



ASP Palermo

**PNRR MISSIONE 6:
Attività Aziendali e Sviluppo dei Modelli Applicativi
Sperimentali e di Procedure di Funzionamento**

Allegato 1

Data

Luglio 2023



Regione Siciliana

1



Finanziato dall'Unione europea
NextGenerationEU



INDICE

1	SCOPO DEL DOCUMENTO.....	4
2	INTRODUZIONE.....	5
3	Componente 1 (M6C1) "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale".....	7
3.1	Investimento 1.1: "Case della Comunità e presa in carico della persona".....	17
3.2	Investimento 1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina".....	21
3.3	Investimento 1.3: "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità".....	23
4	Componente 2 (M6C2) "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale".....	25
4.1	Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero.....	25
4.2	Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile.....	27

ASP PPA



Acronimi e definizioni

Nella tabella di seguito riportata sono elencati tutti gli acronimi e le definizioni adottate nel presente documento

Acrononimo	Significato
NGEU	Next Generation European Union
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
RRF	Recovery and Resilience Facility
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
LEA	Livello Essenziale di Assistenza
CDC	Case di Comunità
COT	Centrali Operative Territoriali
ODC	Ospedali di Comunità
CIS	Contratti Istituzionali di Sviluppo
DS	Distretto Sociosanitario
SSR	Servizio Sanitario Regionale
UOC	Unità Operativa Complessa
PFTE	Progetto di Fattibilità Tecnico-Economica
CIG	Codice Identificativo Gara
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
GdL	Gruppi di Lavoro
PUA	Punto Unico di Accesso
QSN	Quadro Strategico Nazionale
DEA	Dipartimento di Emergenza e Urgenza
DIP	Documento di Indirizzo alla Progettazione
RUP	Responsabile Unico Progetto
RUA	Referente Unico Aziendale



1 SCOPO DEL DOCUMENTO

Il presente documento si inserisce nel quadro di azioni e indirizzi che l'Azienda ASP di Palermo ha avviato per l'attuazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6, dal D.M. 77/2022 per la riorganizzazione dei servizi territoriali e dal D.A. 1294 del 20/12/2022 "Piano delle Rete Territoriale di Assistenza della Regione Siciliana".

I contenuti del documento recepiscono ed interpretano, quanto previsto dai documenti citati e si pongono in stretto raccordo con gli investimenti, di cui al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), sottoscritto il 30/5/2022 dal Ministro della Salute e dal Presidente della Regione Siciliana, concernente la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del PNRR, rispetto alla Missione 6 – Salute.

Il PNRR e il DM 77/22 rappresentano l'occasione per riformulare l'attuale modello di assistenza territoriale, con l'obiettivo di garantire le migliori condizioni possibili di equità di accesso alle cure, tempestività e qualità degli interventi, valorizzando il patrimonio immobiliare e le esperienze già avviate in ambito di cura.

Lo scopo del presente documento è quello di:

- descrivere le modalità operative adottate dall' Azienda, al fine di risultare adempiente alle *milestone* e ai *target* previsti dalla Missione 6 del PNRR;
- orientare le scelte strategiche e operative di organizzazione dei diversi servizi aziendali coinvolti, a vario titolo, verso un'interpretazione organica delle indicazioni ministeriali. Gli orientamenti procedurali delle varie fattispecie saranno il prodotto di quanto elaborato dai GdL (vedi allegato 1.1), e pertanto, l'adozione di specifici atti di indirizzo, sarà a cura delle singole aree Dipartimentali.

L'insieme delle procedure prodotte da questa ASP ha lo scopo di rispettare le indicazioni proposte su scala nazionale dal PNRR e dal DM 77/2022, valorizzando le buone pratiche in essere e orientando la rete dei servizi e le attività degli operatori verso il miglioramento dello stato di salute dei cittadini.



2 INTRODUZIONE

La pandemia, e la conseguente crisi economica, hanno spinto l'UE a formulare una risposta coordinata a livello sia congiunturale, con la sospensione del Patto di Stabilità e ingenti pacchetti di sostegno all'economia adottati dai singoli Stati membri; sia strutturale, in particolare con il lancio, a luglio 2020, del programma Next Generation EU (NGEU).

NGEU intende promuovere una robusta ripresa dell'economia europea, all'insegna della transizione ecologica, della digitalizzazione, della competitività, della formazione e dell'inclusione sociale, territoriale e di genere. Il Regolamento RRF enuncia le sei grandi aree di intervento (pilastri) sui quali il PNRR si dovrà focalizzare:

- Transizione verde
- Trasformazione digitale
- Crescita intelligente, sostenibile e inclusiva
- Coesione sociale e territoriale
- Salute e resilienza economica, sociale e istituzionale
- Politiche per le nuove generazioni, l'infanzia e i giovani

Le Linee Guida elaborate dalla Commissione Europea per l'elaborazione del PNRR, identificano le Componenti come ambiti in cui aggregare progetti di investimento e riforma dei Piani stessi.

Ciascuna componente riflette riforme e priorità di investimento in un determinato settore o area di intervento, ovvero attività e temi correlati, finalizzati ad affrontare sfide specifiche e che formano un pacchetto coerente di misure complementari. Le componenti hanno un grado di dettaglio sufficiente ad evidenziare le interconnessioni tra le diverse misure in esse proposte.

Il Piano si articola in sedici Componenti, raggruppate in sei Missioni. Queste ultime sono articolate in linea con i sei Pilastri precedentemente menzionati dal Regolamento RRF, sebbene la formulazione segua una sequenza e una aggregazione lievemente differente.

Con riguardo alla Missione 6 del PNRR, la pandemia da Covid-19 ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macroeconomica dei servizi sanitari pubblici.

La strategia perseguita con il PNRR è volta ad affrontare in maniera sinergica tutti questi aspetti.

Un significativo sforzo in termini di riforme e investimenti è finalizzato ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese. Una larga parte delle risorse è destinata a migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche; a promuovere la ricerca e l'innovazione e allo sviluppo di competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale.

La missione si articola in due componenti:

- **Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale**
Gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.
- **Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale**
Le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti; il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE); una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

Suddivisione del territorio in "Aree Vaste"

Nel nuovo Modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale secondo il DM 77/22, il distretto sociosanitario è individuato ogni 100.000 ab. circa, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.



La diffusione capillare delle nuove strutture previste sul territorio di competenza dell'ASP ha, così, imposto un'attenta riflessione rispetto alle zone e alla popolazione di riferimento di ciascuna struttura. In considerazione del modello di assistenza territoriale definito dal D.M.77/22, si è reso necessario rivedere il perimetro del distretto sociosanitario, ripartendolo in Aree Vaste dove stimare e analizzare i bisogni di salute della popolazione target, valutare l'offerta di salute attuale e ridisegnare l'offerta futura. A ciascun'area possono afferire una o più CdC. Questo processo, in cui le decisioni sono strettamente orientate dalla conoscenza locale dei bisogni assistenziali, assume particolare rilevanza nei territori in cui insistono realtà molto differenti in termini di stato di salute della popolazione, tasso di natalità, quota di popolazione straniera e altre caratteristiche sociodemografiche ed epidemiologiche riconducibili a differenti livelli di complessità clinica e socioeconomica, cui corrispondono differenti modalità di presa in carico.

Questa Azienda, ha così individuato 5 Aree Socio-Sanitarie, Aree Vaste.

Di seguito si riportano, per ciascuna Area Vasta: i Direttori di Distretto, i Sindaci dei Comuni Capofila di ciascun Distretto e il dettaglio sulla popolazione al 1° gennaio 2022 afferente:

Aree Vaste	Popolazione	Sindaco	Direttore
AREA 1: PALERMO <i>(suddiviso in 5 Comprensori Territoriali corrispondenti territorialmente alle ex USL 58-59-60-61-62)</i>	1.730.710	Dott. R. Lagalla	Dott. G. Termini
AREA 2: TERMINI – CEFALU' – PETRALIA Coordinamento Area Vasta: Direttore DS Termini	126.890		
Termini	58.996	Dott.ssa M. Terranova	Dott.ssa E. M. Pusateri
Cefalù	43.569	Dott. D. S. Tumminello	Dott. A. Casiglia
Petralia Sottana	24.325	Dott. P. Polito	Dott. G. Profeta
AREA 3: PARTINICO – CARINI Coordinamento Area Vasta: Direttore DS Carini	156.432		
Partinico	71.235	Dott. P. Rao	Dott. G. Motisi
Carini	85.197	Dott. G. Monteleone	Dott. V. Brigano
AREA 4: BAGHERIA	96.565	Dott. F. Tripoli	Dott. G. Licciardi
AREA 5: MISILMERI – LERCARA – CORLEONE Coordinamento Area Vasta: Direttore DS Corleone	104.582		
Misilmeri	54.480	Dott. R. Rizzolo	Dott. D. Di Palermo
Lercara Friddi	26.873	Dott. L. Marino	Dott. D. Treppiedi
Corleone	23.229	Dott. N. Nicolosi	Dott. A. Traina

Tabella 1: Aree Socio-Sanitarie individuate dall'ASP di Palermo



3 COMPONENTE 1 (M6C1) "RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE INTERMEDIE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE"

Gli interventi relativi alla prima componente della Missione 6, intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio, grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali: CdC e OdC, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari a mezzo delle COT.

Procedure amministrative

1°trim 2022

Ricognizione dei fabbisogni e Individuazione degli immobili

La brevità del margine temporale concesso alle Aziende Sanitarie regionali, per la individuazione dei beni immobili da destinare alle attività previste dalla Missione 6, ha influenzato le scelte operate anche da questa Azienda.

Sono stati selezionati immobili, già di proprietà aziendale che avessero le caratteristiche di capillare presenza nel territorio. In forza di ciò, sono state individuate, prioritariamente, le sedi dei Servizi di Continuità Assistenziale.

La scelta è stata strategicamente sostenuta, in quanto ciò consente la presenza del medico del presidio nel corso della giornata, nei giorni feriali e festivi e anche la notte.

La quadratura non sempre è quella ottimale, pertanto si è data priorità, nella progettazione, a spazi polifunzionali.

Nelle zone della provincia, in cui non è stato possibile individuare immobili da destinare, che fossero di proprietà Aziendale, si è data l'opportunità ai Sindaci dei comprensori territoriali interessati, di presentare le loro proposte.

Gli immobili che sono stati individuati dagli EE.LL., hanno seguito l'iter della concessione in regime di comodato d'uso pluriennale (30/50 anni) finalizzato, concesso con atto di deliberazione della Giunta Comunale, sottoscritto anche dai Sindaci dei Comuni del Distretto di riferimento. Di seguito sono stati stipulati i relativi contratti di concessione temporanea.

Il territorio della provincia di Palermo appare, così ampiamente e diffusamente servito. Le attività sanitarie e sociosanitarie integrate, saranno garantite in strutture che, oltre a rispettare i prescritti criteri di sostenibilità ambientale, consentiranno alle persone fragili, di fruire di Servizi di prossimità.

Ove la scelta operata, sia caduta su immobili già in uso per l'espletamento di attività sanitarie, si è provveduto, a cura dall'UOC Patrimonio e attraverso la collaborazione tra i Direttori di Distretto e i Sindaci, ad individuare sedi per allocare provvisoriamente i Servizi che rientreranno negli immobili, dopo l'adeguamento logistico e strutturale previsto dal PNRR; nonché, sedi definitive per quei Servizi dipartimentali che, non sono previsti nelle Cdc e negli Odc.

I servizi sanitari saranno, così, comunque assicurati, durante tutto il periodo in cui saranno eseguiti i lavori di ristrutturazione.

Istituzione "Ufficio Speciale" e Nomina Responsabile Unico Aziendale

Il PNRR è un programma *"performance-based"* incentrato sul raggiungimento di traguardi qualitativi (*Milestones*) e traguardi quantitativi (*targets*) e rappresenta un impegno assunto con l'Unione Europea da onorare entro una tempistica prefissata ed inderogabile.

L'aver assunto, formalmente, l'impegno a rispettare gli obblighi derivanti dall'aver accettato un finanziamento, per i progetti del PNRR, ha determinato la Direzione Strategica Aziendale, a valutare l'opportunità di intervenire sulla propria organizzazione per indirizzare e coordinare le attività gestionali tecniche e amministrative, al fine di dare piena e puntuale attuazione alle attività che gravano sul PNRR.

Adottando un approccio trasversale e integrato, per collegare efficacemente risorse, processi e risultati Aziendali, con atto deliberativo (n.1489 del 3/12/202) l'Azienda si è dotata di un "Ufficio Speciale", costituito all'interno della UOC Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari, UOC questa, cui competono la programmazione e il coordinamento degli interventi progettuali, in accordo e coerenza



alla pianificazione strategica aziendale, nonché l'individuazione e/o l'utilizzo delle fonti di finanziamento ad essi connessi.

In forza del citato atto deliberativo, l'Azienda si è altresì dotata di un gruppo di lavoro multiprofessionale e multi-contestuale, dedicato a tutte le funzioni propedeutiche e procedurali utili, ancorché necessarie, alla programmazione, progettazione ed avvio delle attività previste dai piani attuativi del PNRR.

Sono stati individuati strumenti di gestione integrata e controllata che evitano la duplicazione e/o la sovrapposizione di specifiche attività (gare, appalti etc.) facilitando la comunicazione tra i Servizi, nel rispetto delle specifiche competenze, agevolando i percorsi gestionali, amministrativi e contabili.

Il percorso avviato dall'Ufficio Speciale, richiede che il processo di progettazione, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi di PNRR, non venga visto come adempimento formale, ma preveda l'attivazione di procedure responsabilizzanti, concertative e comunicative che coinvolgano, costantemente, tutte le aree dipartimentali aziendali, in grado di dare fattivo contributo nelle diverse fasi procedurali.

L'UOC, per le finalità descritte, si è avvalsa di diverse professionalità, via via ritenute necessarie al raggiungimento di target e milestone, mantenendo la collaborazione tecnico operativa con le strutture Aziendali di specifico riferimento, al fine di garantire l'appropriatezza delle procedure ed i processi, degli iter procedurali e per il migliore esito delle stesse.

Come previsto dall'Accordo tra MEF e AGENAS, sottoscritto dai Soggetti Attuatori Esterni nel CIS, ogni Azienda, con apposito atto deliberativo, ha individuato un Responsabile Unico Aziendale avente il compito di vigilare e cooperare affinché le attività realizzate dall'Azienda siano coerenti con le indicazioni del PNRR.

Il RUA Aziendale per l'ASP di Palermo, nominato con nota ASP 128697 del 30/11/2021, oltre ai compiti previsti dal CIS, ha provveduto alla stesura ed adozione di specifiche linee guida redatte previa consultazione delle parti Aziendali competenti per assicurare la correttezza delle procedure di attuazione delle missioni.

Il RUA coordina le attività interne e si interfaccia con il Responsabile PNRR presso l'Assessorato regionale della Salute. I suoi compiti sono delineati nella delibera n. 0709 del 25/05/2023.

Assunzione Dirigenti Ingegneri dedicati ai fondi a destinazione vincolata

Avviate le attività dell'"Ufficio Speciale" e organizzato il piano di collaborazione gestionale con la UOC e le aree dipartimentali, variamente interessate alle attività legate alle missioni del PNRR, è sembrato opportuno, alla Direzione Strategica Aziendale garantire, allo stesso "Ufficio", un qualificato gruppo di lavoro, composto da tecnici specificatamente dedicati al raggiungimento temporale e qualitativo, degli obiettivi fissati da target e milestones.

Ingegneri edili, elettrici, meccanici, architetti, hanno così arricchito l'organico della UOC dove già operavano ingegneri gestionali e di biotecnologia, a supporto della governance dei progetti (e relativi fondi attribuiti) in carico alla stessa UOC.

Questa scelta organizzativa, lungimirante e francamente vincente, ha permesso di "accompagnare" procedimenti tecnici complessi, fortemente caratterizzati da sistemi di gestione e controllo, voluti dalla governance europea, che sono spesso lontani dall'agito routinario.

La progettazione, in ambito europeo, è infatti connotata da un insieme di meccanismi, procedure e strumenti, da porre in essere a carico delle Amministrazioni, che fruiscono dei fondi, affinché si possa garantire, in modo trasparente e organico, il raggiungimento degli obiettivi e la totale fruizione dei fondi connessi.

Questa attenzione, agita da professionisti qualificati e specificatamente dedicati, favorisce un "risk management" costantemente volto alla identificazione, misurazione e gestione tempestiva dei principali rischi connessi a vizi procedurali e/o all'eventuale non allineamento temporale alle preventivate scadenze nazionali ed europee.

Tuttavia, data la complessità ambientale e l'elevato numero degli immobili selezionati per ospitare le strutture previste dal PNRR, non è stato e non è, semplice l'esercizio della vigilanza della correttezza applicazione dei principi generali previsti dal DNSH e dalla normativa, europea e nazionale, che governa l'esecuzione dei lavori.



Gli immobili aziendali spesso sono sottoposti al vincolo della soprintendenza e, altrettanto spesso, sono collocati in zone caratterizzate da oggettivi impedimenti orogeografici. Anche questi aspetti sono stati tempestivamente attenzionati dal gruppo tecnico, che ha fruito della collaborazione della UOC Patrimonio, nella scelta di strutture che presentassero il più basso tasso di rischio idrogeologico in un territorio, qual è quello siciliano, particolarmente soggetto ai cambiamenti climatici. In particolare, con l'aumento delle ondate di calore e della siccità, le zone costiere rischiano di sentire gli effetti legati all'incremento del livello del mare e delle precipitazioni intense. Questi problemi sono stati attentamente valutati, sia in una fase prettamente iniziale che nel corso dell'attività tecnica svolta per la stesura dei progetti di fattibilità tecnica ed economica. Il dispositivo per la Ripresa e Resilienza rappresenta un'opportunità imperdibile di sviluppo e riqualificazione strutturale e ambientale e può e deve rappresentare l'occasione per ridefinire e riqualificare il patrimonio immobiliare aziendale, ponendo a principio ed obiettivo il rispetto per l'ambiente. Progettare e realizzare spazi dedicati ad attività ad alta prevalenza sanitaria, quali quelle previste dal PNRR, significa anche pensare ad un tipo di edilizia che coniughi le complesse esigenze sia delle diverse tipologie di utenti che fruiranno di quegli ambienti e dei loro accompagnatori e degli operatori sanitari e amministrativi che in quegli spazi vivranno le loro giornate lavorative, tenendo anche in debito conto i nuovi stili di vita profondamente cambiati, a seguito della pandemia da COVID 19.

Più che mai si rende tangibile ed attuale il concetto (sancito dall'OMS nel 1948) di "salute delle persone", inteso come completo stato di benessere, fisico, sociale e psicologico.

Tutto ciò ha reso necessaria un'attenta valutazione dei progetti, architettonici, tesa a far emergere i principi di inclusione sociale, accessibilità, identità urbana e visibilità.

L'attenzione posta dal *team* di ingegneri, a questi aspetti è garanzia di sicurezza, flessibilità nella gestione degli spazi e rigenerazione urbana.

2°trim 2022

Stesura dei Documenti di Indirizzo alla Progettazione

Per l'attuazione di tutti gli interventi di ristrutturazione edilizia, il Ministero della Salute, in conformità alle indicazioni pervenute dall'Unione Europea, ha previsto tempi estremamente contenuti, stabilendo diverse scadenze intermedie nei cronoprogrammi (cosiddetti *milestone*); quella del 31/03/2023 per l'approvazione dei progetti idonei all'indizione di gara per CdC e OdC e quella del 31/12/2022 per le COT.

A seguito della presentazione alla VI Commissione (Salute, Servizi Sociali e Sanitari) della Regione Siciliana del "Piano di individuazione e distribuzione territoriale delle strutture da adibire a CdC, OdC e COT" per tutti gli interventi in capo all'ASP di Palermo, i RUP hanno redatto i DIP (Documento di Indirizzo alla Progettazione). Tale documento, indispensabile per l'avvio della progettazione, è stato stilato tenendo conto delle linee guida dettate dal Ministero che, per le stime parametriche di ristrutturazione, si basavano su una circolare della Corte dei Conti del 2012.

Assegnazione codici CUP

I RUP incaricati per le varie linee di investimento della Missione 6 Salute, avendo stimato gli importi, per gli acquisti delle attrezzature e per i lavori di ristrutturazione hanno acquisito i CUP (Codice Unico di Progetto) sul portale del MEF della Presidenza del Consiglio dei Ministri DIPE, per ogni intervento e per ogni linea investimento della componente 1 e 2.

Tutte le informazioni, sono state successivamente trasferite sul portale AGENAS (entro la data della milestone del 30 marzo 2022) implementando i dati delle schede richieste dal Ministero.

3°trim 2022

Affidamento dei servizi di progettazione e approvazione dei progetti

La Direzione Aziendale, su proposta dei RUP, ha ritenuto opportuno procedere, con celerità, all'affidamento esterno dei soli servizi di ingegneria e architettura, consistenti nella redazione dei progetti di fattibilità tecnica ed economica rafforzati (PFTE), da porre a base di gara per l'appalto integrato (progettazione esecutiva e lavori).

Pertanto, ad agosto 2022 i RUP hanno avviato un'indagine di mercato per l'individuazione degli Operatori Economici da invitare alle procedure di gara ai sensi dell'art. 1, comma 2, lettere a) della Legge 11/09/2020 n. 120, come modificato dall'art. 51, comma 1, lettera a), sub. 2.1) della Legge 29/07/2021, n. 108, di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, per l'affidamento dei servizi di redazione della progettazione di fattibilità tecnica ed economica rafforzata. Acquisite le manifestazioni di interesse, si sono avviate le procedure di gara per



l'affidamento dei servizi di progettazione di CdC e OdC, mantenendo all'interno dell'Ufficio Speciale, la progettazione di tre interventi, mentre, vista la scadenza ravvicinata per la verifica, validazione e approvazione dei progetti delle COT, si è deciso di redigere internamente i progetti di fattibilità tecnica ed economica rafforzati.

4°trim 2022

Nella prima settimana di dicembre 2022, dopo aver completato la progettazione dei PFTE rafforzati delle n. 12 COT sono state indette le conferenze dei servizi con i competenti uffici (Dipartimento di Prevenzione Medico Servizio Igiene degli Ambienti e progetti opere pubbliche; Direzione Sanitaria Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo; Ufficio del Genio Civile; Soprintendenza ai Beni Culturali ed Ambientali di Palermo) per il rilascio del parere tecnico di assenso sulla fase progettuale in questione.

A fine dicembre, ricevuti tutti i pareri, sono stati approvati i PFTE delle 12 COT e sono stati acquisiti i CIG per l'indizione delle gare d'appalto.

Nello stesso venivano aggiudicati ed affidati gli incarichi per la redazione dei Progetti di Fattibilità Tecnica ed Economica rafforzati da porre a base di gara per l'affidamento di appalto integrato (progettazione ed esecuzione lavori), per le CdC, le OdC e Ospedale Sicuro e Sostenibile.

1°trim 2023

Nelle prime settimane di marzo 2023 si proceduto con l'acquisizione, la verifica, la validazione e l'approvazione dei PFTE rafforzati di n. 1 Ospedale Sicuro e Sostenibile, n. 38 Case di Comunità e 10 Ospedali di Comunità da porre a base di gara in appalto integrato.

A fine marzo con l'adozione delle Delibere n. 403 e 404 del 24/03/2023, 423 del 27/03/2023 e 462 del 29/03/2023 aventi ad oggetto "Autorizzazione a contrarre tramite l'Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa S.p.A. – INVITALIA per l'attuazione degli Interventi ricadenti nella Missione M6 – Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), cofinanziata dal Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC), per gli interventi di ristrutturazione e rifunzionalizzazione edilizia d'immobili ricadenti nei distretti sanitari dell'ASP di Palermo, compresi nell'ambito delle rispettive linee di finanziamento, si è affidato l'espletamento delle procedure di gara aperte per la conclusione di tre distinti accordi quadro con più operatori economici per l'affidamento di progettazione e lavori in appalto integrato, servizi tecnici di ingegneria e architettura per la verifica della progettazione esecutiva ed il collaudo.

2°trim 2023

Ad inizio aprile 2023, è avvenuta la pubblicazione delle gare per l'affidamento in appalto integrato (progettazione esecutiva e lavori) per la realizzazione delle n. 12 COT.

Dal 19 maggio 2023i sono state avviate le procedure di apertura delle buste dei tre appalti integrati relativi agli interventi delle COT, in presenza della Commissione UREGA.

I suddetti appalti sono stati aggiudicati definitivamente con delibere del Commissario Straordinario del 21 e 27 giugno, mentre i contratti sono stati sottoscritti rispettivamente il 27 ed il 29 giugno. La milestone per la Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali era prevista entro il II trimestre 2023 (30 giugno 2023).

Ad oggi le milestone e i *target* dettati dalla Comunità Europea e dal Ministero delle Economie e delle Finanze sono stati tutti riguardati dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

Sulla base delle previsioni tecnico gestionali formulate da questa Azienda, non si prevedono ritardi sulle scadenze previste dal Contratto Istituzionale di Sviluppo e dettate dalla Comunità Europea.

Procedure di funzionamento

Accreditamento

Le strutture istituite dal DM 77/22, al fine di poter erogare prestazioni, è necessario che abbiano un codice di accreditamento e un codice prestazionale; pertanto, l'ASP di Palermo, con Delibera n. 0832 del 14/06/2023, ha disposto la "Modalità operativa per la verifica di conformità ai requisiti per l'autorizzazione sanitaria e l'accREDITAMENTO istituzionale dell'ASP Palermo", ritenendo necessario avviare, sin da subito, il processo di Autorizzazione Sanitaria e AccredITAMENTO Istituzionale di tali strutture. In attesa della definizione di eventuali ulteriori Requisiti da parte dell'Assessorato della Salute, fermo restando gli Standard già previsti dalle normative nazionali e regionali, si ritiene di dovere intraprendere il processo di adeguamento ai Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accREDITAMENTO all'esercizio delle attività sanitarie delle strutture coinvolte.

Scopo della Procedura è quello di: descrivere le modalità operative del processo di autovalutazione e verifica di conformità dei requisiti e delle evidenze ai fini dell'Autorizzazione Sanitaria e



dell'Accreditamento Istituzionale; definire le responsabilità relative alla pianificazione, esecuzione e gestione delle verifiche e degli esiti; garantire che, le verifiche effettuate, siano condotte con modalità omogenee, riproducibili, trasparenti efficienti ed efficaci

La conformità ai requisiti previsti per l'Autorizzazione Sanitaria e L'Accreditamento Istituzionale conferisce alle strutture dell'ASP Palermo, la qualifica di soggetto idoneo ad erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale, ed è finalizzata a garantire condizioni di qualità, sicurezza, equità e trasparenza nell'erogazione delle prestazioni e dei servizi, assicurando coerenza rispetto al fabbisogno di salute.

I Direttori di Distretto Sanitario dell'ASP Palermo, così come specificatamente indicato nel DM 77/22, sono primariamente coinvolti nel processo di Autorizzazione Sanitaria e Accreditamento Istituzionale, quali responsabili dell'attività di programmazione del Distretto Sanitario, garanti del raggiungimento di tali obiettivi e dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza, in stretto raccordo con i servizi esistenti, i professionisti del territorio e dell'ospedale.

In questa fase di avvio del processo in cui, oltre all'adeguamento/ristrutturazione dei locali, si rende necessario avviare una fase di progettazione dei servizi collegati a tutta la rete di assistenza territoriale, si ritiene imprescindibile una stretta e fattiva collaborazione tra i Direttori di Distretto Sanitario e l'Ufficio Speciale per l'Attuazione dei Programmi PNRR, coordinato dal Direttore dell'UOC - RUA Sviluppo dei Progetti Sanitari.

Sistemi Informativi

L'emergenza pandemica ha accelerato l'adozione di tecnologie digitali a supporto dell'assistenza territoriale.

Così è stato anche per l'ASP di Palermo che, avendo già avviato un percorso di informatizzazione, ha implementato l'utilizzo dei sistemi già esistenti e programmato, secondo quanto previsto dal piano di digitalizzazione del PNRR, il processo di innovazione nel trattamento delle patologie croniche e cronico – degenerative.

Sistematizzare i processi di cura e gestire il paziente da remoto, sono le sfide che propone il PNRR che, inevitabilmente, poggiano su basi informatizzate già esistenti.

L'ottica è quella di sviluppare dal basso l'innovazione dei servizi territoriali, secondo un approccio *top-down*, collegato all'uso di tecnologie nuove e preesistenti, e dell'introdotta modello di medicina di prossimità.

È di fatto, aumentata la consapevolezza dell'importanza degli strumenti informatici per migliorare l'efficienza, l'efficacia organizzativa e la qualità dei processi e servizi, sia in termini di presa in carico del paziente in ambulatorio che a domicilio, che di integrazione tra MMG/PLS e professionisti che si consultano da setting di cura diversi.

Alcune aree aziendali erano già informatizzate, ciò che si è fatto e si continua a fare, è costruire una dorsale unica che consenta di raccogliere informazioni "selezionate" e conservarle, consentendo un costante tracciamento dei flussi informativi, verso il FSE ma conservandone la memoria interna, che permetta la collaborazione tra più professionisti e garantisca una presa in carico olistica, rafforzata dall'interscambio di informazioni tra Sanità ed Enti Locali.

Il processo di digitalizzazione ha preso avvio con la sistematizzazione dei percorsi relativi alle aree di seguito rappresentate:

- **Progetto PUA** (Punto Unico di Accesso)

L'accesso al sistema integrato delle cure domiciliari prevede:

- ✓ La segnalazione al Punto Unico di Accesso (PUA) da parte di uno dei seguenti soggetti:
 - Medico curante dell'assistito;
 - Medico del reparto ospedaliero in fase di pre-dimissione;
 - Medico responsabile di struttura residenziale (RSA);
 - Responsabile della struttura socioassistenziale (Casa di riposo – Comunità protetta);
 - Farmacie aperte al pubblico;
 - Servizi sociali dei Comuni;
 - Associazioni di volontariato, cooperative sociali;
 - Familiari dell'assistito;
 - Altri soggetti (vicinato, rete amicale, ecc..).



- ✓ La richiesta di accesso al sistema delle Cure Domiciliari Integrate si attiva attraverso il PUA che, svolge la funzione di accoglienza delle richieste, il riscontro dei requisiti essenziali, la lettura e decodifica del bisogno, l'orientamento al percorso della presa in carico appropriato.

Tale modalità presuppone che la segnalazione, da chiunque provenga, deve pervenire al PUA che rappresenta l'unico Servizio abilitato ad avviare il percorso di accesso al sistema delle Cure Domiciliari Integrate, assorbendo le funzioni già attribuite allo sportello unico per l'integrazione sociosanitaria previsto dal D.A. del 2 luglio 2008.

Il PUA non rappresenta, quindi, soltanto in un luogo fisico centralizzato e ben identificato, ma anche nel raccordo operativo tra i soggetti della rete che, utilizzando una modulistica unica, adottano modalità di accesso uniformi al sistema delle cure domiciliari integrate.

Il percorso per la presa in carico dei pazienti prevede la determinazione dei bisogni sanitari e sociali emersi dalla valutazione effettuata dalla "UVM" (Unità Valutativa Multidimensionale) utilizzando la scheda "SVAMA" (Scheda di Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziani) dalla quale è possibile stabilire, nel caso di eleggibilità alle Cure Domiciliari, il cosiddetto "PAI" (Piano di Assistenza Individuale).

Va ricordato che, in atto i PUA, sono allocati quasi esclusivamente nei PTA, mentre il PNRR prevede che siano, così come la L. 328/2000, prevede l'unica porta d'accesso a tutte le prestazioni integrate con il sociale e comunque in tutte le nuove strutture previste. Dunque, il ruolo del PUA è fondamentale sia nella sua accezione di *front office* che di *back office*.

• **Progetto CCM (Chronic Care Model)**

In continuità con le logiche di pianificazione strategica aziendale è stato individuato lo strumento dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, per introdurre il Modello del Chronic Care, in coerenza con il progetto CCM che contempla in particolare:

- Rimodulare l'offerta dei servizi per una adeguata gestione dei pazienti affetti da patologie a lungo termine, secondo i principi del Chronic Care Model
- Implementare i sistemi informativo – informatici di tutti gli attori coinvolti per consentire l'interfaccia di condivisione delle informazioni sanitarie, utile al percorso clinico – assistenziale di governo delle patologie croniche
- Completare la capacità del *team* professionale di lavorare in rete: MMG, PLS, Specialisti, Infermieri e personale dello sportello
- Favorire, attraverso lo sviluppo delle AFT e UCCP una maggiore integrazione dei medici di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta, con le attività dei distretti; una maggiore realizzazione delle attività di prevenzione da parte dell'assistenza primaria; la gestione multidisciplinare e proattiva delle patologie a lungo termine, secondo percorsi definiti; la gestione delle urgenze "territoriali", anche in integrazione con l'attività ospedaliera
- Realizzare una efficiente rete informativa – informatica tra medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta con i sistemi aziendali e regionali. Il sistema consente inoltre di facilitare il processo di valutazione delle performance un quanto contribuisce alla:
 - Definizione di indicatori di monitoraggio delle attività
 - Definizione del modello di integrazione informativo/informatica tra i medici di assistenza primaria e i pediatri di libera scelta con i servizi aziendali e regionali, anche alla luce dello sviluppo fascicolo sanitario elettronico regionale. Definizione di un "cruscotto informativo" aziendale e regionale
 - Coinvolgimento delle OO.SS. di categoria (MMG e PLS)
 - Ricognizione delle strutture aziendali in cui realizzare l'analisi del fabbisogno in termini di adeguamenti strutturali e strumentazione
 - Ricognizione della dotazione informatica dei MMG e PLS e delle strutture distrettuali
 - Formazione del personale aziendale (middle management) e dei MMG e PLS sui modelli organizzativi

• **Progetto QSN**

L'obiettivo del progetto ha contribuito alla realizzazione di sistemi informativi e della cartella socio sanitaria informatizzata al fine di facilitare la capacità di questa Azienda, e tramite essa tutta la Regione, di offrire risposte integrate, complete ed efficaci alla persona portatrice di bisogni,



realizzando il sistema socio sanitario quale modello regionale, improntato alla presa in carico globale della persona e alla continuità dei percorsi assistenziali.

L'obiettivo di sistema prioritario è stato quello di superare la logica dipartimentale dei sistemi esistenti, ciascuno dei quali nasce in uno specifico ambito, e come tale fornisce risposte verticali: Sistema ospedaliero, Sistema Ambulatoriale, Sistema Territoriale, FSE, Consultori, SERT, Banche date sociali dei Comuni, ecc.

La progettazione, in particolare, ha posto attenzione alla presa in carico dei soggetti in condizioni di fragilità, con un approccio basato sia sui bisogni della persona, sia sulla capacità di offrire strumenti idonei ad una partecipazione dei pazienti stessi, o dei loro familiari o tutori, alle decisioni assistenziali.

Intervento 1. L'intervento proposto ha risposto alla necessità di razionalizzazione dei flussi informativi relativi ai servizi e alle prestazioni offerte in ambito sanitario e sociale per sostenere i percorsi di integrazione sociosanitaria in atto nella Regione.

L'intervento permette di sostenere i distretti sociosanitari nella costruzione di percorsi, in alcuni casi già avviati, di attivazione di un sistema informativo modulare, nel quale alcune funzioni dovranno essere condivise da tutti i Territori, allo scopo di garantire un metodo omogeneo di raccolta, organizzazione e analisi dei dati.

È stato realizzato un percorso di costruzione del sistema informativo articolato in due aree d'intervento:

- La prima area include le attività volte alla realizzazione di una piattaforma centralizzata accessibile, in modalità web, su protocollo sicuro da parte dei diversi Attori a vario titolo coinvolti nel sistema integrato delle cure domiciliari, che ha sviluppato e integrato i software già esistenti nelle varie Aziende Sanitarie. Gli Enti Accreditati (e gli operatori) di ogni Distretto, che possono accedere ai servizi del sistema informativo sono i seguenti:
 - sportelli sociali dei Comuni presso i quali saranno realizzati i collegamenti territoriali con i PUA dell'Aziende Sanitarie;
 - servizi per le Cure Domiciliari e UVM;
 - ospedali per le dimissioni protette e per le dimissioni facilitate;
 - hospice;
 - ambulatori a gestione integrata per la presa in carico dei pazienti cronici;
 - ambulatori infermieristici, per la comunicazione con gli specialisti del follow-up;
 - RSA (anche i soggetti convenzionati per la disponibilità dei posti);
 - Protesica per l'erogazione di presidi e ausili;
 - Punti di Primo intervento (PPI);
 - Medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.
- La seconda area riguarda la creazione della "Cartella Socio Sanitaria Informatizzata (CSSI)", intesa sia come strumento messo a disposizione del lavoro degli operatori, sia come fondamento del sistema informativo. La CSSI è uno strumento che serve a:
 - ridurre i tempi della comunicazione all'interno dell'Ente; facilitare lo scambio delle informazioni; diminuire la produzione della documentazione cartacea e agevolare le scelte operative;
 - gli uffici "centrali" possono tracciare, consultare e condividere la storia sociale e sanitaria del paziente in modo rapido e sicuro attraverso documenti digitali e non più cartacei. Tale ultima funzione è garantita nella misura in cui le informazioni siano compilate dal relativo titolare del dato;
 - provvedere ad un aggiornamento continuo dei dati della cartella: l'aggiornamento dei dati di ciascun utente, è un requisito funzionale imprescindibile per la progettazione e l'attivazione di interventi mirati che implementano la cartella;
 - tracciare, nella cartella dell'utente, la filiera completa dell'intervento dalla richiesta dell'utente, alla erogazione, fino alla fine dell'istruttoria. In tal modo, ogni ufficio può, in ogni momento, vedere quanti e quali utenti (quanti e quali interventi) sono in attesa di istruttoria, con istruttoria finita ed in lista d'attesa, per ricevere un intervento con intervento attivo o chiuso;



- ricavare automaticamente gli aggiornamenti delle cartelle ed evitare gli interventi dell'operatore;
- ove necessario/richiesto, misurare i tempi relativi ai diversi step dell'iter procedimentale per l'attivazione dell'intervento;

Attraverso la sua corretta implementazione e adozione, le AA.SS.PP. e gli Enti Locali sono in grado di programmare le risorse, economico gestionali ed umane, da destinare all'assistenza sanitaria e sociosanitaria e monitorare l'utilizzo delle risorse finanziarie.

- **Progetto Reti Locali di cure palliative e potenziamento delle cure palliative domiciliari di base e specialistiche**

Il D.A. n.2167 del 2 dicembre 2015 pubblicato sulla GURS n.55 del 31.12.15 "Direttiva sull'organizzazione e sviluppo della Rete Locale di Cure Palliative" stabilisce che la Struttura organizzativa di coordinamento della Rete Locale di Cure Palliative è la Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP) della ASP. Tale struttura ha la funzione di facilitare e razionalizzare il percorso della presa in carico globale del paziente attraverso il coordinamento di tutte le attività che vengono erogate nei nodi della rete Locale di CP (ospedale, domicilio, hospice) e da parte dei soggetti erogatori accreditati che operano sul territorio provinciale garantendone la massima integrazione. La UOCP deve garantire quindi l'effettiva operabilità della RLCP in tutte le sue articolazioni assistenziali: l'ospedale – con attività di consulenza nei reparti e negli ambulatori –, il domicilio attraverso le cure palliative di base e specialistiche, l'hospice e nelle altre strutture residenziali, in un ambito territoriale che corrisponde a quello provinciale.

La Centrale delle Cure Palliative costituisce "Luogo fisico" in cui si dovranno ricomporre i processi di cura, gestire unitariamente la documentazione, valutare l'impatto economico delle decisioni, definire le responsabilità nel lavoro integrato, predisporre percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento. La Centrale inoltre deve raccordarsi con gli ospedali per le dimissioni protette, garantire la continuità assistenziale tra hospice e domicilio, governare l'utilizzo dei posti letto hospice in termini di accessibilità/disponibilità ed interfacciarsi con la Rete di Terapia del Dolore presente nello stesso ambito provinciale e con le altre Reti di patologia. Per la complessità delle azioni previste è necessario che la Centrale Operativa della UOCP sia dotata di adeguata informatizzazione, operatori dedicati e supporto amministrativo.

Alla base della integrazione tra i diversi setting di cura e della continuità assistenziale vi è l'adeguata informatizzazione dei percorsi e dei processi, indispensabile per consentire la condivisione dei flussi informativi tra i professionisti operanti nelle singole strutture sanitarie territoriali ed ospedaliere, sin ai fini clinico/gestionali – con l'obiettivo di migliorare continuità ed appropriatezza delle cure – sia al fine di un puntuale monitoraggio di processi ed esiti.

Nell'ambito dell'ASP di Palermo, infatti, il processo di strutturazione e sviluppo della Rete Locale di Cure Palliative, grazie ai fondi dedicati dei Progetti Obiettivo di PSN 2010, 2011, 2012, 2013, è in pieno svolgimento, ed è in fase di completamento l'indispensabile processo di informatizzazione a supporto delle attività assistenziali, fondamentale per garantire l'interfaccia e la condivisione delle informazioni che sta alla base di una reale ed efficace continuità assistenziale tra i nodi della Rete.

È stata già realizzata l'infrastruttura informatica (intranet ed internet) ed il software per il collegamento tra gli attori della rete (UO Cure Palliative, UVP/UOS Sociosanitarie, Hospice, Referenti ospedalieri, Uffici territoriali per le dimissioni protette, Erogatori esterni prestazioni domiciliari di cure palliative, MMG/PLS) ed è in itinere il collegamento con il PUA e con gli spoke di terapia del dolore.

Inoltre, grazie all'implementazione di alcuni moduli nella piattaforma e la produzione dei flussi informativi (SIAD), la SVAMA per le cure domiciliari è stata integrata con la cartella di prevalutazione per la eleggibilità alle Cure Palliative comprensiva degli Strumenti valutativi integranti la SVAMA.

Il sistema sviluppato, inoltre, consente di effettuare le prescrizioni di presidi e ausili o di piani terapeutici in maniera informatizzata e di inserire nel fascicolo elettronico di ogni utente interessato copia della documentazione clinica ed immagini (lesioni da decubito, accessi venosi centrali, stomie, etc.) generate con i dispositivi mobili consentendo la condivisione delle stesse tra i nodi della rete ed il loro utilizzo per un eventuale teleconsulto.

Negli anni 2014-2015, inoltre, la UOCP della ASP di Palermo ha partecipato, anche in virtù degli standard di informatizzazione raggiunti, al progetto di ricerca Agenas, "Studio osservazionale sull'applicazione di un modello integrato di cure palliative domiciliari nell'ambito della Rete locale di assistenza a favore di persone con patologie evolutive con limitata aspettativa di vita" (Progetto TESEO-ARIANNA) fortemente improntato all'attuazione dei principi stabiliti dalla legge n.38 del 2010,



approvato dal Ministero della Salute ed iscritto nell'ambito dell'Osservatorio sulle Buone pratiche. Lo studio osservazionale multicentrico della durata complessiva di 18 mesi (1 marzo 2014 – 31 agosto 2015) e condotto in 10 Unità di Cure Palliative (tra cui quella della ASP Palermo) con il coinvolgimento di 94 Medici di Medicina Generale si è posto l'obiettivo di valutare l'impatto dell'applicazione di un modello integrato di cura sia procedurale che informatico condiviso tra la Medicina generale e le Cure palliative domiciliari, dimostrando che tale modello, anche attraverso un sistema strutturato ed efficiente di comunicazione delle informazioni clinico-assistenziali tra tutti i professionisti coinvolti e l'uso di strumenti informatici "web – based" ed integrati, permetta di pianificare in modo integrato le cure domiciliari, rispondendo in modo adeguato ai bisogni dei pazienti e sia in grado di portare ad una riduzione dei ricoveri e quindi alla conseguente diminuzione dei costi, e, ove richiesto, migliorando gli standard assistenziali.

Valorizzando quindi l'esperienza già maturata, si ritiene utile sviluppare ulteriormente il sistema informatico già elaborato realizzando, attraverso percorsi concertati e condivisi tra i Responsabili delle Reti di Cure Palliative delle singole Aziende Sanitarie Provinciali, un sistema informativo omogeneo da utilizzare presso tutte le Aziende Sanitarie della Regione Siciliana al fine di garantire la condivisione e la continuità informativa tra le varie Reti Locali nonché lo sviluppo di un modello di organizzazione della Rete Locale di Cure Palliative uniforme su tutto il territorio Regionale in linea con quanto previsto dal recente DA n. 2176 del 2.12.15.

Quanto sopra al fine di rendere funzionali le Unità Operative di Cure Palliative con le rispettive Centrali Operative, coerentemente con quanto disposto nell'intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012 e dal recente DA n.2176 del 2 dicembre 2015, attivando modelli di integrazione Hospice – Domicilio ed assicurando continuità assistenziale.

- Rendere funzionali le Unità Operative di Cure Palliative con le rispettive Centrali Operative dotandole in un unico strumento informatico su tutto il territorio regionale che consenta la gestione integrata e coerente dei processi assistenziali, dei dati e delle attività dei servizi di Cure Palliative su un'unica piattaforma operativa e la condivisione delle informazioni tra i "nodi" della Rete Locale di Cure Palliative e tra le Reti Locali di Cure Palliative delle nove ASP della Regione siciliana.
- Creare un network informatico centrato sulla mobilità degli operatori che raccolgono e condividono le informazioni, accessibili mediante autorizzazione, attraverso VPN dedicate e/o internet.
- Dotare gli operatori di uno strumento informatico "bed – side".
- Realizzare una APP dedicata all'utenza.
- Realizzare uno strumento informatico che attraverso l'analisi quali/quantitativa dei dati di attività consenta la coerente programmazione prospettica sia a livello aziendale che regionale.
- Creare un sito web dedicato allo sviluppo delle Reti Locali di Cure Palliative su tutto il territorio Regionale fruibile sia dagli operatori che dall'utenza.

Si ritiene pertanto prioritario introdurre modelli organizzativi-funzionali attraverso la gestione dei processi che regolano tutti gli aspetti dell'Assistenza palliativa tramite:

- la raccolta e l'elaborazione delle informazioni inerenti alle attività assistenziali sociosanitarie svolte da tutti gli attori che concorrono all'espletamento dei Servizi di Cure Palliative;
- la verifica dell'accesso mediante sistemi di prossimità;
- la gestione integrata e coerente delle informazioni, grazie ad una piattaforma operativa unitaria, sulla quale automatizzare la raccolta e la elaborazione di tutte le informazioni relative ai servizi erogati secondo schemi organizzativi/funzionali tali da fornire un utile supporto pratico dell'attività sociosanitaria quotidiana, nonché ai processi di valutazione che saranno alla base delle scelte di gestione aziendali e regionali;
- funzionalità specifiche, moduli dedicati, processi informativi finalizzati, compresa la realizzazione della Cartella Clinica dell'Hospice nativamente collegata al sistema Cure Palliative Domiciliari;
- la creazione di una piattaforma informatica che consenta, attraverso l'utilizzo di un sistema dedicato, la condivisione delle informazioni tra i "nodi" della Rete Locale di CP (nodo" ospedaliero, "nodo" residenziale/Hospice, "nodo" domiciliare), con i MMG/PLS e tra le Reti Locali di Cure Palliative delle nove ASP della Regione siciliana anche al fine di confrontare percorsi ed attività;
- la realizzazione di un cruscotto Direzionale/Modulo statistico dedicato che permetta il governo, il controllo ed il monitoraggio della Rete Locale di Cure Palliative sia dal punto di



vista sociosanitario che da quello amministrativo, la relativa produzione e catalogazione dei Flussi informativi risultanti dalla registrazione dei dati attività e generante direttamente gli specifici indicatori ministeriali per le cure palliative, anche sotto forma grafica (business intelligence).

Pertanto, tutte le attività sanitarie, fin qui descritte, attraverso i canali informatici già esistenti, contribuiranno ad alimentare il flusso dei dati verso le COT, facilitando il percorso di presa in carico dei pazienti cronici complessi e la formulazione di piani personalizzati

Servizio sociale e integrazione sociosanitaria

L'integrazione con i servizi sociali così come definita, dall'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n.234 rappresenta uno dei cardini del nuovo sistema di presa in carico territoriale.

Del *team* multidisciplinare sanitario che compone la UVM (medici di medicina generale, medici specialistici, pediatri di libera scelta, infermieri e altri professionisti della salute) previsto da DM 77/22, fa parte il servizio sociale professionale che svolge un ruolo strategico di interfaccia fra le due realtà, quella sanitaria e quella sociale, contribuendo a favorire il superamento della frammentazione e della discontinuità delle risposte ai bisogni e intervenendo nel promuovere una visione ecologica della persona e del suo ambiente di vita. Pervenire, quindi, ad una programmazione di interventi in ambito sanitario considerando la contestuale necessità di una appropriata e puntuale valutazione sociale, può fare conseguire una realistica progettazione sociale e sociosanitaria che consideri contemporaneamente più livelli: organizzativo, individuale, familiare, di comunità e territoriale.

È questo il modello di riqualificazione e rafforzamento della rete territoriale e dei percorsi di presa in carico coordinata e continuativa del soggetto fragile che l'Azienda Sanitaria di Palermo, negli ultimi anni, ha avviato nei propri Distretti attraverso il PUA.

L'obiettivo prevalente da conseguire è stato focalizzato nella promozione del diritto alla salute della comunità individuando due macro-azioni da svolgersi:

- implementare l'attività integrata dei servizi sanitari e sociali, consolidando la metodologia di accesso unitario ai percorsi assistenziali e garantendone l'appropriatezza
- identificare la rete professionale degli assistenti sociali che operano nelle diverse articolazioni di unità operative dei Distretti sanitari e nei servizi sociali dei Comuni, favorendo l'interfaccia professionale istituzionale, l'adeguato raccordo operativo "sanitario-sociale", nel rispetto delle specifiche competenze, l'impiego di appropriate strategie metodologiche/operative e di sistema, destinate a garantire la presa in carico sociosanitaria integrata della persona/famiglia.

Il Servizio sociale aziendale della ASP ha svolto interventi formativi/informativi rivolti ai professionisti assistenti sociali dei due ambiti-sanitario e sociale- che operano nei Distretti di competenza, al fine di costruire il loro raccordo operativo e metodologico per stabilire e rendere omogenea l'organizzazione delle reti di servizio sociale articolata nei comprensori distrettuali aziendali che sono stati raggiunti, così come indicato in tabella.

DISTRETTI	ASS.SOCIALI ASP	ASS.SOCIALI EE.LL.
Distretto 33 Cefalù	5	6
Distretto 35 Petralia	3	2
Distretto 36 Misilmeri	3	2
Distretto 37 Termini	4	11
Distretto 38 Lercara	6	4
Distretto 39 Bagheria	3	4
Distretto 40 Corleone	3	1
Distretto 41 Partinico	2	4

In coerenza con quanto evidenziato in merito al ruolo del servizio sociale pro-attivo all'interno dei servizi che completeranno la nuova rete assistenziale e che si configurano come dei punti chiave per la sollecitazione al cambiamento culturale e organizzativo, si rende necessario lavorare alla definizione di strumenti, procedure e percorsi sia per la migliore qualificazione possibile della rete di offerta sia per i collegamenti con le interfacce interne ed esterne più significative, attraverso azioni formative destinate a contribuire all'individuazione di interventi di politiche sanitarie sicure, efficaci, incentrate sui pazienti e al tempo stesso verificabili per la tenuta e la risposta dei sistemi coinvolti nel conseguimento del miglior valore.



3.1 INVESTIMENTO 1.1: "CASE DELLA COMUNITÀ E PRESA IN CARICO DELLA PERSONA"

Descrizione

La realizzazione delle CdC consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La CdC diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare quelli offerti ai malati cronici. La CdC sarà una struttura fisica in cui opererà un *team* multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute tra i quali gli assistenti sociali il cui ruolo rafforzerà, anche, l'attività d'integrazione socio-sanitaria attraverso il collegamento operativo con la competente socio-assistenziale dei Comuni. Nella CdC sarà presente il PUA quale porta d'accesso ai Servizi dedicati ai pazienti cronici

Contestualizzazione

Per questo investimento è previsto da PNRR un finanziamento pari a 52.858.579€ per l'attivazione di 38 Case della Comunità (12 Hub e 26 Spoke).

Di seguito si riporta il dettaglio relativo alle CdC individuate per area vasta.

AREA 1 – DS 42 Palermo

Per tale area sono previste:

- N. 3 CdC HUB
 - Palermo – PTA Biondo, Via Gaetano La Loggia, importo intervento finanziato da PNRR: 5.627.874€;
 - Lampedusa, Via Gregale, importo intervento finanziato da PNRR: 5.347.233€;
 - Ustica, Largo Gran Guardia, importo intervento finanziato da PNRR: 1.021.639€.
- N. 4 CdC SPOKE
 - Palermo – Pisani Pad. 15, Via Gaetano La Loggia, importo intervento finanziato da PNRR: 2.147.754€;
 - Villabate, Corso Vittorio Emanuele, importo intervento finanziato da PNRR: 469.292€;
 - Monreale, Piazza Ignazio Florio, importo intervento finanziato da PNRR: 742.510€;
 - Linosa, Via Vittorio Alfieri, importo intervento finanziato da PNRR: 350.604€;

AREA 2: DS 37 Termini Imerese - DS 35 Petralia – DS 33 Cefalù

Per tale area sono previste:

- N. 4 CdC HUB
 - Termini Imerese, Via Ospedale Civico 10, importo intervento finanziato da PNRR: 1.159.708€;
 - Caccamo, SS 285, importo intervento finanziato da PNRR: 3.575.657€;
 - Cefalù, C/da Pietra Pollastra, importo intervento finanziato da PNRR: 1.775.107€;
 - Petralia Sottana - ex P.O. Barone Agliata, importo intervento finanziato da PNRR: 3.617.547€.
- N. 9 CdC SPOKE
 - Cerda, Via Alcide de Gaspari, importo intervento finanziato da PNRR: 626.218€;
 - Montemaggiore Belsito, Via Maria degli Angeli, importo intervento finanziato da PNRR: 670.768€;
 - Trabia, Via Majorana, importo intervento finanziato da PNRR: 1.006.494€;
 - Collesano, C/da Croce, importo intervento finanziato da PNRR: 342.123€;
 - Pollina, Via Aricella, importo intervento finanziato da PNRR: 371.607€;
 - Alimena - ex Poliambulatorio in Largo Calabrese, importo intervento finanziato da PNRR: 355.275€;
 - Aliminusa - Bevaio Secco. Snc, importo intervento finanziato da PNRR: 1.103.161€;



- Ganci - Poliambulatorio in via Cappuccini, importo intervento finanziato da PNRR: 1.624.170€;
- Polizzi Generosa, via Vinciguerra, importo intervento finanziato da PNRR: 2.055.977€.

AREA 3 – DS 41 Partinico – D34 Carini

Per tale area sono previste:

- N. 2 CdC HUB
 - Partinico, Piazza Casa Santa, importo intervento finanziato da PNRR: 3.452.880€;
 - Carini, Via Ponticelli, importo intervento finanziato da PNRR: 1.480.740€.
- N. 5 CdC SPOKE
 - Balestrate, Via Gilberto, importo intervento finanziato da PNRR: 905.485€;
 - Camporeale, Viale delle Betulle, importo intervento finanziato da PNRR: 389.360€;
 - San Giuseppe Jato, Via Macello, importo intervento finanziato da PNRR: 1.172.597€;
 - Capaci, Largo dei Pini, importo intervento finanziato da PNRR: 352.988€;
 - Cinisi, Piazza Caduti per la Patria (importo intervento finanziato da PNRR: 574.648€.

AREA 4 – DS 39 Bagheria

Per tale area sono previste:

- N. 1 CdC HUB
 - Bagheria, Via Federico II, importo intervento finanziato da PNRR: 2.173.306€.
- N. 1 CdC SPOKE
 - Santa Flavia, Via Alcide De Gaspare, importo intervento finanziato da PNRR: 1.070.521€.

AREA 5: DS 36 Misilmeri - DS 38 Lercara Friddi – DS 40 Corleone

Per tale area sono previste:

- N. 1 CdC HUB
 - Misilmeri, Via Alcide de Gaspari, importo intervento finanziato da PNRR: 1.344.372€.
- N. 8 CdC SPOKE
 - Godrano, Via Roccaforte, importo intervento finanziato da PNRR: 546.801€;
 - Ventimiglia di Sicilia, Piazza Santa Rosalia, importo intervento finanziato da PNRR: 428.742€;
 - Villafrati, Via Trocida, importo intervento finanziato da PNRR: 360.467€;
 - Castronovo di Sicilia, C.so Umberto I, importo intervento finanziato da PNRR: 1.248.016€;
 - Valledolmo, Via Stagnone, importo intervento finanziato da PNRR: 457.949€;
 - Vicari, Via Principe Umberto I, importo intervento finanziato da PNRR: 429.213€;
 - Corleone, C.so dei Mille, importo intervento finanziato da PNRR: 694.930€;
 - Bisacquino, Via Camerano, importo intervento finanziato da PNRR: 966.841€;



Procedure di funzionamento

L'ASP ha avviato un percorso di adeguamento dell'assistenza sanitaria territoriale, in coerenza con quanto previsto dal D.M.77/22.

Stratificazione della popolazione e analisi dei bisogni di salute

L'ASP di Palermo ha previsto la riorganizzazione funzionale dei servizi territoriali ed una più efficace integrazione ospedale territorio. In questo percorso, risulta fondamentale e complementare la capacità di rispondere alle situazioni sanitarie emergenti, alla transizione epidemiologica e a tutte le oscillazioni nella domanda dei servizi sanitari, legate a contesti evolutivi e demografici.

Questa condizione pone, particolare enfasi sulla necessità di conoscere i bisogni di salute espressa dalle popolazione, nell'ottica di predisporre una rete complessa di offerta rispondente alle caratteristiche del territorio cui si rivolge. Il nuovo modello organizzativo consente, anche, di implementare gli interventi in ambito di medicina di iniziativa, personalizzazione delle cure, nonché di disporre di una base informativa utile a implementare la medicina predittiva e la misurazione degli outcome di salute raggiunti. Tale obiettivo è perseguito a partire dai dati che rientrano nel vasto patrimonio informativo a disposizione della Azienda Sanitaria, i quali vengono aggregati ed elaborati.

Con Nota prot. N 0709 del 25/05/2023, sono state allegate alla delibera "Analisi della stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni relativi ai residenti nel territorio dell'ASP di Palermo" le prime risultanze delle analisi condotte sui seguenti aspetti:

- contesto demografico e territoriale;
- relazione sociale;
- condizioni demografiche ed epidemiologiche;
- domanda soddisfatta di prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- offerta sanitaria delle strutture presenti sul territorio.

Dalla lettura dell'analisi dell'offerta e della domanda *as-is*, e dal disegno della rete *to-be*, si identificheranno per le CdC: personale da dedicare, apparecchiature, discipline da prevedere.

L'ASP, in risposta alla necessità di individuare il bisogno di salute del territorio, sulla base della stratificazione della popolazione, ha avviato uno studio sulle tre principali patologie croniche: Scemenso Cardiaco, BPCO e Diabete. Tale studio vede identificata la coorte dei pazienti (vedi Allegato 1.2) e la realizzazione di analisi quantitative finalizzate a comprendere la domanda e l'offerta, ambulatoriale e ospedaliera, relativa alle patologie sopracitate. Nel dettaglio:

- l'analisi della domanda di salute distinta per distretti e provenienza, l'analisi della domanda soddisfatta di prestazione sanitarie, distinta in base alla tipologia di struttura che eroga tali prestazioni ed all'ubicazione della stessa;
- l'analisi dell'offerta dei distretti provinciali, al fine di identificare puntualmente la rete dell'offerta. Attività erogata (quantità/valore), n° dei pazienti.

Definizione dei Servizi da attivare e prevedere nelle CdC

Per adempiere alle scadenze del PNRR, e in particolare in riferimento all'allocazione dei servizi da attivare presso le CdC, l'ASP ha compilato delle apposite schede (Allegato 1.3) consultando i Direttori di Distretto, gli Ingegneri responsabili della progettazione.

In particolare, la metodologia utilizzata per l'allocazione dei servizi di specialistica ambulatoriale, si è basata sulla realizzazione dei percorsi dei pazienti cronici, individuando le discipline afferenti a ciascun percorso, coerentemente alle disponibilità delle strutture, intesa come capienza dei locali e attuale offerta del territorio.

Avvio Progetto Sperimentale "A Casa Insieme"

Nel percorso di programmazione del "nuovo modello organizzativo" della rete sanitaria territoriale, l'ASP ha avviato il un progetto sperimentale "A Casa Insieme", che vedrà attivate le prime CdC e i relativi percorsi sociosanitari. Il progetto vede coinvolti i Distretti di Cefalù, Petralia Sottana, Bagheria, Corleone e i PTA Centro e Biondo di Palermo. Il raggiungimento degli obiettivi prefissati da progetto, potrà rappresentare un'opportunità per tutti i rimanenti Distretti appartenenti all' ASP ad oggi non coinvolti. In particolare, sarà possibile individuare metodologie e procedure che potranno essere riconosciute come delle *best practice* che permetteranno il miglioramento delle *performance* aziendali.



Programmazione dei Sustainable Development Goals

Il gruppo tecnico dell'Ufficio Speciale ha concordato, nella stesura dei progetti di fattibilità tecnica ed economica, di valorizzare gli obiettivi sociali, ambientali e architettonici definendo, per ogni immobile che verrà ristrutturato, una scheda che indichi gli obiettivi raggiunti.

Tali obiettivi rispondono al criterio dei "goals" (Figura 1), ciò fa sì che la programmazione per la realizzazione delle CdC, oltre ad offrire servizi per la prevenzione e la cura, sia orientata all'inclusione e al benessere sociale, alla sostenibilità e resilienza climatica nonché all'efficienza energetica e impiantistica.



Figura 1: I Sustainable Development Goals (Fonte: Quaderni Monitor Agenas)

Ciò ha guidato la programmazione e la progettazione delle CdC, ponendo la massima attenzione alla tipologia di utenza da servire, alle prestazioni che si andranno ad erogare e proponendo macroaree funzionali e unità ambientali polifunzionali.

La flessibilità degli spazi dedicati consentirà una piena fruizione degli ambienti di lavoro sanitario che, in alcune ore del giorno e/o in alcuni giorni della settimana, si trasformeranno in ambienti di vita sociale e comunitaria.

Tanti, tra gli edifici individuati, consentiranno il rispetto del "Greening Urbano", prevedendo installazioni di spazi verdi fruibili.

Tutto ciò premesso, ogni immobile sarà inoltre dotato di una apposita cartellonistica indicante, nella massima trasparenza, quali sono i goals raggiunti da quello specifico immobile.

Allocazione e/o riallocazione delle attività sanitarie in funzione degli immobili disponibili

Si è avviata una procedura per predisporre, nel dettaglio, il programma di allocazione e/o riallocazione delle attività sanitarie che ad oggi insistono sugli immobili interessati alle ristrutturazioni previste da PNRR. A tal fine, si è costituito un gruppo permanente di lavoro, in capo all'UOC Patrimonio, che ha consultato tutte le parti interessate al procedimento definendo, territorio per territorio, le possibili soluzioni temporanee e/o definitive. Ove non si sia pervenuti ad una chiara mappatura della riallocazione dei servizi, in collaborazione con sindaci dei Comuni interessati, si è provveduto ad individuare siti di proprietà degli Enti Locali che, saranno resi fruibili secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di allocazione temporanea dei servizi.



3.2 INVESTIMENTO 1.2 “CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA E TELEMEDICINA”

Descrizione

L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 % della popolazione di età superiore ai 65 anni. L'intervento si rivolge, in particolare, ai pazienti con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

L'investimento, a livello nazionale, mira a:

- Identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione)
- Realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale
- Attivare le COT, una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza
- Utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche

Contestualizzazione

Nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal DM 77/22, la telemedicina diviene parte integrante del progetto di salute, sia esso semplice o complesso, definito per il singolo assistito in base ai propri bisogni di salute.

Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle *Information and Communication Technologies (ICT)*. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti.

I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/ terapeutico. Tuttavia, la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza.

Di seguito si riporta una breve definizione dei servizi minimi di telemedicina.

- **Televisita:** È un atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente. L'atto sanitario di diagnosi che scaturisce dalla visita può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure. Durante la Televisita un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente, può assistere il medico. Il collegamento deve consentire di vedere e interagire con il paziente e deve avvenire in tempo reale o differito.
- **Teleconsulto:** È un'indicazione di diagnosi e/o di scelta di una terapia senza la presenza fisica del paziente. Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette a un medico di chiedere il consiglio di uno o più medici, in ragione di specifica formazione e competenza, sulla base di informazioni mediche legate alla presa in carico del paziente.
- **Telemonitoraggio:** Permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biomediche con o senza parti applicate).
- **Teleassistenza:** È un sistema socioassistenziale per la presa in carico della persona anziana o fragile a domicilio, tramite la gestione di allarmi, di attivazione dei servizi di emergenza, di chiamate di "supporto" da parte di un centro servizi. La Teleassistenza ha un contenuto prevalentemente sociale, con confini sfumati verso quello sanitario, con il quale dovrebbe connettersi al fine di garantire la continuità assistenziale.

Il decreto ministeriale del 6 agosto 2021 ha nominato AGENAS soggetto attuatore del sub-investimento 1.2.3 «Telemedicina». L'investimento in telemedicina rappresenta un mezzo per contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali, garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti, oltre che per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto.

Il PNRR individua nella telemedicina uno strumento importante per abilitare una più efficace copertura territoriale dei servizi sanitari per gli assistiti. Con tale progetto la telemedicina, quindi, evolverà così da ambito sperimentale, promosso solo da alcune realtà locali, a componente integrante del sistema sanitario regionale e nazionale. Come tale, è fondamentale che la sua diffusione sia equa ed



omogenea e che le soluzioni regionali siano interoperabili tra loro, per contribuire alla riduzione dei divari territoriali. A questo fine, il Decreto Ministeriale 30 settembre 2022 definisce le modalità univoche di realizzazione dei progetti regionali di telemedicina per garantire l'omogeneità a livello nazionale e l'efficienza nell'attuazione dei servizi di telemedicina, alla luce delle «Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina per il sub-investimento 1.2.3.2» che definiscono i requisiti funzionali e tecnologici che la soluzione di telemedicina regionale dovrà rispettare.

Procedure di funzionamento

Sulla scia di quanto pianificato a livello strategico regionale, il Piano Operativo Regionale di telemedicina, decreto n.476 del 23/05/2023, mira a porre le basi per l'implementazione di una piattaforma regionale di telemedicina da realizzare con risorse rese disponibili dal PNRR, recependo le indicazioni fornite dal Decreto Ministeriale 30 settembre 2022 e le Linee di indirizzo nazionali che definiscono i requisiti funzionali e tecnologici che la soluzione di telemedicina regionale dovrà rispettare, nell'ottica di definire il fabbisogno regionale per i servizi minimi.

La Regione desidera realizzare una piattaforma regionale di telemedicina, messa a disposizione dell'intero personale sociosanitario regionale e rivolta a tutti i cittadini della Regione. Quest'ultima, ha definito nel mese di febbraio 2023, mediante apposita piattaforma resa disponibile da AGENAS, un fabbisogno totale per i servizi da programmare.

Attualmente l'erogazione dell'assistenza sanitaria in Regione Siciliana non è supportata da servizi di telemedicina integrati a livello regionale piuttosto, gli strumenti presenti sul territorio derivano da iniziative aziendali, interaziendali o regionali non coordinate tra loro, che gestiscono il servizio in aree limitate di territorio o per set limitati di patologie.

La mancanza di un modello unico di telemedicina, per l'erogazione dei servizi sanitari impone la definizione di un modello organizzativo sistematico, seguito da un piano di azioni strutturato, che integri, anche mediante il coinvolgimento del livello locale, le strutture e le risorse coinvolte nel processo e consenta, al contempo, l'avvio di una adeguata campagna di informazione della comunità sull'esistenza e possibilità di cura domiciliare offerte dai servizi di telemedicina.

L'obiettivo del Piano Operativo Regionale di telemedicina è quello di uniformare, a livello regionale, le iniziative già presenti, nonché di allargarne il bacino d'utenza, al fine di migliorare i servizi sanitari offerti ed accrescere l'esperienza di cura" del paziente. Come tale, è fondamentale che la sua diffusione sia equa ed omogenea e che le soluzioni adottate siano interoperabili tra loro.

Le aziende sanitarie saranno deputate all'erogazione delle attività, garantendo gli standard previsti dal Piano operativo sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali.

L'ASP di Palermo, relativamente alla linea di investimento 1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina", nonostante la stesura dei piani di fattibilità aziendale, non si è aggiudicata la commessa a causa della chiusura del portale CONSIP. Si rimane quindi in attesa dell'apertura del portale e delle specifiche linee di indirizzo regionali.



3.3 INVESTIMENTO 1.3: “RAFFORZAMENTO DELL’ASSISTENZA SANITARIA INTERMEDIA E DELLE SUE STRUTTURE - OSPEDALI DI COMUNITÀ”

Descrizione

L'investimento mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale, attraverso l'attivazione di una struttura sanitaria della rete territoriale e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

L'Ospedale di Comunità (OdC), di norma dotato di 20 posti letto, fino ad un massimo di 40 posti letto, a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure, determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come, ad esempio, quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso a prestazioni specialistiche frammentate e per questo non funzionali ad implementare un quadro clinico unitario.

L'OdC potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

Contestualizzazione

Da PNRR è previsto un finanziamento per gli OdC pari a € 22.428.769,00. Di seguito gli OdC previsti per ogni area vasta.

AREA 1 – DS 42 Palermo

- N. 6 OdC con 20 P.L.
 - Palermo – PTA Enrico Albanese, Via Papa Sergio I°, importo intervento finanziato da PNRR: 3.441.844€;
 - Palermo – PTA Guadagna, Via Villagrazia, importo intervento finanziato da PNRR: 2.577.174€;
 - Piana Degli Albanesi, Via Odgitria, importo intervento finanziato da PNRR: 2.094.629€;
 - Palermo – PTA Casa del Sole, Via Luigi Sarullo, importo intervento finanziato da PNRR: 4.492.963€;
 - Palermo – PTA Casa del Sole, Via Luigi Sarullo, importo intervento finanziato da PNRR: 1.439.553€;
 - Palermo – PTA Casa del Sole, Via Luigi Sarullo, importo intervento finanziato da PNRR: 1.439.553,00€.

AREA 2: DS 37 Termini Imerese - DS 35 Petralia – DS 33 Cefalù

- N. 2 OdC con 20 P.L.
 - Termini Imerese, Via Ospedale Civico 10, importo intervento finanziato da PNRR: 1.159.708€;
 - Petralia Sottana n. 1 OdC al 4° Piano, importo intervento finanziato da PNRR: 2.599.522€.

AREA 5: DS 36 Misilmeri - DS 38 Lercara Friddi – DS 40 Corleone

- N. 2 OdC con 20 P.L.
 - 1. Lercara Friddi, Via F.sco Cali, importo intervento finanziato da PNRR: 2.416.326€;
 - 2. Palazzo Adriano, Via F.sco Crispi, importo intervento finanziato da PNRR: 767.497€.

Procedure di funzionamento

Gli OdC non sono ricompresi nelle strutture residenziali del DPCM 12/01/2017 e non costituiscono una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità sociosanitarie già esistenti che hanno altre finalità e destinatari.

In relazione alla consistenza e disponibilità del parco immobiliare definito con l'ausilio degli uffici del Patrimonio, ASP Palermo ha previsto la localizzazione degli OdC sia all'interno di poli ospedalieri esistenti, che, in porzioni di edifici sociosanitari già operativi oppure in strutture sanitarie autonome.



Laddove previsto, l'Ufficio Speciale di ASP Palermo è intervenuto definendo la riconversione di presidi ospedalieri in disuso, come nel caso dei padiglioni 18 e 19 del PTA "Casa del Sole" di Palermo, così da garantire nuovi e moderni nuclei funzionali di assistenza territoriale intermedia, di tipo distrettuale.

Nel complesso, l'intervento PNRR garantirà la realizzazione di n° 151 nuovi posti letto, distribuiti nelle sedi di area vasta n.1, 2 e 5, come di seguito rappresentato:

- AREA 1 – DS 42 Palermo: 80 posti letto
- AREA 2: DS 37 Termini Imerese - DS 35 Petralia – DS 33 Cefalù: 40 posti letto
- AREA 5: DS 36 Misilmeri - DS 38 Lercara Friddi – DS 40 Corleone: 31 posti letto

Per garantire la piena fruibilità delle nuove strutture e facilitare l'uso "intuitivo" degli OdC, la progettazione è stata sviluppata favorendo logiche sinottiche destinate ad indirizzare l'utente verso le funzioni essenziali delle Macro aree sanitarie: *degenza, logistiche e generali* (e.g. la presenza di un unico ingresso pubblico centrale e riconoscibile, la posizione degli accessi secondari che possano – in caso di esigenza- supportare la gestione di flussi separati di entrata e/o uscita (vedi esperienza COVID-19) ecc..).

Sotto il profilo tecnico-gestionale, gli OdC progettati da ASP Palermo hanno rispettato la definizione ed, al tempo stesso, l'integrazione coordinata delle distinte aree funzionali, sulla base delle Linee Guida e dei contenuti di cui al DM 77/2022.

È in corso l'elaborazione di una proposta di modello organizzativo ove è definito il profilo clinico del paziente (le principali patologie trattabili, criteri di accogliibilità, criteri di non accogliibilità, procedure di ammissione, criteri di gestione delle liste d'attesa) e la progressione della sua degenza ospedaliera (vedi allegato 1.4)

A partire dalle considerazioni qui sviluppate, viene riportato, a titolo esemplificativo, in maniera schematica, un Layout dell'OdC (Figura 2).



Figura 2: Impostazione generale dell'OdC con le aree funzionali considerate obbligatorie.



4 COMPONENTE 2 (M6C2) "INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE"

L'azione di riforma incardinata nella Componente 2 riguarda la revisione e l'aggiornamento dell'assetto regolamentare e del regime giuridico degli IRCCS e delle politiche di ricerca del Ministero della Salute, con l'obiettivo di rafforzare il rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie.

4.1 INVESTIMENTO 1.1: AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO

Descrizione

L'investimento prevede l'ammmodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero, tramite l'acquisto di nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico (TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistema Radiologico Fisso, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi), in sostituzione di quelle in uso, caratterizzate da una vetustà maggiore di 5 anni, tramite interventi finalizzati al potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture sanitarie sede di Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di I e II livello.

Procedure di funzionamento

Questa ASP ha effettuato uno screening del numero e del livello di obsolescenza delle apparecchiature maggiore di 5 anni, al fine di provvederne la relativa sostituzione, nel rispetto della normativa PNRR.

Dal suddetto monitoraggio si è rilevata la necessità dell'acquisto di n. 34 grandi apparecchiature. Successivamente, sono state modificate le sedi di alcune allocazioni ed è stato incrementato di una unità il numero delle apparecchiature in 35, per sopravvenute esigenze clinico assistenziali, (giusta delibera n. 139 del 16.02.2023) così come di seguito rappresentato:

- 1 RMN;
- 2 TC;
- 2 Cone Beam;
- 3 Densitometro Osseo;
- 3 Ecotomografo Multidisciplinare (Acquistati con delibera ASP 1237 del 22/08/2022);
- 6 Mammografi con Tomosintesi (Acquistati n. 5 con delibera ASP 1749 del 15/11/2022 ed uno da acquistare, a seguito dell'avvallo della rimodulazione del CIS);
- 8 Telecomandati digitali (Acquistati n. 5 con delibera ASP 464 del 30/03/2023);
- 10 Ortopantomografi.

Nella scheda AGENAS è stato indicato, quale strumento per l'acquisizione la convenzione/accordo quadro Consip, altresì, in ragione anche dell'indicazione assessoriale relativa alla modalità prioritaria di acquisizione delle grandi apparecchiature, tramite l'adesione ad iniziative attive su CONSIP.

L'ASP, nel rispetto della programmazione PNRR, ha acquistato, appena disponibili nella vetrina CONSIP, alcune grandi apparecchiature, come di seguito specificato:

Tipologia Grande apparecchiatura	Ubicazione	Ditta	Delibera aziendale
Mammografo con tomosintesi	C/O Ospedale Vecchio - Servizio Di Radiologia (Carini)	Siemens Healthcare S.R.L.	1749 del 15/11/2022
Mammografo con tomosintesi	P.O. Civico Partinico	Siemens Healthcare S.R.L.	1749 del 15/11/2022
Mammografo con tomosintesi	P.O. S. Cimino Termini Imerese	Siemens Healthcare S.R.L.	1749 del 15/11/2022
Mammografo con tomosintesi	PO Dei Bianchi (Corleone)	Siemens Healthcare S.R.L.	1749 del 15/11/2022
Mammografo con tomosintesi	Poliambulatorio Servizio Di Radiologia (Bagheria)	Siemens Healthcare S.R.L.	1749 del 15/11/2022
Ecotomografo multidisciplinare	Ex IPAI	Philips Spa	1237 del 22/08/2022
Ecotomografo multidisciplinare	Ex IPAI	Philips Spa	1237 del 22/08/2022



Ecotomografo multidisciplinare	Po G.F. Ingrassia	<i>Esaote Spa</i>	1237 del 22/08/2022
Telecomandato	Poliambulatorio Lampedusa	<i>General Medical Merate S.P.A.</i>	464 del 30/03/2023
Telecomandato	PO Villa delle Ginestre	<i>General Medical Merate S.P.A.</i>	464 del 30/03/2023
Telecomandato	PO G.F. Ingrassia	<i>General Medical Merate S.P.A.</i>	464 del 30/03/2023
Telecomandato	PO dei Bianchi (Corteone)	<i>General Medical Merate S.P.A.</i>	464 del 30/03/2023
Telecomandato	CR Ucciardone	<i>General Medical Merate S.P.A.</i>	464 del 30/03/2023

Tabella 2: Elenco Grandi Apparecchiature acquistate

Seppure si tratti di sostituzioni di apparecchiature, sono previsti, tramite sopralluoghi, gli adeguamenti delle schermature necessarie, le specifiche valutazioni di radioprotezione, le opportune prove di carico, nonché, gli interventi strutturali sito per sito.

ASP PA



4.2 INVESTIMENTO 1.2: VERSO UN OSPEDALE SICURO E SOSTENIBILE.

Descrizione

L'investimento mira a delineare un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica. L'esigenza nasce non solo dalla necessità di assicurare la conformità degli edifici all'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20 marzo 2003 ("Primi elementi riguardanti criteri generali per la classificazione sismica del territorio nazionale e norme tecniche per la costruzione in aree sismiche"), che ha rivoluzionato il quadro normativo preesistente ma, soprattutto, dalla consapevolezza che, tra gli edifici pubblici, gli ospedali rivestono un ruolo strategico, in caso di disastro.

Gli ospedali non solo svolgono una fondamentale funzione di soccorso della popolazione, garantendo l'efficace prosecuzione dei primi interventi medici di emergenza avviati sul campo, ma sono anche fra i più esposti e sensibili nel caso di eventi sismici, in quanto ospitano un numero molto elevato di persone con capacità di reazione eterogenee.

Contestualizzazione

Sulla base di una ricognizione puntuale condotta dal Ministero della salute nel 2020, è stata individuata la necessità di realizzare 116 interventi per l'adeguamento alle normative antisismiche. Questi interventi rappresentano l'oggetto del presente investimento insieme alle precedenti azioni per il rinnovamento e l'ammodernamento strutturale e tecnologico del patrimonio immobiliare sanitario. Il volume di investimento complessivo nazionale è pari a 1,64 miliardi (di cui 1 miliardo relativo a progetti già in essere).

Per l'attuazione di questo investimento si prevede, da PNRR, di completare gli interventi entro il secondo trimestre del 2026.

Per tale intervento da PNRR, sono stati stanziati € 4.906.987.

Procedure di funzionamento

3°trim 2021

Con Decreto Assessoriale n. 765 del 29 luglio 2021 Servizio 3 "Gestione degli investimenti" dell'Assessorato della Salute - Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica, è stato approvato il Piano dei fabbisogni finalizzato a interventi di adeguamento sismico di strutture sanitarie a valere sulle risorse del PNRR, prevedendo, tra le strutture sanitarie da finanziare, il Presidio Ospedaliero Civico di Partinico identificato con il codice di struttura n. 190332 ed il relativo importo di intervento da finanziare con *Recovery Fund* pari a € 4.906.987,85.

Gli interventi sono finanziati con fondi del PNRR, giusto CIS, è stato designato come soggetto attuatore esterno l'ASP di Palermo.

La struttura del Presidio Ospedaliero Civico di Partinico si identifica, secondo il D.M. 14/01/2008, come Classe d'uso IV ovvero "Costruzioni con funzioni pubbliche o strategiche importanti, anche con riferimento alla gestione della protezione civile in caso di evento sismico".

Il costo convenzionale di intervento è stato determinato preventivamente utilizzando i parametri stabiliti dall'art. 8 punto b) dell'Ocdpc n. 532 del 12 luglio 2018 assumendo un valore medio pari a 150 euro per ogni metro cubo di volume lordo di edificio soggetto ad interventi calcolando l'importo complessivo per i lavori di adeguamento / miglioramento sismico in euro 8.009.995,87 comprensivo di tutti i costi delle spese tecniche, delle finiture, degli impianti strettamente connessi all'esecuzione delle opere strutturali e di IVA come per legge.

La differenza stimata tra il nuovo importo revisionato pari a euro 8.009.995,87 relativo ai lavori di adeguamento / miglioramento sismico e l'importo di € 4.906.987,85 graverà su fondi del bilancio aziendale e sarà impegnato con successiva deliberazione.

1°trim 2022

In data 18 marzo 2022 è stato pubblicato, sul sito internet aziendale, l'avviso di manifestazione di interesse prot. N. 47967 per l'affidamento dei servizi di architettura e ingegneria relativi alla verifica della vulnerabilità sismica, rilievo geometrico, architettonico, tecnologico, strutturale, progettazione di fattibilità tecnico-economica e progettazione definitiva, da restituire in modalità BIM per l'edificio sede del Presidio Ospedaliero Civico di Partinico.

4°trim 2022

Con Delibera del Direttore Generale n. 1748 del 15/11/2022 sono stati affidati ad una ditta esterna i servizi di ingegneria e di architettura concernenti la verifica della vulnerabilità



sismica, rilievo geometrico, architettonico, tecnologico, strutturale e progettazione di fattibilità tecnico-economica da restituire in modalità BIM per l'edificio sede del Presidio Ospedaliero Civico di Partinico.

In data 16/12/2022 è stato sottoscritto il Contratto di Appalto registrato al n. rep. 03 di pari data e assunto al protocollo ASP n. 254176 del 22/12/2022 per il conferimento dell'incarico professionale per "la verifica della vulnerabilità sismica, rilievo geometrico, architettonico, tecnologico, strutturale e progettazione di fattibilità tecnico-economica da restituire in modalità BIM per l'edificio sede del Presidio Ospedaliero Civico di Partinico".

Con Deliberazione del D.G. n. 2014 del 21.12.2022 sono stati affidati i "Servizi di indagini strutturali, geognostiche e geotecniche in sito e correlate prove di laboratorio e ripristini, finalizzati ai lavori di adeguamento / miglioramento sismico per l'edificio sede del presidio ospedaliero civico di Partinico.

1°trim 2023

In data 10/01/2023 è stato sottoscritto in forma digitale il contratto per l'affidamento dei servizi in oggetto per l'importo contrattuale per € 77.054,74 comprensivo di oneri per la sicurezza di 1.522,7€ oltre IVA al 22 %.

In data 17/02/2023 sono stati consegnati i servizi resi dal laboratorio comprendenti le indagini strutturali, geotecniche e geognostiche.

La società affidataria della redazione del PFTE e della verifica sismica, nonché del piano delle indagini e del corretto svolgimento delle stesse, ha trasmesso in data 17/04/2023 la nota prot. ASP n.99055/2023 riportante la dichiarazione della corretta esecuzione tecnico-contabile dei servizi espletati dalla R.T.I e in data 07/03/2023 ha consegnato il PFTE Rafforzato "Progetto di Fattibilità Tecnico-Economica relativo alla verifica della vulnerabilità sismica, rilievo geometrico, architettonico, tecnologico, strutturale e progettazione di fattibilità tecnico economica con restituzione del rilievo in modalità BIM, per l'edificio sede del Presidio Ospedaliero Civico di Partinico."

Con la nota prot. 0053627 del 07/03/2023 è stata indetta una conferenza dei servizi in forma semplificata modalità asincrona, ai sensi dell'ex art. 14 legge n. 241/1990 e ss.mm.ii., finalizzata all'acquisizione dei pareri di competenza sulla vulnerabilità sismica e sul relativo PFTE rafforzato.

Entro il termine di conclusione della conferenza, sono stati acquisiti i seguenti pareri:

- Ufficio del Genio Civile di Palermo, prot. 34785 del 08/03/2023;
- Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, Direzione Sanitaria, prot. n. 057739 del 10/03/2023.

Con Delibera del Commissario Straordinario n. 351 del 15/03/2023 si è proceduto all'approvazione degli atti relativi alla verifica della vulnerabilità sismica, rilievo geometrico, architettonico, tecnologico, strutturale e progettazione di fattibilità tecnico economica con restituzione del rilievo in modalità BIM, per l'edificio sede del Presidio Ospedaliero Civico di Partinico.

Con Delibera del Commissario Straordinario n. 423 del 27/03/2023 si è proceduto all'autorizzazione a contrarre tramite l'Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa S.p.A. – INVITALIA per la procedura di gara aperta ai sensi degli articoli 54 e 60 del d.lgs n. 50/2016, da realizzarsi mediante piattaforma telematica, per la conclusione di accordi quadro per l'affidamento di lavori (OS21 – OG1) e servizi di ingegneria e architettura (S.06 – E.10 – IA.04) per la ristrutturazione e riqualificazione degli Ospedali Sicuri e Sostenibili.

ALLEGATI

Gli Allegati, di seguito elencati, costituiscono parte integrante e sostanziale del presente documento, così come specificatamente indicati nei paragrafi:

- "Identificazione, finalità e risultati attesi dei Gruppi di Lavoro PNRR" (All. 1.1);
- "La coorte dei pazienti cronici- Diabete, BPCO, Scompenso Cardiaco - ASP PA" (All. 1.2);
- "Esempio Scheda Progetto CdC" (All. 1.3);
- "L'Ospedale di Comunità-Proposta modello organizzativo" (All. 1.4)