

Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 15 maggio 2023, n. 182

**Piano Operativo Regionale. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Missione 6 Salute. Componente 1.2:
Casa come primo luogo di cura e Telemedicina. Approvazione del documento tecnico.**

Oggetto: Piano Operativo Regionale. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Missione 6 Salute. Componente 1.2: Casa come primo luogo di cura e Telemedicina. Approvazione del documento tecnico.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA del Presidente

VISTI

- la Costituzione della Repubblica Italiana;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale” e successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n. 1, “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale” e successive modifiche ed integrazioni;
- la Deliberazione di Giunta regionale del 24 aprile 2018 n. 203 concernente: “Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni” che ha istituito la Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria;
- la Determinazione n. G07633 del 13/06/2018 di istituzione delle strutture organizzative di base denominate Aree e Uffici della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria;
- la Deliberazione della Giunta regionale n. 159 del 5/5/2023 con la quale è stato conferito l’incarico ad interim di Direttore della Direzione regionale “Salute e Integrazione sociosanitaria” al dott. Paolo Iannini, Direttore della Direzione Regionale Programmazione Economica;
- la Determinazione n. G06092 08/05/2023 con la quale si affida ad interim alla dott.ssa Eleonora Alimenti, ai sensi del Regolamento regionale n. 1/2002, art. 164, comma 5, la responsabilità dell’Area Rete Integrata del Territorio della Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria;

VISTI

- la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 2012, n. 502 e s.m.i. concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della Legge 23.10.1992, n. 421”;
- il DPCM 29 novembre 2001 concernente “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza”;
- il DPCM 12 gennaio 2017 recante l’aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza;

VISTI

- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- il DCA del 30 dicembre 2015 n. U00606 “Attuazione dei programmi operativi 2013-2015 approvati con il DCA n. U00247/14, come successivamente modificati ed integrati, tra l’altro, dal DCA n. U00373/15 “Istituzione delle AA.SS.LL. “Roma 1” e “Roma 2”. Soppressione delle AA.SS.LL. “Roma A”, “Roma B”, “Roma C”, “Roma E”. Ridenominazione delle

AA.SS.LL. “Roma D” come “Roma 3”, “Roma F” come “Roma 4”, “Roma G” come “Roma 5” e “Roma H” come “Roma 6””;

- l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (rep. Atti 209 CSR del 18 dicembre 2019), concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2019 – 2021:
- il DCA del 20 gennaio 2020 n. U00018 “*Adozione in via definitiva del piano rientro “piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo. Modifiche ed integrazioni al DCA U00469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019”*”;
- la Deliberazione di Giunta regionale 21 gennaio 2020 n. 12, avente ad oggetto: “Presenza d’atto e recepimento del “Piano di rientro Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo”, adottato in via definitiva con il Decreto del Commissario ad acta n. U00018 del 20/01/2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento”;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri 5 marzo 2020, con cui è stato disposto, tra l’altro, di approvare il Piano di Rientro della Regione Lazio adottato dal Commissario ad acta con il DCA n. U00018 del 20.01.20 e recepito dalla Giunta regionale con la deliberazione n. 12 del 21 gennaio 2020, subordinatamente al recepimento, mediante deliberazione integrativa della Giunta, da adottarsi entro il termine del 30 marzo 2020 (poi prorogato al 30 giugno 2020), delle ulteriori modifiche richieste dai Ministeri Salute ed Economia e Finanze con il parere del 28 gennaio 2020;
- il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 che ha adottato il Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti con il citato parere del 28 gennaio 2020 e definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;
- la Deliberazione della Giunta regionale n. 406 del 26/06/2020 recante: “Presenza d’atto e recepimento del Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento”;
- la Deliberazione della Giunta regionale n. 661 del 29/09/2020 recante: “Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 e recepito con la DGR n. 406 del 26 giugno 2020”;

VISTO il verbale della riunione del 22/07/2020 con il quale il tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza ha ratificato l’uscita della Regione Lazio dal commissariamento;

VISTI, per quanto riguarda la disciplina in materia di contabilità e di bilancio:

- il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5.5.2009, n. 42” e successive modifiche;
- il regolamento regionale 9 novembre 2017, n. 26 “Regolamento regionale di contabilità”, che, ai sensi dell’articolo 56, comma 2, della l.r. n. 11/2020 e fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all’articolo 55 della citata l.r. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima l.r. n. 11/2020;
- la legge regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: “Legge di contabilità regionale”;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 13 dicembre 2022, n. 1178, recante: “Ricognizione nell’ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del

- servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D. Lgs n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. - Perimetro Sanitario - Esercizio Finanziario 2022”;
- la legge regionale 30 marzo 2023, n. 1, recante: “Legge di stabilità regionale 2023”;
 - la legge regionale 30 marzo 2023, n. 2 recante “Bilancio di previsione finanziaria della Regione Lazio 2023-2025”;
 - la Deliberazione della Giunta regionale 31 marzo 2023, n. 91, concernente: “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2023-2025. Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento", ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese”;
 - - la Deliberazione della Giunta regionale 31 marzo 2023, n. 92, concernente: “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2023-2025. Approvazione del "Bilancio finanziario gestionale", ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”;
 - - la Deliberazione della Giunta Regionale 27 aprile 2023, n 127, concernente: “Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2023-2025 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli art. 30,31 e 32, della Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11”;

VISTI

- la Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 concernente: “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitaria e socio sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali” e s.m.i.
- il Regolamento regionale 6 novembre 2019, n. 20 recante: “Regolamento in materia di autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all’esercizio e accreditamento istituzionale di strutture sanitarie e socio-sanitarie: in attuazione dell’articolo 5, comma 1, lettera b), e dell’articolo 13, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modifiche. Abrogazione del regolamento regionale 26 gennaio 2007, n. 2 in materia di autorizzazione all’esercizio e del regolamento regionale 13 novembre 2007, n. 13 in materia di accreditamento istituzionale.”;

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

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”, che approva il Piano Nazionale per gli investimenti complementari finalizzato ad integrare con risorse nazionali gli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e che, in ambito Salute, è focalizzato verso un ospedale sicuro e sostenibile ed, in particolare, verso il miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri;

VISTO il Decreto Legge 31 maggio 2021 n. 77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021 n. 108, recante “Governance del Piano nazionale di rilancio e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure”, nel quale, in ordine all'organizzazione della gestione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, vengono definiti i ruoli ricoperti dalle diverse amministrazioni coinvolte nonché le modalità di monitoraggio del Piano e del dialogo con le autorità europee e si prevedono misure di semplificazione che incidono in alcuni dei settori oggetto del PNRR, al fine di favorirne la completa realizzazione;

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 delle capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”;

VISTO il Decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze del 6 agosto 2021 relativo all’assegnazione delle risorse finanziarie in favore di ciascuna Amministrazione titolare degli interventi PNRR e corrispondenti Milestone e Target previsti per l’attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione;

CONSIDERATO che il PNRR, nell’ambito della missione 6 Salute, con la componente M6C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” sostiene gli investimenti volti a rafforzare la capacità di erogazione di servizi e prestazioni sul territorio, destinati in modo particolare alla popolazione con cronicità, grazie al potenziamento e alla realizzazione di strutture territoriali, l’estensione dell’assistenza domiciliare, il coordinamento tra setting di cura, al fine di garantire la continuità dell’assistenza, lo sviluppo della telemedicina ed una più efficace integrazione con i servizi socio-sanitari;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale del 9 novembre 2021, n. 755, recante “*Governance operativa regionale per l’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Piano Nazionale Complementare al PNRR (PNC)*”;

CONSIDERATO che il piano di programmazione regionale intende proseguire, implementare e completare la strategia e le azioni necessarie per il raggiungimento di obiettivi specifici che concorrono alla programmazione degli investimenti nella Sanità del Lazio per l’integrazione Ospedale - Territorio anche attraverso l’utilizzo dei fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);

VISTA la deliberazione di Giunta regionale n. 1005 del 30 dicembre 2021 recante “*Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale. Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 – Definizione del Piano – Identificazione delle Strutture del PNRR e del piano regionale integrato*”;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale n. 1006 del 30 dicembre 2021 recante in oggetto “*Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C2.1 Aggiornamento Tecnologico Digitale – Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Definizione del Piano del PNRR e del piano regionale integrato*”;

VISTA la Determinazione regionale n. G16850 del 31 dicembre 2021 “*Approvazione del documento "Documento di Programmazione ad interim degli interventi di riordino territoriale per l’implementazione del community care model: Principi, modelli e strumenti per favorire l’innovazione organizzativa nell’assistenza territoriale, in linea con le indicazioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza"*”, con cui si è provveduto a dare l’avvio alla programmazione degli interventi di riordino territoriale;

CONSIDERATO che le risorse del PNRR e del PNC destinate alla realizzazione degli interventi sono state ripartite tra le Regioni e le Province autonome con Decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute “*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. (22A01552)*”, pubblicato su Gazzetta Ufficiale (GU Serie Generale n.57 del 09-03-2022);

VISTA la Deliberazione di Giunta regionale n. 75 del 25 febbraio 2022 recante “*Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C2.1 Aggiornamento Tecnologico Digitale – Investimento 1.1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione) – Definizione del Piano regionale di digitalizzazione delle strutture ospedaliere sede di DEA di I e II livello, di cui al PNRR.*”;

PRESO ATTO del Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00057 del 21 aprile 2022 avente ad oggetto “*Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute – Componente M6C1 Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 - Componente M6C2.1 Investimenti 1.1 - Componente M6C2 Investimenti 1.2 - Componente M6C2.1 Investimento 1.1.1. e Piano Nazionale Complementare al PNRR (PNC). Nomina Soggetti Attuatori delegati*” con il quale si è proceduto a nominare i Direttori Generali/Commissari straordinari pro tempore delle Aziende del SSR quali Soggetti Attuatori delegati all’esercizio delle competenze relative all’avvio, alla realizzazione operativa e al funzionamento degli interventi attuativi degli obiettivi del PNRR e del Piano complementare riferiti alla Regione Lazio di cui alle deliberazioni della Giunta regionale del 30 dicembre 2021 nn. 1005, 1006 e 1007 e del 25 febbraio 2022 n. 75, ognuno per gli interventi di propria competenza;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, ed in particolare l’art. 1, comma 2, che prevede che le regioni e province autonome provvedano ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell’Assistenza territoriale entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del Regolamento;

VISTA la Deliberazione di Giunta regionale n. 332 del 24 maggio 2022 recante “*Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente M6C1 e M6C2– Approvazione Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)*”;

VISTA la Deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 “*Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77"*” che, aggiornando il contenuto del Piano di cui alla determinazione n. G16850/2021, rappresenta un primo atto di recepimento del DM 77/2022;

CONSIDERATO che il documento approvato con la sopracitata deliberazione analizza gli strumenti programmatici, i modelli organizzativi, le strutture, le funzioni e le figure professionali coinvolte nel percorso di riqualificazione della assistenza territoriale, con riferimento alle Case della Comunità ed agli Ospedali della Comunità, alla figura dell’Infermiere di Comunità, alle Unità di Continuità Assistenziali, al NEA 116117, alle Centrali Operative Territoriali, alla Transizione digitale e alla Presa in Carico attraverso il sistema integrato di offerta;

VISTA la Determinazione regionale n. G14215 del 19 ottobre 2022 recante “*Pianificazione di interventi regionali in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione Salute. Programmazione operativa degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643: aggiornamento del Gruppo di lavoro regionale e individuazione di gruppi di lavoro tematici*”, con la quale si è proceduto ad istituire appositi gruppi di lavoro (work package);

CONSIDERATO che la succitata Determinazione regionale G14215 del 19 ottobre 2022 ha stabilito che il gruppo di lavoro regionale coordini ed armonizzi lo sviluppo di un percorso di lavoro volto a

delineare azioni necessarie all'attuazione degli interventi di riordino della rete assistenziale territoriale della Regione Lazio, in applicazione delle Linee Guida generali approvate con la Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643, nonché al completamento del provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale ai sensi del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77, articolo 1 comma 2;

VISTA la Determinazione regionale G16240 del 24 novembre 2022 "*Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6: Salute - Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub investimento 1.2.2 - Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) - 1.2.2.3 COT Device. Approvazione linee guida regionali per l'acquisto dei Device – COT*", che individua i requisiti tecnici minimi di interoperabilità tra i *device* e le piattaforme digitali di telemedicina nazionali e regionali, da utilizzare in fase di approvvigionamento dei *device* per le COT da parte delle Aziende destinatarie del finanziamento di cui alla DGR 332/2022;

VISTA la Determinazione regionale G18206 del 20 dicembre 2022 "*Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77"*" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell'Art.1 comma 2 del citato provvedimento;

VISTA la Deliberazione di Giunta regionale n. 1238 del 28 dicembre 2022 "*Recepimento dell'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021 avente ad oggetto "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178"*";

VISTA la Determinazione G02706 del 28/02/2023 "*Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ed in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale n. G14215 del 19 ottobre 2022.*";

TENUTO CONTO che il Ministero della Salute – Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR - al fine di dare attuazione a quanto previsto dal decreto ministeriale 23 gennaio 2023 "*Ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1. «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)*" con nota prot. I. 303998 del 17/03/2023, ha dato indicazioni alle Direzioni Regionali competenti in materia riguardo la modalità di redazione e trasmissione all'Unità stessa e ad Agenas del Piano Operativo Regionale;

DATO ATTO che con pec del 18 aprile 2023 è stato trasmesso all'Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR e all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali il Piano Operativo Regionale per il Sub.investimento M6C1 – 1-2-1 "*Assistenza Domiciliare*";

CONSIDERATO che, con nota del 8 maggio 2023 dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali ad oggetto "*Esito della Valutazione dei Piani Operativi regionali per il Sub.investimento M6C1 – 1-2-1 "Assistenza Domiciliare" da parte della Commissione tecnica Agenas - Ministero della Salute, designata con Deliberazione del Direttore Generale Agenas n. 167 del 19/04/2023*", è stato trasmesso l'esito della valutazione del Piano Operativo della Regione Lazio che rileva una generale

conformità del piano medesimo agli obiettivi dell'Investimento 1.2.1. definiti dal PNRR Missione 6 Salute Componente 1 e dal Decreto 23 gennaio 2023;

RITENUTO necessario, come previsto dal D.M. 30 settembre 2022, approvare il “Piano Operativo Regionale. Missione 6 Salute. Componente 1.2: Casa come primo luogo di cura e Telemedicina” (allegato n. 1), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

DELIBERA

per le motivazioni di cui in premessa, che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento,

di approvare il “Piano Operativo Regionale. Missione 6 Salute. Componente 1.2: Casa come primo luogo di cura e Telemedicina” (allegato n. 1), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

Il Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria provvederà a tutti gli adempimenti necessari in attuazione della presente deliberazione, ivi compresa la trasmissione della presente deliberazione al Ministero della Salute - Segretariato generale dell'Unità di MISSIONE 6 per l'attuazione degli interventi PNRR, all'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e alle Aziende Sanitarie per i successivi adempimenti di competenza e unitari, attesa la necessità del rispetto dei Target e Milestone del PNRR

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito istituzionale.

Piano operativo regionale

Missione 6 Salute Componente 1 - Investimento 1.2: Case casa come primo luogo di cura e telemedicina
Sub-investimento 1.2.1 - Assistenza domiciliare

REGIONE LAZIO

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 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 socio-sanitari.

L'investimento è ricompreso nella linea

- M6C11.2.1 "*Casa come primo luogo di cura e Telemedicina*" - sub investimenti

Il decreto interministeriale del 23 gennaio 2023 pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 6 marzo 2023 assegna le risorse riconducibili al sub- investimento M6 C1 - 1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)" determinate in euro 2.720.000.000, in qualità di soggetti attuatori come indicato nell'Allegato 1 al decreto.

Il presente Piano Operativo è comprensivo dello specifico Action Plan riferito all'investimento "PNRR M6C111.2.1 ASSISTENZA DOMICILIARE".

All'interno Action Plan regionali verranno inserite, in particolare, specifiche sezioni dedicate agli oneri finanziari e modalità di erogazione dei contributi, comprensiva dell'assegnazione definitiva delle somme, ovvero disposizioni in materia di riduzione o revoca dei contributi nel caso in cui i soggetti attuatori non rispettino le disposizioni contrattuali prefissate.

6.2.1 Componente 1 - Investimento 1.2: Case come primo luogo di cura e telemedicina

Sub-investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare

Action plan

C1 - 1.2.1. Case come primo luogo di cura – Assistenza domiciliare**OBIETTIVO PNRR****TARGET EU****800.000** nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare**TARGET MASSIMO****Definito a livello nazionale****DESCRIZIONE CID**

L'investimento ha l'obiettivo di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro T2 2026 (unico Target Europeo), almeno 800.000 nuovi pazienti over 65 corrispondente al 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee), rispetto all'attuale 5% in media tra le diverse regioni italiane.

REQUISITI CID TARGET M6 C1 6

Aumento delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (1,5 milioni di persone stimate nel 2026). Per raggiungere tale obiettivo dovrà essere aumentato di almeno 800 000 unità entro il 2026 il numero di persone di età superiore ai 65 anni che ricevono assistenza domiciliare. L'assistenza domiciliare integrata è un servizio per persone di tutte le età con una o più malattie croniche o una condizione clinica terminale che richiede un'assistenza sanitaria e sociale professionale continua e altamente specializzata.

Ciascuna Regione contribuisce al target secondo quanto indicato all'interno dell'Allegato 1 al decreto interministeriale 23 gennaio 2023.

INDICAZIONI OPERATIVE**MODALITÀ ATTUAZIONE
INVESTIMENTO E MODALITÀ DI
APPROVVIGIONAMENTO**

- Il Ministero della salute ha emanato la circolare in data 17 marzo 2023 ai soggetti attuatori.
- Il Ministero della salute ha pubblicato in GU n. 55 del 6 marzo 2023 il Decreto di ripartizione delle risorse alle regioni e alle province autonome (DI 23 gennaio 2023).
- Il Ministero della salute ha pubblicato in G.U. n. 144 del 22 giugno 2022 il DM 23 maggio 2022 n. 77 sul Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale.
- Il Ministero della salute ha pubblicato in G.U. n. 120 del 24 maggio 2022 delle Linee Guida sul modello digitale Assistenza Domiciliare; perseguendo la Milestone EU di giugno 2022 (M6 C1 4).
- Intesa Stato Regioni 4 agosto 2021 rep. atti n. 151/2021 sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178".
- Il Ministero della salute ha pubblicato in G.U. n. 298 del 22 dicembre 2022 il DM 30 settembre 2022 sulle Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle linee d'indirizzo per i servizi di telemedicina.

- La Regione Lazio con la Determinazione G02706 del 28/02/2023, pubblicata sul BUR n° 21 del 14/03/2023, ha approvato un documento contenente le "Linee per l'implementazione del modello dell'Assistenza Domiciliare integrato con i servizi della telemedicina".

OBIETTIVI REGIONALI

TARGET REGIONALE **Incrementale: 98.411**
Assoluto: 129.410

IMPORTO ASSEGNATO RRF **€ 383.175.903**

IMPORTO ALTRE FONTI (DL 34/2020 – All. 1 DI 23 maggio 2023) **€ 158.884.872**

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Milestone	Pubblicazione in G.U. n. 120 del 24 maggio 2022 delle Linee Guida sul modello digitale Assistenza Domiciliare	T2 2022	
Target	Trasmissione del Piano Operativo	18 aprile 2023	
Target	Trasmissione della delibera di adozione del Piano Operativo	15 maggio 2023	
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione ADI	T2 2023	
Target	Trasmissione della Deliberazione Giunta n. 1238 del 28/12/2022 con cui si recepisce l'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021 avente ad oggetto "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178" e si dichiara l'adeguamento del sistema di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari ai sensi della citata Intesa	T2 2023	
Target	Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare 2022: numero incrementale assistiti nel 2022 26.167 ; numero assoluto pazienti assistiti nel 2022: 57.166	T1 2023	
Target	Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare 2023: numero incrementale assistiti nel 2023 58.568 ; numero assoluto pazienti assistiti nel 2023: 89.567	T1 2024	
Target	Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare 2024: numero incrementale assistiti nel 2024 90.906 ; numero assoluto pazienti assistiti nel 2024: 121.905	T1 2025	
Target	Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare 2025: numero incrementale assistiti nel 2025 98.411 ; numero assoluto pazienti assistiti nel 2025: 129.410	T1 2026	

Il nuovo modello organizzativo ADI nel Lazio: struttura, processi, risultati

La Missione 6. Salute del PNRR prevede il rafforzamento dell'ADI fino a raggiungere il 10% della popolazione over 65 entro il 2025. Tale obiettivo richiede l'adozione di opportune strategie regionali a supporto ai processi di *change management* aziendali. Il raggiungimento di tale obiettivo è prefigurabile attraverso due azioni di "sistema" nella misura in cui coinvolgono sia le aziende sanitarie che il quadro di indirizzi sviluppato dalla Regione:

- la centralizzazione a livello aziendale del processo di segnalazione, presa in carico e valutazione del servizio stesso. Attualmente i singoli distretti socio sanitari hanno processi e procedure differenti. L'omogeneità dei processi e delle procedure rappresenta la condizione per inquadrare su ampia scala la domanda, gestire in modo migliore le condizioni di accesso e valutare i servizi erogati in modo unitario. Se il processo di segnalazione, attivazione dell'ADI e valutazione necessita di un modello unitario su scala aziendale, il processo di erogazione avviene a livello distrettuale rispetto al quale, a seconda dell'organizzazione dell'ASL, può avvenire in sinergia con le Centrali Operative Territoriali (COT);
- l'organizzazione di un modello multicanale di erogazione delle cure a domicilio che associ l'erogazione in presenza a quella a distanza. In questa prospettiva, il sistema degli interventi a domicilio potrà rappresentare a regime ampio e calibrato sulle esigenze del singolo e del nucleo di riferimento. In tale prospettiva, il coordinamento degli interventi sulla persona e sul contesto dovrà beneficiare dei processi di integrazione che la Casa della Comunità consente di mettere in campo. In questa direzione, il presente documento propone le modalità operative e i modelli professionali per l'ADI nella Regione Lazio, di concerto con le trasformazioni digitali dei servizi di telemedicina (*home digital health*) e con le funzioni delle COT. La "casa come primo luogo di cura" significa favorire l'implementazione di soluzioni tese a migliorare la gestione della presa in carico e la programmazione dell'assistenza domiciliare dei pazienti fragili e cronici. Il nuovo modello organizzativo dell'ADI può contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi di sistema;
- Equità nell'accesso all'assistenza e qualità delle cure erogate, con particolare attenzione a contesti geograficamente svantaggiati;
- Riduzione degli accessi al Pronto Soccorso al fine di evitare ricoveri non adeguati, attraverso l'individuazione precoce nei *setting* territoriale ed ospedaliero dei soggetti eleggibili ad un percorso di cure domiciliari;
- Riduzione delle ospedalizzazioni, sviluppando risposte alternative a domicilio;
- Dimissioni protette dalle strutture di ricovero, assicurando la continuità dell'assistenza al domicilio, attraverso percorsi "rapidi" di presa in carico precoce;
- Presa in carico del paziente, assicurando tramite i servizi di telemedicina il costante monitoraggio di parametri clinici, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in soggetti a rischio o affette da patologie croniche;
- Miglioramento della qualità di vita percepita del paziente, delle famiglie e dei *caregiver*, attraverso interventi di educazione terapeutica per una più efficace risposta/autogestione dei bisogni assistenziali.

Modalità di accesso all'ADI e integrazione con telemedicina e COT

I possibili scenari per l'individuazione precoce dei soggetti eleggibili ad un percorso di cure domiciliari si articolano su tre livelli, che riguardano le modalità di erogazione e/o percorsi attivabili per l'assistenza domiciliare per tipologia di paziente: a) cronico a livello territoriale; b) dai servizi di Pronto Soccorso verso l'ADI; c) dalle degenze ospedaliere verso l'ADI.

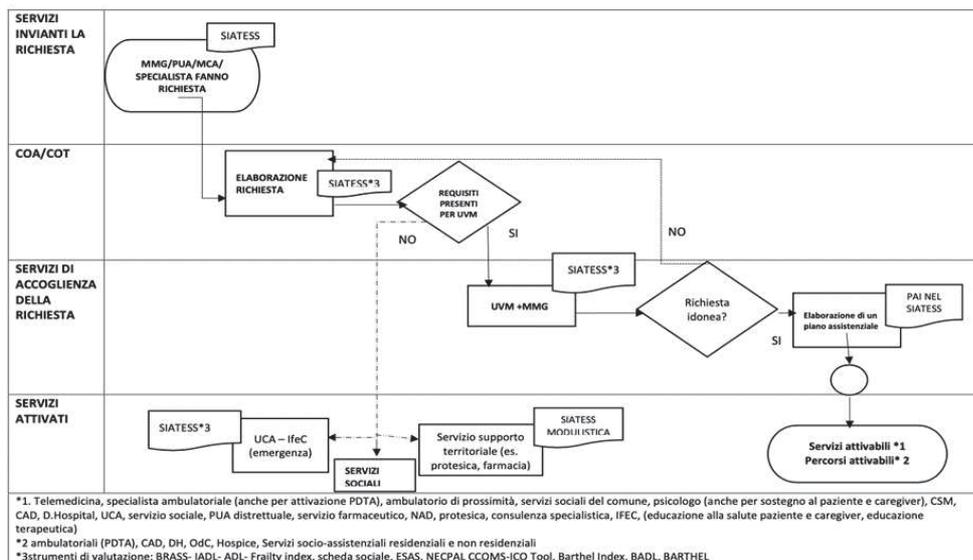
L'intera centralizzazione dei processi, delineata nei tre flussi, dovrebbe avvenire possibilmente presso l'ADI, con un'interfaccia operativamente robusta con la COT, al fine di non perdere alcuni passaggi dalle degenze ospedaliere e dai servizi di Pronto Soccorso. In questo quadro, COT e ADI sono da intendersi quali due entità distinte, previa la necessità di raccordo perché al fine di alimentare i due flussi da setting ospedalieri. Nei paragrafi seguenti, vengono chiariti percorsi per ciascuno dei tre livelli delineati.



a) Paziente cronico a livello territoriale

A livello territoriale, è importante intercettare precocemente i soggetti fragili, secondo logiche di proattività, per cui il MMG/PLS, (o IFEC con funzione "pivot", Infermiere care manager dei PDTA o Medico Specialista) segnalano e attivano l'ADI base, prevedendo interventi di breve periodo e azioni di educazione terapeutica alla famiglia/caregivers nel proprio contesto di vita anche da remoto, selezionando i soggetti con maggiore fragilità sanitaria e sociale (mediante indicatori standardizzati, quali il ricovero negli ultimi 3 mesi, le cadute, il calo ponderale e la perdita del supporto familiare). Successivamente, l'ADI identifica il tipo di intervento, il setting e la frequenza, anche mediante l'utilizzo di strumenti di telemedicina. In caso di particolare vulnerabilità sociale, l'intervento dovrà essere integrato con i servizi sociali, per l'attivazione dei percorsi di sostegno economico o assistenziale o l'avvio della nomina di un Amministratore di Supporto. Importante il ruolo dell'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) nella prealutazione del caso e la presa in carico precoce.

DIAGRAMMA DI FLUSSO PERCORSI ATTIVABILI PER PAZIENTE CRONICO SUL TERRITORIO

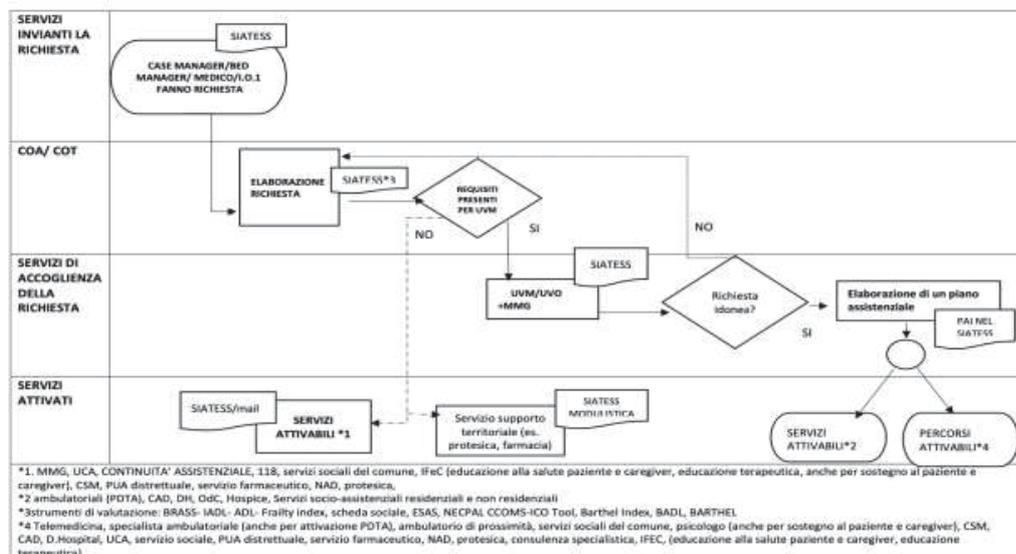


b) Paziente dai Servizi di Pronto Soccorso

È importante che la presa in carico precoce in ADI dei pazienti fragili avvenga anche in Pronto Soccorso attraverso la COT come riferimento delle strutture ospedaliere. In questo percorso un ruolo cardine, accanto al Medico di Pronto Soccorso, è ricoperto dall'infermiere «flussista» del Team Operativo Ospedaliero (TOH) e dall'Assistente Sociale. Inoltre, risulta fondamentale anche il ruolo dell'UCA nella prevalutazione del caso e per la presa in carico precoce.

I Pronto Soccorso di strutture ospedaliere che dispongono di servizi di telemedicina che erogano televisita e/o telemonitoraggio e/o teleconsulto possono attivare rapidamente tali servizi per garantire continuità assistenziale (prima della presa in carico del territorio).

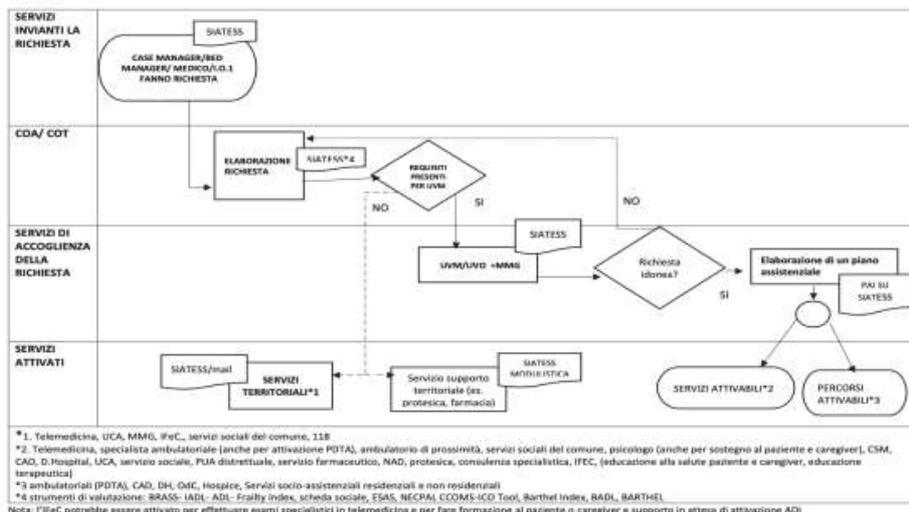
DIAGRAMMA DI FLUSSO PERCORSI ATTIVABILI PER PAZIENTE CRONICO: OSPEDALE PS-ADI



c) Paziente dalle degenze ospedaliere verso l'ADI

Gli Ospedali che dispongono di servizi di telemedicina che erogano televisita e/o telemonitoraggio, e/o teleconsulto, e/o teleriabilitazione, e/o teleassistenza possono attivare tali servizi in fase di dimissione per garantire continuità assistenziale

DIAGRAMMA DI FLUSSO PERCORSI ATTIVABILI PER PAZIENTE CRONICO: OSPEDALE DEGENZA-ADI



Definizione dei livelli di interconnessione tra ADI e PUA

Si delineano, inoltre, i livelli di interconnessione tra ADI e PUA, distinguendo un livello base e un livello avanzato.

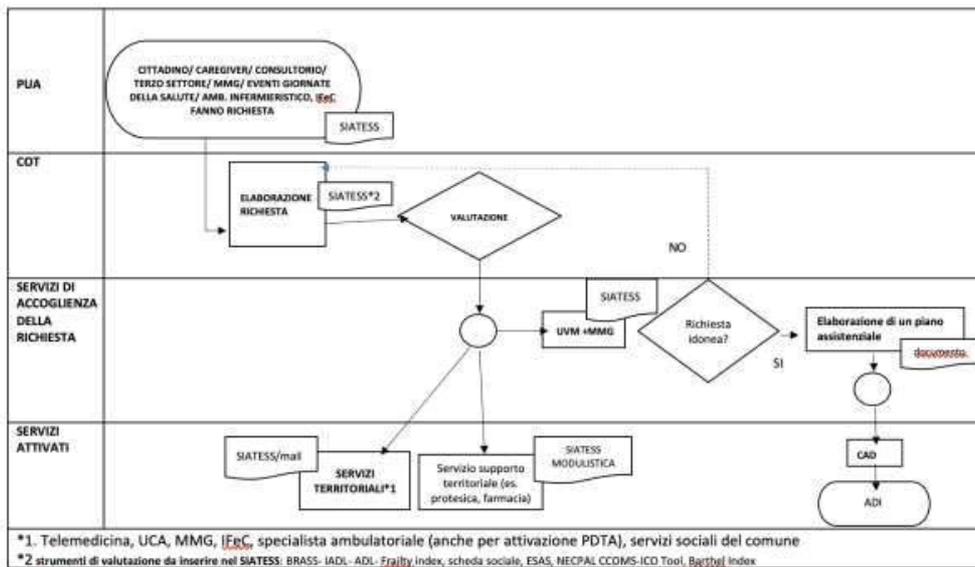
A livello base, si prevedono:

- Accessi tramite PUA e Integrazione con i servizi sociali municipali e con COT-A/COT-D tramite procedure dedicate;
- Accessi territoriali all'ADI dal domicilio tramite COT-A/COT-D;
- Accessi da reparti di degenza all'ADI tramite TOH in connessione con COT-A

A livello avanzato, si prevedono:

- Gestione dei cambi di setting assistenziale
- Gestione delle liste d'attesa per le strutture residenziali locali tramite COT-A/COT-D

DIAGRAMMA DI FLUSSO PERCORSI ATTIVABILI PER PAZIENTE CRONICO- INTERCONNESSIONE TRA ADI E PUA



Modalità di erogazione dell'assistenza domiciliare integrato anche dai servizi di telemedicina

L'applicazione del modello digitale all'assistenza domiciliare consente di implementare il processo di presa in carico che va dalla richiesta, alla attivazione, alla erogazione. L'erogazione delle cure a domicilio deve essere garantita, previa opportuna pianificazione, nell'arco dell'intera settimana 7/7 giorni, tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti e integrata e potenziata dai servizi da remoto di telemedicina (televisita, teleconsulto medico, teleconsulenza medico-sanitaria, telecontrollo, telemonitoraggio, teleassistenza, teleriabilitazione) secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 (Rep. Atti 215/CSR) "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina". Il modello digitale applicato dell'assistenza domiciliare prevede che alcune prestazioni domiciliari possano essere svolte da remoto attraverso:

- Presenza di un Centro Servizi (a funzioni prevalentemente tecniche) e/o di un Centro Erogatore (a funzioni prevalentemente cliniche) per la telemedicina; le due strutture, a discrezionalità dei modelli organizzativi, possono coesistere insieme e possono essere presenti nella sede operativa ADI (di cui

all'Intesa Stato-Regioni del 4 agosto 2021). La COT non gestisce le prestazioni di telemedicina ma supervisiona, monitorizza i percorsi e la corretta tempistica delle prestazioni

-Definizione di strumenti operativi per i servizi di telemedicina (es. linee guida, protocolli, PDTA, workflow, etc.) che consentano di stabilire la tipologia di paziente e patologie eleggibili, prestazioni e servizi di telemedicina disponibili, set di parametri oggetto di eventuale monitoraggio e valori soglia di riferimento, indicatori appropriati (in particolare di esito); i parametri e i valori soglia possono essere personalizzati

Strumenti informativi /informatici a supporto dell'attività di assistenza domiciliare

Si ravvisa come necessaria l'implementazione del sistema informativo regionale SIATeSS per la gestione della Home Care, al fine di garantire apertura e chiusura della cartella domiciliare, nonché la continuità clinico-assistenziale ospedale-territorio. È importante, peraltro, che gli strumenti di telemedicina si integrino con i sistemi informativi aziendali (CCE, repository, ecc.)

Per quanto riguarda la nuova fascia di popolazione che entrerà nel sistema delle cure domiciliari in quanto affetto da poli patologia o a rischio di non autosufficienza, si dovrà registrare la segnalazione (da parte del MMG, dell'ospedale o del PS), avviare la valutazione mediante *Contact Assessment* e prevedere specifiche scale di valutazione integrative rispetto alle più frequenti condizioni di fragilità. La successiva ed eventuale Valutazione Multidimensionale (VMD), e dunque la definizione dettagliata del tipo di intervento, anche con il supporto degli strumenti di telemedicina, potrà utilizzare l'Home Care ADI, prevedendo PAI integrati con definizione delle prestazioni ed i tempi (calendarizzazione). Il SIATeSS integrerà la piattaforma di telemonitoraggio e teleassistenza, nonché prestazioni di teleconsulto con i medici ospedalieri dopo un tempo variabile dalla dimissione (follow up).

STRUMENTI INFORMATIVI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE		
Strumenti	Razionale	Chi li utilizza
Scheda di primo contatto	Utile per COT A e D, PUA e TOH (o COT H), la possibilità di utilizzare lo stesso strumento favorirà il dialogo tra professionisti	Infermiere
Piattaforma di gestione e monitoraggio attività per le COT con dashboard ad uso dei medici (MMG, specialisti) per procedere con richieste e segnalazioni	Unico canale a chi afferiscono le richieste che possono poi essere smaltite o in automatico se si predispongono i criteri di switch o da parte della centrale deputata al filtro (COT A)	Tutti gli attori per segnalare richieste, infermiere per le risposte e la gestione dei processi
Schede di valutazione clinico assistenziale	Comuni ad uso delle diverse UV con l'aggiunta di eventuali moduli personalizzati se occorre, meglio se tutti utilizzano schede interRai	UVMD
Scheda bisogni sociali e budget di salute	Modello condiviso	Servizio sociale
Moduli PRIS e PAI	Come già in uso	Attori coinvolti nel percorso di cura
Scheda di segnalazione frequent user/ fragilità da PS	Visto il carico di lavoro dei PS sarebbe meglio se integrata su Gipse e con interfaccia sulla piattaforma della COT A	Infermiere triage
Schede di valutazione del rischio di dimissione difficile	Da somministrare entro 24/48 ore dal ricovero (esempio Brass) per attivare la COT A e i successivi passaggi utili a non	Infermiere reparto di degenza

	rallentare la dimissione, tra questi la valutazione integrata in ospedale.	
Consensi per le attività di telemedicina	Come già in uso	Chi prende in carico la richiesta
Protocolli condivisi con MMG e specialisti per le attività di telecontrollo, telereferto e teleconsulenza specificati e definiti sui singoli PDTA	Da definire sui singoli percorsi, in particolare specificando le ore di attività, il timing dei controlli e i tempi di risposta del servizio anche nei confronti dell'utenza	Tutti gli attori coinvolti con la convalida del direttore dipartimento di interesse e direttore sanitario aziendale
Modulo attivazione UCA e cartella UCA	Anche questo passa dalla COT A/D secondo dell'organizzazione aziendale meglio se su piattaforma come sopra indicato	Infermiere COT e team UCA

Sviluppo di un sistema di valutazione attraverso indicatori di processo e di esito dell'attività ADI

Si ritiene necessario sviluppare un sistema di valutazione attraverso la definizione di specifici indicatori di processo e di esito dell'attività ADI partendo dal modello esemplificativo per la valutazione delle performance previsto per gli erogatori accreditati di cui al DCA n. U00095 e s.m.i., 22/03/2018. La recente introduzione dell'invio contemporaneo del PAI agli erogatori ADI permetterà di valutare i tempi di risposta e la percentuale di risposte positive del singolo erogatore, anche in relazione al livello assistenziale. È inoltre importante prevedere degli indici di valutazione degli esiti confrontabili con dati già disponibili e misurabili in rapporto all'età, al grado di fragilità e di complessità clinica. Non da ultimo, risulta imprescindibile sviluppare un raccordo degli indicatori proposti con il nuovo sistema di garanzia.

Fabbisogno personale per l'ADI e formazione degli operatori

A fronte dell'obiettivo della presa in carico del 10% della popolazione over 65, risulta indispensabile rivalutare la dotazione di risorse umane dedicate nei Centri ADI. Una composizione dello "skill mix" e del "service mix" flessibile ed articolata potrà inoltre consentire l'erogazione diretta di prestazioni, soprattutto di quelle più semplici, con una maggiore sostenibilità del sistema anche per gli erogatori. L'articolazione degli interventi per livello di complessità che richiedono profili di competenze tra quelli disponibili e l'avvio di un modello erogativo multicanale rappresentano due percorsi di innovazione da avviare nella filiera dei servizi. Parimenti il processo di verifica degli interventi erogati per specifici target di popolazione risulta cruciale per la lettura complessiva del bisogno sul quale l'intervento è stato progettato. Tale processo, definito su scala aziendale, rappresenta il meccanismo per anche per esercitare forme di committenza nei confronti degli erogatori.

Si ravvisa la necessità di prevedere uno specifico percorso di formazione per lo sviluppo delle competenze dei professionisti sanitari che operano nell'ADI, attraverso programmi di riqualificazione e formazione di base/avanzati in ambito digitale e programmi di aggiornamento specifico. Si riposta un esempio di percorso per lo sviluppo delle competenze necessarie degli operatori ADI:

- Elementi di base: inquadramento nosografico ed epidemiologico della fragilità/non autosufficienza nell'anziano
- Utilizzo degli strumenti di valutazione (Contact Assessment) integrato da scale di fragilità clinica e vulnerabilità sociale
- Conoscenza e applicazione degli strumenti di autovalutazione

- Conoscenza dei percorsi di intervento proattivo (educazionale, promozione di stili di vita adeguati) e di indirizzo verso la gestione delle patologie con particolare attenzione alla poli farmacoterapia
- Conoscenza ed avvio dei percorsi di intervento domiciliare, residenziale e semiresidenziale in rapporto agli obiettivi stabiliti
- Utilizzo dei servizi di telemedicina in relazione ai bisogni di cura.

GANTT (nella tabella seguente la regione/p.a. può dettagliare ulteriormente le attività che intende mettere in campo per raggiungere gli obiettivi del presente piano)

Gantt	2023	2024	2025	2026
Implementazione del nuovo modello organizzativo ADI				
Definizione dei fabbisogni di personale				
Arruolamento personale				
Formazione personale				
Definizione procedure interconnessione				
Centralizzazione richieste				
Ridefinizione dei Budget e contrattualizzazione erogatori				
Sviluppo del sistema di valutazione processo ed esiti				
Monitoraggio				

SPECIFICITÀ REGIONALI PER INVESTIMENTO

Intervento/Azione **	Arruolamento del personale nelle Asl per implementare la funzione Valutativa e di Case Management nonché di erogazione diretta di prestazioni ADI
Intervento/Azione **	Formazione degli operatori ASL neo arruolati ed aggiornamento costante del personale già in servizio nell'ADI
Intervento/Azione **	Ridefinizione dei Budget assegnati alle ASL per l'ADI e contrattualizzazione degli erogatori rispetto agli obiettivi di copertura assistenziale

**specificare se si fa riferimento all'intervento nel suo complesso o ad una specifica azione del cronoprogramma

RIFERIMENTI NORMATIVI

- DCA 256/2017: "Criteri di eleggibilità e livelli di intensità assistenziale in Adi
- DCA 283//2017 "Adozione dei "Requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017", proposta di determinazione delle tariffe, determinazione del percorso di accreditamento e linee guida per la selezione del contraente, individuazione del fabbisogno di assistenza e disposizioni conseguenti.
- DCA 95/2018 "Approvazione delle tariffe per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017. Valutazione dell'impatto economico pluriennale. Determinazione delle Linee guida per la selezione del contraente: fasce di qualificazione e pesi ponderali; regole di assegnazione sulla base del principio di rotazione e modello esemplificativo per la valutazione delle performance a supporto della par condicio e della concorrenza.
- DCA 258/2019 "Piano per il potenziamento delle reti territoriali"
- DCA 525/2019 "Percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle Cure domiciliari - ADI.- Regolamentazione periodo transitorio. Adozione documento tecnico.
- DCA 12/2020 "Riorganizzazione delle cure domiciliari - Assistenza Domiciliare Integrata - Adozione tariffe anno 2020"
- DCA 36/2020 "Istituzione del tavolo tecnico e modifiche parziali delle modalità di erogazione per l'alta complessità assistenziale di cui DCA n. U00525/2019 relativo al percorso di riorganizzazione e riqualificazione e di cui al DCA n. U00012/2020 relativo alle tariffe. Modifiche al DCA n. U00283/2017.

- *DCA 47/2020 "Percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle Cure domiciliari – ADI. Pazienti ad alta complessità ed elevata intensità assistenziale. Modifiche ed integrazioni al DCA n. U00036 del 17.2.2020.*
- *Delibera di Giunta 447/2021 "DCA n. U00525/2019. Percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle Cure domiciliari – Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Proroga del periodo transitorio e modifica del tavolo tecnico di cui al DCA n. U00036/2020.*
- *Deliberazione di Giunta n. 1238 del 28/12/2022 "Recepimento dell'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021 avente ad oggetto "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178"*
- *Determinazione G18975 del 29/12/2022 "Delibera di Giunta regionale n. 447/2021 avente ad oggetto "DCA n. U00525/2019. Percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle Cure domiciliari - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Proroga del periodo transitorio e modifica del tavolo tecnico di cui al DCA n. U00036/2020" - Proroga regime transitorio anno 2023*
- *Determinazione G02706 del 28/02/2023, pubblicata sul BUR n° 21 del 14/03/2023, ha approvato un documento contenente le "Linee per l'implementazione del modello dell'Assistenza Domiciliare integrato con i servizi della telemedicina"*

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" 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. 25 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.

La Regione/P.A., nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni tecniche riferite all'attuazione del principio di "non arrecare danno significativo" (cd. DNSH) secondo le indicazioni fornite attraverso le circolari del Ministero dell'economia e delle finanze.