

DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE  
ASUR  
N. DEL

Oggetto: D.G.R. Marche n. 114/2022. Attuazione del P.N.R.R. - Missione M6C1 - Identificazione dei siti idonei. Approvazione schede AGENAS.

IL DIRETTORE GENERALE  
ASUR

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;  
RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;  
VISTA l'attestazione dei Responsabili della U.O. Supporto Area Dipartimentale Controllo di Gestione e della U.O. Supporto Area Dipartimentale Contabilità Bilancio e Finanza presso l'Area Vasta n. 2, in relazione alla compatibilità economica del presente provvedimento;  
ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ciascuno per quanto di competenza;

- D E T E R M I N A -

1. di prendere atto delle schede predisposte da AGENAS e debitamente compilate dai responsabili del procedimento ed allegate alla presente determina;
2. di approvare le schede redatte dai singoli responsabili del procedimento per ciascun intervento previsto;
3. di dare atto che le schede predisposte sono congruenti con la programmazione prevista dalla Giunta regionale delle Marche con DGR n. 114 del 14/02/2022;
4. di dare mandato ai responsabili del procedimento di provvedere all'invio al referente regionale mediante l'applicativo AGENAS;
5. di dare atto che degli eventuali costi eccedenti il finanziamento PNRR si farà carico l'Azienda, tramite ciascuna Area Vasta interessata all'intervento attingendo dai fondi propri di bilancio come saranno attribuiti dalla Regione Marche negli anni di competenza;
6. di dare atto che dal presente atto non derivano oneri diretti per l'ASUR in quanto trattasi di atto programmatico;
7. di dichiarare che il presente provvedimento non è soggetto al controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione nell'albo pretorio informatico, a norma dell'articolo 28 della Legge Regionale n. 26/1996, come sostituito dall'articolo 1 della Legge Regionale n. 36/2013;
8. di trasmettere il presente provvedimento al Collegio Sindacale, a norma dell'articolo 17 della Legge Regionale n. 26/1996 e sue successive modifiche ed integrazioni;

9. di dare atto, ai fini della repertoriazione nel Sistema Attiweb Salute, sotto la voce "altre tipologie".

Ancona, sede legale ASUR

IL DIRETTORE GENERALE  
(dr.ssa Nadia STORTI)

per i pareri infrascritti

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(dott. Pierluigi GIGLIUCCI)

IL DIRETTORE SANITARIO  
(dr. Remo APPIGNANESI)

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

## NORMATIVA E REGOLAMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- Legge regionale 20.06.2003, n.13 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale";
- Deliberazione Assembleare n.38/2011 - Piano socio sanitario 2012-2014
- Legge regionale 01.08.2011, n. 17 Ulteriori modifiche della Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13: "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale", della Legge regionale 17 luglio 1996, n. 26: "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e modifica della legge regionale 22 novembre 2010, n. 17";
- D.G.R. n.1403/2012 "Individuazione dei Distretti dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale ai sensi dell'art. 30, comma 2, della Legge Regionale 01/08/2011 n. 17";
- D.G.R. n. 735/2013 "Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012";
- D.G.R. n. 452/2014 "Linee guida per l'organizzazione funzionale delle Case della Salute. Approvazione";
- D.G.R. n. 960/2014" Regolamentazione Cure Intermedie. Approvazione"
- Decreto del Ministero della Salute 02.04.2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera."
- D.G.R. n. 541/2015 "Recepimento Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (G.U. Serie Generale n. 127 del 4-6-2015);
- D.G.R. n. 139/2016 "Adeguamento delle Case della Salute tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015. Revisione della DGR 735/2013 e DGR 920/2013 e DGR 1476/2013";
- L.R. n. 21/2016 "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati"
- Regolamento Regionale n. 1/2018 "Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati ai sensi dell'articolo 7, comma 3, della legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati".
- Determina del Direttore Generale ASUR n.469 del 09.08.2018 "D.G.R.M. n. 452/2014 - "Ricognizione, programmazione e sviluppo della rete territoriale delle Case della Salute di tipo A e B" Determinazioni;
- Intesa, ai sensi dell'art. 5, comma 17, del Patto per la Salute 2014-2016 di cui all'intesa del 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'ospedale di Comunità (Rep. Atti n. 17/CSR del 20/02/2020);
- DD.GG.RR. n. 937/2020 e n. 938/2020 nuovi manuali di Autorizzazione delle strutture residenziali e semi-residenziali dell'Area extra ospedaliera;
- Decreto legge 06.05.2021, n. 59, coordinato con la legge di conversione 01.07.2021, n. 101 "Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti";
- Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 15.07.2021 con cui sono state individuate per ciascuno degli investimenti del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) di

competenza del Ministero della Salute, attraverso le schede di progetto, gli obiettivi iniziali, intermedi e finali, nonché le relative modalità di monitoraggio;

- Decreto legge 31.05.2021, n. 77, coordinato con la legge di conversione 29.07.2021, n. 108 "Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure";
  - Decreto del Dirigente del Servizio Sanità n. 13/SAN del 30.07.2021 "PNRR in ambito sanitario - istituzione della cabina di regia e dei gruppi di lavoro tematici"
  - Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 06.08.2021 "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione;
  - Decreto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 15.09.2021 di istituzione dell'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza a titolarità del Ministero della Salute;
  - Decreto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 15.09.2021 di istituzione dell'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza a titolarità del Ministero della Salute;
  - Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sullo schema di decreto del Ministro della salute recante la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano nazionale di Ripresa e resilienza e del Piano per gli Investimenti Complementari, sancita in Conferenza Stato Regione nella seduta del 12/1/2022 (Rep. Atti n. 1/CSR del 12/01/2022);
- DGR Marche n. 114 del 14/02/2022.

## Motivazione

La Deliberazione di Giunta regionale delle Marche n.735/2013 ha ridefinito l'offerta della rete ospedaliera riducendone la frammentazione e riconvertendo i 13 ospedali di polo in strutture sanitarie extra ospedaliere territoriali. Inoltre ha qualificato le Case della Salute come un sistema integrato di servizi distrettuali con diversa articolazione. La nuova organizzazione del network territoriale vede infatti come caposaldo la Casa della Salute che risulta essere la cerniera tra assistenza territoriale, suddivisa in Cure Primarie e Cure Intermedie (cure domiciliari, cure residenziali e semiresidenziali) e il network ospedaliero e l'alta specializzazione.

Successivamente con la Deliberazione di Giunta regionale delle Marche n. 452/2014 sono state approvate le Linee guida organizzative che definiscono i tre livelli crescenti di complessità (bassa, media, alta), previsti nelle Case della Salute e l'articolazione dei servizi che debbono essere presenti. Le Case della Salute sono suddivise in tre tipologie a complessità crescente:

- Tipo A: Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate (bassa complessità);
- Tipo B: Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate e residenzialità (media complessità);
- Tipo C: Casa della Salute di tipo C (alta complessità), tipologia riconosciuta alle 13 piccole strutture ospedaliere riconvertite ai sensi della D.G.R. n. 735/2013.

La Casa della Salute è, infatti, configurata quale sede pubblica dove devono trovare collocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sia sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale, sia sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. L'obiettivo fondamentale è quello di favorire la diffusione di una rete territoriale di strutture che, riunendo in un unico contenitore funzionale le opzioni di offerta di servizi presenti sul territorio, attivi le sinergie operative per rendere autonomo il complesso delle cure primarie, e quindi prioritariamente le Equipe Territoriali della Medicina Generale, nella gestione dei percorsi di diagnosi e cura per le patologie a maggiore impatto epidemiologico.

Infine con la Deliberazione di Giunta regionale delle Marche n. 139/2016 le Case della Salute di Tipo C sono state riconvertite in Ospedali di Comunità (OdC) in coerenza con gli standard qualitativi, strumentali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al D.M. n. 70/2015.

Con Determina della Direzione Generale ASUR n. 469 del 09.08.2018 è stata definita la programmazione territoriale per lo sviluppo e l'implementazione delle Case della Salute di tipo A e B per il triennio 2018-2020 in attuazione a quanto previsto dalla D.G.R. 452/2014.

Il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ed extra ospedalieri rappresenta una delle principali linee di sviluppo tracciate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nella Missione M6 relativa alla Salute e in particolare nella componente 1 M6C 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" con un investimento di circa 7 miliardi di euro.

L'investimento si concentra sul potenziamento e sulla creazione di strutture e presidi che rappresentino il riferimento territoriale per la presa in carico del bisogno di salute dei cittadini.

Nello specifico, il PNRR identifica due tipologie di strutture: le Case della Comunità (CdC) e gli Ospedali di Comunità (OdC).

La Casa della Comunità (CdC), rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale il cittadino può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

Le CdC si connotano come strutture in cui opera un team multidisciplinare di MMG, PLS, medici specialisti, infermieri di comunità e altri professionisti non solo afferenti al sistema sociosanitario ma anche al sistema sociale. La compresenza di questi professionisti, lo sviluppo di un'adeguata struttura informatica che consenta l'interazione tra questi e le altre unità di offerta del sistema sanitario, sociosanitario e sociale, la possibilità di erogare prestazioni di specialistica di primo livello e servizi a supporto dell'utenza fragile (es. Punto Unico di Accesso-PUA, valutazione multidimensionale) rendono la CdC punto di riferimento continuativo e di prossimità per la popolazione, garantendo promozione della salute, prevenzione e presa in carico dei bisogni, come specificato anche dal Tavolo Tecnico Agenas -Regioni nel documento sui "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale".

Gli OdC si configurano come strutture di ricovero di cure intermedie e si collocano tra il ricovero ospedaliero, tipicamente destinato al paziente acuto, e le cure territoriali.

Gli OdC sono quindi strutture sanitarie della rete territoriale dedicate al ricovero breve, secondo gli standard definiti dall'Intesa in sede di Conferenza Stato Regioni n. 17/CSR del 20/02/2020, destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, di norma dotati di un nucleo da 15-20 posti letto (estensibili al massimo fino a 2 nuclei) a gestione prevalentemente infermieristica. Tali strutture possono facilitare la transizione del paziente dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio ma soprattutto possono prevenire l'accesso improprio in strutture di secondo livello.

L'OdC può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali socio-sanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è gerarchicamente sempre riconducibile all'assistenza territoriale distrettuale.

Il PNRR prevede infine di affiancare a Case e Ospedali di Comunità le Centrali Operative Territoriali (COT).

La COT è uno strumento organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e di raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali, attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza urgenza.

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e socio sanitari.

Lo standard regionale minimo descritto nel documento AGENAS "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale" prevede:

- n. 1 Case della Comunità ogni 20.000 abitanti;

- n. 1 Ospedali di Comunità ogni 50.000 abitanti;
- n. 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti.

Il Tavolo Tecnico Agenas -Regioni sui "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale" ha sviluppato delle prime indicazioni in merito ai servizi standard da prevedere nelle CdC definite "HUB" (ossia Case di Comunità che hanno una funzione di riferimento territoriale con ampia dotazione di servizi) e "Spoke" (Case di Comunità di minore dimensione, con servizi di base e collegata alle case HUB).

All'interno delle CdC possono essere ricompresi posti letto di cure intermedie (Ospedali di Comunità e post-acuti) e/o posti letto di hospice e/o servizi di riabilitazione e mantenimento funzionale.

Il Servizio Sanità della Regione Marche con decreto n. 13 del 30/07/2021 "PNRR in ambito sanitario - istituzione della cabina di regia e dei gruppi di lavoro tematici" ha costituito la cabina di regia per l'attuazione del PNRR in ambito sanitario e relativi sottogruppi di lavoro tematici:

PNRR: "Assistenza territoriale", PNR R: "Gruppo tecnico informatico" e PNRR: "Tecnologie sanitarie. Nell'ambito del Gruppo di lavoro PNRR: " Assistenza territoriale " si è deciso di procedere ad una ricognizione degli immobili esistenti, di proprietà ASUR o di proprietà pubblica, già destinati a Case della Salute (CdS di tipo A e B) e degli attuali Ospedali di Comunità (OdC) quali strutture idonee per essere riconvertite in Case della Comunità (CdC) e in Ospedali di Comunità (OdC), secondo gli standard definiti dall'AGENAS nel documento tecnico "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale". Inoltre, si è stabilito di effettuare una ricognizione delle attuali sedi dei Punti Unici di Accesso (PUA) da riconvertire eventualmente in COT, oppure di individuare nuove sedi per la loro realizzazione.

Qualora non vi fossero immobili idonei da ristrutturare, ai fini della loro riconversione, è stata data indicazione all'ASUR di individuare terreni da destinare a nuove costruzioni. Il GdL "Assistenza territoriale" ha fornito criteri e indicazioni generali da seguire per l'individuazione delle sedi, anche in collaborazione con la P.F. Edilizia Sanitaria.

La Direzione Generale ASUR ha coordinato l'attività di ricognizione dei siti con le proprie Aree Vaste, i loro uffici tecnici e i rispettivi distretti. La fattibilità degli interventi sui siti in parola è stata verificata dagli uffici tecnici delle Aree Vaste territorialmente competenti sotto il coordinamento della Direzione Generale ASUR.

L'Azienda Sanitaria Unica regionale ha predisposto la ricognizione con l'individuazione dei siti idonei alla costituzione delle CdC, degli OdC e delle COT, dette proposte sono state sottoposte alla Cabina di Regia del PNRR e ritenute coerenti con le linee guida AGENAS come da verbale della seduta del 16/12/2021.

Sono quindi stati localizzati i siti per l'attivazione delle Case della Comunità, per l'attivazione degli Ospedali di Comunità e per la realizzazione delle COT.

L'AGENAS, ai fini di supportare le Regioni e Province Autonome nella programmazione degli interventi strutturali previsti all'interno della M6C1 del PNRR, ha realizzato una piattaforma informatica destinata al Censimento degli immobili e dei terreni idonei da destinare alla realizzazione di CdC, OdC e COT, pertanto i siti idonei esito della ricognizione sono stati mappati all'interno di tale piattaforma informatica entro il 20 dicembre 2021.

In sede di Conferenza Stato Regione del 12 gennaio 2022 è stata sancita l'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sullo schema di decreto del Ministro della salute recante la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza e del Piano (PNRR) per gli Investimenti Complementari (PNC).

In base a tale intesa le risorse del PNRR e PNC, destinate alla realizzazione di interventi a regia del Ministero della Salute e Soggetti Attuatori le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sono determinate in euro 8.042,960.665,58, di cui 6.592.960.665,58 a valere sul PNRR ed euro 1.450.000.000,00 a valere sul PNC.

Con l'Intesa è stato definito anche il riparto delle risorse a favore dei soggetti attuatori Regioni e Province Autonome.

Alla Regione Marche sono stati assegnati complessivamente euro 70.786.725,87 destinati alla Missione 6 – Componente 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” volti a finanziare i seguenti interventi:

- Intervento 1.1 “Case della Comunità” euro 42.494.802,81 destinato all’attivazione di 29 Case della Comunità;
- Intervento 1.2.2 “Centrali Operative Territoriali (COT), interconnessione aziendale, device ”euro 5.112.939,71 ( di cui 2.596.125 ,00 euro per interventi strutturali; 1.066.071,89 euro per interconnessione aziendale e 1.450.742,83 euro per i device) destinato all’attivazione di 15 COT;
- Intervento 1.3 “Ospedali di Comunità” euro 23.178.983,35 destinato all’attivazione di 9 Ospedali di Comunità.

Entro il 28 febbraio 2022, così come previsto dallo schema di decreto di cui all’intesa in sede di Conferenza Stato Regioni del 12 gennaio 2022, le Regioni e le PP.AA. dovranno perfezionare i Piani Operativi Regionali, comprensivi degli Action Plan e delle Schede Intervento per ciascun o degli interventi della Missione 6 per le componenti 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” e componente 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale”.

L’ Agenas ha predisposto una piattaforma informatica destinata alla compilazione delle Schede Intervento della Missione 6 riferite agli investimenti Case della Comunità (CdC), Centrali Operative Territoriali (COT), Ospedali di Comunità (OdC) previste dalla Component 1, nonché gli interventi previsti per gli Ospedali sicuri e sostenibili, l’Ammodernamento tecnologico – Grandi apparecchiature e l’Ammodernamento tecnologico – Digitalizzazione dei Dea previsti dalla Component 2.

Con nota prot. n. 1600769 del 31/12/2021 il Servizio Sanità ha richiesto ad ASUR l’individuazione dei nominativi dei RUP aziendali referenti per ciascuno degli interventi della componente 1 (CdC, OdC e COT).

Con nota prot. n. 404 del 7/1/2022 ASUR ha trasmesso l’elenco dei RUP Aziendali referenti per la componente 1, hanno provveduto al corretto caricamento delle schede intervento per ciascun sito individuato di cui all’allegato A) al presente atto, entro il 25/02/2022. Tali schede saranno successivamente validate dal livello regionale entro il 28/02/2022.

Per tutto quanto sopra premesso, i RUP come individuati hanno provveduto ad inviare le schede predisposte che vengono allegate al presente atto.

#### ESITO DELL’ISTRUTTORIA

DATO ATTO del percorso istruttorio sopra descritto e le relative circostanze in esso esplicitate che costituiscono presupposto della presente proposta di determina;

SI PROPONE al Direttore Generale di questa Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche di adottare formale provvedimento con il quale si disponga:

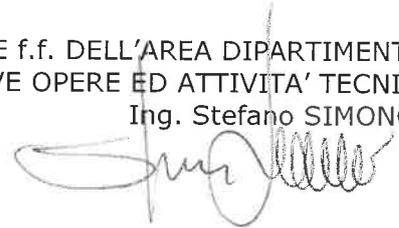
1. di prendere atto delle schede predisposte da AGENAS e debitamente compilate dai responsabili del procedimento ed allegate alla presente determina;
2. di approvare le schede redatte dai singoli responsabili del procedimento per ciascun intervento previsto;
3. di dare atto che le schede predisposte sono congruenti con la programmazione prevista dalla Giunta regionale delle Marche con DGR n. 114 del 14/02/2022;
4. di dare mandato ai responsabili del procedimento di provvedere all’invio al referente regionale mediante l’applicativo AGENAS;

5. di dare atto che degli eventuali costi eccedenti il finanziamento PNRR si farà carico l'Azienda, tramite ciascuna Area Vasta interessata all'intervento attingendo dai fondi propri di bilancio come saranno attribuiti dalla Regione Marche negli anni di competenza;
6. di dare atto che dal presente atto non derivano oneri diretti per l'ASUR in quanto trattasi di atto programmatico;
7. di dichiarare che il presente provvedimento non è soggetto al controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione nell'albo pretorio informatico, a norma dell'articolo 28 della Legge Regionale n. 26/1996, come sostituito dall'articolo 1 della Legge Regionale n. 36/2013;
8. di trasmettere il presente provvedimento al Collegio Sindacale, a norma dell'articolo 17 della Legge Regionale n. 26/1996 e sue successive modifiche ed integrazioni;
9. di dare atto, ai fini della repertoriazione nel Sistema Attiweb Salute, sotto la voce "altre tipologie".

Gli allegati in calce costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Il sottoscritto attesta la regolarità tecnica e la legittimità della presente proposta di provvedimento e ne propone l'adozione al Direttore Generale.

IL DIRETTORE f.f. DELL'AREA DIPARTIMENTALE  
PATRIMONIO, NUOVE OPERE ED ATTIVITA' TECNICHE  
Ing. Stefano SIMONCINI



- ALLEGATI -

- n. 29 schede Case di Comunità
- n. 9 schede Ospedali di Comunità
- n. 15 schede Centrali Operative Territoriali