



Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

DCA n. 15 del 01/03/2022

OGGETTO: Programmazione e individuazione degli interventi previsti nella Regione Calabria dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 - Componenti 1, realizzativi di n. 57 (cinquantasette) Case della Comunità (CdC), n. 15 (quindici) Ospedali di Comunità (OdC) e n. 19 (diciannove) Centrali Operative Territoriali (COT), integrativi dell'assistenza sociosanitaria territoriale della regione Calabria.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l'articolo 120, comma 2, della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n.131;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, perfezionato tra il Ministro della salute, quello dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione Calabria, in data 17 dicembre 2009 e poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

DATO ATTO che i contenuti del mandato commissariale ad acta - di cui, originariamente, alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010, per come successivamente implementato - sono tali da affidare al nominato Commissario ad acta, ex art. 120, comma 2, della Costituzione, l'incarico prioritario di attuare i programmi operativi di prosecuzione del Piano di rientro nonché di tutti gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, ivi compresa l'attuazione del decreto legge 10 novembre 2020, n. 150.

In particolare, nel detto ambito provvedimentale e nel rispetto della cornice normativa vigente, sono stati affidati al Commissario ad acta le seguenti azioni e interventi prioritari:

- 1)** adozione di ogni necessaria iniziativa al fine di ricondurre il livello di erogazione dei livelli essenziali di assistenza agli *standard* di riferimento, in particolare con riguardo all'adesione agli *screening* oncologici, all'assistenza territoriale ed alla qualità e sicurezza dell'assistenza ospedaliera;
- 2)** completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete di emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70, ed in coerenza con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica;
- 3)** definizione ed attuazione delle reti cliniche specialistiche;

- 4) monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei Nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
- 5) revisione ed attuazione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente e con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica;
- 6) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 7) completa attuazione delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita (Conferenza Unificata Rep. Atti 137/CU del 16/12/2010);
- 8) gestione ed efficientamento della spesa per il personale in coerenza con l'effettivo fabbisogno, in applicazione della normativa vigente in materia;
- 9) razionalizzazione ed efficientamento della spesa per l'acquisto di beni e servizi in ottemperanza alla normativa vigente;
- 10) gestione ed efficientamento della spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale e il corretto utilizzo dei farmaci in coerenza con il fabbisogno assistenziale;
- 11) definizione dei tetti di spesa e dei conseguenti contratti con gli erogatori privati accreditati per l'acquisto di prestazioni sanitarie in coerenza con il fabbisogno assistenziale, con l'attivazione, in caso di mancata stipula del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente;
- 12) adozione di ogni necessaria iniziativa commissariale al fine di pervenire alla completa implementazione dei flussi informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario da parte delle aziende in termini di completezza e qualità, ivi inclusa l'implementazione del nuovo sistema informativo contabile regionale, al fine di implementare il sistema di monitoraggio del Servizio Sanitario Regionale per il governo delle azioni previste dal Piano di rientro con riferimento alla garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e alla garanzia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- 13) sottoscrizione degli accordi interregionali bilaterali in materia di mobilità sanitaria ai sensi dell'articolo 9, comma 3, del Patto per la salute 2014-2016 sancito con Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 e dell'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 e s.m.i.;
- 14) attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
- 15) definizione e stipula del protocollo d'intesa con l'Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro in coerenza con la normativa vigente;
- 16) interventi per la gestione, razionalizzazione ed efficientamento della spesa e delle attività proprie della medicina di base;
- 17) adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
- 18) rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
- 19) puntuale monitoraggio di quanto previsto dal Titolo II del decreto legislativo 118/2011 con riferimento alle rilevazioni del bilancio regionale riferite alle risorse destinate al Servizio sanitario regionale;
- 20) puntuale verifica dell'ordinato trasferimento da parte del bilancio regionale al SSR delle risorse ad esso destinate;
- 21) conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria e delle ulteriori poste debitorie eventualmente presenti negli altri enti del Servizio Sanitario Regionale;

- 22)** riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192/2012;
- 23)** ricognizione, quantificazione e gestione del contenzioso attivo e passivo in essere, e verifica dei fondi rischi aziendali e consolidato sanitario regionale;
- 24)** prosecuzione e tempestiva conclusione delle azioni previste per la puntuale attuazione del Percorso attuativo della certificabilità;
- 25)** programmazione degli investimenti per interventi edilizi e/o tecnologici in coerenza con quanto previsto dall'articolo 25, comma 3, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e secondo gli indirizzi di programmazione coerenti con il decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70 e con le misure di razionalizzazione ed efficientamento del patrimonio immobiliare strumentale e non strumentale, fermo restando quanto disposto dal decreto legge 10 novembre 2020, n. 150;
- 26)** attuazione dei nuovi compiti assegnati al Commissario ad acta dal decreto legge 10 novembre 2020, n. 150. In particolare, il Commissario ad acta:
- a) fornisce indicazioni in ordine al supporto tecnico ed operativo da parte di Agenas previsto all'articolo 1, comma 4, del citato decreto legge;
 - b) attua quanto previsto all'articolo 1, comma 2, del citato decreto legge;
 - c) nomina i commissari straordinari aziendali ai sensi dell'articolo 1 del citato decreto legge e verifica trimestralmente il relativo operato in relazione al raggiungimento degli obiettivi di cui al Programma operativo 2019-2021, anche ai fini di quanto previsto dall'articolo 2, comma 6, del citato decreto legge;
 - d) approva gli atti aziendali adottati dai commissari straordinari, al fine di garantire il rispetto dei LEA e di assicurarne la coerenza con il piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario e con i relativi programmi operativi di prosecuzione nonché al fine di ridefinire le procedure di controllo interno;
 - e) adotta gli atti aziendali in caso di inerzia da parte dei commissari straordinari ai sensi dell'articolo 2 del citato decreto legge;
 - f) verifica periodicamente, che non sussistano i casi di cui all'articolo 3, comma 1, quinto periodo, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, in relazione all'attività svolta dai direttori amministrativi e sanitari;
 - g) provvede in via esclusiva all'espletamento delle procedure di approvvigionamento di cui all'articolo 3 del citato decreto legge;
 - h) valuta l'attivazione del supporto del Corpo della Guardia di finanza in coerenza con l'articolo 5 del citato decreto legge;
 - i) adotta il Programma operativo per la gestione dell'emergenza Covid-19 previsto dall'articolo 18 del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18;
 - j) definisce il Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale della Regione;
 - k) presenta, adotta e attua i Programmi operativi 2022-2023, anche ai fini di quanto previsto dall'articolo 6 del citato decreto legge;
 - l) coordina le funzioni di supporto alla programmazione sanitaria delle aziende del Servizio sanitario regionale assicurandone l'efficacia;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021 con la quale il Presidente della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria, secondo i programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge n. 191 del 2009, ivi ricomprendendo la gestione dell'emergenza pandemica;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 18 novembre 2021 con la quale il dott. Maurizio Bortoletti è stato nominato subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, non ancora in attività;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 dicembre 2021 con la quale si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, che confermava il mandato commissariale del 27 novembre 2020, con l'implementazione del punto: 27) attuazione dei nuovi compiti assegnati al Commissario ad acta dall'articolo 16-septies del decreto legge 21 ottobre 2021, n. 146, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2021, n. 215”;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 dicembre 2021, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, come integrato dal punto A) della medesima delibera con particolare riferimento alle azioni 1), 2), 3), 5), 6), 7), 8), 10), 11), 14), 16) e 17);

VISTO il Decreto Legge 10 novembre 2020 n. 150, recante “*Misure urgenti per il rilancio del servizio sanitario della regione Calabria e per il rinnovo degli organi elettivi*”, convertito, con modificazioni, nella legge 30 dicembre 2020, n. 181 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il Regolamento (UE) n. 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, istitutivo del dispositivo per la ripresa e la resilienza (Regolamento RRF), avente l'obiettivo specifico di fornire agli Stati membri il sostegno finanziario funzionale a fissare gli obiettivi da conseguire e scandire e le tappe intermedie da percorrere e rispettare per perfezionare le ineludibili riforme nazionali (prime fra tutte quella della Giustizia e della PA) e per realizzare, utilizzando le ingenti risorse rese disponibili ad hoc dall'Unione Europea, gli investimenti, produttivi sotto il profilo economico e sociale, programmati nei rispettivi piani di ripresa e resilienza;

VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, 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, per come integrato e modificato con la legge di conversione 29 luglio 2021, n. 108, recante: «Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure.»;

VISTO il decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 6 agosto 2021, recante la “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”, pubblicato in Gazzetta Ufficiale – serie generale n. 229 del 24 settembre 2021, che prevede, in particolare, alla Missione 6, Componente 1:

- Investimento 1.1 “*Casa della Comunità e presa in carico della persona*”, con uno stanziamento complessivo di € 2.000.000.000;
- Investimento 1.2 “*Casa come primo luogo di cura*”, con uno stanziamento complessivo di € 4.000.000.000, ripartiti tra il sub-investimento 1.2.1 Assistenza domiciliare (2,720 miliardi), il sub-investimento 1.2.2 COT (280 milioni) e il sub-investimento 1.2.3 Telemedicina (1 miliardo);
- Investimento 1.3 “*Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)*”, con uno stanziamento complessivo di € 1.000.000.000;

VISTO il decreto-legge 6 novembre 2021, n. 152 “Disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per la prevenzione delle infiltrazioni mafiose.”

VISTO il decreto del Ministero della Salute 20 gennaio 2022, recante la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e del Piano per gli Investimenti Complementari, trasmesso dal Dipartimento per gli Affari regionali e le autonomie della Presidenza del Consiglio dei Ministri, che ha attribuito alla Regione Calabria gli importi, a valere sulla suddetta Missione 6, Componente 1, per il complessivo valore di € 128.787.991,27, così finalizzato:

- € 84.677.262,22, quale Investimento 1.1, per la realizzazione di n° 57 Case della Comunità;
- € 3.288.425,00, quale Investimento 1.2.2, per la realizzazione di n° 19 Centrali Operative Territoriali, oltre ad € 1.350.357,71, per l'interconnessione aziendale delle medesime centrali nonché di ulteriori € 1.837.607,58 per la fornitura di device, afferenti al medesimo Investimento;
- € 37.634.338,76, quale Investimento 1.3, per la realizzazione di n° 15 Ospedali di Comunità;

CONSIDERATO che il suddetto decreto ministeriale del 6 agosto 2021, avente ad oggetto la “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”, ha conferito all’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), l’attuazione degli interventi relativi alla Missione 6 Salute (M6) – Componente 1 (C1);

CHE siffatti interventi, monitorati e verificati da AGENAS, tenuta a coordinarli con le Regioni e Province Autonome sin dalla loro programmazione e conseguente pianificazione, oltre alle tradizionali funzioni istituzionali, sono caratterizzati dai seguenti obiettivi secondo il modello assistenziale proprio della Medicina di Iniziativa:

- Assistenza di prossimità attraverso la realizzazione di strutture sanitarie (Case della Comunità) di facile accesso ed individuazione da parte dell’assistito;
- Appropriatelyzza, sicurezza, tempestività e personalizzazione delle cure;
- Rafforzamento dell’assistenza territoriale attraverso *“una maggiore omogeneità ed accessibilità”* alle prestazioni non solo sanitarie ma anche sociosanitarie (Infermiere di famiglia e Comunità);
- Gestione di condizioni clinico-assistenziali particolarmente complesse e di evidente difficoltà attraverso l’utilizzo di unità mobili distrettuali (Unità speciale di continuità assistenziale) supportate da strumenti di telemedicina e di teleconsulto;
- Coordinamento della presa in carico dell’assistito ed ottimizzazione degli interventi attraverso l’utilizzo di idonei supporti informativi e logistici per tutti gli operatori della rete assistenziale;
- Realizzazione di strutture intermedie tra il domicilio del paziente ed il ricovero ospedaliero (Ospedale di Comunità) evitando, così, i ricoveri ospedalieri impropri;

CHE, in data 26 maggio 2021, si è tenuto il primo incontro, in videoconferenza, tra rappresentanti dell’AGENAS, il Sub Commissario pro-tempore per il Piano di Rientro nella Regione Calabria, e il Dirigente Generale pro-tempore della Regione Calabria, per la definizione dei dettagli operativi indispensabili per conseguire l’obiettivo di attuazione degli interventi previsti nell’ambito della misura M6C 1 del PNRR;

CHE, nel corso del precisato incontro, l’AGENAS ha illustrato gli elementi fondamentali per un sensibile miglioramento dell’assistenza territoriale conseguibile attraverso le attività da realizzare secondo il relativo cronoprogramma;

CHE il riferito cronoprogramma originariamente prevedeva, entro il mese di settembre 2021, la ricognizione da parte della Regione Calabria dei siti idonei per la realizzazione delle CdC, degli OdC e delle COT e, entro il successivo mese di dicembre, l’individuazione dei siti di realizzazione dei suddetti interventi;

CHE, in data 27 settembre 2021 si è tenuto un secondo incontro, in presenza, tra rappresentanti dell’AGENAS, il Commissario ad Acta pro-tempore, il Sub Commissario pro-tempore e il Dirigente Generale pro-tempore della Regione Calabria;

CHE, nel corso dell’incontro l’AGENAS ha, tra l’altro, ribadito le scadenze non rinviabili relative alle previsioni territoriali e di consistenza, fisico-economica, delle strutture e iniziative finanziate con la misura M6C1 del PNRR;

CHE, riguardo agli interventi relativi alla realizzazione delle CdC, degli OdC e delle COT, l’AGENAS aveva nel particolare sottolineato che, entro il 30 settembre 2021, tutte le Regioni e le Province autonome avrebbero dovuto trasmettere le schede di ricognizione dei siti idonei alla realizzazione dei sopracitati interventi;

CHE, quanto ad un siffatto adempimento, i rappresentanti della Regione Calabria, nella loro complessa composizione, hanno unanimemente specificato la loro possibilità di confermare, entro tale data, esclusivamente la formale e decisa volontà di attivare le CdC e OdC coincidenti con le n. 13 strutture già individuate come Case della Salute nel DCA 65/2020, così come già previsto dal Programma Operativo in fase di approvazione e che era in corso l'istruttoria per l'individuazione degli ulteriori siti idonei alla realizzazione delle CdC e degli OdC;

CHE, in data 19 novembre 2021, il Dirigente Generale pro-tempore del Dipartimento Tutela della Salute, con propria comunicazione ad AGENAS, procedeva all'individuazione del referente regionale nella figura del Dirigente del Settore "Edilizia Sanitaria ed Investimenti Tecnologici - Reti di prossimità e strutture intermedie in attuazione del PNRR";

CHE, con nota prot. n. 540169 del 15 dicembre 2021, il Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria ha fatto esplicita richiesta alle cinque Aziende Sanitarie Provinciali del Servizio Sanitario Regionale di individuare e proporre siti idonei per la realizzazione delle CdC, degli OdC e delle COT, da rinvenire tra gli edifici pubblici, di proprietà o comunque nella disponibilità dell'Azienda, da destinare alle suddette finalità, tenendo nel dovuto conto le linee guida e le schede di censimento di immobili e terreni predisposte da AGENAS;

CHE, nell'individuazione dei detti siti, veniva richiesto alle Aziende medesime di:

1. prendere in considerazione preferenzialmente, strutture esistenti, da ristrutturare o rifunzionalizzare, del tipo strutture territoriali ambulatoriali obsolete o reparti ospedalieri da riconvertire, ovvero, alternativamente di prevedere nuove edificazioni su terreni di proprietà pubblica, in ogni caso in strutture o su terreni nella disponibilità delle Aziende;
2. tener conto, nell'individuazione dei siti, della carente rete assistenziale territoriale su tutto il territorio regionale nonché dell'assenza di assistenza domiciliare omogeneamente distribuita sul territorio regionale;
3. tener conto della rete stradale non sempre agevole specialmente nelle zone montane che non consente di accedere tempestivamente e facilmente ai presidi sanitari;
4. valutare i fabbisogni sanitari e sociosanitari in relazione alle caratteristiche epidemiologiche della popolazione e delle caratteristiche oro-geografiche del territorio;
5. procedere alla distribuzione territoriale dei siti in modo omogeneo e capillare;
6. acquisire, entro il suddetto termine, il formale assenso da parte del Comitato di rappresentanza dei Sindaci dei Comuni che ricadono nei Distretti, in cui verrebbero ipotizzate le realizzazioni delle CdC, degli OdC e/o COT, se non diversamente idealizzato;

CHE le Aziende Sanitarie Provinciali del Servizio Sanitario Regionale hanno comunicato la localizzazione dei terreni e degli immobili de quibus da destinare alla realizzazione di Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali, previa concertazione con gli organismi di rappresentanza degli Enti Locali interessati, impegnandosi a provvedere, entro il 23 dicembre 2021, al caricamento e alla trasmissione dei dati relativi agli individuati immobili e terreni de quibus, sulle specifiche piattaforme telematiche, rese disponibili da AGENAS, previa una opportuna valutazione e validazione regionale;

CHE, con nota prot. n. 56 del 29/12/2021, il Ministero della Salute, ai fini del perfezionamento dei contratti istituzionali di sviluppo (CIS) da perfezionare con ciascuna Regione e Provincia Autonoma, relativi ai sopracitati investimenti, ha trasmesso la scansione delle scadenze previste per ogni successivo adempimento a carico degli enti territoriali interessati, così individuati:

- a) 28 febbraio 2022, per il perfezionamento delle Schede di ogni singolo intervento programmato, la nomina dei rispettivi RUP, entrambi propedeutici alla esaustiva redazione dei Piani Operativi Regionali, comprensivi degli Action Plan;
- b) 31 maggio 2022, per la sottoscrizione dei relativi Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS);

CHE, di conseguenza, le Aziende Sanitarie Provinciali del Servizio Sanitario Regionale della Calabria dovranno provvedere alla predisposizione, sottoscrizione e trasmissione, per il tramite della specifica piattaforma predisposta da AGENAS, delle schede di intervento delle Case della Comunità,

Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità, nella loro distribuzione proposta dal sistema delle Aziende della Salute, a seguito di consultazione dei sindaci interessati, e quindi validate dal Commissario ad acta, nel suo ruolo sostitutivo degli organi regionali, ex art. 120, comma 2, della Costituzione nonché dell'art. 8. della legge attuativa n. 131/2003 (cd. La Loggia);

RITENUTO che ad una siffatta condivisa distribuzione sul territorio regionale si è pervenuti a seguito di un attento esame dello stesso, tenuto conto delle condizioni oggettive attuali, nonché della necessaria concertazione istituzionale;

CHE alla distribuzione, fatto salvo variazioni utili ad una migliore individuazione dell'offerta sanitaria e sociosanitaria in tal senso, delle nuove strutture e iniziative da realizzare secondo il PNRR, si è pervenuti a cura delle Aziende Sanitarie Provinciali, sentiti i Sindaci di riferimento territoriale, e dunque del Commissario ad acta odierno firmatario, che ha preso atto del metodo e delle destinazioni dei siti beneficiari effettuate dalle AA.SS.PP calabresi, che hanno complessivamente operato nel rispetto dei sotto specificati criteri di determinazione allocativa:

- a) la valutazione del fabbisogno sanitario e sociosanitario della popolazione di riferimento in base ai dati epidemiologici e demografici propri delle specifiche e diverse comunità spesso afferenti ad un'unica azienda provinciale che sovente può estendersi anche su un vasto territorio comprendente numerosi comuni (esempio, ASP di Cosenza con ben n. 150 comuni e circa 750.000 abitanti);
- b) la valutazione della mobilità passiva sia extraregionale che intra-regionale;
- c) l'offerta di salute attuale, inadeguata ad affrontare le patologie conseguenti a fenomeni di povertà diffusa, causa di disuguaglianze sociali;
- d) la constatazione della rete viaria, tenendo conto in specie di quella distinta da una precarietà oggettiva dovuta ad una pressoché inesistente manutenzione della pavimentazione stradale e ad un territorio destabilizzato, perché di frequente in frana o soggetto a temibili manifestazioni di dissesto idrogeologico o sismico;
- e) la valutazione delle condizioni di economia locale, particolarmente riferibili alla composizione della popolazione relativa, distinta per qualità/quantità dell'occupazione, per inoccupazione/disoccupazione nonché della rilevazione della presenza di genere, della popolazione scolare e della età anagrafica degli abitanti, indispensabili per designare i raggruppamenti comunali ideali cui destinare le nuove strutture e iniziative di prossimità;
- f) l'assenza in diverse zone della Regione di alcune strutture sanitarie di riferimento;
- g) la valutazione di tempi di percorrenza che dovrebbero essere i più brevi possibili;

CHE tenendo nella dovuta considerazione i contenuti e le destinazioni assistenziali delle singole strutture e iniziative rapportati alle condizioni obiettive orografiche che caratterizzano il territorio calabrese - le complessive previste e finanziate n. 91 strutture/iniziative da allocarsi nel territorio calabrese, da concretizzare nello specifico per come elencato nello schema allegato e contrassegnato dalla lettera "A", si sono programmate ubicazioni segnatamente distinte per tipologia territoriale, composizione sociale e abitudini ricorrenti delle rispettive collettività, tenuto conto delle precarie condizioni di trasporto pubblico locale;

CHE nell'individuazione dei siti si è ritenuto necessario garantire il baricentrismo rispetto ai tempi di percorrenza stradale;

PRECISATO che:

- 1) quanto alla provincia di **Cosenza**, sono state istituite n. 21 Case delle Comunità, da distinguersi eventualmente nella configurazione differenziata di Hub e Spoke, n. 6 Ospedali di Comunità e n. 7 Centrali Operative Territoriali;

- a) relativamente alle prime si è ritenuto affidare al criterio dell'anzidetto baricentrismo, garante dell'equità assicurata dalla facilità nel raggiungimento da parte di tutti gli abitanti residenti nell'ambito distrettuale di competenza, e a quello della facilitazione viaria da assicurare al ricorso alla assistenza e alle cure infermieristiche di breve durata, assicurando presenze professionali adeguate; inoltre si è tenuto conto, specialmente nel centro urbano di Cosenza, della presenza di forme organizzative assistenziali, quali UCCP e AFT da integrare funzionalmente proprio con le suddette strutture; ultimo criterio di individuazione delle CdC è stato quello di comprendere, nel proprio bacino di utenza, anche i territori di confine di regioni confinanti in cui non sono presenti strutture sanitarie;
 - b) in relazione agli OdC si è optato di collocarli in siti non assistiti da presidi sanitari, prescindendo se pubblici e/o privati accreditati, ma che possono assicurare ricoveri brevi a bassa intensità assistenziale ponendosi ad un livello intermedio tra il domicilio e l'ospedale;
 - c) in riferimento alle COT - che rappresentano un elemento di novità e di presumibile successo dell'attuazione del progetto PNRR, perché di supporto dell'attività svolta dalla medicina di famiglia – esse sono state insediate in siti strategici;
 - d) nel processo di definizione della distribuzione delle nuove strutture di assistenza territoriale, si è tenuto doverosamente conto della necessaria e celere continuazione dei lavori finalizzati alla costruzione del Presidio Ospedaliero della Sibaritide, in relazione al quale la struttura commissariale prodigherà ogni suo impegno per la sua ultimazione, così come farà per programmare la costruzione del nuovo Ospedale Hub di Cosenza, intercettando i necessari finanziamenti ad hoc;
- 2) quanto alla provincia di **Crotone**, sono state istituite n. 5 Case della Comunità, da distinguersi eventualmente nella configurazione differenziata di Hub e Spoke, n. 1 Ospedale di Comunità e n. 1 Centrale Operativa Territoriale;
- a) la loro individuazione è stata caratterizzata, oltre che dalla applicazione dei criteri summenzionati di determinazione allocativa, dall'effettuazione di un processo estimativo delle reali condizioni assistenziali sul territorio crotonese, evidenziate anche nel corso degli anni e dell'analisi sui fattori di rischio epidemiologici che affliggono l'anzidetto territorio; su questo territorio per decine di anni è stato presente un insediamento industriale ad elevato rischio ambientale e di salute per tutti gli abitanti;
 - b) per il resto e in via generale, si è ritenuto soddisfare la domanda di salute proveniente dalle aree territoriali interessate da fenomeni di insalubrità diffusa e dalla comunità residente nell'intera provincia individuando i siti di maggiore concentrazione urbana, privilegiando le sedi più attrattive della immigrazione crotonese;
- 3) quanto alla provincia di **Catanzaro**, sono state istituite n. 10 Case della Comunità, n. 2 Ospedali di Comunità e n. 4 Centrali Operative Territoriali;
- a) le scelte strategiche per l'individuazione dei siti su cui allocare le strutture sanitarie, oltre a fondarsi sui criteri sin qui descritti, si sono indirizzate verso l'utilizzo di strutture in disuso da vari anni;
 - b) una ulteriore considerazione, che ha portato ad assumere la più attuale allocazione delle CdC, degli OdC e delle COT della provincia catanzarese, ha riguardato il perseguimento dell'equità assistenziale territoriale da assicurare sia sul versante tirrenico che su quello ionico della medesima, generando condizioni di soddisfacimento delle esigenze locali avvertite nella parte collinare-montana ad essi versanti adiacente.
- 4) quanto alla provincia di **Vibo Valentia**, sono state istituite n. 5 Case della Comunità, da distinguersi eventualmente nella configurazione differenziata di Hub e Spoke, n. 1

Ospedale di Comunità e n. 1 Centrale Operativa Territoriale, tutte individuate sulle base delle preliminari considerazioni scaturenti dalla applicazione dei criteri summenzionati di determinazione allocativa;

- a) nella distribuzione delle Case della Comunità hanno inciso fattori emergenziali, nel senso di assicurare certezza assistenziale in favore di territori e comunità sprovvisti di presidi ospedalieri, gli unici a garantire in un siffatto territorio l'offerta pubblica di salute, peraltro non di livello di prestazione esaltante, tanto da aver causato in passato penosi incidenti operatori; il tutto tenuto anche conto dell'avviata realizzazione dell'Ospedale di Vibo Valentia che offrirà alla provincia una qualità e una quantità prestazionale di speditività finalmente all'altezza della domanda;
 - b) relativamente alle strutture di comunità si è tenuto conto anche della marginalizzazione dei centri semi-montani assicurando loro una presenza garante di una assistenza fissa h24, con la resa del servizio notturno della continuità assistenziale ben efficientata;
 - c) quanto alle COT, l'individuazione dei relativi siti è stata improntata sul principio del baricentrismo rispetto al bacino d'utenza di riferimento;
- 5) quanto alla provincia di **Reggio Calabria**, sono state istituite n. 16 Case della Comunità, da distinguersi eventualmente nella configurazione differenziata di Hub e Spoke, n. 4 Ospedali di Comunità e n. 6 Centrali Operative Territoriali;
- a) in tale provincia di confine e ad alta intensità di traffico automobilistico pesante e navale, sono state prese in considerazione, attentamente e in via preliminare, le esigenze di fabbisogno epidemiologico generico;
 - b) le Case di Comunità sono state allocate utilizzando il patrimonio reso gratuitamente disponibile dal sistema della salute, da quello scolastico-comunale e da quello oggi impegnato nell'esercizio del centro per l'impiego; una opzione che ha assicurato una rinnovata presenza fissa H24 in altrettanti centri urbani ad alta intensità abitativa e a prevalente diffuso disagio sociale, anche di provenienza immigrativa, da dovere assolutamente compensare con l'esercizio continuativo di attività sociosanitarie e con corrette politiche di controllo sul lavoro nero;
 - c) in relazione agli Ospedali di Comunità, si è offerta l'occasione di una loro attribuzione a siti sprovvisti di qualsivoglia assistenza fissa ed organica, di tipo infermieristico, non disattendendo in proposito la necessità di implementazione strutturale da effettuare nella Calabria grecanica;
 - d) quanto alle COT si sono intese privilegiare le grandi aree urbane;
 - e) nel definire la distribuzione delle nuove strutture e iniziative di assistenza territoriale, si è tenuto conto della costruzione dell'Ospedale della Piana di Gioia Tauro;

VISTI

- la legge regionale 12 novembre 1994, n. 26 "Istituzione delle Unità Sanitarie Locali ed Aziende ospedaliere" e successive modifiche ed integrazioni;
- la legge regionale 11 maggio 2007, n. 9 "Provvedimento generale recante norme di tipo ordinamentale e finanziario (collegato alla manovra di finanza regionale per l'anno 2007, art. 3, comma 4 della legge regionale n. 8/2002)", ed in particolare il TITOLO II, recante "Disposizioni in materia sanitaria";
- il Decreto del Commissario ad Acta 10 marzo 2020, n. 65 "Programma operativo 2019/2021 - Riorganizzazione della Rete Territoriale";

CONSIDERATO, in definitiva, che gli interventi previsti dalla Missione 6, Componente 1, riguardano l'implementazione dei nuovi modelli organizzativi di prossimità e il potenziamento, in termini di qualità e sostenibilità, dell'assistenza territoriale per la presa in carico della persona

umana, di rafforzamento alle funzioni sociosanitarie assolte dai Distretti sanitari;

CHE secondo le definizioni più volte fornite da AGENAS “*La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico di riferimento per la comunità su cui insiste, è un luogo di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria al fine di trovare risposta ad un proprio bisogno di salute. La CdC introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso un’équipe multi-professionale territoriale. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l’erogazione di interventi sanitari*”;

CHE “*La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell’emergenza-urgenza*”;

CHE “*L’Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell’Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell’autonomia e più prossimi al domicilio*”;

RITENUTO, pertanto, di dover definire e approvare la anzidetta proposta di individuazione degli interventi (Allegato A) per la realizzazione delle ripetute strutture e iniziative sociosanitarie nella Regione Calabria, previsti nella ripartizione programmatica del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza:

- n° 57 Case della Comunità (Missione 6, Componente 1, Investimento 1.1 del PNRR);
- n° 19 Centrali Operative Territoriali (Missione 6, Componente 1, Investimento 1.2.2 del PNRR);
- n° 15 Ospedali di Comunità (Missione 6, Componente 1, Investimento 1.3 del PNRR);

secondo il riparto degli interventi per ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale, proporzionalmente alla popolazione residente (ISTAT 2021), riportati nella seguente tabella:

Tipologia	Case della Comunità		Ospedali di Comunità		Centrali Operative Territoriali	
	TOTALE	RIPARTO	TOTALE	RIPARTO	TOTALE	RIPARTO
ASP CS	57	21	15	6	19	7
ASP RC		16		4		6
ASP CZ		10		3		4
ASP KR		5		1		1
ASP VV		5		1		1

VISTA l’istruttoria effettuata dal Settore n. 8 - Edilizia Sanitaria ed Investimenti Tecnologici – Reti di prossimità e strutture intermedie in attuazione PNRR, che ne attesta il puntuale ossequio alle indicazioni fornite dalle Istituzioni centrali e dal soggetto attuatore AGENAS, la esatta corrispondenza di quanto complessivamente programmato nel presente DCA con gli atti assunti dalle ASP calabresi proponenti, la regolarità tecnica e amministrativa, la giusta esecuzione di ogni atto ed elaborato prodromico e propedeutico alla definizione del progetto distributivo deciso dal Commissario ad acta e del piano oggetto dell’odierna approvazione, nonché il corretto ossequio di tutta la procedura fin qui svolta alla vigente normativa, anche in relazione al contenimento economico dell’iniziativa sulla base delle risorse assegnate alla Calabria dal definitivo riparto delle medesime, distinte per categoria di iniziative;

RITENUTO di rinviare l’immediato compito alla dirigenza del Dipartimento regionale Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari e ai Commissari Straordinari delle cinque ASP calabresi di procedere

con il massimo della celerità, e comunque con definizione dell'iter, da assicurare entro non oltre il 28 febbraio 2022, termine prorogato, su richiesta delle Regioni e Province autonome, al 7 marzo 2022 dal Ministero della Salute - Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR con comunicazione in data 25 febbraio 2022, quale adempimento di assolvimento della condizionalità di ammissione al programma di che trattasi a predisporre, sottoscrivere e caricare sulla piattaforma da AGENAS le schede intervento delle Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità, nella consapevolezza che il non rispetto dei termini di tale adempimento influisce negativamente sulla valutazione dei Commissari straordinari delle Aziende del SSR;

PRESO ATTO del contenuto delle delibere in atti adottate dalle AA.SS.PP. di Catanzaro, Cosenza, Crotone, Reggio Calabria e Reggio Calabria, nelle quali le stesse hanno, ciascuna per loro conto, definitivamente individuato l'allocazione delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali, che nel loro insieme costituiscono la naturale implementazione della riorganizzazione della rete territoriale calabrese, sancita con DCA n. 65 del 10 marzo 2020;

CHE un tale modello assistenziale, individuato con il suddetto DCA n. 65/2020, dovrà essere verosimilmente oggetto di revisione, in sede di perfezionamento del programma operativo regionale di prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi del servizio sanitario regionale, da redigersi a cura dell'odierno firmatario, nel quale ridisegnare il sistema regionale dell'assistenza territoriale sulla base dell'esperienza vissuta nel corso dell'epidemia e tenuto conto delle nuove strutture e iniziative rese realizzabili dal PNRR, per come previste nel presente provvedimento, ampiamente concertato;

SU PROPOSTA del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari, che attesta - a seguito dell'intervenuto suo esame di tutta richiamata documentazione e di tutti gli atti prodotti inter-istituzionalmente ivi compresa la corrispondenza intrattenuta – la corretta redazione del “Piano degli interventi” previsti nella Regione Calabria dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 - Componente 1, realizzativi di n.57 (cinquantasette) Case della Comunità (CdC), n.15 (quindici) Ospedali di Comunità (OdC) e n.19 (diciannove) Centrali Operative Territoriali (COT), integrativi dell'assistenza sociosanitaria territoriale della regione Calabria, oggi approvato definitivamente dall'organo commissariale, in quanto di soddisfacimento delle impellenti esigenze di salute della popolazione calabrese nonché di attinenza alla vigente disciplina della materia;

Tutto ciò premesso, che costituisce parte integrante e sostanziale dell'odierno provvedimento, il Presidente Dott. Roberto Occhiuto, nella sua qualità di nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro, cui è sottoposta la Regione Calabria;

DECRETA

DI RITENERE quanto riportato tra i considerata parte integrante, inscindibile, sostanziale e motivazionale del presente provvedimento;

DI APPROVARE la proposta di Piano degli interventi (Allegato A) per la realizzazione delle seguenti strutture sanitarie nella Regione Calabria, previste nella ripartizione programmatica del piano Nazionale di Ripresa e Resilienza:

- n° 57 Case della Comunità (Missione 6, Componente 1, Investimento 1.1 del PNRR);
- n° 19 Centrali Operative Territoriali (Missione 6, Componente 1, Investimento 1.2.2 del PNRR);
- n° 15 Ospedali di Comunità (Missione 6, Componente 1, Investimento 1.3 del PNRR);

allegata al presente provvedimento quale parte integrante, inscindibile, motivazionale e rappresentativa di uno strumento programmatico, di rimozione dei fenomeni negativi che hanno determinato la caduta verticale assistenziale calabrese ad ogni livello da oltre dodici anni;

DI DARE ATTO che il presente provvedimento non costituisce e né determina alcuna assegnazione di contributi e che le Aziende Sanitarie Provinciali assegnatarie potranno iscrivere i relativi crediti

nei propri bilanci solo a seguito dell'adozione di successivi atti di eventuale assegnazione dei finanziamenti e di specifici provvedimenti di impegno di spesa.

DI STABILIRE che le Aziende Sanitarie Provinciali del Servizio Sanitario Regionale provvedano tempestivamente, e comunque entro il termine perentorio del 7 marzo 2022, alla predisposizione, sottoscrizione e trasmissione, per il tramite della specifica piattaforma predisposta da AGENAS, delle schede intervento delle Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità e che il non rispetto dei termini di tale adempimento influisce negativamente sulla valutazione dei Commissari straordinari delle Aziende del SSR.

DI TRASMETTERE al Dirigente Generale del Dipartimento regionale Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari il presente provvedimento per la relativa attuazione nonché per la notifica ai soggetti interessati.

DI INVIARE il presente decreto ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, per la relativa validazione attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro".

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento regionale Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria ai sensi della Legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Sub Commissario
f.to Dott. Ernesto Esposito

Il Commissario ad acta
f.to Dott. Roberto Occhiuto

Dipartimento Tutela della Salute Servizi Socio Sanitari

**Settore n. 8 - Edilizia Sanitaria ed Investimenti Tecnologici – Reti di prossimità e strutture intermedie
in attuazione PNRR**

Il Responsabile del procedimento
Settore n. 8
f.to Ing. Francesco Dattolo

Il Dirigente
Settore n. 8
f.to Ing. Pasquale Gidaro

Firma_____

Firma_____

Il Dirigente Generale
f.to Ing. Iole Fantozzi

Firma_____