.073.799	40.201.418							3.073.799	40.201.418	
005 ASL 5	3	52	1	15	263	4.339	105	1.686	60	60	457.745	1.573	11.654	19.501	499.594								19.501	499.594
	67	1.018	125	3.127	1.750	30.691	796	28.756	325.292	9.125.369	33.407	586.452	17.866	766.177	379.303	10.521.569							379.303	10.521.569
	457	8.617	1.074	15.263	5.746	114.144	3.366	364.545	861.247	14.869.870	66.282	1.051.696	146.298	1.850.334	1.084.461	18.274.469							1.084.461	18.274.469
	165	1.762	383	2.651	4.536	65.350	8.829	404.117	1.776.845	11.123.965	47.448	391.510	46.882	1.577.420	1.885.087	13.566.775							1.885.087	13.566.775
	82	758	11	286	330	55.206	189	34.712	148.358	3.435.724	3.983	270.488	652	20.891	153.604	3.818.064							153.604	3.818.064
	774	12.206	1.594	21.342	12.618	269.730	13.281	833.816	3.128.534	39.012.734	152.693	2.304.248	212.464	4.226.476	3.521.958	46.680.552							3.521.958	46.680.552
	5.004	128.787	14.960	301.796	1.138.195	13.771.658	30.610	678.812	6.139	134.573	40.002	820.287	109.762	3.905.217	1.344.672	19.741.130							1.344.672	19.741.130
Totale azienda	2.682.887	33.877.621	47.478	640.766	7.986	86.526	904	9.438	5.527	105.675	1.330.027	228.187	4.251.513	3.073.799	40.201.418								3.073.799	40.201.418
025 GALLIERA	724	27.312	1.539	102.664	88.043	5.477.264	2.518	202.346	330	17.782	1.598	53.188	2.953	210.610	97.705	6.091.166							97.705	6.091.166
	369	6.280	3.734	53.054	237.695	2.684.396	616	10.704	371	3.613	9.683	93.998	4.895	439.731	275.251	3.048.930							275.251	3.048.930
	1.093	33.592	5.273	155.718	325.738	8.161.660	3.134	213.050	701	21.394	11.281	147.126	30.631	847.287	377.851	9.579.827							377.851	9.579.827
Totale azienda	2.682.887	33.877.621	47.478	640.766	7.986	86.526	904	9.438	5.527	105.675	1.330.027	228.187	4.251.513	3.073.799	40.201.418								3.073.799	40.201.418
901 USMI	36.202	1.020.876	62.411	1.579.957	2.508.821	47.687.635	131.126	3.305.938	36.108	978.570	150.121	4.545.417	206.230	380.360	3.131.019	59.498.753							3.131.019	59.498.753
	36.202	1.020.876	62.411	1.579.957	2.508.821	47.687.635	131.126	3.305.938	36.108	978.570	150.121	4.545.417	206.230	3.131.019	59.498.753								3.131.019	59.498.753
	13.846	352.887	22.965	532.889	300.427	4.928.649	28.422	548.240	13.454	368.841	86.618	3.907.781	5.695	77.407	471.427	10.716.693							471.427	10.716.693
	13.846	352.887	22.965	532.889	300.427	4.928.649	28.422	548.240	13.454	368.841	86.618	3.907.781	5.695	77.407	471.427	10.716.693							471.427	10.716.693
Totale azienda	2.682.887	33.877.621	47.478	640.766	7.986	86.526	904	9.438	5.527	10														



Tab. 27 - totale prestazioni ambulatoriali anno 2020



Analisi delle liste d'attesa

Il contenimento delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche è ritenuta di importanza prioritaria da parte della giunta regionale, costituisce infatti uno degli obiettivi dei direttori generali delle ASL e del San martino per l'anno 2020. Molti sono gli atti della giunta regionale relativamente alla tematica liste di attesa; l'ultimo d.s. è contenuta nell'atto deliberativo di regione Liguria n.1113/2020 che riserva, tra l'altro, all'allegato 3, il piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa relativamente a tutte le prestazioni ambulatoriali, screening e ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica covid-19. A tal proposito sono state stanziati ulteriori risorse aggiuntive regionali sia per il personale sanitario del comparto che della dirigenza medica alla cui base ogni Asl ligure ha strutturato progetti atti al recupero delle prestazioni sopracitate.

A dimostrazione di quanto sopra scritto ed indipendentemente dalla situazione pandemica in atto che ha fatto reimpostare le modalità e la tempistica dell'erogazione di prestazioni di screening, ambulatoriali e di ricovero differibili e per la quale la programmazione di cui alla sopra citata deliberazione ha avuto quale scopo principale il recupero delle prestazioni medesime tutt'ora in atto in Liguria occorre evidenziare come da sempre il governo dei tempi di attesa abbia rappresentato nella regione uno degli obiettivi prioritari individuati a livello ministeriale e recepiti a livello regionale sia attraverso il Piano regionale di governo delle liste d'attesa (DGR n.545 del 20/05/2011), sia nelle linee di indirizzo regionali (Del. A.Li.Sa. N.1 del 12/01/2017).

In tale contesto, la disponibilità dei dati ottenuti attraverso la BDA consente un'attenta analisi dei bisogni di salute dei residenti liguri che necessitano livelli crescenti di complessità assistenziale e la conseguente programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari in termini di strutturazione di PDTA e PAI in grado di garantire la tempestiva presa in carico dei pazienti e la conseguente erogazione di prestazioni specialistiche appropriate.

Tra le azioni in fase di implementazione per il governo della presa in carico, ha assunto con il PSR 2017-19 particolare rilevanza anche la revisione del sistema CUP a valenza regionale e l'utilizzo del catalogo unico regionale delle prestazioni prescrivibili ed erogabili, con l'obiettivo di semplificare, razionalizzare e controllare l'accesso alle prestazioni ambulatoriali secondo i principi di equità e trasparenza. Tale sistema garantisce l'accesso alle agende di prenotazione di prestazioni specialistiche di tutta la regione da ogni punto della rete e consente pertanto all'assistito di poter prenotare e pagare le prestazioni da ogni punto di accesso. Dal punto di vista dei livelli di interazione tra specialista e assistito, è stata prevista una configurazione del sistema CUP su due livelli:

- Il primo è rappresentato dalla prenotazione delle prestazioni previste in occasione del primo "contatto" con il SSR, attraverso la "prima visita specialistica" o la conduzione di indagini diagnostiche prescritte dal MMG per il primo inquadramento diagnostico. A tal fine, è stata progettata una rete di accesso per la prenotazione delle prestazioni di primo livello multicanale, composta dagli sportelli ASL, call center, ambulatori dei MMG, farmacie, studi specialistici ospedalieri e territoriali, sito web accessibile da parte del cittadino.
- Il secondo è quello funzionale alla presa in carico dell'assistito da parte della struttura sanitaria specialistica e all'attivazione dei PDTA e PAI personalizzati, al fine di ottenere l'approfondimento diagnostico o condurre attività di controllo/follow-up. La prenotazione di prestazioni di elevata specializzazione è gestita unicamente dal centro specialistico e prevede un sistema di agende informatizzato specifico dell'azienda che ha effettuato la presa in carico, fortemente integrato con i sistemi regionali di gestione della prescrizione elettronica. Tale sistema consente pertanto l'attivazione di canali di accesso specifici e preferenziali per i pazienti con pluri-cronicità, e la programmazione delle richieste di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Risulta pertanto evidente come la predisposizione di un canale dedicato alle prestazioni programmate, consenta il miglioramento della risposta del sistema alle prestazioni in classe di priorità urgente, che, seppur non rappresentino una criticità a livello regionale, devono essere garantite e correttamente governate.

2.9 QUADRO DELLA MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA

L'analisi della mobilità passiva rappresenta il fenomeno delle cosiddette "fughe" ossia delle prestazioni di ricovero che i cittadini liguri hanno richiesto e ottenuto presso plessi ospedalieri/istituti di altre regioni.

La mobilità sanitaria rappresenta una duplice criticità per sistema sanitario: viene percepita dal cittadino come una carenza del sistema nel rispondere a un suo bisogno sanitario e rappresenta per le strutture di programmazione, indirizzo e controllo dell'attività sanitaria e sociosanitaria una forma di assistenza non adeguatamente governata.



La presenza di domanda sanitaria inevasa offre l'opportunità di riconsiderare l'offerta nei confronti di specifici bisogni sanitari dei cittadini e di rimodulare la rete assistenziale al fine di garantire, a tutti i cittadini, l'accesso a cure efficaci all'interno del territorio regionale, secondo il principio di prossimità, che deve essere garantito in un modello di presa in carico efficace.

L'analisi dei dati di mobilità passiva extraregionale mostra la presenza nell'ultimo lustro (2012-16) di un saldo negativo che nel periodo ha oscillato tra il 2 e il 2,2% del Fondo Sanitario Regionale. Il saldo negativo osservato è in gran parte riconducibile agli ambiti ospedaliero, della specialistica ambulatoriale e della farmaceutica. Un impatto rilevante è rappresentato dalla mobilità per prestazioni ortopediche e cardiovascolari, pari, rispettivamente al 32% ed al 15,6% della spesa complessiva per mobilità passiva.

Si rimanda ai documenti di programmazione annuale per la descrizione dell'analisi di contesto del fenomeno.

Gli interventi di contrasto alla mobilità passiva sono strettamente correlati al miglioramento dell'offerta ligure sotto descritta. Per quanto riguarda le prestazioni di bassa e media specializzazione, il modello di presa in carico globale dei pazienti, il rafforzamento dell'organizzazione della continuità assistenziale e dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali, il contenimento dei tempi d'attesa e le azioni descritte per perseguimento dell'appropriatezza sono interventi che potranno concorrere alla riduzione della mobilità sanitaria extraregionale.

Per alcune forme di domanda caratterizzate da elevata complessità, che sembrano non trovare una completa risposta all'interno del contesto regionale, il potenziamento dei centri di eccellenza già presenti sul nostro territorio e del loro ruolo all'interno della rete, grazie al consolidamento di strategie hub and spoke e forme di governo clinico più efficaci, previste, ad esempio, dall'introduzione dei Dipartimenti Interaziendali Regionali, potrà implementare le capacità attrattive in ambito regionale ed extraregionale.

Le strutture sanitarie private accreditate, nell'ambito dei rapporti di committenza basati sulla programmazione regionale, rappresentano un'opportunità nel dare risposta alle aree di criticità e offrire la possibilità di incrementare la mobilità attiva così come il perfezionamento di accordi interregionali sulla mobilità sanitaria. Nella tabella sotto riportata si evidenzia, suddivisa per Asl il trend della mobilità passiva riferita al quadriennio 2016-2019 che risulta in calo, a livello regionale, nell'ultimo biennio che rispecchia il risultato, seppur consci nella possibilità di ulteriore miglioramento, delle azioni poste in campo con il PSR 2017-2019



Tab.28 - trend della mobilità passiva riferita ai ricoveri annualità 2016/2019

Debitore	Anno	2016			2017			2018			2019		
		Ricoveri	Imp Tariffa Unica	Imp Tariffa Unica	Ricoveri	Imp Tariffa Unica	Imp Tariffa Unica	Ricoveri	Imp Tariffa Unica	Imp Tariffa Unica	Ricoveri	Imp Tariffa Unica	Imp Tariffa Unica
	Mdc												
001 IMPERIESE		2.474	10.791.346,95	10.774.912,04	2.427	10.774.912,04	2.339	9.948.186,40	2.336	10.552.672,00			
	02 - MALATT. DELL'OCCHIO	693	899.912,24	673.124,30	490	673.124,30	400	586.906,45	414	653.906,03			
	03 - MALATT. ORECCHIO/NASO/GOLA	776	1.314.968,04	1.217.555,59	723	1.217.555,59	757	1.306.839,61	696	1.187.317,06			
	04 - MALATT. APPARATO RESPIRAT.	2.649	9.583.922,64	10.528.752,88	2.716	10.528.752,88	2.821	10.572.178,88	2.833	10.440.658,29			
	05 - MALATT.APPARATO CARDIOCIRC.	3.508	17.764.264,16	16.760.760,94	3.321	16.760.760,94	3.562	19.142.385,35	3.466	18.868.357,67			
	06 - MALATT. APPARATO DIGERENTE	3.328	9.377.149,30	9.046.147,57	3.013	9.046.147,57	3.169	9.156.271,34	2.867	8.572.937,27			
	07 - MALATT. EPATOBIL./PANCREAS	1.293	4.501.630,29	4.543.544,40	1.299	4.543.544,40	1.276	4.280.279,66	1.216	4.030.457,01			
	08 - MAL. MUSCOLOSCHIEL./CONNETT.	5.296	19.658.561,71	20.953.540,13	5.225	20.953.540,13	5.407	22.451.634,52	5.425	22.872.254,25			
	09 - MAL.PELLE/SOTTOCUT/MAM MELLA	1.290	2.366.269,23	2.352.665,92	1.240	2.352.665,92	1.285	2.436.294,67	1.278	2.386.195,87			



REGIONE LIGURIA

10 - MAL. ENDOCR/METABOL/NUTRIZ	823	1.475.870,07	904	1.711.030,90	869	1.613.747,50	911	1.776.800,22
11 - MALATT. RENE/VIE URINARIE	1.836	5.959.817,36	1.905	6.452.705,06	2.038	6.739.730,87	2.069	6.688.431,70
12 - MALATT. RIPRODUTT. MASCHILE	562	1.442.054,71	500	1.407.883,49	599	1.505.071,01	503	1.285.005,40
13 - MALATT. RIPRODUTT. FEMMIN.	1.147	2.423.227,85	1.118	2.412.428,56	1.083	2.358.455,70	1.074	2.326.554,10
14 - GRAVIDANZA, PARTO, PUERPERIO	1.977	2.749.432,55	1.834	2.570.311,74	1.783	2.571.972,68	1.775	2.523.883,73
15 - MALATT. PERIODO NEONATALE	1.368	2.081.537,11	1.373	2.486.660,34	1.298	2.334.933,92	1.274	2.177.275,74
16 - MAL. SANGUE/EMATOPOIE/IMMUN	623	1.184.880,99	541	1.163.143,93	658	1.198.957,08	632	1.107.971,24
17 - MAL. MIELOPROLIF/NEOPLASIE	1.418	6.976.931,03	1.468	7.471.065,49	1.599	8.087.447,23	1.605	7.959.419,52
18 - MAL. INFETTIVE/PARASSITARIE	567	2.604.598,62	820	3.724.686,31	898	4.139.924,36	905	4.390.020,06
19 - MALATT. MENTALI	1.131	2.397.478,06	1.158	2.541.889,92	1.111	2.355.229,34	1.104	2.348.967,34
20 - MALATT. ALCOOL/FARMACI	35	101.654,20	59	162.342,14	45	152.972,50	70	246.069,76
21 - TRAUM/AVVELEN/INTOSS FARMAC	162	419.751,88	152	401.951,36	173	472.846,33	164	519.493,81
22 - USTIONI	16	89.266,54	25	241.181,91	19	160.648,7	12	102.180,22



									9				
	23 - FATTORI INFLUENZANTI SALUTE	572	1.039.515,4 7	673	905.756,97	725	910.435,1 7	734	921.638,80				
	24 - TRAUMI MULTIPLI SIGNIFICAT.	37	446.010,00	48	534.997,57	37	488.724,4 6	55	664.127,13				
	25 - INFEZIONI DA H.I.V.	24	168.415,00	29	184.168,06	20	136.499,0 0	15	111.334,00				
	NA -	64	330.272,03	35	176.427,77	20	135.000,3 4	17	83.871,28				
	PR - PRE-MDC	95	4.344.602,0 8	93	4.108.921,36	99	4.518.760 ,20	109	4.792.217,65				
001	IMPERIESE	33.764	112.493,34 0,11	33.189	115.508.556,6 5	34.090	119.762,3 33,36	33.559	119.590.017,15				
002	SAVONESE	4.000	16.840.128, 80	3.806	16.472.779,16	3.880	17.263,49 7,25	3.699	16.440.497,69				
	01 - MALATT. DEL SISTEMA NERVOSO	823	1.177.956,2 0	732	1.073.221,89	595	871.404,1 1	599	930.584,85				
	02 - MALATT. DELL'OCCHIO	1.521	2.500.599,7 6	1.520	2.480.804,65	1.500	2.467.359 ,97	1.473	2.577.878,28				
	03 - MALATT. ORECCHIO/NASO/GOLA	4.167	13.677.862, 59	4.476	14.959.619,64	4.533	15.113,38 3,39	4.193	14.365.312,51				
	04 - MALATT. APPARATO RESPIRAT.	5.678	26.475.942, 56	5.359	24.921.066,81	5.253	24.621,33 6,86	5.382	26.314.735,71				
	05 - MALATT.APPARATO CARDIOCIRC.	4.295	12.452.069, 98	4.327	12.141.118,47	4.217	12.349,33 9,48	4.127	12.089.358,97				
	06 - MALATT. APPARATO DIGERENTE												



REGIONE LIGURIA

07 - MALATT. EPATOBIL./PANCREAS	2.013	6.987.774,3 4	1.881	6.421.383,41	1.972	6.405.159 ,85	1.985	6.477.881,55
08 - MAL. MUSCOLOSCHEL./CONNETT.	7.780	28.413.250, 12	7.856	30.332.586,18	8.058	32.767.13 2,23	8.178	33.393.835,19
09 - MAL.PELLE/SOTTOCUT/MAM MELLA	1.865	3.606.151,9 9	1.751	3.331.212,09	1.687	3.140.101 ,75	1.719	3.152.184,64
10 - MAL. ENDOCR/METABOL/NUTRIZ	1.201	2.133.440,7 4	1.308	2.413.749,71	1.159	2.249.292 ,90	1.312	2.594.147,95
11 - MALATT. RENE/VIE URINARIE	2.987	7.787.535,5 3	3.048	8.488.592,25	3.238	8.830.133 ,14	3.176	8.415.690,75
12 - MALATT. RIPRODUUTT. MASCILE	736	1.665.853,2 0	724	1.623.924,53	748	1.627.537 ,19	778	1.702.667,31
13 - MALATT. RIPRODUUTT. FEMMIN.	1.646	3.168.183,8 1	1.452	2.862.280,62	1.459	2.763.958 ,05	1.442	2.923.417,75
14 - GRAVIDANZA,PARTO,PUERPE RIO	2.580	3.563.061,4 7	2.369	3.275.014,30	2.260	3.192.256 ,21	2.168	3.113.375,85
15 - MALATT. PERIODO NEONATALE	1.746	3.704.300,8 4	1.590	2.851.218,51	1.560	3.562.734 ,38	1.494	3.475.019,23
16 - MAL. SANGUE/EMATOPOIE/IMMUN	952	1.987.209,3 2	1.218	2.205.441,62	1.323	2.458.073 ,74	1.102	1.926.763,77
17 - MAL. MIELOPROLIF/NEOPLASIE	2.622	11.407.691, 07	2.544	11.040.265,35	2.468	11.362.06 3,68	2.630	12.644.978,89
18 - MAL. INFETTIVE/PARASSITARIE	1.060	5.038.914,1 2	1.001	4.350.265,72	1.140	5.353.154 ,12	1.177	5.478.905,83



REGIONE LIGURIA

19 - MALATT. MENTALI	1.521	2.973.023,4 5	1.504	2.937.878,06	1.516	2.981.658 ,02	1.506	2.873.139,07
20 - MALATT. ALCOOL/FARMACI	103	220.896,10	94	201.761,42	78	156.507,1 2	83	157.822,52
21 - TRAUM/A VVELEN/INTOSS FARMAC	240	606.753,62	264	712.204,29	266	648.740,2 0	298	755.368,98
22 - USTIONI	21	86.197,77	20	131.921,37	33	193.118,4 8	24	218.503,45
23 - FATTORI INFLUENZANTI SALUTE	1.197	2.704.893,7 4	1.139	2.579.477,25	1.135	1.958.673 ,68	1.214	2.296.258,56
24 - TRAUMI MULTIPLI SIGNIFICAT.	60	853.791,93	80	1.073.747,57	65	887.445,0 0	58	663.667,42
25 - INFEZIONI DA H.I.V.	28	171.838,24	32	154.939,24	33	180.705,0 8	42	253.067,02
NA -	39	227.211,43	25	128.524,51	31	182.542,9 4	21	111.818,71
PR - PRE-MDC	110	4.355.266,2 7	95	3.917.240,03	122	5.441.506 ,30	113	4.873.950,13
002 SAVONESE	50.991	164.787,79 8,99	50.215	163.082.238,6 5	50.329	169.028,8 15,12	49.993	170.220.832,58
003 GENOVESE	9.874	45.280.255, 25	9.352	44.407.261,25	8.900	43.507,18 2,68	8.684	42.418.083,85
02 - MALATT. DELL'OCCHIO	1.945	3.071.574,1 0	1.983	3.142.428,28	2.149	3.376.690 ,59	2.099	3.309.188,51



REGIONE LIGURIA

03 - MALATT. ORECCHIO/NASO/GOLA	4.000	7.512.381,27	3.708	6.758.626,89	3.524	6.437.364,78	3.417	6.371.793,44
04 - MALATT. APPARATO RESPIRAT.	8.614	33.125.435,34	8.600	33.005.211,52	8.950	34.709.988,65	8.769	35.207.121,45
05 - MALATT.APPARATO CARDIOCIRC.	11.912	59.917.105,02	11.839	59.425.559,20	11.308	58.398.096,84	11.134	58.285.317,87
06 - MALATT. APPARATO DIGERENTE	9.077	32.205.705,81	8.636	30.646.758,14	8.557	30.522.764,44	8.751	31.208.796,83
07 - MALATT. EPATOBIL./PANCREAS	4.473	17.256.135,99	4.371	16.453.377,10	4.123	16.320.246,99	4.082	16.487.510,75
08 - MAL. MUSCOLOSCHEL./CONNETT.	19.392	76.094.403,58	18.172	75.606.575,63	18.508	77.625.609,22	18.190	77.220.983,12
09 - MAL.PELLE/SOTTOCUT/MAMMELLA	5.564	10.842.606,93	5.449	10.323.386,06	5.764	10.894.826,32	5.475	9.950.238,68
10 - MAL. ENDOCR/METABOL/NUTRIZ	3.426	5.413.190,09	3.605	5.591.122,52	3.640	5.647.808,32	3.736	6.180.999,32
11 - MALATT. RENE/VIE URINARIE	6.165	18.335.186,52	6.410	19.506.950,83	6.096	18.316.548,53	6.268	18.606.702,10
12 - MALATT. RIPRODUTT. MASCHILE	2.149	4.715.988,15	2.219	4.743.302,75	1.944	4.631.526,58	1.979	4.776.886,21
13 - MALATT. RIPRODUTT. FEMMIN.	4.421	8.730.837,65	4.447	8.959.737,05	4.337	8.621.652,07	4.249	8.430.786,49
14 - GRAVIDANZA,PARTO,PUERPERIO	7.149	10.150.480,52	6.871	9.584.305,30	6.131	8.812.975,44	6.241	9.058.987,91



REGIONE LIGURIA

15 - MALATT. PERIODO NEONATALE	4.447	10.376.639,51	4.335	9.607.801,97	4.292	9.382.407,00	4.019	9.618.114,04
16 - MAL. SANGUE/EMATOPOIE/IMMUN	1.694	4.184.735,44	1.926	4.796.799,59	1.891	4.590.054,34	1.744	4.354.220,64
17 - MAL. MIELOPROLIF/NEOPLASIE	6.604	33.406.055,90	6.906	35.298.374,31	6.798	35.803.626,25	6.959	34.597.029,52
18 - MAL. INFETTIVE/PARASSITARIE	2.648	13.672.648,30	2.781	13.872.057,30	2.851	14.822.638,88	2.909	15.222.582,61
19 - MALATT. MENTALI	4.062	7.852.341,48	3.697	7.088.088,38	3.495	6.841.439,41	3.342	6.842.014,45
20 - MALATT. ALCOOL/FARMACI	480	1.221.174,17	458	1.089.767,60	435	997.474,80	375	913.176,01
21 - TRAUM/A VVELEN/INTOSS FARMAC	708	2.064.229,30	735	1.963.515,82	629	1.825.883,20	619	1.732.591,92
22 - USTIONI	70	487.319,84	73	641.668,98	61	576.716,54	54	384.202,02
23 - FATTORI INFLUENZANTI SALUTE	2.635	4.591.435,18	2.752	4.545.036,91	2.924	4.744.090,22	3.134	4.379.295,62
24 - TRAUMI MULTIPLI SIGNIFICAT.	156	1.623.848,91	167	1.742.917,28	142	1.568.556,80	134	1.475.150,43
25 - INFEZIONI DA H.I.V.	125	699.933,23	124	831.605,01	129	852.667,67	94	518.221,54
NA -	327	2.348.832,08	230	1.588.903,44	232	1.672.704,25	155	1.094.067,15
PR - PRE-MDC	316	14.921.258,30	292	13.705.671,52	316	14.592.603,37	283	13.722.309,17



003 GENOVESE		122.433	430.101.73 7,86	120.138	424.926.810,6 3	118.126	426.094.1 44,18	116.895	422.366.371,65
004 CHIAVARESE									
	01 - MALATT. DEL SISTEMA NERVOSO	1.663	8.011.348,3 9	1.571	7.868.160,39	1.633	8.291.977 ,04	1.589	8.151.850,37
	02 - MALATT. DELL'OCCHIO	355	556.615,70	371	570.362,40	398	623.488,7 9	348	549.090,33
	03 - MALATT. ORECCHIO/NASO/GOLA	883	1.512.668,5 0	781	1.394.588,94	684	1.269.467 ,50	684	1.343.951,04
	04 - MALATT. APPARATO RESPIRAT.	1.815	6.746.374,8 8	2.118	7.845.443,25	1.972	7.318.359 ,01	2.009	7.713.554,32
	05 - MALATT. APPARATO CARDIOCIRC.	2.166	10.845.124, 85	2.264	11.896.894,60	2.321	11.869.76 3,89	2.332	12.446.822,59
	06 - MALATT. APPARATO DIGERENTE	1.781	5.529.632,3 6	1.699	5.564.256,19	1.789	6.058.646 ,19	1.761	5.719.416,50
	07 - MALATT. EPATOBIL./PANCREAS	809	2.898.001,1 0	837	2.739.468,35	841	2.783.596 ,08	755	2.742.786,06
	08 - MAL. MUSCOLOSCHEL./CONNETT.	4.053	16.571.709, 08	3.968	16.938.890,83	3.985	16.432.58 0,92	3.868	15.665.267,02
	09 - MAL.PELLE/SOTTOCUT/MAM MELLA	839	1.663.537,5 2	736	1.386.117,58	827	1.524.432 ,04	889	1.543.164,01
	10 - MAL. ENDOCR/METABOL/NUTRIZ	631	1.028.121,8 4	699	1.081.393,42	636	1.033.449 ,14	615	1.081.610,84
	11 - MALATT. RENE/VIE URINARIE	1.212	3.875.849,5 7	1.341	4.415.454,51	1.404	4.642.334 ,42	1.259	4.004.189,17



REGIONE LIGURIA

12 - MALATT. RIPRODUTT. MASCHILE	373	959.623,42	364	957.275,15	382	912.205,38	370	990.948,47
13 - MALATT. RIPRODUTT. FEMMIN.	862	1.786.646,65	913	1.979.644,33	833	1.670.231,96	813	1.723.624,25
14 - GRAVIDANZA,PARTO,PUERPERIO	1.392	1.913.187,66	1.308	1.812.707,82	1.211	1.689.789,79	1.169	1.722.697,30
15 - MALATT. PERIODO NEONATALE	949	1.641.076,93	925	1.697.779,30	856	1.384.786,12	855	1.899.143,64
16 - MAL. SANGUE/EMATOPOIE/IMMUN	231	559.215,61	241	686.340,28	247	686.462,86	245	556.357,74
17 - MAL. MIELOPROLIF/NEOPLASIE	1.351	6.495.255,57	1.368	6.382.288,31	1.260	5.759.656,98	1.251	5.426.163,47
18 - MAL. INFETTIVE/PARASSITARIE	492	2.423.648,32	581	3.136.747,83	518	2.778.773,70	504	2.951.042,27
19 - MALATT. MENTALI	593	1.238.403,96	580	1.152.781,78	518	1.142.926,25	562	1.031.878,49
20 - MALATT. ALCOOL/FARMACI	126	377.515,65	185	447.617,30	134	342.240,59	143	358.341,80
21 - TRAUM/AVVELEN/INTOSS FARMAC	157	488.545,18	155	446.527,64	152	402.539,19	135	367.167,80
22 - USTIONI	8	97.601,26	16	123.778,11	16	98.794,80	13	51.878,03
23 - FATTORI INFLUENZANTI SALUTE	484	992.834,19	426	818.667,14	384	581.168,16	413	679.634,77
24 - TRAUMI MULTIPLI SIGNIFICAT.	47	468.762,38	40	389.996,11	23	287.434,78	26	280.784,65



REGIONE LIGURIA

	25 - INFEZIONI DA H.I.V.	18	117.427,88	16	104.406,25	26	148.311,7 3	15	113.397,18
	NA -	37	272.036,64	22	183.390,09	14	122.582,3 4	14	104.632,84
	PR - PRE-MDC	65	2.738.631,4 0	75	3.550.130,92	61	2.892.219 ,16	62	2.835.525,87
004	CHIAVARESE	23.392	81.809.396, 49	23.600	85.571.108,82	23.125	82.748.21 8,81	22.699	82.054.920,82
005	SPEZZINO	2.571	12.494.413, 31	2.488	12.140.942,16	2.320	11.827.60 7,40	2.363	12.427.724,17
	01 - MALATT. DEL SISTEMA NERVOSO	658	960.572,50	619	926.287,94	578	854.772,2 0	553	822.220,87
	03 - MALATT. ORECCHIO/NASO/GOLA	1.361	2.313.556,7 9	1.208	2.078.488,34	1.219	1.990.302 ,75	1.375	2.298.548,00
	04 - MALATT. APPARATO RESPIRAT.	3.151	12.082.002, 79	3.265	12.593.960,11	3.442	13.209.00 5,30	3.589	13.524.351,43
	05 - MALATT.APPARATO CARDIOCIRC.	4.447	24.532.809, 12	4.165	22.949.938,28	4.183	24.329.24 1,79	4.169	23.165.074,58
	06 - MALATT. APPARATO DIGERENTE	2.443	8.132.109,5 4	2.370	7.851.275,29	2.385	8.164.481 ,26	2.408	8.240.960,66
	07 - MALATT. EPATOBIL./PANCREAS	1.315	4.736.812,3 9	1.205	4.114.130,23	1.223	4.208.604 ,13	1.252	4.311.127,19
	08 - MAL. MUSCOLOSCHEL./CONNETT.	5.484	22.876.161, 32	5.463	23.072.615,81	5.468	24.131.39 8,71	4.847	22.153.708,66



REGIONE LIGURIA

09 - MAL.PELLE/SOTTOCUT/MAM MELLA	1.168	2.199.485,4 5	986	1.896.165,87	1.047	1.937.140 ,85	1.108	1.905.842,29
10 - MAL. ENDOCR/METABOL/NUTRIZ	710	1.423.819,3 7	782	1.558.831,48	789	1.577.080 ,26	844	1.771.854,63
11 - MALATT. RENE/VIE URINARIE	1.967	5.681.517,7 8	1.932	5.760.901,98	2.058	6.110.285 ,87	2.026	6.323.952,67
12 - MALATT. RIPRODUUTT. MASCHILE	443	1.015.041,4 0	455	1.158.093,25	480	1.161.369 ,06	573	1.419.806,51
13 - MALATT. RIPRODUUTT. FEMMIN.	1.103	2.181.714,9 7	978	2.116.666,44	1.156	2.324.312 ,49	1.039	2.180.984,24
14 - GRAVIDANZA,PARTO,PUERPE RIO	2.401	3.130.391,9 3	2.226	3.015.105,40	1.993	2.710.809 ,28	1.919	2.636.301,11
15 - MALATT. PERIODO NEONATALE	1.487	3.368.569,4 2	1.447	3.073.966,22	1.369	2.869.486 ,49	1.365	2.963.299,18
16 - MAL. SANGUE/EMATOPOIE/IMMUN	394	855.657,71	411	921.726,30	423	880.644,2 5	401	877.370,07
17 - MAL. MIELOPROLIF/NEOPLASIE	1.700	8.234.122,5 5	1.673	7.571.269,13	1.643	8.152.623 ,45	1.768	9.343.545,36
18 - MAL. INFETTIVE/PARASSITARIE	976	5.094.061,4 9	1.045	5.499.396,58	1.016	5.206.576 ,44	939	4.636.827,67
19 - MALATT. MENTALI	857	1.740.016,8 8	867	1.713.315,93	859	1.678.443 ,55	806	1.591.691,69
20 - MALATT. ALCOOL/FARMACI	158	346.252,98	160	316.583,26	159	304.564,5 2	160	296.965,32



REGIONE LIGURIA

21 - TRAUMI/AVVULEN/INTOSS FARMAC	317	721.877,37	255	652.616,03	224	669.810,94	202	492.568,71
22 - USTIONI	22	150.667,42	7	111.272,45	13	149.266,71	9	42.476,00
23 - FATTORI INFLUENZANTI SALUTE	464	918.723,21	555	1.019.110,96	457	670.600,65	422	728.329,12
24 - TRAUMI MULTIPLI SIGNIFICAT.	56	587.989,59	67	609.559,40	55	617.577,55	44	504.385,65
25 - INFEZIONI DA H.I.V.	30	212.808,46	31	214.541,45	22	119.821,54	9	53.753,12
NA -	27	196.753,52	20	121.826,23	17	111.755,32	12	78.459,02
PR - PRE-MDC	84	3.635.337,48	91	3.959.071,59	89	3.809.148,98	67	3.088.219,54
005 SPEZZINO	35.794	129.823,246,74	34.771	127.017.658,11	34.687	129.776,731,74	34.269	127.880.347,46
Totale	266.374	919.015.520,19	261.913	916.106.372,86	260.357	927.410.243,21	257.415	922.112.489,66
Anno	2016		2017		2018		2019	
	Ricoveri	Imp Tariffa Unica	Ricoveri	Imp Tariffa Unica	Ricoveri	Imp Tariffa Unica	Ricoveri	Imp Tariffa Unica
Mdc								



REGIONE LIGURIA

01 - MALATT. DEL SISTEMA NERVOSO	20.582	93.417.492,70	19.644	91.664.055,00	19.072	90.838.450,77	18.671	89.990.828,08
02 - MALATT. DELL'OCCHIO	4.474	6.666.630,74	4.195	6.385.424,81	4.120	6.313.262,14	4.013	6.264.990,59
03 - MALATT. ORECCHIO/NASO/GOLA	8.541	15.154.174,36	7.940	13.930.064,41	7.684	13.471.334,61	7.645	13.779.487,82
04 - MALATT. APPARATO RESPIRAT.	20.396	75.215.598,24	21.175	78.932.987,40	21.718	80.922.915,23	21.393	81.250.998,00
05 - MALATT.APPARATO CARDIOCIRC.	27.711	139.535.245,71	26.948	135.954.219,83	26.627	138.360.824,73	26.483	139.080.308,42
06 - MALATT. APPARATO DIGERENTE	20.924	67.696.666,99	20.045	65.249.555,66	20.117	66.251.502,71	19.914	65.831.470,23
07 - MALATT. EPATOBIL./PANCREAS	9.903	36.380.354,11	9.593	34.271.903,49	9.435	33.997.886,71	9.290	34.049.762,56
08 - MAL. MUSCOLOSCHEL./CONNETT.	42.005	163.614.085,81	40.684	166.904.208,58	41.426	173.408.355,60	40.508	171.306.048,24
09 - MAL.PELLE/SOTTOCUT/MAMMELLA	10.726	20.678.051,12	10.162	19.289.547,52	10.610	19.932.795,63	10.469	18.937.625,49
10 - MAL. ENDOCR/METABOL/NUTRIZ	6.791	11.474.442,11	7.298	12.356.128,03	7.093	12.121.378,12	7.418	13.405.412,96
11 - MALATT. RENE/VIE URINARIE	14.167	41.639.906,76	14.636	44.624.604,63	14.834	44.639.032,83	14.798	44.038.966,39
12 - MALATT. RIPRODUTT. MASCHILE	4.263	9.798.560,88	4.262	9.890.479,17	4.153	9.837.709,22	4.203	10.175.313,90
13 - MALATT. RIPRODUTT.	9.179	18.290.610,	8.908	18.330.757,00	8.868	17.738,61	8.617	17.585.366,83



REGIONE LIGURIA

FEMMIN.	93								0,27			
14 - GRAVIDANZA,PARTO,PUERPERIO	15.499	21.506.554,13	14.608	20.257.444,56	13.378	18.977.803,40	13.272	19.055.245,90				
15 - MALATT. PERIODO NEONATALE	9.997	21.172.123,81	9.670	19.717.426,34	9.375	19.534.347,91	9.007	20.132.851,83				
16 - MAL. SANGUE/EMATOPOIE/IMMUN	3.894	8.771.699,07	4.337	9.773.451,72	4.542	9.814.192,27	4.124	8.822.683,46				
17 - MAL. MIELOPROLIF/NEOPLASIE	13.695	66.520.056,12	13.959	67.763.262,59	13.768	69.165.417,59	14.213	69.971.136,76				
18 - MAL. INFETTIVE/PARASSITARIE	5.743	28.833.870,85	6.228	30.583.153,74	6.423	32.301.067,50	6.434	32.679.378,44				
19 - MALATT. MENTALI	8.164	16.201.263,83	7.806	15.433.954,07	7.499	14.999.696,57	7.320	14.687.691,04				
20 - MALATT. ALCOOL/FARMACI	902	2.267.493,10	956	2.218.071,72	851	1.953.759,53	831	1.972.375,41				
21 - TRAUM/A VVELEN/INTOSS FARMAC	1.584	4.301.157,35	1.561	4.176.815,14	1.444	4.019.819,86	1.418	3.867.191,22				
22 - USTIONI	137	911.052,83	141	1.249.822,82	142	1.178.545,32	112	799.239,72				
23 - FATTORI INFLUENZANTI SALUTE	5.352	10.247.401,79	5.545	9.868.049,23	5.625	8.864.967,88	5.917	9.005.156,87				
24 - TRAUMI MULTIPLI SIGNIFICAT.	356	3.980.402,81	402	4.351.217,93	322	3.849.738,59	317	3.588.115,28				
25 - INFEZIONI DA H.I.V.	225	1.370.422,81	232	1.489.660,01	230	1.438.005,02	175	1.049.772,86				



REGIONE LIGURIA

NA -	494	3.375.105,7 0	332	2.199.072,04	314	2.224.585 ,19	219	1.472.849,00
PR - PRE-MDC	670	29.995.095, 53	646	29.241.035,42	687	31.254.23 8,01	634	29.312.222,36
Totale	266.374	919.015.52 0,19	261.913	916.106.372,8 6	260.357	927.410.2 43,21	257.415	922.112.489,66



2.10 LA RETE SANITARIA LIGURE AI SENSI DEL PSR 2017/2019 E IL SUO POTENZIAMENTO ALLA LUCE DELLA PANDEMIA COVID-19

La rete ai sensi del PSR 2017-2019

La riprogettazione della rete ospedaliera ligure, ancora in atto, ha costituito la risposta organizzativa strategica alle numerose sfide legate ai cambiamenti in ambito epidemiologico, normativo, economico-finanziario ed è elemento costitutivo della riorganizzazione di sistema proposta dalle leggi di riforma. Se da un lato, le recenti normative e la contrazione di risorse destinante al Servizio Sanitario Regionale hanno imposto un processo di razionalizzazione delle reti ospedaliere secondo principi di appropriatezza dell'offerta, adeguamento qualitativo della stessa e congruità dimensionale, con il Piano socio sanitario 2017-19 Regione Liguria ai sensi delle normative nazionali si è posta obiettivi legati all'efficienza gestionale di sistema e al miglioramento dell'offerta alla luce dei reali bisogni dei cittadini, promuovendo una governance della mobilità passiva e favorendo il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio. Il raggiungimento degli obiettivi soprariportati non ha potuto prescindere da un upgrading sia organizzativo, sia tecnologico che si sta svolgendo ancora oggi nelle Asl, presso l'IRCSS San Martino, Gaslini, Galliera e Evangelico.

I principi della riorganizzazione, si muovono nelle direzioni di migliorare l'organizzazione di sistema e implementare l'offerta sia in termini di tecnologia, sia di logistica. Quest'ultimo aspetto rappresenta una priorità alla luce di un patrimonio edilizio sanitario complessivamente vetusto e di layout ospedalieri che rappresentano un ostacolo all'applicazione di nuovi modelli organizzativi - i.e. ospedale per intensità di cura, aree omogenee di attività - all'ottimizzazione dei percorsi, all'impiego di nuove tecnologie e all'efficientamento dell'attività (DGR 384 del 19/5/2017, ad oggetto "Programmazione del rinnovo del parco ospedaliero ligure-indirizzi operativi"). Risulta pertanto un obiettivo strategico migliorare l'offerta per rispondere alle esigenze di massima sicurezza ed elevato comfort del paziente e di rinnovamento tecnologico mediante la costruzione di 3 nuovi ospedali ad elevata innovazione tecnologica, che assumeranno nei prossimi anni ruolo di riferimento nelle 3 aree ottimali regionali ed andranno integrare la rete ospedaliera regionale:

- Ospedale del Ponente dell'area metropolitana genovese
- Ospedale Unico ad Arma di Taggia
- Ospedale di La Spezia - Nuovo Felettino

La realizzazione di strutture, che saranno il riferimento per l'attività ad elevata intensità e complessità, consentirà la conversione di alcuni stabilimenti ed il potenziamento e la capillarizzazione dell'offerta dell'attività ad elevata integrazione territoriale.

Il panorama del rinnovo del parco ospedaliero regionale è completato dalla costruzione del nuovo ospedale Galliera in atto.

I programmi di edilizia sanitaria, finalizzati all'adeguamento e al potenziamento delle strutture pubbliche che costituiscono la rete ospedaliera regionale, non si limitano ai sopracitati progetti, ma prevedono attività di riqualificazione, ristrutturazioni e adeguamenti necessari alla riorganizzazione e al mantenimento degli standard di sicurezza normativi, i.e. riqualificazione funzionale e strutturale dell'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure, adeguamento funzionale dell'Ospedale Policlinico San Martino (DGR 384 del 19/5/2017).

Sinotticamente, si riportano di seguito i principi e gli elementi fondanti del processo di riorganizzazione della rete:

-Specializzazione della vocazione delle strutture, con spiccata concentrazione della casistica per omogeneità; l'obiettivo è tendere ad "ospedali e professionisti ad alti volumi" e dare concreta attuazione al modello hub and spoke, in particolare per i percorsi ad elevata complessità. Il Dipartimento Interaziendale Regionale, fulcro del governo clinico e della capillarizzazione di percorsi integrati di cura evidence-based e condivisi su tutto il territorio regionale, rappresenta lo strumento per la concentrazione nella fase ospedaliera della massima intensità di cura e dell'alta tecnologia. Si rimanda al paragrafo sul ruolo delle diverse Aziende e stabilimenti ospedalieri per la descrizione del quadro regionale e gli approfondimenti necessari

-Spiccata integrazione tra i centri di riferimento a vocazione oncologica, cardiocirurgica, neurologica. Il piano di riorganizzazione della rete prevede, oltre al consolidamento del modello hub and spoke, un rafforzamento del coordinamento funzionale tra le strutture centro di riferimento in ambito regionale al fine di garantire maggiore plasticità e flessibilità del sistema e orientare verso la citata concentrazione della casistica. La rafforzata



governance delle strutture orizzontali, garantita da A.Li.Sa. e dal Dipartimento Interaziendale Regionale, ha favorito questi processi di integrazione tra poli ad attività omogenea tutt'ora in atto.

-Riorganizzazione e potenziamento del sistema emergenza/urgenza, secondo un'organizzazione basata su livelli di complessità crescente, con relazioni costruite sul modello hub and spoke, e dimensionata secondo i bacini di popolazione, le caratteristiche orografiche del territorio, la viabilità, il rilevante flusso turistico. L'articolazione dell'offerta delle specialità ad elevata complessità è stata formulata sulla base dei volumi minimi di attività e sulla tempestività della risposta tempo dipendente. La presenza di nodi del sistema emergenza/urgenza in aree disagiate ed una maggiore capillarità consentono la copertura di aree periferiche ad elevata prevalenza di popolazione anziana e l'ottimale risposta a patologie complesse.

Complessivamente, l'offerta del sistema emergenza/urgenza nell'area corrispondente ai territori delle ASL 3 e 4, ove si verificano le condizioni di sostenibilità potrà prevedere 3 Punti di Primo Intervento nel territorio di ASL 3 e 1 Punto di Primo Intervento nel territorio di ASL 4 in grado di garantire in aree non coperte da altre strutture della rete dell'emergenza il trattamento di patologie a bassa gravità che non richiedono assistenza ospedaliera, 2 Pronto Soccorso (PS, n. =1 nel territorio di ASL 3 e n.=1 nel territorio di ASL 4), 3 Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione di primo livello (DEA I livello, n.=2 nel territorio di ASL 3 e 1 in ASL 4) e 2 DEA II livello, uno pediatrico e uno dell'adulto, nel territorio di ASL 3. Qualora non si verificassero le condizioni di sostenibilità sopraindicate, permane l'attuale funzione di Punto di Primo Intervento di Rapallo. Alla luce della riconfigurazione descritta più avanti, il DEA I livello del Ponente cittadino sarà parte integrante dell'"Ospedale del Ponente". Nell'area ottimale regionale di Ponente, corrispondente ai territori della ASL 1 e 2, è prevista la trasformazione dei PPI in PS (n.=1 in ASL 1, 2 in ASL 2) coerentemente con le raccomandazioni espresse nel DM 70/2015. Sono nodi del sistema emergenza/urgenza un DEA I livello in ASL 1, presso l'Ospedale Unico ad Arma di Taggia, ed in ASL2 (Ospedale San Paolo a Savona) e un DEA II livello (Ospedale Santa Corona a Pietra Ligure) in ASL 2. In ASL 5, il sistema sarà costituito da una concessione di servizi, con un DEA di I livello presso il nuovo Ospedale di La Spezia - Felettino.

Nell'ambito del potenziamento del sistema emergenza/urgenza è stata prevista e nella maggior parte attuata l'implementazione dei posti letto di medicina d'urgenza al fine di garantire un'adeguata separazione dei percorsi di elezione e d'urgenza/emergenza. Questa intersezione rappresenta per gli hub regionali una delle principali limitazioni allo sviluppo di aree di eccellenza che si realizzano sui percorsi elettivi e che consentono il contrasto alla mobilità passiva e l'implementazione dei fenomeni di attrazione.

-Stringente coerenza tra livelli di complessità crescente del sistema emergenza/urgenza e dotazione di specialità dell'ospedale. Recependo i dettami normativi e coerentemente al processo di razionalizzazione delle reti ospedaliere secondo principi di appropriatezza, adeguamento qualitativo e congruità dimensionale, la riorganizzazione del sistema emergenza/urgenza e dell'attività in elezione sono coerenti con i livelli gerarchici di complessità, l'intensità di cura garantita, la dotazione di specialità e i bacini d'utenza delle strutture ospedaliere che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti.

-Mantenimento della dotazione di posti letto per acuti ed implementazione della dotazione di posti letto per riabilitazione e a media intensità. L'obiettivo dell'incremento di offerta è rispondere al fabbisogno di presa in carico di soggetti fragili e anziani nella fase di dimissione post-acuzie alla luce dell'attuale dotazione sottodimensionata rispetto agli standard nazionali fissati dal DM 70/2015 e dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni. Gli ambiti di implementazione dell'offerta riguardano la riabilitazione funzionale ortopedica, neurologica e cardiologica. E' prevista l'attivazione di 2 poli di riferimento di riabilitazione intensiva ad Alta Specializzazione per pazienti che hanno subito gravi lesioni cerebrali (traumi cranici, emorragie e infarti cerebrali o anossie da arresto cardiaco o da annegamento, ecc.) nel territorio delle ASL 3 e 5.

-Il percorso verso l'autentica integrazione ospedale-territorio: implementazione dell'attività ambulatoriale e territoriale, potenziamento dei reparti a media-bassa intensità, sperimentazione di nuovi modelli organizzativi volti alla gestione integrata dei percorsi.

La riorganizzazione della rete mira a favorire i punti di integrazione più "naturali" dell'ospedale con il territorio dalla specialistica ambulatoriale, alle strutture intermedie ospedale-territorio - day Service, care- e case-management - o caratterizzate da bassa intensità di cura, al regime di assistenza domiciliare o residenziale. Quest'azione, centrale nello riequilibrio tra funzione territoriale e mission ospedaliera, è coerente con gli obiettivi strategici del piano della presa in carico globale del paziente, della continuità del percorso integrato di cura, dell'implementazione dell'appropriatezza del setting erogativo. La riorganizzazione della rete vede fortemente potenziata l'offerta legata alle attività riabilitative post-acuzie e ad elevata integrazione territoriale ed è caratterizzata dall'introduzione di strutture intermedie ospedale-territorio o caratterizzate da bassa intensità anche con spiccate caratteristiche innovative, i.e. reparti a gestione infermieristica.

**Il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID19**

Il Piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 previsto dal decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34 nella regione Liguria è stato strutturato in accordo alle linee di indirizzo come sinteticamente di seguito elencato:

–	potenziamento dell’offerta in terapia intensiva e assistenza ad alta intensità di cure	Po
–	rete emergenza urgenza ospedaliera	Re
–	emergenza territoriale	E
–	partizione regionale delle risorse disponibili	Ri
–	personale	Pe

Potenziamento dell’offerta in terapia intensiva e assistenza ad alta intensità di cure

La risposta dell’offerta intensivistica e ad alta intensità di cure nel corso delle fasi di accrescimento della curva del contagio dei casi di infezione da SARS-CoV-2 e del picco epidemico è stata caratterizzata da una progressiva riduzione dell’attività elettiva differibile, a favore della risposta all’incremento della domanda COVID-19 correlata con l’attivazione di strutture secondo due modelli:

- strutture di terapia intensiva/semi-intensiva in stabilimenti a destinazione e trattamento esclusivo di pazienti COVID-19;
- strutture in ospedali non esclusivamente dedicati alla gestione di patologie COVID-19 e prosecuzione dell’assistenza all’interno della rete dell’emergenza, con netta separazione dei percorsi.

I principi che hanno guidato il piano di potenziamento dell’offerta intensivistica di seguito riportata si basano sull’integrazione con la rete di assistenza ospedaliera regionale hub & spoke e il sistema gerarchico dell’emergenza-urgenza, al fine di garantire la multidisciplinarietà come approccio assistenziale in aree critiche ad alta complessità e le dotazioni tecnologiche, sulla flessibilità di sistema per permettere una risposta efficace all’eventuale ripresa della circolazione di SARS-CoV2 e l’individuazione del fabbisogno di posti letto indicato nelle linee di indirizzo.

Il piano di potenziamento è coerente con le indicazioni delle linee di indirizzo che individuano prioritariamente le strutture di terapia intensiva da implementare in

1. ospedali Hub che garantiscano Dea di II livello con percorsi separati, diagnostica, unità operative di pneumologia e malattie infettive, i.e. Ospedale Policlinico San Martino (codice stabilimento 90100), con l’aumento del 53% dei posti letto (ppll) di terapia intensiva, rispetto al periodo precedente all’epidemia da COVID-19 e l’hub pediatrico regionale e sovraregionale pediatrico, Giannina Gaslini (94000).
2. ospedali che abbiano la presenza di attività di chirurgia specialistica e Dea di I livello con percorsi separati, i.e. Ospedali di Sanremo (00102), Savona (21204), Galliera (02500) e Villa Scassi (30104) a Genova, Lavagna (03901) e La Spezia (05801)
3. ospedali dove le strutture intensivistiche erano già state attivate in fase emergenziale, i.e. Ospedali di Sestri Levante (03902) e Sarzana (05804)
4. ospedali che possono essere interamente dedicati alla gestione del paziente affetto da SARS-CoV-2, i.e. Ospedali di Albenga (21101) e Sestri Levante (03902). Questi due presidi COVID-19 dedicati hanno garantito nel corso del picco epidemico l’assistenza ad alta intensità con un’offerta pari a 7 ppll (Ospedali di Albenga) e 12 ppll (Ospedale di Sestri Levante).

Anche per quanto riguarda il potenziamento delle unità di terapia semi-intensiva il piano, coerentemente con le indicazioni delle linee di indirizzo, individua le strutture da implementare in:

1. ospedali Hub sede di Dea di II livello, dotati di strumentazione diagnostica e di unità di malattie infettive e pneumologia, i.e. Ospedale Policlinico San Martino e Giannina Gaslini



2. aree mediche, con ppil inseriti in un percorso di gestione di pazienti urgenti ad alta complessità che afferiscono ad un Dea di I livello, i.e. Ospedali di Sanremo, Galliera e

Lavagna. Una quota dei ppil individuati in questi presidi possono essere rapidamente convertiti in ppil che garantiscano assistenza ventilatoria invasiva (Terapia Intensiva)

3. aree mediche in ospedali sede di Dea di I livello e con presenza di specialisti in pneumologia, i.e. Ospedali di Savona e con presenza di struttura complessa di Malattie

Infettive a La Spezia. In quest'ultimo presidio, i ppil di terapia semi-intensiva afferiranno al percorso del paziente urgente (struttura Medicina d'Urgenza).

I posti letto di terapia semi-intensiva sono stati previsti in ospedali dotati di posti letto di terapia intensiva, come raccomandato.

Il piano prevede la strutturazione di ulteriori 87 ppil in Terapia Intensiva e 88 ppil in Terapia Semintensiva sul territorio regionale con il raggiungimento di una dotazione complessiva di 226 ppil in

Terapia Intensiva e 118 ppil in Terapia Semi-intensiva, 56 dei quali riconvertibili in Intensiva. Sono, inoltre, presenti 11 ppil in Terapia Intensiva in un Ospedale privato accreditato e contrattualizzato con il SSR (ICLAS - Istituto Clinico Ligure di Alta Specialità a Rapallo (GE)).

La dotazione prevista dal piano è coerente con quanto raccomandato secondo il fabbisogno riportato nelle linee di indirizzo che prevede 223 ppil in Terapia Intensiva e 109 ppil in Terapia

Semi-intensiva, 55 dei quali riconvertibili in Intensiva.

Si riportano di seguito la dotazione in ppil di Terapia Intensiva e Semi-intensiva prima della dichiarazione dello stato di emergenza nel Gennaio 2020 (Tabella a, fonte flussi regionali, piattaforma NSIS) e quella prevista dal presente piano di potenziamento (Tabella b).

Al fine di favorire l'immediata illustrazione del piano di potenziamento in Tabella è riportata la dotazione aggiuntiva prevista.

Rete emergenza urgenza ospedaliera

Per quanto concerne le azioni per la Rete di emergenza e urgenza, l'obiettivo è rendere strutturale la riorganizzazione del Pronto Soccorso volta a separare i percorsi COVID-19 e non COVID-19 e creare aree di permanenza dei pazienti in attesa di diagnosi che garantiscano i criteri di separazione e sicurezza, rispondente al disposto dell'art 2 decreto legge 19 maggio 2020 n. 34.

Lo scopo è il potenziamento e la razionalizzazione della Rete di Emergenza Urgenza, mediante un intervento elettivo sui Dea II e Dea I livello, nodi cruciali della risposta di sistema; inoltre, si intende agire sul pronto soccorso dell'Ospedale Evangelico Internazionale (stabilimento di Voltri) poiché è stato il primo ospedale riconvertito a struttura dedicata interamente alla gestione del paziente affetto da SARS-CoV-2.

Nello specifico, la relazione tecnica al decreto legge 34/2020 prevede un costo di ristrutturazione secondo le seguenti fasce:

–		D
	EA II livello 400.000 euro a struttura:	
–		D
	EA I livello 300.000 euro a struttura	
–		PS
	200.000 euro a struttura	

Mantenendo quindi la logica proporzionale come prevista dalla relazione tecnica al decreto legge, sono state all'uopo predisposte le previsioni di spesa per gli interventi di adeguamento, così come previste nella delibera nr. 1113/20 ed inviate, come da direttive nazionali, al Ministero

Tab. 29 - Dotazione in ppl di Terapia Intensiva (UTI)e Semi-intensiva (UTI semi-intensiva) prima della dichiarazione dello stato di emergenza nel Gennaio 2020

Azienda	Stabilimento (cod.)	ppl Liguria - rilevazione Gennaio 2020		
		UTI	UTI-semi- intensiva	Totale UTI e UTI- semi-intensiva
		Ppl Ordinari	Ppl Ordinari	Ppl Ordinari
ASL1	Sanremo (00102)	11	0	11
ASL1	Imperia (00101)	6	0	6
ASL2	Albenga (21101)	4	0	4
ASL2	Pietra Ligure (21102)	9	0	9
ASL2	Savona (21204)	7	6	13
ASL3	Villa Scassi (30104)	4	6	10
Galliera	Galliera (02500)	7	10	17
Evangelico	Evangelico	7	0	7
San Martino	San Martino (90100)	47	8	55
Gaslini	Gaslini (94000)	16	0	16
ASL4	Lavagna(03901)	8	0	8
ASL4	Sestri Levante (03902)	0	0	0
ASL5	La Spezia (05801)	10	0	10
ASL5	Sarzana (05804)	3	0	3
Priv. Contratt.	Accr. ICLAS (06900)	11	0	11
Totale pubblici		139	30	169
Totale ppl inclusi privati accreditati		150	30	180

Tabella 30 - Dotazione in ppl di Terapia Intensiva (UTI) e Semi-intensiva (UTI semi-intensiva) prevista dal presente piano di potenziamento.

		p		zione prevista dal i potenziamento	
Azienda	Stabilimento (cod.)	UTI	UTI-semi- intensiva	UTI-semi- intensiva riconvertibili in UTI	Totale UTI e UTI-semi- intensiva
		Ppl Ordinari	Ppl Ordinari	Ppl Ordinari	Ppl Ordinari
ASL1	Sanremo (00102)	18	6	6	24
ASL1	Imperia (00101)	8	0		8
ASL2	Albenga (21101)	6	0		6
ASL2	Pietra Ligure (21102)	9	0		9
ASL2	Savona (21204)	13	6	0	19
ASL3	Villa Scassi (30104)	16	0		16
Galliera	Galliera (02500)	12	10	4	22
Evangelico	Evangelico (05100)	7	0		7
San Martino	San Martino (90100)	72	66	37	138
Gaslini	Gaslini (94000)	20	12	6	32
ASL4	Lavagna(03901)	8	6	3	14
ASL4	Sestri Levante (03902)	10	0		10
ASL5	La Spezia (05801)	14	12		26
ASL5	Sarzana (05804)	13	0		13
Priv. Contratt.	Accr. ICLAS (06900)	11	0		11
Totale pubblici		226	118	56	344
Totale ppl inclusi privati accreditati		237	118	56	355

Tabella 31 - Dotazione aggiuntiva in ppl di Terapia Intensiva (UTI) e Semi-intensiva (UTI semintensiva) prevista dal presente piano di potenziamento.

Azienda	Stabilimento (cod.)	ppl Liguria - Dotazione aggiuntiva prevista dal presente piano di potenziamento		
		UTI	UTI-semi-	Totale UTI e UTI-semi-intensiva
		Incremento ppl	Incremento ppl	Incremento ppl
ASL1	Sanremo (00102)	7	6	13
ASL1	Imperia (00101)	2	0	2
ASL2	Albenga (21101)	2	0	2
ASL2	Pietra Ligure (21102)	0	0	0
ASL2	Savona (21204)	6	0	6
ASL3	Villa Scassi (30104)	12	-6	6
Galliera	Galliera (02500)	5	0	5
Evangelico	Evangelico (05102)	0	0	0
San Martino	San Martino (90100)	25	58	83
Gaslini	Gaslini (94000)	4	12	16
ASL4	Lavagna (03901)	0	6	6
ASL4	Sestri Levante (03902)	10	0	10
ASL5	La Spezia (05801)	4	12	16
ASL5	Sarzana (05804)	10	0	10
Priv. Contratt. Accr.	ICLAS (06900)	0	0	0
Totale pubblici		87	88	175
Totale ppl inclusi privati accreditati		87	88	175

**La rete territoriale: il suo potenziamento alla luce del Covid-19**

L'emergenza sanitaria ha sottolineato ed accentuato il bisogno di una presa in carico globale e multidimensionale delle persone. E' stato compito del Distretto, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione e tutta la rete dei Servizi Territoriali, proteggere la salute e il benessere della popolazione attraverso un'efficace azione di prevenzione e avviare processi di presa in carico e tutelare la popolazione più vulnerabile ed esposta al rischio di contagio.

Gli interventi sul territorio quindi, basati sul più ampio coinvolgimento e formazione degli operatori e di tutta la popolazione, hanno garantito la presa in carico, la continuità assistenziale e l'empowerment dei cittadini.

E' stato necessario rendere più efficace la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza domiciliare legata al prosieguo della situazione infettivologica COVID-19, ai suoi esiti ed a eventuali accrescimenti improvvisi della curva pandemica e, al contempo, si è reso necessario il graduale ripristino delle attività ordinarie, riportando a regime la rete di assistenza primaria dei MMG, PLS, MCA, Specialisti ambulatoriali e la rete di assistenza territoriale soprattutto in riferimento alle categorie più fragili.

Le misure di distanziamento sociale e di isolamento domiciliare hanno determinato la necessità di implementare e indirizzare le azioni terapeutiche e assistenziali sempre più a livello domiciliare, anche al fine di decongestionare le strutture ospedaliere e favorirne un deflusso monitorato.

A tal fine le Aziende Sociosanitarie Liguri, tramite i Distretti ed i Servizi Territoriali, hanno provveduto sia ad implementare le attività di assistenza domiciliare per i pazienti in isolamento, sia a rafforzare i servizi di assistenza domiciliare per tutti i soggetti fragili la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso, in particolare attraverso la pianificazione e l'attuazione di azioni volte all'incremento di personale sia esso dirigenziale medico e non medico nonché del comparto; tali azioni descritte puntualmente della DGR nr. 1113/20 sono così sintetizzabili:

- rafforzamento del sistema di sorveglianza territoriale SARS-Cov-2; Ra
- potenziamento dei servizi di Assistenza Domiciliare; Po
- incremento personale infermieristico (8 unità aggiuntive ogni 50.000 abitanti) Inc
- personale per il potenziamento attività GSAT/USCA; Pe
- attivazione della centrale regionale territoriale; Re
- attività dei servizi territoriali per la ripresa delle attività scolastiche; Att
- sorveglianza attiva e monitoraggio presso le Strutture Residenziali Sociosanitarie; So
- azioni di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione Az

Il servizio ospedaliero offerto in Regione Liguria in epoca ex ante Covid (anno 2019) e con pandemia in corso

Nelle sotto riportate tabelle vengono esposti i dati/informazioni maggiormente significativi in ambito ospedaliero nel periodo pre-Covid (2019/2020) con pandemia in corso

Tab.32 - confronto per tipologia di ricovero 2018/2019 - Regione LIGURIA - Ricoveri complessivi

Tutti i DRG medici e chirurgici (interventi principali e secondari)	Complessivo Interventi		Differenz a	% Attività svolta	Differenza in %
	2019	2020			
MDC 0 Non attribuibile ad alcuna MDC	1268	1237	-31	97,6	2,4
MDC 1 Malattie e disturbi del sistema nervoso	2633	2219	-414	84,3	15,7
MDC 2 Malattie e disturbi dell'occhio	9374	6877	-2.497	73,4	26,6
MDC 3 Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola	6778	3623	-3.155	53,5	46,5
MDC 4 Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	2440	1962	-478	80,4	19,6
MDC 5 Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	12955	10019	-2.936	77,3	22,7
MDC 6 Malattie e disturbi dell'apparato digerente	15332	10738	-4.594	70,0	30,0
MDC 7 Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	4918	3215	-1.703	65,4	34,6
MDC 8 Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	35404	20448	-14.956	57,8	42,2
MDC 9 Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	11792	7619	-4.173	64,6	35,4
MDC 10 Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	1828	1112	-716	60,8	39,2
MDC 11 Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	7790	6326	-1.464	81,2	18,8
MDC 12 Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	3858	2512	-1.346	65,1	34,9
MDC 13 Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	9933	6577	-3.356	66,2	33,8
MDC 14 Gravidanza, parto, puerperio	5589	4815	-774	86,2	13,8
MDC 15 Malattie e disturbi del periodo neonatale	70	73	3	104,3	-4,3
MDC 16 Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	440	427	-13	97,0	3,0
MDC 17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	2275	2062	-213	90,6	9,4
MDC 18 Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	516	477	-39	92,4	7,6
MDC 19 Malattie e disturbi mentali	54	30	-24	55,6	44,4
MDC 20 Uso di alcool o farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	0	0	0		0,0
MDC 21 Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	849	667	-182	78,6	21,4
MDC 22 Ustioni	180	203	23	112,8	-12,8
MDC 23 Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai Servizi Sanitari	691	456	-235	66,0	34,0
MDC 24 Traumi multipli	247	243	-4	98,4	1,6
MDC 25 Infezioni da HIV	7	13	6	185,7	-85,7
Totale	137221	93950	-43.271	68,5	31,5

Tab. 33 - confronto posti letto riabilitazione anni 2017-2018-2019

Aree	2017 gennaio		2018 gennaio		2019 gennaio	
	d.o.	d.h.	d.o.	d.h.	d.o.	d.h.
PONENTE	244	11	256	11	253	11
METROPOLITANA	459	8	469	8	438	8
LEVANTE	179	16	191	16	195	16
Totale Regione	882	35	916	35	886	35
		917		951		921

Tab. 34 - Indici posti letto per 1000 abitanti – acuti e riabilitazione (2017/2019)

	Popolazione	Posti letto acuti		Posti letto riabilitazione / cure intermedie	
		numero letti	indice	numero letti	indice
1° gen 2017	1.565.307	4771	3,05	917	0,59
1° gen 2018	1.556.981	4734	3,04	951	0,61
1° gen 2019	1.532.980	4777	3,12	921	0,60
1° gen 2020	1.524.826	4731	3,10	942	0,62

Tab. 35 - personale in servizio nel sistema regionale anno 2020

Totali regione

	SSN tempo indeterminato	SSN tempo determinato	SSN in aspettativa	15 septies	co.co.co. co.co.pro.	Interni	Borsisti Incarichi professionali	co.li.pro.	Continuita assistenziale	Emergenza Medicina dei servizi	Specialisti ambulatoriali	Dipendenti universita	Contratti fless universita	Personale ruolo della ricerca	Dipendenti della ricerca	Contratti fless. ricerca	Totale		
011 Medici dir.str.complexa	197	5	7									43			2		254		
012 Veterinari dir.str.complexa	9																9		
021 Medici	3.289	131	103	7	68		147	26	64	321	137	76	379	128	1	23	1	5.581	
022 Veterinari	58	1	2		5							4						70	
030 Dirigenti san.str.complexa	15			1								3						19	
040 Dirigenti sanitari	447	22	12	2	36		40	6	21			34	26		45	29		724	
050 Dirigenti amministrativi	55	15	7	2														79	
060 Dirigenti professionali	33	4	2	1			1											41	
070 Dirigenti tecnici	16	1	1												1			19	
080 Personale infermieristico	10.052	540	266		31	47		7				3						10.946	
090 Tecnici sanitari e riabilit.	2.113	69	52		29	24	4	4	1			15		17	30	1		2.359	
100 Assistenti sociali	136		4		12			1										153	
110 Pers.della prevenzione	271	6	7		8													292	
120 Assist./operatori tecnici	1.270	30	48		26	35	1		1			12			10	1		1.434	
130 Assistenti religiosi	8							4										12	
140 OTA/OSS	2.132	347	46		10	88												2.623	
150 Ausiliari	218		3			1	1								1			224	
160 Amministrativi	2.109	59	60		19	74	34	1	3			14		17	19	3		2.412	
200 Profili atipici	5	17		1	13			30				1			1			68	
qualifica non specificata	3				3							2						8	
Totale	22.436	1.247	620	14	260	269	228	79	90	321	137	76	417	247	1	34	132	35	26.643

Il servizio ospedaliero offerto in epoca Covid-19 e la riprogrammazione dell'offerta sanitaria in epoca post lockdown

Così come puntualmente descritto nei documenti redatti da Alisa nell'anno 2020 e così come ribadito ai sensi della deliberazione nr. 1113/20 si espongono qui di seguito i piani ospedalieri incrementali di risposta al piano epidemiologico Covid-19 così sintetizzabili:



Tab. D – piano ospedaliero incrementale – media intensità

	Media Intensità					
	Fase 1	Fase 2	Fase 3a	Fase 3b	Fase 4	Fase 5
Offerta COVID-19 dedicata da garantire entro 48-72H dal warnina						
ASL1			130	130	195	265
ASL2			156	156	176	246
ASL3			74	74	157	257
ASL4			61	61	74	124
ASL5			91	91	157	217
OEI				60	62	62
GALLIERA			100	129	129	209
HSM			130	167	282	462
GASLINI			34	34	49	49
LIGURIA Adulti		315-360	742	868	1232	1842
LIGURIA Totale			776	902	1281	1891

Tab.E –piano incrementale UTI

	UTI			Fase 4
	Fase 1	Fase 2	Fase 3	
Offerta COVID-19 dedicata da garantire entro 48- 72H dal warning		Centralizzazione pz UTI per Aree Ottimali/Azienda con ppII occupati inf. fase 3		
ASL1	Centra lizzaz. pz UTI su HSM (se possibile); n=S ppII	5	16	Disponibilità dei ppII in UTI da DGR 500/2020 al fine di garantire l'offerta COVID19 emergenza/urgenza
ASL2		6	19	
ASL3		0	3	
ASL4		0	10	
ASL5		6	14	
OEI		0	7	
GALLIERA		5	12	
HSM		18	36	
GASLINI		5	10	
LIGURIA Adulti		40	122	206 (256 previa riconversione dei ppII di semintensiva)
LIGURIA Totale		45	132	226 (282 previa riconversione dei ppII di semintensiva)

Inoltre è della massima importanza rilevare come Regione Liguria 2019 abbia nel periodo successivo al picco epidemico riprogrammato l'offerta sanitaria fissando degli obiettivi di graduale ripresa dell'attività chirurgica di elezione non differibile nonché dell'attività ad elevata complessità clinica. A tal fine A.Li.Sa con propria deliberazione nr. 155 del 30.4.2020 ad oggetto: "Disposizioni relative alla rimodulazione dei posti letto ospedalieri e dei percorsi chirurgici nella fase post- acuta dell'emergenza epidemica da COVID-19" ha dato mandato alle Aziende Sociosanitarie, agli IRCCS e agli Enti del SSR di riprendere gradualmente l'attività chirurgica in elezione, sia presso le proprie sedi sanitarie, sia presso le sedi convenzionate con il SSR, in coerenza con la priorità clinica stabilita, garantendo la separazione dei percorsi COVID positivi e COVID negativi, sia dal punto di vista logistico sia da quello organizzativo, nonché di garantire che la ripresa dell'attività chirurgica sia inizialmente concentrata nei presidi Covid-free.



2.11 COVID-19 IL PIANO VACCINALE DELLA REGIONE LIGURIA

In ottemperanza alle disposizioni europee nazionali regione Liguria ha iniziato, come tra l'altro il resto della nazione, a vaccinare in data 27 dicembre 2020.

Regione Liguria con la direzione generale welfare e la cabina di regia di Alisa ha predisposto un piano vaccinale ligure già avviato alla fase 2 ed esposto dettagliatamente nei siti informatici di Alisa e della regione Liguria.

Come di consueto la parte informatica è stata eseguita da Liguria digitale.

2.12 STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI

La sopravvivenza dell'intero Servizio Sanitario è subordinata ad attività di pianificazione in grado di assicurare le cure necessarie secondo i principi di equità ed accessibilità alle cure, tenendo ben presente che qualsiasi strategia di intervento dovrà basarsi su prove di efficacia, appropriatezza e qualità delle prestazioni. Nella difficoltà crescente di fornire risposte ai bisogni della popolazione, l'attuale politica sanitaria regionale deve orientarsi verso la necessità di operare delle scelte che ottimizzino gli interventi in relazione alle risorse disponibili, non limitandosi al mero diniego, deterrenza o alla realizzazione di barriere di accesso.

E' noto come lo stato di salute non dipenda esclusivamente dalla disponibilità dei servizi sanitari, bensì quanto questo possa essere influenzato da altri fattori quali ambiente, condizioni economico culturali. La tutela della salute deve essere affidata solo in parte alle strutture sanitarie, dipendendo anche dalle scelte politiche, economiche, sociali ed ambientali nonché dagli stili ed abitudini di vita dei singoli individui. Da tale consapevolezza assume preponderante importanza la promozione di comportamenti che favoriscano lo stato di salute garantendo in tal modo anche l'equilibrio dei sistemi sanitari (attraverso misure di prevenzione e di promozione di stili ed abitudini di vita sani).

L'elaborazione di dati inerenti la popolazione, la situazione demografica, lo sviluppo economico, lo stato di salute dei cittadini, rappresenta elementi di informazioni essenziali atti ad individuare le priorità locali e ad elaborare l'analisi dei bisogni.

La conoscenza epidemiologica dello stato di salute della comunità locale rappresenta un momento conoscitivo utile a sollecitare l'analisi della situazione al fine di identificare le priorità di intervento, mettendo in evidenza eventuali scostamenti tra bisogni, domanda e offerta di prestazioni, al fine di gestire e pianificare l'organizzazione dei servizi sanitari in modo sempre più aderente alle esigenze della popolazione.

L'individuazione, la valutazione e la conoscenza del complesso contesto dei bisogni che generano la domanda sanitaria, costituiscono elementi essenziali per la messa a punto di una strategia che consenta di individuare le scelte programmatiche generali.

Dalla situazione di contesto e dai bisogni che ne conseguono, rappresentata al precedente capitolo 2.1, emerge, sinteticamente, che la Liguria è una delle regioni europee più densamente popolate, che la popolazione è tendenzialmente anziana (l'età media risulta più alta di tutto il paese), con aumento delle persone anziane autosufficienti ma anche delle non autosufficienti. Questo fenomeno, destinato ad accentuarsi nei prossimi decenni dovrà prevedere la capacità dei servizi sociali e sanitari di adeguarsi alle esigenze mutanti e percorsi di studio che permettano di fornire risposte efficienti e soddisfacenti per i cittadini.

Risulta anche che l'invecchiamento della popolazione ligure è in parte contrastato dalla presenza, in continuo aumento, delle persone immigrate. Risulta difficile individuare con precisione i bisogni dell'utenza immigrata ma è possibile individuare alcune criticità all'interno del sistema sanitario ligure come ad esempio: la carenza di normativa regionale in merito, la disomogeneità sul territorio ligure di strutture attivate per gli stranieri, la scarsa attenzione per i bisogni di cura specifici per gli stranieri.

Tali situazioni richiedono un significativo cambiamento della strategia in quanto i bisogni sempre più articolati e complessi non consentono più risposte articolate



settoriali alla malattia o al disagio sociale, ma richiedono risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità che sappiano garantire assistenza a vari livelli.

L'analisi del contesto socio-sanitario ha portato prioritariamente all'identificazione dei bisogni relativamente:

- alla prevenzione, diagnosi e cura delle malattie oncologiche,
- alla continuità assistenziale soprattutto in fase post acuzie,
- all'assistenza di base e specialistica,
- all'assistenza residenziale per il trattamento delle acuzie e sub acuzie.

La strategia adottata dalla Regione per far fronte ai bisogni di salute dei cittadini liguri è stata avviata da tempo con la propria Programmazione Sanitaria.

Già il Piano Sanitario Regionale 2003-2005 ha individuato delle linee di intervento in grado di migliorare l'offerta dei servizi e soddisfare i bisogni dei cittadini prevedendo:

- una forte valorizzazione delle attività di prevenzione,
- una rete territoriale più forte e capace di assolvere compiutamente le proprie funzioni,
- una realtà ospedaliera più orientata alla medio-alta intensità di cure,
- una serie di azioni rivolte alla soluzione del problema degli anziani e della non autosufficienza,
- un sistema di emergenza più sicuro,
- un ulteriore potenziamento della risposta diagnostica,
- un incremento significativo dei sistemi di accesso alle prestazioni, attraverso lo sviluppo di strumenti di innovazione tecnologica che rendano possibile il movimento delle informazioni rispetto a quello delle persone,
- un importante riconoscimento e coinvolgimento dell'associazionismo.

La Regione Liguria ha avviato nel 2006 la manovra di riduzione e riconversione di posti letto (al fine di raggiungere uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale non superiore a 4,68 pl/1000ab di cui 3,78 per acuti e 0,9 per riabilitazione), da svilupparsi per fasi successive e preordinate all'interno di un unico processo di riordino della rete di cura ed assistenza. Detta manovra è contenuta nel "*Piano di riordino della rete regionale di cura e di assistenza*", approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 29/2006, nel quale vengono definite le linee di indirizzo, i criteri, le modalità e i termini di realizzazione.

Con legge del 07.12.2006, n. 41, la Regione Liguria ha normato il "*Riordino del Servizio Sanitario Regionale*". L'importanza strategica della legge è quella:

- di aver delineato il quadro istituzionale ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale,
- di aver regolamentato gli organismi e le funzioni delle Aziende sanitarie in un'ottica di trasparenza e di equilibrio tra poteri e funzioni,
- di aver definito i ruoli e le funzioni delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere,

per garantire la continuità assistenziale prima, durante e dopo il ricovero, di sviluppare i rapporti interaziendali in un'ottica di sistema per favorire sinergie ed utilizzare al meglio le risorse.

Altri aspetti strategici della legge sono stati:

- l'istituzione delle aree ottimali per lo sviluppo a rete del sistema sanitario attraverso la programmazione interaziendale,



- la partecipazione dei Comuni alla programmazione sanitaria e sociosanitaria anche attraverso il loro contributo alla lettura integrata dei bisogni e della domanda sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Lo sviluppo che la rete ospedaliera dovrà assumere nel medio e lungo periodo nasce, oltre che da considerazioni di contenimento della spesa, anche da considerazioni di carattere generale relative allo sviluppo di nuove tecnologie, all'evoluzione di nuove tecniche mediche e chirurgiche che consentono di effettuare sempre più interventi in regime di ricovero diurno. L'offerta è necessario che si differenzi in base ai livelli di complessità raggiunti dalle strutture ospedaliere, organizzandosi in ospedali di altissima specializzazione nei quali concentrare la casistica più complessa.

Altro aspetto dell'organizzazione considerato e da sviluppare è quello relativo all'integrazione ospedale e territorio. La degenza ospedaliera negli anni si sta riducendo notevolmente merito dello sviluppo delle tecnologie e dell'incremento dell'efficacia dei farmaci. Però a volte la dimissione viene ritardata per carenze organizzative e strutturali che rendono difficile la presa in carico di quei pazienti che richiedono un elevato impegno assistenziale a livello territoriale.

Da tali considerazioni ne deriva che il raccordo territorio ospedale incrementa l'appropriatezza del regime del ricovero e concorre al contenimento della spesa.



3. LA LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

3.1 GLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

Per quanto riguarda gli obiettivi specifici e la coerenza interna del Programma, si rimanda ai seguenti allegati:

- Piano Operativo Regionale (POR) allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per l'attuazione del PNRR sottoscritto dal Presidente della Regione Liguria e il Ministro della Salute in data 31 maggio 2022;
- Deliberazione della Giunta regionale n. 1223 del 06/12/2022 ad oggetto Approvazione del documento "Programmazione regionale della Rete Territoriale ai sensi del DM77/2022".

L'individuazione degli obiettivi parte da un'analisi dei bisogni e delle strategie condotta a livello di pianificazione regionale (rappresentata in parte nei precedenti capitoli ed in parte nei successivi capitoli). Ci si riferisce, in particolare:

- al Piano Sanitario Regionale anni 2003-2005 approvato con dCr n. 3/2004,
- al Piano di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza –linee di indirizzo, criteri, modalità e termini di realizzazione – approvato con dCr n. 29/2006,
- al Piano di rientro del disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario regionale finalizzato al raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario sottoscritto in data 06.03.2007 da Regione Liguria e Ministeri della salute ed economia/finanze (approvato con dGr n. 243 del 09.03.2007),
- al Programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale – l. 67/88: aggiornamento elenco degli interventi da inserire nell'Accordo di Programma Regione-Governo anno 2007, approvato con dCr 34/2007,
- allo Stralcio del Piano Sociosanitario relativo alla rete di cura ed assistenza – accorpamento e nuova definizione territoriale di alcune aziende, approvato con dCr 8/2008.
- Alla Deliberazione del Consiglio regionale n. 6/2009 che Approva la "Prosecuzione del Programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 legge 11 marzo 1988, n.67 – Interventi da inserire nell'Accordo di Programma Regione-Governo anno 2009".
- al Piano sociosanitario regionale 2009-2011, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 22/2009;
- Alla Deliberazione della Giunta regionale n. 775/2009 che Approva "Adeguamento del programma degli investimenti di cui alla dCr n. 6/2009 alle richieste del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e del Ministero dell'economia e delle finanze".
- Alla Deliberazione del 27 dicembre 2017, n. 8 il Consiglio della Regione Liguria ha approvato lo "Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2017/2019";
- Alla deliberazione n. 577 del 23/06/2022, ad oggetto PROGRAMMA INVESTIMENTI IN SANITA' EX ART. 20 L. 67/1988 – ANNO, 2022;
- Alla deliberazione della Giunta n. 876 del 16/09/2022, ad oggetto PROGRAMMA INVESTIMENTI IN SANITA' EX ART. 20 L. 67/1988 – ANNO 2022. DOCUMENTAZIONE PER ACCORDO DI PROGRAMMA;
- Alla deliberazione della Giunta regionale n. 169 del 08/03/2022, ad oggetto "PNRR Missione 6 – Programma interventi M6C1 1.1 Case della Comunità -



M6C1 1.2.2 Centrali Operative Territoriali - M6C1 1.3 Ospedali della Comunità - M6C2 1.1 Ammodernamento tecnologico e digitale ospedaliero - M6C2 1.2 Antisismica”,

- Alla deliberazione della Giunta regionale N° 1223 del 06/12/2022, ad oggetto “Approvazione del documento “Programmazione regionale della Rete Territoriale ai sensi del DM77/2022”.

Attraverso gli elementi informativi disponibili e sopra rappresentati (il territorio, la popolazione, la rilevazione della posizione sociale, la condizione di salute, il quadro epidemiologico, l'analisi della domanda di prestazione e delle criticità nell'accesso, la mobilità attiva e passiva, l'offerta ante operam, l'analisi e valutazione della continuità assistenziale) è stato possibile tracciare i contorni, con sufficiente precisione, del contesto socio-sanitario regionale che hanno permesso l'identificazione degli obiettivi del programma. Ulteriore elemento di cui ci si è avvalsi nel processo di identificazione degli obiettivi del Programma, è stato il criterio di priorità di attuazione degli interventi.

Gli obiettivi del programma vengono divisi in:

- obiettivi generali quali principi ispiratori e di governo strategico del Programma, la base sulla quale si sviluppa tutto il Programma,
- obiettivi specifici che rappresentano i benefici duraturi per la comunità locale destinataria dell'intervento progettuale, vengono riferiti alle macro aree dei bisogni e danno conto del soddisfacimento dei bisogni a livello locale,
- obiettivi operativi si concretizzano nei prodotti delle attività che si traducono in azioni puntuali, cioè in interventi progettuali, diventano strumenti concreti per finalizzare l'offerta sanitaria alla risposta dei bisogni delle comunità locali.

La differenziazione tra i tre ordini di obiettivi ha la funzione di operare una progressiva messa a fuoco delle esigenze operative e quindi degli interventi da realizzare per il perseguimento dell'ordine superiore di obiettivi, quello generale.

3.1.1 GLI OBIETTIVI GENERALI

Il presente Programma di investimenti straordinari in sanità si pone in perfetta coerenza e continuità sia con le precedenti fasi del programma pluriennale e sia con l'attuale evoluzione della pianificazione sanitaria regionale. In particolare, per quest'ultimo aspetto, il Programma si identifica come uno degli strumenti di attuazione degli obiettivi che si intendono affrontare con il POR Liguria del PNRR.

Infatti, il presente Programma stralcio, è finalizzato al raggiungimento degli obiettivi generali di riqualificazione/riorganizzazione della rete ospedaliera, adeguamento della rete ospedaliera ai requisiti minimi, potenziamento della rete territoriale mediante le seguenti azioni:

- realizzazione delle strutture per l'assistenza territoriale “Case della Comunità” e “Ospedali di Comunità”;
- adeguamento antisismico delle strutture ospedaliere;
- ristrutturazione edilizia e impiantistica delle strutture ospedaliere e territoriali per il loro adeguamento impiantistico, distributivo e funzionale.

3.1.2 GLI OBIETTIVI SPECIFICI

Gli obiettivi specifici sono rappresentati dalla realizzazione degli interventi del POR Liguria del PNRR relativi alle Case della Comunità, agli Ospedali della Comunità e all'antisismica delle strutture ospedaliere, mediante il finanziamento e co-finanziamento con le risorse ex art. 20 L. 67/1988 come di seguito rappresentati.



INVESTIMENTI EX ART. 20 L. 67/1988 - ANNO 2023 - PER ACCORDO DI PROGRAMMA STRALCIO FINALIZZATO AL COFINANZIAMENTO DI INTERVENTI DEL POR LIGURIA DEL PNRR								
Azienda	Investimenti POR Liguria PNRR	Codice	Intervento	Stato (95%)	Regione (5%)	Stato + Regione (95% + 5%)	Altro	Totale
ASL3	M6C1 1.3 Ospedali di Comunità	1/3/ODC	Intervento per la realizzazione del nuovo Ospedale di Comunità di Busalla	5.890.000,00	310.000,00	6.200.000,00	0,00	6.200.000,00
	M6C2 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile - Antisismica	2/3/AS	Lavori per l'adeguamento antisismico del Padiglione n° 9 del P.O. Villa Scassi di Genova Sampierdarena	3.705.000,00	195.000,00	3.900.000,00	0,00	3.900.000,00
	Totali ASL3			9.595.000,00	505.000,00	10.100.000,00	0,00	10.100.000,00
ASL4	M6C1 1.1 Case della Comunità - M6C1 1.3 Ospedali di Comunità	3/4/CDC	Lotto funzionale alla realizzazione di nuova Casa della Comunità e nuovo Ospedale di Comunità di Sestri Levante Ristrutturazione con ampliamento di Villa Laura	3.167.300,00	166.700,00	3.334.000,00	0,00	3.334.000,00
	Totali ASL4			3.167.300,00	166.700,00	3.334.000,00	0,00	3.334.000,00
	M6C1 1.1 Case della Comunità	4/5/CDC	Potenziamento delle dotazioni strutturali e impiantistiche dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali della Casa della Comunità di Sarzana, a favore dell'integrazione e sviluppo degli interscambi con servizi sanitari dell'ospedale San Bartolomeo di Sarzana (Lotto funzionale)	1.187.500,00	62.500,00	1.250.000,00	0,00	1.250.000,00
ASL5	Totali ASL5			1.187.500,00	62.500,00	1.250.000,00	0,00	1.250.000,00
Totali complessivi				13.949.800,00	734.200,00	14.684.000,00	0,00	14.684.000,00



3.1.3 GLI OBIETTIVI OPERATIVI

Vedi punto 5 Descrizione interventi - Scheda riassuntiva degli interventi organizzati secondo gli obiettivi del Programma.

3.2 LA COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

Dall'osservazione degli obiettivi operativi del programma e della conseguente offerta post operam, è possibile individuare le relazioni di complementarità tra le priorità che hanno portato alla definizione degli interventi del programma.

Dall'analisi si evidenzia come i criteri di priorità e i criteri di complementarità abbiano portato alla definizione di un programma che, attraverso l'individuazione degli obiettivi specifici, concorra, quale prima fase di un programma più ampio, ed a vari livelli di intervento, al soddisfacimento dei bisogni sanitari/assistenziali rilevati attraverso l'individuazione di interventi afferenti il del POR Liguria del PNRR relativi alle Case della Comunità, agli Ospedali della Comunità e all'antisismica delle strutture ospedaliere,

La logica della pianificazione ex ante, attraverso il confronto diretto con le Aziende sanitarie interessate, ha permesso l'individuazione di alcuni punti di debolezza non eliminabili. Tuttavia essendo questi conosciuti, possono essere opportunamente monitorati durante la fase attuativa del Programma. In tal modo sarà possibile contenere le situazioni di criticità. L'analisi dei rischi, così come l'analisi dei punti di debolezza del programma sono stati riepilogati nella matrice sotto riportata, secondo la metodologia SWOT (Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats), e confrontati con i punti di forza del programma stesso e con le opportunità che il programma stesso può comportare.

Tab. 3.3 analisi S.W.O.T.-

	S. Forza	W. Debolezza
Interni	<p>Coerenza del programma con la normativa nazionale e regionale di riferimento.</p> <p>Rispondenza del programma ai bisogni rilevati nei contesti locali.</p> <p>Programma con ridotto numero di interventi.</p> <p>Utilizzo dei finanziamenti disponibili per finanziare un numero contenuto di interventi</p>	<p>Difficoltà di uniformare le procedure di liquidazione per alcuni interventi del programma finanziati anche con altre linee di intervento con procedure di liquidazione diverse da quelle di cui al programma di prosecuzione dell'art. 20 l. 67/88.</p>
Esterni	O. Opportunità	T. Rischi



<p>Perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale e di integrazione delle attività territoriali.</p> <p>Contribuire a garantire ai cittadini la completa fruibilità in sicurezza dell'offerta sanitaria.</p> <p>Aumentare l'efficienza dell'offerta di prestazioni sanitarie per contribuire a ridurre le liste di attesa, a ridurre la mobilità attiva e passiva, ad adeguare la capacità di diagnosi ai progressi scientifici.</p>	<p>Per gli interventi inseriti nel programma di maggior impegno finanziario e complessità esecutiva, aumento delle criticità connesse alle strette tempistiche di realizzazione nelle procedure di affidamento dell'esecuzione.</p> <p>Possibile sorgere di contenziosi con le imprese nella fase realizzativi degli interventi, in particolare per quegli interventi di maggior impegno finanziario.</p>
--	---

4. COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI

4.1 COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE SETTORIALE ED INTERSETTORIALE

Per la valutazione della coerenza della strategia con le politiche nazionali e regionali nonché con la programmazione settoriale e intersettoriale, si rimanda ai seguenti allegati:

- Piano Operativo Regionale (POR) allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per l'attuazione del PNRR sottoscritto dal Presidente della Regione Liguria e il Ministro della Salute in data 31 maggio 2022;
- Deliberazione della Giunta regionale n. 1223 del 06/12/2022 ad oggetto Approvazione del documento "Programmazione regionale della Rete Territoriale ai sensi del DM77/2022".

4.2 LA SOSTENIBILITA' DEGLI INTERVENTI

Gli interventi previsti nel programma sono stati oggetto di una attenta verifica di sostenibilità che ha coinvolto le Aziende sanitarie interessate ed ha riguardato:

- la sostenibilità economico-finanziaria,
- la sostenibilità amministrativa e gestionale,
- sostenibilità delle risorse umane,
- la sostenibilità ambientale.

4.2.1 LA SOSTENIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA

La sostenibilità economico finanziaria del programma si è basata su una attenta verifica del costo di ciascun intervento e della relativa copertura finanziaria.



La Regione Liguria per la realizzazione degli interventi del programma (in particolare per la costruzione dei nuovi ospedali di comunità), oltre alla quota del 5%, ha previsto l'utilizzo di altre linee e forme di finanziamento dettagliatamente illustrate negli atti di approvazione già citati.

Ulteriori elementi di verifica della sostenibilità economico-finanziaria degli interventi del programma sono state le valutazioni sui costi cessanti e sui costi emergenti derivanti dalla realizzazione degli interventi.

4.2.2 LA SOSTENIBILITA' AMMINISTRATIVA E GESTIONALE

La sostenibilità amministrativa è stata effettuata analizzando le procedure tecnico-amministrative necessarie a rendere cantierabili gli interventi.

In particolare è stata effettuata, congiuntamente con le Aziende interessate, per ciascun intervento una valutazione di massima relativa:

- all'individuazione dell'esistenza di vincoli,
- all'individuazioni delle autorizzazioni necessarie per realizzare gli interventi,
- all'individuazione dei tempi necessari: a superare gli eventuali vincoli, a redigere la progettazione, a ottenere le autorizzazioni di legge, ad eseguire i lavori,
- all'individuazione dei costi di massima ed alla relativa copertura finanziaria.

La sostenibilità gestionale del programma è stata verificata con particolare riferimento agli interventi che prevedono l'implementazione dell'offerta sanitaria in particolare per quanto concerne la costruzione dei nuovi ospedali di comunità e delle case della comunità.

La sostenibilità gestionale è strettamente connessa alle politiche di sviluppo delle risorse umane per garantire una corretta programmazione delle risorse che serviranno sia alla gestione dell'offerta sanitaria post operam, sia nella conduzione delle nuove tecnologie.

4.2.3 LA SOSTENIBILITA' DI RISORSE UMANE

La sostenibilità del programma in termini di risorse umane trova il suo fondamento nella logica di una razionale programmazione delle assunzioni, sostituzioni, turn-over accompagnata da percorsi formativi per qualificare, riqualificare il personale.

La sostenibilità della politica di gestione e sviluppo delle risorse umane, a livello di Servizio sanitario regionale, ha come obiettivo per le Aziende sanitarie l'impegno a ridurre la spesa complessiva per le risorse umane.

Questi vincoli sono funzionali al perseguimento dell'obiettivo della sostenibilità di risorse umane del Programma nella misura in cui si applicano anche nel caso di interventi che comportano un'implementazione qualitativa e quantitativa dell'offerta sanitaria o l'acquisizione di nuove apparecchiature sanitarie.

4.2.4 LA SOSTENIBILITA' AMBIENTALE

L'insieme degli interventi del programma in argomento si inserisce in un contesto che vede la sostenibilità ambientale quale elemento importante per la programmazione delle politiche per la salute.

La sostenibilità ambientale degli interventi inseriti nel programma, da un punto di vista più strettamente tecnico, prende a riferimento la normativa nazionale e regionale in materia di tutela ambientale ed uso razionale dell'energia.

Gli obiettivi di sostenibilità ambientale di questo programma possono essere riassunti:



- nella preferenza all'uso di materiali ecocompatibili per la realizzazione degli interventi,
- nella riduzione della qualità dei rifiuti pericolosi prodotti con la realizzazione dei nuovi interventi migliorandone nel contempo la gestione,
- applicazione di requisiti minimi di prestazione energetica degli edifici e degli impianti energetici in essi installati.

Per quanto concerne la sostenibilità delle grandi opere inserite nel programma e relative alla costruzione dei due nuovi ospedali, si precisa che l'aspetto ambientale è stato affrontato negli studi di fattibilità ed anche, in modo più tecnico, nei documenti preliminari alla progettazione redatti ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. 21 dicembre 1999 n. 554.



5 DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI

INVESTIMENTI EX ART. 20 L. 67/1988 - ANNO 2023 - PER ACCORDO DI PROGRAMMA STRALCIO FINALIZZATO AL COFINANZIAMENTO DI INTERVENTI DEL POR LIGURIA DEL PNRR								
Azienda	Investimenti POR Liguria PNRR	Codice	Intervento	Stato (95%)	Regione (5%)	Stato + Regione (95% + 5%)	Altro	Totale
ASL3	M6C1 1.3 Ospedali di Comunità	1/3/ODC	Intervento per la realizzazione del nuovo Ospedale di Comunità di Busalla	5.890.000,00	310.000,00	6.200.000,00	0,00	6.200.000,00
	M6C2 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile - Antisismica	2/3/AS	Lavori per l'adeguamento antisismico del Padiglione n° 9 del P.O. Villa Scassi di Genova Sampierdarena	3.705.000,00	195.000,00	3.900.000,00	0,00	3.900.000,00
	Totali ASL3			9.595.000,00	505.000,00	10.100.000,00	0,00	10.100.000,00
ASL4	M6C1 1.1 Case della Comunità - M6C1 1.3 Ospedali di Comunità	3/4/CDC	Lotto funzionale alla realizzazione di nuova Casa della Comunità e nuovo Ospedale di Comunità di Sestri Levante Ristrutturazione con ampliamento di Villa Laura	3.167.300,00	166.700,00	3.334.000,00	0,00	3.334.000,00
	Totali ASL4			3.167.300,00	166.700,00	3.334.000,00	0,00	3.334.000,00
ASL5	M6C1 1.1 Case della Comunità	4/5/CDC	Potenziamento delle dotazioni strutturali e impiantistiche dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali della Casa della Comunità di Sarzana, a favore dell'integrazione e sviluppo degli interscambi con servizi sanitari dell'ospedale San Bartolomeo di Sarzana (Lotto funzionale)	1.187.500,00	62.500,00	1.250.000,00	0,00	1.250.000,00
	Totali ASL5			1.187.500,00	62.500,00	1.250.000,00	0,00	1.250.000,00
Totali complessivi				13.949.800,00	734.200,00	14.684.000,00	0,00	14.684.000,00



SCHEDA ILLUSTRATIVA INTERVENTO

Codice regionale intervento	1/3/ODC
Azienda/Ente	ASL 3
Titolo Intervento	Intervento per la realizzazione del nuovo ospedale di comunità di Busalla.
Localizzazione intervento	Via Roma n. 90 – Busalla (Ge)
RUP	Ing. Marco BERGIA BOCCARDO

Tipologia di Intervento	Realizzazione Ospedale Di Comunità Di Busalla
-------------------------	---

Livello di Progettazione (progetto preliminare, definitivo, esecutivo)	Piano Fattibilità Tecnica Economica (PFTE)
--	--

Relazione tecnico illustrativa dell'intervento programmato	
Trattasi della realizzazione di un nuovo volume in area di proprietà della Azienda Sociosanitaria Locale 3 di Regione Liguria nel comune di Busalla (Genova) per la realizzazione di un Ospedale della Comunità dotato di 20 posti letto.	

Stima delle tempistiche per la realizzazione dell'intervento		
Stima data completamento Progettazione (da ammissione a finanziamento)	Mesi	7
Stima data aggiudicazione lavori (da pubblicazione procedura affidamento)	Mesi	6
Stima per l'esecuzione dei lavori (da consegna lavori)	Mesi	21

Costo Intervento	
Costo complessivo dell'intervento (€)	€ 6.200.000,00

Piano Finanziario	
Fonte	Importo €
Finanziamento ex art. 20 Legge n. 67/88	5.890.000,00
Finanziamento 5% Regionale	310.000,00
Totale art. 20	6.200.000,00
Finanziamento Aziendale	0,00
Totale Intervento	€ 6.200.000,00

**SCHEDA ILLUSTRATIVA INTERVENTO**

Codice regionale intervento	2/3/AS	
Azienda/Ente	ASL 3	
Titolo Intervento	Lavori per l'adeguamento antisismico del Padiglione n° 9 del P.O. Villa Scassi di Genova Sampierdarena	
Localizzazione intervento	Presidio Ospedaliero di Villa Scassi (GE) – Corso Scassi 1	
RUP	Dott. Arch. Mauro Viglietti	
Tipologia di Intervento	Interventi di adeguamento alla normativa antisismica	
Livello di Progettazione (progetto preliminare, definitivo, esecutivo)	Progetto di fattibilità tecnica economica (PFTE)	
Relazione tecnico illustrativa dell'intervento programmato		
<p>Trattasi di intervento di adeguamento sismico del Padiglione 9 all'interno del Presidio Ospedaliero di Villa Scassi a Genova Sampierdarena, a seguito di verifiche di vulnerabilità sismica. Il progetto in argomento si inserisce in una serie di interventi programmati presso il Presidio Ospedaliero Villa Scassi integrandosi con gli altri interventi previsti.</p> <p>In particolare nel Piano Triennale Aziendale si prevedono i seguenti interventi finanziati e in corso d'opera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lavori per l'adeguamento antincendio in tutti gli edifici del P.O. Villa Scassi, la cui copertura finanziaria è garantita da fondi ex art. 20 L. 67/1988 e fondi Aziendali; - lavori per l'ampliamento e la rifunzionalizzazione del Pronto Soccorso del P.O. Villa Scassi, la cui copertura finanziaria è garantita da fondi ex art. 20 L. 67/1988, fondi ex art. 71 L. 448/1998, fondi regionali F.I.R, 2006 e fondi Aziendali; - lavori di restauro conservativo edilizio e impiantistico e ristrutturazione per la formazione di un nuovo reparto di degenza pneumologica presso il piano quinto del pad. 9, la cui copertura finanziaria è garantita da fondi di cui alla Legge 27/2020. <p>Pertanto il progetto in argomento non si sovrappone agli altri interventi previsti affrontando una tematica completamente esclusa negli interventi contenuti nel Piano Triennale.</p>		
Stima delle tempistiche per la realizzazione dell'intervento		
Stima data completamento Progettazione (da ammissione a finanziamento)	Mesi	6
Stima data aggiudicazione lavori (da pubblicazione procedura affidamento)	Mesi	6
Stima per l'esecuzione dei lavori (da consegna lavori)	Mesi	15
Costo Intervento		
Costo complessivo dell'intervento (€)		3.900.000,00

Piano Finanziario	
Fonte	Importo €
Finanziamento ex art. 20 Legge n. 67/88	3.705.000,00
Finanziamento 5% Regionale	195.000,00
Totale art. 20	3.900.000,00
Finanziamento Aziendale	0,00
Totale Intervento	3.900.000,00

SCHEDA ILLUSTRATIVA INTERVENTO

Codice regionale intervento	3/4/CDC
Azienda/Ente	ASL 4
Titolo Intervento	Lotto FUNZIONALE alla REALIZZAZIONE di NUOVA CASA della COMUNITA' e NUOVO OSPEDALE di COMUNITA'- RISTRUTTURAZIONE CON AMPLIAMENTO di VILLA LAURA
Localizzazione intervento	Polo Ospedaliero di Sestri Levante (GE) – Via A. Terzi 43 A -37
RUP	

Tipologia di Intervento	Esecuzione di opere edili ed impiantistiche
--------------------------------	---

Livello di Progettazione (progetto preliminare, definitivo, esecutivo)	PROGETTO DEFINITIVO
---	----------------------------

Relazione tecnico illustrativa dell'intervento programmato	
<p>Il progetto è costituito da un lotto funzionale facente parte integrante della Casa di Comunità del Distretto 16, inserita nel comune di Sestri Levante, in area contigua al Polo Ospedaliero nel quale verrà realizzato l'Ospedale di Comunità</p> <p>L'intervento riguarda la ristrutturazione pesante e l'ampliamento dell'immobile denominato "Villa Laura" al fine di collocarvi le funzioni FRONT della medesima Casa di Comunità.</p> <p>In particolare con questo lotto funzionale verranno realizzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Punto Unico di Accoglienza (PUA) della CdC posto al piano terra del fabbricato; - Centro Prelievi nell'ampliamento previsto al piano terra; - Studi medici ed ambulatori per le disabilità e le cronicità anch'essi nell'ampliamento al piano terra dell'edificio; - Uffici e sale riunioni della CdC ai piani primo, secondo e torretta del medesimo edificio. <p>Il progetto prevede anche un ulteriore ampliamento verticale a tutti i livelli che ospiterà il blocco scale e due impianti elevatori adeguati per soggetti disabili.</p> <p>L'intervento prevederà anche la sistemazione dell'area a verde circostante e la realizzazione di una viabilità ad "anello" che collega l'attuale viabilità interna dell'Ospedale con l'area di Villa Laura ed il contiguo parcheggio comunale.</p>	

Stima delle tempistiche per la realizzazione dell'intervento		
Stima data completamento Progettazione (da ammissione a finanziamento)	Mesi	3
Stima data aggiudicazione lavori (da pubblicazione procedura affidamento)	Mesi	3
Stima per l'esecuzione dei lavori (da consegna lavori)	Mesi	24



Costo Intervento	
Costo complessivo dell'intervento (€)	3.334.000,00

Piano Finanziario	
Fonte	Importo €
Finanziamento ex art. 20 Legge n. 67/88	3.167.300,00
Finanziamento 5% Regionale	166.700,00
Totale art. 20	3.334.000,00
Finanziamento Aziendale	0,00
Totale Intervento	3.334.000,00

**SCHEDA ILLUSTRATIVA INTERVENTO**

Codice regionale intervento	4/5/CDC
Azienda/Ente	ASL 5
Titolo Intervento	POTENZIAMENTO DELLE DOTAZIONI STRUTTURALI E IMPIANTISTICHE DEI SERVIZI SANITARI, SOCIOSANITARI E SOCIALI DELLA CASA DI COMUNITA', A FAVORE DELL'INTEGRAZIONE E SVILUPPO DEGLI INTERSCAMBI CON SERVIZI SANITARI DELL'OSPEDALE SAN BARTOLOMEO (Lotto funzionale)
Localizzazione intervento	OSPEDALE SAN BARTOLOMEO – CASA DELLA COMUNITA' Distretto 19 Val di Magra
RUP	Ing. Sara Frassini
Tipologia di Intervento	Esecuzione opere impiantistiche ed edilizie
Livello di Progettazione (progetto preliminare, definitivo, esecutivo)	Progetto definitivo esecutivo
Relazione tecnico illustrativa dell'intervento programmato	
<p>Nell'ottica del progetto di realizzazione della Casa di Comunità, gli interventi di potenziamento impiantistico riguarderanno gli aspetti seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Dotazione di un impianto di climatizzazione atto a garantire condizioni microclimatiche ottimali in tutte le stagioni attraverso l'installazione di una Pompa di calore per il riscaldamento degli ambienti, collegata a tubazioni di alimentazione di ventilconvettori con aria di ricircolo. In questo modo, si otterranno corrette temperature invernali ed estive mediante la fornitura di tre ricambi d'aria all'ora per tutti gli ambulatori, le quali oggi risultano non garantite dagli impianti esistenti. · Realizzazione delle alimentazioni elettriche necessarie per l'alimentazione della Pompa di calore e della nuova Centrale di trattamento aria, che sarà collocata all'esterno su apposito basamento. Le apparecchiature saranno fornite di strutture fonoassorbenti di schermatura per attutirne la rumorosità e siepi perimetrali per mitigare l'impatto estetico. Per ottenere l'alimentazione elettrica necessaria, sarà effettuato un collegamento alla Centrale elettrica di trasformazione di media tensione, collocata nell'interrato di un edificio adiacente. Saranno effettuate le necessarie modifiche ai quadri elettrici Power center che dispongono di interruttori che possono essere utilizzati allo scopo. · Miglioramento del sistema di comunicazione fra il CUP di nuova realizzazione, integrato col PUA in un edificio adiacente, dotando le sale d'attesa di adeguati video monitor informativi. · Miglioramento delle condizioni igieniche degli ambulatori, dotandoli di rivestimenti in PVC. · Dotazione di presidi tattili per non vedenti, in modo da renderne indipendente l'utilizzo delle sale d'attesa, dei bagni e l'individuazione dei percorsi. · Dotazione di idonei apparati atti a garantire l'integrità delle strutture e renderne difficile il danneggiamento, quali parapigoli e paracolpi. · Realizzazione di uno spazio esterno per migliorare le attività sportive, anche all'aperto · Miglioramento dei serramenti esterni · Miglioramento delle aree esterne. 	



Stima delle tempistiche per la realizzazione dell'intervento		
Stima data completamento Progettazione (da ammissione a finanziamento)	Mesi	0
Stima data aggiudicazione lavori (da pubblicazione procedura affidamento)	Mesi	3
Stima per l'esecuzione dei lavori (da consegna lavori)	Mesi	7

Costo Intervento	
Costo complessivo dell'intervento (€)	1.250.000,00

Piano Finanziario	
Fonte	Importo €
Finanziamento ex art. 20 Legge n. 67/88	1.187.500,00
Finanziamento 5% Regionale	62.500,00
Totale art. 20	1.250.000,00
Finanziamento Aziendale	0,00
Totale Intervento	1.250.000,00



6 RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI

6.1 IL SISTEMA DI INDICATORI

Alla luce di quanto rappresentato nei capitoli precedenti, l'obiettivo generale del programma è quello di concorrere a migliorare l'offerta dei servizi di cui i cittadini liguri hanno bisogno attraverso il raggiungimento di obiettivi sott'ordinati (specifici e operativi).

Il programma è frutto della elaborazione e composizione dei singoli programmi delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere.

I singoli programmi sono finalizzati al perseguimento del suddetto obiettivo generale attraverso la progressiva realizzazione degli obiettivi specifici ed operativi, già illustrati nel precedente capitolo 1.4, secondo un percorso che, partendo dall'esecuzione del singolo intervento, arriva ad agire sul sistema sanitario nel suo complesso. Ciò avviene mediante la realizzazione organica dell'insieme di interventi che li compongono.

I singoli interventi hanno tipicità e dimensioni diverse, ed alcuni incidono su aree molto specifiche del sistema sanitario.

Da tutto ciò consegue che una valutazione di risultato, relativa all'impatto dell'intero programma sul sistema, deve essere condotta alla scala delle singole Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere e successivamente dell'intero sistema regionale.

A tal fine sono stati individuati indicatori in grado di misurare il livello di raggiungimento degli obiettivi a seguito dell'attuazione del programma.

Sono stati individuati alcuni indicatori in grado di valutare l'efficacia e l'efficienza della realizzazione del programma sotto l'aspetto finanziario ed esecutivo. Questi indicatori ricavano le loro grandezze direttamente dal sistema di monitoraggio dell'attuazione degli interventi.

Per alcuni interventi particolari, quali quelli di messa a norma o adeguamento ai requisiti minimi, che agiscono sulla mera componente strutturale o impiantistica, l'utilizzo degli indicatori di realizzazione finanziaria ed esecutiva appare il solo in grado di operare una qualche valutazione di risultato.

Il sistema prevede una serie di indicatori: di contesto (i quali forniscono informazioni sulle caratteristiche del territorio e della popolazione che insiste sul territorio interessato dal programma), di programma (attraverso i quali viene monitorata la fase realizzativa degli interventi e misurano costantemente l'avanzamento del programma), di efficacia ed efficienza (attraverso i quali è possibile misurare il raggiungimento degli obiettivi).

6.1.1 GLI INDICATORI DI CONTESTO

Per la dettagliata rappresentazione degli indicatori di contesto, si rimanda all'allegata Deliberazione della Giunta regionale n. 1223 del 06/12/2022 ad oggetto Approvazione del documento "Programmazione regionale della Rete Territoriale ai sensi del DM77/2022";

6.1.2 GLI INDICATORI DI PROGRAMMA

Lo stato di avanzamento degli interventi del programma viene monitorato e controllato dettagliatamente con riguardo allo stato di attuazione procedurale, fisico e finanziario attraverso il sistema informatico ReGiS.



In particolare si riportano le milestone e target per le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità definiti dal POR PNRR

Target: Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti: T2 2022

Target: Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle strutture: T1 2023

Target: Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle strutture di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte): T1 2023

Target: Stipula dei contratti per la realizzazione delle strutture: T3 2023

Target: Strutture messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche: T1 2026

6.1.3 GLI INDICATORI DI EFFICACIA ED EFFICIENZA

Gli indicatori di efficacia ed efficienza, derivati dagli indicatori di contesto e di programma, hanno internamente un margine di incertezza dovuto alla complessità della programmazione sanitaria influenzata anche da fattori politici, economici e sociali.

Gli **indicatori di efficacia** si calcolano attraverso il rapporto tra gli effetti ottenuti e gli affetti attesi, a partire da indicatori di programma e misurano il conseguimento degli obiettivi del programma.

Gli indicatori presi a riferimento sono i seguenti:

- 1) l'indicatore di attivazione misura l'efficacia del processo realizzativo degli interventi rispetto alle previsioni in sede di programmazione ed è espresso:

$$I_{\text{attivazione}} = \frac{\text{n. interventi attivati entro la data programmata inserita nella scheda tecnica}}{\text{n. interventi totali}} > 80\%$$

- 2) l'indicatore di accreditamento fornisce in percentuale la misurazione degli interventi del programma che dovranno essere accreditati:

$$I_{\text{accreditamento}} = \frac{\text{n. interventi accreditabili}}{\text{n. interventi totali}} = 100\%$$

Gli **indicatori di efficienza** si stimano attraverso il rapporto tra gli effetti ottenuti e le risorse mobilitate, a partire da indicatori di programma e misurano il costo unitario degli interventi ed il rapporto costo/efficacia.

Sono stati considerati i seguenti indicatori.

- 1) Costo unitario previsto rapporto tra il costo totale di realizzazione previsto a progetto e la superficie utile (€/mq).
- 2) Costo unitario effettivo rapporto tra il costo totale di realizzazione effettivamente sostenuto (determinabile dalla rendicontazione finale dell'intervento) e la superficie utile (€/mq).
- 3) Costo a posto letto previsto rapporto tra il costo totale di realizzazione previsto a progetto e il numero dei posti letto.



- 4) Costo a posto letto effettivo rapporto tra il costo totale di realizzazione effettivamente sostenuto (determinabile dalla rendicontazione finale dell'intervento) e il numero dei posti letto.
- 5) Scostamento percentuale dal tempo di realizzazione previsto rapporto = $100 \text{ (tempo di realizzazione effettivo - tempo di realizzazione previsto) / tempo di realizzazione previsto}$.
- 6) Spesa media semestrale prevista = costo totale di realizzazione previsto per sei mesi / tempo di realizzazione previsto espresso in mesi.
- 7) Spesa media semestrale effettiva = costo totale di realizzazione effettivo per sei mesi / tempo di realizzazione effettivo espresso in mesi.
- 8) Scostamento percentuale dalla spesa media semestrale prevista = $100 \text{ (spesa media semestrale effettiva - spesa media semestrale prevista) / spesa media semestrale prevista}$.

L'indicatore relativo al costo a posto letto può essere calcolato per tipologia costruttiva o per destinazione funzionale.

6.1.4 LA DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI INDICATORI

L'individuazione del sistema degli indicatori è in funzione a due attività connesse fra di loro ma distinte:

- il **monitoraggio** attraverso il quale è possibile rilevare gli effetti diretti nel corso del processo rispetto alle previsioni; i relativi indicatori di riferimento vengono rapportati ai parametri che definiscono in sede di previsione l'attuazione del programma come ad esempio: i tempi di realizzazione, i costi e le risorse disponibili e necessarie;
- la **valutazione** giudica derivanti dall'interazione tra intervento realizzato ed il contesto nel quale lo stesso è inserito; tiene conto dei dati utilizzati per il monitoraggio ed anche degli indicatori di impatto; per questi ultimi la valutazione tiene presente il fatto che, a causa di fenomeni esterni al programma, nel tempo i valori utilizzati per descrivere gli impatti non sono costantemente e facilmente riconducibili agli effetti del programma.

Nella definizione del sistema degli indicatori è stato tenuto conto del fatto che i diversi soggetti coinvolti nel programma hanno interessi informativi differenti e che la selezione dei dati può avvenire prevedendo livelli diversi di disponibilità e di aggregazione.

Per quanto riguarda la Regione, responsabile del programma nei confronti dei Ministeri (interessati alla sottoscrizione dell'Accordo), è da sottolineare che le informazioni utili sono quelle relative all'insieme degli interventi riportate anche agli obiettivi del programma ed è quindi più interessata agli indicatori di risultato, di impatto e di efficienza. Quest'ultimi consentono confronti, relativamente a dati afferenti i costi unitari, tra gli enti attuatori e tra interventi della stessa tipologia.

Gli indicatori di impatto possono essere rilevati solo alcuni anni dopo l'attuazione del programma, ma la loro determinazione ex ante permette di definire l'indirizzo strategico del programma.

Per il programma in argomento gli indicatori di impatto sono riferiti agli interventi di realizzazione dei nuovi ospedali di comunità e case della comunità che risultano essere le due priorità più rilevanti.



A tal fine con Delibera dell'Azienda Ligure Sanitaria n. 462 del 14/12/2021 è stato istituito il Gruppo di lavoro per la programmazione condivisa delle azioni previste dai Piani di Potenziamento territoriali e dalla Missione 6 C1 del PNRR e il monitoraggio degli standard DM 77/2022.

6.1.5. FONTI DI VERIFICA

Le fonti di verifica degli indicatori di cui sopra sono afferenti ad un sistema regionale alimentato da dati provenienti:

- dal sistema informativo nazionale ReGiS;
- dalla raccolta sistematica di dati sanitari provenienti dalle Aziende e dalla Stazione Unica Appaltante Regionale SUAR;
- dai tavoli di monitoraggio con il Ministero della Salute.

6.2 IMPATTI DEL PROGRAMMA

Per la valutazione degli impatti del Programma si rimanda ai seguenti allegati:

- Piano Operativo Regionale (POR) allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per l'attuazione del PNRR sottoscritto dal Presidente della Regione Liguria e il Ministro della Salute in data 31 maggio 2022;
- Deliberazione della Giunta regionale n. 1223 del 06/12/2022 ad oggetto Approvazione del documento "Programmazione regionale della Rete Territoriale ai sensi del DM77/2022".

7 I SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI

7.1 LA GESTIONE DEL PROGRAMMA

RELAZIONE SULLA GOVERNANCE DEL PNRR MISSIONE 6

La presente Relazione illustra il sistema della governance del PNRR Missione 6 di Regione Liguria, relativamente agli investimenti contenuti nel Piano Operativo Regionale (POR) allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) sottoscritto dal Presidente della Regione e dal Ministro della Salute in data 31 maggio 2022, afferenti alle seguenti linee di attività inizializzate/in corso di inizializzazione all'interno del Sistema ReGiS:

- PNRR M6.C1 - 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona;
- PNRR M6.C1 - 1.2.2.1 Implementazione di un nuovo modello organizzativo: COT
- PNRR M6.C1 - 1.2.2.2 Centrali operative territoriali - Interconnessione aziendale;
- PNRR M6.C1 - 1.2.2.3 Centrali operative territoriali - Device;
- PNRR M6.C1 - 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (OdC);



- PNRR M6.C2 – 1.1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (DEA I e II);
- PNRR M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature)
- PNRR M6.C2 – 1.2. Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile.

Piano Operativo Regionale (POR) e articolazione del soggetto attuatore Regione Liguria

Con la deliberazione n. 350 del 21/04/2022, ad oggetto “PNRR - MISSIONE 6 SALUTE - APPROVAZIONE PIANO OPERATIVO REGIONALE (POR).”, la Giunta regionale ha approvato il Piano Operativo Regionale (POR) e ne ha definito le modalità attuative come segue.

Regione Liguria, è soggetto attuatore (DL 77/2021) per tutti gli interventi relativi a:

- PNRR M6.C1 - 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona;
- PNRR M6.C1 – 1.2.2.1 Implementazione di un nuovo modello organizzativo: COT
- PNRR M6.C1 – 1.2.2.2 Centrali operative territoriali - Interconnessione aziendale;
- PNRR M6.C1 – 1.2.2.3 Centrali operative territoriali - Device;
- PNRR M6.C1 - 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità);
- PNRR M6.C2 – 1.2. Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile (tranne che per gli interventi dell'IRCCS Istituto Gaslini).

L'IRCCS Istituto Gaslini, è soggetto attuatore delegato (DL 77/2021; DGR 350/2022) per i propri interventi relativi a:

- PNRR M6.C2 – 1.2. Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile.

Le Aziende ed Enti del SSR - ASL1, ASL2, ASL3, ASL4, ASL5, IRCCS Policlinico San Martino, IRCCS Istituto Gaslini, EO Ospedali Galliera – sono soggetti attuatori delegati (DL 77/2021; DGR 350/2022) per i rispettivi interventi relativi a:

- PNRR M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature).

L'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.), è soggetto attuatore delegato (DL 77/2021; DGR 350/2022) per gli interventi da realizzarsi per i DEA I e II livello regionali relativamente a:

- PNRR M6.C2 – 1.1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione dei DEA I e II).

Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)

Con la deliberazione della Giunta n. 467 del 26/05/2022, ad oggetto PNRR - MISSIONE 6 SALUTE – APPROVAZIONE CONTRATTO ISTITUZIONALE DI SVILUPPO (CIS), la Regione ha approvato lo schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) e ha individuato quale referente Unico della Parte, come definito all'art. 1 lettera i) dello stesso CIS, il Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali.



Atti di delega ai soggetti attuatori delegati, monitoraggio e definizione finanziaria-contabile del PNRR

Con la deliberazione della Giunta n. 686 del 15/07/2022, ad oggetto “PNRR - Missione 6 Salute – Approvazione del modello organizzativo A.Li.Sa./Liguria Digitale per la digitalizzazione dei DEA. Approvazione dello schema di Atto di delega ai soggetti attuatori. Recepimento delle linee guida ministeriali per il monitoraggio.”, la Regione ha:

- approvato il modello organizzativo e funzionale elaborato dalla Stazione Unica Appaltante Regionale (SUAR) della Direzione Centrale Organizzazione contenente la definizione dei ruoli di A.Li.Sa. e di Liguria Digitale S.p.A. - in qualità di Centrale di committenza/articolazione funzionale della SUAR, in house ad A.Li.Sa. - per l’attuazione degli interventi del PNRR M6.C2 1.1.1 “Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Livello I e II)”;
- approvato lo schema di Atto di delega, di cui alla nota del Ministero della Salute n. 1235 del 16/06/2022, da sottoscrivere con i Soggetti attuatori del Servizio Sanitario regionale delegati con la DGR n. 350/2022 per dare esecuzione agli interventi del PNRR in conformità ai contenuti del Contratto Istituzionale di Sviluppo;
- recepito le Linee guida per lo svolgimento delle attività connesse al monitoraggio del PNRR, trasmesse con nota del 27/06/2022 (prot. n. 1327) dall’Unità di Missione per l’attuazione degli interventi del PNRR del Ministero della Salute;
- impegnato i Soggetti attuatori delegati con la DGR n. 350/2022 allo svolgimento, per gli interventi di competenza, delle attività connesse al monitoraggio del PNRR di cui alle citate Linee guida.
-

Con le Deliberazioni di Giunta:

- n. 666 del 13/07/2022, ad oggetto “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e Piano per gli Investimenti Complementari (PNC) – Accertamento per € 190.357.257,11 e contestuale impegno delle risorse per complessivi € 195.357.257,11 a favore delle AA.SS.LL. ed Enti del Sistema Sanitario Regionale”;
- n. 722 del 22/07/2022, ad oggetto D.G.R. 666 DEL 13/07/2022 “PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) E PIANO PER GLI INVESTIMENTI COMPLEMENTARI (PNC) – ACCERTAMENTO PER € 190.357.257,11 E CONTESTUALE IMPEGNO DELLE RISORSE PER COMPLESSIVI € 195.357.257,11 A FAVORE DELLE AA.SS.LL. ED ENTI DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE” - MODIFICHE E INTEGRAZIONI – ACCERTAMENTO E CONTESTUALE IMPEGNO DI ULTERIORI RISORSE PER COMPLESSIVI € 590.300,00 A FAVORE DELLA A.S.L. 4;

la Regione Liguria ha assegnato, accertato e impegnato a favore delle Aziende ed Enti del SSR le risorse per l’attuazione del PNRR.

Organizzazione della governance e ruolo dei soggetti coinvolti

L’organizzazione regionale della governance del PNRR Missione 6, con l’elencazione dei soggetti coinvolti e il relativo livello di competenze, viene sintetizzata di seguito.

Livello 1: Struttura di Missione (DGR 400/2021), competente per la programmazione strategica degli interventi.

Livello 2: Cabina di regia (DGR 72/2022), competente per la regia della realizzazione degli interventi.



Livello 3:

- SUAR, Task force e relativi RUP (DGR 72/2022), competente per l'attuazione operativa degli interventi da parte di Regione come soggetto attuatore diretto;
- Aziende ed Enti del SSR e relativi RUP (quali soggetti attuatori delegati con DGR 350/2022), competenti per l'attuazione operativa dei rispettivi interventi;
- A.Li.Sa. con propria Task force, relativi RUP e supporto di da Liguria Digitale (quale soggetto attuatore delegato con DGR 350/2022 e DGR 548/2022), competente per l'attuazione operativa degli interventi di digitalizzazione dei DEA I e II livello..

Livello 0 regionale trasversale: Direzione Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali con il Settore Investimenti (DGR 467/2022), competente per il monitoraggio regionale degli interventi, per i rapporti con il Tavolo Istituzionale e il Nucleo Tecnico nonché per il coordinamento dell'attuazione del CIS (artt. 6, 7, 8 e 11 del CIS).

La governance è garantita dal flusso informativo continuo tra i suddetti livelli di competenza, sulla base delle disposizioni contenute nelle deliberazioni istitutive dei livelli stessi, negli Atti di delega succitati nonché sulla base dei dati di monitoraggio inseriti sul sistema ReGis da parte dei RUP degli interventi controllati dal livello regionale.

L'istituzione e le competenze dei soggetti coinvolti sono illustrate di seguito.

Struttura di missione per la programmazione strategica degli investimenti in sanità e PNRR Missione 6 (DGR n. 400/2021)

Con la deliberazione della Giunta n. 400 del 07/05/2021, ad oggetto "Istituzione della struttura di missione a supporto degli interventi del sistema", la Regione Liguria:

- ha istituito la Struttura di missione a supporto degli interventi del sistema sanitario e sociosanitario regionale, ai sensi dell'articolo 6 della legge regionale n. 2/2021, avente durata triennale e composta dal Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali, dal Direttore Generale della Direzione Centrale Finanze, Bilancio e Controlli e dal Direttore Generale della Direzione Centrale Organizzazione, da un massimo di due componenti esterni in possesso di specifica elevata qualificazione scientifica e professionale nell'ambito delle materie affidate alla struttura, di cui uno svolgerà le funzioni di coordinamento della medesima struttura di missione, nonché da altri Direttori Generali;
- ha stabilito, tra l'altro, che la struttura di missione di cui trattasi persegue l'obiettivo della definizione del quadro degli investimenti strutturali e tecnologici nel settore sanitario e sociosanitario previsti dai piani nazionali, regionali e dal Piano Nazionale di Resilienza e Ripresa (PNRR) #Next Generation EU.

Cabina di regia per la realizzazione degli investimenti e Task force per l'attuazione operativa degli investimenti in sanità e PNRR Missione 6 (DGR 72/2022)

Con la DGR n. 72 del 07/02/2022, ad oggetto "Indirizzi relativi al programma degli investimenti PNRR edilizia sanitaria e di digitalizzazione dei servizi ospedalieri", la Regione Liguria ha deciso:

- di costituire una Task force in capo a Regione Liguria che curi le procedure maggiormente complesse ovvero quelle per il cui espletamento l'Azienda o l'ente interessato non disponga delle risorse professionali necessarie;



- di assegnare il personale distaccato dalle Aziende e dagli enti del Servizio sanitario regionale al Settore SUAR per la realizzazione degli investimenti;
- di istituire, per le predette finalità, una Cabina di regia per le procedure relative agli investimenti in sanità, composta dal Direttore generale della Direzione centrale Organizzazione, con funzioni di coordinamento, dal Dirigente responsabile del Settore SUAR, dal Dirigente responsabile del Settore Investimenti, dall'Amministratore Unico di IRE S.p.A. e dal Dirigente di Liguria Digitale S.p.a. preposto alla funzione di centrale di committenza.

Task force di A.Li.SA. e supporto di Liguria Digitale per la digitalizzazione dei DEA (DGR 548/2022)

Con la DGR n. 548 del 16/06/2022, ad oggetto *PNRR - MISSIONE 6 C2 1.1.1 Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Livello I e II) – Attuazione degli interventi da parte di A.Li.Sa. (DGR n. 350/2022) – Direttiva vincolante alle Aziende ed Enti del SSR (art. 8, L.R. n. 41/2006)*, la Regione Liguria ha dato atto che A.Li.Sa., in qualità di soggetto attuatore delegato dalla Regione con la DGR n. 350/2022 per gli interventi del PNRR M6.C2 1.1.1 “Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Livello I e II)”, al fine di assicurare il coordinamento e la governance sinergica degli stessi nonché nel rispetto delle norme vigenti in materia e delle procedure del PNRR:

- applica il modello organizzativo e funzionale della task force, in analogia a quanto previsto dalla DGR n. 72/2022 per gli interventi del PNRR di competenza regionale (SUAR), acquisendo in distacco i competenti dirigenti responsabili delle Aziende ed Enti del SSR per svolgere le funzioni di RUP ai sensi del D.Lgs. 50/2016;
- affida a Liguria Digitale S.p.A. - in qualità di Centrale di committenza e articolazione funzionale della SUAR, ai sensi della L.R. n. 2/2021, in house alla stessa A.Li.Sa. - in attuazione di quanto già disposto con la DGR n. 72/2022, l'espletamento delle procedure operative concernenti tali interventi, come previste dal D.Lgs. n. 50/2016.

7.2 SISTEMI DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA

Il sistema di monitoraggio svolge un ruolo fondamentale nella fase di attuazione del programma di investimenti. Esso consente di valutare lo stato di avanzamento del programma e permette, se necessario, di intervenire rimodulando/riallineando il programma stesso.

L'attività di monitoraggio condotta dalla Regione Liguria riguarda gli aspetti finanziari, fisico e procedurale.

Il monitoraggio sullo stato di attuazione degli interventi previsti nel programma viene realizzato con il sistema informatico ReGiS e con gli strumenti informatici regionali tra cui il sistema SIRGIL.

Il sistema SIRGIL è costituito da numerose maschere fra le quali: la scheda progetto (suddivisa in dati di progetto, dati istruttori, dati procedurali), gli impegni finanziari, il quadro economico, le economie, stato avanzamento lavori, piano finanziario, i ribassi d'aste ed i dati NSIS. Per quanto riguarda quest'ultimi il sistema SIRGIL è in grado di trasferire al Sistema Osservatorio (NSIS), in uso presso il Ministero della Salute, dati, sia analitici, sia sintetici, riguardanti interventi afferenti le varie linee di finanziamento compreso gli accordi di programma d'investimenti sottoscritti ai sensi dell'art. 20 della legge 67/1988 dallo Stato e la Regione Liguria.



Per quanto riguarda il monitoraggio finanziario è da segnalare che viene effettuato costantemente per ogni singolo intervento in quanto è la conseguenza della procedura adottata dalla Regione per effettuare la liquidazione degli acconti. Le Aziende, per ogni intervento, ogni qualvolta maturano delle spese trasmettono i relativi giustificativi (stati avanzamento lavori, certificati di pagamento fatture emesse dalle imprese, parcelle delle spese tecniche, fatture relative alla fornitura di tecnologie) necessari al Settore regionale Competente (Settore Investimenti) per avviare la procedura di liquidazione. Tale procedura consente, per ogni intervento, un monitoraggio finanziario costante al maturare di ogni spesa.

Il monitoraggio viene svolto anche in corso d'opera relativamente alle varianti ai sensi della legge regionale 4 dicembre 2003, n. 28 e ss.mm.ii. ed alle disposizioni che disciplinano le procedure di valutazione del comitato regionale di valutazione sull'edilizia sanitaria, vengono esaminate soprattutto se comportano la variazione delle funzioni sanitarie e/o la modificazione della consistenza delle medesime rispetto al progetto originario approvato ed ammesso a finanziamento.

Anche per l'utilizzo delle economie per eseguire lavori aggiuntivi o integrativi al progetto originario la Regione prima di rilasciare il nulla osta alle Aziende proponenti, effettua le necessarie verifiche e valutazioni.

Oltre ai su esposti monitoraggi viene annualmente compilato il "Modulo C" dell'Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano, sancito il 19 dicembre 2002, concernente la semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità e al sistema "Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità".

8 SCHEDE DI RIFERIMENTO

8.1 ANALISI S.W.O.T.

	S. Forza	W. Debolezza
Interni	<p>Coerenza del programma con la normativa nazionale e regionale di riferimento.</p> <p>Rispondenza del programma ai bisogni rilevati nei contesti locali.</p> <p>Programma con ridotto numero di interventi.</p> <p>Utilizzo dei finanziamenti disponibili per finanziare un numero contenuto di interventi</p>	<p>Difficoltà di uniformare le procedure di liquidazione per alcuni interventi del programma finanziati anche con altre linee di intervento con procedure di liquidazione diverse da quelle di cui al programma di prosecuzione dell'art. 20 l. 67/88.</p>
	O. Opportunità	T. Rischi
Esterni	<p>Perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale e di integrazione delle attività territoriali.</p> <p>Contribuire a garantire ai cittadini la completa fruibilità in sicurezza dell'offerta sanitaria.</p> <p>Aumentare l'efficienza dell'offerta di prestazioni sanitarie per contribuire a ridurre le liste di attesa, a ridurre la mobilità attiva e passiva, ad adeguare la capacità di diagnosi ai progressi scientifici.</p>	<p>Per gli interventi inseriti nel programma di maggior impegno finanziario e complessità esecutiva, aumento delle criticità connesse alle strette tempistiche di realizzazione nelle procedure di affidamento dell'esecuzione.</p> <p>Possibile sorgere di contenziosi con le imprese nella fase realizzativi degli interventi, in particolare per quegli interventi di maggior impegno finanziario.</p>

8.3 SINTESI DELLE INFORMAZIONI PER L'AUTOVALUTAZIONE

8.3.1 CORRELAZIONE DELL'A. DI P. CON ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Atto citato nel Documento Programmatico	Note
DCR n. 29 del 08.08.2006 Programma di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza – linee di indirizzo, criteri – Modalità e termini di realizzazione.	Ha previsto tra gli obiettivi quello di raggiungere uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed a carico del SSR non superiori a 4,68 pl per 1000/ab (di cui 3,78 per ricovero di acuti e 0,9 per ricoveri di riabilitazione) attraverso una manovra di riduzione e riconversione di posti letto da svilupparsi per fasi successive e preordinate all'interno di un unico processo di riordino della rete di cura ed assistenza.
Legge regionale 07.12.2006 n. 41 Riordino del Servizio Sanitario Regionale.	Ha delineato il quadro istituzionale ed organizzativo del SSR ed ha regolamentato gli organismi e le funzioni delle Aziende sanitarie in un'ottica di trasparenza e di equilibrio tra poteri e funzioni. Ha definito i ruoli e el funzioni delle AASSLL e AAOO per garantire la continuità assistenziale prima durante e dopo il ricovero. Ha previsto l'istituzione delle aree ottimali per lo sviluppo a rete del sistema sanitario attraverso la programmazione interaziendale. Ha evidenziato la partecipazione dei Comuni alla programmazione sanitaria.
DCR n. 34 del 01.08.2007 Programma strategico di modernizzazione del parco ospedaliero regionale.	Individua, tra l'altro, nel territorio ligure i nuovi presidi ospedalieri, in sostituzione di quelli esistenti, e l'articolazione finanziaria in quelle aree interessate a detta manovra confermando le previsioni di cui al Piano di rientro sopra citato e con l'aggiunta della



	<i>“costruzione di un nuovo ospedale Galliera in sostituzione dell’attuale struttura storica monumentale”.</i>
Piano sociosanitario regionale 2017-2019.	Ha come obiettivo valorizzare e dare voce alle competenze presenti nel sistema, organizzando una “struttura a rete” in grado di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini nel tempo.
Piano Operativo Regionale (POR) allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per l’attuazione del PNRR sottoscritto dal Presidente della Regione Liguria e il Ministro della Salute in data 31 maggio 2022.	Ha programmato la realizzazione, tra gli altri investimenti del PNRR, delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e degli interventi di antisismica dei presidi liguri compresi nel presente Programma.
Deliberazione della Giunta regionale n. 1223 del 06/12/2022 ad oggetto Approvazione del documento “Programmazione regionale della Rete Territoriale ai sensi del DM77/2022”.	Ha approvato il documento predisposto da A.Li.Sa. (Azienda Ligure Sanitaria), competente in materia di assistenza territoriale regionale, relativo alla programmazione dell’assistenza sanitaria territoriale ai sensi del più volte citato DM 77/2022.

8.3.4 QUADRO FINANZIARIO CONTENUTO NELLA PROPOSTA DI A. DI P.

Il presente programma (di seguito Programma) ha un costo totale di **€ 14.684.000,00** finanziato come segue.

Risorse ex art. 20 L. 67/88 assegnate alla Regione Liguria con la legge finanziaria n. 145/2018 e deliberazione del CIPE del 24 luglio 2019 - che complessivamente ammontano a € 110.097.081,15 – per una quota a carico dello Stato (quota del 95%) pari a € 13.949.800,00 che rappresenta un primo stralcio rispetto alla suddetta assegnazione CIPE, secondo il seguente piano finanziario:

Finanziamento ex art. 20 L. 67/1988	Quota Stato (95%)	Quota Regione (5%)	Totale
Legge n. 145/2018 e deliberazione CIPE 24/07/2019	13.949.800,00	734.200,00	14.684.000,00

*Contratto istituzionale di sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia
realizzati dalle Regioni e Province autonome (PP./AA.)*

TRA



Ministero della Salute

E



REGIONE LIGURIA

Sommario

ART. 1 (Definizioni. Premesse e allegati)	8
ART. 2 (Oggetto)	10
ART. 3 (Impegni delle Parti)	10
ART. 4 (Amministrazione titolare)	11
ART. 5 (Soggetto Attuatore)	13
ART. 6 (Tavolo Istituzionale)	17
ART. 7 (Responsabile Unico del Contratto)	18
ART. 8 (Nucleo Tecnico)	18
ART. 9 (Supporto tecnico operativo)	19
ART. 10 (Erogazione delle risorse e certificazione delle spese)	20
ART. 11 (Monitoraggio, valutazione e controllo dell'attuazione del CIS)	20
ART. 12 (Prevenzione e repressione della criminalità organizzata e dei tentativi di infiltrazione mafiosa)	20
ART. 13 (Durata e modifica del CIS)	21
ART. 14 (Comunicazioni e Notifiche)	21
ART. 15 (Controversie)	21

VISTO il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 febbraio 2021, che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (regolamento RRF) con l'obiettivo specifico di fornire agli Stati membri il sostegno finanziario al fine di conseguire le tappe intermedie e gli obiettivi delle riforme e degli investimenti stabiliti nei loro piani di ripresa e resilienza;

VISTA la decisione ECOFIN del 13 luglio 2021, con cui il Consiglio ha valutato positivamente il Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia, e notificata all'Italia dal Segretariato generale del Consiglio con nota LT161/21, del 14 luglio 2021;

VISTO il Regolamento (UE) 2018/1046 del 18 luglio 2018, che stabilisce le regole finanziarie applicabili al bilancio generale dell'Unione, che modifica i Regolamenti (UE) n. 1296/2013, n. 1301/2013, n. 1303/2013, n. 1304/2013, n. 1309/2013, n. 1316/2013, n. 223/2014, n. 283/2014 e la decisione n. 541/2014/UE e abroga il regolamento (UE, Euratom) n. 966/2012;

VISTA, in particolare, la Missione 6, Componente 1 – Investimento 1.1: “Case della Comunità e presa in carico della persona”; Investimento 1.2: “Casa come primo luogo di cura e Telemedicina”; Investimento 1.3: “Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità”; e Componente 2 - Investimento 1.1: “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”; Investimento 1.2 “Verso un ospedale sicuro e sostenibile”; Investimento 1.3 “Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione”; Investimento 2.2 “Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario”;

VISTO il decreto-legge 10 settembre 2021, n. 121, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 novembre 2021, n. 156, recante “*Disposizioni urgenti in materia di investimenti e sicurezza delle infrastrutture, dei trasporti e della circolazione stradale, per la funzionalità del Ministero delle infrastrutture e della mobilità sostenibili, del Consiglio superiore dei lavori pubblici e dell'Agenzia nazionale per la sicurezza delle infrastrutture stradali e autostradali*”, e, in particolare l'articolo 10, comma 3, che prevede che “*La notifica della citata decisione di esecuzione del consiglio UE - ECOFIN recante «Approvazione della Valutazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza dell'Italia», unitamente al decreto del Ministro dell'economia e delle finanze di cui al comma 2, costituiscono la base giuridica di riferimento per l'attivazione, da parte delle amministrazioni responsabili, delle procedure di attuazione dei singoli interventi previsti dal PNRR, secondo quanto disposto dalla vigente normativa nazionale ed europea, ivi compresa l'assunzione dei corrispondenti impegni di spesa, nei limiti delle risorse assegnate ai sensi del decreto di cui al comma 2.*”;

VISTO l'articolo 6 del decreto legislativo 31 maggio 2011, n. 88 “*Disposizioni in materia di risorse aggiuntive ed interventi speciali per la rimozione di squilibri economici e sociali, a norma dell'articolo 16 della legge 5 maggio 2009, n. 42*” che definisce e disciplina il Contratto Istituzionale di Sviluppo;

VISTO l'articolo 9-bis del decreto-legge 22 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 98 il quale prevede che per accelerare la realizzazione di nuovi progetti strategici, sia di carattere infrastrutturale sia di carattere immateriale, di rilievo nazionale, interregionale e regionale, aventi natura di grandi progetti o di investimenti articolati in singoli interventi tra loro funzionalmente connessi, in relazione a obiettivi e risultati, finanziati con risorse nazionali, dell'Unione europea e del Fondo per lo sviluppo e la coesione di cui all'articolo 4 del decreto legislativo 31 maggio 2011, n. 88, le amministrazioni competenti possono stipulare un contratto istituzionale di sviluppo.

VISTO l'articolo 7 del decreto-legge 20 giugno 2017, n. 91, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2017, n. 123, recante *“Disposizioni urgenti per la crescita economica nel Mezzogiorno”*, contenente disposizioni in materia di valorizzazione dei Contratti istituzionali di sviluppo – CIS;

VISTO il decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101, recante *“Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti”* (PNC) e in particolare l'articolo 1, comma 2, lettera e), punto 2, che individua gli importi riferiti all'investimento *“Verso un ospedale sicuro e sostenibile”* per l'importo complessivo di euro 1.450.000.000;

VISTO il decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, concernente la *governance* del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e le prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure ed in particolare:

- l'articolo 6 che istituisce presso il Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, un ufficio centrale di livello dirigenziale generale, denominato Servizio centrale per il PNRR, con compiti di coordinamento operativo, monitoraggio, rendicontazione e controllo del PNRR;
- l'articolo 7, comma 8, ai sensi del quale *“ai fini del rafforzamento delle attività di controllo, anche finalizzate alla prevenzione ed al contrasto della corruzione, delle frodi, nonché ad evitare i conflitti di interesse ed il rischio di doppio finanziamento pubblico degli interventi, ferme restando le competenze in materia dell'Autorità nazionale anticorruzione, le amministrazioni centrali titolari di interventi previsti dal PNRR possono stipulare specifici protocolli d'intesa con la Guardia di Finanza senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica”*;
- l'articolo 8 ai sensi del quale ciascuna Amministrazione centrale, titolare di interventi del PNRR, provvede al coordinamento delle relative attività di gestione, nonché al loro monitoraggio, rendicontazione e controllo;
- gli articoli 9 e il 10 che disciplinano il supporto tecnico operativo di cui le Amministrazioni centrali, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali possono avvalersi al fine di assicurare l'efficace e tempestiva attuazione degli interventi;
- l'articolo 12 che disciplina l'istituto e l'attivazione dei poteri straordinari e sostitutivi;
- l'articolo 56, comma 2, che individua il Contratto Istituzionale di Sviluppo quale strumento di attuazione rafforzata degli interventi finanziati dal PNRR di competenza del Ministero della salute e comma 2 bis, che dispone che *“Per l'attuazione di quanto previsto al comma 2, il Ministro della salute promuove e stipula appositi contratti istituzionali di sviluppo e ne coordina la successiva attuazione”*.

VISTO il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 15 luglio 2021 con cui sono stati individuati per ciascuno degli investimenti del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) di competenza del Ministero della salute, attraverso le schede di progetto, gli obiettivi iniziali, intermedi e finali, nonché le relative modalità di monitoraggio con particolare riferimento al programma *“Verso un ospedale sicuro e sostenibile”*;

VISTO il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 6 agosto 2021, recante *“Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del piano Nazionale di Riprese e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione”*;

VISTO l'articolo 1, comma 1042, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 ai sensi del quale con uno o più decreti del Ministro dell'economia e delle finanze sono stabilite le procedure amministrativo-contabili per la gestione delle risorse di cui all'articolo 1, commi da 1037 a 1050, della medesima legge, nonché le modalità di rendicontazione della gestione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 1037;

VISTO l'articolo 1, comma 1043, secondo periodo della citata legge 30 dicembre 2020, n. 178, ai sensi del quale, al fine di supportare le attività di gestione, di monitoraggio, di rendicontazione e di controllo delle componenti del Next Generation EU, il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato sviluppa e rende disponibile un apposito sistema informatico;

VISTO l'articolo 17 del Regolamento (UE) 2020/852 che definisce gli obiettivi ambientali, tra cui il principio di non arrecare un danno significativo (DNSH, “*Do no significant harm*”), e la Comunicazione della Commissione UE 2021/C 58/01 recante “Orientamenti tecnici sull'applicazione del principio «non arrecare un danno significativo» a norma del regolamento sul dispositivo per la ripresa e la resilienza”;

VISTI i principi trasversali previsti dal PNRR, quali, tra l'altro, il principio del contributo all'obiettivo climatico e digitale (c.d. *tagging*), il principio di parità di genere e l'obbligo di protezione e valorizzazione dei giovani;

VISTO il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 23 novembre 2021 che modifica la tabella A allegata al decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 6 agosto 2021, recante assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione;

VISTO il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 15 settembre 2021 di istituzione dell'Unità di Missione del Ministero della salute titolare di interventi PNRR, ai sensi dell'articolo 8 del citato decreto-legge n. 77 del 2021;

VISTO il decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, recante: «Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia»;

VISTO la legge 16 gennaio 2003, n. 3, recante “Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione” e, in particolare, l'articolo 11, comma 2-bis, ai sensi del quale “Gli atti amministrativi anche di natura regolamentare adottati dalle Amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, che dispongono il finanziamento pubblico o autorizzano l'esecuzione di progetti di investimento pubblico, sono nulli in assenza dei corrispondenti codici di cui al comma 1 che costituiscono elemento essenziale dell'atto stesso”;

VISTI gli obblighi di assicurare il conseguimento di target e milestone previsti nella Componente e nell'Investimento del PNRR;

VISTO il decreto del Ministro della salute del 20 gennaio 2022 avente ad oggetto la ripartizione delle risorse del PNRR e del PNC a favore dei soggetti attuatori Regioni e Province autonome;

VISTO l'art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, recante il “*Riordino della rete ospedaliera in relazione all'emergenza da COVID-19*”;

VISTO il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 11 ottobre 2021 in materia di procedure amministrativo contabili concernenti la gestione delle risorse del Fondo di Rotazione di cui alla legge 23 dicembre 2020, n. 178, articolo 1, commi da 1037 a 1050;

VISTE le Istruzioni tecniche per la selezione dei progetti PNRR dell'11 ottobre 2021 trasmesse dal Ministero dell'economia e delle finanze alle Amministrazioni centrali titolari di intervento con Circolare n. 21 prot. 266985 del 14 ottobre 2021;

VISTA la Guida operativa per il rispetto del principio di non arrecare danno significativo all'ambiente, trasmessa dal Ministero dell'economia e delle finanze alle Amministrazioni centrali titolari di intervento con Circolare n. 32 prot. 309464 del 30 dicembre 2021;

VISTE le Linee Guida volte a favorire la pari opportunità di genere e generazionali, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti pubblici finanziati con le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari (PNC), pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale del 30 dicembre 2021;

VISTE le convenzioni sottoscritte tra il Ministero dell'economia e delle finanze con Cassa Depositi e Prestiti e con Invitalia S.p.A. con le quali, ai sensi di quanto previsto dagli articoli 9 e 10 del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, lo stesso Ministero definisce e rende disponibili le modalità di attivazione del supporto tecnico-operativo a favore delle Amministrazioni centrali e, eventualmente, dei soggetti attuatori degli interventi finanziati nell'ambito del PNRR e del PNC;

CONSIDERATO che il PNRR è un programma "performance-based" e non di spesa, incentrato sul raggiungimento di milestones e targets (M&T) entro una tempistica prefissata e inderogabile e che, pertanto, il Ministero della salute, quale Amministrazione centrale titolare, ha la piena ed esclusiva responsabilità dell'attuazione delle riforme e degli investimenti previsti nella Missione 6 - ivi inclusi gli interventi a regia per i quali le Regioni e le Province Autonome sono Soggetti Attuatori - da dimostrarsi attraverso il raggiungimento dei M&T quali indicatori di performance entro i tempi prefissati, in mancanza dei quali può intervenire l'interruzione dei pagamenti da parte della Commissione Europea (CE);

CONSIDERATO che il PNC estende al bilancio nazionale la metodologia utilizzata per il PNRR mediante l'istituzione di un sistema semplificato di traguardi e obiettivi;

VISTA la delibera del CIPE n. 63 del 26 novembre 2020, che introduce la normativa attuativa della riforma del Codice Unico di Progetto (CUP);

CONSIDERATO che è opportuno definire i contenuti di un'azione comune e condivisa per portare a compimento un programma di interventi innovativo, complesso e di notevole rilevanza strategica nel rispetto di modalità, termini e condizioni convenuti con la Commissione Europea;

CONSIDERATO che occorre individuare responsabilità, tempi e modalità di attuazione degli interventi, nonché esplicitare, per ogni intervento o categoria di interventi o programma, il soddisfacimento dei criteri di ammissibilità e definire il cronoprogramma, le responsabilità dei contraenti, i criteri di valutazione e di monitoraggio e le sanzioni per le eventuali inadempienze, prevedendo anche le condizioni di definanziamento anche parziale degli interventi ovvero l'attribuzione delle relative risorse ad altro livello di governo, nel rispetto del principio di sussidiarietà

ovvero l'attivazione e l'esercizio dei poteri sostitutivi ai sensi della vigente normativa;

RITENUTO, pertanto, necessario individuare uno strumento che consenta alle Regioni e Province Autonome l'esercizio delle prerogative proprie quali Soggetti Attuatori a condizione, tuttavia, che l'attuazione avvenga entro termini, modalità e condizioni coerenti con il Piano presentato e autorizzato dalla UE nonché nel rispetto degli obiettivi stabiliti nella citata scheda del programma "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" di cui all'Allegato 1 del D.M. MEF 15 luglio 2021 e per i quali il Ministero della salute, quale responsabile, deve esercitare azione di coordinamento, monitoraggio, vigilanza e controllo ed intervento sostitutivo in caso di inadempienza;

RITENUTO di individuare nel CIS, quale strumento per l'attuazione rafforzata degli interventi speciali e di quelli finanziati con risorse nazionali e comunitarie per lo sviluppo economico e la coesione territoriale, la soluzione condivisa più idonea per soddisfare le esigenze innanzi considerate, in ragione della dimensione e complessità degli interventi, per accelerare i tempi di realizzazione degli interventi stessi ed assicurare il migliore raccordo tra tutti i soggetti coinvolti;

ACQUISITA la presa d'atto sullo schema di CIS e di Piano operativo da parte del Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento della ragioneria generale dello Stato - in data 7 marzo 2022;

ACQUISITA l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 30 marzo 2022.

VISTO il decreto approvativo dello schema di CIS del 5 aprile 2022 registrato alla Corte dei Conti il 4 maggio 2022 n. 1282;

TUTTO QUANTO INNANZI, SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 (Definizioni. Premesse e allegati)

1. Ai fini del presente Contratto Istituzionale di Sviluppo, di seguito anche "CIS", si intende per:
 - a) *Amministrazione centrale titolare di intervento*: il Ministero della salute quale amministrazione responsabile dell'attuazione delle riforme e degli investimenti previsti nel PNRR (articolo 1, lettera l, del decreto legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108) i cui obblighi sono individuati dall'articolo 4 nonché del programma "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" di cui all'articolo 1, comma 2, lettera e), punto 2, del decreto legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101;
 - b) *Soggetto attuatore*: la Regione Liguria che provvede alla realizzazione degli interventi di cui alle Schede Intervento riconducibili al Piano operativo allegato al CIS (articolo 1, comma 4, lettera o), del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108), che può esercitare il suo ruolo

direttamente ovvero congiuntamente ed in solido con gli Enti del Servizio sanitario regionale dalla medesima eventualmente delegati. Gli obblighi del soggetto attuatore sono individuati dall'articolo 5;

- c) *Soggetto attuatore esterno*: Ente del Servizio sanitario regionale al quale viene affidata parte dell'attuazione del progetto finanziato dal PNRR come previsto dall'articolo 9 del decreto legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108;
- d) *Tavolo Istituzionale (TI)*: l'organismo di concertazione istituzionale tra le Amministrazioni sottoscrittrici del CIS e il Ministero dell'economia e delle finanze che svolge le funzioni individuate dall'articolo 6;
- e) *Responsabile Unico del Contratto (RUC)*: il soggetto incaricato del coordinamento e della vigilanza sull'attuazione del CIS i cui compiti sono individuati dall'articolo 7;
- f) *Nucleo Tecnico (NT)*: l'organo tecnico istituito dal Ministero della salute al fine di supportare il RUC nella realizzazione delle attività di sua competenza;
- g) *PNRR (o Piano)*: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza presentato alla Commissione europea ai sensi dell'articolo 18 e seguenti del Regolamento (UE) 2021/241;
- h) *PNC*: Piano nazionale per gli investimenti complementari al Piano nazionale di ripresa e resilienza di cui all'articolo 1 del decreto legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101;
- i) *Referente unico della Parte*: il rappresentante di ciascuna delle Parti, incaricato di vigilare sull'attuazione di tutti gli impegni assunti nel CIS dalla Parte rappresentata e degli altri compiti previsti nel CIS;
- j) *Sistema unitario "ReGiS"*: il sistema di monitoraggio previsto dall'articolo 1, comma 1043, legge 30 dicembre 2020, n. 178, finalizzato a rispondere a quanto stabilito dall'articolo 29 del Regolamento (UE) 2021/241 con riferimento alla "raccolta efficiente, efficace e tempestiva dei dati per il monitoraggio dell'attuazione delle attività e dei risultati"; tale strumento si configura come applicativo unico di supporto ai processi di programmazione, attuazione, monitoraggio, controllo e rendicontazione del PNRR;
- k) *MOP*: il sistema di "Monitoraggio delle opere pubbliche" ai sensi del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229;
- l) *Milestone*: Traguardo qualitativo da raggiungere tramite una determinata misura del PNRR (riforma e/o investimento), che rappresenta un impegno concordato con l'Unione europea o a livello nazionale (es. legislazione adottata, piena operatività dei sistemi IT, ecc.);
- m) *Target*: Traguardo quantitativo da raggiungere tramite una determinata misura del PNRR (riforma e/o investimento), che rappresenta un impegno concordato con l'Unione europea o a livello nazionale, misurato tramite un indicatore ben specificato (es. numero di chilometri di rotaia costruiti, numero di metri quadrati di edificio ristrutturato, ecc.);
- n) *Piano Operativo*: il documento tecnico, redatto e approvato dalla Regione Liguria, su indicazione e con il supporto tecnico del Ministero della salute, tramite l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) limitatamente agli investimenti della Missione 6 - Componente 1, che elenca gli interventi inseriti nel CIS organizzandoli secondo le rispettive Componenti/Linee di investimento. Il Piano Operativo è allegato al presente contratto e ne costituisce parte integrante (Allegato 1);
- o) *Rendicontazione delle spese*: attività necessaria a comprovare la corretta esecuzione

finanziaria del progetto;

- p) *Rendicontazione di milestone e target*: attività finalizzata a fornire elementi comprovanti il raggiungimento degli obiettivi del Piano (milestone e target, UE e nazionali). Non è necessariamente legata all'avanzamento finanziario del progetto;
 - q) *Scheda Intervento*: la scheda redatta per ciascun intervento oggetto del contratto. Nella scheda sono riportate le informazioni anagrafiche e finanziarie di ciascun intervento, le relative modalità attuative, il cronoprogramma e le milestone e i target stabiliti. Le Schede Intervento sono riconducibili al Piano operativo allegato al CIS che ne costituiscono parte integrante.
 - r) *Servizio centrale per il PNRR*: Struttura dirigenziale di livello generale istituita presso il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, con compiti di coordinamento operativo, monitoraggio, rendicontazione e controllo del PNRR e punto di contatto nazionale per l'attuazione del Piano ai sensi dell'articolo 22 del Regolamento (UE) 2021/241;
 - s) *Unità di Missione RGS*: Struttura di cui all'articolo 1, comma 1050, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, che svolge funzioni di valutazione e monitoraggio degli interventi del PNRR.
 - t) *Unità di Audit*: Struttura che, ai sensi dell'articolo 1, comma 4, lettera q), del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, svolge attività di controllo sull'attuazione del PNRR ai sensi del Regolamento (UE) 2021/241.
2. Le premesse, gli atti ivi richiamati e gli allegati, che le Parti dichiarano di ben conoscere ed approvare integralmente ed incondizionatamente, formano parte integrante e sostanziale del presente CIS.

ART. 2 **(Oggetto)**

1. Il presente CIS ha ad oggetto la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del PNRR Missione 6 – Componente 1 e 2 per le Linee di investimento richiamate in premessa e dal PNC di cui all'articolo 1, comma 2, lettera e), punto 2, del decreto legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101 di competenza della Regione Liguria, come da Piano Operativo, allegato al presente contratto e delle Schede Intervento sintetizzate nell'allegato 2 del citato Piano.

ART. 3 **(Impegni delle Parti)**

1. Le Parti si impegnano a rispettare tutti gli obblighi previsti nel presente CIS. A tal fine, esse si danno reciprocamente atto che le *milestone*, i *target* e le ulteriori condizionalità stabiliti nell'ambito del PNRR e del PNC, inseriti nel Piano Operativo e nelle Schede Intervento, con i relativi cronoprogrammi, costituiscono elementi prioritari ed essenziali per l'attuazione dei

singoli interventi e per la verifica del relativo stato di avanzamento.

2. Ciascuna delle Parti nomina un proprio referente, denominato Referente unico della parte, cui è affidato il compito di vigilare sull'esecuzione degli impegni assunti nel contratto e di relazionarsi con il RUC. La nomina del referente unico della parte viene comunicata dalla singola Parte al RUC entro cinque giorni dalla sottoscrizione del presente CIS. Il referente unico della Regione/Provincia Autonoma si relaziona con i responsabili di procedimento della propria Amministrazione ovvero degli Enti del Servizio sanitario regionale delegati all'attuazione e ne riceve ogni informazione utile, al fine di riferire al RUC sullo stato degli impegni contrattuali. Ogni referente unico della parte è destinatario di tutte le comunicazioni relative al presente CIS, indirizzate alla parte di riferimento, ed è componente del Tavolo Istituzionale. Le funzioni del referente unico del Ministero della salute sono assunte dal RUC di cui all'articolo 7.
3. Ciascuna Parte garantisce l'esecuzione delle eventuali attività e istruttorie tecniche necessarie agli atti approvativi, autorizzativi, al rilascio di pareri e di tutti gli altri atti di competenza, nel rispetto dei tempi definiti nel cronoprogramma delle schede intervento.
4. Le Parti si impegnano, inoltre, a:
 - a) fare ricorso a forme di immediata collaborazione e di stretto coordinamento, attraverso strumenti di semplificazione dell'attività amministrativa e di snellimento dei procedimenti di decisione e di controllo previsti dalla vigente normativa, garantendo altresì, per quanto di competenza, il rilascio dei pareri, nulla osta, anche di carattere ambientale, necessari per la realizzazione di tutte le opere richiamate nel Piano Operativo, anche nel rispetto di quanto stabilito dal decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108;
 - b) rimuovere tutti gli ostacoli che possono sorgere in ogni fase di esecuzione degli impegni assunti per la realizzazione degli interventi, accettando, in caso di inerzia, ritardo o inadempienza accertata, le misure previste dal presente CIS;
 - c) eseguire, con cadenza periodica, da determinarsi a cura del RUC e secondo le modalità da questi indicate, tutte le attività di monitoraggio utili a procedere periodicamente alla verifica del presente CIS, anche al fine di attivare prontamente tutte le azioni funzionali alla realizzazione degli interventi.
5. Le Parti si impegnano, altresì, a svolgere le specifiche attività di competenza descritte negli articoli che seguono.

ART. 4 **(Amministrazione titolare)**

1. Il Ministero della salute, nella qualità di Amministrazione centrale titolare della Missione 6 del PNRR, ha la responsabilità dell'attuazione delle riforme e degli investimenti (ossia delle Misure) ivi previsti. Esso provvede al coordinamento delle attività di gestione, di monitoraggio, rendicontazione e controllo relative agli interventi di cui al presente Contratto, secondo quanto previsto dall'articolo 8, comma 1, del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108. A tali fini, il Ministero si avvale della Unità di Missione appositamente istituita con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 15 settembre 2021.
2. Al Ministero della salute spetta il compito primario di presidiare e vigilare sull'esecuzione, in modo costante, tempestivo ed efficace, degli interventi che compongono le misure del PNRR di

competenza e di garantire il raggiungimento dei relativi risultati (target e milestone), il cui conseguimento, secondo le tempistiche stabilite, rappresenta la condizione abilitante per il rimborso delle risorse da parte della Commissione Europea. Al medesimo Ministero, spettano pari compiti e funzioni in ordine al programma “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” del PNC nei termini e secondo le modalità previste dal decreto legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101 e dal DM MEF 15 luglio 2021. A tal fine, il Ministero della salute, tramite l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) limitatamente agli interventi della Componente 1, si impegna a:

- a) svolgere il ruolo di coordinamento, vigilanza e monitoraggio previsto dalla normativa di attuazione e governance del PNRR e PNC;
- b) assicurare, attraverso il RUC, il presidio continuo sull’attuazione degli interventi, verificando, da un lato, l’avanzamento degli interventi e i loro progressi in termini di procedure, di flussi finanziari e di realizzazioni fisiche e, dall’altro, il livello di conseguimento di targets e milestones;
- c) porre in essere tutte le attività di coordinamento anche attraverso le strutture dal medesimo Ministero all’uopo incaricate e rendere disponibile il supporto tecnico operativo di cui al successivo articolo 9;
- d) garantire che il Soggetto attuatore riceva tutte le informazioni pertinenti per l’esecuzione dei compiti previsti e per l’attuazione delle operazioni, in particolare, le istruzioni necessarie relative alle modalità per la corretta gestione, verifica e rendicontazione delle spese;
- e) assicurare l’utilizzo del sistema di registrazione e conservazione informatizzata dei dati, istituito dal Ministero dell’economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, ai sensi dell’articolo 1, comma 1043, della legge 31 dicembre 2020, n. 178, necessari alla sorveglianza, alla valutazione, alla gestione finanziaria, ai controlli amministrativo-contabili, al monitoraggio e agli audit, nonché del sistema di “Monitoraggio delle opere pubbliche” di cui al decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229, verificandone la corretta implementazione;
- f) informare il Soggetto attuatore in merito ad eventuali incongruenze e possibili irregolarità riscontrate nel corso dell’attuazione del progetto che possano avere ripercussioni sugli interventi gestiti dallo stesso;
- g) svolgere, anche attraverso il RUC, attività di supporto nella definizione, attuazione, monitoraggio e valutazione degli interventi e degli eventuali progetti cofinanziati da fondi nazionali, europei e internazionali, anche in relazione alle esigenze di programmazione e attuazione del Piano Operativo;
- h) rendere disponibili i fondi stanziati secondo le disposizioni di legge e regolamentari vigenti necessari per l’attuazione degli interventi;
- i) garantire la raccolta e messa a disposizione della documentazione amministrativa necessaria ai fini dei controlli di competenza del Servizio centrale per il PNRR, dell’Unità di Audit, degli organismi comunitari, nonché eventualmente dell’autorità giudiziaria e delle forze di polizia nazionali;
- j) comunicare al Ministero dell’economia e delle finanze – Ragioneria generale dello Stato le informazioni sullo stato di attuazione del programma “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” e sugli obiettivi conseguiti, nonché gli eventuali scostamenti rispetto al cronoprogramma ai sensi dell’articolo 8 del citato DM MEF del 15 luglio 2021;
- k) promuovere, ai sensi di quanto previsto dall’articolo 11 del decreto-legge 31 maggio 2021,

n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, misure di rafforzamento della capacità amministrativa delle stazioni appaltanti attraverso la società Consip S.p.A. e la società Sogei S.p.A.;

- l) assolvere ad ogni altro onere e adempimento previsto a carico dell'Amministrazione centrale titolare di interventi dalla normativa comunitaria in vigore, per tutta la durata della presente Contratto.

ART. 5 **(Soggetto Attuatore)**

1. La Regione/Provincia Autonoma, quale Soggetto attuatore degli interventi previsti nel presente Contratto, si obbliga ad assicurare il rispetto di tutte le disposizioni previste dalla normativa comunitaria e nazionale, con particolare riferimento a quanto previsto dal Reg. (UE) 2021/241 e dal decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108. Essa, inoltre, direttamente ovvero congiuntamente ed in solido con gli Enti del Servizio sanitario regionale dalla medesima eventualmente delegati all'attuazione di specifici interventi, svolge le seguenti attività:
 - a) assicura l'adozione di misure adeguate volte a rispettare il principio di sana gestione finanziaria secondo quanto disciplinato nel Regolamento finanziario (UE, Euratom) 2018/1046 e nell'articolo 22 del Regolamento (UE) 2021/241, in particolare in materia di prevenzione, identificazione e rimozione dei conflitti di interessi, delle frodi, della corruzione e di recupero e restituzione dei fondi che sono stati indebitamente assegnati, nonché di garantire l'assenza del c.d. doppio finanziamento ai sensi dell'articolo 9 del Regolamento (UE) 2021/241;
 - b) adotta proprie procedure interne, assicurando la conformità ai regolamenti comunitari e a quanto indicato dal Ministero della salute;
 - c) garantisce il rispetto dell'obbligo di richiesta e indicazione del Codice Unico di Progetto (CUP) su tutti gli atti amministrativi e contabili;
 - d) assicura il rispetto del principio di non arrecare un danno significativo agli obiettivi ambientali (DNSH), ai sensi dell'articolo 17 del Reg. (UE) 2020/852, e delle indicazioni in relazione ai principi orizzontali di cui all'articolo 5 del Reg. (UE) 2021/241;
 - e) garantisce la coerenza con il PNRR valutato positivamente con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021;
 - f) garantisce l'avvio tempestivo delle attività progettuali per non incorrere in ritardi attuativi e concludere il progetto nella forma, nei modi e nei tempi previsti, nel rispetto della tempistica prevista dal relativo cronoprogramma di intervento/progetto e sottopone al Ministero della salute le eventuali modifiche al progetto;
 - g) garantisce, nel caso in cui si faccia ricorso alle procedure di appalto, il rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e s.m.i.;
 - h) presenta, con cadenza almeno bimestrale, la rendicontazione delle spese effettivamente sostenute e dei costi indiretti, nei tempi e nei modi previsti dal presente contratto ed atti conseguenti, nonché degli indicatori di realizzazione associati al progetto, in riferimento al contributo al perseguimento dei target e milestone del PNRR, comprovandone il conseguimento attraverso la produzione e l'imputazione nel sistema informatico della documentazione probatoria pertinente;

- i) fornisce all'Amministrazione titolare le informazioni sullo stato di attuazione del programma "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" e sugli obiettivi conseguiti, nonché gli eventuali scostamenti rispetto al cronoprogramma ai fini della predisposizione della comunicazione trimestrale di cui all'articolo 8 del citato DM MEF del 15 luglio 2021;
- j) coordina le attività di progettazione e di realizzazione degli interventi e la predisposizione degli elaborati tecnici necessari ai sensi di legge per renderli appaltabili;
- k) individua eventuali fattori che possano determinare ritardi che incidano in maniera considerevole sulla tempistica attuativa e di spesa, definita nel cronoprogramma relazionando al Ministero della salute titolare dell'intervento;
- l) mitiga e gestisce i rischi connessi al progetto nonché a porre in essere azioni mirate connesse all'andamento gestionale ed alle caratteristiche tecniche;
- m) partecipa alle conferenze di servizi, convocate dalla stessa Regione/Provincia Autonoma o dalle stazioni appaltanti eventualmente delegate, finalizzate ad ottenere le autorizzazioni, i pareri e i nulla osta necessari alla realizzazione dei singoli interventi;
- n) svolge attività di indirizzo, coordinamento e supporto ai propri Enti eventualmente delegati alla attuazione degli interventi per lo svolgimento delle attività di competenza, di verifica tecnica e validazione dei progetti relativi ai singoli interventi;
- o) adotta il sistema informatico utilizzato dal Ministero della salute, finalizzato a raccogliere, registrare e archiviare in formato elettronico i dati per ciascuna operazione necessari per la sorveglianza, la valutazione, la gestione finanziaria, la verifica e l'audit, secondo quanto previsto dall'articolo 22 paragrafo 2 lettera d) del Regolamento (UE) 2021/241 e tenendo conto delle indicazioni che verranno fornite dal Ministero della salute;
- p) carica sul sistema informativo di cui al precedente punto i dati e la documentazione utile all'esecuzione dei controlli preliminari di conformità normativa sulle procedure di aggiudicazione da parte dell'Ufficio competente per i controlli di competenza del Ministero della salute in qualità di Amministrazione centrale titolare della Missione 6 del PNRR, sulla base delle istruzioni contenute nella connessa manualistica predisposta da quest'ultima;
- q) garantisce la correttezza, l'affidabilità e la congruenza dei dati di monitoraggio finanziario, fisico e procedurale, e di quelli che comprovano il conseguimento degli obiettivi dell'intervento, quantificati in base agli stessi indicatori adottati per i milestone e i target della misura e ne assicura l'inserimento nel sistema informatico e gestionale adottato dal Ministero della salute nel rispetto delle indicazioni che saranno fornite dal Ministero della salute stesso;
- r) fornisce tutte le informazioni richieste relativamente alle procedure e alle verifiche in relazione alle spese rendicontate conformemente alle procedure e agli strumenti definiti nella manualistica adottata dal Ministero della salute;
- s) garantisce la raccolta e la conservazione della documentazione progettuale in fascicoli cartacei e su supporti informatici per assicurare la completa tracciabilità delle operazioni - nel rispetto di quanto previsto all'articolo 9, comma 4 del decreto legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 108, nonché la messa a disposizione di detta documentazione, nelle diverse fasi di controllo e verifica previste dal sistema di gestione e controllo del PNRR, del Ministero della Salute, del Servizio centrale per il PNRR, dell'Unità di Audit, della Commissione europea, dell'Ufficio europeo per la lotta antifrode (OLAF), della Corte dei Conti europea (ECA), della Procura europea (EPPO) e delle competenti Autorità giudiziarie nazionali, autorizzando

- la Commissione, l'OLAF, la Corte dei conti e l'EPPO a esercitare i diritti di cui all'articolo 129, paragrafo 1, del regolamento finanziario (UE; EURATOM) 1046/2018;
- t) facilita le verifiche dell'Ufficio competente per i controlli del Ministero della salute, dell'Unità di Audit, della Commissione europea e di altri organismi autorizzati, che verranno effettuate anche attraverso controlli in loco presso i Soggetti attuatori/Soggetti attuatori esterni;
 - u) garantisce la disponibilità dei documenti giustificativi relativi alle spese sostenute e dei target realizzati come previsto dall'articolo 9, comma 4 del decreto legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108;
 - v) predispone i pagamenti secondo le procedure stabilite dal Ministero della salute, contenute nella relativa manualistica, nel rispetto del piano finanziario e cronogramma di spesa approvato, inserendo nel sistema informativo i relativi documenti riferiti alle procedure e i giustificativi di spesa e pagamento necessari ai controlli ordinari di legalità e ai controlli amministrativo-contabili previsti dalla legislazione comunitaria e nazionale applicabile, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 22 del Regolamento (UE) n. 2021/241 e dell'articolo 9 del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108;
 - w) effettua i controlli di gestione, i controlli ordinari amministrativo-contabili previsti dalla legislazione nazionale applicabile per garantire la regolarità delle procedure e delle spese sostenute prima di rendicontarle al Ministero della salute, nonché garantisce la riferibilità delle spese al progetto finanziato;
 - x) inoltra le richieste di pagamento al Ministero della salute con allegata la rendicontazione dettagliata delle spese effettivamente sostenute - o dei costi esposti maturati nel caso di ricorso alle opzioni semplificate in materia di costi – e del contributo al perseguimento delle milestone e dei target associati alla misura PNRR di riferimento, e i pertinenti documenti giustificativi secondo le tempistiche e le modalità riportate nei dispositivi attuativi;
 - y) garantisce l'adozione di un'apposita codificazione contabile adeguata e informatizzata per tutte le transazioni relative al progetto per assicurare la tracciabilità dell'utilizzo delle risorse del PNRR e in conformità a quanto stabilito dal decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 11 ottobre 2021;
 - z) garantisce, anche attraverso la trasmissione di relazioni periodiche sullo stato di avanzamento del progetto, che il Ministero della salute riceva tutte le informazioni necessarie, relative alle linee di attività per l'elaborazione delle relazioni annuali di cui all'articolo 31 del Regolamento (UE) n. 2021/241, nonché qualsiasi altra informazione eventualmente richiesta;
 - aa) si impegna, 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 a fornire, su richiesta del Ministero della salute, le informazioni necessarie per la predisposizione delle dichiarazioni sul conseguimento di target e milestone e delle relazioni e documenti sull'attuazione dei progetti;
 - bb) si impegna, altresì, al rispetto del cronoprogramma procedurale di cui alla citata scheda "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" del PNC;
 - cc) individua inoltre e comunica al Ministero della salute i ritardi attuativi che incidano in maniera considerevole sulla tempistica definita nel cronoprogramma concordato nella scheda intervento

- dd) garantisce il rispetto degli obblighi in materia di comunicazione e informazione previsti dall'articolo 34 del Regolamento (UE) 2021/241 indicando nella documentazione progettuale che il progetto è finanziato nell'ambito del PNRR, con esplicito riferimento al finanziamento da parte dell'Unione europea e all'iniziativa Next Generation EU (utilizzando la frase "finanziato dall'Unione europea – Next Generation EU"), riportando nella documentazione progettuale l'emblema dell'Unione europea e fornisce un'adeguata diffusione e promozione del progetto, anche online, sia web sia social, in linea con quanto previsto dalla Strategia di Comunicazione del PNRR; fornisce i documenti e le informazioni necessarie secondo le tempistiche previste e le scadenze stabilite dai Regolamenti comunitari e dal Ministero della salute e per tutta la durata del progetto;
- ee) garantisce una tempestiva diretta informazione agli organi preposti, tenendo informato il Ministero della salute sull'avvio e andamento di eventuali procedimenti di carattere giudiziario, civile, penale o amministrativo che dovessero interessare le operazioni oggetto del progetto, comunica le irregolarità o le frodi riscontrate a seguito delle verifiche di competenza e adotta le misure necessarie, nel rispetto delle procedure adottate dal Ministero della salute stesso, in linea con quanto indicato dall'articolo 22 del Regolamento (UE) 2021/241.
2. La Regione/Provincia Autonoma, quale Soggetto attuatore dei singoli interventi, può avvalersi degli Enti del Servizio sanitario regionale (Soggetti attuatori esterni) per dare esecuzione agli interventi in base alla competenza territoriale dei medesimi. In tal caso può delegare a detti Enti, per ciascun intervento, parte delle attività di cui al comma 1 attraverso specifici atti negoziali o provvedimenti amministrativi nei quali sono specificate le attività da realizzare in riferimento a quelle indicate nella scheda intervento approvata, i tempi, le modalità e i reciproci obblighi relativi all'attuazione dell'intervento in questione, verifiche, monitoraggio e rendicontazione delle procedure e spese nonché dei *target* e *milestone*, la modalità di trasferimento delle risorse a fronte delle spese sostenute, al fine di garantire il rispetto dei tempi, delle modalità e degli obblighi relativi all'attuazione della proposta in oggetto ferma restando la responsabilità congiunta e solidale che essa assume unitamente all'Ente delegato.
 3. La Regione/Provincia Autonoma e gli Enti del Servizio sanitario regionale, delegati ai sensi del comma 2, si impegnano ad individuare le soluzioni tecnico operative procedurali più efficaci a garantire la puntuale esecuzione degli interventi nei tempi previsti, assicurando presidi di trasparenza e legalità attraverso, ove possibile, il ricorso a procedure di affidamento aggregate, anche avvalendosi di Centrali di Committenza individuate dall'articolo 38 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50
 4. La Regione/Provincia Autonoma si impegna a trasmettere al RUC il quadro economico di ciascun intervento rideterminato dopo l'affidamento dei lavori, nel quale risultino con chiarezza tutte le voci di spesa, ivi ricomprendendo anche le eventuali economie da ribasso d'asta.
 5. La Regione/Provincia Autonoma informa il RUC in ordine a ogni avanzamento delle procedure amministrative relative all'attuazione degli interventi, ivi inclusi l'avvio e la conclusione della progettazione degli stessi.
 6. La Regione/Provincia Autonoma si obbliga a indicare nella scheda intervento l'eventuale delega del ruolo di soggetto attuatore a un Ente del Servizio sanitario regionale che, attraverso la sottoscrizione della medesima scheda da parte del suo legale rappresentante, accetta le clausole del presente contratto, assumendo congiuntamente e solidalmente con la Regione/Provincia Autonoma tutte le obbligazioni ivi contenute per la parte relativa

all'intervento delegato.

ART. 6 (Tavolo Istituzionale)

1. Per assicurare la governance e il controllo dell'attuazione del presente Contratto è istituito un Tavolo Istituzionale presieduto dal Ministro della salute, o da suo delegato, e composto dal Presidente della Regione Liguria, o da suo delegato, e dal Ministro dell'economia e delle finanze, o da suo delegato.
2. Al Tavolo Istituzionale partecipano, senza diritto di voto, il RUC, un rappresentante della Unità di Missione costituita presso il Ministero della salute, il Direttore dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali nonché il Referente unico della Regione/Provincia autonoma. Su invito del Presidente del Tavolo possono partecipare, senza diritto di voto, ai lavori del Tavolo, ove necessario, anche rappresentanti di altri enti o amministrazioni eventualmente interessate o delegate all'attuazione di interventi.
3. Il Tavolo, convocato dal Presidente, si riunisce almeno ogni sei mesi, e ogniqualvolta ritenuto necessario da parte di uno dei componenti o anche su segnalazione del RUC, per aggiornamenti riguardanti l'andamento e la prosecuzione delle attività, nonché il rispetto degli impegni previsti dal Contratto. Esso può operare anche in modalità videoconferenza. Le decisioni del Tavolo sono adottate collegialmente e, se necessario, a maggioranza dei componenti. Le decisioni del Tavolo possono essere assunte anche mediante apposita procedura scritta da attivare da parte del Presidente del Tavolo o del RUC su delega del Presidente del Tavolo.
4. Il Tavolo ha il compito di:
 - a) valutare l'andamento delle attività e il rispetto degli impegni previsti dal presente Contratto;
 - b) verificare, con periodicità almeno semestrale, lo stato di attuazione del Piano Operativo.
 - c) approvare eventuali successive rimodulazioni delle schede intervento e dei finanziamenti, proposte dal RUC, ed eventualmente modificare il Piano Operativo, alla luce degli esiti conseguenti all'attuazione dei singoli interventi che lo compongono;
 - d) approvare le proposte di definanziamento, eventualmente necessarie.
5. Il Tavolo Istituzionale esamina, inoltre, gli eventuali ritardi e inadempienze rispetto alle tempistiche indicate nelle schede intervento e segnalati dal RUC e fornisce idonea informativa, con propria delibera. Il Ministro della salute, sulla base di tale informativa, fermo quanto disposto dall'articolo 12 del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108 e, per il PNC, dall'articolo 1, comma 7-bis del decreto legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101:
 - a) valuta la sussistenza dei presupposti di legge nei confronti della Regione/Provincia Autonoma per proporre l'attivazione della procedura prevista dall'articolo 12, comma 1, primo periodo, del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108;
 - b) valuta la sussistenza dei presupposti di legge nei confronti dei soggetti attuatori diversi

dalla Regione/Provincia Autonoma per procedere con l'attivazione di quanto previsto dall'articolo 12, comma 3, del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108.

ART. 7 (Responsabile Unico del Contratto)

1. Il RUC è il responsabile dell'Unità di Missione del Ministero della salute.
2. Al RUC sono affidati i seguenti compiti:
 - a) coordina il processo complessivo di esecuzione del CIS;
 - b) acquisisce dai referenti unici delle Parti le informazioni relative allo stato di esecuzione degli impegni assunti e pone in essere tutte le azioni necessarie per accelerare il processo di esecuzione e prevenire ritardi insanabili che possano comportare il ricorso alla procedura prevista ai sensi dell'articolo 12 del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108;
 - c) acquisisce dal Soggetto attuatore, per il tramite del referente unico, le informazioni relative allo stato di esecuzione dei suddetti interventi;
 - d) sottopone, su proposta del soggetto attuatore, al Tavolo Istituzionale eventuali rimodulazioni delle schede intervento, ivi compresa la proposta di rimodulazione dei finanziamenti afferenti ai singoli interventi;
 - e) rende operativi gli indirizzi del Tavolo Istituzionale, attraverso un'azione diretta di coordinamento e di supporto al Soggetto Attuatore degli interventi di cui alle Schede intervento;
 - f) riscontra lo stato di avanzamento degli interventi ed il rispetto del cronoprogramma previsto nelle singole schede intervento, al fine di riferire al Tavolo Istituzionale;
 - g) comunica al Tavolo Istituzionale gli esiti delle attività di controllo e valutazione e segnala eventuali ritardi e inadempienze ai sensi dell'articolo 12 del sopracitato decreto legge, per le conseguenti iniziative, anche ai fini dell'attivazione dei poteri straordinari e sostitutivi da parte del Ministro della salute;
 - h) attiva strumenti ed iniziative utili a garantire la trasparenza e l'accesso alle informazioni connesse agli interventi;
 - i) valida i dati di monitoraggio sull'avanzamento fisico e finanziario degli interventi del PNRR inseriti dal/dai Soggetti Attuatori, nel sistema Unitario "ReGiS".
3. Per le attività di cui al comma 2, il RUC si avvale del supporto del Nucleo Tecnico di cui all'articolo 8 nonché del supporto tecnico operativo previsto all'articolo 9.

ART. 8 (Nucleo Tecnico)

1. Il Nucleo tecnico è l'organo che fornisce supporto tecnico al RUC per le seguenti attività:

- a) coordinare e dare impulso all'attuazione degli interventi;
 - b) monitorare, valutare e verificare gli interventi di cui al Piano Operativo e alle relative schede intervento;
 - c) valutare le eventuali proposte di rimodulazione degli interventi presentate dalla Regione/Provincia Autonoma al RUC;
 - d) rendere operativi gli indirizzi del Tavolo Istituzionale, attraverso un'azione diretta di coordinamento e di supporto al Soggetto Attuatore per l'attuazione degli interventi di cui alle Schede intervento.
2. Il Nucleo è costituito dal Dirigente dell'Ufficio 1 dell'Unità di Missione del Ministero della salute o suo delegato, dalle figure dirigenziali delle competenti direzioni del Ministero della Salute in ragione della specifica competenza delle medesime con riferimento agli specifici interventi e dal Direttore dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.
3. Il Nucleo si articola in due sezioni:
- la Sezione Componente 1 a cui partecipa il Direttore dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali che ne coordina le attività unitamente al Dirigente dell'Ufficio 1 dell'Unità di Missione del Ministero della salute o suo delegato, ai rappresentanti delle Direzioni del Ministero della salute in ragione della specifica competenza delle medesime con riferimento agli specifici interventi;
 - la Sezione Componente 2, a cui partecipano il Dirigente dell'Ufficio 1 dell'Unità di Missione del Ministero della salute o suo delegato ed i rappresentanti delle Direzioni del Ministero della salute in ragione della specifica competenza delle medesime con riferimento agli specifici interventi.

ART. 9 **(Supporto tecnico operativo)**

1. Il Ministero della salute, per attuare gli interventi previsti nei tempi e nei modi contenuti nel presente Contratto, può avvalersi del supporto tecnico-operativo dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) ovvero di Cassa Depositi e Prestiti e di Invitalia S.p.A., secondo quanto previsto rispettivamente dall'articolo 9 e dall'articolo 10 del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108.
2. Il supporto tecnico-operativo di cui al comma 1 può essere diretto anche ai soggetti attuatori dei singoli interventi, per il tramite del Ministero della salute.
3. La Regione/Provincia Autonoma quale Soggetto Attuatore potrà avvalersi direttamente del supporto tecnico-operativo dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) da disciplinarsi con specifica convenzione che Regione/Provincia Autonoma ed Agenas andranno a sottoscrivere nel rispetto del quadro normativo e regolamentare di riferimento.
4. La Regione/Provincia Autonoma quale Soggetto Attuatore, per realizzare gli interventi previsti nei tempi e nei modi contenuti nel presente Contratto può avvalersi del supporto tecnico-operativo di società a prevalente partecipazione pubblica, rispettivamente regionale e locale e da enti vigilati secondo quanto previsto rispettivamente dall'articolo 9, dall'articolo 10 del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021,

n. 108 nonché nel rispetto dei limiti di ammissibilità al PNRR di cui alla Circolare RGS del 24 gennaio 2022, n. 6 recante “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Servizi di assistenza tecnica per le Amministrazioni titolari di interventi e soggetti attuatori del PNRR.

ART. 10

(Erogazione delle risorse e certificazione delle spese)

1. Il trasferimento delle risorse è assicurato nel rispetto delle vigenti norme in materia e, con riferimento agli interventi del PNRR, in particolare secondo le previsioni di cui al decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 11 ottobre 2021 in materia di procedure amministrativo-contabili concernenti la gestione delle risorse del Fondo di Rotazione Next Generation UE-Italia di cui alla legge 23 dicembre 2020 n. 178, articolo 1, commi da 1037 a 1050.

ART. 11

(Monitoraggio, valutazione e controllo dell'attuazione del CIS)

1. L'attuazione del CIS è costantemente monitorata per consentire la rilevazione sistematica e tempestiva relativa al raggiungimento delle *milestones* e dei *target* stabiliti nonché degli avanzamenti procedurali, fisici, finanziari e di risultato. A tal fine si provvede attraverso il sistema di monitoraggio Unitario “ReGiS”. I dati relativi al programma del PNC “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” confluiscono nel sistema MOP tramite funzioni che garantiscono l'interoperabilità tra i sistemi.
2. Il referente unico della Regione/Provincia Autonoma assicura la puntuale comunicazione delle informazioni analitiche utili a consentire lo svolgimento delle attività di controllo e di valutazione che saranno attuate secondo quanto previsto dalle Linee Guida, che saranno emanate dal Ministero della salute, in quanto Amministrazione centrale titolare di intervento e attraverso gli appositi strumenti forniti nell'ambito della manualistica di gestione e controllo.
3. Il Ministero della salute, attraverso i competenti uffici, effettua i controlli necessari al fine di garantire la correttezza e la regolarità della spesa (etc. citare obblighi PNRR e PNC).

ART. 12

(Prevenzione e repressione della criminalità organizzata e dei tentativi di infiltrazione mafiosa)

1. Le Parti assicurano la tracciabilità dei flussi finanziari al fine di prevenire infiltrazioni criminali, in conformità a quanto previsto dall'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136, nonché dalle circolari applicative, mediante l'utilizzo di uno o più conti correnti bancari dedicati, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 6, comma 4, del decreto legislativo 31 maggio 2011, n. 88.

ART. 13 **(Durata e modifica del CIS)**

1. Il presente CIS impegna le Parti fino alla completa realizzazione del programma degli interventi previsti, nel rispetto delle tempistiche previste per il conseguimento dei connessi milestone e target, e comunque non oltre la data del 30 giugno 2026 per gli interventi del PNRR, e può essere modificato o integrato per concorde volontà delle Parti contraenti, previa approvazione da parte del Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento RGS.
2. Ferme restando le tempistiche previste per il conseguimento di milestone e target associati agli interventi oggetto del presente CIS, il termine di durata può essere prorogato per sopravvenute modifiche, proroghe o necessità del PNRR e PNC ed in ragione dello stato di avanzamento degli interventi previsti, previa comunicazione scritta tra le Parti, con preavviso di tre mesi prima della scadenza.

ART. 14 **(Comunicazioni e Notifiche)**

Qualsiasi comunicazione richiesta o consentita dal presente CIS dovrà essere effettuata per iscritto, a mezzo posta elettronica certificata esclusivamente agli indirizzi per come appresso specificati:

- (a) se al Ministero della Salute:
 - pnrr@postacert.sanita.it
- (b) se ai Referenti Unici delle Parti:
 - protocollo@pec.regione.liguria.it

c.a. Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali

ovvero presso il diverso indirizzo di posta elettronica certificata che ciascuna delle Parti potrà comunicare all'altra successivamente alla data di sottoscrizione odierna, restando inteso che presso gli indirizzi suindicati, ovvero presso i diversi indirizzi che potranno essere comunicati in futuro, le Parti eleggono altresì il proprio domicilio ad ogni fine relativo a questo Contratto ivi compreso quello di eventuali notificazioni giudiziarie.

ART. 15 **(Controversie)**

1. Nel caso di controversie di qualsiasi natura, anche relative a conflitti di interessi tra le Parti, che dovessero insorgere in ordine alla interpretazione e applicazione del presente contratto, le Parti si impegnano a comporre amichevolmente e secondo equità le controversie medesime.
2. Resta inteso che eventuali controversie non pregiudicheranno in alcun modo la regolare esecuzione delle attività previste, né consentiranno alcuna sospensione delle prestazioni dovute dalle Parti.

3. Salvo ed impregiudicato quanto previsto al comma 1 del presente articolo, per ogni controversia scaturente dal presente contratto il foro competente sarà quello di Roma.

Il presente CIS è formato in unico originale e sottoscritto da ciascuna delle Parti.

IL MINISTRO

On. Roberto Speranza

Firma digitale



SPERANZA
ROBERTO
31.05
.2022
16:28:41
UTC

IL PRESIDENTE

Giovanni Toti

Firma digitale



Firmato
digitalmente da
GIOVANNI TOTI
Regione Liguria
Firmato il: 31-05-
2022 18:09:40
Certificato valido
dal 13-10-2020
al 13-10-2023



Piano operativo regionale

Investimenti Missione 6 Salute



ALLEGATO AL CIS – Regione Liguria

Aprile 2022



Indice

Indice	2
1. Premesse.....	4
2. Descrizione Piano Operativo e Action Plan.....	6
3. Linee guida alla compilazione degli Action Plan.....	9
4. Linee guida alla compilazione delle Schede Intervento.....	10
4.1. Linee guida alla compilazione delle Schede Intervento lavori.....	10
4.2. Linee guida alla compilazione delle Schede Intervento grandi apparecchiature.....	11
4.3. Linee guida alla compilazione delle Schede Intervento digitalizzazione.....	11
5. Attuazione impegni previsti per la Regione/Provincia Autonoma.....	12
6. Action Plan.....	13
6.1. Componente 1 - Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona - Action Plan.....	13
6.2. Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub investimento 1.2.2 - Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) - Action Plan.....	20
6.3. Componente 1 - Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità) - Action Plan.....	26
6.4. Componente 2 - Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub investimento 1.1.1. (Digitalizzazione DEA I e II livello) - Action Plan.....	32
6.5. Componente 2 - Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub investimento 1.1.2 Grandi Apparecchiature Sanitarie - Action Plan.....	37
6.6. Componente 2 - Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub investimento 1.1.1 - Digitalizzazione - Rafforzamento strutturale SSN ("progetti in essere" ex art. 2, DL 34/2020).....	43
6.7. Componente 2 - Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile (Fondi PNRR) - Action Plan.....	49
6.8. Componente 2 - Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile (Fondi PNC) - Action Plan.....	54
6.9. Componente 2 - Investimento 1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione - di cui sub investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni" - Action Plan.....	59
6.10. Componente 2 - Investimento 1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione - di cui sub investimento 1.3.2 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (Potenziamento, modello predittivo, SDK...) - Action Plan.....	65



<i>6.11. Componente 2 - Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Sub investimento 2.2 (a) borse aggiuntive in formazione di medicina generale - Action Plan.....</i>	<i>70</i>
<i>6.12. Componente 2 - Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Sub investimento 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere - Action Plan.....</i>	<i>76</i>
7. Rispetto principi direttiva in materia Disabilità.....	82
8. Equità di Accesso.....	83
9. Rispetto principi in materia di pari opportunità di genere e generazionali.....	83
10. Modalità di monitoraggio e rendicontazione.....	90

ALLEGATO 1 - Descrizione PNRR, overview Missione 6 Salute e dettaglio Investimenti

ALLEGATO 2 - Tabelle localizzazioni interventi

ALLEGATO 3 - Tabelle "Non arrecare danno significativo"

ALLEGATO 4 - Tabelle Schede di monitoraggio

ALLEGATO 5 - Action Plan M6C2 2.2 b - Indicazioni nazionali sulla strutturazione del programma del corso di formazione sulle infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero

1. Premesse

La Missione 6 Salute mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, ed è articolata in due Componenti:

- **Componente 1:** Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;
- **Componente 2:** Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La *Componente 1* ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

La *Componente 2* comprende, invece, misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari. Inoltre, rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a rafforzare le competenze e il capitale umano del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Per una descrizione completa degli investimenti della Missione 6 si rimanda all'Allegato 1 del presente documento.

Per i progetti a regia, per i quali le Regioni e le Province Autonome si configurano come soggetti attuatori, è stato ritenuto necessario intraprendere tutte le attività atte a garantire l'operatività programmatica, tenuto conto del quadro normativo di riferimento, attraverso il Decreto di ripartizione programmatica delle risorse firmato dal Ministro della Salute in data 20 gennaio 2022. Il richiamato decreto ha ripartito complessivamente euro 8.042.960.665,58 suddivisi come segue tra i singoli interventi interessati:

- M6C1 1.1 "*Case della Comunità e presa in carico della persona*" per un importo di euro 2.000.000.000;
- M6C1 1.2 "*Casa come primo luogo di cura e Telemedicina*" per un importo complessivo di euro 4.000.000.000 – di cui sub investimento 1.2.2 Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT) per un importo di euro 280.000.000 – di cui interventi COT, Interconnessione aziendale, Device per un importo di euro 204.517.588;
- M6C1 1.3 "*Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità*" per un importo di euro 1.000.000.000;
- M6C2 1.1 "*Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero*" (digitalizzazione DEA I e II livello e grandi apparecchiature – nuovi progetti e FSC) per un importo complessivo di euro 2.639.265.000;
- M6C2 1.2 "*Verso un ospedale sicuro e sostenibile*" per un importo di euro 638.851.083,58;
- M6C2 1.3. "*Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione*" – sub investimento 1.3.2 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (Potenziamento, modello predittivo, SDK...) per un importo



complessivo di euro 292.550.000 – di cui intervento Reingegnerizzazione NSIS a livello locale (Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali - Consulitori di Famiglia, Ospedali di Comunità, Servizi di Riabilitazione Territoriale e Servizi di Cure Primarie) per un importo di euro 30.300.000;

- M6C2 2.2 (b) *“Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Corso di formazione in infezioni ospedaliere”* per un importo di euro 80.026.994;
- PNC – *“Verso un ospedale sicuro e sostenibile”* dal costo complessivo di euro 1.450.000.000.

Oltre ai suddetti interventi di investimento, per le finalità attuative del PNRR, è stato ritenuto opportuno includere nel Piano operativo anche i seguenti:

- M6C2 1.1 *“Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”* (Rafforzamento strutturale del SSN) – progetti in essere per un importo complessivo di euro 1.413.145.000;
- M6C2 1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione – sub investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) per un importo complessivo di euro 1.379.989.999,93 – di cui intervento “Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni” per un importo di euro 610.390.000;
- M6C2 2.2 (a) *“Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – borse aggiuntive in formazione di medicina generale”* per un importo di euro 101.973.006,00.

Il presente Piano Operativo della Regione Liguria si inserisce, pertanto, in via generale, nell'ambito del decreto di ripartizione sopra richiamato. Il Piano Operativo, comprensivo dell'Action Plan, uno per ciascun investimento per il quale la Regione/Provincia Autonoma si configura come soggetto attuatore, costituisce parte integrante del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS).



2. Descrizione Piano Operativo e Action Plan

Il presente Piano Operativo si compone degli Action Plan redatti dalla Regione Liguria per ciascuna Linea di investimento, dettagliati degli interventi necessari al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR, e per i quali la Regione/Provincia Autonoma predispone apposite *"scheda intervento"*, per le quali si rimanda al paragrafo 4.

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

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



Tabella 1 - Dettaglio Target massimo, termine di esecuzione e risorse assegnate per investimento/sub-investimento

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

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

2.1 OBBLIGHI DI COMUNICAZIONE Circolare del 14 ottobre 2021, n. 21 – Istruzioni Tecniche per la selezione dei progetti PNRR – 3.4.1 Obblighi di comunicazione a livello di progetto

Per informare il pubblico sul sostegno ricevuto nell'ambito dell'iniziativa “NextGenerationEU” dell'Unione Europea tutte le azioni di informazione e comunicazione riferite agli interventi finanziati all'interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza devono riportare l'emblema istituzionale dell'Unione Europea nonché, ove possibile, il riferimento all'iniziativa NextGenerationEU. Nello specifico i soggetti attuatori dovranno:

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



3. Linee guida alla compilazione degli Action Plan

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

OBIETTIVO PNRR o PNC	Sezione precompilata [da non modificare]
INDICATORI COMUNI	Sezione precompilata [da non modificare]
INDICAZIONI OPERATIVE	Sezione parzialmente precompilata da integrare indicando: <ul style="list-style-type: none">• le eventuali ulteriori azioni che la Regione o PP.AA. intende intraprendere ai fini dell'attuazione dell'investimento;• le specifiche relative alle eventuali procedure aggregate di affidamento di cui la Regione o PP.AA. si serve al fine di rispettare quanto previsto dall'articolo 5, comma 3, del Contratto Istituzionale di Sviluppo.
OBIETTIVI REGIONALI	Sezione parzialmente precompilata da integrare indicando: <ul style="list-style-type: none">• Target massimo regionale;• Fabbisogno.
CRONOPROGRAMMA	Sezione precompilata [da non modificare]
RIFERIMENTI NORMATIVI	Sezione da compilare indicando i riferimenti normativi relativi all'ambito di investimento.
DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"	Sezione precompilata contenente il Dettaglio dell'eventuale quota assegnata (tag) alla dimensione "green" e "digital" per ciascun investimento, secondo le percentuali stabilite dalle linee guida comunitarie.
DO NO SIGNIFICANT HARM	Sezione precompilata con la valutazione degli investimenti rispetto al principio di "non arrecare un danno significativo" all'ambiente.



4. Linee guida alla compilazione delle Schede Intervento

Le Schede Intervento devono essere redatte per ogni singolo intervento dalla Regione Liguria utilizzando, a seconda della tipologia di intervento oggetto della scheda (lavori/grandi apparecchiature/digitalizzazione), uno dei tre schemi presenti nel portale messo a disposizione da AGENAS e tenendo conto delle indicazioni di seguito riportate:

4.1. Linee guida alla compilazione delle Schede Intervento lavori

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



4.2. Linee guida alla compilazione delle Schede Intervento grandi apparecchiature

SEZIONE I – IDENTIFICAZIONE DELL'INTERVENTO	<p>La presente sezione deve essere compilata specificando:</p> <ul style="list-style-type: none">• la Regione/Provincia Autonoma di riferimento e gli elementi identificativi del soggetto richiedente (Ente del SSN);• l'intervento comprensivo di tutti gli elementi identificativi (titolo intervento, CUP/Codice Progetto, Descrizione apparecchiatura, Importo complessivo, etc.).
SEZIONE II: DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO	<p>La presente sezione deve essere compilata specificando:</p> <ul style="list-style-type: none">• tipologia di intervento;• la dichiarazione di coerenza dell'intervento con gli obiettivi generali del PNRR;• la dichiarazione di coerenza con gli obiettivi specifici della missione dell'intervento;• l'inquadramento programmatico;• il cronoprogramma;• il quadro del fabbisogno di spesa.
SEZIONE III: DATI ECONOMICI, FINANZIARI	<p>La presente sezione deve essere compilata specificando:</p> <ul style="list-style-type: none">• le fonti di finanziamento del progetto;• il cronoprogramma finanziario.

4.3. Linee guida alla compilazione delle Schede Intervento digitalizzazione

SEZIONE I – IDENTIFICAZIONE DELL'INTERVENTO	<p>La presente sezione deve essere compilata specificando:</p> <ul style="list-style-type: none">• la Regione/Provincia Autonoma di riferimento e gli elementi identificativi del soggetto richiedente (Ente del SSN);• l'intervento comprensivo di tutti gli elementi identificativi (titolo intervento, CUP/Codice Progetto, Importo complessivo, etc.).
SEZIONE II: DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO	<p>La presente sezione deve essere compilata specificando:</p> <ul style="list-style-type: none">• la dichiarazione di coerenza dell'intervento con gli obiettivi generali del PNRR;• la dichiarazione di coerenza con gli obiettivi specifici della missione dell'intervento;• l'inquadramento programmatico;• gli aspetti giuridico - amministrativi relativi all'appaltabilità dell'intervento;• il cronoprogramma;• il quadro economico dei lavori.
SEZIONE III: DATI ECONOMICI, FINANZIARI	<p>La presente sezione deve essere compilata specificando:</p> <ul style="list-style-type: none">• le fonti di finanziamento del progetto;• il cronoprogramma finanziario.



5. Attuazione impegni previsti per la Regione/Provincia Autonoma

La Regione/Provincia Autonoma procede a dare attuazione agli impegni previsti per il soggetto attuatore dal Contratto Istituzionale di Sviluppo, in particolare in riferimento a quanto previsto all'articolo 5 dello stesso, secondo quanto riportato nella tabella di seguito:

MODALITÀ DI ATTUAZIONE DEGLI IMPEGNI REGIONALI DI CUI AGLI ARTICOLO. 12 E 5 DEL CIS

DELEGA DEL RUOLO DI
SOGGETTO ATTUATORE AGLI
ENTI DEL SSR – SOGGETTO
ATTUATORE ESTERNO
(cfr. art. 5 comma 2 CIS)

- IRCCS Istituto G. Gaslini di Genova, per i corrispondenti interventi M6C2 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" (fondo PNC), in considerazione delle caratteristiche peculiari degli interventi stessi in quanto strettamente connessi al processo di riqualificazione funzionale e strutturale dell'intero presidio avviato dall'Istituto;
- A.Li.Sa. (Azienda Ligure Sanitaria) per tutti gli interventi M6.C2 1.1.1 "Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Livello I e II)", in considerazione dell'opportunità di coordinare e governare a livello di sistema regionale gli interventi stessi;
- EO Ospedale Evangelico Internazionale, per il corrispondente intervento M6C1 1.1 "Case della Comunità e presa in carico della persona" in quanto realizzato con risorse totalmente a carico dell'Ente;
- le Aziende ed Enti del SSR, per i corrispondenti interventi M6C2 1.1.2 "Grandi Apparecchiature Sanitarie", in considerazione dell'opportunità che gli stessi soggetti gestiscano direttamente le fasi di dismissione delle apparecchiature obsolete e di installazione delle nuove apparecchiature;
- l'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, quale soggetto attuatore delegato per l'organizzazione dei Corsi di Formazione in Infezioni Ospedaliere per il personale coinvolto delle Aziende/Enti/Istituti del SSR, accreditato provider ECM della Regione Liguria ai sensi della DGR n. 90/2020-Sub investimento 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere;
- la ASL3 quale soggetto attuatore delegato per l'intervento PNRR Missione M6, Componente C2, Investimento 2.2: "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario" – Sub investimento 2.2 (a). Sub-misura: "Borse aggiuntive in formazione di medicina generale";

RICORSO A PROCEDURE DI
AFFIDAMENTO AGGREGATE
(cfr. art. 5 comma 3 CIS)

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

6. Action Plan

6.1. Componente 1 - Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona - Action Plan

C1 - 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona

OBIETTIVO PNRR



TARGET EU

1.350 case della comunità



TARGET MASSIMO

Definito a livello nazionale

DESCRIZIONE CID

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

REQUISITI CID TARGET M6 C1 3

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

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

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

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



INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO

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

RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE

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



OBIETTIVI REGIONALI

TARGET MINIMO REGIONALE **30**

TARGET MASSIMO REGIONALE **32**

FABBISOGNO

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

Ente del SSR	Numero Case della Comunità da edificare	Numero Case della Comunità da ristrutturare	Totale
ASL 1	0	5	5
ASL 2	0	6	6
ASL 3	0	13	13
ASL 4	0	3	3
ASL 5	2	3	5
L			
Totale	2	30	32

€ 44.030.926,66 alla regione dal PNRR

Importo integrativo a carico del bilancio regionale € 6.745.646,00 (€ 245.646,00 + 6.500.000,00)





IMPORTO ASSEGNATO

- l'intervento M6C1 1.1 "Case della Comunità e presa in carico della persona" - Casa di Comunità Distretto Intemelio - Struttura "Eiffel" parco ferroviario di Ventimiglia prevede un cofinanziamento di € 245.646,00 – D.G.R 440 del 20/05/22 capitolo di bilancio n. 5296.
- l'intervento M6C1 1.1 "Case della Comunità e presa in carico della persona" - Casa della Comunità di Genova Bolzaneto, in via Pastorino 32, del costo di € 11.500.000,00, prevede un cofinanziamento di € 6.500.000,00 già assegnato alla ASL3 con la DGR n. 628/2019 a valere sul bilancio regionale, impegnato con Decreto n. 4559 del 31/07/19 (impegno n. 6368 sul capitolo di bilancio n. 5299) e con Decreto n.5198 del 05/09/19 (impegno n.6649 capitolo di bilancio n.5299).



CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità	T2 2022	
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità	T1 2023	
Target	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)	T1 2023	
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione della Case di Comunità	T3 2023	
Target	Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche	T1 2026	



GANTT

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità																				
2	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità																				
3	Definire, con apposito atto normativo, la programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale																				
4	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)																				
5	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità																				
6	Cese della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche																				



RIFERIMENTI NORMATIVI

- L.R. 41/2006 – Riordino del Servizio Sanitario Regionale
- L.R. 9/2017 – Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.
- L.R. 1/2019 – Modifiche alla L.R.1/2019 Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.
- D.C.R. 21/2017 piano Socio Sanitario Regionale per il Triennio 2017-2019
- L.R. 5/2021 Modifiche alla L.R.41/2006
- D.G.R n.169 del 08 Marzo 2022



DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), 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.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi "green" e "digital" sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione "green" e quella "digital" all'investimento 1.1.

(tabella non modificabile da Regione)

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota risorse assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
PNRR - Assistenza di prossimità e telemedicina									Green	Digital
M6C1	1.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	44.030.926,66	3.000.000,00	025 ter - Costruzione di nuovi edifici efficienti sotto il profilo energetico	40%			1.200.000,00	
				41.030.926,66	026 - Rinnovo di infrastrutture pubbliche sul piano dell'efficienza energetica e misure relative all'efficienza energetica per tali infrastrutture, progetti dimostrativi e misure di sostegno	40%		16.412.370,66		
			Totale	100%						

La Regione/Provincia Autonoma si impegna, con riferimento al suddetto investimento, a rispettare che le risorse siano destinate ad investimenti di cui ai seguenti tag 025 ter e 026 indicate e a rispettare le eventuali ulteriori indicazioni in materia che saranno trasmesse con successive circolari da parte del Ministero dell'economia e delle finanze.



DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Tale Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art. 18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 1.1 è riportato nella tabella 5 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione/Provincia Autonoma, nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nell'Allegato 3 al presente Piano nonché quanto indicato nella "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", emanata dal Ministero dell'economia e delle finanze con circolare n. 32 del 30 dicembre 2021, che ha lo scopo di assistere le amministrazioni preposte alla gestione degli investimenti nel processo di indirizzo, raccolta di informazioni e verifica, fornendo indicazioni sui requisiti tassonomici, sulla normativa corrispondente e sugli elementi utili per documentare il rispetto di tali requisiti sui singoli settori di intervento del PNRR.

Per tale investimento, all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono riportate le schede tecniche da considerare ai fini del rispetto del principio DNSH. Nello specifico, le schede sono di seguito indicate:

- scheda 1 "Costruzione di nuovi edifici";
- scheda 2 "Ristrutturazioni e riqualificazioni di edifici residenziali e non residenziali";
- scheda 4 "Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario";
- scheda 5 "Interventi edili e cantieristica generica non connessi con la costruzione/rinnovamento di edifici";
- scheda 6 "Servizi informatici di hosting e cloud".

6.2. Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina
Sub investimento 1.2.2 – Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) –
Action Plan

C1 – 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina
1.2.2 Centrali Operative Territoriali (COT)

OBIETTIVO PNRR



TARGET EU

600 COT



TARGET MASSIMO

Definito a livello nazionale



DESCRIZIONE CID

L'investimento previsto riguarda l'attivazione di 602 Centrali operative territoriali con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza.

REQUISITI CID TARGET M6 C1 7

Il punto cruciale di questo intervento è l'entrata in funzione di almeno 600 Centrali operative territoriali (una ogni 100 000 abitanti) con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza, al fine di garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure.

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

INDICAZIONI OPERATIVE

**MODALITÀ ATTUAZIONE
 INVESTIMENTO E MODALITÀ DI
 APPROVVIGIONAMENTO**

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

**RISORSE ECONOMICHE
 ASSEGNATE**

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

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

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

OBIETTIVI REGIONALI

TARGET MINIMO REGIONALE **15**

TARGET MASSIMO REGIONALE **16**

FABBISOGNO

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

AZIENDA	Sede COT
ASL 1	N. 2 (N.1 SANREMO, N.1 IMPERIA)
ASL 2	N. 3 (N.1 SAVONA, N.1 CAIRO MONTENOTTE, N.1 FINALE LIGURE)
ASL 3	N. 6 (N.6 GENOVA)
ASL 4	N. 2 (N. 1 SESTRI LEVANTE, N. 1 CHIAVARI)
ASL 5	N. 3 (N. 1 BRUGNATO, N.1 LA SPEZIA, N. 1 SARZANA)
Totale	N. 16






€ 5.112.939,71 assegnato alla regione dal PNRR suddivisi tra:

- € 2.596.125 importo assegnato alla regione dal PNRR risorse COT;
- Non previsto alcun importo integrativo a carico del bilancio regionale;
- € 1.066.071,88 importo assegnato alla regione dal PNRR risorse interconnessione aziendale;
- Non previsto alcun importo integrativo a carico del bilancio regionale;
- € 1.450.742,83 importo assegnato alla regione dal PNRR risorse device;
- Non previsto alcun importo integrativo a carico del bilancio regionale.

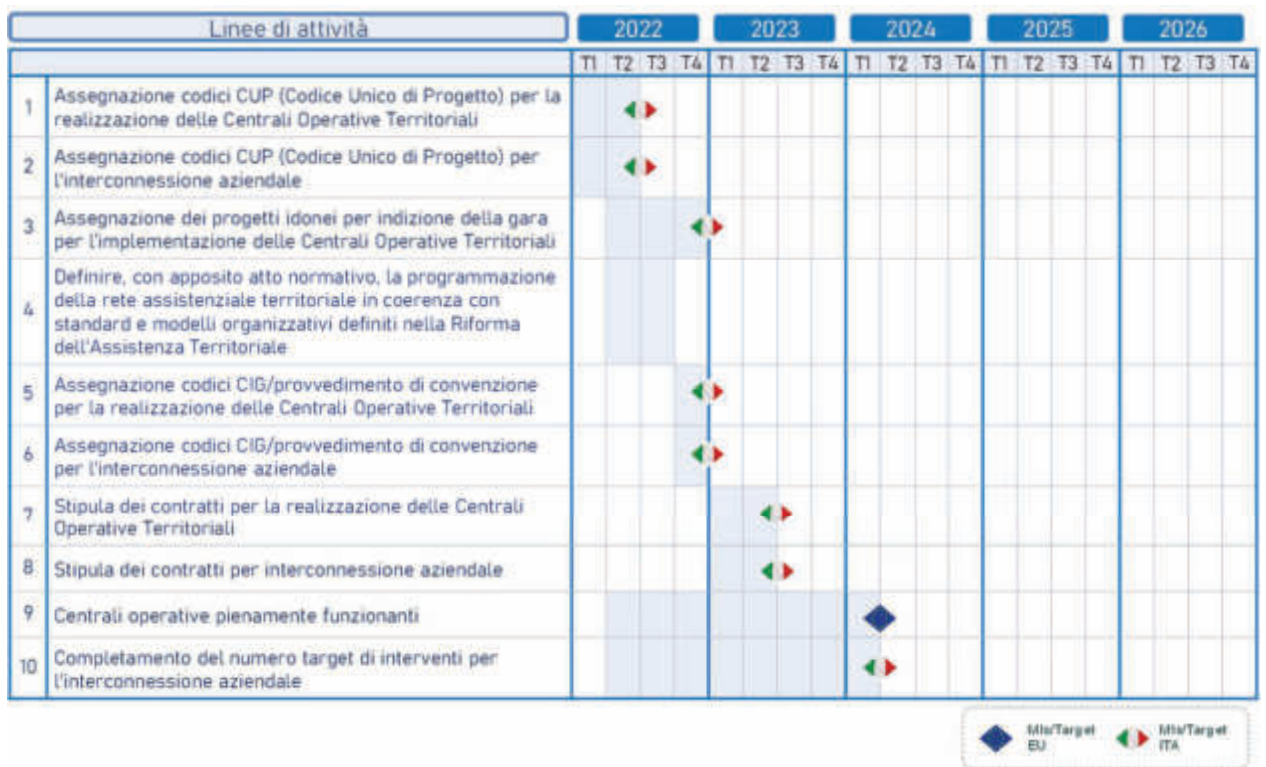
IMPORTO ASSEGNATO

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

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

GANTT



RIFERIMENTI NORMATIVI

- L.R. 41/2006 – Riordino del Servizio Sanitario Regionale
- L.R. 9/2017 – Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.
- L.R. 1/2019 – Modifiche alla L.R.1/2019 Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.
- D.C.R. 21/2017 piano Socio Sanitario Regionale per il Triennio 2017-2019
- L.R. 5/2021 Modifiche alla L.R.41/2006
- D.G.R n.169 del 08 Marzo 2022

DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), 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.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi "green" e "digital" sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione "green" e quella "digital" all'investimento 1.2.

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
PNRR - Assistenza di prossimità e telemedicina									Green	Digital
M6C1	1.2	Casa come primo luogo di cura e telemedicina			013 - Applicazioni e servizi e informatici di assistenza sanitaria online (compresi l'e-Care, l'Internet delle cose per l'attività fisica e la domotica per categorie deboli)	0%	013 - Applicazioni e servizi e informatici di assistenza sanitaria online (compresi l'e-Care, l'Internet delle cose per l'attività fisica e la domotica per categorie deboli)	100%		5.112.939,71]
	1.2.2	Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)	5.112.939,71	5.112.939,71						
		di cui: COT	2.596.125	2.596.125						
		di cui: interconnessione aziendale	1.066.071,88	1.066.071,88						
		di cui: device	1.450.742,83	1.450.742,83						

La Regione/Provincia Autonoma s'impegna, con riferimento al suddetto investimento, a rispettare le percentuali del 100% (tag digitale) indicate e a rispettare le eventuali ulteriori indicazioni in materia che saranno trasmesse con successive circolari da parte dell'Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR del Ministero della salute e Ministero dell'economia e delle finanze.

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Tale Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art. 18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 1.2 è riportato nella tabella 6 dell'Allegato 3 di cui al presente Piano.




La Regione/Provincia Autonoma, nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nell'Allegato 3 al presente Piano quanto indicato nella "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", emanata dal Ministero dell'economia e delle finanze con circolare n. 32 del 30 dicembre 2021, che ha lo scopo di assistere le amministrazioni preposte alla gestione degli investimenti nel processo di indirizzo, raccolta di informazioni e verifica, fornendo indicazioni sui requisiti tassonomici, sulla normativa corrispondente e sugli elementi utili per documentare il rispetto di tali requisiti sui singoli settori di intervento del PNRR.

Per tale investimento, all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono riportate le schede tecniche da considerare ai fini del rispetto del principio DNSH. Nello specifico, le schede sono di seguito indicate:

- scheda 2 "Ristrutturazioni e riqualificazioni di edifici residenziali e non residenziali";
- scheda 4 "Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario";
- scheda 6 "Servizi informatici di hosting e cloud";
- scheda 9 "Acquisto di veicoli".

6.3. Componente 1 - Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità) - Action Plan

C1 - 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

OBIETTIVO PNRR		
TARGET EU	400 Ospedali di Comunità	
TARGET MASSIMO	Definito a livello nazionale	
DESCRIZIONE CID	L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di almeno 400 Ospedali di Comunità,	
REQUISITI CID TARGET M6 C1 11	Almeno 400 Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche. Gli ospedali comunitari sono strutture sanitarie destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica.	

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

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

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO

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

RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE

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

OBIETTIVI REGIONALI

TARGET MINIMO REGIONALE **10**

TARGET MASSIMO REGIONALE **11**

FABBISOGNO

Il fabbisogno deve essere dettagliato in termini di numero di Ospedali di Comunità (distinti fra da edificare e da riconvertire) per Ente di riferimento. Il dettaglio delle localizzazioni di ciascun Ospedale di Comunità è riportato nell'Allegato 2 del presente Piano.

Ente del SSR	Numero Ospedali di Comunità da edificare	Numero Ospedali di Comunità da riconvertire	Totale
ASL 1	0	1	1
ASL 2	0	2	2
ASL 3	2	2	4
ASL 4	0	2	2
ASL 5	0	2	2
Totale	2	9	11






IMPORTO ASSEGNATO

€ 24.016.869,09 importo assegnato alla regione dal PNRR

Non previsto alcun importo integrativo a carico del bilancio regionale

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termini di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T2 2022	
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023	
Target	Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023	
Target	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T3 2023	
Target	Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche	T1 2026	

GANTT



RIFERIMENTI NORMATIVI

- L.R. 41/2006 – Riordino del Servizio Sanitario Regionale
- L.R. 9/2017 – Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.
- L.R. 1/2019 – Modifiche alla L.R.1/2019 Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.

- D.C.R. 21/2017 piano Socio Sanitario Regionale per il Triennio 2017-2019
- L.R. 5/2021 Modifiche alla L.R.41/2006
- D.G.R n.169 del 08 Marzo 2022

DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), 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.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi "green" e "digital" sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione "green" e quella "digital" all'investimento 1.3.

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
PNRR - Assistenza di prossimità e telemedicina									Green	Digital
M6C1	1.3	Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	24.016.869,09	24.016.869,09	092 - Infrastrutture per la sanità	0%				

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il citato Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art. 18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 1.3 è riportato nella tabella 7 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione/Provincia Autonoma, nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nell'Allegato 3 al presente Piano e quanto indicato nella "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", emanata dal Ministero dell'economia e delle finanze con circolare n. 32 del 30 dicembre 2021, che ha lo scopo di assistere le amministrazioni preposte alla gestione degli investimenti nel processo di indirizzo, raccolta di informazioni e verifica, fornendo indicazioni sui requisiti tassonomici, sulla normativa corrispondente e sugli elementi utili per documentare il rispetto di tali requisiti sui singoli settori di intervento del PNRR.

Per tale investimento, all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono riportate le schede tecniche da considerare ai fini del rispetto del principio DNSH. Nello specifico, le schede sono di seguito indicate:

- scheda 1 "Costruzione di nuovi edifici";
- scheda 2 "Ristrutturazioni e riqualificazioni di edifici residenziali e non residenziali";
- scheda 4 "Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario";
- scheda 5 "Interventi edili e cantieristica generica non connessi con la costruzione/rinnovamento di edifici".

6.4. Componente 2 - Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.1. (Digitalizzazione DEA I e II livello) – Action Plan

C2 - 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
Investimento 1.11 – Digitalizzazione DEA I e II livello

OBIETTIVO PNRR



TARGET EU

280 Ospedali sede di DEA I e II Livello digitalizzati



DESCRIZIONE CID

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

REQUISITI CID TARGET M6 C2 8

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

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

INDICAZIONI OPERATIVE

**MODALITÀ ATTUAZIONE
INVESTIMENTO E MODALITÀ DI
APPROVVIGIONAMENTO**

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

**RISORSE ECONOMICHE
ASSEGNATE**

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

- Le voci di costo relative alle risorse economiche assegnate dal PNRR ed eventualmente integrate da parte del bilancio regionale possono essere rimodulate sulla base dell'effettivo fabbisogno, fermo restando l'importo totale assegnato dal PNRR che costituisce importo massimo invalicabile a valere sulle risorse PNRR.

OBIETTIVI REGIONALI

TARGET REGIONALE

8

FABBISOGNO

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

ENTE del SSR	Titolo Progetto	Presidio ospedaliero	DEA I o II Livello	Comune
ASL 1	Digitalizzazione DEA I e II - STABILIMENTO OSPEDALIERO DI SANREMO	Presidio ASL1 Imperiese	I	SANREMO
ASL 2	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II) -OSPEDALE SANTA CORONA DI PIETRA LIGURE	Presidio di Ponente (Pietra Ligure - Albenga)	II	PIETRA LIGURE
	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II) -OSPEDALE SAN PAOLO DI SAVONA	Presidio di Levante (Savona - Cairo Montenotte)	I	SAVONA
ASL 3	Digitalizzazione DEA I e II - Villa Scassi- Presidio Ospedaliero Unico dell' ASL 3	Presidio Ospedaliero Metropolitano	I	GENOVA
ASL 4	Digitalizzazione strutture ospedaliere Ospedali riuniti Leonardi e Riboli Lavagna sede DEA del presidio unico ospedaliero	PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO AZIENDA SOCIOSANITARIA LIGURE N.4	I	LAVAGNA
ASL 5	Digitalizzazione DEA I e II - OSPEDALE SANT'ANDREA LA SPEZIA	Presidio ASL5 Spezzino	I	LA SPEZIA
IST. GASLINI	Digitalizzazione DEA I e II - IST.G. GASLINI	Ospedale Gaslini	II	GENOVA
IRCCS San Martino	Digitalizzazione DEA I e II - IRCCS AOU S.MARTINO - IST e PROGETTO DI APPLICAZIONI DI MEDICINA COMPUTAZIONALE A SERVIZIO DELLA RISPOSTA DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA NELL'AMBITO DELLA RETE DEI DEA	IRCCS AOU S.MARTINO - IST	II	GENOVA
Totale (n. progetti)	8			



DEA: Dipartimento di Emergenza e Accettazione.

IMPORTO ASSEGNATO

€ 34.827.102,04 importo assegnato alla regione dal PNRR
Non previsto alcun importo integrativo a carico del bilancio regionale.

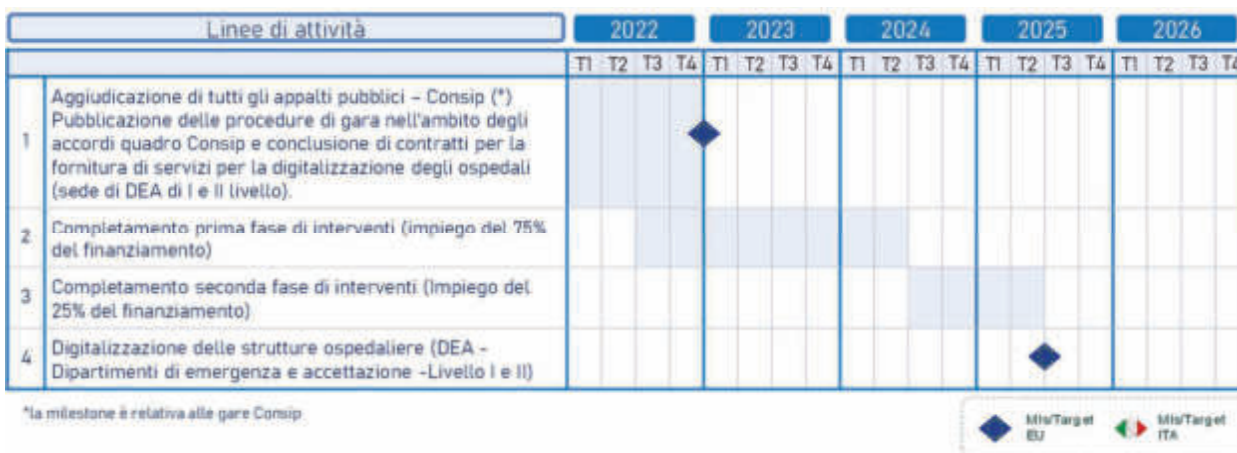
CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

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

(*) La milestone è relativa alle gare Consip

GANTT



RIFERIMENTI NORMATIVI

- L.R. 41/2006 – Riordino del Servizio Sanitario Regionale
- L.R. 9/2017 – Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.
- L.R. 1/2019 – Modifiche alla L.R.1/2019 Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.
- D.C.R. 21/2017 piano Socio Sanitario Regionale per il Triennio 2017-2019
- L.R. 5/2021 Modifiche alla L.R.41/2006
- D.G.R n.169 del 08 Marzo 2022

DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), 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.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi "green" e "digital" sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione "green" e quella "digital" all'investimento 1.1.1.

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
PNRR - Innovazione, ricerca digitalizzazione dell'assistenza sanitaria									Green	Digital
M6C2	1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero								
	1.1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione e DEA I e II)	34.827.102,04	34.827.102,04	093 - Attrezzature sanitarie	0%	095 - Digitalizzazione delle cure sanitarie	100%	-	34.827.102,04

La Regione/Provincia Autonoma s'impegna, con riferimento al suddetto investimento, a rispettare le percentuali del 100% (tag digitale) indicate e a rispettare le eventuali ulteriori indicazioni in materia che saranno trasmesse con successive circolari da parte dell'Unità di missione per l'attuazione del PNRR del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze.

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art. 18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 1.1.1 è riportato nella Tabella 8 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione/Provincia Autonoma, nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nell'Allegato 3 al presente Piano e quanto indicato nella "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", emanata dal Ministero dell'economia e delle finanze con circolare n. 32 del 30 dicembre 2021, che ha lo scopo di assistere le amministrazioni preposte alla gestione degli investimenti nel processo di indirizzo, raccolta di informazioni e verifica, fornendo indicazioni sui requisiti tassonomici, sulla normativa corrispondente e sugli elementi utili per documentare il rispetto di tali requisiti sui singoli settori di intervento del PNRR.

Per tale investimento, all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono riportate le schede tecniche da considerare ai fini del rispetto del principio DNSH. Nello specifico, le schede sono di seguito indicate:

- scheda 3 "Acquisto, Leasing e Noleggio di computer e apparecchiature elettriche ed elettroniche"
- scheda 4 "Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario";
- scheda 5 "Interventi edili e cantieristica generica non connessi con la costruzione/rinnovamento di edifici";
- scheda 6 "Servizi informatici di hosting e cloud".

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

C2 - 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Investimento 1.1.2 - Grandi Apparecchiature Sanitarie

OBIETTIVO PNRR



TARGET EU

3.100 grandi apparecchiature sanitarie



TARGET MASSIMO

Definito a livello nazionale



DESCRIZIONE CID

Questo investimento consiste nel migliorare la digitalizzazione dell'assistenza e migliorare la qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di alta qualità. L'investimento si riferisce all'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero tramite la sostituzione di modelli obsoleti con modelli tecnologicamente avanzati.

REQUISITI CID TARGET M6 C2 6

In base a una ricognizione condotta dal Ministero della Salute, il fabbisogno complessivo di nuove grandi apparecchiature sanitarie è stato individuato in 3 133 unità da acquistare in sostituzione di tecnologie obsolete o fuori uso (vetustà maggiore di 5 anni). Il numero e le tipologie delle apparecchiature che devono essere sostituite sono: 340 TAC a 128 strati, 190 risonanze magnetiche 1,5 T, 81 acceleratori lineari, 937 sistemi radiologici fissi, 193 angiografi, 82 gamma camere, 53 gamma camere/TAC, 34 PET TAC, 295 mammografi, 928 ecotomografi.

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

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ APPROVVIGIONAMENTO

- La Regione/Provincia Autonoma ha individuato il numero di grandi apparecchiature sanitarie da sostituire per ciascun Ente del Servizio sanitario regionale (SSR) e le modalità di approvvigionamento (gare Consip/regionali/aziendali) entro Gennaio 2022, al fine di raggiungere il numero target complessivo.
- * Sono ammissibili a finanziamento PNRR tutte le apparecchiature, previste dal PNRR, le cui procedure di gara sono iniziate dopo il 1° febbraio 2020. Si precisa che, come previsto dall'art. 17 del Regolamento UE 2021/241 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza, "sono ammissibili le misure avviate a decorrere dal 1° febbraio 2020 a condizione che soddisfino i requisiti previsti dal suddetto Regolamento", purché la natura della spesa e le modalità di acquisizione siano coerenti con quanto previsto nell'ambito del PNRR e dei singoli investimenti presentati all'interno del Piano.
- La Regione/Provincia Autonoma procede ad elaborare le schede intervento come risultato della fase di ricognizione e valutazione del fabbisogno con riferimento al presente investimento. Tali schede riportano le informazioni qualificanti l'intervento (es. localizzazione, fattibilità urbanistica, disponibilità giuridica del sito, stato di avanzamento progettuale, etc.).
- ricorso a procedure di affidamento aggregate avvalendosi di CONSIP e SUAR (Stazione Unica Appaltante regionale)

RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE

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

OBIETTIVI REGIONALI

TARGET MINIMO REGIONALE **61**

TARGET MASSIMO REGIONALE **61**

FABBISOGNO

Il fabbisogno dichiarato dalla Regione/Provincia Autonoma in termini di numerosità di apparecchiature, dettagliato per tipologia e per Ente del SSR. Il dettaglio delle localizzazioni di ciascun intervento è riportato nell'Allegato 2 del presente Piano.

ENTE del SSR	TAC	RMN	ACC. LIN.	SIST. RAD.	ANG.	G.C.	MAMM.	G.C./TAC	PET/TAC	ECOT.	Totale
ASL1	1	1		1	1					1	5
ASL2	1	1		1	2	1	2		1	1	10
ASL3	1			8	2		1			2	14
ASL4	1			1	1		1			1	5
ASL5	2	1		1	1		2			1	8
ASL3 (*)	1			1							(*) 2
Galliera	2			1						1	4
Gaslini		1		1						1	3
San Martino	2	1		3	1			1	1	1	10
Totale	11	5	0	18	8	1	6	1	2	9	61

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

IMPORTO ASSEGNATO

28.559.779,96 importo assegnato alla regione dal PNRR

(*) APPARECCHIATURE DI PROPRIETA' PUBBLICA

importo integrativo a carico del bilancio regionale € 8.674.149,00 di cui € 3.674.149,00 con D.G.R 440 del 20/05/22 capitolo di bilancio n. 5296 e € 5.000.000,00 con D.G.R. 433 del 20/05/22 capitolo di bilancio n.5299.



MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO PER TIPOLOGIA

Regione	TAC	RMN	ACC. LIN.	SIST. RAD.	ANG.	G.C.	MAMM.	G.C./TAC	PET/TAC	ECOT.
Numero Apparecchiature	11	5	0	18	8	1	6	1	2	9
Acquisizione tramite procedura centralizzata Consip	8	3		2	3	1	5	0	1	8
Acquisizione tramite iniziativa centralizzata Consip già attiva	1	1		0	4	0	0	0	0	0
Procedura di gara autonoma per l'affidamento della fornitura già espletata	0	0		5	1	0	1	1	0	1
Procedura di gara autonoma per l'affidamento della fornitura da espletare	2	1		11	0	0	0	0	1	0

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

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Milestone	Pubblicazione delle gare d'appalto per il rinnovo delle grandi attrezzature	T4 2022	
Target	Operatività delle grandi apparecchiature sanitarie	T4 2024	

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1	Publicazione delle gare d'appalto per il rinnovo delle grandi attrezzature																				
2	Sostituzione apparecchiature (50% della spesa finanziata) e verifica avanzamento																				
3	Sostituzione apparecchiature (50% della spesa finanziata) e verifica avanzamento																				
4	Operatività delle grandi apparecchiature sanitarie																				

 MyTarget EU
  MyTarget ITA

DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), 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.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi "green" e "digital" sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione "green" e quella "digital" all'investimento 1.1.2.

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
									Green	Digital
PNRR -Innovazione, ricerca digitalizzazione dell'assistenza sanitaria										
M6C2	1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero								
	1.1.2	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature)	28.559.779,96	28.559.779,96	093 - Attrezzature sanitarie	0%			-	-

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il citato Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art. 18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 1.1.2 è riportato nella tabella 8 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione/Provincia Autonoma, nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nell'Allegato 3 al presente Piano e quanto indicato nella "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", emanata dal Ministero dell'economia e delle finanze con circolare n. 32 del 30 dicembre 2021, che ha lo scopo di assistere le amministrazioni preposte alla gestione degli investimenti nel processo di indirizzo, raccolta di informazioni e verifica, fornendo indicazioni sui requisiti tassonomici, sulla normativa corrispondente e sugli elementi utili per documentare il rispetto di tali requisiti sui singoli settori di intervento del PNRR.

Per tale investimento, all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono riportate le schede tecniche da considerare ai fini del rispetto del principio DNSH. Nello specifico, le schede sono di seguito indicate:

- scheda 3 "Acquisto, Leasing e Noleggio di computer e apparecchiature elettriche ed elettroniche";
- scheda 4 "Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario";
- scheda 5 "Interventi edili e cantieristica generica non connessi con la costruzione/rinnovamento di edifici";
- scheda 6 "Servizi informatici di hosting e cloud".

6.6 Componente 2 - Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.1 - Digitalizzazione - Rafforzamento strutturale SSN (“progetti in essere” ex art. 2, DL 34/2020)

C2 - 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
Investimento 1.1.1 – Digitalizzazione - Rafforzamento strutturale SSN (“progetti in essere” ex art. 2, DL 34/2020)

OBIETTIVO PNRR



TARGET EU

7.700 Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva (3.500 posti letto di terapia intensiva e 4.200 posti letto di terapia semi-intensiva)



DESCRIZIONE CID

Questo investimento consiste nel migliorare la digitalizzazione dell'assistenza e migliorare la qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di alta qualità. L'investimento si riferisce al potenziamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva.

REQUISITI CID TARGET M6 C2 9

La dotazione di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva e 4.200 posti letto di terapia semi-intensiva con la relativa apparecchiatura di ausilio alla ventilazione deve essere resa strutturale (pari a un aumento di circa il 70 % del numero di posti letto preesistenti alla pandemia).

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

DISTRIBUZIONE REGIONALE POSTI LETTO

Regione	Totale risorse assegnate	P.L. Terapia Intensiva autorizzati da MdS	P.L. Terapia Semi - Intensiva autorizzati da MdS
Piemonte	111.222.717 €	299	305
Valle d'Aosta	3.038.688 €	10	9
Lombardia	225.345.817 €	585	704
PA di Bolzano	14.344.710 €	40	37
PA di Trento	16.269.428 €	46	38
Veneto	101.544.271 €	211	343
Friuli Venezia Giulia	25.703.911 €	55	85
Liguria	28.893.350 €	87	118
Emilia Romagna	95.040.697 €	197	312
Toscana	79.367.367 €	193	261
Umbria	24.180.508 €	58	62
Marche	39.790.608 €	105	107
Lazio	118.561.444 €	282	412
Abruzzo	29.047.242 €	66	92
Molise	6.970.569 €	14	21
Campania	163.813.544 €	499	406
Puglia	99.866.963 €	276	285
Basilicata	13.545.322 €	32	40
Calabria	51.171.973 €	134	136
Sicilia	123.309.660 €	301	350
Sardegna	42.116.211 €	101	115
Totale	1.413.145.000 €	3.591	4.238

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO

- Il Ministero della Salute ha adottato con Decreto Direttoriale n. MDS-DGPROGS-84 del 22/10/2021 il "Piano di riorganizzazione approvato dal Ministero della Salute/Regioni italiane", relativo ai piani di riorganizzazione presentati dalle Regioni e dalle Province Autonome in attuazione all'art. 2 del DL 34/2020, volti a rafforzare la capacità delle strutture ospedaliere del SSN ad affrontare le emergenze pandemiche attraverso l'incremento del numero di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, in attuazione a quanto disposto dalla Decisione di Esecuzione del Consiglio dell'Unione Europea relativa all'approvazione della valutazione del Piano di Ripresa e Resilienza (PNRR) dell'Italia per la Linea di Intervento 1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero", inserita nella MISSIONE 6 COMPONENTE 2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale.
- Le risorse sono altresì finalizzate al rafforzamento strutturale degli ospedali SSN, attraverso un piano di riorganizzazione al fine di affrontare adeguatamente le emergenze pandemiche (rinnovare e ristrutturare 651 strutture tra PS, DEA, strutture di supporto ospedaliero e territoriale).
- La Regione/Provincia Autonoma ha approvato il Piano di riorganizzazione delle terapie intensive e semintensive con specifico atto [inserire n.]. Il Piano di riorganizzazione è volto a garantire l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure in coerenza con quanto previsto dall'art. 2 del DL 34/2020.
- La Regione/Provincia Autonoma procede ad aggiornare tempestivamente il Piano di riorganizzazione già approvato, in funzione di eventuali sopraggiunte rimodulazioni.
- La Regione/Provincia Autonoma e gli enti del SSR hanno stabilito per l'investimento in oggetto di ricorrere a procedure aggregate di affidamento che, qualora già disponibili, si dettagliano di seguito:
- Accordi Quadro predisposti da Invitalia per l'individuazione dei professionisti per le progettazioni e direzioni lavori nonché degli operatori economici per l'esecuzione lavori e forniture.
- Affidamenti diretti da parte delle Aziende ed Enti del SSR.

RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE

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

OBIETTIVI REGIONALI

TARGET REGIONALE





87 PL TERAPIA INTENSIVA
88 PL TERAPIA SUB-INTENSIVA
24 INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE DEI PERCORSI PS

IMPORTO ASSEGNATO

€ 28.893.350 importo assegnato alla regione dal D.L. 34/2020
Non è previsto alcun importo integrativo a carico del bilancio regionale

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	45% dei Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva	T4 2024	
Target	45% degli interventi di ristrutturazione dei percorsi PS	T4 2024	
Target	7700 Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva 3 500 posti letto di terapia intensiva e 4 200 posti letto di terapia semi-intensiva	T2 2026	
Target	Ospedali digitalizzati (DEA - Dipartimenti di Emergenza e di Ammissione - Livello I e II) - 651 interventi di ristrutturazione dei percorsi PS	T2 2026	

GANTT

Linee di attività	2022				2023				2024				2025				2026			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1 Completamento prima fase di interventi (45% dei Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva)																				
2 Completamento prima fase di interventi (45% degli interventi di ristrutturazione dei percorsi PS)																				
3 Completamento seconda fase di interventi (100% dei Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva)																				
4 Completamento seconda fase di interventi (100% degli interventi di ristrutturazione dei percorsi PS)																				
5 Completamento interventi di ristrutturazione dei percorsi PS																				
6 Attivazione dei Posti letto supplementari di terapie intensive e semi-intensive																				



RIFERIMENTI NORMATIVI

- *DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34 Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20G00052) (GU Serie Generale n.128 del 19-05-2020 - Suppl. Ordinario n. 21);*
- *DD n. MDS-DGPROGS-84 del 22/10/2021 e Piano di riorganizzazione di Riorganizzazione e rafforzamento Terapie Intensive e Semi Intensive (allegato al Decreto direttoriale);*
- *D.G.R. n. 500 del 16 Giugno 2020 "Piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19".*

DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), 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.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi "green" e "digital" sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione "green" e quella "digital" all'investimento 1.1.1.

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
PNRR - Innovazione, ricerca digitalizzazione dell'assistenza sanitaria									Green	Digital
M6C2	1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero								
	1.1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione e DEA I e II)	28.893.350*	28.893.350*	093 - Attrezzature sanitarie	0%	095 - Digitalizzazione delle cure sanitarie	100%	-	28.893.350*

* progetti in essere" ex art. 2, DL 34/2020.

La Regione/Provincia Autonoma s'impegna, con riferimento al suddetto investimento, a rispettare le percentuali del 100% (tag digitale) indicate e a rispettare le eventuali ulteriori indicazioni in materia che saranno trasmesse con successive circolari da parte dell'Unità di missione per l'attuazione del PNRR del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze.

DO NO SIGNIFICANT HARM

Le check list con la sintesi dei controlli potranno essere utilizzate anche per quegli interventi già avviati prima dell'approvazione del PNRR (i cd. "progetti in essere"), al fine di verificare la sussistenza di quegli elementi tassonomici che rendono un intervento conforme al principio DNSH.

Nello specifico, le schede di riferimento, previste all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono di seguito indicate:

- scheda 3 "Acquisto, Leasing e Noleggio di computer e apparecchiature elettriche ed elettroniche";
- scheda 4 "Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario";
- scheda 5 "Interventi edili e cantieristica generica non connessi con la costruzione/rinnovamento di edifici";
- scheda 6 "Servizi informatici di hosting e cloud".

6.7. Componente 2 - Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile (Fondi PNRR) – Action Plan

C2 – 1.2 Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile Fondi PNRR

OBIETTIVO PNRR



TARGET EU

109 interventi strutturali



TARGET MASSIMO

Definito a livello nazionale



DESCRIZIONE CID

Questo investimento consiste nell'allineare le strutture ospedaliere alle normative antisismiche. L'investimento si riferisce in particolare agli interventi di adeguamento sismico o di miglioramento delle strutture ospedaliere individuate nell'indagine delle esigenze espresse dalle Regioni

REQUISITI CID TARGET M6 C2 10

Completamento di almeno 109 interventi antisismici nelle strutture ospedaliere al fine di allinearle alle norme antisismiche

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

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO

- La Regione/Provincia Autonoma ha effettuato una puntuale ricognizione degli interventi di adeguamento strutturale, individuando per ciascun intervento la fase progettuale prevista per anno, entro gennaio 2022.
- La Regione/Provincia Autonoma procede ad elaborare le schede intervento come risultato della fase di ricognizione e valutazione del fabbisogno con riferimento al presente investimento. Tali schede riportano le informazioni qualificanti l'intervento (es. localizzazione, fattibilità urbanistica, disponibilità giuridica del sito, stato di avanzamento progettuale, etc.).
- La Regione/Provincia Autonoma e gli Enti del Servizio sanitario regionale (SSR) hanno stabilito per l'investimento in oggetto di ricorrere a procedure aggregate di affidamento (cfr. art. 5 comma 3 del Contratto Istituzionale di Sviluppo) che, qualora già disponibili, si dettagliano di seguito: ricorso a procedure di affidamento aggregate avvalendosi di SUAR (Stazione Unica Appaltante regionale)

RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE

- La Regione/Provincia Autonoma dettaglia le risorse economiche assegnate nelle principali voci di costo dell'investimento e definisce eventuali oneri per esigenze specifiche in materia di supporto tecnico operativo relativi ad attività dedicate alla concreta realizzazione dei relativi progetti in coerenza con le indicazioni, per quanto applicabili, fornite dal Mef con circolare n. 4 del 18 gennaio 2022
- Nel caso in cui le schede intervento del presente Action Plan evidenziassero un fabbisogno complessivo superiore alle risorse PNRR assegnate per la linea di investimento, la Regione/Provincia Autonoma dovrà indicare - coerentemente con quanto riportato nelle Schede Intervento - le fonti integrative di finanziamento a carico del proprio bilancio, indicando gli estremi dei capitoli del bilancio di previsione pluriennale attestanti la relativa disponibilità e producendo le relative schede capitolo.

- Le voci di costo relative alle risorse economiche assegnate dal PNRR ed eventualmente integrate da parte del bilancio regionale possono essere rimodulate sulla base dell'effettivo fabbisogno, fermo restando l'importo totale assegnato da PNRR alla linea di investimento che costituisce importo massimo invalicabile a valere sulle risorse PNRR.

OBIETTIVI REGIONALI

TARGET MINIMO REGIONALE **8**

TARGET MASSIMO REGIONALE **8**

FABBISOGNO

Il fabbisogno dichiarato dalla Regione/Provincia Autonoma in termini di numerosità di interventi, dettagliato per Ente del SSR e per stato di avanzamento del progetto. Il dettaglio delle localizzazioni di ciascun intervento è riportato nell'Allegato 2 del presente Piano.

ENTE del SSR	Dati immobile		Interventi	
	Superficie	Posti letto	Cat. Zona sismica	Livello progettazione
ASL 1 P.O. IMPERIA Intervento di Consolidamento Statico sui pilastri del P.O. di Imperia - Monoblocco A	21.116	204	2	Studio di fattibilità, progettazione esecutiva in corso
ASL 2 P.O. PIETRA LIGURE /ALBENGA pad 18 corpo aggiunto PO Santa Corona Pietra Ligure	2.200	-	3	Progettazione da avviare
ASL 2 P.O. SAN GIUSEPPE DI CAIRO MONTENOTTE	10.000	-	4	Progettazione da avviare
ASL 3 Adeguamento antisismico di edifici presso l'ex P.S.S. di Genova Quarto	4.099	20	3	Progettazione da avviare
ASL 3 Adeguamento antisismico del Padiglione 9 del P.O. Villa Scassi Genova	3.601	42	3	Da avviare
ASL 3 Adeguamento antisismico del Padiglione a Monte del Celesia	4.904	20	3	Da avviare
ASL 4 Antisismica PO Lavagna ed ex PO di Chiavari- Edifici Principali	34.639	50+174+12 culle	3	Studio di fattibilità
IRCCS AOU S. MARTINO IST Padiglione B	2.866	-	3	Studio di fattibilità



IMPORTO ASSEGNATO

€ 15.343.202,84 importo assegnato alla regione dal PNRR

Non previsto alcun importo integrativo a carico del bilancio regionale.

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Milestone	Pubblicazione procedure di gara per interventi antisismici	T1 2023	
Target	Completamento degli interventi antisismici nelle strutture	T2 2026	

GANTT



RIFERIMENTI NORMATIVI

- L.R. 41/2006 – Riordino del Servizio Sanitario Regionale
- L.R. 9/2017 – Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.
- L.R. 1/2019 – Modifiche alla L.R. 1/2019 Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.
- D.C.R. 21/2017 piano Socio Sanitario Regionale per il Triennio 2017-2019
- L.R. 5/2021 Modifiche alla L.R.41/2006
- D.G.R n.169 del 08 Marzo 2022

DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), 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.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi "green" e "digital" sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione "green" e quella "digital" all'investimento 1.2.

(tabella non modificabile da Regione)

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
									Green	Digital
PNRR - Innovazione, ricerca digitalizzazione dell'assistenza sanitaria										
M6C2	1.2	Verso un ospedale sicuro e sostenibile	15.343.202,84	15.343.202,84	092 - Infrastrutture per la sanità	0%				

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art. 18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 1.2 è riportato nella tabella 9 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione/Provincia Autonoma, nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nell'Allegato 3 al presente Piano e quanto indicato nella "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", emanata dal Ministero dell'economia e delle finanze con circolare n. 32 del 30 dicembre 2021, che ha lo scopo di assistere le amministrazioni preposte alla gestione degli investimenti nel processo di indirizzo, raccolta di informazioni e verifica, fornendo indicazioni sui requisiti tassonomici, sulla normativa corrispondente e sugli elementi utili per documentare il rispetto di tali requisiti sui singoli settori di intervento del PNRR.

Per tale investimento, all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono riportate le schede tecniche da considerare ai fini del rispetto del principio DNSH. Nello specifico, le schede sono di seguito indicate:

- scheda 1 "Costruzione di nuovi edifici";
- scheda 2 "Ristrutturazioni e riqualificazioni di edifici residenziali e non residenziali";
- scheda 3 "Acquisto, Leasing e Noleggio di computer e apparecchiature elettriche ed elettroniche";
- scheda 4 "Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario".

6.8. Componente 2 - Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile (Fondi PNC) – Action Plan

C2 – 1.2 Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile Fondi PNC

OBIETTIVO PNC



TARGET NAZIONALE

220 interventi strutturali



DESCRIZIONE DECRETO MEF DEL 15/07/2021

Adattare le strutture ospedaliere alle attuali normative antisismiche. L'obiettivo del progetto è la realizzazione di 220 interventi, finanziati con le risorse del Fondo Complementare.

RISULTATI FINALI

Completamento di 220 interventi finalizzati al miglioramento strutturale degli edifici ospedalieri in ottica di adeguamento alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica.

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

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO

- La Regione/Provincia Autonoma ha effettuato una puntuale ricognizione degli interventi di adeguamento strutturale, individuando per ciascun intervento la fase progettuale prevista per anno, entro gennaio 2022.
- La Regione/Provincia Autonoma procede ad elaborare le schede intervento come risultato della fase di ricognizione e valutazione del fabbisogno con riferimento all'ambito di investimento. Tali schede riportano le informazioni qualificanti l'intervento (es. localizzazione, fattibilità urbanistica, disponibilità giuridica del sito, stato di avanzamento progettuale, etc.).
- La Regione/Provincia Autonoma e gli Enti del Servizio sanitario regionale (SSR) hanno stabilito per l'investimento in oggetto di ricorrere a procedure aggregate di affidamento (cfr. art. 5 comma 3 del Contratto Istituzionale di Sviluppo) che, qualora già disponibili, si dettagliano di seguito: [specificare]. (Inserire se afferente)
- ricorso a procedure di affidamento aggregate avvalendosi di SUAR (Stazione Unica Appaltante regionale)

RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE

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

OBIETTIVI REGIONALI

OBIETTIVO REGIONALE

9

FABBISOGNO

Il fabbisogno dichiarato dalla Regione/Provincia Autonoma in termini di numerosità di interventi, dettagliato per Ente del SSR e per stato di avanzamento del progetto. Il dettaglio delle localizzazioni di ciascun intervento è riportato nell'Allegato 2 del presente Piano.

ENTE del SSR	Dati immobile		Interventi	
	Superficie	Posti letto	Cat. Zona sismica	Livello progettazione
ASL 3 Adeguamento sismico del Presidio Ospedaliero la Colletta di Arenzano	14.984	99	3	Da avviare
ASL 4 Polo Ospedaliero di Sestri Levante (Ospedale Civile)	18.872	95	3	In corso redazione studio di fattibilità
ASL 4 Antisismica Corpo Morgue e NORD- P.O. di Lavagna	2.537	174+12 culle	3	Studio di fattibilità
ASL 5 OSPEDALE SAN NICOLO' DI LEVANTO	4.440	50	3	Progettazione da avviare
IRCCS AOU S. MARTINO IST Adeguamento antisismico Padiglione 13	5.0856	1	3	Studio di fattibilità
IRCCS AOU S. MARTINO IST Padiglione Specialità	21.235	167	3	Studio di fattibilità
IRCCS AOU S. MARTINO IST Monoblocco	58.780	424	3	Studio di fattibilità
ISTITUTO G. GASLINI Padiglione Zero	17.040	234	3	Progettazione da avviare
ISTITUTO G. GASLINI Padiglione 4	1.620	17	3	Progettazione da avviare

€ 34.824.460,18 importo assegnato alla regione dal PNC

importo integrativo a carico del bilancio regionale € 315.273,00 con D.G.R 440 del 20/05/22 capitolo di bilancio n. 5296;









importo integrativo a carico del bilancio dell'IRCCS G. Gaslini € 92.623.636,00

L'IRCCS Istituto G. Gaslini di Genova è soggetto attuatore delegato con DGR 350/2022 per i corrispondenti interventi M6C2 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile - Interventi di adeguamento antisismico" (PNRR fondo PNC), in ordine alle caratteristiche peculiari degli interventi stessi, in quanto strettamente connessi al già avviato processo di riqualificazione funzionale e strutturale dell'intero presidio, nonché in funzione delle loro dimensioni economiche che risultando complessivamente superiori ai 100 milioni di Euro prevedono un finanziamento da parte dell'Istituto di € 92.623.636,00; sulla base delle suddette condizioni, non risulta possibile porre a valere sul bilancio regionale risorse economiche di tali rilevanti dimensioni e di esclusiva competenza dell'Istituto G. Gaslini.

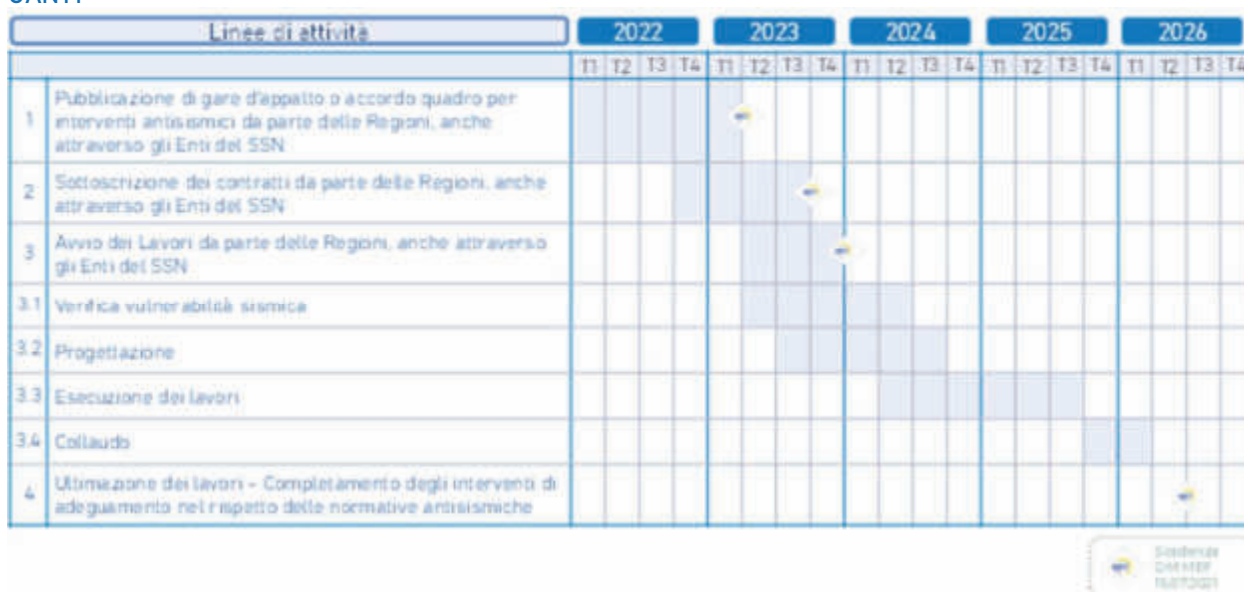
IMPORTO ASSEGNATO

CRONOPROGRAMMA

OBIETTIVI PREVISTI DA DM MEF 15/07/2021 E RELATIVO TERMINE DI ESECUZIONE REGIONALE

Obiettivi	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Ente preposto al controllo
Obiettivi intermedi	Pubblicazione di gare d'appalto o accordo quadro per interventi antisismici da parte delle Regioni, anche attraverso gli Enti del SSN	T1 2023	 
Obiettivi intermedi	Sottoscrizione dei contratti da parte delle Regioni, anche attraverso gli Enti del SSN	T3 2023	 
Obiettivi intermedi	Avvio dei Lavori da parte delle Regioni, anche attraverso gli Enti del SSN	T4 2023	 
Obiettivi finali	Ultimazione dei lavori - Completamento degli interventi di adeguamento nel rispetto delle normative antisismiche	T2 2026	 

GANTT



RIFERIMENTI NORMATIVI

- L.R. 41/2006 – Riordino del Servizio Sanitario Regionale
- L.R. 9/2017 – Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.

- *L.R. 1/2019 – Modifiche alla L.R.1/2019 Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.*
- *D.C.R. 21/2017 piano Socio Sanitario Regionale per il Triennio 2017-2019*
- *L.R. 5/2021 Modifiche alla L.R.41/2006*
- *D.G.R n.169 del 08 Marzo 2022*

DIMENSIONE “GREEN” E DIMENSIONE “DIGITAL”

Non applicabile alla linea d'intervento di carattere nazionale.

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art. 18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 1.2 è riportato nella tabella 9 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione/Provincia Autonoma, nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nell'Allegato 3 al presente Piano e quanto indicato nella "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", emanata dal Ministero dell'economia e delle finanze con circolare n. 32 del 30 dicembre 2021, che ha lo scopo di assistere le amministrazioni preposte alla gestione degli investimenti nel processo di indirizzo, raccolta di informazioni e verifica, fornendo indicazioni sui requisiti tassonomici, sulla normativa corrispondente e sugli elementi utili per documentare il rispetto di tali requisiti sui singoli settori di intervento del PNRR.

Per tale investimento, all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono riportate le schede tecniche da considerare ai fini del rispetto del principio DNSH. Nello specifico, le schede sono di seguito indicate:

- scheda 1 "Costruzione di nuovi edifici";

-
- scheda 2 “Ristrutturazioni e riqualificazioni di edifici residenziali e non residenziali”;
 - scheda 3 “Acquisto, Leasing e Noleggio di computer e apparecchiature elettriche ed elettroniche”;
 - scheda 4 “Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario”.
-

6.9. Componente 2 – Investimento 1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione – di cui sub investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) “Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni” – Action Plan

C2 – 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) “Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province autonome”

OBIETTIVO PNRR



TARGET EU

85% dei medici di base alimentano il Fascicolo sanitario elettronico



21 Regioni/Province autonome hanno adottato e utilizzano il Fascicolo sanitario elettronico



DESCRIZIONE CID

Questo investimento mira ad imprimere un profondo cambio di passo nell'infrastrutturazione tecnologica alla base dell'erogazione dell'assistenza, dell'analisi dei dati sanitari e della capacità predittiva del SSN italiano. L'investimento si compone dei due diversi progetti di seguito descritti.

1. Il completamento dell'infrastruttura e la diffusione del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) esistente. Ciò deve essere conseguito rendendolo un ambiente di dati completamente nativi digitali e quindi omogeneo, coerente e portabile in tutto il territorio nazionale.
2. Il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti di analisi del Ministero della Salute, per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA, ossia i servizi garantiti dal SSN in tutto il paese) e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico. L'obiettivo chiave e primario del Ministero della Salute italiano è conseguito con il raggiungimento dei 4 sotto-obiettivi seguenti integrati tra loro: i) il potenziamento dell'infrastruttura del Ministero della Salute italiano, mediante l'integrazione dei dati clinici del FSE con i dati clinici, amministrativi e finanziari del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) e con le altre informazioni e gli altri dati relativi alla salute nell'ambito dell'approccio "One-Health" per monitorare i LEA e garantire le attività di sorveglianza e vigilanza sanitaria; ii) il miglioramento della raccolta, del processo e della produzione di dati NSIS a livello locale, mediante la reingegnerizzazione e la standardizzazione dei processi regionali e locali di produzione di dati, al fine di ottimizzare lo strumento del NSIS per la misurazione della qualità, dell'efficienza e dell'adeguatezza del SSN; iii) lo sviluppo di strumenti di analisi avanzata per studiare fenomeni complessi e scenari predittivi al fine di migliorare la capacità di programmare i servizi sanitari e rilevare malattie emergenti; iv) la creazione di una piattaforma nazionale dove domanda ed offerta di servizi di telemedicina forniti da soggetti accreditati possano incontrarsi.

DESCRIZIONE SUB LINEA DI INTERVENTO OGGETTO DELL'ACTION PLAN

L'investimento previsto dal PNRR (M6C2 1.3.1) si compone delle seguenti linee di attività relative a:

- a) repository centrale, digitalizzazione documentale, servizi e interfaccia user-friendly;
- b) adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province autonome;

c) utilizzo del Fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale - Tessera Sanitaria Elettronica, e che quest'ultima si riferisce a progetti già in essere.

In particolare, il presente Action Plan si riferisce al sub-intervento 1.3.1 (b) Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province autonome, il cui Soggetto attuatore, con facoltà di sub-delega in favore delle Regioni, è la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per la trasformazione digitale.

REQUISITI CID TARGET M6 C2 13

Tutte le Regioni/Province autonome devono creare, alimentare e utilizzare il FSE.

In particolare il piano prevede: - l'integrazione/inserimento dei documenti nel FSE deve iniziare dai documenti nativi digitali; la migrazione/trasposizione ad hoc di documenti cartacei attuali o vecchi deve essere inclusa nel perimetro dell'intervento; - il sostegno finanziario a favore delle strutture sanitarie; affinché aggiornino la loro infrastruttura per garantire che i dati, i metadati e la documentazione relativi all'assistenza.

REQUISITI CID TARGET M6 C2 11 I medici di base alimentano il Fascicolo sanitario elettronico.

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

INDICATORE COMUNE	Descrizione	Popolamento
7. Utenti di servizi, prodotti e processi digitali pubblici nuovi e aggiornati - per l'intervento FSE.	<ul style="list-style-type: none">Numero di utenti di servizi, prodotti e processi digitali pubblici recentemente sviluppati o significativamente aggiornati grazie al sostegno fornito da misure nell'ambito del dispositivo.	<ul style="list-style-type: none">Semestrale

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO

- È prevista l'attivazione delle procedure per la realizzazione dell'archivio centrale (Repository centrale) - Fascicolo sanitario elettronico (FSE), da parte del Soggetto Attuatore (Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per la trasformazione digitale).
- È prevista l'attivazione delle attività per il supporto organizzativo, manageriale, strategico, tematico e la formazione a livello regionale e locale, da parte del Soggetto Attuatore (Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per la trasformazione digitale).
- È prevista la realizzazione, implementazione e messa in funzione di un registro centrale per i documenti digitali e di una piattaforma di interoperabilità e servizi, secondo lo standard Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR) - Fascicolo sanitario elettronico da parte del Soggetto Attuatore (MEF - Sistema Tessera Sanitaria)
- La Regione/Provincia Autonoma, sulla base dei decreti e delle linee guida nazionali di prossima emanazione per il potenziamento del FSE, ai sensi della normativa vigente, predispone i piani regionali di adeguamento.
- Con decreto da pubblicare non oltre settembre 2022, saranno dettagliate le milestone e i target intermedi a livello regionale, nonché le risorse disponibili per ogni Regione/Provincia Autonoma per l'adeguamento dell'FSE e l'attuazione delle Linee Guida nazionali di cui al punto precedente, garantendo almeno il 40% alle regioni del sud
- La Regione/Provincia Autonoma, che, sulla base del piano regionale e delle risorse stabilite con decreto, interviene autonomamente nel potenziamento, dovrà comunicare periodicamente lo stato di avanzamento in base agli indicatori stabiliti con le Linee Guida nazionali di cui al primo punto tramite i sistemi di monitoraggio
- La Regione/Provincia Autonoma, che, sulla base del piano regionale, intende avvalersi dell'infrastruttura nazionale, comunicherà al Ministero della Salute, al Ministero dell'Economia e delle Finanze, nonché alla Struttura della Presidenza del Consiglio responsabile per l'innovazione tecnologica e la struttura digitale per coordinare il piano regionale e il raggiungimento di target e milestone intermedi di cui al secondo punto.
-

RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE

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

OBIETTIVI REGIONALI

TARGET REGIONALE

85% dei medici di base alimentano il Fascicolo sanitario elettronico

Adozione, alimentazione e utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico

FABBISOGNO




Il Fabbisogno sarà determinato sulla base del completamento dell'Assessment e indicato nel Decreto di ripartizione delle risorse destinate al sub-investimento, che sarà emanato non oltre settembre 2022

IMPORTO COMPLESSIVO A LIVELLO NAZIONALE
OGGETTO DEL SUCCESSIVO DECRETO DI RIPARTIZIONE REGIONALE (Sub intervento (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni")

€ 610.389.999,93

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Milestone	Cutoff per digitalizzazione nativa di tutti i documenti dei FSE. I documenti devono essere nativi digitali fin dall'inizio e coerenti con i recenti standard FHIR.	T4 2024	
Target	I medici di base alimentano il Fascicolo sanitario elettronico (85%)	T4 2025	
Target	Tutte le Regioni/Province autonome hanno adottato e utilizzano il Fascicolo sanitario elettronico	T2 2026	

GANTT



RIFERIMENTI NORMATIVI

- *DECRETO-LEGGE 27 gennaio 2022, n. 4, Art.21 recante: "Misure in materia di fascicolo sanitario elettronico e governo della sanità digitale, convertito con la L. n.25 del 28 marzo 2022.*

DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), 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.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi "green" e "digital" sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione "green" e quella "digital" all'investimento 1.3.

(tabella non modificabile da Regione)

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
PNRR - Assistenza di prossimità e telemedicina									Green	Digital
M6C1	1.3	Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	[inserire importo Regionale per l'investimento]	[inserire 100% dell'importo regionale]	095 - Digitalizzazione delle cure sanitarie	0%	095 - Digitalizzazione delle cure sanitarie	100%		[inserire 100% della quota assegnata tagging]

La Regione/Provincia Autonoma s'impegna, con riferimento al suddetto investimento, a rispettare le percentuali del 100% (tag digitale) indicate e a rispettare le eventuali ulteriori indicazioni in materia che saranno trasmesse con successive circolari da parte del Ministero dell'economia e delle finanze.

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art.18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 1.3 è riportato nella tabella 10 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione/Provincia Autonoma nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nell'Allegato 3 al presente Piano e quanto indicato nella "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", emanata dal Ministero dell'economia e delle finanze con circolare n. 32 del 30 dicembre 2021, che ha lo scopo di assistere le amministrazioni preposte alla gestione degli investimenti nel processo di indirizzo, raccolta di informazioni e verifica, fornendo indicazioni sui requisiti tassonomici, sulla normativa corrispondente e sugli elementi utili per documentare il rispetto di tali requisiti sui singoli settori di intervento del PNRR.

Per tale investimento, all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono riportate le schede tecniche da considerare ai fini del rispetto del principio DNSH. Nello specifico, le schede sono di seguito indicate:

- scheda 3 "Acquisto, Leasing e Noleggio di computer e apparecchiature elettriche ed elettroniche";
- scheda 4 "Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario";
- scheda 5 "Interventi edili e cantieristica generica non connessi con la costruzione/rinnovamento di edifici";
- scheda 6 "Servizi informatici di hosting e cloud".

6.10. Componente 2 – Investimento 1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione – di cui sub investimento 1.3.2 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (Potenziamento, modello predittivo, SDK...) – Action Plan

C2 - 1.3.2 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione

Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali

OBIETTIVO PNRR



TARGET NAZIONALE

4 nuovi flussi informativi nazionali

DESCRIZIONE CID

Questo investimento mira ad imprimere un profondo cambio di passo nell'infrastrutturazione tecnologica alla base dell'erogazione dell'assistenza, dell'analisi dei dati sanitari e della capacità predittiva del SSN italiano.

Il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti di analisi del Ministero della Salute, per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA, ossia i servizi garantiti dal SSN in tutto il paese) e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico.

REQUISITI TARGET M6 C2 10

Reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale - Completamento del patrimonio informativo (servizi applicativi) - Numero di nuovi flussi informativi nazionali adottati da tutte le 21 Regioni: riabilitazione territoriale e consultori familiari.

REQUISITI TARGET M6 C2 15

Reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale - Completamento del patrimonio informativo (servizi applicativi) - Numero di nuovi flussi informativi nazionali adottati da tutte le 21 Regioni: ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria.

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO

- La Regione/Provincia Autonoma, al fine di fornire specifici contributi ai Gruppi di Lavoro istituiti a livello nazionale per la definizione dei nuovi flussi informativi sanitari, procede ad effettuare un'apposita analisi volta ad individuare gli eventuali gap funzionali ed informativi per singolo flusso.
- La Regione procede a pianificare gli interventi tecnologici ed organizzativi necessari all'adeguamento informativo/funzionale.
- La Regione/Provincia Autonoma, a seguito dell'approvazione da parte del Ministero della salute del DM recante il regolamento del flusso, procede al recepimento (adozione) dell'articolato DM tramite apposito atto normativo.
- La Regione/Provincia Autonoma, nell'ambito della fase di implementazione dei flussi definiti a livello nazionale, procede a definire i parametri di controllo al fine di verificare i flussi prodotti a livello aziendale prima della trasmissione al Ministero della salute.

RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE

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

OBIETTIVI REGIONALI

TARGET REGIONALE

4 nuovi flussi informativi

FABBISOGNO



[N/A]

IMPORTO ASSEGNATO

€ 727.711,13 importo assegnato alla regione dal PNRR
Non previsto alcun importo integrativo a carico del bilancio regionale

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale - Completamento del patrimonio informativo (servizi applicativi) - Numero di nuovi flussi informativi nazionali adottati da tutte le 21 Regioni: riabilitazione territoriale e consultori familiari	T1 2023	
Target	Reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale - Completamento del patrimonio informativo (servizi applicativi) - Numero di nuovi flussi informativi nazionali adottati da tutte le 21 Regioni: ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria.	T1 2025	

GANTT

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1	Individuazione degli eventuali gap funzionali e informativi per singolo flusso (contributi regionali): assistenza riabilitativa e consultori																				
2	Trasmissione dei contributi regionali ai Gruppi di lavoro istituiti a livello nazionale per la definizione dei nuovi flussi in merito alla verifica del livello di copertura informatica/gestionale																				
3	Predisposizione e approvazione a livello nazionale dell'articolato DM recante il regolamento dei flussi ed iter di approvazione*																				
4	Recepimento (adozione) con atto regionale del decreto ministeriale di istituzione dei 2 nuovi flussi per assistenza riabilitativa e consultori familiari																				
5	Individuazione degli eventuali gap funzionali e informativi per singolo flusso (contributi regionali): ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria																				
6	Trasmissione dei contributi regionali ai Gruppi di lavoro istituiti a livello nazionale per la definizione dei nuovi flussi in merito alla verifica del livello di copertura informatica/gestionale																				
7	Predisposizione e approvazione a livello nazionale dell'articolato DM recante il regolamento dei flussi ed iter di approvazione*																				
8	Recepimento (adozione) con atto regionale del decreto ministeriale di istituzione dei 2 nuovi flussi per ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria																				

*attività di competenza del Ministero della Salute



RIFERIMENTI NORMATIVI

- L.R. 41/2006 – Riordino del Servizio Sanitario Regionale
- L.R. 9/2017 – Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.

- L.R. 1/2019 – Modifiche alla L.R.1/2019 Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.
- D.C.R. 21/2017 piano Socio Sanitario Regionale per il Triennio 2017-2019
- L.R. 5/2021 Modifiche alla L.R.41/2006
- D.G.R n.169 del 08 Marzo 2022

DIMENSIONE “GREEN” E DIMENSIONE “DIGITAL”

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), 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.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi “green” e “digital” sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione “green” e quella “digital” all'investimento 1.3.2.

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
									Green	Digital
PNRR - Assistenza di prossimità e telemedicina										
M6C2	1.3	Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	727.711,13	727.711,13	095 - Digitalizzazione delle cure sanitarie	0%	095 - Digitalizzazione delle cure sanitarie	100%		727.711,13

La Regione/Provincia Autonoma s'impegna, con riferimento al suddetto investimento, a rispettare le percentuali del 100% (tag digitale) indicate e a rispettare le eventuali ulteriori indicazioni in materia che saranno trasmesse con successive circolari da parte del Ministero dell'economia e delle finanze.

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art.18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 1.3 è riportato nella tabella 10 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione/Provincia Autonoma nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nell'Allegato 3 al presente Piano e quanto indicato nella "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", emanata dal Ministero dell'economia e delle finanze con circolare n. 32 del 30 dicembre 2021, che ha lo scopo di assistere le amministrazioni preposte alla gestione degli investimenti nel processo di indirizzo, raccolta di informazioni e verifica, fornendo indicazioni sui requisiti tassonomici, sulla normativa corrispondente e sugli elementi utili per documentare il rispetto di tali requisiti sui singoli settori di intervento del PNRR.

Per tale investimento, all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono riportate le schede tecniche da considerare ai fini del rispetto del principio DNSH. Nello specifico, le schede sono di seguito indicate:

- scheda 3 "Acquisto, Leasing e Noleggio di computer e apparecchiature elettriche ed elettroniche";
- scheda 4 "Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario";
- scheda 5 "Interventi edili e cantieristica generica non connessi con la costruzione/rinnovamento di edifici";
- scheda 6 "Servizi informatici di hosting e cloud".

6.11. Componente 2 - Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (a) borse aggiuntive in formazione di medicina generale - Action Plan

C2 – 2.2 (a) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – borse aggiuntive in formazione di medicina generale

OBIETTIVI NAZIONALI



TARGET EUROPEO

Assegnazione di **2.700** borse di studio per la formazione specifica in medicina generale



DESCRIZIONE CID

Questo investimento consiste nell'incrementare le borse di studio per il corso specifico di medicina generale.

REQUISITI CID TARGET M6 C2 14

Questo investimento deve essere volto all'incremento del numero di borse di studio in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli di apprendimento triennali.

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

INDICATORE COMUNE	Descrizione	Popolamento
10. Numero di partecipanti in un percorso di istruzione o di formazione – per gli interventi riferiti alla formazione specifica in medicina generale	<ul style="list-style-type: none"> L'indicatore tiene conto del numero di partecipanti ad attività di istruzione (ISCED 0-6, apprendimento degli adulti) e di formazione (formazione dentro e fuori l'impresa, istruzione e formazione professionale continua ecc.) sostenute da misure nell'ambito del dispositivo, compresi i partecipanti alla formazione in materia di competenze digitali. L'indicatore è pertanto rilevato e comunicato indicando i) i partecipanti in un percorso di istruzione o di formazione e, tra essi, ii) i partecipanti alla formazione in materia di competenze digitali. È inoltre disaggregato per genere ed età. I partecipanti sono conteggiati all'inizio della loro partecipazione all'attività di istruzione o formazione. 	<ul style="list-style-type: none"> Semestrale

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO

Per ciascun triennio formativo (2021-2024, 2022-2025 e 2023-2026) nel rispetto delle istruzioni tecniche e delle indicazioni operative fornite dal Ministero della salute, nonché dal Ministero dell'economia e delle finanze:

- La Commissione Salute definisce il fabbisogno formativo regionale di MMG per il triennio specifico. Il Coordinamento regionale trasmette tale fabbisogno al Ministero della Salute.
 - Il Ministero della Salute effettua il riparto delle risorse per il finanziamento delle borse aggiuntive per il corso di formazione specifica in medicina generale per il medesimo triennio.
 - La Commissione Salute decide la data del concorso nazionale per accedere ai corsi di formazione specifica in medicina generale. Vengono quindi pubblicati i bandi regionali e successivamente svolto il concorso nazionale nella data stabilita.
 - Viene pubblicata la graduatoria definitiva del concorso, ogni Regione predispone l'elenco degli assegnatari di borsa e comunica la data di inizio corso.
 - Le Regioni assegnano le borse e trasmettono al Ministero della Salute, anche attraverso l'alimentazione del sistema informatico di registrazione e conservazione di supporto alle attività di gestione, monitoraggio, rendicontazione e controllo delle componenti del PNRR, entro il 1 giugno di ogni anno, la documentazione necessaria per il monitoraggio e la rendicontazione, con riferimento a tutte le borse assegnate per il triennio formativo ed in particolare l'elenco degli assegnatari di borsa e l'elenco degli iscritti al Corso di formazione specifica in Medicina Generale.
 - Le regioni provvedono ad aggiornare costantemente i dati inseriti nel sistema informatico predetto al fine di garantire il necessario per il monitoraggio e la rendicontazione.
-
- La Regione/Provincia Autonoma dettaglia le risorse economiche assegnate nelle voci di costo dell'investimento nel rispetto delle linee guida e delle indicazioni operative fornite dal Ministero della salute, nonché dal Ministero dell'economia e delle finanze.

RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE

OBIETTIVI REGIONALI

TARGET REGIONALE






Definito con Decreto del Ministero della Salute

IMPORTO ASSEGNATO






DM del 2 novembre 2021 con il quale sono state assegnate alle Regioni e Province Autonome le risorse per il finanziamento delle prime 900 borse aggiuntive relative al triennio formativo 2021-2024. Tale decreto è stato ammesso alla registrazione dalla Corte dei Conti con Provv. n. 2963 del 07/12/2021

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione di 900 borse aggiuntive per il Corso di formazione specifica in Medicina Generale per il triennio formativo 2021-2024	T2 2022	
Milestone	Pubblicazione del decreto annuale di assegnazione risorse economiche per finanziare 900 borse di studio per i Medici di Medicina Generale	T4 2022	
Target	Assegnazione di 1800 borse aggiuntive per il Corso di formazione specifica in Medicina Generale per i trienni formativi 2021-2024 e 2022-2025.	T2 2023	
Milestone	Pubblicazione del decreto annuale di assegnazione risorse economiche per finanziare 900 borse di studio per i Medici di Medicina Generale	T4 2023	
Target	Assegnazione di 2700 borse aggiuntive per il Corso di formazione specifica in Medicina Generale per i trienni formativi 2021-2024, 2022-2025 e 2023-2026.	T2 2024	

GANTT

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1	Concorso, pubblicazione graduatoria, predisposizione dell'elenco degli assegnatari di borsa																				
2	Le Regioni assegnano le borse di studio per la formazione specifica in medicina generale (TARGET ITA - 900) e trasmettono la documentazione per il monitoraggio e la rendicontazione																				
3	Definizione fabbisogno formativo regionale di MMG per il triennio 2022-2025																				
4	Pubblicazione del Decreto di allocazione risorse alle Regioni per finanziare Borse Formazione MMG 2022-25 (MILESTONE ITA)																				
5	Pubblicazione dei bandi regionali e del conseguente avviso da parte del Ministero della Salute																				
6	Concorso, pubblicazione graduatoria, predisposizione elenco vincitori																				
7	Le Regioni assegnano le borse di studio per la formazione specifica in medicina generale (TARGET ITA - ulteriori 900, per un totale di 1.800 borse) e trasmettono la documentazione per il monitoraggio e la rendicontazione																				
8	Definizione fabbisogno formativo regionale di MMG per il triennio 2023-2026																				
9	Pubblicazione del Decreto di allocazione risorse alle Regioni per finanziare Borse Formazione MMG 2023-26 (MILESTONE ITA)																				
10	Pubblicazione dei bandi regionali e del conseguente avviso da parte del Ministero della Salute																				
11	Concorso, pubblicazione graduatoria, predisposizione elenco vincitori																				
12	Le Regioni assegnano le borse di studio per la formazione specifica in medicina generale (TARGET ITA - ulteriori 900, per un totale di 2.700 borse) e trasmettono la documentazione per il monitoraggio e la rendicontazione																				



RIFERIMENTI NORMATIVI

- L.R. 41/2006 – Riordino del Servizio Sanitario Regionale
 - L.R. 9/2017 – Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.
 - L.R. 1/2019 – Modifiche alla L.R.1/2019 Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.
 - D.C.R. 21/2017 piano Socio Sanitario Regionale per il Triennio 2017-2019
 - L.R. 5/2021 Modifiche alla L.R.41/2006
- D.G.R n.169 del 08 Marzo 2022*
- L.R. 41/2006 – Riordino del Servizio Sanitario Regionale
 - L.R. 9/2017 – Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private.

- D.G.R.n. 147 del 22/2/2019 ad oggetto "Elenco regionale tutori. Modifiche urgenti alle modalità organizzative per i corsi di Formazione specifica in medicina generale, ai sensi del D. Lgs. 368/99 e ss.mm.ii. e deliberazioni n. 628/2015 e 699/2016";
- D.G.R.n. 1011 del 12/11/2021 "Bando di concorso pubblico, per esami, per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale della Regione Liguria anni 2021/2024 (D. Lg.vo 368/99). Accertamento e impegno € 276.963,72=" (BURL Parte IV n. 46 del 17/11/2021 e GURI Serie Speciale Concorsi n. 98 del 10/12/2021); Decreto del Dirigente del Settore Rapporti di lavoro e contratti del personale dipendente e convenzionato del SSR;
- n. 252 del 20/01/2022 "Concorso pubblico, per esami, per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale della Regione Liguria anni 2021/2024 (D. Lg.vo 368/99 – DGR 1011/2021). Ammissione e convocazione candidati alla prova d'esame" con il quale sono stati ammessi n. 161 candidati alla prova d'esame (BURL Parte IV n. 3bis del 24/01/2022);
- n. 1456 del 09/03/2022 "Concorso pubblico, per esami, per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2021/2024 della Regione Liguria (DGR 1011 del 12.11.2021) Approvazione graduatoria regionale di merito" (BURL Parte IV n. 11 del 16/03/2022);
- DGR n. 325 del 15/04/2022 "Bando di concorso pubblico, per esami, per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale della Regione Liguria anni 2021/2024 (CUP G34D22000340001). Adempimenti conseguenti alla Circolare 21 del 14 ottobre 2021 del MEF in materia di progetti PNRR. Modifica DGR n. 1011 del 12/11/2021 ed integrazione DGR n. 75 del 11/02/2022. Annullamento impegno di € 276.963,72= e assunzione nuovo impegno di € 276.963,72 (Finanziato dall'Unione Europea – Next Generation UE)"

DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), 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.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi "green" e "digital" sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione "green" e quella "digital" all'investimento 2.2 (a).

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
PNRR - Assistenza di prossimità e telemedicina									Green	Digital
M6C2	2.2 (a)	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: Submisura: borse aggiuntive in formazione di medicina generale	830.891,16	830.891,16	123 - Misure volte a migliorare l'accessibilità, l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari (infrastrutture escluse)	0%				

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art.18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 2.2 è riportato nella tabella 11 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione/Provincia Autonoma, nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nel suddetto Allegato 3.

6.12. Componente 2 - Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere - Action Plan

C2 – 2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

OBIETTIVI NAZIONALI



TARGET NAZIONALE **293.386** partecipanti



DESCRIZIONE CID Questo investimento consiste nell'avviare un piano di formazione sulle infezioni ospedaliere per tutto il personale del SSN.

REQUISITI TARGET M6 C2 29/30 Numero di personale formato nel campo delle infezioni ospedaliere

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

INDICATORE COMUNE	Descrizione	Popolamento
10. Numero di partecipanti in un percorso di istruzione o di formazione – per gli interventi riferiti alla formazione in infezioni ospedaliere.	<ul style="list-style-type: none"> L'indicatore tiene conto del numero di partecipanti ad attività di istruzione (ISCED 0-6, apprendimento degli adulti) e di formazione (formazione dentro e fuori l'impresa, istruzione e formazione professionale continua ecc.) sostenute da misure nell'ambito del dispositivo, compresi i partecipanti alla formazione in materia di competenze digitali. L'indicatore è pertanto rilevato e comunicato indicando i) i partecipanti in un percorso di istruzione o di formazione e, tra essi, ii) i partecipanti alla formazione in materia di competenze digitali. È inoltre disaggregato per genere ed età. I partecipanti sono conteggiati all'inizio della loro partecipazione all'attività di istruzione o formazione. 	<ul style="list-style-type: none"> Semestrale

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO

- La Regione/Provincia Autonoma completa la procedura per la selezione dei provider dei corsi di formazione a marzo 2023, al fine di raggiungere il numero target complessivo in termini di partecipanti coinvolti tenendo conto delle indicazioni riportate all'interno dell'Allegato 5 del presente Piano operativo.
- L'adesione al programma da parte dei professionisti sanitari dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale operanti nelle strutture ospedaliere dovrà essere accreditata ECM, ferma restando la specificità del Modulo D dell'Allegato 5 del presente Piano operativo.
- Il programma viene sviluppato da ciascuna regione/P.A. ed è articolato nelle sue diverse componenti (corsi/moduli) sulla base delle indicazioni nazionali, di cui al suddetto Allegato 5, tenendo in considerazione le peculiarità di ogni regione/P.A. e i diversi setting. A tale scopo si valorizzano le competenze specifiche dei vari stakeholders presenti sul territorio, anche attraverso la collaborazione con le Università, gli IRCSS, l'Agenas e l'Istituto Superiore di Sanità.
- Il programma deve essere sviluppato in modalità blended (modalità mista in ambienti di apprendimento diversi che includano formazione frontale in aula e apprendimento online), prevedendo sia una formazione teorica, che degli approfondimenti pratici a livello locale presso le strutture sanitarie di afferenza dei partecipanti, assicurando così la possibilità di formazione attraverso la metodologia learning by doing, considerata una delle strategie didattiche più efficaci in materia.
- In ragione dei diversi profili professionali e delle diverse aree di attività dei destinatari del corso, questo dovrà includere sia moduli che forniscano conoscenze relative ad un approccio di base trasversale sia approfondimenti specifici per le diverse professionalità/aree di attività.

RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE

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

OBIETTIVI REGIONALI

TARGET REGIONALE **8.974**

FABBISOGNO **Piano straordinario formazione sulle infezioni ospedaliere per tutto il personale del SSR**

IMPORTO ASSEGNATO **€ 2.447.719,33 importo assegnato alla regione dal PNRR**

MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO

Regione/Provincia Autonoma	Totale
Totale corsi	200
<i>di cui da procedure regionali</i>	40
<i>di cui da procedure aziendali/altro</i>	160

Note:





Media stimata corsi/anno: 50 (proiezione 4 anni)

Media stimata partecipanti/corso: 44,87

Media stimata costo per singolo corso: € 12.238,60

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Milestone	Completamento procedure di selezione dei provider	T1 2023	
Milestone	Completamento della procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere	T3 2024	
Target	Numero di personale formato nel campo delle infezioni ospedaliere	T1 2025	
Milestone	Completamento della procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere	T4 2025	
Target	Numero di personale formato nel campo delle infezioni ospedaliere	T2 2026	

GANTT



RIFERIMENTI NORMATIVI

- *Legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e ss.mm.ii.;*
- *Legge regionale 29 luglio 2016, n. 17, "Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e socio-sanitaria"*
- *D.G.R. 169/2022 del 08/03/2022 ad oggetto: "PNRR Missione 6 - Programma interventi M6C1 1.1 Case della Comunità - M6C1 1.2 Centrali operative Territoriali - M6C1 1.3 Ospedali della Comunità - M6C2 1.1 Ammodernamento tecnologico e digitale ospedaliero - M6C2 1.2 Antisismica"*
- *D.G.R. 281/2022 Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) missione M6C2: Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Sub investimento 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere.*

DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), 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.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi "green" e "digital" sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione "green" e quella "digital" all'investimento 2.2 (b).

(tabella non modificabile da Regione)

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
									Green	Digital
PNRR - Assistenza di prossimità e telemedicina										
M6C2	2.2 (b)	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: Submisura: corso di formazione in infezioni ospedaliere	[inserire importo Regionale per l'investimento]	[inserire 100% dell'importo regionale]	123 - Misure volte a migliorare l'accessibilità, l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari (infrastrutture e escluse)	0%				

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art.18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 2.2 è riportato nella tabella 11 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione/Provincia Autonoma, nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nel suddetto Allegato 3.

7. Rispetto principi direttiva in materia Disabilità

In generale, tutti gli interventi previsti e i servizi innovativi introdotti contribuiranno a migliorare la qualità dell'assistenza, anche per le persone con disabilità, con un impatto in termini di:

Accessibilità

Nell'implementazione dei progetti sarà assicurata la consultazione delle associazioni con disabilità. Come previsto dall'art. 9 della Convenzione ONU, nella realizzazione/adequamento delle strutture di prossimità sarà garantito l'accesso all'ambiente fisico mediante l'abbattimento delle barriere fisiche ed architettoniche, creando ambienti liberamente fruibili da tutti i cittadini, a prescindere dalla loro condizione disabilitante. Inoltre, lo sviluppo della telemedicina e degli investimenti tecnologici previsti in ogni progetto strutturale, contribuiranno a favorire l'accesso alle informazioni e alla comunicazione da parte di tutti gli assistiti.

Progettazione universale

Gli interventi agevoleranno la fruibilità, l'autonomia e la sicurezza degli spazi da parte di tutti i soggetti, a prescindere dalle condizioni di salute. Promuoveranno inoltre una presa in carico personalizzata, che tenga conto delle condizioni sanitarie e sociosanitarie, nonché, delle preferenze del singolo individuo, promuovendo i principi dell'empowerment e della co-produzione dei servizi.

Promozione della vita indipendente e il sostegno all'autodeterminazione

Gli interventi mirano ad integrare i servizi sanitari e i diversi stakeholder coinvolti per una presa in carico complessiva della persona al fine di migliorare il servizio di assistenza sanitaria ai pazienti con condizioni croniche e alle categorie di popolazione più vulnerabili, come le persone con disabilità.

il potenziamento dell'assistenza domiciliare, della comunità di riferimento e il potenziamento delle cure intermedie sono infatti fondamentali per fornire sostegno alle persone con disabilità, assicurando servizi necessari alla permanenza in sicurezza della persona sul proprio territorio, a partire proprio dai servizi domiciliari.

L'obiettivo è quello di assicurare la massima autonomia e indipendenza della persona nel proprio ambiente di vita e lavoro, favorendo la presa in carico nella comunità di riferimento al fine di rispondere ai bisogni sanitari e sociosanitari della persona.

Non discriminazione

Il potenziamento dei servizi con la definizione di standard e modelli organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, previsti dalla riforma dell'assistenza territoriale, consentirà di ridurre le disuguaglianze sia in termini di accessibilità che di servizi, assicurando outcome di salute uniformi sull'intero territorio nazionale.

8. Equità di Accesso

La pandemia ha riportato al centro del dibattito la necessità di intervenire e rinnovare alcuni elementi chiave del SSR, anche in considerazione della transizione demografica ed epidemiologica in atto a cui consegue una crescente domanda di salute a bisogni complessi che richiedono una risposta efficace in termini di servizi integrati, forniti in particolare attraverso la rete dell'assistenza territoriale e attraverso percorsi virtuosi di continuità di cura ospedale-territorio.

L'equità di accesso all'assistenza sanitaria e sociosanitaria rappresenta uno degli obiettivi principali nel campo della programmazione e dell'organizzazione dei servizi a livello regionale. Il tema dell'equità di accesso, infatti, diventa sempre più una chiave di lettura primaria delle dinamiche di salute e di accesso ai servizi e di lettura degli outcome di salute a livello territoriale. Per la sua valutazione, oltre a considerare elementi base quali genere, cittadinanza, condizioni socio-economiche, in prospettiva di sviluppo, dovranno necessariamente essere tenuti in considerazione anche la presenza di nuovi indicatori: possibili anche attraverso la valorizzazione dei registri clinici nell'ambito di collaborazioni con società scientifiche, l'attivazione di percorsi di audit clinico-organizzativo: a sostegno di programmi di riorganizzazione delle aziende sanitarie e l'integrazione dei flussi informativi: con l'inclusione di analisi provenienti dall'assistenza territoriale e delle cure primarie grazie all'integrazione delle Sdo con altri flussi informativi (come quello della farmaceutica, della specialistica ambulatoriale e delle Rsa o della domiciliarità).

Per la prima volta nell'edizione 2021, anche il Piano Nazionale Esiti (Pne) a livello nazionale e regionale, ha previsto una sezione che riguarda il tema dell'equità di accesso ai servizi. Attraverso i dati del Pne 2021, AGENAS restituisce una fotografia dettagliata dello stato di salute del nostro Sistema sanitario, che sembra aver resistito all'impatto della pandemia e che si appresta oggi a ripartire con le nuove sfide poste dal PNRR.

L'idea di fondo condivisa è quella di assumere l'equità come punto di vista permanente e chiave di lettura primaria delle dinamiche di salute e di accesso ai servizi. E questo passa attraverso il calcolo di alcuni indicatori del Pne (sulla tempestività di accesso alle cure, sulla vulnerabilità all'inappropriatezza, sull'ospedalizzazione evitabile), in modo da far emergere differenze legate al genere, alla cittadinanza e alle condizioni socio-economiche.

Il percorso di approfondimento condotto dal Gruppo tecnico AGENAS sui nuovi indicatori ha portato al consolidamento di un set di misure per la valutazione indiretta dell'assistenza territoriale. Emerge oggi la necessità di sviluppare per il futuro nuove misure, a partire dall'integrazione dei dati provenienti dalle SDO con quelli di altri flussi informativi, provenienti, ad esempio, dall'assistenza territoriale, che in prospettiva consentirà, tra le altre cose, di valutare l'impatto dei nuovi modelli organizzativi implementati con il PNRR.

Anche le attività di programmazione e valutazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie sul nostro territorio assume un ruolo strategico rilevante e si pongono quali elementi garanti di equità ed integrazione nell'ambito dell'offerta assistenziale. Esse comportano l'esigenza di implementare flussi informativi sistematici e capillari che consentano di condurre un'analisi puntuale dei bisogni assistenziali dei cittadini liguri e di definire le linee di indirizzo, le azioni e gli obiettivi strategici che

Le strutture sanitarie e sociosanitarie dovranno porre in essere per ottenere risposte appropriate ed efficaci ai bisogni di salute, nell'accezione più ampia del termine.

Occorre, inoltre, procedere con la definizione di azioni di rafforzamento sia del sistema ospedaliero sia della rete dell'assistenza territoriale, al fine di garantire omogeneità nella capacità di dare risposte integrate (di natura sanitaria, sociosanitaria e assistenziale in rete con gli altri servizi), nonché equità di accesso alle cure.

La risposta di Regione Liguria al costante aumento dei bisogni correlati alle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione ligure e alle criticità legate alla sostenibilità di sistema, si è concretizzata in una riforma sostanziale del sistema sociosanitario regionale, iniziata nel 2017, improntata ai principi di equità, efficacia, appropriatezza ed efficienza dell'offerta sanitaria e che, oggi, grazie alla spinta in avanti del PNRR ha la possibilità di consolidarsi e svilupparsi in maniera ancora più efficace.

L'obiettivo dell'efficientamento, punto d'incontro tra la tensione al miglioramento qualitativo dell'offerta e la sostenibilità, è indissolubilmente correlato alla necessità di implementazione di governance di un sistema complesso che garantisca omogeneità e standardizzazione di risposte assistenziali a tutti i cittadini liguri secondo il criterio di equità di accesso alle cure, di una presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Operando in questa direzione, sono state unificate e centralizzate in un unico soggetto - l'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.) - rilevanti compiti e responsabilità. La rideterminazione degli assetti organizzativi delle Aziende Sociosanitarie liguri e degli altri Istituti ed Enti del Servizio Sanitario Regionale ha permesso il perseguimento dell'obiettivo di promuovere e favorire omogeneità e standardizzazione della risposta assistenziale sul territorio regionale. Questa azione è (i) presupposto di equità di accesso alle cure, (ii) elemento indispensabile per la costruzione ed il governo delle strutture orizzontali ed i percorsi ad elevata integrazione ospedale-territorio e (iii) requisito imprescindibile per esercitare un'efficace attività di verifica e controllo.

Da ultimo, per riprendere con grande vivacità l'attività della struttura di governance clinico-organizzativa regionale, è stato istituito il Dipartimento Interaziendale regionale (Diar) dei distretti con la funzione di favorire un più diretto coordinamento da parte di questa struttura che rappresenta la cellula fondante del nuovo sistema territoriale definito dal Pnrr. I dipartimenti interaziendali regionali, infatti, rappresentano lo strumento organizzativo della programmazione strategica, dell'integrazione interaziendale, dei diversi livelli di assistenza delle attività sanitarie e sociosanitarie e sono i centri di coordinamento tecnico professionale dei vari settori.

In epoca pandemica, successivamente alla DGR 705 del 5.08.2020, la DGR n.1113 del 23.12.2020 relativa al programma operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19 definiva già le azioni principali svolte da A.Li.Sa. e da tutto il sistema sanitario regionale ed includeva:

- *il Piano Ospedaliero;*
- *il Piano Territoriale (azioni per il potenziamento del Territorio e dell'assistenza domiciliare);*
- *il Piano per il recupero delle Liste d'attesa, successivamente potenziato con il Programma Restart Sanità Liguria.*

Il Servizio Sanitario Regionale ha risposto alla fase emergenziale inizialmente con uno straordinario sforzo professionale ed organizzativo concentrando le risorse prioritariamente in ambito ospedaliero.

Infatti, ad oggi l'ospedale è il punto centrale del Servizio sanitario, per assorbimento di risorse e di concentrazione tecnologica. Le grandi apparecchiature elettromedicali installate nelle aziende sanitarie appaiono, a livello nazionale, obsolete, in sovrannumero e spesso sotto-utilizzate. Il PNRR mette al centro dell'attenzione il rinnovo del parco tecnologico dedicando 1,9 miliardi alla sostituzione di oltre 3000 grandi macchine con più di 5 anni di età: in Regione Liguria, la previsione è quella di sostituire 61 apparecchiature, garantendo un aggiornamento tecnologico coerente con i bisogni, entro i vincoli delle risorse identificate (circa €28.800.000), distribuite nei centri idonei per casistica trattata e per competenze professionali.

L'esperienza maturata e l'evolversi della situazione pandemica hanno determinato, altresì, un maggiore impegno per il Servizio Sanitario Regionale volto sempre più a rafforzare la rete dei Servizi Territoriali. L'emergenza sanitaria ha, infatti, sottolineato ed accentuato il bisogno di una presa in carico globale e multidimensionale delle persone e ha fatto emergere diverse inadeguatezze nei modelli organizzativi dell'assistenza.

Le trasformazioni più importanti hanno riguardato, e continuano a riguardare, l'assistenza territoriale.

Le case di comunità (CdC), in tale ottica, costituiranno il nuovo luogo nel quale verranno forniti tutti i servizi sanitari e sociosanitari di base per costituire un "punto di riferimento vicino e continuativo per la popolazione" in chiave multidimensionale. L'obiettivo è quello di rendere la sanità più accessibile e vicina alle persone attraverso percorsi di assistenza territoriale, per un'assistenza sanitaria domiciliare – in particolare rivolta agli anziani e alle persone più fragili – che consenta di alleviare le pressioni sugli ospedali e di superare le carenze di coordinamento negli interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali. Nell'ambito del riordino dell'assistenza sanitaria territoriale, il PNRR prevede i Punti Unici di Accesso (PUA) presso le Case della Comunità.

I Punti Unici di Accesso ai servizi (PUA) sono previsti e promossi sia nel PNRR sia nel Piano Nazionale degli interventi sociali del 2021-2023 che rilancia i PUA, quali LEPS. Seppur in assenza di indicazioni coordinate tra i due percorsi normativi, considerati i finanziamenti previsti è necessario maturare la consapevolezza della fase storica di grande opportunità in cui ci troviamo per rivedere i sistemi di accesso esistenti e, ricomporli, verso la costruzione di un unico punto di accesso integrato ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Anche le Centrali Operative Territoriali (COT) costituiranno un risvolto fondamentale rispetto all'equità di accesso attraverso la loro funzione di coordinamento dei servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza. Le COT rappresenteranno "il fulcro del sistema" capaci di coordinare tutti i servizi, i presidi e i professionisti della rete sanitaria e sociosanitaria.

Le CdC, pertanto, saranno il nodo centrale dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto, mentre lo strumento attraverso cui avverrà il coordinamento delle reti è la COT che diviene il vettore di raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

Anche gli Ospedali di Comunità (OdC) rappresentano una importante risorsa per il potenziamento dell'offerta dell'assistenza territoriale: essi rappresenteranno il punto di riferimento residenziale della rete territoriale per il cittadino, a gestione prevalentemente infermieristica, dedicati ai ricoveri brevi e destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata, in stretto raccordi con la Medicina Generale. L'OdC contribuirà, pertanto, ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando per favorire una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari e per facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

Indubbiamente il disegno del Pnrr porta a riequilibrare la presa in carico assistenziale spostando l'asse degli interventi dall'ospedale al territorio. Il cambiamento dei modelli organizzativi si dirige verso la formazione di reti, l'abolizione dei 'silos organizzativi' e l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza.

Il SSR, al fine di perseguire il miglioramento dell'equità di accesso e gli outcome di salute a livello territoriale, intende pertanto promuovere una maggiore flessibilità del sistema per l'adattamento rapido dei percorsi e l'introduzione di interventi innovativi, integrazione, innovazione e cambiamento dei processi organizzativi al fine di rispondere in maniera sempre attuale all'evoluzione dei bisogni complessi della popolazione, con la consapevolezza che le operazioni basate sul cambiamento e sull'introduzione di innovazione possono avere successo solamente in un contesto di piena integrazione fra le varie componenti del territorio che devono perseguire obiettivi comuni unendo le forze in modo complementare e coordinato.

La flessibilità dei modelli organizzativi e delle attività, l'innovazione dei percorsi, integrazione fra servizi, la sistematizzazione delle nuove esperienze e il loro inserimento strutturale nei processi assistenziali richiederà un grande sforzo di governance. L'emergenza pandemica ha dimostrato che la centralità del domicilio può portare risultati anche sul terreno dell'umanizzazione dell'assistenza e del miglioramento del rapporto costo-efficacia.

Il cambiamento dei modelli organizzativi va sempre più nella direzione della formazione di reti, dell'abolizione dei 'silos organizzativi' e della pur non semplice integrazione tra i diversi livelli di assistenza.

Per affrontare le trasformazioni dell'assistenza territoriale che la pandemia ha svelato come necessarie e indispensabili, occorre comprendere che non è più centrale il potenziamento delle strutture, bensì il cambiamento dei processi.

9. Rispetto principi in materia di pari opportunità di genere e generazionali

REQUISITI NECESSARI DELL'OFFERTA E OBBLIGHI IN CASO DI CONCLUSIONE DEL CONTRATTO
<p>Gli operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti devono allegare a pena di esclusione dalla gara, copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale che essi sono tenuti a redigere ai sensi dell'art. 46 del Codice delle pari opportunità di cui al D.Lgs. n. 198/2006, con attestazione di conformità a quello eventualmente trasmesso alle rappresentazioni sindacali aziendali e alla consigliera e al consigliere di parità, ovvero, in caso di inosservanza dei termini previsti dal comma 1 del medesimo art. 46, con attestazione della sua contestuale trasmissione alle rappresentanze sindacali aziendali e alla consigliera e al consigliere regionale di parità.</p>
<p>Gli operatori economici, diversi da quelli indicati sopra e che occupano un numero pari o superiore a 15 dipendenti, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, sono tenuti a consegnare alla stazione appaltante una relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile in ognuna delle professioni ed in relazione allo stato di assunzioni, della formazione, della promozione professionale, dei livelli, dei passaggi di categoria o di qualifica, di altri fenomeni di mobilità, dell'intervento della Cassa integrazione guadagni, dei licenziamenti, dei prepensionamenti e pensionamenti, della retribuzione effettivamente corrisposta. La relazione di cui sopra è trasmessa alle rappresentanze sindacali aziendali e alla consigliera e al consigliere regionale di parità.</p>
<p>Gli operatori economici di cui ai periodi precedenti sono, altresì, tenuti a consegnare, alla stazione appaltante entro sei mesi dalla conclusione del contratto la certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68, e una relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a loro carico nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte. La relazione di cui al presente comma è trasmessa alle rappresentanze sindacali aziendali.</p>
<p>Costituisce requisito necessario dell'offerta l'assunzione dell'obbligo di assicurare, in caso di aggiudicazione del contratto, una quota pari almeno al 30 per cento, delle assunzioni necessarie per l'esecuzione del contratto o per la realizzazione di attività ad esso connesse o strumentali, sia all'occupazione giovanile sia all'occupazione femminile.</p>

CRITERI PREMIALI VOLTI A FAVORIRE LE PARI OPPORTUNITÀ			
A	Interventi per promuovere l'assunzione di giovani	<p>Percentuale di giovani con età inferiore ai 36 anni impegnati nell'esecuzione del contratto o per la realizzazione di attività ad esso connesse o strumentali</p> <p>Indicare numero unità ETP di giovani e il numero totale di unità ETP impegnati nell'esecuzione del contratto o per la realizzazione di attività ad esso connesse o strumentali</p>	0,5
B	Politiche per la promozione della parità di genere: componente di lavoro femminile	<p>Percentuale di donne in ruoli apicali (Consiglio di amministrazione/amministratore e dirigenti) non inferiore al 30%:</p> <p>Si = 1 punto</p> <p>No = 0 punti</p>	1
C	Figura del disability manager	<p>Previsione nell'organico aziendale della figura del disability manager</p> <p>Si = 1 punto</p> <p>No = 0 punti</p>	1

D	Strumenti di conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro per i propri dipendenti	<p>Adozione di strumenti di conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro per i propri dipendenti, nonché modalità innovative di organizzazione del lavoro che prevedano:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. asilo nido aziendale/territoriale convenzionato inclusivo; 2. misure di flessibilità oraria in entrata e in uscita, roll up; 3. telelavoro o smart working; 4. part-time, aspettativa per motivi personali; 5. integrazione economica a congedi parentali; 6. benefit di cura per infanzia e anziani/disabili non autosufficienti e loro familiari; 7. sportello informativo su non discriminazioni/pari opportunità/inclusione con persone con disabilità; 8. forme di comunicazione esterna ed interna o aziendale (intranet) accessibile; 9. formazione sui temi delle pari opportunità e non discriminazione e della inclusione delle persone con disabilità; 10. adesione a network territoriali per la parità; 11. identificazione di una figura aziendale per le politiche anti-discriminatorie (es. diversity manager); 12. attuazione di accomodamenti ragionevoli finalizzati alla inclusione delle persone sorde (servizi ponte); 13. adozione di servizi di sicurezza sul lavoro specificamente rivolti alle persone con disabilità. <p>Adozione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ meno di 4 strumenti = 0 punti; ▪ fra 4 e 6 = 1 punto; ▪ fra 7 e 9 =1,5 punti ▪ 10 o più strumenti = 2 punti 	2
---	---	--	---

--	--	--	--

10.Modalità di monitoraggio e rendicontazione

La Regione/Provincia Autonoma procede ad elaborare le schede di monitoraggio per ciascun investimento. Tale monitoraggio avverrà attraverso il sistema Regis sulla base di tempistiche prestabilite.

Nello specifico, si riportano di seguito alcune indicazioni fornite dal Servizio centrale per il PNRR, per garantire la corretta redazione delle schede:

- **Step attuativo-procedurale:** in questa colonna sono riportati i passi procedurali/amministrativi utili per la realizzazione concreta dell'investimento al fine di rispettare milestone/target EU e nazionali;
- **Data inizio e fine:** in questa colonna sono riportate le date presunte, di inizio e fine, dello step attuativo-procedurale utili a comprendere la durata della procedura posta in essere. È sempre richiesta la valorizzazione della data di fine procedura (anche previsionale), al fine di rendere più facile l'individuazione delle scadenze programmate.
- **Strumento/Atto:** in questa colonna viene riportato lo strumento o l'atto dello step attuativo-procedurale (ad esempio: bando di gara, determina a contrarre, Decreto Ministeriale, etc.).
- **Note/Criticità:** in questa colonna sono riportate le presunte criticità o elementi degni di nota relativi alla procedura in essere.

Il dettaglio delle schede di monitoraggio procedurale relative a ciascun investimento sono riportate nell'Allegato 4 al presente Piano.

Tabella 2 - Dettaglio Monitoraggio investimento

Format cronoprogramma attuativo dei singoli investimenti				
Step attuativo procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità

La Regione/Provincia Autonoma provvede, così come indicato nelle Istruzioni Tecniche per la selezione dei progetti PNRR di cui alla Circolare n. 21/MEF, ai seguenti adempimenti:

- assicurare l'adozione di misure adeguate volte a rispettare il principio di sana gestione finanziaria secondo quanto disciplinato nel Regolamento finanziario (UE, Euratom) 2018/1046 e nell'art. 22 del Regolamento (UE) 2021/241, in particolare in materia di prevenzione, identificazione e rettifica dei conflitti di interessi, delle frodi, della corruzione e di recupero e restituzione dei fondi che sono stati indebitamente assegnati, nonché di garantire l'assenza del c.d. doppio finanziamento ai sensi dell'art. 9 del Regolamento (UE) 2021/241;
- garantire il rispetto dell'obbligo di richiesta e indicazione del Codice Unico di Progetto (CUP) su tutti gli atti amministrativi e contabili;
- effettuare i controlli di gestione, i controlli ordinari amministrativo-contabili previsti dalla legislazione nazionale applicabile per garantire la regolarità delle procedure e delle spese sostenute prima di rendicontarle al Ministero della salute, nonché garantire la riferibilità delle spese al progetto finanziato;
- 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;
- garantire la raccolta e la conservazione della documentazione progettuale delle spese sostenute e dei target realizzati in fascicoli cartacei e su supporti informatici per assicurare la completa tracciabilità delle operazioni – nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 9 comma 4 del decreto legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108 nonché la messa a disposizione di detta documentazione, nelle diverse fasi di controllo e verifica previste dal sistema di gestione e controllo del PNRR, del Ministero della Salute, del Servizio centrale per il PNRR, dell'Unità di Audit, della Commissione europea, dell'Ufficio europeo per la lotta antifrode (OLAF), della Corte dei Conti europea (ECA), della Procura europea (EPPO) e delle competenti Autorità giudiziarie nazionali, autorizzando la Commissione, l'OLAF, la Corte dei conti e l'EPPO a esercitare i diritti di cui all'articolo 129, paragrafo 1, del regolamento finanziario (UE; EURATOM) 1046/2018;
- inoltrare le Richieste di pagamento all'Amministrazione titolare con allegata la rendicontazione dettagliata delle spese effettivamente sostenute - o dei costi esposti maturati nel caso di ricorso alle opzioni semplificate in materia di costi - e del contributo al perseguimento delle milestone e dei target associati alla misura PNRR di riferimento, e i documenti giustificativi secondo le tempistiche e le modalità riportate nei dispositivi attuativi;
- 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;
- si impegna, altresì, al rispetto del cronoprogramma procedurale di cui alla scheda "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" del PNC;

- definire le modalità di implementazione e trasmissione delle informazioni e della documentazione anche tramite il sistema informatico per il monitoraggio degli interventi PNRR utilizzato dal Ministero della salute, finalizzato a raccogliere, registrare e archiviare in formato elettronico i dati per ciascuna operazione necessari per la sorveglianza, la valutazione, la gestione finanziaria, la verifica e l'audit, secondo quanto previsto dall'articolo 22 paragrafo 2 lettera d) del Regolamento (UE) 2021/241 e tenendo conto delle indicazioni che verranno fornite dal Ministero della salute;
- prevedere negli atti di rendicontazione la dichiarazione di aderenza dei progetti e delle relative spese al principio DNSH *Tagging* clima e digitale, *Gender Equality*, Valorizzazione dei giovani e Riduzione dei divari territoriali (ove pertinente), in funzione delle ulteriori indicazioni che saranno emanate dal Ministero dell'economia e delle finanze;
- prevedere negli atti di rendicontazione del progetto una dichiarazione di assenza di doppio finanziamento dell'investimento e delle relative spese;
- attenersi alle modalità e a eventuali termini per la presentazione di ciascuna istanza di erogazione da parte del Soggetto attuatore;
- attenersi alle modalità di presentazione dei SAL (se pertinente);
- attenersi alle modalità di erogazione dell'eventuale anticipo (eventuale richiesta di fidejussione bancaria o polizza fideiussoria);
- garantire l'adozione di un'apposita codificazione contabile adeguata e informatizzata per tutte le transazioni relative al progetto per assicurare la tracciabilità dell'utilizzo delle risorse del PNRR;
- attenersi in maniera puntuale alla documentazione da presentare ai fini dell'erogazione per stati di avanzamento, in funzione delle modalità di "rendicontazione" delle spese;
- attenersi ai controlli e agli adempimenti propedeutici all'erogazione svolti dall'Amministrazione responsabile nonché ai termini entro i quali l'Amministrazione provvede all'erogazione.;
- garantire il rispetto degli obblighi in materia di comunicazione e informazione previsti dall'articolo 34 del Regolamento (UE) 2021/241 indicando nella documentazione progettuale che il progetto è finanziato nell'ambito del PNRR, con esplicito riferimento al finanziamento da parte dell'Unione europea e all'iniziativa Next Generation EU (utilizzando la frase "finanziato dall'Unione europea - Next Generation EU"), riportando nella documentazione progettuale l'emblema dell'Unione europea e fornisce un'adeguata diffusione e promozione del progetto, anche online, sia web sia social, in linea con quanto previsto dalla Strategia di Comunicazione del PNRR; fornisce i documenti e le informazioni necessarie secondo le tempistiche previste e le scadenze stabilite dai Regolamenti comunitari e dal Ministero della salute e per tutta la durata del progetto.



Allegato 1

Descrizione PNRR, overview Missione 6 Salute e dettaglio investimenti



Il Recovery and Resilience Facility (RRF) ha una dimensione totale pari a € 672,5 miliardi, di cui € 312,5 miliardi sono sovvenzioni e € 360 miliardi prestiti a tassi agevolati. Per l'Italia, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede circa €191,5 miliardi, di cui € 68,9 miliardi sono sovvenzioni a fondo perduto.

Le aree prioritarie di investimento del piano sono: la transizione verde; la trasformazione digitale; la crescita intelligente, sostenibile e inclusiva; la coesione sociale e territoriale; salute e resilienza economica, sociale e istituzionale; politiche per le nuove generazioni, l'infanzia e i giovani.

Il PNRR si articola nelle seguenti 6 Missioni, a loro volta divise in 16 Componenti.

1. Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura (€ 40,32 mld).
2. Rivoluzione verde e transizione ecologica (€ 59,47 mld).
3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile (€ 25,40 mld).
4. Istruzione e ricerca (€ 30,88 mld).
5. Inclusione e coesione (€ 19,8 mld).
6. Salute (€ 15,63 mld).

Al fine di finanziare tutti i progetti ritenuti in linea con la strategia del PNRR, è stato istituito un Fondo Nazionale Complementare, per un importo complessivo pari a € 30,6 miliardi.

Focus Missione 6 "Salute"

La Missione 6 «Salute» si articola, come segue, in due Componenti separate ma complementari:

- **Componente 1:** Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale
- **Componente 2:** Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

La Componente 1 mira a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

Essa prevede i seguenti investimenti e sub-investimenti:

- **Investimento 1.1.:** Case della Comunità e presa in carico della persona.
- **Investimento 1.2** Casa come primo luogo di cura e telemedicina:
 - *Investimento 1.2.1:* Casa come primo luogo di cura (Adi).
 - *Investimento 1.2.2:* Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT).
 - *Investimento 1.2.3:* Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici.
- **Investimento 1.3.:** Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

La Componente 2 comprende, invece, misure volte al rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari. Inoltre, rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica ed a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

Essa prevede i seguenti investimenti e sub-investimenti:

- **Investimento 1.1:** Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero.
 - *Investimento 1.1.1:* Digitalizzazione di 280 ospedali sede DEA I e II livello.
 - *Investimento 1.1.2:* Sostituzione di almeno 3.100 grandi apparecchiature sanitarie.
 - *Investimento 1.1.3:* Rafforzamento strutturale del SSN (tendenziale).
- **Investimento 1.2:** Verso un ospedale sicuro e sostenibile:
 - Realizzazione di almeno 109 interventi di adeguamento antisismico. A questi si aggiungono altri 220 interventi attraverso le risorse del PNC.
 - Risorse da accordi di programma: Art. 20 legge finanziaria 67/88 - strutture sanitarie.

- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione:
 - *Sub-investimento 1.3.1:* Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).
 - Creazione del repository centrale, digitalizzazione documentale, servizi e interfaccia user-friendly.
 - Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni.
 - Utilizzo del Fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale - Tessera Sanitaria Elettronica (tendenziale).
 - *Sub-investimento 1.3.2:* Infrastruttura tecnologica del Ministero della salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria.
 - Evoluzione dell'infrastruttura e degli strumenti tecnologici e di analisi del Ministero della salute.
 - Reingegnerizzazione del NSIS a livello locale.
 - Costruzione di uno strumento potente e complesso di simulazione e predizione di scenari a medio lungo termine del SSN.
 - Sviluppo di una piattaforma nazionale di servizi di telemedicina.
- Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN.
 - *Investimento 2.1.1:* 100 progetti di ricerca finanziati con voucher Proof of Concept (PoC).
 - *Investimento 2.1.2:* 100 progetti di ricerca finanziati per tumori rari e malattie rare.
 - *Investimento 2.1.3:* 324 progetti di ricerca finanziati per malattie altamente invalidanti.
- Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario.
 - *Investimento 2.2.1:* finanziamento di 2.700 borse aggiuntive in formazione di medicina generale.
 - *Investimento 2.2.2:* circa 294.000 corsi di formazione in infezioni ospedaliere.
 - *Investimento 2.2.3:* circa 6.500 corsi di formazione manageriale.
 - *Investimento 2.2.4:* 4.200 contratti di formazione medico-specialistica aggiuntivi.



Allegato 2

Tabelle localizzazione interventi

Per ciascun investimento della Componente 1, si riporta, il dettaglio delle informazioni relative alla localizzazione degli interventi (Comune, Provincia e Indirizzo) come evidenziato nella tabella seguente:

Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona										
CUP	ENTE del SSR	HUB/SPOKE [Inserire HUB o SPOKE]	SUPERFICIE [MQ] Immobile	SUPERFICIE [MQ] Intervento	Utilizzo SI/No (*)	Comune	Provincia	Indirizzo	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
G37H22000820006	GENOVESE - RUP: VIGLIETTI MAURO	SPOKE	1213	800	SI	GENOVA	GENOVA	soliman ,7	300,000.00	0.00
G37H22000810006	GENOVESE - RUP: VIGLIETTI MAURO	SPOKE	1800	800	SI	GENOVA	GENOVA	Pegli , 41	500,000.00	0.00
G37H22000830006	GENOVESE - RUP: VIGLIETTI MAURO	SPOKE	965	965	SI	GENOVA	GENOVA	Pierino Negrotto Cambiaso ,62	1,000,000.00	0.00
G32C22000570005	GENOVESE - RUP: BONZANO ENRICO	HUB	2755	2755	NO	GENOVA	GENOVA	Assarotti ,35	4,995,902.00	0.00
G37H22000790006	GENOVESE - RUP: BERGIA BOCCARDO MARCO	HUB	3095	900	SI	GENOVA	GENOVA	G. Maggio ,6	500,000.00	0.00
G27H22000780006	GENOVESE - RUP: BERGIA BOCCARDO MARCO	SPOKE	1284	750	NO	BUSALLA	GENOVA	Roma ,90	500,000.00	0.00
G47H22001180006	GENOVESE - RUP: BERGIA BOCCARDO MARCO	SPOKE	4250	600	SI	CAMPO LIGURE	GENOVA	Rossi ,33	500,000.00	0.00
I13D22000290007	CHIAVARESE - RUP: RINOTTI DARIO	HUB	1530	1154	SI	SESTRI LEVANTE	GENOVA	Arnaldo Terzi ,43A e 37	1,720,000.00	0.00
I62C22000110007	CHIAVARESE - RUP: RINOTTI DARIO	HUB	28700	680	SI	RAPALLO	GENOVA	San Pietro ,8	477,000.00	0.00
I22C22000190007	CHIAVARESE - RUP: RINOTTI DARIO	HUB	12850	460	SI	CHIAVARI	GENOVA	G.B. Ghio ,9	1,805,000.00	0.00
D57H22000960001	SAVONESE - RUP: ORITI ALDO	HUB	5894	1460	SI	SAVONA	SAVONA	via collodi ,13	1,284,800.00	0.00
G37H22000770006	GENOVESE - RUP: BENZI ENRICO	HUB	4140	2150	SI	GENOVA	GENOVA	via struppa ,150	1,000,000.00	0.00
D97H21008200001	SAVONESE - RUP: ORITI ALDO	HUB	10000	1910	SI	CAIRO MONTENOTTE	SAVONA	Corso Martiri della libertà ,30	2,196,000.00	0.00
D57H22000950001	SAVONESE - RUP: ORITI ALDO	HUB	7200	1050	SI	FINALE LIGURE	SAVONA	via della Pineta ,6	1,027,950.00	0.00
D57H22000940001	SAVONESE - RUP: ORITI ALDO	HUB	28600	2990	SI	ALBENGA	SAVONA	Viale Martiri della foce ,no n. c.	300,000.00	0.00
D47H22000690001	SAVONESE - RUP: ORITI ALDO	HUB	860	860	NO	VADO LIGURE	SAVONA	via alla costa ,1	1,135,200.00	0.00

D77H22000870001	SAVONESE - RUP: ORITI ALDO	HUB	1560	1560	NO	PIETRA LIGURE	SAVONA	viale XXV Aprile ,38	2,059,200.00	0.00
E43D22000390001	SPEZZINO - RUP: FOLCO LUCA	HUB	33986	1400	SI	SARZANA	LA SPEZIA	via Cisa Sud ,snc	1,000,000.00	0.00
E43D22000380001	SPEZZINO - RUP: FOLCO LUCA	HUB	5719	812	SI	LA SPEZIA	LA SPEZIA	VIA XXIV MAGGIO ,139	550,000.00	0.00
E43D22000370001	SPEZZINO - RUP: FOLCO LUCA	SPOKE	3651	960	SI	LA SPEZIA	LA SPEZIA	via Sardegna ,45	650,000.00	0.00
G34E22000480009	OSPEDALE EVANGELICO INTERNAZIONALE - RUP: ZAMPINI FRANCESCO	HUB	8400	350	SI	GENOVA	GENOVA	Salita sup. San Rocchino ,31A	0.00	351,432.00
G37H22000800006	GENOVESE - RUP: VIGLIETTI MAURO	HUB	1550	795	SI	GENOVA	GENOVA	piazza Odicini (ex piazza Villa Giusti 7) ,4	500,000.00	0.00
G34E22000100008	GENOVESE - RUP: BERGIA BOCCARDO MARCO	HUB	4500	3650	NO	GENOVA	GENOVA	Via Pastorino ,32	5,000,000.00	6,500,000.00
E93D22000700001	SPEZZINO - RUP: FOLCO LUCA	SPOKE	1000	1000	NO	ORTONOVO	LA SPEZIA	-,-	1,470,000.00	0.00
E77H22001880001	IMPERIESE - RUP: REBAGLIATI RICCARDO	SPOKE		400	NO	PIEVE DI TECO	IMPERIA	p.za Borrelli ,snc	480,000.00	0.00
E29H09000250003	IMPERIESE - RUP: RAMBALDI CARLO	HUB	5500	850	SI	SANREMO	IMPERIA	Via San Francesco ,s.n.	1,050,000.00	0.00
E57H22000980001	IMPERIESE - RUP: RAMBALDI CARLO	HUB	6000	463	SI	IMPERIA	IMPERIA	Lorenzo Acquarone ,9	900,000.00	0.00
G77H22001000006	GENOVESE - RUP: BENZI ENRICO	SPOKE	2750	2150	NO	GENOVA	GENOVA	via Bianchi ,1	1,545,517.00	0.00
G37H22000780006	GENOVESE - RUP: BENZI ENRICO	SPOKE	3650	950	NO	GENOVA	GENOVA	VIA ARCHIMEDE ,30	500,000.00	0.00
G37H22000760006	GENOVESE - RUP: BENZI ENRICO	HUB	7400	1500	SI	GENOVA	GENOVA	DEGLI OPERAI ,80	500,000.00	0.00
E21B22000830001	SPEZZINO - RUP: FOLCO LUCA	HUB	483	1605	NO	BOLANO	LA SPEZIA	Piazza Novellini - via Garibaldi, 12 ,snc	3,000,000.00	0.00
E67H22000940001	IMPERIESE - RUP: SEVA FRANCESCA	HUB	10000	700	NO	TAGGIA	IMPERIA	Via della Stazione Nuova ,snc	1,330,000.00	0.00
E34E22000200001	IMPERIESE - RUP: SEVA FRANCESCA	HUB	1200	1200	NO	VENTIMIGLIA	IMPERIA	via San Secondo ,snc	4,254,354.00	245,646.00

(*) Indicare SI se la CdC utilizza spazi disponibili esistenti e funzionali non oggetto di intervento

Dati relativi a "Case della Comunità e presa in carico della persona" aggiornati al 23/05/2022 21:05

Investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT)									
CUP	ENTE del SSR	SUPERFICIE [MQ] Immobile	SUPERFICIE [MQ] Intervento	Utilizzo SI/No (*)	Comune	Provincia	Indirizzo	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
G32C22000590005	GENOVESE - RUP: BONZANO ENRICO	2500	150	SI	GENOVA	GENOVA	Assarotti ,35	162,181.00	0.00
G32C22000580005	GENOVESE - RUP: BONZANO ENRICO	11056	70	SI	GENOVA	GENOVA	operai ,80	162,181.00	0.00
G32C22000600005	GENOVESE - RUP: BONZANO ENRICO	9413	150	SI	GENOVA	GENOVA	Struppa ,150	162,181.00	0.00
G32C22000560005	GENOVESE - RUP: BONZANO ENRICO	1500	190	NO	GENOVA	GENOVA	Piazza Odicini ,4	162,181.00	0.00
G32C22000610005	GENOVESE - RUP: BONZANO ENRICO		150	SI	GENOVA	GENOVA	Via G. Maggio ,6	162,181.00	0.00
I22C22000180007	CHIAVARESE - RUP: RINOTTI DARIO	12850	160	SI	CHIAVARI	GENOVA	Gio Batta Ghio ,9	139,500.00	0.00
I13d22000280007	CHIAVARESE - RUP: RINOTTI DARIO	1530	191	SI	SESTRI LEVANTE	GENOVA	Arnaldo Terzi ,37	185,000.00	0.00
D97H22000810001	SAVONESE - RUP: ORITI ALDO	10000	325	SI	CAIRO MONTENOTTE	SAVONA	Corso Martiri della Libertà ,30	374,000.00	0.00
D57H22000920001	SAVONESE - RUP: ORITI ALDO	7200	120	SI	FINALE LIGURE	SAVONA	via della Pineta ,6	79,200.00	0.00
D57H22000930001	SAVONESE - RUP: ORITI ALDO	5894	101	SI	SAVONA	SAVONA	via collodi ,13	33,330.00	0.00
E79J22001300001	SPEZZINO - RUP: FOLCO LUCA	34000	58	SI	SARZANA	LA SPEZIA	CISA SUD LOCALITA' SANTA CATERINA ,SNC	50,000.00	0.00
E59J22001360001	SPEZZINO - RUP: FOLCO LUCA	740	138	SI	BRUGNATO	LA SPEZIA	BRINIATI ,2	250,000.00	0.00
E57H22001010001	IMPERIESE - RUP: RAMPONE VALERIA		320	NO	IMPERIA	IMPERIA	Diano Calderina ,9	164,000.00	0.00
E24H22000870001	IMPERIESE - RUP: REBAGLIATI RICCARDO	250	250	SI	SANREMO	IMPERIA	Via Aurelia di ponente ,97	160,000.00	0.00
G32C22000620005	GENOVESE - RUP: BONZANO ENRICO	4500	150	NO	GENOVA	GENOVA	Via Pastorino ,32	162,404.00	0.00
E49J22001520001	SPEZZINO - RUP: FOLCO LUCA	10000	164	SI	LA SPEZIA	LA SPEZIA	FIESCHI ,16/18	185,000.00	0.00

(*) Indicare SI se la COT utilizza spazi disponibili esistenti e funzionali non oggetto di intervento

Dati relativi a "Casa come primo luogo di cura e telemedicina 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT)" aggiornati al 23/05/2022 21:05

Investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) - Device			
CUP	Soggetto richiedente (Regione o ASL)	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
E74E21049180006	SPEZZINO - RUP: CANEVARI MASSIMO	196,004.41	0.00
D54E21003770001	SAVONESE - RUP: PADRONE DARIO	264,791.00	0.70
E24E22000700001	IMPERIESE - RUP: PANZITTA DAVIDE	197,350.83	89.17
I24E22000650007	CHIAVARESE - RUP: LIZZIO VINCENZO	138,624.37	-224.37
G34E22000490001	GENOVESE - RUP: SPADA GINO	653,972.00	4.00

Dati relativi a "Casa come primo luogo di cura e telemedicina 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) - Device" aggiornati al 23/05/2022 21:05

Investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) - Interconnessione			
CUP	Soggetto richiedente (Regione o ASL)	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
D64E22000290006	SAVONESE - RUP: PADRONE DARIO	199,888.50	0.00
E76G22000230006	SPEZZINO - RUP: SICUTERI MANUELE	199,888.48	0.00
I34E22000320007	CHIAVARESE - RUP: ULIVI CRISTINA	133,258.98	0.00
G36G22000110006	GENOVESE - RUP: PARETO LUISA	399,776.00	0.00
E24E22000710001	IMPERIESE - RUP: REBAGLIATI RICCARDO	133,259.00	0.00

Dati relativi a "Casa come primo luogo di cura e telemedicina 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) - Interconnessione" aggiornati al 23/05/2022 21:05

Investimento 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità)									
CUP	ENTE del SSR	SUPERFICIE [MQ] Immobile	SUPERFICIE [MQ] Intervento	Utilizzo SI/No (*)	Comune	Provincia	Indirizzo	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
G37H22000840006	GENOVESE - RUP: VIGLIETTI MAURO		1860	NO	GENOVA	GENOVA	Pieno Negrotto Cambiaso, 62	2,500,000.00	0.00
I18I22000130007	CHIAVARESE - RUP: RINOTTI DARIO	19660	1820	SI	SESTRI LEVANTE	GENOVA	Arnaldo Terzi, 43A	2,866,000.00	0.00
G37H22000850006	GENOVESE - RUP: BERGIA BOCCARDO MARCO	1000	1350	NO	BUSALLA	GENOVA	Roma, 90	2,776,231.00	0.00
G47H22001200006	GENOVESE - RUP: BERGIA BOCCARDO MARCO	1000	1350	NO	CAMPO LIGURE	GENOVA	Rossi, 33	2,776,231.00	0.00
I67H22000980007	CHIAVARESE - RUP: RINOTTI DARIO	1114	1114	SI	RAPALLO	GENOVA	San Pietro, 8	1,500,000.00	0.00
D57H22000970001	SAVONESE - RUP: ORITI ALDO	28600	2750	SI	ALBENGA	SAVONA	Viale Martiri della foce, no n.v.	500,000.00	0.00
D97H21008210001	SAVONESE - RUP: ORITI ALDO	10000	1500	SI	CAIRO MONTENOTTE	SAVONA	Corso Martiri della Libertà, 30	2,700,000.00	0.00
E69J22001470001	SPEZZINO - RUP: FOLCO LUCA	33986	1545	NO	SARZANA	LA SPEZIA	VIA CISA, snc	2,265,000.00	0.00
E49J22001530001	SPEZZINO - RUP: FOLCO LUCA	4400	1430	SI	LEVANTO	LA SPEZIA	VIA NOSTRA SIGNORA DELLA GUARDIA, snc	2,100,000.00	0.00
E57H22001020001	IMPERIESE - RUP: RAMPONE VALERIA		630	SI	IMPERIA	IMPERIA	Sant'Agata, 57	1,800,000.00	0.00
G37H22000860006	GENOVESE - RUP: BERGIA BOCCARDO MARCO	4099	1000	NO	GENOVA	GENOVA	G. Maggio, 6	2,233,407.00	0.00

(*) Indicare SI se l'Ospedale di Comunità utilizza spazi disponibili esistenti e funzionali non oggetto di intervento

Dati relativi a "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità)" aggiornati al 23/05/2022 21:05

Per ciascun investimento della Componente 2, si riporta, laddove applicabile, il dettaglio delle informazioni relative alla localizzazione degli interventi (Comune, Provincia e Indirizzo) come evidenziato nella tabella seguente:

Tabella 4 - Dettaglio localizzazioni investimenti - Componente 2

Investimento 1.1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA)							
CUP	ENTE del SSR	Titolo Progetto	Presidio ospedaliero	DEA di I o II livello (I o II Livello)	Comune	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
D74E22000330002	SAVONESE - RUP: PADRONE DARIO	Adeguamento dei Sistemi Informativi dei presidi sede di DEA e interoperabilità e integrazioni delle Radiologie e dei Laboratori Analisi - OSPEDALE SANTA CORONA DI PIETRA LIGURE	070211#Presidio di Ponente (Pietra Ligure - Albenga)	DEA II	PIETRA LIGURE	2,364,508.60	0.01
E26G22000110001	IMPERIESE - RUP: CARRERA ALBERTO	Digitalizzazione DEA I e II - STABILIMENTO OSPEDALIERO DI SANREMO	070001#Presidio ASL1 Imperiese	DEA I	SANREMO	4,085,629.30	0.00
G36G22000100005	IST.G.GASLINI - RUP: LIGHTWOOD SIMONE	Digitalizzazione DEA I e II - IST.G.GASLINI	070940#Ospedale Gaslini	DEA II	GENOVA	1,876,741.61	0.00

D54E22000330002	SAVONESE - RUP: PADRONE DARIO	Adeguamento dei Sistemi Informativi dei presidi sede di DEA e interoperabilità e integrazioni delle Radiologie e dei Laboratori Analisi - OSPEDALE SAN PAOLO DI SAVONA	070212#Presidio di Levante (Savona - Cairo Montenotte)	DEA I	SAVONA	2,840,662.10	0.00
E86G22000160006	SPEZZINO - RUP: SICUTERI MANUELE	Digitalizzazione DEA I e II - OSPEDALE SANT'ANDREA LA SPEZIA	070058#Presidio ASL5 Spezzino	DEA I	LA SPEZIA	2,726,849.80	0.00
G36G22000110006	GENOVESE - RUP: PARETO LUISA	Digitalizzazione DEA I e II - Villa Scassi- Presidio Ospedaliero Unico dell' ASL 3	070301#Presidio Ospedaliero Metropolitan	DEA I	GENOVA	2,259,987.10	0.00
I64E22000690007	CHIAVARESE - RUP: ULIVI CRISTINA	Digitalizzazione strutture ospedaliere Ospedali riuniti Leonardi e Riboli Lavagna sede DEA del presidio unico ospedaliero	070039#PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO AZIENDA SOCIO SANITARIA LIGURE N.4	DEA I	LAVAGNA	2,617,682.90	0.00
C36G22001860006	IRCCS AOU SAN MARTINO - IST - RUP: SADDEMI MARCELLO	Digitalizzazione DEA I e II - IRCCS AOU S.MARTINO - IST e PROGETTO DI APPLICAZIONI DI MEDICINA COMPUTAZIONALE A SERVIZIO DELLA RISPOSTA DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA NELL'AMBITO DELLA RETE DEI DEA	070901#IRCCS AOU S.MARTINO - IST	DEA II	GENOVA	16,055,040.64	0.00

Dati relativi a "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA)" aggiornati al 23/05/2022 21:05

Investimento 1.1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)							
CUP	ENTE del SSR	Grande Apparecchiature	Presidio	Unità operativa	Comune	MPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
E44E21053250006	SPEZZINO - RUP: CANEVARI MASSIMO	MAMMOGRAFI	070105#Azienda Sociosanitaria Ligure n.5	RADIOLOGIA	LA SPEZIA	274,500.00	0.00
E74E21049170006	SPEZZINO - RUP: CANEVARI MASSIMO	RMN A 1,5 T	070105#Azienda Sociosanitaria Ligure n.5	RADIOLOGIA	SARZANA	914,000.00	0.00
E44E21053240006	SPEZZINO - RUP: CANEVARI MASSIMO	ANGIOGRAFI	070105#Azienda Sociosanitaria Ligure n.5	CARDIOLOGIA	LA SPEZIA	608,000.00	0.00
E44E21053220006	SPEZZINO - RUP: CANEVARI MASSIMO	TAC A 128 STRATI	070105#Azienda Sociosanitaria Ligure n.5	RADIOLOGIA	LA SPEZIA	530,000.00	0.00
E44E21053260006	SPEZZINO - RUP: CANEVARI MASSIMO	ECOTOMOGRAFI	070105#Azienda Sociosanitaria Ligure n.5	RADIOLOGIA	LA SPEZIA	82,000.00	0.00
E44E21053270006	SPEZZINO - RUP: CANEVARI MASSIMO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	070105#Azienda Sociosanitaria Ligure n.5	RADIOLOGIA	LA SPEZIA	247,700.00	0.00
E44E21053230006	SPEZZINO - RUP: CANEVARI MASSIMO	MAMMOGRAFI	070105#Azienda Sociosanitaria Ligure n.5	RADIOLOGIA	LA SPEZIA	274,500.00	0.00
E44E21053210006	SPEZZINO - RUP: CANEVARI MASSIMO	TAC A 128 STRATI	070105#Azienda Sociosanitaria Ligure n.5	RADIOLOGIA	LA SPEZIA	530,000.00	0.00
G37G22000030005	IST.G.GASLINI - RUP: ODDERA LAURA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	070940#IST.G.GASLINI	Radiologia	GENOVA	247,700.00	0.00
G37G22000040005	IST.G.GASLINI - RUP: ODDERA LAURA	RMN A 1,5 T	070940#IST.G.GASLINI	Neuroradiologia	GENOVA	914,000.00	250,000.00
G37G22000010002	IST.G.GASLINI - RUP: ODDERA LAURA	ECOTOMOGRAFI	070940#IST.G.GASLINI	Radiologia	GENOVA	82,000.00	0.00
D74E22000280003	SAVONESE - RUP: PADRONE DARIO	PET/TAC	070102#Azienda Sociosanitaria Locale 2	SC Medicina Nucleare	PIETRA LIGURE	2,743,422.00	689,914.00
D54E22000270003	SAVONESE - RUP: PADRONE DARIO	ANGIOGRAFI	070102#Azienda Sociosanitaria Locale 2	SC Cardiologia Levante	SAVONA	608,000.00	528,389.00
D74E22000270003	SAVONESE - RUP: PADRONE DARIO	GAMMA CAMERE	070102#Azienda Sociosanitaria Locale 2	SC Medicina Nucleare	PIETRA LIGURE	525,000.00	464,646.00
D54E22000290003	SAVONESE - RUP: PADRONE DARIO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	070102#Azienda Sociosanitaria Locale 2	Pronto Soccorso	SAVONA	280,600.00	255,039.00
D74E22000290003	SAVONESE - RUP: PADRONE DARIO	MAMMOGRAFI	070102#Azienda Sociosanitaria Locale 2	SC Radiologia ponente	PIETRA LIGURE	274,500.00	129,186.00
D54E22000250003	SAVONESE - RUP: PADRONE DARIO	RMN A 1,5 T	070102#Azienda Sociosanitaria Locale 2	SC Radiologia levante	SAVONA	914,000.00	707,603.00
D74E22000300003	SAVONESE - RUP: PADRONE DARIO	ANGIOGRAFI	070102#Azienda Sociosanitaria Locale 2	SSD Angiografia interventistica	PIETRA LIGURE	608,000.00	528,389.00
D54E22000280003	SAVONESE - RUP: PADRONE DARIO	ECOTOMOGRAFI	070102#Azienda Sociosanitaria Locale 2	Pronto Soccorso	SAVONA	82,000.00	38,081.00
D54E22000260003	SAVONESE - RUP: PADRONE DARIO	MAMMOGRAFI	070102#Azienda Sociosanitaria Locale 2	SC Radiologia Levante	SAVONA	274,500.00	166,807.00
D94E22000340003	SAVONESE - RUP: PADRONE DARIO	TAC A 128 STRATI	070102#Azienda Sociosanitaria Locale 2	SC Radiologia levante	CAIRO MONTENOTTE	530,000.00	275,581.00
G31B22001330006	ASL3 (*)	TAC A 128 STRATI	070051#Ospedale Evangelico Internazionale	Diagnostica per immagini	GENOVA	530,000.00	473,950.00
G36G22000010006	ASL3(*)	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	07030102#Ospedale San Carlo in concessione a Ospedale Evangelico Internazionale	Pronto soccorso	GENOVA	280,600.00	490,432.00
E54E22000120001	IMPERIESE - RUP: PANZITTA DAVIDE	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	07000101#STABILIMENTO OSPEDALIERO DI IMPERIA	Radiologia	IMPERIA	244,000.00	75,900.00
E24E22000670001	IMPERIESE - RUP: PANZITTA DAVIDE	ECOTOMOGRAFI	07000102#STABILIMENTO OSPEDALIERO DI SANREMO	Radiologia	SANREMO	82,000.00	0.00
I69J22001370007	CHIAVARESE - RUP: LIZZIO VINCENZO	ANGIOGRAFI	070039#PRESIDIO OSPEDALIERO ASL4	S.C. CARDIOLOGIA LAVAGNA	LAVAGNA	608,000.00	0.00
I69J22001380007	CHIAVARESE - RUP: LIZZIO VINCENZO	ECOTOMOGRAFI	070039#PRESIDIO OSPEDALIERO ASL4	S.C. CHIRURGIA LAVAGNA	LAVAGNA	82,000.00	0.00
I29J22000930007	CHIAVARESE - RUP: LIZZIO VINCENZO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	400200#DISTRETTO 15	DISTRETTO 15 - RADIOLOGIA CHIAVARI	CHIAVARI	244,000.00	0.00
I19J22001250007	CHIAVARESE - RUP: LIZZIO VINCENZO	MAMMOGRAFI	070039#PRESIDIO OSPEDALIERO ASL4	S.C. RADIOLOGIA SESTRI LEVANTE	SESTRI LEVANTE	274,500.00	0.00
I69J22001360007	CHIAVARESE - RUP: LIZZIO VINCENZO	TAC A 128 STRATI	070039#PRESIDIO OSPEDALIERO ASL4	S.C. RADIOLOGIA LAVAGNA	LAVAGNA	530,000.00	0.00
J39I22000120006	E.O. OSPEDALI GALLIERA - RUP: ACCOGLI SARA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	070025#Ente Ospedaliero OSPEDALI GALLIERA di Genova	S.C. RADIODIAGNOSTICA	GENOVA	280,600.00	0.00

(*) APPARECCHIATURE DI PROPRIETA' PUBBLICA

J39I22000100006	E.O. OSPEDALI GALLIERA - RUP: ACCOGLI SARA	TAC A 128 STRATI	070025#Ente Ospedaliero OSPEDALI GALLIERA di Genova	S.C. Radiodiagnostica	GENOVA	530,000.00	23,052.00
J39I22000090006	E.O. OSPEDALI GALLIERA - RUP: ACCOGLI SARA	TAC A 128 STRATI	070025#Ente Ospedaliero OSPEDALI GALLIERA di Genova	S.C. RADIOLOGIA	GENOVA	530,000.00	23,052.00
J39I22000110006	E.O. OSPEDALI GALLIERA - RUP: ACCOGLI SARA	ECOTOMOGRAFI	070025#Ente Ospedaliero OSPEDALI GALLIERA di Genova	CHIRURGIA VASCOLARE	GENOVA	82,000.00	0.00
C34E22000220006	IRCCS AOU SAN MARTINO - IST - RUP: ROSSO NICOLA	GAMMA CAMERE/TAC	070901#IRCCS AOU S.MARTINO - IST	UO Medicina Nucleare	GENOVA	793,000.00	110,845.00
C34E22000240006	IRCCS AOU SAN MARTINO - IST - RUP: ROSSO NICOLA	ANGIOGRAFI	070901#IRCCS AOU S.MARTINO - IST	UO Cardiologia	GENOVA	608,000.00	296,422.00
C34E22000230006	IRCCS AOU SAN MARTINO - IST - RUP: ROSSO NICOLA	PET/TAC	070901#IRCCS AOU S.MARTINO - IST	UO Medicina Nucleare	GENOVA	2,403,400.00	600,789.00
C34E22000200006	IRCCS AOU SAN MARTINO - IST - RUP: ROSSO NICOLA	TAC A 128 STRATI	070901#IRCCS AOU S.MARTINO - IST	UO Radiologia di Emergenza	GENOVA	530,000.00	720,154.00
C34E22000270006	IRCCS AOU SAN MARTINO - IST - RUP: ROSSO NICOLA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	070901#IRCCS AOU S.MARTINO - IST	UO Radiologia	GENOVA	244,000.00	37,356.00
C34E22000250006	IRCCS AOU SAN MARTINO - IST - RUP: ROSSO NICOLA	ECOTOMOGRAFI	070901#IRCCS AOU S.MARTINO - IST	UO Radiologia	GENOVA	82,000.00	40,634.00
C34E22000190006	IRCCS AOU SAN MARTINO - IST - RUP: ROSSO NICOLA	TAC A 128 STRATI	070901#IRCCS AOU S.MARTINO - IST	UO Radiologia	GENOVA	530,000.00	244,643.00
C34E22000260006	IRCCS AOU SAN MARTINO - IST - RUP: ROSSO NICOLA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	070901#IRCCS AOU S.MARTINO - IST	UO Radiologia	GENOVA	244,000.00	37,356.00
C34E22000280006	IRCCS AOU SAN MARTINO - IST - RUP: ROSSO NICOLA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	070901#IRCCS AOU S.MARTINO - IST	UO Radiologia PS	GENOVA	280,600.00	79,430.00
C34E22000210006	IRCCS AOU SAN MARTINO - IST - RUP: ROSSO NICOLA	RMN A 1,5 T	070901#IRCCS AOU S.MARTINO - IST	UO Radiologia	GENOVA	914,000.00	612,268.00
G39J22000450005	GENOVESE - RUP: SPADA GINO	ANGIOGRAFI	070301#POU OSPEDALE VILLA SCASSI	S.C. RADIOLOGIA-UTIC	GENOVA	589,015.00	0.00
G39J22000440005	GENOVESE - RUP: SPADA GINO	ANGIOGRAFI	070301#POU OSPEDALE VILLA SCASSI	S.C. RADIOLOGIA	GENOVA	594,566.00	0.00
G34E22000380001	GENOVESE - RUP: SPADA GINO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	070301#POU OSPEDALE MICONE	S.C. RADIOLOGIA	GENOVA	244,000.00	40,000.00
G74E22000800001	GENOVESE - RUP: SPADA GINO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	301006#POLIAMBULATORIO RECCO	S.C. RADIOLOGIA	RECCO	244,000.00	40,000.00
G34E22000230001	GENOVESE - RUP: SPADA GINO	TAC A 128 STRATI	070301#POU OSPEDALE GALLINO	S.C. RADIOLOGIA	GENOVA	530,000.00	60,000.00
G34E22000430001	GENOVESE - RUP: SPADA GINO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	430201#C.C. MARASSI - AMBULATORI ASL3	S.C. RADIOLOGIA	GENOVA	244,000.00	40,000.00
G34E22000320001	GENOVESE - RUP: SPADA GINO	ECOTOMOGRAFI	070301#POU OSPEDALE VILLA SCASSI	S.C. RADIOLOGIA	GENOVA	82,000.00	0.00
G34E22000420001	GENOVESE - RUP: SPADA GINO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	070301#POU OSPEDALE VILLA SCASSI	S.C. RADIOLOGIA	GENOVA	244,000.00	40,000.00
G34E22000440001	GENOVESE - RUP: SPADA GINO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	007400#POLIAMBULATORIO NERVI	S.C. RADIOLOGIA	GENOVA	244,000.00	40,000.00
G34E22000360001	GENOVESE - RUP: SPADA GINO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	070301#POU OSPEDALE VILLA SCASSI	S.C. RADIOLOGIA	GENOVA	280,600.00	40,000.00
G34E22000310001	GENOVESE - RUP: SPADA GINO	MAMMOGRAFI	331000#POLIAMBULATORIO FIUMARA	S.C. RADIOLOGIA	GENOVA	274,500.00	10,000.00
G34E22000400001	GENOVESE - RUP: SPADA GINO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	070301#POU OSPEDALE GALLINO	S.C. RADIOLOGIA	GENOVA	244,000.00	40,000.00
G34E22000410001	GENOVESE - RUP: SPADA GINO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	331000#POLIAMBULATORIO FIUMARA	S.C. RADIOLOGIA	GENOVA	244,000.00	40,000.00
G34E22000330001	GENOVESE - RUP: SPADA GINO	ECOTOMOGRAFI	070301#POU OSPEDALE VILLA SCASSI	S.C. RADIOLOGIA	GENOVA	82,000.00	0.00
E24E22000690001	IMPERIESE - RUP: REBAGLIATI RICCARDO	ANGIOGRAFI	07000102#STABILIMENTO OSPEDALIERO DI SANREMO	UTIC	SANREMO	503,976.00	46,200.00
E54E22000130001	IMPERIESE - RUP: REBAGLIATI RICCARDO	TAC A 128 STRATI	07000101#STABILIMENTO OSPEDALIERO DI IMPERIA	Radiodiagnostica generale levante	IMPERIA	530,000.00	138,031.00
E24E22000680001	IMPERIESE - RUP: REBAGLIATI RICCARDO	RMN A 1,5 T	07000102#STABILIMENTO OSPEDALIERO DI SANREMO	Radiodiagnostica generale e senologica del Ponente	SANREMO	914,000.00	200,000.00

Dati relativi a "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)" aggiornati al 23/05/2022 21:05

Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile (PNRR)							
CUP	ENTE del SSR [Inserire Regione/PP.AA.]	Presidio Ospedaliero	Comune	Provincia	Indirizzo	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
D91B22000730001	SAVONESE - RUP: TAGLIAFICCO GIULIO	P.O. S. GIUSEPPE DI CAIRO MONTENOTTE	CAIRO MONTENOTTE	SAVONA	corso martiri della liberta',30	800,000.00	0.00
D71B22001030001	SAVONESE - RUP: TAGLIAFICCO GIULIO	pad 18 corpo aggiunto PO Santa Corona Pietra Ligure	PIETRA LIGURE	SAVONA	viale XXV aprile ,38	1,000,000.00	0.00
G32C22000220006	GENOVESE - RUP: VIGLIETTI MAURO	Adeguamento antisismico del Padiglione 9 del P.O. Villa Scassi Genova	GENOVA	GENOVA	Corso Onofrio Scassi ,1	1,080,358.00	1.00
G32C22000230006	GENOVESE - RUP: VIGLIETTI MAURO	Adeguamento antisismico del Padiglione a Monte del Celesia	GENOVA	GENOVA	Pierino Negrotto Cambiaso ,62	1,716,561.00	0.00
C31B22001290006	IRCCS AOU SAN MARTINO - IST - RUP: GUERZONI GABRIELE	Padiglione B	GENOVA	GENOVA	Largo R. Benzi ,10	859,680.00	0.00
I86G22000600007	CHIAVARESE - RUP: RINOTTI DARIO	Antisismica PO Lavagna ed ex PO di Chiavari- Edifici Principali	LAVAGNA	GENOVA	Don Bobbio ,25	3,782,526.00	0.00
E51B22001640001	IMPERIESE - RUP: REBAGLIATI RICCARDO	Intervento di Consolidamento Statico sui pilastri del P.O. di Imperia - Monoblocco A	IMPERIA	IMPERIA	Sant'Agata ,57	3,604,077.00	0.00

G36G2200020006	GENOVESE - RUP: BERGIA BOCCARDO MARCO	Adeguamento antisismico di edifici presso l'ex P.S.S. di Genova Quarto	GENOVA	GENOVA	G. Maggio ,6	2,500,000.00	0.00
----------------	---------------------------------------	--	--------	--------	--------------	--------------	------

Dati relativi a "Verso un ospedale sicuro e sostenibile (PNRR)" aggiornati al 23/05/2022 21:05

Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile (PNC)							
CUP	ENTE del SSR [Inserire Regione/PP.AA.]	Presidio Ospedaliero	Comune	Provincia	Indirizzo	MPORTO INTERVENTO PNC	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
G33D21005740008	IST.G.GASLINI - RUP: Urbina Ezio Nicolàs Bruno	Padiglione 4	GENOVA	GENOVA	G. Gaslini ,5	1,629,338.00	957,945.00
G35F21001800004	IST.G.GASLINI - RUP: Urbina Ezio Nicolàs Bruno	Padiglione Zero	GENOVA	GENOVA	G. Gaslini ,5	8,334,309.00	91,665,691.00
C31B22001320001	IRCCS AOU SAN MARTINO - IST - RUP: GUERZONI GABRIELE	Monoblocco	GENOVA	GENOVA	Largo R. Benzi ,10	8,161,816.00	103,504.00
C31B22001310001	IRCCS AOU SAN MARTINO - IST - RUP: GUERZONI GABRIELE	Padiglione Specialità	GENOVA	GENOVA	Largo R. Benzi ,10	3,910,410.00	49,590.00
C31B22001300001	IRCCS AOU SAN MARTINO - IST - RUP: GUERZONI GABRIELE	Adeguamento antisismico Padiglione 13	GENOVA	GENOVA	Largo R. Benzi ,10	1,192,379.00	15,121.00
G62C22000130001	GENOVESE - RUP: BERGIA BOCCARDO MARCO	Adeguamento sismico del Presidio Ospedaliero la Colletta di Arenzano (GE)	ARENZANO	GENOVA	del Giappone ,5	5,178,851.00	65,675.00
I66G22000050006	CHIAVARESE - RUP: RINOTTI DARIO	Antisismica Corpo Morgue e NORD- P.O. di Lavagna	LAVAGNA	GENOVA	Don Bobbio ,25	1,086,225.00	13,775.00
I15F22000480003	CHIAVARESE - RUP: RINOTTI DARIO	Polo Ospedaliero di Sestri Levante (Ospedale Civile)	SESTRI LEVANTE	GENOVA	Arnaldo Terzi ,43A	2,862,439.00	36,301.00
E66G22000180001	SPEZZINO - RUP: FOLCO LUCA	OSPEDALE SAN NICOLO' DI LEVANTO	LEVANTO	LA SPEZIA	VIA NOSTRA SIGNORA DELLA GUARDIA ,5NC	2,468,693.00	31,307.00

Dati relativi a "Verso un ospedale sicuro e sostenibile (PNC)" aggiornati al 23/05/2022 21:05



Allegato 3

Tabelle “non arrecare danno significativo”

Tabella 3 Dettaglio DNSH Componente 1 – Investimento 1.1

		Fase 1			Fase 2	
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO	
1. Mitigazione del cambiamento climatico	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		Si prevede che la misura porti a significative emissioni di gas serra?	NO	<p>La misura è assegnabile al campo di intervento 025ter "Costruzione di nuovi edifici energeticamente efficienti" nell'allegato del regolamento RRF, con un coefficiente di cambiamento climatico del 40%. L'edificio deve essere conforme a tutte le normative nazionali/regionali applicabili in materia di prestazioni energetiche ed emissioni di CO2 e con un fabbisogno di energia primaria inferiore di almeno il 20% rispetto al requisito degli edifici a energia quasi zero (NZEB - direttive nazionali). Non si prevede che la misura comporti significative emissioni di gas serra in quanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'edificio non è destinato all'estrazione, allo stoccaggio, al trasporto o alla produzione di combustibili fossili; - il programma di interventi riguarda la costruzione di nuovi edifici ad alta efficienza energetica caratterizzati da un fabbisogno di energia primaria inferiore di almeno il 20% rispetto ai requisiti degli edifici NZEB, ed è quindi compatibile con il raggiungimento dell'obiettivo di riduzione delle emissioni di gas serra e di neutralità climatica. <p>In questo senso, la misura contribuirà al raggiungimento dell'obiettivo nazionale di aumento annuale dell'efficienza energetica stabilito dalla direttiva sull'efficienza energetica (2012/27/UE) e permetterà il rispetto degli accordi dichiarati a livello nazionale nell'ambito dell'accordo di Parigi sul clima.</p>	
2. Adattamento al cambiamento climatico	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		Si prevede che la misura porti ad un aumento dell'impatto negativo del clima attuale e del clima futuro previsto, sulla misura stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni?	NO	<p>La misura consiste nell'implementazione delle Case della Comunità, che non incidono significativamente sui meccanismi che portano al cambiamento climatico. L'utilizzo del GPP (Green Public Procurement) permetterà di ridurre l'impatto ambientale delle nuove costruzioni, delle ristrutturazioni e della manutenzione degli edifici, considerando il loro ciclo di vita. Gli interventi saranno realizzati prevedendo tra i criteri minimi o premianti di scelta dell'operatore economico l'adozione di sistemi di gestione ISO 14001 o Eco-Management and Audit Scheme (EMAS). La misura richiederà agli operatori economici, attraverso specifiche clausole nei bandi di gara e nei contratti, di ottimizzare i nuovi edifici in termini di sistemi tecnici e soluzioni impiantistiche utilizzando le migliori tecnologie possibili, al fine di garantire il comfort termico agli occupanti anche a temperature estreme. Non vi è quindi evidenza di effetti negativi significativi legati agli effetti diretti e agli effetti indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita in relazione a questo obiettivo ambientale.</p>	

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
3. Uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		Si prevede che la misura possa nuocere (i) al buono stato o al buon potenziale ecologico dei corpi idrici, comprese le acque superficiali e le falde acquifere; o (ii) al buono stato ambientale delle acque marine?	NO	L'utilizzo del GPP consentirà di ridurre l'impatto ambientale delle nuove costruzioni, ristrutturazioni e manutenzioni di edifici, lungo il ciclo di vita. I progetti degli interventi di nuova costruzione e ristrutturazione dovranno prevedere la raccolta delle acque piovane per l'irrigazione e/o la depurazione sanitaria, attuata con sistemi realizzati secondo le norme UNI/TS 11445 "Sistemi per la raccolta e l'utilizzo delle acque piovane per usi diversi dal consumo umano - Progettazione, installazione e manutenzione" e UNI EN 805 "Approvvigionamento idrico - Requisiti per sistemi e componenti esterni agli edifici" o norme equivalenti. Tutti gli apparecchi idrici interessati (box doccia, miscelatore, rubinetteria, wc, vasi e cassette di risciacquo, orinatoio, vasche da bagno) devono rientrare nelle prime 2 classi per consumo d'acqua dell'EU Water Label. La misura risponde ai criteri di GPP in conformità con le direttive nazionali vigenti (CAM-Criteri Ambientali Minimi per l'edilizia - D.M. 11.10.2017) e rispetta i principi della sostenibilità dei prodotti e della gerarchia dei rifiuti, con priorità sulla riduzione dei rifiuti e su una gestione incentrata sulla preparazione, il riutilizzo e il riciclo dei materiali. La misura coprirà anche i costi per la gestione sostenibile dei rifiuti da costruzione e da demolizione e per l'utilizzo di aggregati riciclati, garantendo il rispetto dei livelli di prestazione ambientale previsti anche attraverso una specifica rendicontazione dei materiali utilizzati dagli operatori economici aggiudicatari delle attività. Elementi della misura prevedevano, per la selezione degli operatori economici, l'utilizzo di criteri premianti finalizzati al miglioramento dei livelli di prestazione ambientale del progetto e testati sulla certificazione ISO 14001 e/o sulla registrazione EMAS degli operatori. Inoltre, attraverso specifiche clausole nelle gare d'appalto e nei contratti, sarà richiesto agli operatori economici che ristrutturano edifici di garantire che una quota significativa dei rifiuti non pericolosi da costruzione e demolizione (escluso il materiale allo stato naturale di cui alla voce 17 05 04 dell'elenco europeo dei rifiuti istituito dalla decisione 2000/532/CE) prodotti in cantiere saranno preparati per il riutilizzo, riciclaggio e altri tipi di recupero di materiale, comprese le operazioni di riempimento che utilizzano i rifiuti per sostituire altri materiali.
4. Economia circolare, compresa la	D. No, la misura richiede una	"Si prevede che la misura: (i) comporti un		NO	"La misura risponde al GPP (Green Public Procurement).

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
prevenzione e il riciclaggio dei rifiuti	valutazione sostanziale del DNSH.	<p>aumento significativo della produzione, dell'incenerimento o dello smaltimento dei rifiuti, ad eccezione dell'incenerimento dei rifiuti pericolosi non riciclabili; o (ii) porti a significative inefficienze nell'uso diretto o indiretto di qualsiasi risorsa naturale in qualsiasi fase del suo ciclo di vita che non siano minimizzate da misure adeguate;</p> <p>o</p> <p>(iii) causare un danno significativo e a</p>			<p>La misura richiede agli operatori economici che ristrutturano gli edifici di garantire che almeno il 70% (del peso) della costruzione e dei rifiuti da costruzione e demolizione non pericolosi (escluso il materiale allo stato naturale dall'ID 17 05 04 dell'elenco europeo dei rifiuti stabilito dalla decisione 2000/532/CE) generati durante le operazioni, siano preparati per il riutilizzo, il riciclaggio e il recupero di altri materiali in conformità con la gerarchia dei rifiuti e il protocollo UE per la gestione dei rifiuti da costruzione e demolizione.</p> <p>Saranno previste aree appropriate da destinare alla raccolta differenziata dei rifiuti generati dai cantieri."</p>

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
5. Prevenzione e controllo dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.	lungo termine all'ambiente rispetto all'economia circolare (art. 27 della tassonomia)?" Si prevede che la misura porti a un aumento significativo delle emissioni inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo?		NO	"Non si prevede che la misura determini un aumento significativo delle emissioni di sostanze inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo perché gli operatori che eseguono miglioramenti strutturali di sicurezza alle strutture ospedaliere utilizzeranno solo: - materiali da costruzione che non contengono composti organici volatili (VOC); - sostanze che non sono di grande preoccupazione, come identificate in base alla ""Lista di autorizzazione"" REACH. - misure per ridurre le emissioni di rumore durante la costruzione; - misure per ridurre le emissioni di polvere e di sostanze inquinanti durante la costruzione. La misura è conforme ai piani nazionali e regionali di riduzione dell'inquinamento esistenti. Inoltre, si prevede che la misura non porterà a un aumento significativo delle emissioni di sostanze inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo perché: - gli operatori incaricati della costruzione dell'edificio saranno tenuti a utilizzare componenti e materiali da costruzione che non contengono amianto o sostanze estremamente preoccupanti incluse nell'elenco delle sostanze soggette ad autorizzazione di cui all'allegato XIV del regolamento (CE) n. 1907/2006;

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
6. Protezione e ripristino della biodiversità e degli ecosistemi	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.	Si prevede che la misura sia: (i) significativamente dannosa per il buono stato e la resilienza degli ecosistemi; o (ii) dannosa per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle		NO	<p>"La nuova costruzione non sarà realizzata su aree naturali protette, come i terreni designati come Natura 2000, patrimonio mondiale dell'UNESCO e aree chiave di biodiversità (KBA), o equivalenti al di fuori dell'UE, come definito dall'UNESCO e/o dall'Unione Internazionale per la Conservazione della Natura (IUCN) nelle seguenti categorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Categoria Ia: Riserva Naturale Integrale - Categoria Ib: Area selvaggia - Categoria II: Parco Nazionale <p>La nuova costruzione non sarà realizzata su terreni arabili o verdi ad alto valore di biodiversità riconosciuto e terreni che servono come habitat di specie in pericolo (flora e fauna) elencate nella Lista Rossa Europea e/o nella Lista Rossa IUCN. Almeno l'80% di tutti i prodotti in legno utilizzati</p>

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
		di interesse dell'Unione Europea?			nella nuova costruzione per le strutture e nelle ristrutturazioni, nei rivestimenti e nelle finiture saranno riciclati/riutilizzati o saranno provenienti da foreste gestite in modo sostenibile come certificato da audit di certificazione di terze parti eseguiti da enti di certificazione accreditati, ad esempio gli standard FSC/PEFC o equivalenti. "

Tabella 4 Dettaglio DNSH Componente 1 – Investimento 1.2

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
1. Mitigazione del cambiamento climatico	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		Si prevede che la misura porti a significative emissioni di gas serra?	NO	L'attività si riferisce ai campi di intervento dell'allegato 6 del regolamento UE sull'RRF 094 con un coefficiente di cambiamento climatico dello 0%. L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile trascurabile su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti per tutto il ciclo di vita. L'implementazione di un nuovo modello organizzativo (Centri di Coordinamento Territoriale) si avvarrà di server gestiti secondo le "Linee guida sulle migliori pratiche 2019 per il codice di condotta UE sull'efficienza energetica dei centri dati (JRC)".
2. Adattamento al cambiamento climatico	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile trascurabile su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti diretti ed indiretti primari lungo il suo ciclo di vita. Gli strumenti di telemedicina e di assistenza integrata previsti saranno caratterizzati da un'elevata efficienza	Si prevede che la misura porti ad un aumento dell'impatto negativo del clima attuale e del clima futuro previsto, sulla misura stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni?		

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
3. Uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	energetica. Inoltre, lo strumento di telemedicina può essere considerato come un'attività che consente la riduzione dei rischi climatici.			
	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile trascurabile su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti diretti e indiretti primari lungo il suo ciclo di vita. Non sono stati rilevati rischi di degrado ambientale legati alla conservazione della qualità	Si prevede che la misura possa nuocere (i) al buono stato o al buon potenziale ecologico dei corpi idrici, comprese le acque superficiali e le falde acquifere; o (ii) al buono stato ambientale delle acque marine?		

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
4. Economia circolare, compresa la prevenzione e il riciclaggio dei rifiuti	D. No, la misura richiede una valutazione DNSH sostanziale.	dell'acqua e allo stress idrico.	Si prevede che la misura: (i) comporti un aumento significativo della produzione, dell'incenerimento o dello smaltimento dei rifiuti, ad eccezione dell'incenerimento dei rifiuti pericolosi non riciclabili; o (ii) porti a significative inefficienze nell'uso diretto o indiretto di qualsiasi risorsa naturale in qualsiasi fase del suo ciclo di vita che non siano minimizzate da	NO	<p>"Si prevede che la misura non comporti un danno significativo a lungo termine dal punto di vista dell'economia circolare.</p> <p>I rifiuti prodotti dall'uso degli strumenti di telemedicina e di assistenza integrata sono raccolti e gestiti da un operatore autorizzato e trattati secondo la gerarchia dei rifiuti.</p> <p>I rifiuti prodotti dall'uso degli strumenti di telemedicina e di assistenza integrata rientrano nel campo di applicazione dei rifiuti RAEE, per cui si applica la responsabilità estesa del produttore, il quale, autonomamente o attraverso un consorzio, garantirà il corretto recupero dei dispositivi.</p> <p>In caso di acquisto di materiale AEE, si inserirà la richiesta di iscrizione del fornitore nel registro dei Produttori / distributori / manutentori al fine di garantire la corretta gestione degli eventuali rifiuti prodotti alla fine o all'inizio del ciclo in caso di sostituzione / rinnovo tecnico."</p>

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
5. Prevenzione e controllo dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile trascurabile su questo obiettivo ambientale.	<p>o</p> <p>Si prevede che la misura porti a un aumento significativo delle emissioni inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo?</p>		

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
6. Protezione e ripristino della biodiversità e degli ecosistemi	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile trascurabile su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti diretti e indiretti primari lungo il suo ciclo di vita.	Si prevede che la misura sia: (i) significativamente dannosa per il buono stato e la resilienza degli ecosistemi; o (ii) dannosa per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle di interesse dell'Unione Europea?		

Tabella 5 Dettaglio DNSH Componente 1 – Investimento 1.3

		Fase 1		Fase 2	
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
1. Mitigazione del cambiamento climatico	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		Si prevede che la misura porti a significative emissioni di gas serra?	NO	La misura si riferisce anche alla costruzione di nuovi edifici e ai campi di intervento come indicato nell'allegato 6 del regolamento UE sul RRF 025ter (con un coefficiente climatico del 40%) e 092 (con un coefficiente climatico dello 0%). Il nuovo edificio deve essere conforme a tutte le normative nazionali/regionali applicabili in materia di prestazioni energetiche ed emissioni di gas serra e con un fabbisogno di energia primaria di almeno il 20% inferiore al requisito per gli edifici a energia quasi zero (NZEB - direttive nazionali). In questo senso, contribuirà al raggiungimento dell'obiettivo nazionale, all'aumento annuale dell'efficienza energetica stabilito dalla direttiva sull'efficienza energetica (2012/27/UE) e permetterà il rispetto degli accordi dichiarati a livello nazionale nell'ambito dell'accordo di Parigi sul clima.
2. Adattamento al cambiamento climatico	D. No, la misura richiede una valutazione DNSH sostanziale.		Si prevede che la misura porti ad un aumento dell'impatto negativo del clima attuale e del clima futuro previsto, sulla misura stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni?	NO	"La misura consiste nella realizzazione di Ospedali di Comunità, che non incidono significativamente sui meccanismi che portano al cambiamento climatico. L'utilizzo del GPP (Green Public Procurement) consentirà di ridurre l'impatto ambientale delle nuove costruzioni, delle ristrutturazioni e della manutenzione degli edifici, lungo il ciclo di vita. Gli interventi saranno realizzati prevedendo tra i criteri minimi o premianti di scelta dell'operatore economico, l'adozione di Sistemi di Gestione ISO 14001 o Eco-Management and Audit Scheme (EMAS). Inoltre, sarà effettuata una specifica valutazione della vulnerabilità e del rischio climatico, relativa a inondazioni, neve, innalzamento del livello del mare, piogge, ecc. per identificare, selezionare e implementare le relative misure di adattamento, in accordo con l'UE."
3. Uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti	L'utilizzo del GPP (Green Public Procurement) consentirà di ridurre gli impatti ambientali delle nuove costruzioni, delle	Si prevede che la misura possa nuocere (i) al buono stato o al buon potenziale ecologico dei corpi idrici,		

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
	<p>primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.</p>	<p>ristrutturazioni e della manutenzione degli edifici, considerati nell'ottica del ciclo di vita. I progetti degli interventi di nuova costruzione e ristrutturazione dovranno prevedere la raccolta delle acque piovane per l'irrigazione e/o la depurazione sanitaria, attuata con sistemi realizzati secondo le norme UNI/TS 11445</p> <p>"Sistemi per la raccolta e l'utilizzo delle acque piovane per usi diversi dal consumo umano - Progettazione, installazione e manutenzione" e UNI EN 805</p> <p>"Approvvigionamento idrico - Requisiti per</p>	<p>comprese le acque superficiali e le falde acquifere; o (ii) al buono stato ambientale delle acque marine?</p>		

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
4. Economia circolare, compresa la prevenzione e il riciclaggio dei rifiuti	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.	sistemi e componenti esterni agli edifici" o norme equivalenti. Tutti gli apparecchi idrici interessati (box doccia, miscelatore, rubinetteria, rubinetto miscelatore, wc, vasi e cassette di risciacquo, orinatoio e cassette di risciacquo, vasche da bagno) rientreranno nelle prime 2 classi di consumo d'acqua dell'EU Water Label.	"Si prevede che la misura: (i) comporti un aumento significativo della produzione, dell'incenerimento o dello smaltimento dei rifiuti, ad	NO	"La misura risponde al Green Public Procurement (GPP). La misura richiede agli operatori economici che ristrutturano gli edifici di garantire che almeno il 70% (del peso) della costruzione e dei rifiuti da costruzione e demolizione non pericolosi (escluso il materiale allo stato naturale dall'ID 17 05 04 dell'elenco europeo dei rifiuti stabilito dalla decisione 2000/532/CE) generati durante le operazioni siano preparati per il riutilizzo, il riciclaggio e il recupero di altri materiali in conformità alla gerarchia dei rifiuti e al protocollo UE per la gestione dei rifiuti da costruzione e demolizione.

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
			<p>eccezione dell'incenerimento dei rifiuti pericolosi non riciclabili; o (ii) porti a significative inefficienze nell'uso diretto o indiretto di qualsiasi risorsa naturale in qualsiasi fase del suo ciclo di vita che non siano minimizzate da misure adeguate; o</p> <p>(iii) causare un danno significativo e a lungo termine all'ambiente rispetto all'economia circolare (art. 27</p>		<p>Saranno previste aree appropriate da destinare alla raccolta differenziata dei rifiuti generati dai cantieri."</p>

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
5. Prevenzione e controllo dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo	D. No, la misura richiede una valutazione DNSH sostanziale.		della tassonomia)?" Si prevede che la misura porti a un aumento significativo delle emissioni inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo?	NO	"La misura non dovrebbe comportare un aumento significativo delle emissioni di sostanze inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo perché gli operatori che eseguono migliorie strutturali della sicurezza delle strutture ospedaliere useranno solo: - materiali da costruzione che non contengono composti organici volatili (VOC); - sostanze che non sono di alta preoccupazione come identificate sulla base della "Lista delle autorizzazioni" del REACH. - misure per ridurre le emissioni di rumore durante la costruzione; - misure per ridurre le emissioni di polvere e sostanze inquinanti durante la costruzione."
6. Protezione e ripristino della biodiversità e degli ecosistemi	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile trascurabile su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti lungo il ciclo di vita. Il programma coinvolge edifici esistenti per i quali è stata valutata l'ubicazione in aree	Si prevede che la misura sia: (i) significativamente dannosa per il buono stato e la resilienza degli ecosistemi; o (ii) dannosa per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle di interesse		

		Fase 2		
		Fase 1		
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No
		nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	sensibili alla biodiversità (compresa la rete Natura 2000).	dell'Unione Europea?
				Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO

Tabella 6 Dettaglio DNSH Componente 2 - Investimento 1.1

		Fase 1		Fase 2	
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
1. Mitigazione del cambiamento climatico	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		Si prevede che la misura porti a significative emissioni di gas serra?	NO	"Le misure adottate per modernizzare gli asset tecnologici in essere presso le strutture ospedaliere non comportano un aumento significativo delle emissioni di gas serra, in quanto le nuove apparecchiature hanno una performance ambientale superiore a quelle che vanno a sostituire. La digitalizzazione dei processi clinici e assistenziali ospedalieri si avvarrà di server gestiti secondo le ""2019 Best Practice Guidelines for the EU Code of Conduct on Data Centre Energy Efficiency (JRC)"". I refrigeranti utilizzati nei sistemi di refrigerazione saranno conformi ai requisiti del regolamento UE sui gas fluorurati."
2. Adattamento al cambiamento climatico	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile trascurabile rispetto a questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti lungo il suo ciclo di vita. L'ammodernamento del parco tecnologico delle strutture	Si prevede che la misura porti ad un aumento dell'impatto negativo del clima attuale e del clima futuro previsto, sulla misura stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni?		

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	SI/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
3. Uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	ospedaliera e la digitalizzazione dei processi clinici e assistenziali dell'ospedale saranno caratterizzati da un'elevata efficienza energetica.	Si prevede che la misura possa nuocere (i) al buono stato o al buon potenziale ecologico dei corpi idrici, comprese le acque superficiali e le falde acquifere; o (ii) al buono stato ambientale delle acque marine?		

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	SI/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
4. Economia circolare, compresa la prevenzione e il riciclaggio dei rifiuti	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		<p>Si prevede che la misura: (i) comporti un aumento significativo della produzione, dell'incenerimento o dello smaltimento dei rifiuti, ad eccezione dell'incenerimento dei rifiuti pericolosi non riciclabili; o (ii) porti a significative inefficienze nell'uso diretto o indiretto di qualsiasi risorsa naturale in qualsiasi fase del suo ciclo di vita che non siano minimizzate da misure adeguate; o</p>	NO	<p>"Le misure adottate per ammodernare il parco tecnologico dovranno soddisfare i requisiti della direttiva europea sull'ecodesign.</p> <p>I rifiuti di apparecchiature elettriche ed elettroniche sono raccolti e gestiti da un operatore autorizzato e trattati secondo la gerarchia dei rifiuti secondo il D.Lgs. 118/2020.</p> <p>I rifiuti prodotti dall'ammodernamento del parco tecnologico rientrano nel campo di applicazione dei rifiuti RAEE, pertanto si applica la responsabilità estesa del produttore che, autonomamente o tramite un consorzio, garantirà il corretto recupero dei dispositivi."</p>

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	SI/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
5. Prevenzione e controllo dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	L'impatto previsto dell'attività sostenuta dalla misura su questo obiettivo ambientale è marginale.	(ii) causare un danno significativo e a lungo termine all'ambiente rispetto all'economia circolare (art. 27 della tassonomia)?" Si prevede che la misura porti a un aumento significativo delle emissioni inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo?		
6. Protezione e ripristino della	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile	Si prevede che la misura sia: (i) significativamente		

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	SI/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
biodiversità e degli ecosistemi	sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	trascurabile rispetto a questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti lungo il suo ciclo di vita.	dannosa per il buono stato e la resilienza degli ecosistemi; o (ii) dannosa per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle di interesse dell'Unione Europea?		

Tabella 7 Dettaglio DNSH Componente 2 - Investimento 1.2

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
1. Mitigazione del cambiamento climatico	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		Si prevede che la misura porti a significative emissioni di gas serra?	NO	Le misure adottate per il miglioramento strutturale della sicurezza degli ospedali non aumentano significativamente le emissioni di gas serra, in quanto gli interventi garantiranno la massima efficienza energetica. I nuovi edifici saranno a energia quasi zero (NZEB).
2. Adattamento al cambiamento climatico	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	"La misura consiste in migliori strutture della sicurezza delle strutture ospedaliere, che non incidono significativamente sui meccanismi che portano al cambiamento climatico. L'utilizzo del GPP (Green Public Procurement) consentirà di ridurre l'impatto ambientale delle nuove costruzioni, ristrutturazioni e	Si prevede che la misura porti ad un aumento dell'impatto negativo del clima attuale e del clima futuro previsto, sulla misura stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni?		

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
3. Uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la	manutenzioni degli edifici, considerando il loro ciclo di vita. Gli interventi saranno realizzati prevedendo tra i criteri minimi o premianti per la scelta dell'operatore economico, l'adozione di Sistemi di Gestione ISO 14001 o Eco-Management and Audit Scheme (EMAS)."			
	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la	Non sono stati rilevati rischi di degrado ambientale legati alla conservazione della qualità dell'acqua e allo stress idrico.	Si prevede che la misura possa nuocere (i) al buono stato o al buon potenziale ecologico dei corpi idrici, comprese le acque superficiali		

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
	sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.		e le falde acquifere; o (ii) al buono stato ambientale delle acque marine?		
4. Economia circolare, compresa la prevenzione e il riciclaggio dei rifiuti	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		<p>""Si prevede che la misura: (i) comporti un aumento significativo della produzione, dell'incenerimento o dello smaltimento dei rifiuti, ad eccezione dell'incenerimento dei rifiuti pericolosi non riciclabili; o (ii) porti a significative inefficienze nell'uso diretto o indiretto di qualsiasi risorsa naturale in qualsiasi fase del</p>	NO	<p>"La misura risponde al GPP (Green Public Procurement).</p> <p>La misura richiede agli operatori economici che ristrutturano gli edifici di garantire che almeno il 70% (del peso) della costruzione e dei rifiuti da costruzione e demolizione non pericolosi (escluso il materiale allo stato naturale dall'ID 17 05 04 dell'elenco europeo dei rifiuti stabilito dalla decisione 2000/532/CE) generati durante le operazioni siano preparati per il riutilizzo, il riciclaggio e il recupero di altri materiali in conformità alla gerarchia dei rifiuti e al protocollo UE per la gestione dei rifiuti da costruzione e demolizione.</p> <p>Saranno previste aree appropriate da destinare alla raccolta differenziata dei rifiuti generati dai cantieri."</p>

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
5. Prevenzione e controllo dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		<p>suo ciclo di vita che non siano minimizzate da misure adeguate;</p> <p>o</p> <p>(iii) causare un danno significativo e a lungo termine all'ambiente rispetto all'economia circolare (art. 27 della tassonomia)?"</p>	NO	<p>"La misura non dovrebbe comportare un aumento significativo delle emissioni di sostanze inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo perché gli operatori che eseguono migliori strutturali della sicurezza delle strutture ospedaliere useranno solo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - materiali da costruzione che non contengono composti organici volatili (VOC); - sostanze che non sono di grande preoccupazione, come identificate sulla base della "Lista delle autorizzazioni" del REACH; - misure per ridurre le emissioni di rumore durante la costruzione; - misure per ridurre le emissioni di polvere e sostanze inquinanti durante la costruzione.

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
6. Protezione e ripristino della biodiversità e degli ecosistemi	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile non significativo su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti lungo il suo ciclo di vita. Il programma interessa edifici esistenti, per i quali è stata valutata l'ubicazione in aree sensibili alla biodiversità (compresa la rete Natura 2000).	Si prevede che la misura sia: (i) significativamente dannosa per il buono stato e la resilienza degli ecosistemi; o (ii) dannosa per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle di interesse dell'Unione Europea?		

Tabella 8 Dettaglio DNSH Componente 2 – Investimento 1.3

		Fase 1		Fase 2	
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
1. Mitigazione del cambiamento climatico	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		Si prevede che la misura porti a significative emissioni di gas serra?	NO	La misura si riferisce anche alla costruzione di nuovi edifici e ai campi di intervento come indicato nell'allegato 6 del regolamento UE sul RRF 025ter (con un coefficiente climatico del 40%) e 092 (con un coefficiente climatico dello 0%). Il nuovo edificio deve essere conforme a tutte le normative nazionali/regionali applicabili in materia di prestazioni energetiche ed emissioni di gas serra e con un fabbisogno di energia primaria di almeno il 20% inferiore al requisito per gli edifici a energia quasi zero (NZEB – direttive nazionali). In questo senso, contribuirà al raggiungimento dell'obiettivo nazionale, aumento annuale dell'efficienza energetica stabilito dalla direttiva sull'efficienza energetica (2012/27/UE) e permetterà il rispetto degli accordi dichiarati a livello nazionale nell'ambito dell'accordo di Parigi sul clima.
2. Adattamento al cambiamento climatico	D. No, la misura richiede una valutazione DNSH sostanziale.		Si prevede che la misura porti ad un aumento dell'impatto negativo del clima attuale e del clima futuro previsto, sulla misura stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni?	NO	La misura consiste nella realizzazione di Ospedali di Comunità, che non incidono significativamente sui meccanismi che portano al cambiamento climatico. L'utilizzo del GPP (Green Public Procurement) consentirà di ridurre l'impatto ambientale delle nuove costruzioni, delle ristrutturazioni e della manutenzione degli edifici, lungo il ciclo di vita. Gli interventi saranno realizzati prevedendo tra i criteri minimi o premianti di scelta dell'operatore economico, l'adozione di Sistemi di Gestione ISO 14001 o Eco-Management and Audit Scheme (EMAS). Inoltre, sarà effettuata una specifica valutazione della vulnerabilità e del rischio climatico, relativa a inondazioni, neve, innalzamento del livello del mare, piogge, ecc. per identificare, selezionare e implementare le relative misure di adattamento, in accordo con l'UE.
3. Uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale,	L'utilizzo del GPP (Green Public Procurement) consentirà di ridurre gli impatti ambientali	Si prevede che la misura possa nuocere (i) al buono stato o al buon potenziale		

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
	<p>relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto, conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.</p>	<p>delle nuove costruzioni, delle ristrutturazioni e della manutenzione degli edifici, considerati nell'ottica del ciclo di vita. I progetti degli interventi di nuova costruzione e ristrutturazione dovranno prevedere la raccolta delle acque piovane per l'irrigazione e/o la depurazione sanitaria, attuata con sistemi realizzati secondo le norme UNI/TS 11445 "Sistemi per la raccolta e l'utilizzo delle acque piovane per usi diversi dal consumo umano - Progettazione, installazione e manutenzione" e UNI EN 805</p>	<p>ecologico dei corpi idrici, comprese le acque superficiali e le falde acquifere; o (ii) al buono stato ambientale delle acque marine?</p>		

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
4. Economia circolare, compresa la prevenzione e il	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.	"Approvvigionamento idrico - Requisiti per sistemi e componenti esterni agli edifici" o norme equivalenti. Tutti gli apparecchi idrici interessati (box doccia, miscelatore, rubinetteria, rubinetto miscelatore, wc, vasi e cassette di risciacquo, orinatoi e cassette di risciacquo, vasche da bagno) rientreranno nelle prime 2 classi di consumo d'acqua dell'EU Water Label. primari diretti e indiretti.	"Si prevede che la misura: (i) comporti un aumento significativo della produzione,	NO	La misura risponde al Green Public Procurement (GPP). La misura richiede agli operatori economici che ristrutturano gli edifici di garantire che almeno il 70% (del peso) della costruzione e dei rifiuti da costruzione e demolizione non pericolosi (escluso il materiale allo stato naturale dall'ID 17 05 04 dell'elenco

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
riciclaggio dei rifiuti			<p>dell'incenerimento o dello smaltimento dei rifiuti, ad eccezione dell'incenerimento dei rifiuti pericolosi non riciclabili; o (ii) porti a significative inefficienze nell'uso diretto o indiretto di qualsiasi risorsa naturale in qualsiasi fase del suo ciclo di vita che non siano minimizzate da misure adeguate, o</p> <p>(iii) causare un danno significativo e a lungo termine all'ambiente rispetto</p>		<p>europeo dei rifiuti stabilito dalla decisione 2000/532/CE) generati durante le operazioni siano preparati per il riutilizzo, il riciclaggio e il recupero di altri materiali in conformità alla gerarchia dei rifiuti e al protocollo UE per la gestione dei rifiuti da costruzione e demolizione.</p> <p>Saranno previste aree appropriate da destinare alla raccolta differenziata dei rifiuti generati dai cantieri.</p>

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
5. Prevenzione e controllo dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo	D. No, la misura richiede una valutazione DNSH sostanziale.		all'economia circolare (art. 27 della tassonomia)?" Si prevede che la misura porti a un aumento significativo delle emissioni inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo?	NO	La misura non dovrebbe comportare un aumento significativo delle emissioni di sostanze inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo perché gli operatori che eseguono migliorie strutturali della sicurezza delle strutture ospedaliere useranno solo: - materiali da costruzione che non contengono composti organici volatili (VOC); - sostanze che non sono di alta preoccupazione come identificate sulla base della "Lista delle autorizzazioni" del REACH. - misure per ridurre le emissioni di rumore durante la costruzione; - misure per ridurre le emissioni di polvere e sostanze inquinanti durante la costruzione.
6. Protezione e ripristino della biodiversità e degli ecosistemi	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile trascurabile su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti lungo il ciclo di vita. Il programma coinvolge edifici esistenti per i quali è	Si prevede che la misura sia: (i) significativamente dannosa per il buono stato e la resilienza degli ecosistemi; o (ii) dannosa per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie,		

Obiettivi ambientali		Fase 1			Fase 2	
		La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
		nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	stata valutata l'ubicazione in aree sensibili alla biodiversità (compresa la rete Natura 2000).	comprese quelle di interesse dell'Unione Europea?		

Tabella 9 Dettaglio DNSH Componente 2 - Investimento 2.2

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
1. Mitigazione del cambiamento climatico	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	"L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile ma trascurabile su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti."	Si prevede che la misura porti a significative emissioni di gas serra?		
2. Adattamento al cambiamento climatico	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH	La misura fornisce solo formazione e sviluppo di competenze tecnico-professionali, quindi non interagisce in modo significativo nei meccanismi di cambiamento climatico.	Si prevede che la misura porti ad un aumento dell'impatto negativo del clima attuale e del clima futuro previsto, sulla misura stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni?		

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
	nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.				
3. Uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile non significativo su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti.	Si prevede che la misura possa nuocere (i) al buono stato o al buon potenziale ecologico dei corpi idrici, comprese le acque superficiali e le falde acquifere; o (ii) al buono stato ambientale delle acque marine?		
4. Economia circolare, compresa la prevenzione e il riciclaggio dei rifiuti	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata	La misura non comporterà inefficienze significative nell'uso delle risorse né aumenterà la produzione di rifiuti.	"Si prevede che la misura: (i) comporti un aumento significativo della produzione, dell'incenerimento o dello smaltimento dei rifiuti, ad eccezione		

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
	conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.		<p>dell'incenerimento dei rifiuti pericolosi non riciclabili; o (ii) porti a significative inefficienze nell'uso diretto o indiretto di qualsiasi risorsa naturale in qualsiasi fase del suo ciclo di vita che non siano minimizzate da misure adeguate;</p> <p>o</p> <p>(iii) causare un danno significativo e a lungo termine all'ambiente rispetto all'economia circolare (art. 27 della tassonomia)?"</p>		

Fase 1		Fase 2			
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No	Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO
5. Prevenzione e controllo dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	La misura non comporta un aumento significativo delle emissioni di inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo.	Si prevede che la misura porti a un aumento significativo delle emissioni inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo?		
6. Protezione e ripristino della biodiversità e degli ecosistemi	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile non significativo su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti.	Si prevede che la misura sia: (i) significativamente dannosa per il buono stato e la resilienza degli ecosistemi; o (ii) dannosa per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle di interesse		

		Fase 2		
		Fase 1		
Obiettivi ambientali	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	Giustificazione se è stato scelto A, B o C	Domande	Si/No
		nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.		dell'Unione Europea?
				Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO



Allegato 4

Schede di monitoraggio

Il monitoraggio procedurale interverrà attraverso il sistema informatico Regis, di cui all'articolo 1, comma 1043, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 e secondo le ulteriori indicazioni che verranno fornite dall'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR.



Tabella 10 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale Investimento 1.1. "Case della Comunità e presa in carico della persona "

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Assegnazione dei codici CUP ai progetti		*30/06/2022		
DIP – predisposizione e approvazione S.A.				
INDAGINI – Affidamento				
INDAGINI – Esecuzione				
VERIFICA (ex art.26) - Affidamento				
VERIFICA (ex art.26) – Esecuzione				
PFTE - Affidamento				
PFTE – Progettazione				
PFTE – Validazione e Approvazione				
Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara		*31/03/2023		
Progetto Definitivo – Affidamento				
Progetto Definitivo – Progettazione				
Progetto Definitivo – Verifica				
Conferenza dei servizi decisoria				
Progetto Definitivo – Validazione e approvazione				
Appalto Integrato - Affidamento PD e/o PE e LAVORI				
Appalto Integrato – Stipula contratto				
Progetto Esecutivo - Affidamento				

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Progetto Esecutivo - Progettazione				
Progetto Esecutivo - Verifica				
Progetto Esecutivo - Validazione e approvazione				
Assegnazione dei codici CIG		*31/03/2023		
Lavori - Affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
DL, collaudo- affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
Stipula dei contratti per la realizzazione		*30/09/2023		
Lavori - Consegna aree e Lavori				
Esecuzione Lavori				
Ultimazione dei lavori		*31/03/2026		

***data massima**

Tabella 11 – Schema si scheda di monitoraggio procedurale Sub-Investimento 1.2.2 "Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)"

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Assegnazione dei codici CUP ai progetti		*30/06/2022		
DIP – predisposizione e approvazione S.A.				
INDAGINI – Affidamento				
INDAGINI – Esecuzione				
VERIFICA (ex art.26) - Affidamento				
VERIFICA (ex art.26) – Esecuzione				
PFTE - Affidamento				
PFTE – Progettazione				
PFTE – Validazione e Approvazione				
Progetto Definitivo – Affidamento				
Progetto Definitivo – Progettazione				
Progetto Definitivo – Verifica				
Conferenza dei servizi decisoria				
Progetto Definitivo – Validazione e approvazione				
Appalto Integrato - Affidamento PD e/o PE e LAVORI				
Appalto Integrato – Stipula contratto				
Progetto Esecutivo – Affidamento				

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Progetto Esecutivo – Progettazione				
Progetto Esecutivo – Verifica				
Progetto Esecutivo – Validazione e approvazione				
Assegnazione dei codici CIG		*31/12/2022		
Lavori – Affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
DL, collaudo-affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
Stipula dei contratti per la realizzazione		*30/06/2023		
Lavori – Consegna aree e Lavori				
Esecuzione Lavori				
Ultimazione dei lavori		*31/03/2024		

***data massima**

Tabella 12 – Schema do scheda di monitoraggio procedurale Investimento 1.3 "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)"

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Assegnazione dei codici CUP ai progetti		*30/06/2022		
DIP – predisposizione e approvazione S.A.				
INDAGINI – Affidamento				
INDAGINI – Esecuzione				
VERIFICA (ex art.26) - Affidamento				
VERIFICA (ex art.26) – Esecuzione				
PFTE - Affidamento				
PFTE – Progettazione				
PFTE – Validazione e Approvazione				
Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara		*31/03/2023		
Progetto Definitivo – Affidamento				
Progetto Definitivo – Progettazione				
Progetto Definitivo – Verifica				
Conferenza dei servizi decisoria				
Progetto Definitivo – Validazione e approvazione				
Appalto Integrato - Affidamento PD e/o PE e LAVORI				
Appalto Integrato – Stipula contratto				

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Progetto Esecutivo – Affidamento				
Progetto Esecutivo – Progettazione				
Progetto Esecutivo – Verifica				
Progetto Esecutivo – Validazione e approvazione				
Assegnazione dei codici CIG		*31/03/2023		
Lavori – Affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
DL, collaudo-affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
Stipula dei contratti per la realizzazione		*30/09/2023		
Lavori – Consegna aree e Lavori				
Esecuzione Lavori				
Ultimazione dei lavori		*31/03/2026		

***data massima**

Tabella 13 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale Sub-Investimento 1.1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)"

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Aggiudicazione di tutti i contratti pubblici (Consip)		*31/12/2022		
Esecuzione del contratto				
Chiusura dell'intervento				
Ospedali digitalizzati (DEA - Dipartimenti di Emergenza e di Ammissione - Livello I e II) (280)		*31/09/2025		

*data massima

Tabella 14 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale Sub-Investimento 1.1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)" Rafforzamento strutturale SSN ("progetti in essere" ex art. 2, DL 34/2020)

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
45% dei Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva		*31/12/2024		
Ospedali digitalizzati (DEA - Dipartimenti di Emergenza e di Ammissione - Livello I e II) – 45% interventi di ristrutturazione dei percorsi PS		*31/12/2024		
100% Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva 3 500 posti letto di terapia intensiva e 4 200 posti letto di terapia semi-intensiva		*30/06/2026		

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Ospedali digitalizzati (DEA - Dipartimenti di Emergenza e di Ammissione - Livello I e II) – 100% interventi di ristrutturazione dei percorsi PS		*30/06/2026		

***data massima**

Tabella 15 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale Sub-Investimento 1.1.2 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (grandi apparecchiature)"

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Publicazione delle gare d'appalto e conclusione dei contratti con i fornitori di servizi per il lancio e la realizzazione del rinnovo delle grandi attrezzature		*31/12/2022		
Grande attrezzatura sanitaria operativa		*31/12/2024		

***data massima**

Tabella 18 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale Investimento 1.2. "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" (PNRR)

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Assegnazione dei codici CUP ai progetti				
DIP – predisposizione e approvazione S.A.				
INDAGINI – Affidamento				
INDAGINI – Esecuzione				
VERIFICA (ex art.26) – Affidamento				
VERIFICA (ex art.26) – Esecuzione				
PFTE – Affidamento				
PFTE – Progettazione				
PFTE – Validazione e Approvazione				
Progetto Definitivo – Affidamento				

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Progetto Definitivo – Progettazione				
Progetto Definitivo – Verifica				
Conferenza dei servizi decisoria				
Progetto Definitivo – Validazione e approvazione				
Appalto Integrato - Affidamento PD e/o PE e LAVORI				
Appalto Integrato – Stipula contratto				
Progetto Esecutivo – Affidamento				
Progetto Esecutivo – Progettazione				
Progetto Esecutivo – Verifica				
Progetto Esecutivo – Validazione e approvazione				
Publicazione gara per interventi strutturali		*31/03/2023		
Lavori – Affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
DL, collaudo-affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
Stipula dei contratti per la realizzazione				
Lavori – Consegna aree e Lavori				
Esecuzione Lavori				
Ultimazione dei lavori		*30/06/2026		

***data massima**

Tabella 169 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale Investimento 1.2. "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" (PNC)

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Assegnazione dei codici CUP ai progetti				Da MOP
DIP – predisposizione e approvazione S.A.				
INDAGINI – Affidamento				Da MOP
INDAGINI – Esecuzione				
VERIFICA (ex art.26) - Affidamento				
VERIFICA (ex art.26) - Esecuzione				
PFTE - Affidamento				Da MOP
PFTE - Progettazione				
PFTE – Validazione e Approvazione				
Progetto Definitivo - Affidamento				Da MOP
Progetto Definitivo - Progettazione				
Progetto Definitivo - Verifica				
Conferenza dei servizi decisoria				
Progetto Definitivo – Validazione e approvazione				
Appalto Integrato - Affidamento PD e/o PE e LAVORI				Da MOP
Appalto Integrato – Stipula contratto				Da MOP

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Progetto Esecutivo - Affidamento				Da MOP
Progetto Esecutivo - Progettazione				
Progetto Esecutivo - Verifica				
Progetto Esecutivo – Validazione e approvazione				
Pubblicazione gara per interventi strutturali		*31/03/2023		Da MOP
Lavori – Affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
DL, collaudo-affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
Stipula dei contratti per la realizzazione		*30/09/2023		Da MOP
Lavori – Avvio		*31/12/2023		Da MOP
Esecuzione Lavori				Da MOP
Ultimazione dei lavori		*30/06/2026		Da MOP

***data massima**

Tabella 20 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)

(b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni"

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Cutoff per digitalizzazione nativa di tutti i documenti del FSE. I documenti devono essere nativi digitali fin dall'inizio e coerenti con i recenti standard FHIR.		*31/12/2024		
I medici di base alimentano il Fascicolo sanitario elettronico (85%)		*31/12/2025		
Tutte le Regioni/Province autonome hanno adottato e utilizzano il Fascicolo sanitario elettronico		*30/06/2026		

***data massima**

Tabella 21 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale investimento 1.3.2 Infrastruttura tecnologica del MdS e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA – Reingegnerizzazione NSIS a livello locale. Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Recepimento (adozione) con atto regionale del decreto ministeriale di istituzione dei 2 nuovi flussi per assistenza riabilitativa e consultori		*31/03/2023		
Recepimento (adozione) con atto regionale del decreto ministeriale di istituzione dei 2 nuovi flussi per ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria		*31/03/2025		

***data massima**

Tabella 22 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale Sub-Investimento 2.2 (a) "Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: Sub-misura: borse aggiuntive in formazione di medicina generale"

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Publicazione dei bandi regionali e del conseguente avviso da parte del Ministero della salute				
Concorso, pubblicazione graduatoria, predisposizione dell'elenco degli assegnatari di borsa.				
Le Regioni assegnano le borse di studio per la formazione specifica in medicina generale (TARGET ITA - 900) e trasmettono la documentazione necessaria per il monitoraggio e la rendicontazione		*30/06/2022		
Definizione fabbisogno formativo regionale di MMG per il triennio 2022/2025				
Publicazione dei bandi regionali e del conseguente avviso da parte del Ministero della salute				
Concorso, pubblicazione graduatoria, predisposizione elenco vincitori.				
Le Regioni assegnano le borse di studio per la formazione specifica in medicina generale (TARGET EU - Ulteriori 900, per un totale di 1.800 borse) e trasmettono la documentazione necessaria per il monitoraggio e la rendicontazione		*30/06/2023		
Definizione fabbisogno formativo regionale di MMG per il triennio 2023/2026				
Publicazione dei bandi regionali e del conseguente avviso da parte del Ministero della salute				
Concorso, pubblicazione graduatoria, predisposizione elenco vincitori.				

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Le Regioni assegnano le borse di studio per la formazione specifica in medicina generale (TARGET EU - ulteriori 900, per un totale di 2.700) e trasmettono la documentazione necessaria per il monitoraggio e la rendicontazione		*30/06/2024		

***data massima**

Tabella 23 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale Sub-Investimento 2.2 (b) "Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere"

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Procedura di selezione dei provider da parte delle Regioni		*31/03/2023		
Completamento della procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere - Milestone (ITA)		*30/09/2024		
Numero di dipendenti formati nel campo delle infezioni ospedaliere (**52% del Target regionale)		*31/03/2025		
Completamento della procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere		*31/12/2025		
Numero di personale formato nel campo delle infezioni ospedaliere (**target regionale)		*30/06/2026		

*data massima

**da riproporzionare a livello regionale



Allegato 5

Action Plan M6C2 2.2 b - INDICAZIONI NAZIONALI SULLA STRUTTURAZIONE DEL PROGRAMMA DEL CORSO DI FORMAZIONE SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA IN AMBITO OSPEDALIERO

Ogni regione e P.A dovrà predisporre un programma di formazione che includa i seguenti elementi minimi.

In particolare, il programma sarà basato su 4 diversi moduli, indicati di seguito alle lettere A, B, C, D.

A. Modulo di base teorico generale propedeutico ai corsi B e C riguardante le tematiche schematizzate in Tabella 1

Questo modulo, indirizzato a tutti i professionisti iscritti al programma fornisce gli elementi base per l'inquadramento del problema e le diverse misure di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere.

Tabella 17- Tematiche minime da includere in tutti i moduli di base per gli operatori sanitari

Epidemiologia delle infezioni ospedaliere, in Italia e a livello globale sia nelle strutture per ac che nelle strutture per lungodegenti.
Il problema delle resistenze agli antimicrobici, il PNCAR e le diverse strategie per il contras all'antimicrobico-resistenza (es antimicrobial stewardship, diagnostic stewardship)
Complessità del contrasto alle infezioni ospedaliere nelle strutture assistenziali: attori coinvolt ruoli, il QO e i modelli di organizzazione aziendale. Individuazione e gestione degli outbreak
Antisepsi e disinfezione, pulizia e disinfezione dei dispositivi medici, sterilizzazione, sanificazio ambientale, smaltimento dei rifiuti potenzialmente infettanti
Sorveglianza epidemiologica come metodologia alla base della prevenzione, sistemi sorveglianza , gestione statistica dei processi correlati alle infezioni (es carte di controllo), anal e strumenti di feedback e di interpretazione dei dati. Individuazione precoce degli outbre Screening dei microrganismi multidrug-resistant (MDR)/sentinella
Precauzioni standard: igiene delle mani, DPI, etc Precauzioni aggiuntive da contatto, droplet e via aerea Approcci basati su care bundle
Monitoraggio e valutazione dell'igiene delle mani. I programmi di intervento sull'igiene delle ma
La sepsi e il loro contrast
Strategie da adottare per prevenire specificatamente le infezioni ospedaliere associate a: catetere vascolare, catetere vescicale, intubazione, pratiche chirurgiche; approcci basati su ca bundle
Gestione di eventi epidemici/pandemici
Vaccinazioni dell'operatore sanitario

NB. In grassetto e sottolineati gli argomenti per gli approfondimenti pratici

Il modulo relativamente alle tematiche indicate in tabella 1 sarà erogato in modalità FAD a carattere generale, anche avvalendosi della FAD offerta dall'Istituto Superiore di Sanità alle Regioni e P.A.

B. Modulo pratico

Questa seconda parte del programma di formazione sarà svolta in presenza con approfondimenti pratici e sessioni interattive, simulazioni e formazione sul campo. Questa parte della formazione sarà presso la propria struttura di appartenenza o altra struttura identificata; i temi indicati dovranno essere svolti in funzione della propria professionalità e dell'area (medica/chirurgica/servizi) di attività, con l'obiettivo specifico di acquisire abilità pratiche rispetto alle conoscenze apprese nel corso del corso teorico (Corso A). Questa seconda parte riguarderà i temi in grassetto e sottolineati nella tabella 1. Al termine del modulo i partecipanti dovranno necessariamente essere in grado di:

- I. sanificare correttamente superfici, dispositivi medici e ambienti, smaltire correttamente rifiuti potenzialmente infetti
- II. applicare correttamente le precauzioni standard e quelle aggiuntive da contatto, droplet e via aerea con particolare riferimento al sapere indossare e rimuovere correttamente i DPI, al lavaggio e all'igiene delle mani, alla gestione delle procedure invasive in ambito medico e asettico
- III. applicare correttamente nei diversi setting gli approcci basati sui care bundle
- IV. conoscere gli strumenti per monitorare l'andamento delle ICA nei reparti e gli screening per gli organismi MDR.

C. Modulo sul programma locale di contrasto alle infezioni ospedaliere

I contenuti del corso riguarderanno:

- Programma locale di contrasto alle ICA in ambito ospedaliero e sua organizzazione
- Indicatori di struttura e di processo per la prevenzione e controllo delle infezioni
- Approfondimenti riguardanti le diverse professionalità, i diversi setting (es. area medica, chirurgica, terapia intensiva, pronto soccorso) e le principali categorie di ICA in ambito ospedaliero (es. infezioni del sito chirurgico, infezioni correlate a catetere venoso centrale o periferico, infezioni correlate a catetere vescicale, infezioni correlate a device cardiaci e protesi chirurgiche vascolari/ortopediche, polmoniti associate a intubazione, diarrea da C. difficile).

In questo modulo la regione/P.A. potrà indirizzare le tematiche anche in base a specifiche esigenze emerse nella valutazione dei bisogni formativi aziendali e regionali.

D. modulo specialistico riservato agli operatori del CC-ICA (igienisti, clinici, farmacisti, infection nurse, laboratoristi, ecc.)

Tale modulo ha l'obiettivo di migliorare le capacità dei Comitati- ICA (CC-ICA) aziendali sia in termini di competenze specifiche individuali che di organizzazione e integrazione del CC-ICA all'interno della struttura sanitaria. L'obiettivo è quello di innescare

meccanismi di formazione a cascata e rinforzare il networking regionale tra i CC-ICA (approfondimenti su aspetti operativi delle funzioni del Comitato - Sorveglianza, monitoraggio consumo soluzione idro-alcolica e del consumo di antibiotici, verifica del sistema di segnalazione, monitoraggio degli eventi sentinella, outbreak investigation, procedure e protocolli regionali e aziendali, programmi di screening nei confronti di patogeni responsabili di focolai epidemici di MDRO - es. CRE, MRSA, procedure di isolamento, controllo e notifica di malattie diffuse confermate o sospette, indicatori di struttura, processo ed esito per la prevenzione e controllo delle infezioni) e promuovere la conduzione di audit periodici sui dati osservati. Questo modulo potrà essere tenuto per gli interessati prima dei moduli A - B - C al fine di essere di supporto alla loro realizzazione. Infatti, gli operatori del CC-ICA durante la partecipazione ai moduli A-B-C potrebbero fungere anche da formatori, mentori e opinion leader.



Regione Liguria – Giunta Regionale

Atto N° 1223-2022 - Seduta N° 3776 - del 06/12/2022 - Numero d'Ordine 23

Prot/2022/1427672

Oggetto Approvazione del documento “Programmazione regionale della Rete Territoriale ai sensi del DM77/2022”.

Struttura Proponente Settore staff del Dipartimento salute e servizi sociali

Tipo Atto Deliberazione

Certificazione delle risultanze dell'esame dell'Atto

Presidente GIOVANNI TOTI - Presidente, partecipanti alla seduta:

Componenti della Giunta		Presenti	Assenti
Giovanni TOTI	Presidente della Giunta Regionale	X	
Alessandro PIANA	Vicepresidente della Giunta Regionale	X	
Andrea BENVEDUTI	Assessore		X
Simona FERRO	Assessore	X	
Giacomo Raul GIAMPEDRONE	Assessore	X	
Angelo GRATAROLA	Assessore	X	
Augusto SARTORI	Assessore	X	
Marco SCAJOLA	Assessore	X	
		7	1

Relatore alla Giunta GRATAROLA Angelo

Con l'assistenza del Segretario Generale Avv. Pietro Paolo Giampellegrini e del Segretario di Giunta Dott.ssa Roberta Rossi

La Giunta Regionale

All'unanimità ha approvato il provvedimento

Atto rientrante nei provvedimenti di cui alla lett. A punto 1 sub g

Elementi di corredo all'Atto:

- ALLEGATI, che ne sono PARTE INTEGRANTE E NECESSARIA
-

LA GIUNTA REGIONALE

RICHIAMATI:

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*" e ss.mm.ii.;
- il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze n. 70, del 2 aprile 2015, "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*";
- il DPCM del 12 gennaio 2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*";
- il D.L. 19 maggio 2020, n. 34 "*Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*" convertito, con modificazioni, dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77;
- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21) in particolare la "*Missione 6 salute (M6)*" che contiene tutti gli interventi a titolarità del Ministero della Salute suddivisi in due componenti (C), delle quali la componente C1 "*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*" riguarda:
 1. Case della Comunità e presa in carico della persona;
 2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina:
 1. Casa come primo luogo di cura (ADI);
 2. Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT);
 3. Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici.
 3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

OSSERVATO che, nello specifico, la Missione 6 "Salute" del PNRR, nella Componente 1 – "Assistenza di prossimità e Telemedicina" fissa gli obiettivi generali e impone di:

- allineare i servizi ai bisogni della comunità;
- integrare i servizi sanitari e sociali;
- superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio;
- rafforzare i servizi sanitari di prossimità.

OSSERVATO che la Componente 1 citata prevede, nello specifico:

- a. la Riforma 1 "*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima*" che consiste nell'identificazione del modello organizzativo condiviso della rete di assistenza territoriale tramite la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate"
- b. e tre specifici interventi che si articolano nella necessità di riorganizzare l'assistenza di prossimità attraverso
 - l'implementazione delle Case della Comunità
 - la previsione della casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina
 - il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (in particolare gli Ospedali di Comunità).

RICHIAMATI, altresì:

- il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 6 agosto 2021, "*Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del piano Nazionale di Riprese e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione*" e il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 23 novembre 2021, "*Modifiche alla tabella A del decreto 6 agosto 2021 di assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione per la trasformazione digitale*" che assegnano alle singole Amministrazioni le risorse finanziarie per l'attuazione degli interventi di cui sono titolari;

RICHIAMATE, inoltre:

- le leggi regionali:
 - 7 dicembre 2006, n. 41. "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e ss.mm.ii..
 - 29 luglio 2016, n. 17 "Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria" e ss.mm.ii..
- le deliberazioni della Giunta regionale nn.:
 - 705, del 5 agosto 2020 "Piano di potenziamento dell'Assistenza Territoriale della Regione Liguria"
 - 1113, del 23 dicembre 2020 "Adozione del Programma operativo per la gestione emergenza Covid-19 aggiornato";
 - 169, del 8 marzo 2022 "PNRR - Missione 6 - Programma Interventi M6C1.1 .1 Case della Comunità- M6C1 1.2.2 Centrali Operative territoriali - M6C 1.3 Ospedali della Comunità - M6C2 1.1 Ammodernamento Tecnologico e Digitale ospedaliero – M6C2 1.2 Antisismica";
 - 350, del 21.04.2022 "PNRR - Missione 6 SALUTE – Approvazione piano operativo regionale (POR)";
 - 440, del 20 maggio 2022 "Modifica del budget per l'esercizio 2022 per il cofinanziamento del PNRR Missione 6 di cui alle DGR n. 169/2022 e DGR n. 350/2022";
 - 467, del 26 maggio 2022 "PNRR – Missione 6 salute – approvazione contratto istituzionale di sviluppo (CIS)".
- le deliberazioni di A.Li.Sa. nn.:
 - 398, del 28 ottobre 2021 "Aggiornamento del Piano Territoriale ex L. 77/2020 per il 2021, in prosecuzione delle DGR n. 705/2020 e n. 1113/2020. Approvazione dei Piani di Potenziamento Aziendali";
 - 462, del 14 dicembre 2021 "Costituzione gruppo di lavoro per la programmazione condivisa delle azioni previste dai Piani di potenziamento territoriali e dalla Missione 6CI del PNRR; individuazione di un modello Centrale Operativa Territoriale omogeneo a livello regionale"
- il Decreto del Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi sociali n. 3647, del 14 dicembre del 2021 "Piano nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute – D.M. 29aprile 2022. Adozione linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare".

RICHIAMATO, infine e in particolare, il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" che riguarda la definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR.

CONSIDERATO che la Riforma dell'assistenza territoriale operata con il quadro normativo sopra delineato definisce:

- un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale che mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze;
- gli standard assistenziali che dovranno essere rispettati in ogni Regione.

OSSERVATO, infatti, che, tra gli obiettivi della riforma, sono previsti:

- la definizione di un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria in grado di individuare standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, per garantire a cittadini e operatori del Servizio Sanitario Nazionale il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA.
- l'individuazione più agevole delle priorità di intervento in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche.
- Il perseguimento della continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità, che comportano il rischio di non autosufficienza anche attraverso l'integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario

OSSERVATO che il Distretto socio sanitario costituisce il perno del sistema e che i punti cardine della riforma sono delineati come segue:

- Casa della Comunità - Aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7: sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

- Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione
- Centrale operativa 116117 - La Centrale operativa 116117 (Numero Europeo Armonizzato – NEA per le cure mediche non urgenti) è il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per ogni esigenza sanitaria e sociosanitaria a bassa intensità assistenziale
 - Centrale Operativa Territoriale- COT - Svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza
 - Infermiere di Famiglia e Comunità - È la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Unità di continuità assistenziale - È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa
 - Assistenza domiciliare - La casa come primo luogo di cura. Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc. Sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana
 - Ospedale di comunità - È una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale con 20 posti letto che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio
 - Rete delle cure Palliative - È costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale
 - Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie - Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza
 - Telemedicina - Viene utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la Telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

OSSERVATO che il citato decreto n. 77/2022 stabilisce, inoltre, che le regioni provvedano, entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del Regolamento di cui al Decreto stesso, ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale ai sensi del Regolamento stesso.

Vista la nota di A.Li.Sa. n. 0023910, del 06 dicembre 2022, con la quale è stato trasmesso il documento di *“Programmazione regionale della Rete Territoriale”*.

RITENUTA, conseguentemente, la necessità di approvare il documento predisposto da A.Li.Sa. relativo alla programmazione dell'assistenza sanitaria territoriale ai sensi del più volte citato DM 77/2022 *“Programmazione regionale della Rete Territoriale ai sensi del DM77/2022”*, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale.

Su Proposta dell'Assessore alla Sanità, Angelo Gratarola

DELIBERA

Per tutto quanto esposto in premessa che qui s'intende espressamente richiamato:

1. **di approvare** il documento predisposto da A.Li.Sa. relativo all'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale ai sensi del DM 77/2022 “*Programmazione regionale della Rete Territoriale ai sensi del DM77/2022*”, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
2. **di dare mandato**:
 - a. al Dipartimento Salute e Servizi sociali della predisposizione dei successivi atti necessari per l'attuazione della realizzazione del nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale;
 - b. ad A.Li.Sa.:
 - i. di garantire la complessiva *governance* e il coordinamento delle attività di tutti i soggetti coinvolti per lo sviluppo dei servizi territoriali nell'ambito della prevenzione di prossimità, semplificando l'accesso ai servizi e la presa in carico dei pazienti, nonché di effettuare il monitoraggio delle attività previste dal documento di cui al punto 1.;
 - ii. di provvedere alla trasmissione del presente provvedimento ad AGENAS e al Ministero della Salute;
3. **di dare atto** che gli oneri derivanti dal presente provvedimento trovano copertura all'interno del budget 2022 già definito dalla DGR n. 147/2022 per le Aziende del Sistema sanitario regionale e, a partire dall'anno 2023, a valere sul fondo sanitario indistinto;
4. **di pubblicare** il presente provvedimento sul sito istituzionale della Regione Liguria.

Avverso il presente provvedimento è possibile proporre ricorso giurisdizionale al T.A.R. della Liguria o, alternativamente, ricorso Straordinario al Capo dello Stato, rispettivamente, entro 60 o 120 giorni dalla data di pubblicazione, comunicazione o notifica dello stesso.

Programmazione regionale della Rete Territoriale ai sensi del DM77/2022

1. FINALITA' DEL DOCUMENTO	pag. 3
2. INTRODUZIONE /ANALISI DI CONTESTO	pag. 4
3. RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE	pag 7
3.1 Funzionamento e organizzazione del Distretto	pag 8
3.2 Integrazione Sociosanitaria	pag 9
3.3 Recepimento forme organizzative (art. 8 ACN MMG 28/04/2022)	pag 11
3.4 Recepimento e attuazione degli standard previsti dal DM 77/2022.....	pag 12
3.4.1 Casa della Comunità	pag 12
3.4.2 Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC)	pag 13
3.4.3 Centrali operative Territoriali (COT)	pag 14
3.4.4 Centrali Operative 116117	pag 15
3.4.5 Unità di continuità assistenziale (UCA)	pag 15
3.4.6 Assistenza Domiciliare e Rete Cure Palliative.....	pag 16
3.4.7 Ospedali di Comunità	pag 17
3.4.8 Consultori Familiari	pag 17
3.4.9 Dipartimenti di Prevenzione.....	pag 18
3.4.10 Telemedicina.....	pag 18
3.4.11 Integrazione e interazione degli altri servizi	pag 20
4. FABBISOGNO DEL PERSONALE PER IL FUNZIONAMENTO E PIANI DI FORMAZIONE	pag 20
5. CRONO PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'	pag 21
6. MODALITA' DI GOVERNO E MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI RIORGANIZZAZIONE.....	pag 21
Allegato 1: Case di Comunità	pag 22
Allegato 2: Centrali Operative Territoriali	<u>pag 23</u>
Allegato 3: Ospedali di Comunità.....	<u>pag 24</u>

1. FINALITA' DEL DOCUMENTO

Il presente documento recepisce le indicazioni del PNRR e del DM 77/2022 con una revisione della rete territoriale che vedrà l'interazione di diverse professionalità quali anche l'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), necessarie per il funzionamento delle Case di Comunità (CdC), degli Ospedali di Comunità (OdC), delle Centrali Operative Territoriali (COT), per promuovere la "prevenzione di prossimità" intesa come un intervento agito con/per/sulla Comunità che termina così di essere spettatore passivo e diviene, anche grazie a processi di empowerment, soggetto attivo e competente nella costruzione di proposte per il miglioramento delle condizioni di salute del territorio e per la valutazione delle politiche sociosanitarie locali. Grande attenzione andrà data alle componenti di ordine sociale, relazionale, psicologico che influenzano lo stato di salute per prevenire efficacemente il disagio prima che diventi malattia. A questo proposito diventa estremamente importante sviluppare interventi mirati alla diagnosi precoce, alla prevenzione e alla gestione anche della fragilità in particolare alla condizione di pre-fragilità che si riferisce alla dimensione bio-psico-sociale richiedendo un approccio preventivo integrato tra i servizi sanitari e sociali.

Particolare rilevanza avrà la centralità della persona in una logica di offerta più sfumata rispetto ad un rigido modelling organizzativo in grado di aprirsi al coinvolgimento integrato fra servizi sanitari e servizi sociali governati in una prospettiva di integrazione inter istituzionale. La finalità di potenziare l'integrazione complessiva dei servizi socio-sanitari e assistenziali per la promozione della salute e la presa in carico globale della comunità e di tutte le persone, siano esse sane o in presenza di patologie e/o cronicità, si consegue prevedendo la realizzazione di strutture fisicamente identificabili, le Case di Comunità, che si qualificano quale punto di riferimento per un'assistenza di prossimità e punto di accoglienza e orientamento ai servizi di assistenza primaria di natura sanitaria, socio-sanitaria e sociale per i cittadini, garantendo interventi interdisciplinari attraverso la contiguità spaziale dei servizi e l'integrazione delle comunità di professionisti (équipe multi professionali e interdisciplinari) che operano secondo modelli e percorsi integrati, tra servizi sanitari (territorio-ospedale) e tra servizi sanitari e sociali.

L'organizzazione prevede l'identificazione di un modello di riferimento comune Hub e Spoke, attraverso il quale distribuire in maniera capillare e omogenea tali strutture su tutto il territorio regionale, indentificandole quale nodo, facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, all'interno della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, e al tempo stesso come parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale. Fondamentale ai fini della realizzazione del nuovo assetto territoriale sarà la creazione di un modello di sistema informativo e di un'architettura tecnologica in grado di informatizzare i servizi per i cittadini tenendo conto delle trasformazioni digitali in atto al fine di agevolare tutte le fasi operative e gestire complessivamente i bisogni di assistenza sociosanitaria dei cittadini e le relative risposte. Si tratterà di ampliare e migliorare le risorse tecnologiche, acquisire nuove modalità di interfaccia utilizzate anche in contesti diversi dalla sanità e soprattutto creare le interconnessioni tra sistemi tradizionalmente poco propensi all'interoperabilità.

2. INTRODUZIONE/ANALISI DI CONTESTO

La popolazione residente nella Regione Liguria, all'1 gennaio 2021 risulta costituita da 1.507.438 residenti (723.763 maschi, 783.675 femmine) con una tendenza generale al calo delle nascite (8.672 nati per un tasso di natalità pari al 6,8‰) mentre nel 2019 erano 8.747, e nel 2018 erano 9.043. Il calo è di oltre il 29% rispetto al 2008 (12.450 nuovi nati) e parallelamente a questo si è assistito ad un progressivo invecchiamento della popolazione. L'età media dei liguri corrisponde a 49,3 anni e la percentuale di individui di 65 anni ed oltre è pari al 28,8% del totale della popolazione (23,5% in Italia) con un indice di dipendenza pari al 47,7% a fronte del 36,4 % nazionale. Tali dati demografici testimoniano che siamo di fronte ad una popolazione regionale che continua ad invecchiare con una popolazione over 65 che si stima raggiunga nel 2036 la percentuale del 34,13%. Gli ultra settantacinquenni sono pari al 15,9% della popolazione, a fronte dell'11,8% di presenza a livello nazionale. Nelle diverse ASL della nostra regione la popolazione, in base ai dati ISTAT al 1° gennaio 2022, presenta le seguenti caratteristiche:

*totale della popolazione over 65 ed over 75 rispetto al totale della popolazione residente

ASL	Popolazione Residente			Popolazione.≥ 65anni			%*	Popolazione.≥ 75anni			%*
	M	F	TOT	M	F	TOT		M	F	TOT	
1	100.774	107.787	208.561	25.350	33.688	59.038	28,3%	12.834	19.282	32.116	15,3%
2	128.701	139.047	267.748	34.106	45.409	79.515	29,6%	17.667	26.884	44.551	16,6%
3	324.258	354.489	678.747	82.849	113.751	196.600	28,9%	42.181	66.733	108.914	16%
4	67.196	73.210	140.406	17.817	23.854	41.671	29,6%	8.950	14.005	22.955	16,3%
5	102.834	109.142	211.976	25.178	33.199	58.377	27,5%	12.812	19.322	32.134	15,1%
totali	723.763	783.675	1.507.438	185.300	249.901	435.201	28,8%	94.444	146.226	240.670	15,9%

L'ASL 2 si conferma la più vecchia della Liguria mentre l'ASL 5 la più giovane anche se le differenze fra le diverse ASL non sono così rilevanti. Essa presenta la struttura demografica più anziana, con valori degli indicatori decisamente superiori alla media regionale (età media 49,8 anni, indice di vecchiaia 278,4, indice di dipendenza anziani 49,3, indice di struttura della popolazione attiva 172,6), seguita dalla provincia di Genova ovvero ASL 4 e successivamente ASL 3. Gli stranieri residenti in Liguria all'1 gennaio 2021 sono 140.478 e rappresentano il 9,3% della popolazione totale; rispetto alla popolazione autoctona si tratta di una popolazione molto più giovane: il 17,5% degli stranieri residenti ha meno di 15 anni (10,8% cittadini autoctoni) e solo il 6,3% ha 65 anni e oltre (vs il 28,7% cittadini autoctoni) con bisogni socio sanitari diversi dalla popolazione ligure. Lo scenario dei prossimi anni evidenzia una popolazione regionale che crescerà a ritmi molto contenuti, e per contro la sua composizione manterrà la tendenza all'invecchiamento con la previsione al 2047 che gli over 65 sfioreranno il 38% (elaborazioni Demo.Istat.it "Previsioni della popolazione, anni 2018-2065).

STATO DI SALUTE NELLA REGIONE LIGURIA

Lo stato di salute di una popolazione è influenzato da molteplici fattori quali la cultura in senso lato, la condizione socioeconomica (che a loro volta influenzano i comportamenti e gli stili di vita) e l'ambiente inteso come ecosistema. A questi determinanti definiti socio economici vanno poi aggiunti i fattori di rischio suddivisi in non modificabili, predisposizione genetica, età e sesso e modificabili che possono essere corretti attraverso adeguati stili di vita (attività fisica, alimentazione, fumo...) o mediante l'uso di farmaci.

Istruzione

I dati aggiornati all'ultimo censimento evidenziano che tra il 2011 e il 2019 il livello dell'istruzione nella regione Liguria è migliorato, in linea con quanto si registra a livello nazionale. La quota di analfabeti è dimezzata mentre gli alfabeti privi di titolo di studio passano dal 3,5% al 3,0%. È cresciuta, inoltre, l'incidenza dei titoli di studio più alti e non obbligatori.

L'istruzione, in quanto elemento circolare tra persone e ambiente di riferimento, è fortemente condizionata dal contesto, a partire dalla presenza sul territorio di strutture scolastiche e universitarie fino alla disponibilità di infrastrutture di mobilità adeguate. La distribuzione per provincia dei titoli di studio non è del tutto omogenea. Genova è la provincia dove è maggiore l'incidenza delle persone con titoli di studio più alti: il 16,7% ha un titolo di studio terziario, di cui il 12,4% un titolo terziario di secondo livello; la quota di persone con un titolo terziario di primo livello è superiore, seppur di poco, al valore regionale (3,7% rispetto a 3,6%). La percentuale di persone con il diploma di scuola secondaria di secondo grado o qualifica professionale è pari al 37,9% nella regione e varia tra il 35,4% nella provincia di Imperia e il 39,4 nella provincia di La Spezia. Le province di Imperia e Savona registrano, invece, una maggiore incidenza di persone con formazione fino alla secondaria di primo grado: il 53,1% ad Imperia e il 50,3% a Savona, rispetto ad una media regionale del 47,1%.

Dalla distribuzione percentuale della popolazione per grado di istruzione nei diversi comuni si osserva che in Liguria il livello di istruzione dipende dalla collocazione geografica del comune. Meno di un quinto dei comuni registrano una quota di persone con istruzione terziaria maggiore della media regionale (14,9%) e sono principalmente collocati sulla costa. I primi tre comuni per la percentuale di educazione terziaria sono Pieve Ligure (25,1%), Bogliasco (23,2%) e Camogli (22,6%). Diversamente la percentuale di popolazione con al più la scuola secondaria di primo grado è maggiore nei piccoli centri dell'entroterra: è superiore al 60% in 26 comuni con meno di 5.000 abitanti, che rappresentano soltanto l'1,1% della popolazione con più di 9 anni. La distribuzione dei titoli di istruzione per genere in Liguria si presenta sostanzialmente in linea con quella nazionale, con una prevalenza delle donne fra le persone che al massimo hanno conseguito la licenza elementare e tra i residenti in possesso di un titolo di studio terziario e superiore.

La situazione economica

Con riguardo ai livelli degli indicatori semplici nell'ultimo anno disponibile, la Liguria si assesta ad un minor grado di povertà relativa familiare rispetto alla media italiana (9,2% nel 2019 contro 11,4% a livello italiano), e a un livello inferiore alla media italiana per la povertà assoluta (6,8% in Liguria e 8,4% in Italia). In termini di equità di genere, analizzata in riferimento al mercato del lavoro, la Liguria registra valori spesso migliori di quelli rilevati per l'Italia e per la ripartizione del Nord-Ovest, nella fattispecie le differenze, calcolate tra i due generi, del tasso di occupazione e di attività, che si configurano, rispettivamente, come la terza e la seconda meno elevate d'Italia. A fronte del netto progresso dell'indicatore relativo alla povertà relativa familiare (-1,4 punti percentuali tra il 2010 e il 2019) e quello relativo alla bassa intensità lavorativa (-2,2 punti percentuali tra il 2010 e il 2019) non si osserva ancora un miglioramento per la povertà assoluta (+3,3 punti percentuali tra il 2010 e il 2019),

la grave deprivazione materiale (+1,7 punti percentuali tra il 2010 e il 2018), e la percentuale di persone che vivono in abitazioni con problemi strutturali o problemi di umidità (+2,5 punti percentuali tra il 2010 e il 2018). La differenza tra il tasso di occupazione maschile e femminile della Liguria, nel 2020 è pari a 13,1 punti percentuali, un valore più contenuto rispetto a quello rilevato nei due contesti di riferimento (18,2 punti percentuali in Italia e 14,4 punti percentuali nel Nord-Ovest), pertanto la regione nel 2020 ha registrato il terzo valore più basso a livello nazionale, preceduta solo dalla Valle d'Aosta e dal Trentino-Alto Adige (Fonte: elaborazione Liguria Ricerche su dati Istat). Nel 2020 il tasso di occupazione femminile regionale è pari al 56,2%, un valore superiore alla media italiana (49,0%) e in linea a quella del Nord-Ovest (58,6%). (Fonte: Strategia Regionale per lo Sviluppo Sostenibile – Regione Liguria. Anno 2021).

Fattori di Rischio

I fattori di rischio non modificabili in particolare età e sesso sono già stati valutati nella loro distribuzione anche nelle diverse ASL della Regione Liguria nella descrizione della struttura della popolazione. È ormai noto che l'aumentare dell'età determina un incremento del rischio di sviluppare malattie in particolare cardiovascolari, diabete, BPCO e malattie neurologiche degenerative che nel complesso rappresentano le principali malattie croniche. Il rischio è maggiore nel sesso maschile anche se nella donna aumenta molto dopo la menopausa. Di importanza rilevante sono sicuramente i fattori di rischio modificabili attraverso la promozione di stili di vita salutari, come una sana alimentazione caratterizzata da un adeguato apporto di sostanze nutritive in modo equilibrato ed una corretta attività fisica comportano benefici effetti sulla qualità della vita ad ogni età, e in modo particolare nell'età avanzata.

Tra i principali fattori di rischio modificabili vi sono:

- l'obesità che anche in Italia sta diventando un importante problema di salute, anche se rispetto al 2010 si rileva un trend in lieve miglioramento. L'obesità rappresenta un fattore di rischio che incide, non tanto sulla mortalità, quanto sullo stato funzionale con una maggiore esposizione al rischio di sviluppo di malattie croniche. A questo proposito, si evidenzia come accanto ad un lieve miglioramento dell'obesità, rispetto al 2010, anche le malattie croniche presentano un trend in positivo. In Liguria le persone obese nel 2020 sono pari all'8,2% della popolazione.

- L'assunzione di alcolici fuori pasto ha visto un incremento nel valore percentuale rispetto al 2010: studi scientifici hanno rilevato come l'isolamento, determinato dalla recente pandemia, abbia influito nel favorire questo comportamento a rischio soprattutto tra le persone giovani ed anziane. In Liguria nel 2020 le persone di età uguale o superiore a 11 anni che consumano superalcolici fuori pasto è pari al 31,3% della popolazione.

- Il fumo che anche nell'età avanzata può determinare l'insorgenza di patologie cronico-degenerative soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardio-vascolare (i dati del 2020 rivelano che la quota di fumatori di tabacco tra la popolazione di 55-59 superava il 23%, mentre si osservava una diminuzione nelle successive classi di età fino a registrare tra gli ultrasessantacinquenni un 5,8% e che la quota di fumatrici nelle classi di età adulte e anziane è sempre più contenuta di quella dei maschi). In Liguria i dati 2020 evidenziano un numero di fumatori di età uguale o superiore a 14 anni pari al 15,4% della popolazione.

Attraverso la Banca Dati Assistiti del Sistema Sanitario Ligure al 1 gennaio 2022 sono stati rilevati i dati di maggior dettaglio relativi alla distribuzione dei malati cronici nelle 5 ASL e l'incidenza sulla popolazione residente in ogni ASL come da tabella precedente:

ASL	Diabete	Ipertensione	Neuropatie	BPCO	Cardiovascolari
ASL 1	9.458	31.424	3.693	3.725	13.995
ASL 2	14.814	44.298	5.600	5.748	22.252
ASL 3	33.850	112.092	13.662	14.216	52.546
ASL 4	6.444	21.648	2.728	2.684	9.967
ASL 5	11.327	34.538	4.155	4.505	17.283
TOTALE	75.893	244.000	29.838	30.878	116.043

65 anni ed oltre							
Cardiopatie	Malattie respiratorie e croniche	Tumori	Diabete	Insufficienza renale	Ictus o ischemia cerebrale	Malattie croniche del fegato e/o cirrosi	Ipertensione
22%	19%	15%	14%	9%	8%	4%	59%

3. RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE

L'assistenza territoriale pone senza dubbio maggiori problemi rispetto a quella ospedaliera, risulta più complessa nel suo governo per la molteplicità degli interlocutori, per l'eterogeneità delle prestazioni (prossimità, risposte socioassistenziali, prevenzione, assistenza alla cronicità, supporto alla non autosufficienza, al fine vita e alle piccole acuzie), per la difficoltà nella misurazione dei risultati. La struttura sociodemografica attuale e la sua proiezione futura evidenzia una prevalenza delle patologie croniche- involutive e pone il sistema sociosanitario come principale attore della risposta ai bisogni di salute della popolazione attuale imponendo profondi cambiamenti nel modello organizzativo di intervento.

La governance del nuovo impianto della rete dei servizi territoriali sociosanitari è affidata al

Distretto che si struttura con:

- ◆ la riorganizzazione dell'assistenza territoriale attraverso il potenziamento e la creazione di strutture ad hoc come le Case di Comunità (CdC) e gli Ospedali di comunità (OdC);
- ◆ il rafforzamento delle Cure Domiciliari (CD), che attraverso la costituzione delle COT, che tra le varie funzioni hanno anche quella di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari assicurando l'interfaccia con gli ospedali e con la rete dell'emergenza-urgenza; in questo contesto devono essere valorizzate le attività domiciliari svolte dai servizi sociosanitari, quali ad esempio Salute Mentale o Disabili, che tradizionalmente non afferiscono alle Cure Domiciliari ma realizzano interventi finalizzati al mantenimento a domicilio delle persone fragili.
- ◆ una più efficace integrazione tra i servizi socio-sanitari e sociali del territorio. La Casa della comunità (CdC) rappresenta il luogo fisico del coordinamento per la presa in carico delle persone attraverso team multidisciplinari e multi professionali e della promozione della medicina di iniziativa.
- ◆ il potenziamento della figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) per l'attivazione di percorsi di prevenzione primaria e secondaria della fragilità con l'individuazione precoce del rischio ed interventi proattivi e l'attivazione di percorsi di presa in carico e la facilitazione all'accesso ai PDTA per la gestione delle principali patologie croniche.

3.1 DISTRETTO

È il luogo privilegiato di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL facilitatore dell'integrazione tra le strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali.

Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Il Distretto è dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL. La definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale, delineata dal PNRR, porta ad un modello di razionalizzazione della rete che concentra nelle Case di Comunità le strutture ambulatoriali territoriali, rafforzandole in termini di spazi, volumi e tipologia di servizi, tecnologie, professionalità e accessibilità al pubblico.

Il Distretto valuta i bisogni della popolazione e sulla base di questi, nel rispetto delle linee di indirizzo regionali e aziendali, programma i servizi da erogare nell'ambito delle risorse disponibili. A tal fine svolge funzioni di:

COMMITTENZA → responsabilità di governare la domanda valutando i bisogni emersi, gestire ed organizzare l'offerta attraverso le unità operative che lo compongono (indicate nell'art.3 quinquies D.lgs.502/1992) le connessioni funzionali con le altre macro strutture aziendali (Ospedale e Dipartimento di Prevenzione e Dipartimento di Salute mentale), le strutture del privato accreditato e la rete degli attori locali (Comuni, scuola, Terzo settore) sviluppando progettualità condivise.

PRODUZIONE → ossia di erogazione dei servizi sanitari territoriali necessari che possono essere acquisiti facendo ricorso a :

risorse interne attraverso un processo di negoziazione;

risorse esterne provenienti comunque dal Servizio Sanitario;

provider esterni al Servizio Sanitario in una logica di implementazione di una Rete sociosanitaria sussidiaria.

GARANZIA → svolge un ruolo di governance del sistema pubblico-privato assicurando l'accesso ai servizi, l'equità di trattamento, la verifica della adeguatezza dei servizi in

funzione dei volumi di attività attesi, e degli standard di qualità e sicurezza delle cure.

Direttore del Distretto

Il direttore di distretto deve avere una formazione che garantisca competenze strategiche, organizzative e gestionali. Sono inoltre richieste specifiche competenze manageriali e professionali oltre ad una maturata esperienza in Aziende/Enti pubblici di servizi sanitari e/o sociosanitari.

I compiti organizzativi e gestionali del Direttore fanno riferimento alle seguenti aree:

- ◆ analisi dei bisogni, progettazione e valutazione dei servizi;
- ◆ programmazione e gestione del budget, anche attraverso l'assunzione di responsabilità economico finanziaria delle risorse imputate alle relative autorizzazioni di spesa;
- ◆ acquisizione dei servizi;
- ◆ gestione organizzativa di personale, strutture, processi;
- ◆ verifica dei volumi e delle tipologie di prestazioni acquistate;
- ◆ monitoraggio e valutazione dei risultati sulla base di dati e informazioni di natura differente compreso il feedback restituito dall'utenza ed il confronto interno ed esterno (benchmark);
- ◆ piani di formazione del personale formalmente assegnato;
- ◆ attività di promozione della Salute e definizione di strategie di prevenzione concertate con il Dipartimento di Prevenzione;
- ◆ gli accordi strategici interaziendali (Contratti di Servizio, Convenzioni, Deleghe, Accordi di Programma, Protocolli d'intesa con i Comuni per le attività sociosanitarie) e il Piano Attuativo Territoriale (PAT per la parte sanitaria) e i Piani di Zona (PdZ per la parte sociale).

3.2 REALIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Il PNRR rappresenta un'occasione imperdibile per realizzare l'integrazione in quanto identifica il sistema sanitario come parte di un più ampio sistema di welfare. In tal senso la Casa della Comunità diventa il luogo privilegiato dell'integrazione sociosanitaria attraverso specifici strumenti, alcuni dei quali individuati come Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), che consentono il funzionamento dei servizi presenti all'interno e le loro sinergie, sinteticamente riportati nella tabella.

PUA - punto unico di accesso	Definito LEP dal Piano di Interventi e Servizi Sociali 2021-2023 e qui da intendersi come un punto di accesso "diffuso" sul territorio ma "unico" sotto il profilo del metodo e degli strumenti in modo da garantire un percorso unitario di presa in carico con l'attivazione della rete dei servizi per le situazioni ad elevata complessità. Garantisce e crea il collegamento tra i servizi competenti (sanitari, sociali e relativi all'inclusione)
------------------------------	--

	<p>assicurando alla persona una risposta unitaria attraverso la ricomposizione di interventi e risorse in un unico percorso. La frammentazione dei diversi punti d'accesso, viene superata grazie all'interoperabilità dei sistemi informativi, all'apporto delle nuove tecnologie per il raggiungimento degli obiettivi di digitalizzazione così come promossi dal PNRR. La facilitazione per l'utente di accedere ad un percorso di presa in carico è garantita dalla presenza capillare sul territorio di molteplici punti di accesso (servizi sociali, studi dei MMG, sportelli sociosanitari già operanti sul territorio...) che rappresentano "porte virtuali" che grazie alla connessione informatica, restituiscono alla persona una risposta unitaria evitandole l'effetto "flipper". Le attività svolte confluiscono in una cartella informatica interoperabile che dovrà necessariamente contenere elementi utili alla prosecuzione del percorso.</p>
UVM – Unità di Valutazione Multidimensionale	<p>Costituisce un momento puntuale, non continuativo, che si attiva quando necessario su istanza di uno dei servizi della rete. Si prevede l'adozione di strumenti di assessment condivisi. A tal fine è previsto un tavolo di lavoro istituzionale sulla ricognizione degli strumenti valutativi in atto e l'aggiornamento dello strumento utilizzato da Regione Liguria, scheda AGED.</p>
EQUIPE INTEGRATE SOCIO SANITARIE	<p>Nelle situazioni complesse dove al bisogno sociale si affianca un bisogno sociosanitario o sanitario è necessario attivare il percorso di presa in carico congiunta attraverso le equipe integrate. Previste ed operanti presso le CdC queste hanno carattere strutturale e permanente e sono composte da operatori nominalmente individuati dai rispettivi servizi/enti di appartenenza.</p>
PROGETTO PERSONALIZZATO DI SALUTE: PIANO INDIVIDUALIZZATO DI ASSISTENZA (PAI) E RIABILITATIVO (PRI, sotto articolazione del PAI)	<p>Costituiscono gli strumenti attraverso cui si definisce, nell'ambito delle equipe integrate sociosanitarie, il Progetto Personalizzato (PP) cui concorrono operatori, servizi, enti istituzionali diversi. Il PP pianifica e organizza, in chiave dinamica, l'insieme dei sostegni, formali e non formali di assistenza, anche ad alta o altissima intensità utili a garantire al beneficiario la</p>

	migliore condizione di salute, l'accesso e la permanenza al lavoro, la piena partecipazione sociale l'indipendenza economica ed abitativa. Il PP garantisce la piena esigibilità e come tale è un livello essenziale, indipendentemente dall'età, dalla gravità della menomazione o dall'intensità o complessità dei sostegni necessari alla persona.
SISTEMI INFORMATIVI INTEGRATI	L'implementazione del SISS – Sistema integrato sociosanitario attraverso la creazione della piattaforma di interconnessione ed interoperabilità dei dati con i vari attori di tutto il Sistema sociosanitario, diventa condizione necessaria per l'attivazione e il funzionamento delle COT e per la costruzione della “cartella socio-sanitaria” che alimenta il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).
FORMAZIONE CONGIUNTA	È previsto un piano di formazione per gli operatori delle ASL e dei Comuni coinvolti nell'attività delle equipe integrate per la valutazione multidimensionale. E' altresì possibile, per tematiche specifiche, prevedere percorsi formativi che coinvolgano anche gli operatori degli enti privati accreditati che operano per conto del SSR.

3.3 RECEPIMENTO E INTEGRAZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE AI SENSI DELL' ART. 8 DELL'ACN MMG e PLS 28/04/2022

Un aspetto di particolare rilevanza è quello relativo al coinvolgimento dei MMG, dei PLS e degli Specialisti ambulatoriali che operano secondo il modello delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e possono assumere una delle forme giuridiche previste dalla vigente legislazione assicurando un'interfaccia organizzativa alla casa della comunità più larga e strutturata del singolo medico.

I coordinatori delle AFT partecipano alla definizione degli obiettivi strategici nell'ambito territoriale di competenza e sono previsti 2 coordinatori di AFT quali membri di diritto del “Collegio di Direzione” aziendale.

I MMG e i PLS assicurano la coerenza dei piani di cura dei loro assistiti attraverso:

- le attività ambulatoriali presso il proprio studio, la sede di riferimento della AFT e/o la CdC;
- l'assistenza domiciliare programmata o Cure Domiciliari nei confronti dei propri assistiti;

- la continuità assistenziale durante i periodi di eventuale ricovero nella fase acuta, post acuta e negli OdC;
- l'adozione di programmi di revisione della politerapia verso il deprescribing a tutela della salute del fragile in collaborazione con il farmacista di comunità;
- la partecipazione alle attività promosse dal Distretto e dalla CdC (progetti individuali di salute, ADI, PDTA, PAI, campagne di prevenzione, vaccinazioni, telemedicina e altro) sulla base della programmazione nazionale, regionale, aziendale/distrettuale secondo la suddivisione oraria stabilita dall'accordo contrattuale.

Gli studi degli MMG costituiscono una rete che fa capo alle CdC con le quali devono essere funzionalmente collegate anche grazie ad un'infrastruttura informatica comune. Nelle aree interne dove la CdC risulta particolarmente distante, lo studio dei MMG deve essere ulteriormente rafforzato (strumenti di prima diagnostica, rete e telemedicina) al fine di garantire un'assistenza di prossimità adeguata e compensare diseguaglianze territoriali.

L'organizzazione del Distretto, che prevede la presenza di MMG/PLS, Specialisti ambulatoriali all'interno delle Case di Comunità o a queste collegati funzionalmente, garantisce quindi la prossimità con tutti gli operatori sanitari e sociali favorendo la collaborazione nel percorso di presa in carico. Inoltre la co-presenza di professionisti del sistema sanitario e del sistema dei servizi sociali, all'interno della CdC e il collegamento in rete con l'ospedale favoriscono la partecipazione attiva dei diversi operatori alla definizione e gestione dei PDTA e dei PAI in una logica di continuità assistenziale.

L'infrastruttura informatica distrettuale rappresenta il presupposto necessario per la realizzazione della rete dei servizi territoriali e la valutazione dei fabbisogni, delle attività e dei risultati, garantendo interoperabilità di una base dati sempre più larga per analizzare i risultati e sviluppare sistemi predittivi progressivamente più precisi ed efficaci per raggiungere i migliori obiettivi di salute dei cittadini.

E' in fase di redazione l'atto di programmazione ACN MMG e PLS ai sensi dell'art.8 del vigente ACN, i cui caposaldi sono:

- Obiettivi prioritari di politica sanitaria regionale nell'ambito della rete di assistenza primaria (Piano Nazionale Criticità art.4 DM 77/2022 – Tecnologie Mediche DM 29 luglio2022);
- Revisione e integrazione del modello di AFT per la Medicina Generale alla luce del nuovo ruolo unico di Medico di Assistenza Primaria;
- Indirizzi programmatici per il coinvolgimento delle AFT nella nuova rete di Assistenza Sanitaria Territoriale ai sensi del DM 77/2022 (CdC, UCA, OdC);
- Forme organizzative multiprofessionali;
- Indirizzi programmatici per attuazione di quanto previsto dal DM 29/07/2022 e per la definizione di progetti di telemedicina

3.4 RECEPIMENTO E ATTUAZIONE DEGLI STANDARD PREVISTI DAL DM 77/20

3.4.1 Casa di Comunità

Il PNRR pone al centro del disegno della riorganizzazione della rete territoriale, la CASA DI COMUNITÀ quale riferimento di prossimità, di accoglienza ed orientamento ai servizi di assistenza primaria, per la "presa in carico (PIC)" delle persone a maggiore intensità assistenziale, sedi del lavoro multiprofessionale e dell'integrazione sociosanitaria e

socioassistenziale. Posta sotto la direzione del Distretto, è strutturata per garantire interventi interdisciplinari attraverso la contiguità spaziale dei servizi e l'integrazione delle comunità di professionisti (equipe multiprofessionali e interdisciplinari) che operano secondo programmi, protocolli e percorsi integrati, tra servizi sanitari (territorio-ospedale) e tra servizi sanitari e sociali supportati da una forte infrastruttura informatica. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione con i servizi sociali dei Comuni.

L'attività all'interno della CdC prevede un lavoro interprofessionale e multidisciplinare e interventi coordinati tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia e Comunità, assistenti sociali (sia dei Comuni sia delle ASL) ed altri eventuali professionisti sanitari e sociali afferenti anche ad altre Agenzie/Enti pubblici o privati del territorio. Il coinvolgimento delle AFT e delle Medicine di Gruppo dei MMG e PLS nella definizione e assegnazione di obiettivi condivisi dall'équipe multi professionale valorizza le competenze delle professioni sanitarie e sociali, evita l'isolamento di "singoli professionisti" o di singole "aggregazioni mono professionali".

La CdC quindi costituisce un modello organizzativo di integrazione istituzionale e professionale non solo in ambito sanitario ma anche tra sanità e sociale, quale luogo di prevenzione e promozione della salute e della partecipazione della comunità.

L'attività della CdC è improntata ad un sistema organizzativo orientato in prevalenza verso un lavoro di equipe interprofessionale secondo il modello organizzativo della cronicità.

L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

l'accesso integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale nella logica di prossimità al cittadino per ricompattare i percorsi di risposta assistenziale;
la prevenzione e promozione della salute anche attraverso interventi di comunità ed individuali realizzati dalle equipe sanitarie e dalle aree della fragilità con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione aziendale per gli aspetti di competenza;
la presa in carico della cronicità e fragilità secondo un approccio di medicina d'iniziativa;
la valutazione multidimensionale del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata nell'ambito dei servizi sanitari e sociali;
la continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori ecc.);
l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra diversi servizi; il coinvolgimento nelle iniziative delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

Si riporta negli allegati la distribuzione delle CdC nei Distretti Liguri

3.4.2 Infermiere di Famiglia e Comunità

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFoC) è la figura professionale che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella CdC in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona e la sua rete familiare e di comunità.

Nella CdC, l'IFoC svolge attività di:

- collaborazione con i MMG/PLS, per reclutamento e gestione dei pazienti affetti da patologie croniche e per la definizione ed implementazione dei progetti di salute, svolgendo attività di case management e assistenziale nei confronti di tali pazienti. Partecipa inoltre alla programmazione di interventi di sanità di iniziativa per definiti

- sottogruppi di assistiti in base alle caratteristiche della popolazione afferente alla CdC, privilegiando iniziative con gruppi di persone e non solo individuali;
- analisi del bisogno e accompagnamento alla presa in carico, per i pazienti segnalati dal MMG, dalla COT o dalla centrale 116117. Come descritto nel paragrafo relativo al Punto Unico di Accesso, l'IFoC può effettuare valutazione del bisogno, promuovere l'identificazione precoce del bisogno di cure palliative attraverso l'impiego degli strumenti previsti ex DGR 1046/2018, distinguere il tipo di bisogno (semplice o complesso) e prendere in carico il caso per passaggi successivi (interazione con MMG; attivazione della Rete Locale di Cure Palliative, colloquio con assistenti sociali, ecc...);
 - collaborazione e coordinamento con operatori ADI rispetto ai pazienti presi in carico dalla CdC. l'IFoC si coordina sistematicamente con gli erogatori ADI e UCA, costruendo una relazione bi-direzionale da parte dell'IFoC agli operatori ADI/UCA (es. se si nota una ridotta aderenza alle terapie) e dagli operatori ADI/UCA all'IFoC (es. se osservano una situazione di contesto abitativa o sociale critica o scarsa aderenza allo stile di vita auspicato);
 - monitoraggio dei pazienti in carico, dialogando proattivamente con il paziente e/o il suo caregiver, con un approccio di promozione della salute, per i casi di insufficiente aderenza alle terapie o agli stili di vita richiesti, oppure attivando il medico di riferimento in caso di esiti clinici intermedi insoddisfacenti rispetto ai target terapeutici programmati.
 - L'IFoC può erogare prestazioni in ambulatori dedicati per i pazienti affetti da patologie croniche (es. monitoraggio pressione, glicemia, ecc...), recarsi al domicilio del paziente per effettuare interventi sanitari previsti dal servizio di Assistenza Domiciliare di base (es. medicazioni, riposizionamento catetere, verifica terapia, ecc...) o di primo accompagnamento del paziente verso un nuovo setting di cura;
 - collaborazione e coordinamento con il personale di studio del MMG e con gli operatori sociali del comune/Ufficio di Piano, secondo protocolli di integrazione elaborati a livello di Distretto;
 - collaborazione e raccordo con le équipes di cure palliative

3.4.3 La centrale operativa territoriale (COT)

Il disegno sopra esposto descrive un meccanismo di funzionamento del modello organizzativo garantito dalla COT-centrale operativa territoriale quale servizio di back-office che facilita l'attivazione e garantisce la continuità della presa in carico attraverso una piattaforma comune ed integrata con i principali applicativi di gestione aziendale e di interconnessione con tutti gli enti/strutture presenti sul territorio, garantendo il coordinamento e raccordo tra i nodi delle diverse reti e i professionisti.

La COT assicura un lavoro di coordinamento dei vari servizi distrettuali e nello specifico svolge un lavoro di transitional care garantendo la continuità dell'assistenza e l'integrazione socio-sanitaria tra i diversi setting assistenziali; in particolare garantisce la sua funzione di coordinamento:

- registrando ed indirizzando le richieste di transizione tra i diversi setting assistenziali assicurandone il tracciamento;
- garantendo il supporto informativo e logistico ai professionisti della rete;
- raccordando i servizi ed i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere) ottimizzandone gli

- interventi;
- raccogliendo, gestendo e monitorando i dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, domotica, digitalizzazione, sperimentazione di strumenti di Intelligenza artificiale;
- assicurando il collegamento con la rete dell'emergenza ed urgenza.
-

Si riporta negli allegati la distribuzione delle COT nei Distretti Liguri

3.4.4 Centrali Operative 116117

Il DM 77/2022 indica il numero unico 116117 come uno dei canali chiamato a diventare progressivamente una delle modalità ordinarie per accedere al SSN in modo non urgente, sia per ottenere informazioni, sia per avere un primo orientamento nei servizi, sia per esigenze di continuità assistenziale, sia per orientarsi e accedere ai servizi socio-sanitari.

La revisione dell'assistenza territoriale richiede l'adozione di un nuovo approccio anche per la gestione del numero unico AREU dedicato all'accesso ordinario ai servizi del SSN e alla continuità assistenziale (NEA 116117) con la possibilità per gli operatori, sulla base di quelle che saranno le indicazioni regionali, a fronte di una valutazione basata su protocolli definiti, di indirizzare l'utente al proprio MMG o a un IFoC, ad un percorso di visita ambulatoriale presso gli ambulatori di CA presenti nella CdC di riferimento, chiedere l'attivazione di un intervento domiciliare IFoC/ADI/UCA attraverso la COT a seconda dell'urgenza del caso, attivare il PUA e UVM, indicare le modalità per prenotare servizi specialistici, ecc.

A tendere e con il supporto di strumenti dedicati, dovranno poter indirizzare il cittadino che ne necessita anche verso un percorso di gestione delle problematiche sociali, attivando il PUA della CdC di riferimento tramite la COT.

3.4.5 Unità di continuità assistenziale (UCA)

In situazione di particolare complessità clinico assistenziale può essere attivata attraverso la condivisione con MMG, l'Unità di continuità assistenziale (UCA) quale equipe mobile distrettuale composta da 1 medico e 1 infermiere eventualmente integrata anche con altre figure sociosanitarie, dotata di un sistema integrato comprendente una infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet per garantire teleconsulto attraverso l'interoperabilità della rete degli specialisti collegati.

L'UCA è dotata altresì di strumentazione avanzata e dispositivi medici, anche diagnostici, portatili al fine di monitorare le condizioni cliniche dei pazienti.

La sede operativa delle UCA è nella Casa di Comunità HUB

L'UCA interviene a richiesta (non in sostituzione dei professionisti responsabili della PIC delle cure domiciliari) per un periodo di tempo definito:

- a supporto delle cure domiciliari in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostico terapeutiche;
- per la presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante eventuali focolai

epidemici, garantendo accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;

- nei programmi di prevenzione territoriale (quali ad esempio ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/case di riposo per pazienti fragili) in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica;
- nella partecipazione a programmi di prevenzione nella Comunità;

3.4.6 Assistenza domiciliare e Rete Cure Palliative

L'obiettivo è di far sì che la "casa" sia considerata il principale luogo di cura implica necessariamente il potenziamento dei servizi sociosanitari territoriali. Per il raggiungimento dell'obiettivo è necessario integrare i servizi di assistenza domiciliare e di prossimità dei Comuni con le misure per la Non autosufficienza che completano l'offerta degli interventi a sostegno della domiciliarità.

Per raggiungere gli obiettivi previsti dal PNNR si dovrà incrementare il numero di pazienti in carico alle cure domiciliari comprese quelle palliative nelle diverse ASL liguri.

Tale risultato potrà essere raggiunto con l'inserimento del servizio di Cure domiciliari e delle Unità di Cure palliative domiciliari (UCPDom) all'interno delle Case di Comunità, con il potenziamento delle figure professionali dedicate all'assistenza domiciliare, valorizzando altresì tutte le altre prestazioni domiciliari svolte dai servizi sociosanitari quali ad esempio la salute mentale e il servizio per i disabili e promuovendo l'impiego di strumenti telemedicina. Inoltre è necessario procedere alla messa in atto di nuovi modelli assistenziali con approccio multi- e inter- disciplinare in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere e con la messa in campo di nuovi strumenti come la televisita, il teleconsulto e il monitoraggio a distanza utilizzati con la fattiva collaborazione di tutti i servizi presenti nella Casa di Comunità, dei MMG/PLS, IFoC e medici specialisti territoriali ed ospedalieri. Le cure domiciliari potranno essere esternalizzate e svolte da erogatori autorizzati e accreditati secondo quanto previsto dalla normativa vigente. In questo caso la richiesta avverrà da parte del MMG con autorizzazione del Distretto che supervisionerà e monitorerà i percorsi di PIC.

Per quanto riguarda le UCP Domiciliari al fine di definire percorsi omogenei a livello regionale all'interno delle Reti Locali di Cure Palliative sono stati definiti, dalla Rete Regionale di Cure Palliative, gli indirizzi per la definizione del percorso integrato per la presa in carico della persona in condizioni di cronicità complesse e avanzate con bisogni di Cure Palliative dall'accesso alla valutazione, secondo i seguenti passaggi ai sensi della normativa vigente:

1. Eleggibilità del paziente con bisogno di Cure Palliative
2. Segnalazione e l'accesso alla Rete Locale di Cure Palliative (RLCP);
3. Rivalutazione del bisogno e dell'intensità assistenziale;
4. Chiusura e valutazione della presa in carico.

La Regione Liguria ha attivato un sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione cure domiciliari attualmente in fase di aggiornamento secondo la programmazione regionale, recependo le indicazioni della legge

15 marzo 2010, n. 38, intende attuare un programma triennale nonché un percorso di definizione delle procedure di accreditamento delle Reti locali, come previsto dall'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano "Accreditamento delle reti di terapia del dolore" (Rep. Atti n.119/CSR del 27 luglio 2020). È altresì previsto il potenziamento del modello *Simultaneous Care* che implica la possibilità di accedere simultaneamente alle cure oncologiche e alle cure palliative e che consiste nella definizione di un percorso di accesso e presa in carico precoce del paziente oncologico con bisogno di cure palliative. Nell'ambito della Rete Regionale di Cure Palliative sono in via di definizione nuovi criteri di eleggibilità specifici per l'accesso in Hospice per i pazienti non oncologici. Nell'ambito della *Terapia del dolore* si prevede la realizzazione del progetto mediante l'implementazione e lo sviluppo della rete stessa, l'avvio di percorsi formativi, l'implementazione di strumenti informativi e l'utilizzo della telemedicina, anche sulla base delle indicazioni del PNRR, contestualmente all'avvio del processo di qualificazione dei percorsi di Terapia del Dolore.

Alla luce dell'importante contributo che le Associazioni e il privato no-profit svolgono quotidianamente in sinergia con i servizi territoriali, risulta particolarmente significativo sviluppare questo apporto attraverso il sistematico utilizzo di equipe integrate.

3.4.7 Gli Ospedali di Comunità

Per il potenziamento e la riorganizzazione della filiera dei percorsi di assistenza sono previsti gli OSPEDALI DI COMUNITÀ. Si tratta di strutture sanitarie afferenti all'area territoriale che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio/residenzialità sociosanitaria e il ricovero ospedaliero, per ricoveri brevi a bassa e media intensità di cura, rivolti a pazienti con deficit funzionali e/o cronici stabili dal punto di vista clinico provenienti dall'ospedale, dalle strutture residenziali sociosanitarie o dal domicilio:

- dimissibili dal setting ospedaliero ma che non possono rientrare a domicilio per la necessità di cure infermieristiche continue, per mancanza temporanea o non strutturale di una rete di sostegno familiare, per la necessità di un recupero psico – fisico; in questo caso l'OdC costituisce la prima tappa verso il domicilio;
- che necessitano di riabilitazione multidimensionale motoria, cognitiva e funzionale, supporto riabilitativo-educativo o interventi fisioterapici nell'ambito dei PDTA/protocolli già attivati nel reparto di provenienza prima del rientro a domicili
- che necessitano di assistenza per la somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, di interventi di educazione terapeutica al paziente e al caregiver.

È fondamentale la messa in rete con gli altri setting assistenziali e il collegamento funzionalmente con gli ospedali e con i servizi territoriali (residenze sociosanitarie extra ospedaliere). Il collegamento deve garantire il consulto con le equipe specialistiche ospedaliere e a tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.

Si riporta negli allegati la distribuzione degli OdC nei Distretti Liguri.

3.4.8 Consultorio Familiare

L'attività consultoriale si caratterizza da un approccio multidisciplinare e olistico che richiama il "Planetary Health". Nell'ambito dell'assistenza territoriale, il Consultorio Familiare eroga l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie, garantendo prestazioni, anche di tipo

domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Tali attività possono svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza e consentendo l'integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali: quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell'area di assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute.

Il principio ispiratore è un approccio intersettoriale in quanto, oltre al sociale, vi sono innumerevoli altri attori che possono contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro). Le attività del Consultorio Familiare devono essere definite e coordinate con gli altri servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) e con gli altri protagonisti della Rete Materno Infantile, sui piani del funzionamento interno e dell'integrazione in rete.

La Regione Liguria sta lavorando in collaborazione con il Ministero per l'adozione nel corso del 2023 del nuovo flusso informativo dedicato a rilevare l'attività sanitaria dei Consultori Familiari, come previsto dalla Missione 6 "Salute" componente 2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

3.4.9 Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione nel Sistema Sanitario Regione Liguria rappresenta l'articolazione dell'Azienda Socio Sanitaria Locale preposta alle attività di tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità di vita mediante iniziative coordinate con i Distretti e gli altri Dipartimenti aziendali.

Il Dipartimento predispone programmi di lavoro, favorisce l'integrazione fra le strutture organizzative professionali, l'omogeneizzazione delle prestazioni, la verifica la qualità delle stesse, la formazione e l'aggiornamento degli operatori, l'armonizzazione delle attività di prevenzione con quelle di vigilanza.

Gli obiettivi sono riportati nel Piano Regionale della Prevenzione 2021-25.

Il Dipartimento assolve le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica:

- a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- d) salute animale e igiene urbana veterinaria;
- e) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- g) attività medico legali per finalità pubbliche.

Le prestazioni che richiedono una distribuzione capillare sul territorio come vaccinazioni e screening, saranno svolte all'interno delle case di comunità.

3.4.10 Telemedicina

La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie

sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la teleriabilitazione, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, o la telerefertazione, costituiscono un'opportunità e un fattore abilitante la strutturazione di modelli di gestione integrata dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, in grado di rispondere sia alle necessità dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicità, sia, in un'ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito,

Lo sviluppo della telemedicina va considerato come un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, poiché può favorire:

- la riduzione delle distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi;
- la diagnosi precoce dell'evento acuto e il tempestivo intervento per pazienti trattati a domicilio e/o in condizioni di emergenza;
- l'efficientamento delle prestazioni assistenziali erogate in zone interne e/o disagiate con una ottimizzazione delle risorse, offrendo servizi di prossimità che aumentino l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica;
- la correlazione degli interventi per una presa in carico integrata tra ospedale e territorio, anche assicurando processi di de-ospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette;
- la collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e territoriali. particolare per tutti quei contesti nei quali la multidisciplinarietà è elemento essenziale per una corretta presa in carico e gestione dell'assistito.

Anche se, per quel che concerne il rapporto personale medico paziente, le prestazioni di telemedicina non sostituiscono completamente le prestazioni assistenziali tradizionali, ma le integrano per migliorarne efficacia, efficienza, appropriatezza e sostenibilità

D'altro canto, affinché le prestazioni di telemedicina possano essere attivate, è necessaria una preventiva adesione da parte dell'assistito, che si rende disponibile al contatto telematico, all'interazione documentale e informativa con il professionista sanitario e a utilizzare i previsti sistemi di comunicazione remota, secondo le normative vigenti in tema di privacy e sicurezza.

In questo contesto, se il paziente è disponibile a ricevere la prestazione in telemedicina dal domicilio, il suo "profilo tecnologico", ovvero la sua conoscenza e capacità d'uso degli strumenti informatici, deve diventare parte dell'anamnesi. Al variare del tipo di prestazione di telemedicina erogata, e dei relativi requisiti minimi e dispositivi accessori associati, per il singolo assistito dovrebbero essere valutati i seguenti aspetti:

1. se sa usare o è in grado di imparare ad usare gli strumenti digitali di comunicazione (es. smartphone, tablet, computer con webcam);
2. se può usare autonomamente tali strumenti (disabilità fisica e cognitiva potrebbero limitarne la possibilità);
3. se può essere aiutato da un familiare o un *caregiver* nell'uso di tali strumenti;
4. l'idoneità al domicilio della rete internet, degli impianti (elettrici, idraulici, ecc), degli ambienti e delle condizioni igienico-sanitarie.

Per i Requisiti minimi e gli Standard di servizio si rinvia alle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato Regioni il 17 dicembre 2020.

3.4.11 Integrazione interazione con altri servizi

La casa della comunità è la sede dove avviene la valutazione multidimensionale del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata nell'ambito de servizi sanitari e sociali, promuovendo la continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, dipendenze e residenzialità) e l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra diversi servizi.

La COT assicura un lavoro di coordinamento dei vari servizi distrettuali e nello specifico svolge un lavoro di transitional care garantendo la continuità dell'assistenza e l'integrazione sociosanitaria tra i diversi setting assistenziali.

La telemedicina in questo rappresenta un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, favorendo, la correlazione degli interventi per una presa in carico integrata tra ospedale e territorio, anche assicurando processi di de-ospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette e la collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e territoriali.

L'inserimento del servizio di Cure domiciliari e delle Unità di Cure palliative domiciliari (UCPDom) all'interno delle Case di Comunità, con il potenziamento delle figure professionali dedicate all'assistenza domiciliare, rappresenta un valore aggiunto per tutte le altre prestazioni domiciliari svolte dai servizi sociosanitari quali ad esempio la salute mentale e il servizio per i disabili, promuovendo anche l'impiego di strumenti telemedicina.

4. FABBISOGNI DEL PERSONALE PER IL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

Sono stati recepiti gli standard previsti dal DM 77 nei nuovi modelli organizzativi (CdC – COT – OdC).

Sono in atto le interlocuzioni A.Li.Sa. – AA.SS.LL. per le valutazioni in merito al fabbisogno del personale necessario al funzionamento dei servizi, rispettando il range degli standard previsti dal DM 77/2022, per le strutture che saranno progressivamente attivate.

Sono altresì in corso interlocuzioni con l'Università competente territorialmente per la definizione di un piano formativo integrativo, al fine di corrispondere progressivamente al fabbisogno.

5. CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

Si rimanda a quanto previsto dalla DGR n. 350 del 21.04.2022 recante "PNRR - Missione 6 SALUTE – APPROVAZIONE PIANO OPERATIVO REGIONALE (POR)

Target

Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità

T2 2022

Target

Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità

T1 2023

Target

Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)

T1 2023

Target Stipula dei contratti per la realizzazione della Case di Comunità T3 2023

Target

Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche

T1 2026

6. MODALITA' DI GOVERNO E MONITORAGGIO

Con Delibera Alisa n. 462 del 14/12/2021 è stato istituito "Gruppo di lavoro per la programmazione condivisa delle azioni previste dai Piani di Potenziamento territoriali e dalla Missione 6 C1 del PNRR

E' stato nominato con nota Alisa n. 16437 Referente Regionale per Gruppo di Lavoro " Monitoraggio degli standard DM 77/2022

Allegato 1 DISTRIBUZIONE CASE DI COMUNITA' NEI DISTRETTI LIGURI

Distretto - 01 - VENTIMIGLIESE	5	➤ Struttura «Eiffel» area parco ferroviario di Ventimiglia, Via San Secondo
Distretto - 02 - SANREMESE		➤ Nuovo Palasalute Baragallo di Sanremo, Via San Francesco ➤ Arma di Taggia (stazione ferroviaria nuova - Arma di Taggia), Via Stazione Nuova
Distretto - 03 - IMPERIESE		➤ Palasalute Imperia Via Lorenzo Acquarone, 9 Imperia ➤ Pieve di Teco (ex Caserma Manfredi), Viale Vittorio Veneto
Distretto - 04 - ALBENGANESE	6	➤ Ospedale S.Maria di Misericordia Casa di Comunità Viale Martiri della Foce,40 Albenga ➤ Ospedale S.Corona di Pietra Ligure Via XXV Aprile
Distretto - 05 - FINALESE		➤ Sede del Distretto, Via della Pineta 6, Finale Ligure
Distretto - 06 - BORMIDE		➤ Ospedale San Giuseppe di Cairo, Via Martiri della Libertà 30, Cairo Montenotte
Distretto - 07 - SAVONESE		➤ Sede del Distretto Via Collodi 13, Savona ➤ Vado Ligure, Via alla Costa
Distretto - 08 - GENOVA PONENTE	13	➤ Casa della Salute Voltri (Ex Tecsaldo - COPROMA), via Odicini ➤ MARTINEZ, Via Pegli, 41, Pegli ➤ Campoligure, Via Rossi, 33 Campoligure
Distretto - 09 - GENOVA MEDIO E PONENTE		➤ Palazzo Salute Fiumara- Via Operai 80 ➤ Sede Poliambulatori/Palazzo della Salute Via Soliman Genova
Distretto - 10 - GENOVA VALPOLCEVERA E VALLESCRIVIA		➤ Ex scuola Trucco, Via Pasquale Pastorino,32 Bolzaneto ➤ Struttura ASL 3 Borgo Fornari – Ronco Scrivia ➤ CELESIA, Via Pierino Negrotto Cambiaso, 62 - Rivarolo
Distretto - 11 - GENOVA CENTRO		➤ Casa della Salute via Assarotti – Genova
Distretto - 12 - VALTREBBIA E VALBIS.		➤ Palazzo della Salute Doria - Via Struppa 150, Struppa ➤ Poliambulatorio Via Archimede – Genova
Distretto - 13 - GENOVA LEVANTE		➤ Casa Della Salute Quarto - Via G.Maggio 6, Quarto ➤ Casa Della Salute di Recco – Via A.Bianchi, Recco
Distretto - 14 - TIGULLIO OCCID.		➤ Ospedale di Rapallo, Casa della Salute Distrettuale 14 - Via San Pietro 8, Rapallo
Distretto - 16 - TIGULLIO	3	➤ Ospedale di Sestri di Levante, Casa della Salute Distrettuale 16 - Via A. Terzi 37, Sestri Levante Piano 2° progetto collegamento Villa Laura
Distretto - 15 - CHIAVARESE		➤ Ex PO-Casa della Salute Distrettuale 15 - Via G.B. Ghio 9, Chiavari
Distretto - 17 - RIVIERA VAL DI VARA	5	➤ Val di Vara, Distretto 17, Piazza Novellini 11 - Ceparana
Distretto - 18 - DEL GOLFO		➤ Distretto 18 Sede de La Spezia, Via Sardegna 45 – La Spezia ➤ Struttura aziendale Via XXIV Maggio 139 – La Spezia
Distretto - 19 - VAL DI MAGRA		➤ Distretto 19 – Via Paci 1, Località S.Caterina Sarzana ➤ Struttura aziendale – Via Madonnina 101, Luni

Allegato 2 DISTRIBUZIONE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI NEI DISTRETTI LIGURI

ASL 1	2	<p>Ex Archivio di Bussana, Via Aurelia 97, Sanremo – Bussana</p> <p>Ex Poliambulatorio Via Diano Calderina 1/4 Imperia</p>
ASL 2	3	<p>Sede della CdC Via della Pineta 6 Finale Ligure</p> <p>Ospedale S. Giuseppe di Cairo, C.so Martiri della Libertà – Cairo Montenotte</p> <p>Sede Distretto, Via Collodi 13, Savona</p>
ASL 3	6	<p>Ex Ospedale Camozzini – Via Camozzini 15 Voltri, Genova</p> <p>Casa di Comunità Palazzo della Salute Fiumara, Via Operai 80</p> <p>Casa di Comunità Ex scuola Trucco, via pasquale Pastorino32 Bolzaneto</p> <p>Casa di Comunità, Via Assarotti 35</p> <p>Casa di Comunità Palazzo Salute Doria, Via Struppa 150</p> <p>Casa di Comunità Casa della salute Quarto - Via G.Maggio 6</p>
ASL 4	2	<p>Polo ospedaliero di Chiavari – Via G.B. Ghio 9 – Chiavari</p> <p>Ospedale di Sestri di Levante, Casa della Salute Distrettuale 16 - Via A. Terzi 37, Sestri Levante Piano 2° progetto collegamento Villa Laura</p>
ASL 5	3	<p>Struttura via Briniati 2 – Brugnato</p> <p>Struttura aziendale via XXIV Maggio 139 – La Spezia</p> <p>Distretto 19 Via Cisa Loc S.Caterina Sarzana</p>

Allegato 3 DISTRIBUZIONE OSPEDALI DI COMUNITA' NEI DISTRETTI LIGURI

ASL 1	1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ospedale di Imperia, Via Sant'Agata, 57 - Imperia
ASL 2	2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ospedale S. Maria di Misericordia Albenga Viale Martiri della Foce,40 ➤ Ospedale San Giuseppe di Cairo, Corso Martiri della Libertà, 30 - Cairo Montenotte
ASL 3	4	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sede di Quarto - Via G.Maggio 6, Quarto ➤ Ospedale Celesia - Via Pierino Negrotto Cambiaso, 62/C, Genova ➤ Ex ospedale di Busalla - Via Roma, 100, Busalla ➤ Poliambulatorio Campoligure A.S. Rossi
ASL 4	2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ospedale di Sestri Levante ➤ Presso Ospedale di Rapallo
ASL 5	2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ex Presidio ospedaliero San Nicolò di Levante via N.Sig della Guardia ➤ Immobile in fase di terminazione presso il Presidio ospedaliero San Bartolomeo di Sarzana Via Cisa Loc S.Caterina

Iter di predisposizione e approvazione del provvedimento

Identificativo atto 2022-AC-1352

Compito	Completato da	In sostituzione di	Data di completamento
Approvazione Amministratore proponente	Angelo GRATAROLA		06/12/2022 15:38
* Approvazione Direttore generale/Vicedirettore generale (regolarità amministrativa tecnica e contabile)	Francesco QUAGLIA		06/12/2022 14:35
* Approvazione Dirigente (regolarità amministrativa tecnica e contabile)	Barbara FASSIO		06/12/2022 14:03
* Validazione Responsabile procedimento (Istruttoria)	Daniela AGUGLIA		06/12/2022 14:02

* La regolarità amministrativa, tecnica e contabile dell'atto è attestata da ciascun soggetto sopraindicato nell'ambito delle rispettive competenze.

Trasmissione provvedimento:
Sito web della Regione Liguria



LIGURIA - ACCORDO DI PROGRAMMA STRALCIO PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI FINALIZZATO AL FINANZIAMENTO DI INTERVENTI DEL PNRR - POR LIGURIA

Programma di Riferimento: PROGRAMMA INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE
N. 67/1988 - ACCORDO DI PROGRAMMA STRALCIO
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI

Tipo Atto: DELIBERA REGIONALE

Numero Interventi: 4

Costo Complessivo Atto: 14.684.000,00

Costo a Carico dello stato dell'atto: 13.949.800,00

Costo Complessivo degli interventi: 14.684.000,00

Costo a Carico dello Stato Interventi: 13.949.800,00

Piano Finanziario dell'atto		
Anno	Importo	Fonte
2023	13.949.800,00	STATO
2023	734.200,00	REGIONE

Riepilogo Finanziamenti Statali

Codice Linea	Importo	Provvedimento	Importo
A20	13.949.800,00	Deliberazione CIPE n. 51/2019 - riparto risorse art. 2 comma 69 L. n. 191/2009 - art. 1 comma 555 legge 145/2018	13.949.800,00

Lista Interventi

**Titolo: 1/3/ODC - INTERVENTO PER LA REALIZZAZIONE DEL NUOVO
OSPEDALE DI
COMUNITÀ DI BUSALLA**

**Descrizione: INTERVENTO PER LA REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE DI
COMUNITÀ DI BUSALLA**

Codice Intervento: 070.070103.U.366

Codice Cup:

Tipo: NUOVA COSTRUZIONE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI ALTRE STRUTTURE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: BUSALLA

Stazione Appaltante: ASL GENOVESE

Ente Responsabile: 070103 - GENOVESE

Sede Erogazione: BUSALLA

Soggetto Responsabile: MARCO BERGIA

Costo Complessivo: 6.200.000,00

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 5.890.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070103.U.366.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Titolo: 1/3/ODC - INTERVENTO PER LA REALIZZAZIONE DEL NUOVO
OSPEDALE DI
COMUNITÀ DI BUSALLA

Importo a carico dello Stato: 5.890.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 51/2019 -
RIPARTO RISORSE ART. 2 COMMA 69 L.
N. 191/2009 - ART. 1 COMMA 555 LEGGE
145/2018

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2023	310.000,00	REGIONE
2023	5.890.000,00	STATO

**Titolo: 2/3/AS - LAVORI PER L'ADEGUAMENTO ANTISISMICO DEL
PADIGLIONE N° 9 DEL
P.O. VILLA SCASSI DI GENOVA SAMPIERDARENA**

Descrizione: LAVORI PER L'ADEGUAMENTO ANTISISMICO DEL PADIGLIONE N° 9 DEL
P.O. VILLA SCASSI DI GENOVA SAMPIERDARENA

Codice Intervento: 070.070103.U.367

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: OSPEDALI OPERE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: GENOVA

Stazione Appaltante: ASL GENOVESE

Ente Responsabile: 070103 - GENOVESE

Sede Erogazione: GENOVA

Soggetto Responsabile: MAURO VIGLIETTI

Costo Complessivo: 3.900.000,00

Importo Finanziamenti Progressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 3.705.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070103.U.367.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI
INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 3.705.000,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 51/2019 -
RIPARTO RISORSE ART. 2 COMMA 69 L.
N. 191/2009 - ART. 1 COMMA 555 LEGGE
145/2018

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2023	195.000,00	REGIONE
2023	3.705.000,00	STATO

Titolo: 3/4/CDC - LOTTO FUNZIONALE ALLA REALIZZAZIONE DI NUOVA CASA DELLA COMUNITÀ E NUOVO OSPEDALE DI COMUNITÀ DI SESTRI LEVANTE - RISTRUTTURAZIONE CON AMPLIAMENTO DI VILLA LAURA

Descrizione: LOTTO FUNZIONALE ALLA REALIZZAZIONE DI NUOVA CASA DELLA COMUNITÀ E NUOVO OSPEDALE DI COMUNITÀ DI SESTRI LEVANTE - RISTRUTTURAZIONE CON AMPLIAMENTO DI VILLA LAURA

Codice Intervento: 070.070104.U.203

Codice Cup:

Tipo: RISTRUTTURAZIONE

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI ALTRE STRUTTURE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: SESTRI LEVANTE

Stazione Appaltante: ASL CHIAVARESE

Ente Responsabile: 070104 - CHIAVARESE

Sede Erogazione: SESTRI LEVANTE

Soggetto Responsabile: FRANCESCO GORETTI

Costo Complessivo: 3.334.000,00

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 3.167.300,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070104.U.203.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 3.167.300,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 51/2019 - RIPARTO RISORSE ART. 2 COMMA 69 L. N. 191/2009 - ART. 1 COMMA 555 LEGGE 145/2018

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2023	166.700,00	REGIONE
2023	3.167.300,00	STATO

Titolo: 4/5/CDC - POTENZIAMENTO DELLE DOTAZIONI STRUTTURALI E IMPIANTISTICHE DELLA CASA DELLA COMUNITÀ DI SARZANA A FAVORE DELLINTEGRAZIONE DEI SERVIZI CON LOSPEDALE SAN BARTOLOMEO DI SARZANA (LOTTO FUNZIONALE)

Descrizione: POTENZIAMENTO DELLE DOTAZIONI STRUTTURALI E IMPIANTISTICHE DELLA CASA DELLA COMUNITÀ DI SARZANA A FAVORE DELLINTEGRAZIONE DEI SERVIZI CON LOSPEDALE SAN BARTOLOMEO DI SARZANA (LOTTO FUNZIONALE)

Codice Intervento: 070.070105.U.195

Codice Cup:

Tipo: COMPLETAMENTO

Categoria: SERVIZI TERRITORIALI ALTRE STRUTTURE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: SARZANA

Stazione Appaltante: ASL SPEZZINO

Ente Responsabile: 070105 - SPEZZINO

Sede Erogazione: SARZANA

Soggetto Responsabile: SARA FRASSINI

Costo Complessivo: 1.250.000,00

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 1.187.500,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 070.070105.U.195.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 1.187.500,00

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 51/2019 - RIPARTO RISORSE ART. 2 COMMA 69 L. N. 191/2009 - ART. 1 COMMA 555 LEGGE 145/2018

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2023	62.500,00	REGIONE
2023	1.187.500,00	STATO

Titolo: 4/5/CDC - POTENZIAMENTO DELLE DOTAZIONI STRUTTURALI E
IMPIANTISTICHE DELLA CASA DELLA
COMUNITÀ DI SARZANA A FAVORE DELLINTEGRAZIONE DEI SERVIZI
CON L'OSPEDALE SAN
BARTOLOMEO DI SARZANA (LOTTO FUNZIONALE)
