

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 10 maggio 2023, n. 643

Missione 6 Salute - Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub-Investimento 1.2.1 - Assistenza domiciliare. Approvazione Piano Operativo della Regione Puglia.

L'Assessore "Sanità, Benessere animale, Controlli Interni, Controlli connessi alla gestione emergenza COVID-19", sulla base dell'istruttoria espletata dalla Responsabile P.O. "Programmazione attività sanitaria – integrazione Ospedale Territorio" e dalla Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale-Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR e confermata dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

VISTI:

- il D.Lgs. n.502/1992 s.m.i., che, all'art.2, co.1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- la legge regionale n.25 del 2006 che, all'art. 14, prevede che la erogazione di tutta l'attività sanitaria e socio-sanitaria delle strutture territoriali sia posta in capo al Distretto;
- le Intese tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) e del 19 febbraio 2015 (Rep. n. 32/CSR) sul disciplinare tecnico dell'accreditamento e relativo cronoprogramma di attuazione;
- il Patto per la salute 2014-2016 approvato con l'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014;
- il decreto ministeriale n.70 del 2015 con cui è stato definito il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", acquisita l'intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni (Rep. Atti n.198/CSR del 13 gennaio 2015);
- l'Accordo Stato – Regioni del 15 settembre 2016 (Rep. n. 160) concernente il Piano Nazionale della Cronicità;
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 129 del 26/01/2018 recante: Programma Operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018;
- il Regolamento regionale 21 gennaio 2019, n.7 recante: "Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza", pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 9 del 25/01/2019, con integrazioni pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n.18 del 14/02/2019;
- il Regolamento regionale 22 novembre 2019, n.23 recante: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n.70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017", parzialmente modificato dal Regolamento regionale n.14 del 2020, pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione Puglia del 24 agosto 2020, in attuazione del Decreto Legge n. 34 del 2020;

- il Patto per la Salute 2019-2021, approvato con l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 18 dicembre 2019;
- la deliberazione di Giunta regionale n.333 del 10 marzo 2020 di approvazione del documento "La riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 375 del 19 marzo 2020 con la quale veniva approvato il Regolamento regionale "Modifiche al Regolamento regionale n.7/2019 (Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza)";
- il Decreto-Legge n. 34 del 19 maggio 2020 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77;
- l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38", Rep. Atti n. 118/CSR del 27 luglio 2020;
- la legge 30 dicembre 2020, n. 178 (Legge di bilancio 2021), che, all'articolo 1, comma 406, ha introdotto alcune modifiche alla disciplina di cui al decreto legislativo 23 dicembre 1992, n. 502 estendendo l'applicazione del sistema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie anche alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari;
- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21), in particolare la Missione 6 Salute, Component 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;
- la deliberazione di Giunta regionale n.1179 del 14 luglio 2021 ad oggetto: "Recepimento Accordo Stato – Regioni n. 215/CSR del 17 dicembre 2020 ed approvazione del documento "Indicazioni Regione Puglia per l'erogazione di prestazioni in telemedicina". Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 951/2019 e n.2111/2020 - nomenclatore specialistica ambulatoriale";
- il D.L. del 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2021, n. 108, avente ad oggetto "Governance del Piano Nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure";
- l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accREDITamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178". Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021;
- la deliberazione di Giunta regionale n.134 del 15/02/2022 con la quale è stata recepita, *inter alia*, l'Intesa Stato-Regioni sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accREDITamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178". Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021;
- la DGR n.688 del 11/05/2022 ad oggetto: "Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022";

- il decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze 23 maggio 2022, n. 77 ad oggetto: "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale";
- il Parere, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, recante riparto delle risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale, ai sensi dell'art. 1, comma 274, della legge n.234 del 2021" (Rep. Atti n. 256/CSR del 7 dicembre 2022);
- la deliberazione della Giunta regionale n. 1868 del 14/12/2022 recante: "Approvazione schema di Regolamento regionale avente ad oggetto: "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022";
- la deliberazione della Giunta regionale n.1916 del 19/12/2022 di approvazione dello schema di Regolamento regionale avente ad oggetto: "Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle cure domiciliari necessari ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni n.151/CSR del 4 agosto 2021";
- l'Intesa (Rep. Atti n.266/CSR del 21 dicembre 2022) sullo schema di decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze concernente la ripartizione delle risorse PNRR-Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.1-Assistenza domiciliare;
- il decreto 23 gennaio 2023 del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze recante: "Ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1. «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR);
- la circolare del Ministero della Salute-Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR ad oggetto: "PNRR_M6C1I1.2.1 "Casa come primo luogo di cura_Assistenza domiciliare" – Decreto interministeriale 23 gennaio 2023 (GU n 55 del 6 marzo 2023)" del 17 marzo 2023.

PREMESSO CHE:

- a) Il Dpcm 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, all'articolo 21 "Percorsi assistenziali integrati" stabilisce che "nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali".
- b) L'articolo 22 dello stesso decreto articola le risposte assistenziali in più livelli di intensità e complessità assistenziale, individuati a partire dalla valutazione multidimensionale e dalla conseguente formulazione di piano assistenziale individuale.
- c) Il c.d. "decreto rilancio", decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, coordinato con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, contiene, all'articolo 1, disposizioni volte a rafforzare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale, di cui i servizi domiciliari costituiscono una componente cruciale.
- d) La norma potenzia le cure domiciliari, con uno stanziamento di risorse importante finalizzato a privilegiare, quando possibile, percorsi di cura e assistenza nei luoghi di vita della persona, a diversi gradi di complessità, con ciò diminuendo il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate (sia nell'ambito dei ricoveri ospedalieri sia nelle strutture residenziali territoriali).
- e) Le cure domiciliari integrate, ai sensi del citato D.L. 34/2020 sono rivolte sia ai pazienti affetti da

Covid-19 o in isolamento domiciliare sia a tutti i “soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 65 del 18.03.2017 – S.O. n. 15. ».

- f) Il Patto per la salute 2019-2021, approvato con l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 18 dicembre 2019, alla scheda 8 prevede la necessità di promuovere un forte impulso e un investimento prioritario sull’assistenza domiciliare e, nell’ambito dell’assistenza territoriale, concordare indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l’integrazione con i servizi socio-assistenziali.
- g) Il Patto per la salute 2014-2016, approvato con l’Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014, agli articoli 5 e 6, intendeva rafforzare strumenti e modalità di integrazione e qualificazione dell’assistenza a livello locale attraverso il rafforzamento dei punti unici d’accesso (PUA) per indirizzare il cittadino al percorso adeguato in relazione alle necessità, l’effettuazione di una valutazione multidimensionale (VMD) per accertare la presenza di condizioni cliniche, ambientali, familiari e sociali idonee alla permanenza a domicilio della persona non autosufficiente, la previsione di progetti di assistenza individuale (PAI) centrati sui bisogni integrati sia sanitari che sociali, formulati dall’equipe responsabile della presa in carico, la promozione di una più adeguata distribuzione delle prestazioni, dando evidenza al fabbisogno, espresso in funzione della popolazione da assistere, e l’organizzazione delle cure domiciliari sanitarie e sociosanitarie articolate per intensità, complessità e durata dell’assistenza.
- h) Il Piano nazionale cronicità (Accordo Stato-Regioni del 15 settembre 2016) ha definito un disegno strategico per la gestione dei pazienti in condizioni di cronicità a diversi gradi di evoluzione e contempla il potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri anche avvalendosi degli strumenti forniti dalla “tecno-assistenza” e dalla digitalizzazione dei processi, quali i sistemi ICT e la telemedicina.
- i) L’articolo 21 dei LEA stabilisce la necessità di avviare dei percorsi assistenziali integrati e garantire l’accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona attraverso la VMD dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e la predisposizione di un progetto di assistenza individuale (PAI). Il PAI è redatto dall’equipe di cura sulla base degli indicatori dei bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale e prevede il coinvolgimento diretto della persona e della sua famiglia e di tutte le componenti dell’offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale. L’approccio per percorso previsto dall’articolo 21 dei LEA rappresenta un’importante novità in quanto introduce il principio di governo clinico attraverso la gestione del caso (case management), riconducendo a unitarietà le cure domiciliari ed evitando la frammentazione del bisogno in base all’organizzazione dei servizi.
- j) L’articolo 22, come già sopra indicato, individua un livello di cure domiciliari di base e tre livelli di cure domiciliari integrate (ADI), con la finalità di assicurare una proporzionalità delle risposte in funzione della complessità dei bisogni garantendo la continuità tra le diverse fasi dell’assistenza territoriale.
- k) L’Allegato 1 del decreto ministeriale 70 del 2 aprile 2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” che, al paragrafo 10, prevede la continuità delle cure tra territorio e ospedale, con la necessità di riorganizzare

il sistema in una logica di continuità assistenziale organizzata in rete. L'interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere riveste, infatti, un ruolo centrale nella riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati e dei ricoveri ripetuti, spesso conseguenti alla mancata gestione del processo di dimissione protetta. Le iniziative di continuità delle cure e dell'assistenza tra il territorio e l'ospedale si identificano nei programmi di dimissione protetta e/o assistita che richiedono la disponibilità di strutture con varie funzioni e, tra queste, i servizi di cure domiciliari (CD) o le unità di cure palliative (CP).

PRESO ATTO CHE:

- L'assistenza domiciliare è definita dall'art. 22 del Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 recante *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”* che testualmente prevede:

“ 1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

2. Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 recante «Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria». Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del «Progetto di assistenza individuale» (PAI) sociosanitario integrato, fatto salvo quanto previsto dalle regioni e dalle province autonome in merito al comma 3, lettera a).

3. In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

a) cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (1)) inferiore a 0,14;

b) cure domiciliari integrate (ADI) di I° livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

c) cure domiciliari integrate (ADI) di II° livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del

caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

d) cure domiciliari integrate (ADI) di III^a livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver. Le cure domiciliari ad elevata intensità sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

4. Ai sensi dell'art. 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, recante «Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria», le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle regioni e dalle province autonome, sono a interamente carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi.

5. Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale”.

Tenuto conto dell'avvenuta pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale n. 55 del 6 marzo 2023 del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 23 gennaio 2023 concernente la ripartizione delle risorse PNRR – Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare.

Ai sensi dell'art. 3, comma 2, del richiamato decreto, l'erogazione delle risorse è subordinata al raggiungimento degli obiettivi specifici, concernenti l'incremento annuale di pazienti over 65 presi in carico in assistenza domiciliare per ogni classe di CIA (Coefficiente di Intensità Assistenziale), ai sensi del DPCM 2 gennaio 2017 artt. 22 e 23, rispetto alla baseline considerata per l'anno 2019 e la cui numerosità è indicata all'interno dell'Allegato 1 del medesimo decreto.

Si riporta una tabella di sintesi, che costituisce l'allegato della circolare del Ministero della Salute-Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR, ad oggetto: “PNRR_M6C1I1.2.1 “Casa come primo luogo di cura_Assistenza domiciliare” – Decreto interministeriale 23 gennaio 2023 (GU n 55 del 6 marzo 2023)” del 17 marzo 2023, e che chiarisce in termini incrementali e assoluti gli assistiti attesi, con almeno una presa in carico (PIC) erogata nell'anno di riferimento, per consentire il raggiungimento dell'obiettivo finale di competenza riportato nell'Allegato 1 del decreto nonché il Target EU nazionale del 10%.

Tabella 1 – Obiettivi Assistenti ADI (over 65) – baseline 2019+Assistenti incrementali

Codice Regione	Descrizione Regione	2019		2022		2023		2024		2025		Obiettivo finale Assistenti 2025 ADI (over 65) da DM (Baseline 2019+ Obiettivo finale 2025)	Popolazione over 65 (attesa al 2025)	Obiettivo finale Assistenti 2025 ADI (over 65) da DM (Baseline 2019+ Obiettivo finale 2025)
		Popolazione over 65 (al 01.01.2020)	Base line Assistenti 2019 ADI (over 65)	%Assistenti over 65 ADI base line 2019	Obiettivo Incrementale Assistenti 2022 ADI (over 05) da DM (Baseline 2019 + Obiettivo intermedio 2022)	Obiettivo Incrementale Assistenti 2022 ADI (over 05) da DM (Baseline 2019 + Obiettivo intermedio 2023)	Obiettivo Assistenti 2023 ADI (over 05) da DM (Baseline 2019 + Obiettivo intermedio 2023)	Obiettivo Incrementale Assistenti 2024 ADI (over 05) da DM 23 gennaio 2023	Obiettivo Assistenti 2024 ADI (over 05) da DM (Baseline 2019 + Obiettivo intermedio 2024)	Obiettivo Incrementale Assistenti 2025 ADI (over 05) da DM 23 gennaio 2023	Obiettivo Assistenti 2025 ADI (over 05) da DM (Baseline 2019+Obiettivo intermedio 2025)			
010	PIEMONTE	1.115.960	26.977	3,11%	24.389	81.366	40.007	96.984	112.571	55.594	39.211	116.188	1.138.008	10,21%
020	VALLE D'ADOSTA	30.309	227	0,79%	983	1.212	1.774	2.001	2.789	2.302	2.745	2.972	31.350	9,48%
030	LOMBARDIA	2.295.833	92.531	4,03%	41.704	134.255	83.026	175.577	216.818	124.267	133.839	226.390	2.388.280	9,48%
041	PROV. AUTON. BOLZANO	103.056	361	0,34%	3.942	4.303	6.889	7.250	10.191	9.830	10.513	10.874	114.715	9,48%
042	PROV. AUTON. TRENTO	122.248	6.541	5,35%	1.488	8.029	3.476	10.017	12.002	5.401	5.922	12.463	131.477	9,48%
050	VENETO	1.135.067	88.598	7,80%	29.910	118.508	36.182	124.780	131.039	42.441	43.894	132.492	1.207.116	10,98%
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	319.903	17.108	5,35%	7.297	24.405	11.647	28.755	33.097	15.989	16.997	34.105	323.111	10,49%
070	LIGURIA	438.344	15.638	3,57%	10.691	26.329	17.475	33.113	39.885	24.247	25.818	41.456	437.342	9,48%
080	EMILIA ROMAGNA	1.079.476	91.391	8,47%	21.692	113.083	26.174	117.565	122.038	30.647	31.683	123.076	1.121.329	10,98%
090	TOSCANA	950.428	73.401	7,93%	22.164	97.565	26.955	101.996	106.419	31.018	32.044	107.445	978.917	10,98%
100	UMBRIA	225.810	9.528	4,22%	4.769	14.297	8.262	17.790	21.276	11.748	12.557	22.085	232.988	9,48%
110	MARCHE	381.026	14.579	3,83%	8.800	23.379	13.065	29.644	35.890	21.317	22.708	37.347	393.985	9,48%
120	LAZIO	1.276.877	30.999	2,43%	26.107	57.106	58.508	89.507	121.905	90.906	98.411	129.410	1.305.203	9,48%
130	ABRUZZO	314.288	14.666	4,67%	3.813	20.479	12.031	26.697	32.904	18.238	19.678	34.344	330.562	10,39%
140	MOLISE	73.887	4.020	0,09%	1.391	6.011	2.518	7.138	8.203	3.643	3.904	8.524	77.637	10,98%
150	CAMPANIA	1.099.634	28.733	2,61%	25.332	54.065	51.890	80.623	107.129	78.396	84.548	113.281	1.195.047	9,48%
160	PUGLIA	891.842	20.780	2,33%	20.914	41.694	42.300	62.980	84.225	63.445	68.370	89.156	940.540	9,48%
170	BASILICATA	130.001	6.449	4,96%	2.225	8.674	4.788	11.237	13.794	7.345	7.938	14.387	137.304	10,48%
180	CALABRIA	419.874	8.233	1,96%	10.021	18.254	20.903	29.136	39.998	31.765	34.286	42.519	448.547	9,48%
190	SICILIA	1.026.210	49.974	4,73%	17.876	67.850	39.121	89.095	110.298	60.334	63.245	115.219	1.119.478	10,29%
200	SARDEGNA*	393.813	12.236	3,11%	8.429	20.665	17.408	29.644	38.006	26.370	28.450	40.686	429.210	9,48%
	TOTALE	13.859.090	645.590	4,66%	296.000	941.590	520.000	1.171.590	1.401.144	735.554	808.827	1.454.417	14.544.160	10%

*per la Regione Sardegna, che non compilava il flusso SIAD, per la baseline 2019 è stato utilizzato il dato presente su "Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2019" relativo al numero di persone anziane trattate dichiarate dalle ASL tramite il flusso dati FL521.

La citata circolare del Ministero della Salute-Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR, evidenzia che il consolidamento annuale del flusso SIAD, propedeutico alle finalità di erogazione delle risorse, come chiarito dal decreto, avviene ordinariamente entro il 15 marzo di ciascun anno successivo a quello di riferimento.

L'attuale flusso SIAD consente il caricamento dei dati con riferimento alle PIC erogate, comprendenti tutti i livelli dalle cure domiciliari "di livello base" (CIA 0) alle cure domiciliari a elevata intensità (CIA IV e Cure Palliative Domiciliari).

Inoltre, ai sensi dell'articolo 3, comma 5, del citato decreto *"Le regioni e le provincie autonome si impegnano a erogare le prestazioni di cura domiciliare attraverso le organizzazioni pubbliche e accreditate ai sensi dell'art. 8 quater D. lgs. 502 e dell'intesa Stato Regioni 4/8/21"*.

A tal proposito, il Ministero della Salute, mediante riscontri ai quesiti presentati dalle Regioni e Province Autonome in data 22 febbraio 2023 in relazione a specifici articoli della bozza del decreto, trasmessi dal Coordinamento Tecnico Area Assistenza Territoriale in data 17 marzo 2023, ha chiarito che per "organizzazioni accreditate" debbano intendersi, altresì, le strutture private accreditate ai sensi del D. Lgs. n.502 del 1992, art. 8 quater, e dell'Intesa Stato Regioni del 04/08/2021.

Pertanto, la Regione Puglia ha provveduto a dare seguito a quanto previsto dall'Intesa sopra richiamata (Rep. Atti n. 151/CSR), al fine di attivare o adeguare, ai sensi dell'art. 8-ter e dell'art. 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari. Tale condizione, oltre ad essere necessaria ai fini dell'erogazione delle prestazioni a carico del PNRR, risulta essere un requisito essenziale ai sensi del DM 77/2022 nonché adempimento oggetto di verifica da parte del Comitato LEA.

Al fine della compiuta attuazione dell'investimento in argomento, le Regioni hanno dovuto redigere e trasmettere all'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR e ad Agenas un Piano operativo, secondo uno schema specifico, entro la data del 18 aprile 2023.

I Piani operativi sono stati valutati da una Commissione tecnica costituita presso Agenas, composta da componenti di Agenas e del Ministero della salute. La valutazione ha riguardato la conformità della programmazione regionale agli obiettivi dell'investimento definiti dal PNRR e dal Decreto 23 gennaio 2023 e alla normativa vigente sull'assistenza domiciliare. All'esito della valutazione, le Regioni e le Province autonome devono provvedere ad adottare il Piano operativo con specifica delibera regionale entro il 15 maggio 2023.

L'art.3, comma 3 del citato decreto prevede: *"Per il monitoraggio degli obiettivi di cui all'Allegato 1 (incremento totale pazienti over 65 per ciascun anno), rilevati a partire dal 1° febbraio 2020 nel rispetto del meccanismo di funzionamento degli investimenti del PNRR, il Ministero della salute si avvale di Agenas, che verificherà i dati rilevati tramite gli appositi indicatori del flusso ministeriale dedicato all'assistenza domiciliare (SIAD), previa conferma della completezza dei dati da parte della competente Direzione generale del Ministero"*. Agenas, per il monitoraggio degli obiettivi, procederà a elaborare una relazione annuale sulla verifica dei dati di ogni singola Regione e Provincia autonoma che invierà al Ministero della Salute entro il 31 marzo, al fine di consentire l'erogazione delle risorse, come previsto nel decreto, entro il 30 aprile.

Inoltre, al fine di fornire il necessario supporto tecnico operativo alle Regioni e alle Province autonome, Agenas garantirà il monitoraggio dell'andamento degli indicatori in itinere attraverso la reportistica disponibile nella dashboard NSIS relativa all'assistenza domiciliare, che si aggiorna settimanalmente sulla base dei conferimenti del flusso SIAD da parte delle regioni.

Tenuto conto della predetta procedura:

- a) con nota prot. n. r_puglia/AOO_005/PROT/18/04/2023/0003019 il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale ha trasmesso il Piano Operativo dell'Assistenza domiciliare secondo le indicazioni contenute nella circolare emanata dal Ministero della Salute in data 17 marzo 2023;

- b) con nota prot. n. 2023/0004850 del 08/05/2023 l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) ha comunicato l'avvenuta valutazione del predetto Piano Operativo, chiedendo una integrazione in merito alla compilazione del Gantt con le azioni che la Regione intende mettere in atto per il raggiungimento degli obiettivi;
- c) con email dell'08/05/2023 il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale ha trasmesso ad Agenas il Piano Operativo integrato, come da indicazioni ministeriali;
- d) con email del 09/05/2023 Agenas ha espresso parere favorevole sul Piano Operativo, nella versione nella quale sono state recepite le raccomandazioni espresse dalla Commissione tecnica, di cui all'Allegato al presente provvedimento. Agenas ha chiesto, altresì, di procedere all'approvazione del citato Piano entro il 15 maggio p.v.

GARANZIE DI RISERVATEZZA

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., e ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE, qualora tali dati fossero indispensabili per l'adozione dell'atto, essi sono trasferiti in documenti separati, esplicitamente richiamati. Non vi sono adempimenti di pubblicazione e notifica in ottemperanza alla normativa sulla privacy.

Valutazione di impatto di genere

La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere ai sensi della D.G.R. n. 302 del 07/03/2022.

L'impatto di genere stimato è:

- diretto
- indiretto
- neutro

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. n.118/2011 e ss.mm.ii.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio di cui al d.lgs. n. 118/2011.

L'Assessore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. K, propone alla Giunta:

1. di prendere atto del parere favorevole espresso dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) sul Piano Operativo dell'Assistenza Domiciliare - Missione 6 Salute Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub-investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare il Piano Operativo dell'Assistenza Domiciliare - Missione 6 Salute Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub-investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di stabilire che il Dipartimento "Promozione della Salute e del Benessere Animale" e le Aziende Sanitarie Locali diano immediata attuazione al Piano Operativo, di cui al punto 2, al fine di rispettare il target

previsto per l'erogazione del finanziamento e garantire il potenziamento dell'assistenza domiciliare in favore dei cittadini pugliesi;

4. di demandare alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta la notifica del presente provvedimento ai Direttori Generali delle AASSLL e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale nonché al Ministero della Salute e ad Agenas;

5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento e dei relativi allegati sul BURP e sui siti istituzionali.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio affidato è stato espletato nel rispetto della normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dal Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale- Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

La Responsabile P.O.: Isabella CAVALLO

La Dirigente del Servizio SGAT-
Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR: Antonella CAROLI

Il Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta: Mauro NICASTRO

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi del combinato disposto degli artt. 18 e 20 del DPGR n.22/2021.

Il Direttore di Dipartimento Promozione della Salute e
del Benessere Animale: Vito MONTANARO

L'Assessore: Rocco PALESE

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
Viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione;
a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

Di fare propria la relazione dell'Assessore, che qui si intende integralmente riportata e trascritta;

1. di prendere atto del parere favorevole espresso dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) sul Piano Operativo dell'Assistenza Domiciliare - Missione 6 Salute Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub-investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di approvare il Piano Operativo dell'Assistenza Domiciliare - Missione 6 Salute Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub-investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

3. di stabilire che il Dipartimento "Promozione della Salute e del Benessere Animale" e le Aziende Sanitarie Locali diano immediata attuazione al Piano Operativo, di cui al punto 2, al fine di rispettare il target previsto per l'erogazione del finanziamento e garantire il potenziamento dell'assistenza domiciliare in favore dei cittadini pugliesi;

4. di demandare alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta la notifica del presente provvedimento ai Direttori Generali delle AASSLL e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale nonché al Ministero della Salute e ad Agenas;

5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento e dei relativi allegati sul BURP e sui siti istituzionali.

Il Segretario della Giunta
ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta
MICHELE EMILIANO

1. Premesse

La Missione 6 Salute mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, ed è articolata in due Componenti:

- **Componente 1:** Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;
- **Componente 2:** Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La *Componente 1* ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

L'investimento è ricompreso nella linea

- M6C1 1.2.1 "*Casa come primo luogo di cura e Telemedicina*" – sub investimenti

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

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

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

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

Sub-investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare

Action plan

C1 - 1.2.1. Case come primo luogo di cura – Assistenza domiciliare**OBIETTIVO PNRR**

TARGET EU

800.000 nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare

TARGET MASSIMO

Definito a livello nazionale

DESCRIZIONE CID

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

REQUISITI CID TARGET M6 C1 6

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

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

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

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

settembre 2022 sulle Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle linee d'indirizzo per i servizi di telemedicina.

▪ [...]

OBIETTIVI REGIONALI





TARGET REGIONALE **Incrementale: 68.376**
Assoluto: 89.156


IMPORTO ASSEGNATO RRF **251.732.410**

IMPORTO ALTRE FONTI (DL 34/2020 - All.1 DI 23 maggio 2023) **133.837.440**

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Milestone	Pubblicazione in G.U. n. 120 del 24 maggio 2022 delle Linee Guida sul modello digitale Assistenza Domiciliare	T2 2022	
Target	Trasmissione del Piano Operativo	18 aprile 2023	
Target	Trasmissione della delibera di adozione del Piano Operativo	15 maggio 2023	
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione ADI	T2 2023	
Target	Trasmissione dell'atto con cui si attiva/adequa il sistema di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari ai sensi dell'Intesa CSR del 4 agosto 2021	T2 2023	
Target	Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (prima parte) [numero incrementale anno 2022: 20.914; numero assoluto 2022 (baseline 2019+incrementali): 41.694]	T1 2023	
Target	Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (seconda parte) [numero incrementale anno 2023: 42.200; numero assoluto 2023 (baseline 2019+incrementali): 62.980]	T1 2024	
Target	Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (terza parte) [numero incrementale anno 2024: 63.445; numero assoluto 2024 (baseline 2019+incrementali): 84.225]	T1 2025	

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (quarta parte) [numero incrementale anno 2025: 68.376; numero assoluto 2025 (baseline 2019+incrementali): 89.156]	T1 2026	

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

Gantt	2023	2024	2025	2026
Implementazione dei modelli organizzativi dell'assistenza domiciliare in coerenza con gli standard del D.M. 77/2022 e accreditamento erogatori	5%	30%	40%	25%
Rafforzamento e diffusione di modalità innovative per la presa in carico domiciliare. Definizione e implementazione di un nuovo modello organizzativo	5%	30%	40%	25%
Adeguamento Sistemi informativi assistenza domiciliare			dicembre	
Formazione personale su nuovi modelli innovativi		30%	30%	40%
Monitoraggio conseguimento obiettivi e target	dicembre	Marzo – luglio e dicembre	Marzo – luglio e dicembre	Marzo – luglio e dicembre

SPECIFICITÀ REGIONALI PER INVESTIMENTO

Intervento/Azione **	Con riferimento all'azione "Trasmissione della delibera di adozione del Piano Operativo": entro il 15 maggio 2023 sarà trasmessa la delibera in oggetto.
Intervento/Azione **	Con riferimento all'azione "Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione ADI": in data 30/03/2023 è stato richiesto e assegnato il CUP.
Intervento/Azione **	Con riferimento all'azione "Trasmissione dell'atto con cui si attiva/adequa il sistema di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari ai sensi dell'Intesa CSR del 4 agosto 2021", con deliberazione di Giunta n. 1916 del 19/12/2022 è stato approvato lo schema di Regolamento regionale avente ad oggetto la "definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle cure domiciliari necessari ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni n.151/CSR del 04 agosto 2021". Con deliberazione di Giunta regionale n.630 del 08/05/2023 è stato approvato in via definitiva il Regolamento.
Intervento/Azione **	Implementazione dei modelli organizzativi dell'assistenza domiciliare in coerenza con gli standard del D.M. n. 77/2022 e accreditamento erogatori. Il raggiungimento del target percentuale, indicato per le annualità 2023- 2026, si riferisce all'approvazione nel 2023 della deliberazione di Giunta regionale di determinazione del fabbisogno degli erogatori pubblici e privati nonché del relativo accreditamento istituzionale.

Intervento/Azione **	Rafforzamento e diffusione di modalità innovative per la presa in carico domiciliare. Definizione e implementazione di un nuovo modello organizzativo. Il target percentuale si traduce nella approvazione con deliberazione di Giunta regionale del nuovo modello organizzativo e la relativa implementazione negli anni nelle AA.SS.LL. pugliesi.
Intervento/Azione **	Adeguamento Sistemi informativi assistenza domiciliare. Si intende la realizzazione di un sistema informativo per l'assistenza domiciliare, che tenga conto delle specifiche del flusso SIAD e si integri con la progettualità della telemedicina.
Intervento/Azione **	Formazione personale su nuovi modelli innovativi. Il target si riferisce alla definizione nel 2024 di un piano formativo specifico, da approvarsi con deliberazione di Giunta regionale, in favore del personale coinvolto alla erogazione delle prestazioni in ADI.
Intervento/Azione **	Monitoraggio conseguimento obiettivi e target. Si intende il monitoraggio periodico delle attività programmate ai fini del raggiungimento del target PNRR.

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

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Deliberazione di Giunta regionale n. 1916 del 19/12/2022 ad oggetto: "Approvazione schema di Regolamento regionale avente ad oggetto: "Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle cure domiciliari necessari ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni n.151/CSR del 04 agosto 2021.

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art. 25 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a

cui fare riferimento.

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



Mauro
Nicastro
10.05.2023
14:01:47
GMT+01:00
