



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER LA LOMBARDIA

**ATTUAZIONE DELLA
ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE
NEL PNRR DELLA LOMBARDIA
CONTROLLO SULLA GESTIONE
(EX ART.7, COMMA 7, D.L. 31 MAGGIO 2021 N. 77)**

DELIBERAZIONE 21 novembre 2024, n. 238/2024/GEST



CORTE DEI CONTI

MAGISTRATO RELATORE: VITTORIA CERASI

Hanno collaborato

Francesca Perreca

Michela Ricciardi



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER LA LOMBARDIA

composta dai magistrati:

dott. Antonio Buccarelli	Presidente
dott. Mauro Bonaretti	Consigliere
dott.ssa Vittoria Cerasi	Consigliere (Relatore)
dott.ssa Maura Carta	Consigliere
dott. Marco Ferraro	Primo Referendario
dott.ssa Rita Gasparo	Primo Referendario
dott. Francesco Liguori	Primo Referendario
dott.ssa Adriana Caroselli	Referendario
dott.ssa Iole Genua	Referendario
dott. Alessandro Mazzullo	Referendario

nella Camera di consiglio del 20 novembre 2024 ha assunto la seguente

DELIBERAZIONE

VISTO l'articolo 100, secondo comma, della Costituzione;

VISTO il testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214 e successive modificazioni;

VISTA la legge 14 gennaio 1994, n. 20;

VISTO il regolamento per l'organizzazione delle funzioni di controllo della Corte dei conti deliberato dalle Sezioni Riunite della Corte stessa in data 16 giugno 2000 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il d. lgs. 18 agosto 2000 n. 267 (Tuel);

VISTO l'articolo 7, commi 7 e 8, della legge 5 giugno 2003 n. 131, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;

VISTO l'articolo 1, commi 166 e seguenti, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

VISTO il decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174, convertito dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213 e successive modifiche ed integrazioni, che ha rafforzato le funzioni di controllo della Corte dei conti al fine di un più efficace coordinamento della finanza pubblica, adeguando il controllo sulla gestione finanziaria delle regioni e degli enti locali;

VISTO il decreto-legge 31 maggio 2021 n. 77, convertito dalla legge 29 luglio 2021 n. 108, riguardante il controllo sulla gestione della Corte dei conti sull'impiego delle risorse provenienti dai fondi di cui al PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza);

VISTA la circolare n.27 del MEF-Ragioneria Generale di Stato prot. n. 175451 del 21 giugno 2022 che introduce il sistema ReGiS per il monitoraggio degli interventi del PNRR;

VISTA la circolare n. 29 del MEF-Ragioneria Generale di Stato prot. n. 201590 del 26 luglio 2022 che chiarisce la relazione tra i flussi finanziari e il sistema ReGiS per il monitoraggio dello stato di attuazione dei progetti del PNRR;

VISTA la relazione "L'assistenza sanitaria territoriale nel PNRR della Lombardia" allegata al giudizio di parifica sul rendiconto 2023 della Regione SRCLOM/156/2023/PARI;

VISTA la deliberazione SRCLOM/173/2023/INPR di rimodulazione dell'attività di controllo programmata per il 2023;

VISTO il riscontro del 5 aprile 2024, prot. Cdc n. 5086 e del 30 aprile 2024, prot. Cdc. n. 6570, con cui Regione Lombardia ha risposto alla prima nota istruttoria inviata dalla Sezione in data 28 febbraio 2024, Prot. n. 2617, sullo stato di attuazione degli interventi della misura M6C1-Assistenza sanitaria territoriale del PNRR;

VISTO il riscontro del 4 ottobre 2024, prot. Cdc n. 20341, con cui Regione Lombardia ha risposto alla seconda nota istruttoria inviata dalla Sezione in data 12 settembre

2024, prot. Cdc n. 20341 del 4 ottobre 2024, sull'aggiornamento circa l'attuazione della misura M6C1-Assistenza sanitaria territoriale del PNRR;

VISTA la disposizione n. 7 del 9 gennaio 2024, con la quale il Presidente della Sezione ha convocato l'odierna Adunanza pubblica;

UDITO il relatore, dott.ssa Vittoria Cerasi

DELIBERA

di approvare, con le modifiche apportate dal Collegio in Camera di consiglio, la relazione avente ad oggetto “Attuazione dell’assistenza sanitaria territoriale nel PNRR della Lombardia, controllo sulla gestione ex art.7, comma 7, D.L. 31 maggio 2021 n. 77”.

La presente deliberazione e l'unita relazione saranno inviate al Presidente della Regione e al Presidente del Consiglio regionale, nonché all'organo di revisione di Regione Lombardia.

La stessa è soggetta a obbligo di pubblicazione, ai sensi dell'art. 31 d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 (concernente il “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”) nelle modalità di legge, dando riscontro a questa Sezione dell'avvenuta pubblicazione.

Così deliberato nella Camera di consiglio del 20 novembre 2024.

Il Relatore
(dott.ssa Vittoria Cerasi)

Il Presidente
(dott. Antonio Buccarelli)

Depositata in Segreteria il
21 novembre 2024

Il Funzionario preposto
al servizio di supporto
(Susanna De Bernardis)

SOMMARIO

1. Introduzione	8
2. Inquadramento normativo.....	9
3. Quadro dei problemi riscontrati.....	12
4. Progressi nell'attuazione	14
4.1 Realizzazione delle Case della Comunità	14
4.1.1. Avanzamento finanziario.....	15
4.1.2. Avanzamento procedurale.....	16
4.2. Realizzazione degli Ospedali di Comunità	18
4.2.1. Avanzamento finanziario.....	19
4.2.2 Avanzamento procedurale.....	20
5. Le strutture di assistenza attivate	22
5.1. Case della Comunità attive	22
5.1.1. Ingressi	23
5.1.2. Orari di funzionamento	24
5.1.3. Presenza del personale	25
5.1.4. Servizi erogati	26
5.2. Ospedali di comunità in funzione.....	31
5.2.1. Posti letto e operatività	31
6. Stato dei rimborsi di ASST e IRCCS	33
7. Valutazioni conclusive	39

Indice delle tabelle

Tabella 1 - Avanzamento finanziario (in €) per le Case della Comunità (M6C1.I.1.1)	16
Tabella 2– Lavori previsti per la realizzazione delle Case della Comunità	17
Tabella 3 - Classificazione delle Case della Comunità per fase raggiunta.....	17
Tabella 4– Avanzamento finanziario (in €) per gli Ospedali di Comunità (M6C1.I.1.3)	19
Tabella 5 - Lavori previsti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	20
Tabella 6 - Classificazione degli Ospedali di Comunità per fase raggiunta.....	20
Tabella 7 - Classificazione delle Case della Comunità per fasce orarie di funzionamento	24
Tabella 8 – Presenza del personale nelle Case della Comunità attivate	25
Tabella 9 - Servizi erogati dalle Case della Comunità attive	26
Tabella 10 – Modelli per le Case della Comunità nel D.M. 77/2022.....	28
Tabella 11 – Elenco delle Case di Comunità “Spoke”	29
Tabella 12 - Dimensione operativa degli Ospedali di Comunità funzionanti	30
Tabella 13 - Infermieri di famiglia in servizio presso le ASST*	35
Tabella 14 – Fondi (in €) per personale dedicato all’assistenza sanitaria territoriale	36
Tabella 15 – Elenco delle 125 Case della Comunità attive	39
Tabella 16 - Elenco dei 20 Ospedali di comunità funzionanti	43

Indice dei grafici

Grafico 1– Percentuale di Case della Comunità per fase procedurale raggiunta	18
Grafico 2 - Percentuale di Ospedali di Comunità per fase raggiunta	21

1. INTRODUZIONE

Come programmato nella delibera n. 173/2023/INPR, questa Sezione prosegue l'esame degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), riguardanti l'assistenza sanitaria territoriale nell'ambito della missione "Salute" (M6) e nello specifico le "Case della Comunità e presa in carico della persona" (M6C1.I.1.1), nonché il "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità)" (M6C1.I.1.3). L'esame, che si inquadra nell'ambito del controllo di regolarità e legittimità della gestione, ai sensi dell'art. 3, comma 4, della l. n. 20/1994 e dell'art. 7 del d.l. n. 77/2021, prende avvio dagli elementi acquisiti in sede di giudizio di Parifica sul rendiconto 2022 (delibera SRCLOM/156/2023/PARI).

2. INQUADRAMENTO NORMATIVO

Dal precedente controllo, il cui esito è costituito dalla relazione “L’assistenza sanitaria territoriale nel PNRR della Lombardia” allegata al giudizio di Parifica sul rendiconto 2022 (SRCLOM/156/2023/PARI), la Sezione ha accertato che, nell’ambito della Missione 6 Componente 1 del PNRR, la Regione Lombardia si è impegnata a riorganizzare l’assetto della sanità pubblica a livello territoriale, dando attuazione al D.M. Salute n. 77 del 23/05/2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” (in breve D.M. n.77/2022) con la DGR XI/6760 del 25/07/2022 “Modello organizzativo delle Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali”.

La DGR n. XI/6760/2022, dando attuazione al DM. n. 77/2022, impartiva le seguenti indicazioni con riferimento alle strutture sanitarie sul territorio, Case della Comunità (CdC) e Ospedali di Comunità (OdC):

- le CdC sono le strutture fondamentali per l'erogazione di servizi sanitari e sociali integrati, con l'obiettivo di facilitare l'accesso alle cure primarie e specialistiche e promuovere la salute pubblica;
- ogni CdC deve offrire servizi di base, come la medicina generale, e specialistici, in base alle necessità del territorio;
- viene stabilita una rete di CdC, ciascuna con un'adeguata dotazione di personale sanitario, inclusi medici di medicina generale, pediatri, infermieri, assistenti sociali, e specialisti;
- viene sottolineata l'importanza di un coordinamento efficace tra le CdC e le altre strutture sanitarie e sociali sul territorio, per garantire una presa in carico completa e integrata dei pazienti;
- gli OdC sono strutture intermedie tra il domicilio del paziente e l'ospedale, destinate a pazienti che necessitano di assistenza sanitaria continuativa ma non intensiva;
- gli OdC sono dotati di un team multi-disciplinare che include medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi e assistenti sociali.
- gli OdC sono parte integrante della rete territoriale dei servizi sanitari e sociali, lavorando in stretta collaborazione con le CdC e le altre strutture sanitarie;
- Le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) sono responsabili del coordinamento operativo e della gestione degli OdC, assicurando un flusso continuo di informazioni e risorse tra i vari livelli di assistenza;
- viene promosso l'uso di tecnologie digitali, come la telemedicina per migliorare l'accesso alle cure e la gestione dei pazienti, specialmente nelle aree più remote.

La stessa delibera DGR n. XI/6760/2022, inoltre, dettagliava i fondi regionali, nazionali e del PNRR destinati alla costruzione di nuove strutture, al potenziamento di quelle esistenti, e all'acquisto di tecnologie e attrezzature sanitarie sia per la realizzazione delle CdC che degli OdC. Infine, prevedeva l'introduzione di indicatori per monitorare la qualità e l'efficacia dei servizi offerti, con l'obiettivo di migliorare continuamente l'assistenza fornita ai cittadini.

Gli impegni della Regione Lombardia relativi al PNRR sono stati definiti nel Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) siglato con il Ministero della Salute in data 31 maggio 2022. Secondo quanto stabilito nel Piano Operativo Regionale (POR), parte costituente del CIS, la Regione intende attivare entro il 2026:

- almeno n. 187 Case della Comunità (CdC) modello “Hub”, cioè strutture di primo accesso ai servizi sociosanitari che prevedono la presenza medica h24 e infermieristica h12 per 7/7 giorni;
- almeno n. 60 Ospedali di Comunità (OdC), ovvero strutture sanitarie di ricovero con un numero limitato di posti letto (15-20) gestite da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale;
- n. 101 Centrali Operative Territoriali (COT), ovvero strutture con funzioni di coordinamento sia della presa in carico della persona sia di raccordo tra professionisti coinvolti, che svolgono una funzione di supporto in *back office* allo scopo di facilitare il passaggio dei pazienti da un *setting* di cura e assistenza ad un altro.

La legge regionale n. 22 del 14 dicembre 2021 “*Modifiche al Titolo I e Titolo VII delle LR 33/2009 (Testo Unico delle leggi in materia sanitaria)*” (art. 36), anticipando il CIS, invero, aveva definito obiettivi più ambiziosi in ordine ai tempi di realizzazione, stabilendo che “*il potenziamento della rete territoriale deve essere portato a compimento entro 3 anni dalla data di entrata in vigore della stessa; che il 40% degli OdC e delle Cdc previsti dal PNRR deve essere realizzato entro il 2022, il successivo 30% entro il 2023 e il restante 30% entro il 2024 e infine che il rispetto della tempistica di cui al punto soprastante costituisce obiettivo prioritario del Sistema Sanitario Lombardo.*” Risultava, dunque, obiettivo prioritario della Regione attivare le n. 187 CdC e i n. 60 OdC entro il 2024.

Le risorse destinate al potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale della Regione Lombardia e le relative fonti erano così costituite:

- 463 milioni del PNRR dal D.M. Salute del 20/1/2022 per gli investimenti necessari alla realizzazione delle relative infrastrutture;

- 85 milioni di risorse regionali (l.r.22/2021, art. 37).

Per quanto concerne la spesa per il personale, non essendo prevista nella misura M6C1 in esame, la Regione ha potuto contare su:

- 15,2 milioni di fondi statali stanziati dalla legge 31 dicembre 2021 n. 234 (legge di bilancio 2022) per personale aggiuntivo diretto a rafforzare la rete di assistenza sanitaria territoriale;
- 17,8 milioni di fondi regionali dalla già citata l. r. 22/2021, art.37.

Anche il D.M. Salute del 23 gennaio 2023 per la riforma dell'assistenza domiciliare, assegnava 85,5 milioni nel 2022 alla Regione in parte riferibili a spese per il personale. La Sezione concludeva nella delibera SRCLM/156/2023/PARI come per l'esercizio finanziario 2022 la Regione Lombardia disponesse, quindi, di complessivi 666,5 milioni per la riorganizzazione della sanità territoriale, di cui 548 milioni destinati a spesa in conto capitale e 118,5 milioni per spesa vincolata al personale.

3. QUADRO DEI PROBLEMI RISCONTRATI

La Sezione, nel verificare lo stato di attuazione della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale prevista dal PNRR, nel precedente controllo aveva appurato che le risorse del PNRR (463 milioni) risultavano tutte accertate al momento del riparto e impegnate nel bilancio 2022 in capitoli di spesa in conto capitale, come prescritto dal D.M. del MEF del 11/10/2021 per gli investimenti in materia sanitaria. A fronte degli impegni di spesa in conto capitale (463 milioni), dai documenti contabili non erano, tuttavia, emersi corrispondenti pagamenti effettuati nell'esercizio 2022. Al riguardo la Regione chiariva che le risorse impiegate per i lavori di ristrutturazione delle singole CdC e degli OdC "attivati" nel 2022, erano state anticipate dagli stessi enti sanitari. Sul punto, la Sezione ha dunque formulato, nella nota istruttoria trasmessa alla Regione il 28 febbraio 2024 (prot. Cdc n. 2617), la richiesta di *"aggiornamenti, a fronte delle spese sostenute dalle ASST e IRCCS per la realizzazione delle CdC e degli OdC, sullo stato dei rimborsi liquidati dalla Regione successivamente alla approvazione con Decreto dirigenziale n. 7796 del 25/05/2023 delle Linee guida finalizzate alla rendicontazione dei progetti da parte dei soggetti esecutori"*.

In relazione ai fondi per il personale stanziati dalla legge di bilancio 2022 (15,2 milioni) e dal d.l. n. 34/2020 (80 milioni) a favore della Regione per l'esercizio finanziario 2022, non emergeva con sufficiente chiarezza il collegamento tra i trasferimenti statali ricevuti, gli impegni di spesa e i pagamenti per ciascuno dei diversi profili del personale impiegato nelle strutture della rete di assistenza sanitaria territoriale. La Sezione ha richiesto con nota istruttoria del 28 febbraio 2024, *"informazioni aggiornate circa le assunzioni del personale medico e infermieristico dedicato alle strutture dell'assistenza sanitaria territoriale, anche in relazione alla spesa effettivamente erogata su fondi statali e regionali per tale personale (distinguendo tra i diversi ruoli)"*.

A conclusione dell'esame effettuato, come emergeva nella relazione allegata al giudizio di parifica 2022, le CdC attivate nel 2023 si trovavano tutte all'interno di strutture già esistenti e non in strutture di nuova realizzazione. A questo proposito la Sezione, con la nota istruttoria già richiamata, ha richiesto *"aggiornamenti sullo stato di realizzazione delle singole strutture, Case della Comunità (CdC) e Ospedali di Comunità (OdC)"* oltre alle *"cause di eventuali ritardi o criticità sopraggiunti, anche in relazione ai vincoli da soddisfare in sede di rendicontazione del progetto PNRR (in particolare sul criterio del DNSH, ecc.)"*.

Infine, essendo tutte le CdC previste dalla Regione Lombardia strutture di primo accesso ai servizi sociosanitari di tipologia *"Hub"*, così come emerge dal CIS, ovvero

con presenza medica h24 e infermieristica h12 per 7/7 giorni, emergeva, quale principale criticità della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale in Lombardia, la mancanza del personale medico. Sulle n. 89 CdC "attivate", infatti, ben n. 48 erano risultate prive di almeno un Medico di Medicina Generale (MMG) e addirittura in n. 70 strutture mancava un Pediatra di Libera Scelta (PLS). La Sezione, con la medesima nota istruttoria, ha chiesto di *"riferire sulla presenza media di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Infermieri nelle CdC attivate"*, oltre alle *"azioni intraprese dalla Regione, anche nell'ambito della contrattazione con i liberi professionisti, per incentivare la presenza di MMG e di PLS nelle strutture dedicate all'assistenza territoriale (incentivi monetari, messa a disposizione di apparecchiature mediche, disponibilità di spazi per l'esercizio della professione, ecc.)"*.

Nel resto della delibera si analizzano le evidenze emerse all'esito della interlocuzione con la Regione.

4. PROGRESSI NELL'ATTUAZIONE

Nel prosieguo si analizzerà lo stato di applicazione del D.M. 77/2022 delle strutture che la Regione prevede di realizzare entro giugno 2026 sia in termini di attuazione finanziaria sia procedurale, distinguendo tra la realizzazione delle Case della Comunità (CdC) e degli Ospedali di Comunità (OdC).

4.1 Realizzazione delle Case della Comunità

In questo paragrafo si considera la totalità delle CdC, ciascuna identificata mediante un Codice Unico di Progetto (CUP), di cui Regione Lombardia è soggetto attuatore. Incrociando i dati trasmessi, emerge una discrasia tra il numero di CdC indicato nel riscontro della Regione (prot. Cdc n. 5086 del 5.4.2024), n. 197 CUP, e quello presente nella piattaforma ReGiS, n. 194 CUP.

Primariamente, occorre riconciliare la differenza emersa. Nel riscontro istruttorio, la Regione dichiarava che dei n. 197 CUP, n. 3 sono “*extra-POR*”, quindi non finanziati con fondi PNRR:

- C19J21048720005 dell'ASST PAPA GIOVANNI XXIII
- C41B22001120002 dell'ASST SANTI PAOLO E CARLO
- C94E21001570001 dell'ASST OVEST MILANESE

La Sezione, con un'integrazione istruttorio, prot. Cdc n. 14034 del 13 settembre 2024, ha chiesto alla Regione di riferire le motivazioni dello stralcio delle n. 3 CdC dai fondi del PNRR. La Regione nel suo riscontro, prot. Cdc. n. 20341 del 4 ottobre 2024, ha precisato che le n. 3 CdC sono state stralciate dal PNRR con DGR n. XII/1515/2023 per “*difficoltà tecniche nel raggiungimento e nel rispetto delle Milestone e Target previste dal PNRR*”. Specificava, inoltre, che per una delle tre, ovvero la Casa di Comunità di via Ghirardelli 9, Bergamo dell'ASST Papa Giovanni XXIII (CUP: C19J21048720005), è stato assegnato con DGR n. XII/1409/2023 un diverso finanziamento, nell'ambito dell'Accordo Quadro di cooperazione tra la Regione Lombardia, l'ASST Papa Giovanni XXIII e il Comune di Bergamo.

Per quanto attiene i restanti n. 194 CUP, la Regione dichiarava di aver “sospeso” la realizzazione di ulteriori n. 3 CdC e più precisamente:

- H44E21003460001- Ospedale Niguarda (prevista ristrutturazione)
- J47H22000400,001- Ospedale Fatebenefratelli Sacco (nuova costruzione)
- J47H22000460002- Ospedale Fatebenefratelli Sacco (prevista ristrutturazione)

Con la medesima integrazione istruttorio del 12 settembre 2024, la Sezione chiedeva chiarimenti in merito all'adozione di tale decisione, a cui la Regione motivava nei termini seguenti:

- Casa di Comunità di Via Moncalieri dell'Ospedale Niguarda (CUP H44E21003460001) - *“a causa di difficoltà nel raggiungimento delle tempistiche previste dal PNRR è stata presentata al Nucleo Tecnico della Unità di Missione PNRR del Ministero della Salute del 23/09/2024, richiesta di rimodulazione del POR per il trasferimento della Casa di Comunità da Via Moncalieri a via Ippocrate 45, Milano”;*
- Casa di Comunità di Via Betti dell'Ospedale Fatebenefratelli Sacco (CUP J47H22000400001) - *“è sospesa a causa della contaminazione del terreno che determina incompatibilità con il raggiungimento delle tempistiche previste dal PNRR. Per tali motivi è stata presentata al Nucleo Tecnico della Unità di Missione PNRR del Ministero della Salute del 23/09/2024, richiesta di stralcio dell'intervento dal POR”;*
- Casa di Comunità di Via dei Cinquecento/via Polesine dell'Ospedale Fatebenefratelli Sacco (CUP J47H22000460002) - *“intervento stralciato dal POR con DGR n. XII/2990/2024 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR - Missione 6 Component 1 e Component 2 e PNC – presa d'atto degli esiti del Tavolo Istituzionale del Contratto Istituzionale di sviluppo sulle rimodulazioni al Piano Operativo Regionale - III Rimodulazione – approvazione dell'aggiornamento del Piano Operativo Regionale” per difficoltà tecniche nel raggiungimento dell'obiettivo (milestone) nei termini temporali previsti dal PNRR, ciò in quanto a seguito di approfondimenti si sono riscontrate delle caratteristiche tecniche dell'immobile non compatibili con milestone e tempi di realizzazione previsti dal PNRR.”*

In conclusione, escludendo le CdC “sospese” e quelle “extra-POR”, Regione Lombardia si pone l'obiettivo di realizzare n. 191 CdC con i fondi del PNRR. Secondo il Piano Operativo Regionale (parte integrante del CIS approvato il 31 maggio 2022), invece, le CdC da realizzare entro giugno 2026 sono n. 187. Ad oggi risultano n. 4 CdC in eccesso rispetto a quanto programmato (n. 191 invece di n. 187). In precedenti interlocuzioni, era emerso come la Regione avesse programmato un numero di strutture superiore rispetto al numero dichiarato nel POR, per cautelarsi rispetto ad eventi imprevisti, che potrebbero creare difficoltà, in quanto soggetto attuatore, al momento della rendicontazione dei *target* prefissati del PNRR.

Si procede, dunque, con l'analisi dello stato di avanzamento finanziario e procedurale di queste n. 191 CdC, considerando che la l. r. 22/2021 stabiliva come obiettivo da raggiungere la realizzazione di n. 187 CdC entro la fine del 2024.

4.1.1. Avanzamento finanziario

Dalla piattaforma ReGiS (estrazione dei dati effettuata il 7.9.2024) si ricavano le informazioni relative alle fonti di finanziamento, allo stato degli impegni e dei pagamenti per ciascun CUP. La Tabella che segue rappresenta un aggiornamento

sull'avanzamento finanziario dell'intervento, distinguendo tra le n. 125 Case "attive"¹ e le n. 66 "non attive", distinzione che sarà di rilievo per le valutazioni sulla operatività di queste nuove strutture.

Tabella 1 - Avanzamento finanziario (in €) per le Case della Comunità (M6C1.I.1.1)

CdC	N	Fondi PNRR	FOI	Impegni	Pagamenti	% impegni su fondi tot.	% pagam su fondi tot.
attive	125	159.369.003,00	19.401.880,82	166.313.393,53	32.313.672,66	93%	18%
non attive	66	114.658.735,00	13.770.914,14	119.321.032,69	13.074.071,25	93%	10%
Totale	191	274.027.738,00	33.172.794,96	285.634.426,22	45.387.743,91	93%	15%

Fonte: Elaborazioni Cdc sulla base dei dati estratti da Regis (7.9.2024)

I fondi a disposizione per la realizzazione delle CdC sono pari a 307,2 milioni, di cui 274 milioni relativi ai fondi del PNRR e 33,2 milioni ai Fondi statali per le Opere Indifferibili (FOI)². Di questi, le risorse impegnate sono 285,6 milioni, mentre i pagamenti a carico delle ASST e IRCCS sono pari a 45,4 milioni, ovvero poco meno del 15 per cento dei fondi disponibili.

Distinguendo tra le CdC "attive" e quelle "non attive", si osserva come gli impegni costituiscono il 93 per cento del totale dei fondi disponibili in entrambi i casi. I pagamenti, tuttavia, risultano in percentuale maggiore per le CdC "attive" (18 per cento) rispetto a quelle "non attive" (10 per cento). La quota maggiore dei pagamenti per le strutture "attive" indica che l'intervento si trova in una fase più avanzata rispetto alle strutture ancora "non attive".

4.1.2. Avanzamento procedurale

In merito all'avanzamento fisico dell'intervento, la tabella che segue illustra la tipologia di lavori che sono previsti sulle n. 191 Case della Comunità da realizzare:

¹ La definizione di CdC "attiva" è stata indicata nel riscontro istruttorio dalla Regione (prot. Cdc. n. 5086 del 5 aprile 2024).

² Si tratta di risorse statali stanziate per fronteggiare i maggiori costi derivanti dall'aggiornamento dei prezzi utilizzati nelle procedure di affidamento di opere pubbliche finanziate che una serie di fattori eccezionali di ordine geo-politico hanno reso necessario. Si veda la documentazione al link:

https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/attivita_istituzionali/monitoraggio/piano_nazionale_per_gli_investimenti_complementari_al_pnrr/fondo_opere_indifferibili/

Tabella 2- Lavori previsti per la realizzazione delle Case della Comunità

CdC	N	da ristrutturare	nuove	% da ristrutturare	% nuove
attive	125	105	20	84%	16%
non attive	66	46	20	70%	30%
Totale	191	151	40	79%	21%

Fonte: Elaborazioni Cdc sulla base del riscontro della Regione (prot. Cdc n. 5086 del 5.4.2024)

Per n. 151 delle Case della Comunità sono previsti lavori di ristrutturazione, mentre per n. 40 la costruzione ex-novo, in alcuni casi anche dopo l’abbattimento dell’immobile preesistente.

È interessante notare come la percentuale di edifici da ristrutturare sia prevalente nelle Case già “attive” (84 per cento), mentre nelle Case ancora “non attive” la percentuale di immobili nuovi rappresenta una quota maggiore (30 per cento rispetto al 16 per cento nelle Case già “attive”). È evidente come le Case già “attive” si trovino per lo più in immobili da ristrutturare; dunque, con una complessità di lavori inferiore alla costruzione di nuove strutture.

Si rappresenta in questa tabella la fase procedurale raggiunta³ suddividendo i CUP tra Case “attive” e Case “non attive”.

Tabella 3 - Classificazione delle Case della Comunità per fase raggiunta

CdC	Progetto	Progetto esecutivo	Gara	Lavori	Concluso	Totale
attive	48	59	13	0	5	125
non attive	33	29	4			66
Totale	81	88	17	0	5	191

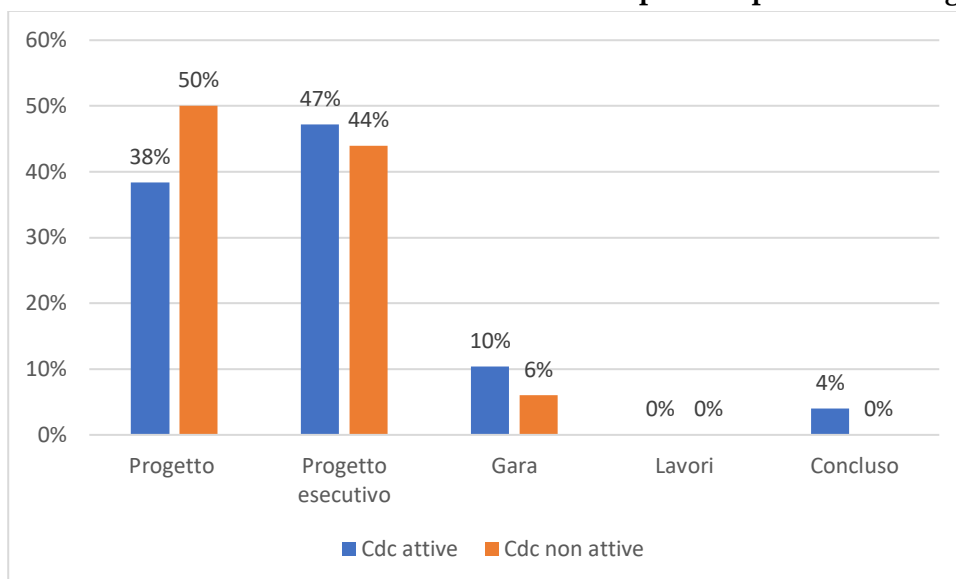
Fonte: Elaborazioni Cdc sulla base del riscontro della Regione (prot. Cdc n. 5086 del 5.4.2024)

Come emerge dai dati la maggior parte dei CUP si trova nella fase della progettazione (Progetto e/o Progetto esecutivo), mentre n. 17 CUP hanno raggiunto la fase della gara e per n. 5 CUP i lavori si sono conclusi.

Dal grafico che segue è rappresentato il confronto tra la fase raggiunta nella procedura dell’intervento distinguendo i CUP relativi alle Case della Comunità già “attive” e quelle ancora “non attive”:

³ Per classificare la fase procedurale raggiunta si è fatto riferimento alla classificazione adottata da ReGiS. Le varie fasi comprendono gli stadi raggiunti come segue: “Progetto” (comprende le fasi 301 - studio di fattibilità; 302 - progettazione preliminare; 303 - PFTE progetto di fattibilità tecnico economica, 304- PFTE rafforzato; 305 - progetto definitivo; 306 - conferenza dei servizi decisoria), “Progetto esecutivo” (comprende le fasi 307 - progettazione esecutiva; 308 - progettazione definitiva + esecutiva), “Gara” (309 - predisposizione capitolato e bando di gara; 310 - pubblicazione bando di gara; 311 - aggiudicazione; 312- stipula contratto); “Lavori” (313 - esecuzione).

Grafico 1- Percentuale di Case della Comunità per fase procedurale raggiunta



Fonte: Elaborazioni Cdc sulla base del riscontro della Regione (prot. Cdc n. 5086 del 5.4.2024)

Si può osservare che è presente una quota di CUP maggiore nelle fasi successive alla progettazione per le CdC “attive” rispetto a quelle “non attive”, a conferma di un maggiore ritardo per queste ultime nell’avanzamento strutturale dell’intervento.

4.2. Realizzazione degli Ospedali di Comunità

Nella delibera SRCLM/156/2023/PARI, la Sezione aveva accertato n. 68 OdC da realizzare. La Regione nel suo aggiornamento (prot. Cdc n. 5086 del 5.4.2024) ha precisato che n. 2 OdC (ASST Crema e ASST Garda) non verranno più finanziati con i fondi del PNRR, mentre n. 3 OdC sono stati sospesi.

In merito, questa Sezione con nota integrativa il 12 settembre 2024 ha richiesto ulteriori precisazioni sul punto. La Regione, nel riscontro istruttorio prot. Cdc n. 20341 del 4.10.2024, ha chiarito che, con DGR n. XII/1515/2023, i seguenti n. 3 OdC sono stati “sospesi” per “difficoltà tecniche nel raggiungimento dell’obiettivo (milestone) nei termini temporali previsti dal PNRR” e più precisamente:

- Ospedale di Comunità di Cesano Boscone dell’ASST Rhodense (CUP B45F22000640001)
- Ospedale di Comunità di Via Valsesia 1, Milano dell’ASST Ospedale Santi Paolo e Carlo (CUP C41B22001200002)
- Ospedale di Comunità di Via Ippocrate 45, Milano dell’Ospedale Niguarda (CUP H44E21003480001).

Inoltre, da un controllo su ReGiS (in data 7 settembre 2024), il progetto facente capo all’ASST Valtellina e Alto Lario (CUP F77H21010630002) non risultava presente. Secondo quanto precisato dalla Regione nel suo riscontro (prot. Cdc n. 20341 del 4.10.2024) *“l’Ospedale di Comunità di Morbegno presenta lo stesso CUP della Casa di Comunità di Bormio. Tale condizione risulta incompatibile con i criteri per l’inserimento in Regis, secondo i quali ad ogni intervento deve corrispondere univoco CUP.”*

In conclusione, il numero di OdC da realizzare è pari a n. 62, mentre, secondo quanto stabilito dal POR, la Regione si è impegnata a realizzarne n. 60 con i fondi del PNRR entro giugno 2026. Anche in questo caso, la Regione, per cautelarsi rispetto ad un eventuale mancato raggiungimento del *target* fissato dal PNRR, ha programmato di realizzare n. 2 OdC in più rispetto al numero stabilito nel POR.

Si procede con l’analisi dello stato di avanzamento finanziario e procedurale dei n. 62 OdC, considerando che la l. r. 22/2021 stabiliva come obiettivo da raggiungere la realizzazione di n. 60 OdC entro la fine del 2024.

4.2.1. Avanzamento finanziario

Dalla piattaforma ReGiS (estrazione dei dati effettuata il 7.9.2024) si ricavano le informazioni relative alle fonti di finanziamento, allo stato degli impegni e dei pagamenti per ciascun OdC. Nella Tabella che segue è riportato un aggiornamento sull’avanzamento finanziario dell’intervento distinguendo tra i n. 20 Ospedali funzionanti⁴ e i restanti n. 42 non funzionanti.

Tabella 4– Avanzamento finanziario (in €) per gli Ospedali di Comunità (M6C1.I.1.3)

OdC	N	Fondi PNRR	FOI	Impegni	Pagamenti	% impegni su fondi tot.	% pagam.su fondi tot.
funzionanti	20	29.959.062,43	1.166.252,22	20.352.058,77	3.623.608,28	65%	12%
non funzionanti	42	121.242.609,57	8.971.027,11	76.163.449,41	13.557.569,03	58%	10%
Totale	62	151.201.672,00	10.137.279,33	96.515.508,18	17.181.177,31	60%	11%

Fonte: Elaborazioni Cdc sulla base dei dati estratti da Regis (7.9.2024).

I fondi a disposizione per la realizzazione degli OdC sono pari a 161,3 milioni, di cui 151,2 milioni relativi ai fondi del PNRR e 10,1 milioni ai Fondi statali per le Opere Indifferibili (FOI). Di questi, risultano impegni per 96,5 milioni (60 per cento dei fondi totali), mentre pagamenti per 17,2 milioni (11 per cento dei fondi totali).

⁴ Quale criterio per la classificazione degli Ospedali di comunità tra quelli funzionanti e quelli non funzionanti, in assenza di una domanda esplicita si è utilizzata l’informazione fornita dalla Regione nel riscontro istruttorio relativa alla disponibilità di posti letto. La presenza di un numero di posti letto disponibili non nullo (eliminando i casi in cui la risposta è “0”) è stato utilizzato come criterio per individuare le strutture funzionanti.

Distinguendo tra gli OdC funzionanti e non funzionanti, si osserva come, nel caso dei primi, gli impegni costituiscono il 65 per cento del totale dei fondi a disposizione, mentre nel caso dei secondi il 58 per cento. Anche per i pagamenti si riscontra una percentuale lievemente maggiore nel caso degli OdC funzionanti (12 per cento), rispetto a quelli non funzionanti (10 per cento). La quota maggiore di impegni e pagamenti denota uno stadio più avanzato dell'intervento per le strutture funzionanti, come evidenziato nel prossimo paragrafo.

4.2.2 Avanzamento procedurale

I lavori previsti per la realizzazione degli OdC comportano per n. 49 dei CUP una ristrutturazione e per n. 13 la costruzione di una nuova struttura.

Tabella 5 - Lavori previsti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità

OdC	N	da ristrutturare	nuovi	% da ristrutturare	% nuovi
funzionanti	20	19	1	95%	5%
non funzionanti	42	30	12	71%	29%
Totale	62	49	13	79%	21%

Fonte: Elaborazioni Cdc sulla base del riscontro della Regione (prot. Cdc n. 5086 del 5.4.2024)

Come emerge dai dati tra gli OdC già in funzione, si riscontra una quota prevalente di edifici da ristrutturare (95 per cento); mentre tra quelli non funzionanti la quota di edifici da realizzare ex-novo è decisamente maggiore (29 per cento). Inoltre, la quasi totalità degli OdC per i quali è prevista una nuova realizzazione (12 su 13) non sono ancora in funzione.

Nella tabella che segue si rappresentano i CUP a seconda della fase raggiunta⁵ dei lavori.

Tabella 6 - Classificazione degli Ospedali di Comunità per fase raggiunta

OdC	Progetto	Progetto esecutivo	Gara	Lavori	Concluso	Totale
funzionanti	5	12	3			20
non funzionanti	18	21	3			42
Totale	23	33	6			62

Fonte: Elaborazioni Cdc sulla base del riscontro della Regione (prot. Cdc n. 5086 del 5.4.2024)

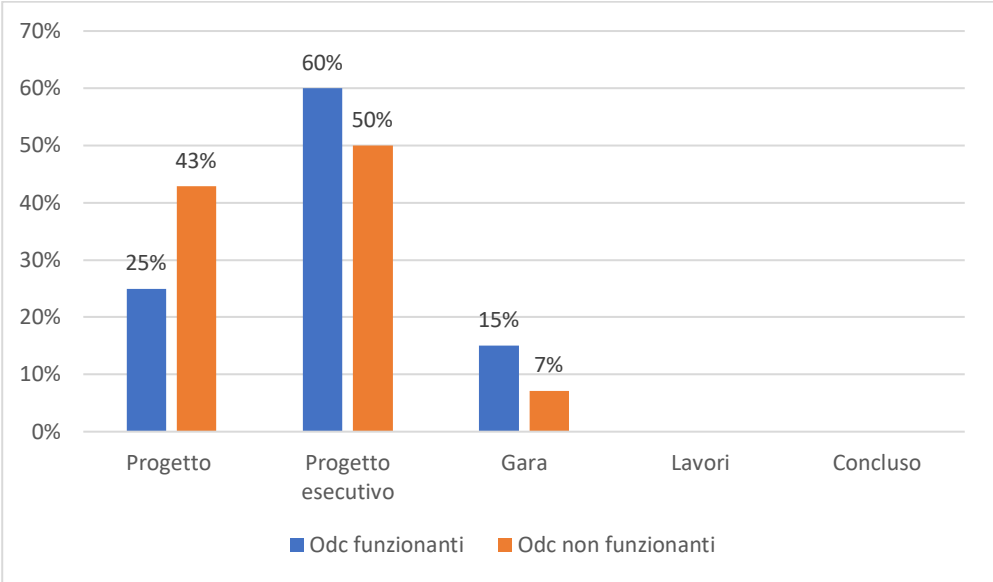
Come emerge dalla tabella, la maggior parte dei CUP si trova nella fase della progettazione (Progetto e/o Progetto esecutivo), mentre solo n. 6 CUP hanno

⁵ Vedi nota 3.

raggiunto la fase della gara per l’assegnazione dei lavori. Per nessuno dei CUP i lavori si sono conclusi.

Nel seguente grafico è possibile confrontare la fase di realizzazione suddividendo i CUP tra quelli relativi a Ospedali di comunità funzionanti e non funzionanti:

Grafico 2 - Percentuale di Ospedali di Comunità per fase raggiunta



Fonte: Elaborazioni Cdc sulla base del riscontro della Regione (prot. Cdc n. 5086 del 5.4.2024)

Rileva osservare come l’intervento per la realizzazione degli OdC risulti in una fase più arretrata rispetto a quello relativo alla realizzazione delle CdC; infatti, nessuno dei CUP ha raggiunto ancora lo stadio finale, né quello di esecuzione dei lavori. Inoltre, per i n. 20 OdC funzionanti (il 32,25 per cento del totale di quelli programmati) la quota di quelli che hanno raggiunto la fase della progettazione esecutiva o della gara è maggiore rispetto agli OdC non ancora funzionanti. Aspetto, questo, che evidenzia ulteriormente il ritardo nella realizzazione dei lavori per questi ultimi, risultando così improbabile il raggiungimento dell’obiettivo posto dalla l. r. 22/2021 entro la fine del 2024.

5. LE STRUTTURE DI ASSISTENZA ATTIVATE

La Sezione, con nota istruttoria del 28 febbraio 2024 cit., ha chiesto alla Regione un aggiornamento sulle strutture attivate (ciascuna identificata mediante CUP), specificando se riferite a ristrutturazione o a nuova realizzazione, oltre ad informazioni sulla loro collocazione geografica. Inoltre, è stato chiesto di dettagliare eventuali ritardi o criticità emersi nella realizzazione del progetto.

Nel suo riscontro (prot. Cdc n. 5086 del 5.4.2024), la Regione ha fornito chiarimenti in merito allo stato di attuazione delle strutture territoriali, omettendo tuttavia, di specificare le criticità riscontrate (cause di eventuali ritardi o criticità sopraggiunti, anche in relazione ai vincoli da soddisfare in sede di rendicontazione del progetto PNRR, in particolare sul criterio del DNSH, ecc.).

Con la nota integrativa del 13 settembre 2024 cit., si chiedeva dunque di motivare tale mancanza.

La Regione nel proprio riscontro istruttorio, prot. Cdc n. 20341 del 4.10.2024, riferiva che *“Non è stata valorizzata la colonna “dettaglio criticità” per le linee di investimento M6C1 – PNRR Case della Comunità e Ospedale di Comunità in quanto, a quella data, non era pervenuta alcuna rendicontazione in Regis. Nel corso degli incontri con i Soggetti attuatori esterni, Regione Lombardia ha invitato i RUP [n.d.r. Responsabili Unici del Procedimento] ad avviare le procedure di rendicontazione.”*

5.1. Case della Comunità attive

In sede istruttoria, la Regione indica n. 126 CdC nell’elenco delle strutture “attive”. Tuttavia, da un controllo effettuato sulla piattaforma ReGiS, la Casa della Comunità (CUP F77H21010630002) di cui ASST VALTELLINA E ALTO LARIO risulta soggetto esecutore non andrebbe ricompresa tra le strutture finanziate dal PNRR, in quanto “extra-POR”. Ai fini di questa delibera, pertanto, vengono prese in considerazione le n. 125 CdC “attive” finanziate con i fondi del PNRR (il cui elenco è in Appendice), di cui per la maggior parte erano previsti lavori sull’immobile prima della loro effettiva operatività.

Si riscontra, di conseguenza, la difficoltà di raggiungere l’obiettivo declinato nell’art. 36 della legge regionale n. 22 del 14 dicembre 2021 *“Modifiche al Titolo I e Titolo VII delle LR 33/2009 (Testo Unico delle leggi in materia sanitaria)”*, di completare la realizzazione di n. 187 CdC entro il 2024, posto che solo n. 125 CdC sono ad oggi “attive” (ovvero il 65 per cento del totale, n. 191 CdC)

Per quanto attiene alle CdC “attive”, la Regione, nel riscontro istruttorio già citato, ha fornito informazioni circa alcuni aspetti del loro funzionamento, in particolare circa l’afflusso del pubblico, le fasce orarie in cui le strutture risultano operative, la presenza del personale medico e amministrativo e infine la gamma dei servizi erogati.

5.1.1. Ingressi

In sede istruttoria è stato anche chiesto di fornire il numero medio settimanale di ingressi per assistenza medica per ciascuna CdC, allo scopo di valutarne la effettiva funzionalità. Ne è emersa una casistica variegata (da 0 ingressi a oltre 5600), sebbene risultino in media ingressi settimanali pari a n. 510 per singola CdC attiva.

Per n.12 CUP risulta, inoltre, un numero di ingressi pari a 0 per i quali la Regione ha fornito le seguenti spiegazioni:

- CUP B41B21007390001, B67H22001070001, B67H22001080001: *"E' in implementazione il sistema gestionale di rilevazione del numero di ingressi per assistenza medica (media settimanale)";*
- CUP C14E21001740001: *"Non presenza di medici, CdC attivata a Dicembre 2023 in soluzione ponte"*
- CUP C47H21009120001: *"Medici presenti in altra sede CdC ponte";*
- CUP C67H21009620002: *"Medici attualmente presenti in sede comunale adiacente alla CdC";*
- CUP F24E21006490006, F74E21006070006, F74E21006080006: *"Il numero di ingressi per assistenza medica, intesi come ingressi spontanei, o di ingressi da MMG corrisponde a zero. Gli utenti presi in carico in CDC per visita medica sono stati inseriti in percorsi definiti (Ambulatori specialistici, come pneumologia, geriatria...) nella presa in carico della cronicità e pertanto inseriti nei flussi degli ambulatori di riferimento"*
- CUP E25F21001570002, E57H21009150002: non viene fornita alcuna motivazione
- CUP I17H21009160009: *"La CdC è attualmente oggetto di un intervento di ristrutturazione fino al 31/12/2024".* Per quest'ultimo, dal riscontro istruttorio non è chiaro se il rifacimento comporti limitazioni ulteriori rispetto alle altre CdC in ristrutturazione, posto che è l'unico CUP di cui viene fornito il termine dei lavori.

Non è chiaro, tuttavia, come si concili l'operatività di strutture per le quali si prevede comunque l'ingresso del pubblico con l'esigenza di effettuare lavori di ristrutturazione o di costruzione, come emerge, invece, dall'esame della fase di realizzazione delle Case della Comunità.

A questo proposito la Sezione, con l'integrazione istruttoria del 13 settembre 2024, chiedeva di fornire precisazioni sulla modalità di attivazione o mantenimento dell'operatività e apertura al pubblico di una struttura in cui sono previsti lavori edili. Nel suo riscontro (prot. Cdc n. 20341 del 4.10.2024) la Regione esprimeva quanto segue:

“La continuità delle attività viene assicurata con le seguenti modalità:

- *collocazione temporanea delle attività sanitarie in strutture transitorie, già disponibili e funzionali per attività rivolte al pubblico e la fornitura dei servizi sanitari;*
- *concentrazione di attività sanitarie e rivolte al pubblico in spazi dedicati dello stesso edificio, con separazione dall'attività di cantiere;*
- *riduzione parziale e transitoria dell'attività sanitaria;*
- *modifiche dei percorsi di accesso alle aree sanitarie dell'edificio interessato ai lavori, prevedendo accessi distinti e separati per il personale/utenza sanitaria e per il personale/maestranze di cantiere.”*

Risulta dunque evidente come una parte delle CdC risultino “attive”, nonostante siano programmati lavori edili o/e di ristrutturazione nel prossimo futuro che potrebbero compromettere la piena funzionalità dei servizi sanitari offerti.

La Sezione ha, pertanto, ritenuto necessario procedere ad un ulteriore confronto in adunanza pubblica per chiarire come la Regione intenda rendere operative strutture aperte al pubblico in cui si prevedono ancora lavori di ristrutturazione o addirittura di costruzione ex-novo, nel rispetto delle scadenze stringenti del PNRR.

Sul punto in adunanza pubblica la Regione ha confermato quanto già riscontrato, ovvero che le attività sanitarie verranno temporaneamente dislocate in altre strutture per il tempo necessario al completamento dei lavori edili.

5.1.2. Orari di funzionamento

Per quanto riguarda gli orari di funzionamento, la Regione ha fornito i dati relativi alle CdC considerate “attive” (incluso anche una CdC “extra-POR”), per cui si osserva la seguente situazione:

Tabella 7 - Classificazione delle Case della Comunità per fasce orarie di funzionamento

Orari / Giorni di funzionamento	7gg/7	6gg/7	meno di 6gg/7	Totale
h24	28	0	1	29
h12	12	18	7	37
meno di h12	2	9	49	60
Totale	42	27	57	126

Fonte: riscontro istruttorio della Regione (prot. Cdc. n. 5086 del 5.4.2024).

Nota: Nonostante il CUP F77H21010630002 si riferisce ad una CdC “extra-POR” è stato incluso tra le CdC attive nella risposta di Regione Lombardia.

Dalla Tabella risulta che n. 29 CdC sono aperte h24 (pari al 17,4% delle 126 strutture considerate attive da Regione), inoltre che n.42 sono aperte 7 giorni su 7 (pari al 33% delle 126 strutture considerate attive da Regione), di cui n. 28 aperte h24. Risulta, tuttavia, che n. 49 CdC (pari al 39% delle strutture considerate attive da Regione)

funzionano meno di 6 giorni alla settimana per meno di 12h al giorno. Rispetto alla situazione riscontrata a luglio 2023, in cui le CdC “attive” erano n. 89 (+36 attualmente), quelle aperte 7gg/7 erano n. 30 (+12 attualmente) e n. 22 erano quelle aperte 6gg/7 (+5 attualmente). Si nota un lieve miglioramento soprattutto in relazione alla copertura oraria che dovrebbe tendere a 24h per 7gg/7 per le CdC di tipo “Hub”, secondo quanto stabilito dal POR.

5.1.3. Presenza del personale

La Sezione ha chiesto aggiornamenti sul personale medico e infermieristico addetto alle Case della Comunità attivate, poiché nella precedente delibera, SRCLOM/156/2023/PARI, l’assenza di personale era emerso quale punto di criticità per il funzionamento delle stesse.

Tabella 8 – Presenza del personale nelle Case della Comunità attivate

	Descrizione	n. di strutture in cui è presente	n. di strutture in cui non è presente
Personale infermieristico	Coordinatore infermieristico	108	18
	IFoC per attività ambulatoriali	110	16
	IFoC per attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute	125	1
	IFoC per assistenza domiciliare di base, attività di prevenzione e teleassistenza	123	3
Personale medico	Presenza di MMG	41	85
	di cui con studio primario in CdC	33	8
	Numero di MMG presenti per CdC:		
	1 - 2	22	
	3 - 4	8	
	5 o più	11	
	Invio diretto dal MMG agli specialisti presenti	17	24
	Presenza di PLS	14	112
Altro personale	Disponibilità di spazi per studio medico MMG o PLS all'interno della CdC	106	20
	Personale di supporto (socio-sanitario, Amministrativo)	121	5

Fonte: riscontro istruttorio della Regione (prot. Cdc. n. 5086 del 5.4.2024).
 Nota: Nonostante il CUP F77H21010630002 si riferisce ad una CdC “extra-POR” è stato incluso tra le CdC attive nella risposta di Regione Lombardia.

Dal riscontro istruttorio risulta che in tutte le CdC “attive” si trova quasi certamente un infermiere di comunità (IFoC) per il *triage*, mentre in n. 18 strutture non è garantita la presenza del coordinatore infermieristico. In n. 85 strutture non è presente il Medico di Medicina Generale (MMG), così come il Pediatra di Libera Scelta (PLS) risulta assente in n. 112 delle CdC. È da notare come in n. 106 CdC “attive” risulta esserci lo spazio per uno studio medico, mentre questo non è disponibile in n. 20 strutture. Solo in n. 19 CdC sono presenti più di due medici. Dunque, sembrerebbe permanere la difficoltà di reperire MMG e PLS disposti a lavorare nelle CdC.

Rispetto alla situazione registrata a luglio 2023, quando in n. 41 CdC si registrava la presenza di un MMG, tale numero è rimasto invariato nel presente monitoraggio, nonostante le CdC attivate siano aumentate.

È da apprezzare il fatto che 33 dei MMG presenti nelle CdC hanno scelto la struttura territoriale per insediarvi lo studio principale, mentre i PLS, presenti in n. 19 strutture, sono diminuiti nonostante l'aumento delle CdC "attive" (5 in meno attualmente).

Il coordinatore infermieristico risultava presente in n. 65 strutture (+43 attualmente), mentre 87 erano gli IFoC per attività di *triage* (+38 attualmente). Per quanto concerne il supporto socio-sanitario e amministrativo, il numero di strutture in cui era presente era pari a n. 85 unità ed è aumentato (+36 attualmente).

In conclusione, la situazione è migliorata per quanto riguarda il personale infermieristico, amministrativo e socio-sanitario, mentre si rileva un peggioramento, per quanto riguarda la presenza del personale medico nonostante il numero maggiore di strutture attivate.

5.1.4. Servizi erogati

Per quanto concerne i servizi erogati nelle CdC "attive", dal riscontro emerge la seguente situazione:

Tabella 9 - Servizi erogati dalle Case della Comunità attive

	n. di strutture in cui è presente	n. di strutture in cui non è presente
Ambulatori specialistici	95	31
Punto Unico Prelievi	89	37
Assistenza domiciliare	113	13
Continuità assistenziale	73	53
Servizi diagnostici di base	85	41
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	104	22
Integrazione con i Servizi sociali	124	2

Fonte: riscontro istruttorio della Regione (prot. Cdc. n. 5086 del 5.4.2024).

Nota: Nonostante il CUP F77H21010630002 si riferisce ad una CdC "extra-POR" è stato incluso tra le CdC attive nella risposta di Regione Lombardia.

In n. 95 CdC vi si trovano ambulatori specialistici (erano n. 75 nella precedente ricognizione), in n. 89 è presente il punto prelievi (erano n. 75 in precedenza), in n. 85 si trovano i servizi diagnostici di base (erano n. 59 in precedenza), in n. 124 strutture è garantita l'integrazione coi servizi sociali (erano n. 77 in precedenza). Dunque, si rileva un miglioramento per quanto concerne l'erogazione di servizi medici e socio-sanitari sul territorio.

Il D.M. 77/2022 nel disciplinare l'organizzazione delle CdC ha previsto una serie di standard minimi che devono essere rispettati per garantire un'assistenza sanitaria adeguata e integrata. In particolare, il decreto ministeriale richiede la presenza di un coordinatore infermieristico per assicurare il coordinamento delle attività sanitarie, sottolinea l'importanza dell'infermiere di Famiglia e di Comunità (IFoC) per la gestione ambulatoriale, il *triage* e l'assistenza domiciliare, una presenza significativa di MMG e pediatri per salvaguardare la continuità delle cure, evidenzia la necessità di spazi adeguati per MMG e personale di supporto prevede la disponibilità di servizi diagnostici di base e ambulatoriali, infine, rileva l'importanza della continuità assistenziale e dell'integrazione con i servizi sociali.

Dall'esame complessivo dei dati trasmessi da Regione Lombardia, è confermato che la maggior parte delle CdC (n. 108 sulle n. 126 considerate attive da Regione) ha un coordinatore infermieristico, in n. 110 CdC sono presenti attività ambulatoriali, in n.125 vi si trova un IFoC per le attività di *triage* e di valutazione dei bisogni di salute, in n.123 servizi di assistenza domiciliare di base, attività di prevenzione e teleassistenza, in n. 106 vi sono spazi disponibili per MMG e in n.121 vi si trova personale amministrativo o socio-sanitario di supporto. Inoltre, n. 85 CdC offrono servizi diagnostici di base e n. 95 CdC hanno ambulatori specialistici, n. 73 CdC garantiscono la continuità assistenziale, infine, l'integrazione con i servizi sociali è assicurata in n. 124 strutture. Tuttavia, come già esposto in precedenza, solo n. 41 CdC hanno un MMG e la presenza di pediatri (PLS) è estremamente limitata (n. 14 su n. 126).

In sintesi, le CdC attivate rispettano in buona parte gli standard previsti dal DM. 77/2022 in diverse aree (presenza di coordinatori infermieristici, IFoC e spazi adeguati). Tuttavia, oltre alla grave scopertura del contingente di MMG e PLS, la presenza oraria non è adeguata rispetto a quella (h 24, 7 giorni su 7) richiesta, per cui si invita la Regione ad adottare misure idonee ed efficaci per raggiungere pienamente gli obiettivi del decreto ministeriale.

Per quanto concerne la carenza del personale medico la Regione nella sua memoria depositata prima dell'adunanza pubblica (Prot. 22882 del 19-11-2024) ha illustrato un quadro di riorganizzazione della medicina del territorio che coinvolgerebbe i MMG e che si ripercuote anche sull'assistenza territoriale: *"... l'Accordo Collettivo Nazionale per i Medici di Medicina Generale introduce il nuovo profilo contrattuale del Medico di Medicina Generale (MMG) definendolo Medico di Assistenza Primaria (MAP) del ruolo unico. Il ruolo unico sottende alla nuova articolazione dell'attività professionale del MAP che si espleta sia a ciclo di scelta (elenco di assistiti iscritti al Medico) che su base oraria.*

La modulazione tra le due attività comporta l'adeguamento dell'attività oraria come di seguito indicato:

a) dal conferimento dell'incarico fino a 400 assistiti, 38 ore;

- b) da 401 a 1.000 assistiti, 24 ore;
- c) da 1.001 a 1.200 assistiti, 12 ore;
- d) da 1.201 a 1.500 assistiti, 6 ore.

Tale profilo contrattuale sarà obbligatorio per TUTTI i Medici a cui verrà conferito un incarico dopo il 1 gennaio 2025 (ivi compresi i MAP iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale e a cui è stato conferito un ambito di assistenza primaria prima del 1 gennaio 2025 ma che concluderanno il percorso di formazione post-laurea dopo il 1 gennaio 2025).

Secondo quanto dichiarato da Regione, sempre nella memoria depositata prima dell'adunanza e da quanto confermato nella stessa il “..modello individuato è coerente con le indicazioni delle Regioni, espresse nella seduta della Commissione Salute in data 15 maggio 2024, in accompagnamento alle “Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub” elaborato da Agenas che ricomprendono nella definizione di Casa di Comunità sia i servizi erogati direttamente all’interno della struttura sia quelli erogati da altri soggetti che si prendono cura della salute della comunità nel suo territorio di riferimento. Questo significa che, nell’ambito del ruolo che il DM 77 assegna al Distretto quale luogo privilegiato di gestione e coordinamento dei servizi, la CdC è complessivamente intesa come l’insieme dei punti erogativi e dei professionisti presenti nel territorio di riferimento e quelli ad essa funzionalmente collegati.”

La Sezione esprime preoccupazione circa l’esito di questa riorganizzazione dell’assistenza medica territoriale se i servizi che i cittadini dovrebbero trovare all’interno della struttura delle Case di comunità venissero offerti all’esterno, seppure in un ambito territoriale limitrofo definito dal Distretto. L’intervento del PNRR è finalizzato alla realizzazione di edifici facilmente riconoscibili nel territorio dove concentrare i presidi medici.

Un ulteriore profilo di criticità è emerso dall’esame del riscontro istruttorio laddove si è rilevato che alcune delle CdC attive siano state accreditate quali “Spoke”, nonostante la Regione si fosse impegnata a realizzare tutte le CdC secondo il modello “Hub” da quanto risulta nel CIS sottoscritto con il Ministero della Salute il 31 maggio 2022.

La Sezione ha dunque chiesto di chiarire le ragioni di questa rimodulazione chiedendo anche di precisare per quali CdC (indicando il CUP per ognuna delle CdC interessate dalla trasformazione) risulti una riorganizzazione dei servizi in linea con gli standard prescritti dal D.M. n. 77/2022. La Regione nel suo riscontro (prot. Cdc n. 20341 del 4.10.2024), omettendo di indicare il dettaglio delle CdC oggetto di trasformazione da “Hub” in “Spoke”, ha dichiarato che: “A tutt’oggi è in atto la definizione del percorso di accreditamento delle Case della Comunità ai sensi del DM n.77/2022. I servizi sanitari e sociosanitari ivi erogati sono accreditati secondo le specifiche normative vigenti. Si evidenzia che lo sviluppo territoriale è in fase di progressiva realizzazione, in particolare le Case della

Comunità stanno gradualmente implementando i servizi ai sensi del DM 77/2022. Le Case della Comunità di nuova edificazione risultanti ad oggi nel POR sono 31, le restanti sono oggetto di ristrutturazione di edifici esistenti, in parte oggetto di riorganizzazioni e di progressiva implementazione di servizi preesistenti.”

Nella relazione allegata al giudizio di parifica sul rendiconto 2023 si rappresentava la differenza tra i due modelli secondo la seguente tabella.

Tabella 10 – Modelli per le Case della Comunità nel D.M. 77/2022

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

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

Nonostante la descrizione del modello non fosse incluso nella parte prescrittiva del D.M. 77/2022, ma fosse solamente indicativa essendo contenuta nell'allegato al decreto, risulta evidente come la scelta tra le due tipologie di CdC abbia un impatto importante sia sull'estensione oraria in cui la struttura è aperta al pubblico (12h invece di 24h, 6gg/7 invece di 7gg/7) e di conseguenza sull'impegno del personale medico, sia sui servizi offerti (facoltativi invece che obbligatori i servizi diagnostici di base, la continuità assistenziale e il punto prelievi).

Dall'esame delle Schede AGENAS, presenti sulla piattaforma ReGiS in riferimento a ciascuna CdC, predisposte dal Responsabile Unico del Progetto il 22.5.2022 in una fase propedeutica e funzionale alla predisposizione del POR e del CIS, la Sezione ha potuto constatare come alcune delle CdC fossero già allora caratterizzate come "*Spoke*".

Tabella 11 – Elenco delle Case di Comunità "*Spoke*"

Ente del SSR	LOCALIZZAZIONE	CUP
ASST BRIANZA	MACHERIO MB	E17H22000670006
ASST LARIANA	CAMPIONE D'ITALIA	F27H21009960002
ASST LECCO	OLGIATE MOLGORA	F89J21031980002
ASST PAVIA	OSPEDALE DI MORTARA	F21B21005440006
ASST PAVIA	EX OSPEDALE DI BRONI	F57H21006150006
ASST PAVIA	CASORATE PRIMO	F61B21004710006
ASST PAVIA	OSPEDALE DI MEDE	F61B21004720006
ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	BRESCIA BRES	G52C21000580002
ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	BRESCIA BRES	G67H21025390002
ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	TAVERNOLE SUL MELLA	G97H21030990002
ASST VALLE OLONA	OLONA OL	B44E21013020006
ASST VALLE OLONA	OLONA OL	B57H21007900006
ASST VALLE OLONA	CASSANO MAGNAGO	B94E21020870001
ASST VALLE OLONA	OLONA OL	B94E21021990006
ASST VALTELLINA E ALTO LARIO	BERBENNO	F77H21011440001

Fonte: Schede AGENAS (22.5.2022)

Tuttavia, nel Contratto Istituzionale di Sviluppo, sottoscritto dal Presidente di Regione Lombardia e dal Ministro della Salute in data 31 maggio 2022, la Regione si è impegnata a realizzare CdC esclusivamente di tipologia "*Hub*". Anche nella successiva deliberazione n. 2562 del 17/06/2024 "*II Rimodulazione – Approvazione dell'aggiornamento del Piano Operativo Regionale*" non risulta alcun riferimento alla trasformazione di alcune CdC in "*Spoke*".

In ordine alla discrasia riscontrata, ovvero tra programmazione e quanto emerso in fase di realizzazione, la Sezione ha ritenuto necessario istituire un’ulteriore interlocuzione con la Regione in adunanza pubblica per chiarire in che modo l’accreditamento di CdC previste come “Hub” e invece attivate come “Spoke” abbia conseguenze sulla riduzione della funzionalità in termini di estensione temporale e di varietà dei servizi offerti per l’assistenza sanitaria.

La Regione in adunanza pubblica non ha chiarito la discrasia riscontrata in fase di programmazione. Tuttavia, ha spiegato che tutte le CdC “attive” sono state accreditate provvisoriamente al SSR. La Sezione raccomanda alla Regione di assicurarsi che tutte le Cdc attivate tendano alla piena operatività secondo gli standard del D.M. 77/2022 così come stabiliti nel Contratto Istituzionale di Sviluppo entro la scadenza stabilita dal PNRR.

5.2. Ospedali di comunità in funzione

In sede istruttoria la Sezione ha chiesto elementi in merito al funzionamento di ciascuno degli OdC, tra cui il numero di posti letto disponibili, il numero medio settimanale di degenti e il numero medio dei giorni di degenza.

Dal riscontro della Regione risultano n. 20 OdC funzionanti⁶, tra quelli finanziati con fondi del PNRR (il cui elenco è in Appendice). La quasi totalità di queste strutture, ad eccezione di una, prevedono inoltre lavori di ristrutturazione sull’immobile.

Dei n. 20 OdC funzionanti, ad eccezione dell’Ospedale di Orzinuovi (CUP E55F21003540001), di cui ASST FRANCIACORTA è soggetto esecutore e dove è in programma una nuova costruzione, per tutti gli altri, invece, sono previsti lavori di ristrutturazione. Tuttavia, la Regione dichiara esservi la disponibilità di posti letto fino ad un massimo di n. 20 ogni 100.000 abitanti, come stabilito dal POR.

5.2.1. Posti letto e operatività

Dal riscontro istruttorio la Sezione ha ottenuto informazioni relative all’operatività delle strutture, come illustrato dalla tabella che segue:

Tabella 12 - Dimensione operativa degli Ospedali di Comunità funzionanti

Ente del SSR	Posti letto disponibili	Numero di pazienti (media settimanale)	Numero medio di giorni di degenza per paziente	CUP
ASST VALLE OLONA	10	17,71	43,8	B24E21009380001

⁶ Si rammenta che le strutture funzionanti sono quelle con un numero di posti letto disponibili non nullo (escludendo i casi in cui la risposta è “0”).

Ente del SSR	Posti letto disponibili	Numero di pazienti (media settimanale)	Numero medio di giorni di degenza per paziente	CUP
ASST RHODENSE	15	14	7	B47H21008110001
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	10	26,49	7,8	C34E21001390005
ASST OVEST MILANESE	8	21	1	C37H21011770001
ASST OVEST MILANESE	8	21	1	C47H21009100001
ASST GARDA	17	27	18	D47H21008520001
ASST BRIANZA	10	19	8	E54E21039330002
ASST FRANCIACORTA	10	15	5	E55F21003540001
ASST MANTOVA	15	14	8	E57H21009160002
ASST MANTOVA	14	16,3	13	E67H21009320002
ASST LECCO	20	22	12	F19J21016220002
ASST LODI	16	40	12	F24E21006500006
ASST LARIANA	8	21,6	6,5	F37H21009670002
ASST LECCO	10	28	10	F39J21018320002
ASST LARIANA	20	11,4	18,2	F67H21008130002
ASST PAVIA	15	33	7	F67H21009800001
ASST PAVIA	15	27	7	F67H22000810001
ASST LARIANA	15	25	11,4	F87H21012630002
ASST CREMONA	20	10	20	I14E21014600009
ASST CREMONA	20	9	14	I17H21009170009
MEDIA	13,8	20,9	11,5	

Fonte: riscontro istruttorio della Regione (prot. Cdc n. 5086 del 5.4.2024)

Il numero di posti letto disponibili negli OdC variano da un minimo di n. 8 posti ad un massimo di n. 20 posti letto, con una media di circa n. 14 posti letto per struttura. Inoltre, gli OdC operativi hanno una media di n. 21 pazienti a settimana con una degenza media di n. 11,5 giorni. Questi numeri sono dunque compatibili con quanto stabilito dal D.M. 77/2022, dove si attribuisce a queste strutture un ruolo intermedio tra gli ospedali e l'assistenza domiciliare.

Si registra, tuttavia, una distanza rispetto all'obiettivo indicato nella L.r. 22/2021 in quanto gli OdC funzionanti sono una percentuale pari al 32 per cento del totale (n. 20 su n. 62).

6. STATO DEI RIMBORSI DI ASST E IRCCS

Una delle criticità segnalate dalla Sezione, nella relazione allegata al giudizio di parifica sul rendiconto 2022 (SRCLM/156/2023/PARI), riguardava lo stato dei rimborsi da parte della Regione delle spese sostenute dalle ASST e IRCCS per la realizzazione delle CdC e degli OdC. Le “*Linee guida finalizzate alla rendicontazione dei progetti da parte dei soggetti esecutori*”, approvate con decreto dirigenziale n. 7796 del 25 maggio 2023, stabiliscono le modalità con cui la Regione procede alla liquidazione dei rimborsi alle ASST e IRCCS, una volta trasmessa la rendicontazione delle spese sostenute per la realizzazione delle CdC e degli OdC.

La modalità con cui la Regione stabilisce il rimborso delle spese sostenute dipende dall'importo delle stesse, ovvero se inferiori o superiori a 500.000 euro. Per gli interventi (sia CdC sia OdC) che richiedono una spesa superiore alla soglia dei 500.000 euro “la liquidazione delle spese effettivamente sostenute avverrà in cinque tranches successive in base allo stato di avanzamento dei lavori (SAL):

- conclusione della fase di progettazione posta a base di gara per la realizzazione dell'intervento, a fronte di creazione di rendiconto in REGIS;
- al raggiungimento del 30% della spesa preventivata per l'intervento (esclusa la progettazione posta a base di gara), a fronte di creazione di rendiconto in REGIS;
- al raggiungimento del 60% della spesa preventivata per l'intervento (esclusa la progettazione posta a base di gara), a fronte di creazione di rendiconto in REGIS;
- al raggiungimento del 90% della spesa preventivata per l'intervento (esclusa la progettazione posta a base di gara), a fronte di creazione di rendiconto in REGIS;
- saldo pari al 10% della spesa preventivata per l'intervento (esclusa la progettazione posta a base di gara), a fronte di creazione di rendiconto in REGIS ed attestazione di operatività dell'intervento.

Mentre “per gli interventi con spesa preventivata inferiore a 500.000 euro, in alternativa alla modalità sopra indicata, potranno essere presentati rendiconti in tre tranches successive per SAL:

- conclusione della fase di progettazione posta a base di gara per la realizzazione dell'intervento, a fronte di creazione di rendiconto in REGIS;
- al raggiungimento del 90% della spesa preventivata per l'intervento (esclusa la progettazione posta a base di gara) a fronte di creazione di rendiconto in REGIS;
- saldo pari al 10% della spesa preventivata per l'intervento (esclusa la progettazione posta a base di gara), a fronte di creazione di rendiconto in REGIS ed attestazione di operatività dell'intervento. “

Nonostante dalla documentazione contenuta in ReGiS risulta che alcuni degli interventi realizzati abbiano superato le fasi procedurali rendicontabili, non risultava né dal riscontro istruttorio (prot. Cdc n. 5086 del 5.4.2024) né dalle informazioni presenti sulla stessa piattaforma, alcuna evidenza di rimborsi effettuati da Regione ai soggetti esecutori. Di conseguenza con nota istruttoria del 13 settembre 2024, già citata, è stato richiesto l'elenco dei decreti di liquidazione erogati da Regione a fronte delle spese sostenute alle ASST e agli IRCCS, chiedendo di indicare gli importi liquidati una volta ricevuta la rendicontazione, secondo quanto stabilito nelle *"Linee guida finalizzate alla rendicontazione dei progetti da parte dei soggetti esecutori"* approvate con il decreto dirigenziale menzionato.

Dal riscontro emerge che la procedura di rimborso delle spese sostenute, a fronte della rendicontazione da parte dell'ASST, è stata avviata per sole n. 2 CdC.

In particolare, si tratta delle CdC di:

- Borgo Palazzo dell'ASST Papa Giovanni XXIII (CUP C14E21001570005): a fronte di una spesa rendicontata di 96.092,82 euro la Regione dichiara che l'istruttoria regionale è stata completata e il rendiconto è stato trasmesso in data 26 settembre 2024 al Ministero della Salute;
- Cedegolo dell'ASST Valcamonica (CUP C84E22000080006): in relazione ad una spesa rendicontata di 123.736,32 euro, la Regione dichiara che l'istruttoria regionale è in fase di completamento.

Al contrario, non risulterebbe alcuna rendicontazione né istruttoria regionale avviata per alcuno degli OdC.

Inoltre, la Regione nel suo riscontro (prot. Cdc n. 20341 del 4.10.2024), affermava che *"a tutt'oggi non sono stati emessi provvedimenti di liquidazione."*

La Sezione ha dunque ritenuto necessario istituire un'ulteriore interlocuzione convocando la Regione in adunanza pubblica per comprendere le ragioni del ritardo riscontrato nella procedura di rimborso delle spese sostenute e rendicontate dalle ASST e IRCCS per gli interventi di realizzazione delle CdC e degli OdC.

La Regione in adunanza pubblica ha ricondotto il grave ritardo nei rimborsi alle aziende sanitarie alla complessità della gestione amministrativa del PNRR, tra cui la carenza di personale nelle stesse aziende sanitarie dedicate al processo di rendicontazione, la complessità dei controlli che intervengono su più livelli tra soggetto esecutore, soggetto attuatore e ministero titolare, la complessità di gestire il processo documentale attraverso ReGiS. Infine, nella memoria depositata prima

dell'adunanza (Prot. 22882 del 19-11-2024) la Regione dichiara di prevedere una quota importante delle liquidazioni nel corso del 2025.

La Sezione, con nota istruttoria del 28 febbraio 2024, chiedeva alla Regione di riferire circa le azioni intraprese per incentivare la presenza di MMG e di PLS, anche con riferimento alla contrattazione con i liberi professionisti, nelle strutture dedicate all'assistenza territoriale (incentivi monetari, messa a disposizione di apparecchiature mediche, disponibilità di spazi per l'esercizio della professione, ecc.).

La Regione nel suo riscontro (prot. Cdc n. 6570 del 30.4.2024), facendo riferimento al quadro normativo delle regole del Sistema sanitario regionale lombardo anno 2023/2024 (DGR n. XII/7758/2023 e DGR n. XII/1827/2024), ha precisato che *“le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance delle AFT (n.d.r. Aggregazioni Funzionali Territoriali), compresi quelli relativi al coordinamento tra i vari setting assistenziali, sono parte integrante del programma delle attività territoriali”*. In particolare, la Regione ha previsto che i medici che vi operano, debbano collaborare all'espletamento di diverse attività, in proprio o sulla base di progettualità condivise, cui sono collegati gli obiettivi incentivanti, anche laddove già operanti, nelle CdC.

Inoltre, la Regione ha riferito di aver stabilito che in ogni CdC siano presenti sia le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) sia gli ambulatori di continuità assistenziale *“per la cui attività i medici del ruolo unico devono avere una adeguata incentivazione”*. In applicazione al D.M. n. 77/2022 e alla DGR n. 6760/2022, i MMG/PLS dovranno proseguire il percorso, iniziato nel 2022, *“teso a perfezionare accordi che vadano nella direzione di fornire risposte adeguate ai bisogni mutevoli ed emergenti nella popolazione e tenendo conto del contesto organizzativo in evoluzione”*.

Infine, a fronte della carenza di medici, la Regione ha dichiarato che nelle CdC vengono attivati *“in via temporanea, per pazienti cui non è possibile assegnare un medico, degli specifici ambulatori: Ambulatori medici temporanei (AMT)”* e che è stata prevista una retribuzione oraria di 40 euro (*“oneri compresi, da finanziare con i risparmi derivanti dal minor utilizzo del compenso a quota capitaria”*) per tutti i medici del ruolo unico o delle Unità speciali di Continuità Assistenziale (UCA), operanti in questi ambulatori.

In ultimo, con riferimento alla carenza di personale nelle strutture territoriali, rilevata nella delibera SRCLOM/156/2023/PARI, si sono chiesti aggiornamenti circa le assunzioni del personale medico e infermieristico dedicato, anche in relazione alla spesa effettivamente erogata su fondi statali e regionali per tale personale.

Nel riscontro istruttorio (prot. Cdc n. 6570 del 30.4.2024), la Regione ha trasmesso i dati del personale in servizio al 31 dicembre 2023 presso le strutture dell'assistenza sanitaria territoriale, precisando che nel corso del 2023 si è data attuazione ai Piani di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), già approvati nel 2022, nonché al

popolazione di: Distretti territoriali, Ospedali di Comunità, Case della Comunità e Centrali Operative Territoriali, con assegnazione alle Aziende sanitarie di risorse provenienti dal Fondo Sanitario Regionale e dal d.l. n. 34/2020.

Tabella 13 - Infermieri di famiglia in servizio presso le ASST*

Ente	Infermieri di famiglia
701 - ASST Niguarda	35
702 - ASST Santi Paolo e Carlo	20
703 - ASST Fatebenefratelli/Sacco	41
704 - ASST Pini	0
705 - ASST Ovest Milanese	36
706 - ASST Rhodense	34
707 - ASST Nord Milano	60
708 - ASST Melegnano	74
709 - ASST Lodi	20
710 - ASST Sette Laghi	48
711 - ASST Valle Olona	38
712 - ASST Lariana	49
713 - ASST Valtellina e Alto Lario	0
714 - ASST Valcamonica	16
715 - ASST Lecco	20
717 - ASST Brianza	112
718 - ASST Papa Giovanni XXIII	72
719 - ASST Bergamo Ovest	61
720 - ASST Bergamo Est	53
721 - ASST Spedali Civili	82
722 - ASST Franciacorta	40
723 - ASST Garda	56
724 - ASST Cremona	31
725 - ASST Mantova	51
726 - ASST Crema	15
727 - ASST Pavia	57
Totale complessivo	1.121

Fonte: Risccontro della Regione (prot. Cdc n. 6570 del 30.4.2024)

(*) Dati da PTFP 2024-2026 approvato dalle ASST

Dal riscontro della Regione si apprende che a fine 2023, il numero dei dipendenti dei distretti è pari a *“3.060 operatori, di cui gli infermieri di famiglia sono 1.121”*.

Dai dati di preconsuntivo nel 2023 risulta che le risorse per l’assunzione di personale dedicato all’assistenza sanitaria territoriale nel 2023 sono 73,1 milioni, di cui 48,3 milioni per gli Infermieri di famiglia dalla legge n. 34/2020 (art.1, comma 5)⁷ e 15,6 milioni dalla legge di bilancio 2022, finalizzati all’assunzione di personale aggiuntivo diretto a rafforzare la rete di assistenza sanitaria territoriale.

Tabella 14 – Fondi (in €) per personale dedicato all’assistenza sanitaria territoriale

Fonte delle risorse	Importo stanziato
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) - art. 1, commi 4 e 4 bis DL 34/2020	9.245.864,00
"Infermieri di Famiglia" - DL 34/2020 art. 1, comma 5 - convertito in Legge 77/2020	48.289.139,00
Assunzioni "personale" - Territorio - Legge 234/2021 comma 274	15.571.643,00
Totale (dati preconsuntivo 2023)	73.106.646,00

Fonte: Riscontro della Regione (prot. Cdc n. 6570 del 30.4.2024)

Nota: Si noti che l’ADI costituisce oggetto di un intervento a sé stante nel PNRR, ovvero M6-C1-1.2.1 “Casa come primo luogo di cura (ADI)”, prevedendo ulteriori fondi rispetto alle due misure analizzate.

Si tratta di risorse che richiederebbero una previsione di stanziamenti pluriennali vincolati all’assunzione di personale dedicato all’assistenza sanitaria territoriale, per garantire non solo l’attivazione, finalizzata al conseguimento dei *target* del PNRR entro la fine del 2026, ma anche il funzionamento di strutture stabili sul territorio.

A questo riguardo la Sezione ha ritenuto necessaria una ulteriore interlocuzione con la Regione per acquisire elementi circa le iniziative intraprese per garantire la presenza di personale medico nelle strutture territoriali attivate o ancora da attivare.

Da quanto emerge dalla memoria depositata prima dell’adunanza (Prot. 22882 del 19-11-2024), la Regione con le “Regole di sistema 2023” della DGR XI/7758/2022 e con le “Regole di sistema 2024” della DGR XII/1827/2024 garantisce *“alle Aziende del SSR l’autorizzazione di incremento di personale utile al completamento degli standard previsti dal DM 77/2022 per centrali operative territoriali, case di comunità e ospedali di comunità.”*

⁷ Legge n. 234, art.1 comma 5 “Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10.”

Inoltre, che “Le Aziende hanno inoltre attivato tutti gli strumenti tradizionali ed ordinari per il reclutamento del personale, nonché avviato specifiche convenzioni per la messa a disposizione di personale dirigente medico e bandito avvisi specifici per il conferimento di contratti di lavoro di libera professione.”

La Sezione ribadisce che per garantire la piena operatività delle strutture, e dunque il raggiungimento del target del PNRR entro la fine del 2026, occorre che la Regione si impegni con stanziamenti pluriennali vincolati alle assunzioni per il personale dedicato all'assistenza territoriale.

7. VALUTAZIONI CONCLUSIVE

Alla luce dell'attività istruttoria di questa Sezione (febbraio 2024) aggiornata al (settembre 2024) si possono formulare le seguenti conclusioni:

- dall'analisi risulta che obiettivo di Regione Lombardia è realizzare con i fondi del PNRR n. 191 Case della Comunità (CdC) e n. 62 Ospedali di comunità (OdC), mentre il Piano Operativo Regionale (parte integrante del CIS approvato il 31 maggio 2022) prevede la realizzazione di n.187 CdC e di n. 60 OdC. Ad oggi, dunque, risultano n. 4 CdC e n. 2 OdC in più rispetto al numero previsto dal PNRR.
- La Regione, con l'art. 36 della legge regionale n. 22 del 14 dicembre 2021 *"Modifiche al Titolo I e Titolo VII delle LR 33/2009 (Testo Unico delle leggi in materia sanitaria)"*, si era posta l'obiettivo di realizzare n. 187 CdC e n. 60 OdC entro la fine del 2024. Tale obiettivo ambizioso risulta difficilmente raggiungibile, posto che allo stato attuale sono state attivate con accreditamento provvisorio al SSR n. 125 CdC (ovvero il 65 per cento del totale, su n. 191) e sono funzionanti n. 20 OdC (ovvero il 32 per cento del totale, su n. 62).
- Dall'attività istruttoria la Sezione ha accertato che delle n. 125 CdC attive solo n. 29 sono aperte h24, inoltre che n.42 sono aperte 7 giorni su 7, di cui n. 28 aperte h24. Risulta, tuttavia, che n. 49 CdC funzionano meno di 6 giorni alla settimana per meno di 12h al giorno. Rispetto a luglio 2023, in cui le CdC attive erano n. 89 (+36 attualmente), quelle aperte 7 giorni su 7 erano n. 30 (+12 attualmente) e n. 22 erano quelle aperte 6 giorni su 7 (+5 attualmente). Si nota un lieve miglioramento soprattutto in relazione alla copertura oraria che dovrebbe tendere a 24h per 7 giorni su 7 per le CdC di tipo *"Hub"* secondo quanto stabilito dal POR.
- La Sezione ha riscontrato che n. 15 delle CdC attive sono state accreditate quali *"Spoke"*, nonostante la Regione si fosse impegnata a realizzare tutte le CdC secondo il modello *"Hub"* da quanto risulta nel CIS sottoscritto con il Ministero della Salute il 31 maggio 2022. Tale scelta ha un impatto importante sia sull'estensione oraria in cui la CdC è aperta al pubblico (12h invece di 24h, 6 giorni su 7 invece di 7 giorni su 7) e di conseguenza sull'impegno del personale medico sia sui servizi offerti (facoltativi invece che obbligatori i servizi diagnostici di base, la continuità assistenziale e il punto prelievi).
- Nelle CdC *"attive"* vi si trova quasi certamente un infermiere di comunità (IFoC) per il *triage*, mentre in n. 18 strutture non è garantita la presenza del coordinatore infermieristico. Il Medico di medicina generale (MMG) non è presente in n. 85

strutture, mentre il Pediatra di libera scelta (PLS) in n. 112. È da apprezzare che n. 33 MMG presenti nelle CdC abbiano scelto la struttura territoriale per insediarvi lo studio principale. Il PLS risultava presente in n. 19 strutture a luglio 2023, numero che risulta addirittura diminuito (meno n.5, attualmente), nonostante l'aumento delle CdC "attive". La situazione è migliorata per quanto riguarda il personale infermieristico e amministrativo socio-sanitario, si rileva un peggioramento per quanto riguarda il personale medico.

- Nonostante una parte delle CdC risultino attive e aperte al pubblico, si prevedono nel prossimo futuro lavori edili o/e di ristrutturazione che potrebbero compromettere la piena funzionalità dei servizi sanitari offerti.
- Rileva osservare come l'intervento per la realizzazione degli OdC si trova ad una fase più arretrata rispetto a quello delle CdC in quanto ancora nessuno degli OdC ha raggiunto la fase di esecuzione dei lavori.
- Nei n. 20 OdC funzionanti il numero di posti letto disponibili varia tra un minimo di 8 posti ad un massimo di 20 posti letto, con una media di circa 14 posti letto per struttura. Si rileva una media di 21 pazienti a settimana con una degenza media di 11,5 giorni. Questa evidenza è coerente con il D.M. 77/2022 che attribuisce a queste strutture un ruolo intermedio tra il ricovero in ospedale e l'assistenza domiciliare.
- È emerso che l'istruttoria regionale finalizzata al rimborso delle spese sostenute è stata avviata, a fronte della rendicontazione da parte dell'ASST, solo per n. 2 CdC. Non risulta, invece, alcuna rendicontazione avviata, né istruttoria regionale, per gli OdC. Inoltre, nel riscontro la Regione afferma che, allo stato degli atti, *"non sono stati emessi provvedimenti di liquidazione."*
- Dai dati di preconsuntivo nel 2023 è emerso che le risorse per il personale dedicato all'assistenza sanitaria territoriale nel 2023 pari a 73,1 milioni, di cui 48,3 milioni per gli Infermieri di famiglia dalla legge n. 34/2020 (art.1, comma 5) e 15,6 milioni dalla legge di bilancio 2022, sono destinati all'assunzione di personale aggiuntivo per rafforzare la rete di assistenza sanitaria territoriale. Si tratta di risorse che richiederebbero una previsione di stanziamenti pluriennali, vincolati alla spesa per l'assunzione di personale dedicato all'assistenza sanitaria territoriale, per garantire non solo l'attivazione, allo scopo di conseguire il *target* del PNRR entro la fine del 2026, ma anche il funzionamento di strutture stabili sul territorio. Non si tratta di accreditare nuove strutture nel SSR, ma di garantirne la loro piena funzionalità anche dopo il 2026. Per questo la Corte esprime preoccupazione sul conseguimento

dell'obiettivo della riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale e del suo collegamento con il resto del SSR.

Tabella 15 – Elenco delle 125 Case della Comunità attive

Ente del SSR	Localizzazione	Lavori previsti	CUP
ASST BERGAMO EST	CALCINATE	Ristrutturazione	F29J21014720002
ASST BERGAMO EST	ALZANO LOMBARDO	Ristrutturazione	F39J21019300002
ASST BERGAMO EST	VILMINORE DI SCALVE	Ristrutturazione	F49J21018390002
ASST BERGAMO EST	LOVERE	Ristrutturazione	F69J21017990002
ASST BERGAMO EST	TRESCORE BALNEARIO	Nuove costruzioni	F69J21018080002
ASST BERGAMO EST	GRUMELLO DEL MONTE	Nuove costruzioni	F74E21005410002
ASST BERGAMO EST	OSPEDALE BRIOLINI DI GAZZANIGA	Abbattimento e ricostruzione	F79J21015560002
ASST BERGAMO EST	SARNICO - VIA FACCANONI	Nuove costruzioni	F81B21007710002
ASST BERGAMO EST	CLUSONE	Ristrutturazione	F99J21015030002
ASST BERGAMO OVEST	MARTINENGO	Ristrutturazione	C27H21006180002
ASST BERGAMO OVEST	PONTE SAN PIETRO	Ristrutturazione	C37H21010370002
ASST BERGAMO OVEST	DALMINE	Ristrutturazione	C57H21007870002
ASST BERGAMO OVEST	TREVIGLIO	Ristrutturazione	C77H21006490002
ASST BRIANZA	MACHERIO MB (Spoke)	Ristrutturazione	E17H22000670006
ASST BRIANZA	VIMERCATE MB	Ristrutturazione	E44E21053050002
ASST BRIANZA	GIUSSANO MB	Ristrutturazione	E57H22000860006
ASST BRIANZA	BESANA BRIANZA MB	Ristrutturazione	E74E21041870002
ASST BRIANZA	NOVA MILANESE MB	Ristrutturazione	E77H22001730006
ASST BRIANZA	LIMBIATE MB	Ristrutturazione	E84E21053040002
ASST BRIANZA	LENTATE SUL SEVESO MB	Ristrutturazione	E87H22000760006
ASST BRIANZA	LISSONE MB	Ristrutturazione	E94E21040900002
ASST BRIANZA	CESANO MADERNO MB	Ristrutturazione	E94E21040910002
ASST CREMA	CREMA CR	Ristrutturazione	G94E21006990001
ASST CREMONA	CREMONA CR	Ristrutturazione	I17H21009160009
ASST CREMONA	ROBBIANI (SORESINA)	Ristrutturazione	I94E21021150009
ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	MILANO-DON ORIONE	Ristrutturazione	E47H21011620006
ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	MILANO-VIA FARINI	Ristrutturazione	E47H21011640006
ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	MILANO- VIA RUGABELLA	Ristrutturazione	E47H21011660006
ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	MILANO-VIA RICORDI	Ristrutturazione	J47H21007390001
ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	MILANO- PIAZZALE ACCURSIO	Ristrutturazione	J47H21007400001
ASST FRANCIACORTA	FRANCIACORTA FR	Ristrutturazione	E12C22000160003
ASST FRANCIACORTA	FRANCIACORTA FR	Ristrutturazione	E42C22000030003
ASST GARDA	LENO	Ristrutturazione	D47H21008530001
ASST GARDA	NOZZA	Ristrutturazione	D57H21008800001

Ente del SSR	Localizzazione	Lavori previsti	CUP
ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	MILANO- VIA LIVIGNO	Ristrutturazione	H42C22000610006
ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	VILLA MARELLI - VIALE ZARA	Ristrutturazione	H47H21005370001
ASST LARIANA	LARIANA LA	Ristrutturazione	F12C21000390002
ASST LARIANA	OLGIATE COMASCO	Ristrutturazione	F17H21010610002
ASST LARIANA	CAMPIONE D'ITALIA (Spoke)	Ristrutturazione	F27H21009960002
ASST LARIANA	CANTU'	Ristrutturazione	F37H21009660002
ASST LARIANA	LOMAZZO	Nuove costruzioni	F51B21006410002
ASST LARIANA	PONTE LAMBRO	Ristrutturazione	F67H21009740002
ASST LARIANA	MARIANO COMENSE	Ristrutturazione	F67H21009750002
ASST LARIANA	MENAGGIO	Ristrutturazione	F87H21012620002
ASST LARIANA	VALLE INTELVI	Ristrutturazione	F97H21011510002
ASST LECCO	CASTELNOVO	Ristrutturazione	F29J21013630002
ASST LECCO	MERATE	Nuove costruzioni	F71B21006060002
ASST LECCO	OGGIONO	Nuove costruzioni	F71B21006930002
ASST LECCO	CALOLZIOCORTE	Nuove costruzioni	F81B21010570002
ASST LECCO	INTROBIO	Nuove costruzioni	F81B21010580002
ASST LECCO	OLGIATE MOLGORA (Spoke)	Ristrutturazione	F89J21031980002
ASST LODI	S. ANGELO LODIGIANO	Ristrutturazione	F24E21006490006
ASST LODI	OSPEDALE CIVICO DI CODOGNO	Ristrutturazione	F74E21006070006
ASST LODI	OSPEDALE DI CASALPUSTERLENGO	Ristrutturazione	F74E21006080006
ASST MANTOVA	MANTOVA MA	Ristrutturazione	E17H21011100002
ASST MANTOVA	MANTOVA MA	Nuove costruzioni	E25F21001570002
ASST MANTOVA	MANTOVA MA	Ristrutturazione	E27H21008390002
ASST MANTOVA	MANTOVA MA	Ristrutturazione	E57H21009130002
ASST MANTOVA	MANTOVA MA	Ristrutturazione	E57H21009150002
ASST MANTOVA	MANTOVA MA	Ristrutturazione	E62C21001530002
ASST MANTOVA	MANTOVA MA	Ristrutturazione	E67H21009310002
ASST MELEGNANO E MARTESANA	MARTESANA MARTES	Nuove costruzioni	F21B21006580001
ASST MELEGNANO E MARTESANA	GORGONZOLA	Ristrutturazione	F27H21009440001
ASST MELEGNANO E MARTESANA	MARTESANA MARTES	Ristrutturazione	F67H21008440001
ASST MELEGNANO E MARTESANA	MARTESANA MARTES	Nuove costruzioni	F71B21006940001
ASST MELEGNANO E MARTESANA	MARTESANA MARTES	Ristrutturazione	F77H21010850001
ASST MELEGNANO E MARTESANA	MARTESANA MARTES	Ristrutturazione	F77H21010870001
ASST MONZA (ORA IRCCS SAN GERARDO)	GERARDO) GERAR	Ristrutturazione	B27H22000360001
ASST MONZA (ORA IRCCS SAN GERARDO)	GERARDO) GERAR	Abbattimento e ricostruzione	B54E21011010002
ASST NORD MILANO	CUSANO MILANINO	Ristrutturazione	E17H21012080006

Ente del SSR	Localizzazione	Lavori previsti	CUP
ASST NORD MILANO	COLOGNO MONZESE	Ristrutturazione	E27H21009420002
ASST NORD MILANO	SESTO SAN GIOVANNI	Ristrutturazione	E47H21011630008
ASST NORD MILANO	CINISELLO BALSAMO	Ristrutturazione	E77H21013680006
ASST NORD MILANO	BRESSO	Ristrutturazione	E77H21013700006
ASST OVEST MILANESE	CASTANO PRIMO	Ristrutturazione	C14E21001740001
ASST OVEST MILANESE	LEGNANO	Ristrutturazione	C37H21011780001
ASST OVEST MILANESE	ABBIATEGRASSO	Ristrutturazione	C47H21009120001
ASST OVEST MILANESE	MAGENTA	Ristrutturazione	C67H21009620002
ASST OVEST MILANESE	BUSTO GAROLFO	Ristrutturazione	C74E21003560001
ASST OVEST MILANESE	PARABIAGO	Ristrutturazione	C84E21003790001
ASST OVEST MILANESE	CUGGIONO	Ristrutturazione	C87H21007840001
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	BORGO PALAZZO	Ristrutturazione	C14E21001570005
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	SANT'OMOBONO	Nuove costruzioni	C41B21007810005
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	ZOGNO	Ristrutturazione	C79J21056040005
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	VILLA D'ALME'	Ristrutturazione	C99J21034640005
ASST PAVIA	PAVIA PA	Nuove costruzioni	F11B22000660001
ASST PAVIA	OSPEDALE DI MORTARA (Spoke)	Nuove costruzioni	F21B21005440006
ASST PAVIA	EX OSPEDALE DI BRONI (Spoke)	Ristrutturazione	F57H21006150006
ASST PAVIA	VIGEVANO	Ristrutturazione	F57H21006160006
ASST PAVIA	CASORATE PRIMO (Spoke)	Ristrutturazione	F61B21004710006
ASST PAVIA	OSPEDALE DI MEDE (Spoke)	Nuove costruzioni	F61B21004720006
ASST RHODENSE	RHODENSE RH	Ristrutturazione	B27H21008400001
ASST RHODENSE	RHODENSE RH	Nuove costruzioni	B41B21007390001
ASST RHODENSE	RHODENSE RH	Ristrutturazione	B57H21006990001
ASST RHODENSE	RHODENSE RH	Ristrutturazione	B67H22001070001
ASST RHODENSE	RHODENSE RH	Ristrutturazione	B67H22001080001
ASST SANTI PAOLO E CARLO	MILANO- VIA MONREALE	Ristrutturazione	C47H21008590002
ASST SANTI PAOLO E CARLO	MILANO-VIA STROMBOLI	Ristrutturazione	E47H21011610006
ASST SANTI PAOLO E CARLO	MILANO-VIA GOLA	Ristrutturazione	E47H22000550006
ASST SETTE LAGHI	LAVENO MOMBELLO	Ristrutturazione	H26G21002090002
ASST SETTE LAGHI	VARESE	Ristrutturazione	H36G21002220002
ASST SETTE LAGHI	TRADATE	Ristrutturazione	H66G21001960002
ASST SETTE LAGHI	LAGHI LA	Ristrutturazione	H87H22000720002
ASST SETTE LAGHI	LAGHI LA	Ristrutturazione	H97H22000910002
ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	BRESCIA BRES (Spoke)	Ristrutturazione	G52C21000580002
ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	BRESCIA BRES (Spoke)	Ristrutturazione	G67H21025390002
ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	OSPITALETTO	Abbattimento e ricostruzione	G74E21005080002

Ente del SSR	Localizzazione	Lavori previsti	CUP
ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	TAVERNOLE SUL MELLA (Spoke)	Ristrutturazione	G97H21030990002
ASST VALCAMONICA	PONTE DI LEGNO	Ristrutturazione	C17H21010390008
ASST VALCAMONICA	EDOLO	Nuove costruzioni	C27H22000330006
ASST VALCAMONICA	VALCAMONICA VA	Ristrutturazione	C77H21004740008
ASST VALCAMONICA	CEDEGOLO	Ristrutturazione	C84E22000080006
ASST VALCAMONICA	BOARIO TERME	Ristrutturazione	C87H21004380009
ASST VALCAMONICA	OSSIMO	Ristrutturazione	C87H22000420006
ASST VALLE OLONA	SOMMA LOMBARDO	Ristrutturazione	B24E21011120006
ASST VALLE OLONA	GALLARATE	Ristrutturazione	B34E21010970001
ASST VALLE OLONA	BUSTO ARSIZIO	Ristrutturazione	B44E21007350001
ASST VALLE OLONA	OLONA OL (Spoke)	Ristrutturazione	B44E21013020006
ASST VALLE OLONA	OLONA OL (Spoke)	Ristrutturazione	B57H21007900006
ASST VALLE OLONA	SARONNO	Ristrutturazione	B74E21012400001
ASST VALLE OLONA	CASSANO MAGNAGO (Spoke)	Ristrutturazione	B94E21020870001
ASST VALLE OLONA	OLONA OL (Spoke)	Ristrutturazione	B94E21021990006
ASST VALTELLINA E ALTO LARIO	BERBENNO (Spoke)	Ristrutturazione	F77H21011440001
IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	MATTEO MAT	Ristrutturazione	B18I21000670001
IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	MATTEO MAT	Ristrutturazione	B38I21002030001

Fonte: Elaborazioni Cdc dal riscontro istruttorio della Regione (prot. Cdc n. 5086 del 5.04.2024)

Tabella 16 - Elenco dei 20 Ospedali di comunità funzionanti

Ente del SSR	Localizzazione	Lavori previsti	CUP
ASST VALLE OLONA	SOMMA LOMBARDO	Ristrutturazione	B24E21009380001
ASST RHODENSE	RHO	Ristrutturazione	B47H21008110001
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	SAN GIOVANNI BI	Ristrutturazione	C34E21001390005
ASST OVEST MILANESE	LEGNANO	Ristrutturazione	C37H21011770001
ASST OVEST MILANESE	ABBIATEGRASSO	Ristrutturazione	C47H21009100001
ASST GARDA	LENO	Ristrutturazione	D47H21008520001
ASST BRIANZA	GIUSSANO	Ristrutturazione	E54E21039330002
ASST FRANCIACORTA		Nuova costruzione	E55F21003540001
ASST MANTOVA	ASOLA	Ristrutturazione	E57H21009160002
ASST MANTOVA	VIADANA	Ristrutturazione	E67H21009320002
ASST LECCO	LECCO	Ristrutturazione	F19J21016220002
ASST LODI	SANT'ANGELO LODIGIANO	Ristrutturazione	F24E21006500006
ASST LARIANA	CANTU	Ristrutturazione	F37H21009670002
ASST LECCO	BELLANO	Ristrutturazione	F39J21018320002
ASST LARIANA	MARIANO COMENSE	Ristrutturazione	F67H21008130002
ASST PAVIA	MEDE	Ristrutturazione	F67H21009800001
ASST PAVIA	CASORATE	Ristrutturazione	F67H22000810001
ASST LARIANA	MENAGGIO	Ristrutturazione	F87H21012630002
ASST CREMONA	SORESINA	Ristrutturazione	I14E21014600009
ASST CREMONA	CREMONA	Ristrutturazione	I17H21009170009

Fonte: Elaborazioni Cdc dal riscontro istruttorio della Regione (Prot. Cdc. n. 5086 del 5.4.2024)

