

ONE HEALTH DIGITAL

PNRR, cosa bisogna fare nella sanità territoriale: focus sulle case della comunità

Home [keyboard_arrow_right](#) Sanità Digitale[f](#) [in](#) [t](#) [e](#) [p](#) [s](#)

Adesso è necessario dare orizzonte e concretezza ai progetti e agli investimenti del PNRR in ambito sanitario, per capire l'impatto del Piano nei territori regionali. Focus sulle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

15 minuti fa

Gabriella Borghi

Cefriel – Esperta in progettazione e gestione progetti di sanità digitale

Loredana Luzzi

Regione Lombardia



I **PNRR** – nelle sue varie declinazioni – occupa dibattiti televisivi, pagine di giornali e convegni, perché rappresenta una grande opportunità sotto il profilo delle risorse disponibili e una grande sfida sul fronte dell'attuazione.

Ma ancora si parla dei progetti in termini troppo generici, quando invece sarebbe necessario scendere più in dettaglio e capire **cosa bisogna fare concretamente**, individuando i passaggi necessari per mettere in cantiere i diversi punti del Piano nei tempi indicati. Soprattutto sarebbe utile delineare il **Piano nella sanità, soprattutto territoriale, secondo l'approccio One Health, partendo dalle Case comunità**.



Sembra quindi opportuno richiamare lo slogan "Pensare globale e agire locale", coniato all'avvio del progetto TeleRegions Sun (Tele-Applications for European Regions) attivo negli anni '90 fra le quattro Regioni note come "i motori d'Europa" (Baden-Wuerttemberg, Lombardia, Rhone-Alpes e Catalogna), proprio per dare orizzonte e concretezza ai progetti e agli investimenti del PNRR, per comprendere l'effetto reale del Piano nell'assistenza sanitaria nei territori regionali.

Indice degli argomenti

PNRR: l'assistenza sanitaria territoriale

Partiamo dalla Missione 6 – Componente 1 – "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'**assistenza sanitaria territoriale**". Gli investimenti di questa Componente (M6C1) valgono 7 miliardi di euro ^[1].

WEBINAR



Il webcast è disponibile

GUARDA

Argomenti

[F](#) fascicolo sanitario elettronico [F](#) formazione [F](#) fse [H](#) health [P](#) PNRR [S](#) sa

Canali

[S](#) Sanità digitaleVodafone
Business **LAB**

Retail Sanità Manufacturing

[keyboard_arrow_left](#) 1 di 4 [keyboa](#)[keyboard_arrow_left](#) 1 di 4 [keyboa](#)[keyboard_arrow_left](#) 1 di 3 [keyboa](#)[in](#)

Articoli correlati



SPONSORED ARTICLE

WHITEPAPER

Quali strategie di sicurezza per l'Industrial IoT? Scopri lo nel white paper scaricabile!

IoT Industria 4.0

Quindi, è molto importante capire, dopo quanto già indicato a livello nazionale, quale potrà essere l'effettivo impatto sui territori regionali, in cui tutto sarà ridisegnato secondo l'approccio **One Health**.

Partiamo dalle **case della comunità**, ricapitolando le principali indicazioni formalizzate nel PNRR e provando ad integrarle con il recente lavori di Agenas sui modelli e gli standard per i servizi territoriali [2].

- 2 miliardi di EURO
 - **Case Comunità (CdC)** Struttura socio sanitaria punto di riferimento continuativo per la popolazione
- Standard**
 - 1 CdC Hub ogni 40.000/50.000 abitanti + CdC spoke indicativamente **1350 CdC HUB**
 - almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti.

- Garantisce, anche mediante modalità di telemedicina:**
- prevenzione e promozione della salute
 - coordinamento presa in carico della cronicità e fragilità
 - valutazione del bisogno della persona e accompagnamento alla risposta;
 - coordinamento con i servizi sanitari territoriali
 - attivazione di percorsi di cura multidisciplinari
 - partecipazione della comunità locale
- Presenza di Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie)**
- In CdC Hub**
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7
 - Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7
 - Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale
 - Servizio di assistenza domiciliare di base

L'attuazione del PNRR è in itinere e sono molti gli interventi normativi che si stanno susseguendo in particolare per quanto riguarda gli importanti temi della governance e dei controlli [3].

Con il Decreto [4] del 6 agosto scorso del ministro dell'Economia sono state assegnate le risorse per l'attuazione degli interventi del PNRR alle singole amministrazioni titolari degli interventi. Fra gli interventi a titolarità del Ministero della Salute, che è responsabile della Componente nel suo complesso, risultano per la Componente C1 i seguenti interventi che dovranno essere attuati attraverso l'Agenas.

Tipologia	Intervento	Importo totale	Di cui Nuovi progetti	Di cui FSC*	Note
Investimento	1.1.Case della Comunità e presa in carico della persona	2.000.000.000,00	500.000.000,00	1.500.000.000,00	Ministero Salute tramite AGENAS
Investimento	1.2. Case come primo luogo di cura e telemedicina	4.000.000.000,00	4.000.000.000,00		Ministero Salute tramite AGENAS
Sub-Investimento	1.2.1.Casa come primo luogo di cura (ADI)	2.720.000.000,00	2.720.000.000,00		Ministero Salute tramite AGENAS
Sub-Investimento	1.2.2.Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT)	280.000.000,00	280.000.000,00		Ministero Salute tramite AGENAS
Sub-Investimento	1.2.3.Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	1.000.000.000,00	1.000.000.000,00		Ministero Salute tramite AGENAS
Investimento	1.3.Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1.000.000.000,00		1.000.000.000,00	Ministero Salute tramite AGENAS
Totale		7.000.000.000,00	4.500.000.000,00	2.500.000.000,00	

* Fondo sviluppo e coesione 2021-27 (FSC), la cui programmazione è stata anticipata inserendola all'interno del PNRR

A tale provvedimento ha fatto poi seguito una **proposta** del ministero della Salute di un primo riparto di risorse fra regioni, pari complessivamente ad oltre 8 miliardi di euro (8.042.960.665 di euro). Il riparto tiene conto, in via generale, della quota di accesso al Fondo sanitario nazionale (Fsn 2021) e il criterio che, ai sensi dall'art. 2, comma 6-bis, del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, prevede che al Mezzogiorno venga destinato almeno il 40% del totale delle risorse.

Regione e PP.AA.	TOTALE
Emilia Romagna	155.333.229,51
Valle d'Aosta	21.553.130,39
Campania	1.127.982.123,49
AB-Romano	414.422.256,94
AA-Trento	99.028.133,63
Lombardia	585.833.899,29
Friuli Venezia Giulia	151.122.287,42
Liguria	191.885.521,46
Abruzzo Molise	250.289.203,80
Piemonte	420.949.305,88
Veneto	226.246.821,28
Marche	128.589.866,25
Lazio	595.539.889,54
Marche	226.970.043,60
Umbria	46.858.821,90
Calabria	488.506.876,87
Apuia	153.122.229,92
Assistenza	89.622.865,25
Capodistretto	151.662.883,61
Basilicata	172.843.322,44
Molise	200.555.755,62
Totale	6.042.960.665,62

La tabella di proposta di riparto del FSN

La nuova Sanità col PNRR: digitale e dati sono i pilastri del futuro

05 Nov 2021

di Maria Teresa Della Mura

Condividi ➤



IL QUADRO COMPLETO

Fascicolo Sanitario Elettronico, cos'è, a che serve e come attivarlo

16 Set 2021

di Anna Francesca Pattaro

Condividi ➤



SMART HEALTH

Oltre la televisita: arriva la regolamentazione nazionale per le prestazioni in telemedicina

21 Gen 2021

di Gabriella Borghi e Loredana Luzzi

Condividi ➤

EGUIDE



Scaricalo gratis!

DOWNLOAD

L'importo destinato a Regione Lombardia rappresenta circa il 15% del totale delle risorse complessive destinate alle Case e agli Ospedali di Comunità e circa il 16,8% di quelle destinate alle Centrali Operative, percentuale coerente con il "peso relativo" dei riparti del FSN.

PNRR, il modello di riferimento per la casa della comunità

Nel testo del PNRR dello scorso gennaio si indicava che l'obiettivo era quello di realizzare, entro il 2026, una casa della comunità ogni 24.500 abitanti, puntando quindi a realizzare 2.564 nuove Case della comunità per prendere in carico 8 milioni circa di pazienti cronici monopatologici e 5 milioni circa di pazienti cronici multipatologici.

Ora si precisa che il modello di riferimento delle case della comunità sarà quello "Hub e Spoke" e si individuano solo le 1.350 CdC Hub, come destinatarie del finanziamento, pari quindi a circa 1,5 milioni di euro, per dar vita a ciascuna di queste strutture.

Agenas, nel suo documento indica un dimensionamento necessario di personale per questo modello organizzativo di casa della comunità Hub:

- 30-35 Mmg afferenti – H12 6 giorni su 7;
- continuità assistenziale notturno e festivi H24 -7gioni su 7;
- 10-15 ambulatori dove 10-20 MMG aderenti svolgono ambulatorio per propri assistiti;
- 12 Infermieri di famiglia e comunità (attività ambulatoriale, triage, valutazione bisogni salute, assistenza domiciliare di base, prevenzione e tele-assistenza);
- 8 unità di personale di supporto (amministrativo e sanitario) per apertura PUA e altri servizi 8-18 per 6 giorni su 7.

Il ruolo del direttore del Distretto sociosanitario

In questa proposta, Agenas attribuisce un ruolo strategico al direttore del Distretto sociosanitario, previsto per circa 100 mila abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

Per tutte queste figure però, attualmente difficili da reperire, si prevede una formazione ad hoc, in quanto sono necessarie competenze aggiuntive, legate ai nuovi ruoli, rispetto alle attuali per cui è indubbiamente necessaria una formazione specifica.

Anche questo aspetto è quindi molto contrastato in quanto richiederebbe una visione più uniforme a livello nazionale per poter dar poi luogo ad applicazioni regionali più mirate.

La telemedicina per i pazienti cronici

Altro sub-investimento (1.2.3.) di rilievo, ma con scadenze meno incombenti è quello relativo alla "telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici". Qui si parla di "almeno un progetto per regione/PA" per il 4 trimestre del 2023 e di "almeno 200 mila persone assistite con la telemedicina" per il 4 trimestre 2025 con risorse complessive pari a un milione di euro.

Si conferma la rilevanza di questi strumenti per i percorsi rivolti in particolare ai pazienti cronici, la necessità di integrazione con l'ecosistema digitale sanitario e in particolare con FSE, quindi di poterne misurare gli esiti per poter incentivare le soluzioni migliori per un loro impiego più esteso nell'ambito del SSN.

Queste indicazioni sembrano essere rivolte a limitare la frammentazione delle risposte ai bisogni sulla base della misurazione degli esiti di cura ottenuti.

I requisiti del Fascicolo sanitario elettronico

Ma per poter far ciò è necessario che anche le soluzioni tecnologiche e informatiche rispondano ad alcuni requisiti documentabili. Le piattaforme sul mercato ormai sono molteplici e non sempre è facile orientarsi¹⁵.

I requisiti delle soluzioni tecnologiche e informatiche del Fascicolo sanitario elettronico evoluto, sono:

- flessibilità;
- robustezza;
- coerenza con il contesto dei sistemi informativi regionali e nazionali;
- possibilità di acquisire dati in formati strutturati;
- standard internazionali che facilitino l'interoperabilità (fast health interoperability resources-FHIR).

Accordo per la teleriabilitazione

In tale contesto in evoluzione è del 18 novembre l'accordo Stato, Regioni, PA del documento "indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie" che sarà un "riferimento unitario nazionale" per un loro corretto inserimento nei processi di "abilitazione e riabilitazione e presa in carico dei pazienti, offerti dal SSN", con tariffazione equivalente alle analoghe prestazioni erogate in presenza.

L'accordo, in analogia alle precedenti "indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in

telemedicina" del 17 dicembre 2020 precisa gli ambiti di applicazione, i requisiti tecnici organizzativi, responsabilità e remunerazione. Un significativo passo congiunto in un ambito in cui è molto rilevante la presenza della componente sanità privata dei sistemi diversamente pluralistici della sanità nelle regioni italiane.

Per dare concretezza a quanto si va delineando verranno utilizzati strumenti della programmazione negoziata per poter rispettare in primis la scadenza del 30 giugno 2022 per la Riforma una "definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale" che abbia come traguardo l'"entrata in vigore del diritto derivato (decreto ministeriale) che prevede la riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria", così come indicato nel DL del 6 agosto 2021.

Per la Componente 1, sempre per il 30 giugno e tramite Agenas, viene posto il traguardo dell'approvazione di un "contratto istituzionale di sviluppo" rispettivamente per i seguenti investimenti:

- case della comunità e presa in carico della persona (1.1.);
- casa come primo luogo di cura (1.2.);
- rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture, ospedali di comunità (1.3.). È previsto come traguardo per l'investimento 1.2., sempre per il 30 giugno, l'"approvazione delle linee guida contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare".

Oltre ad assegnare alle singole amministrazioni le risorse finanziarie per l'attuazione degli interventi di cui sono titolari, il decreto prevede che le amministrazioni coinvolte adottino ogni iniziativa necessaria ad assicurare l'efficace e corretto utilizzo di tali risorse e la tempestiva realizzazione degli interventi, secondo il cronoprogramma previsto dal PNRR.

Si comincia quindi ad intravedere il percorso che porterà le Regioni, anche attraverso le proprie aziende, ad essere responsabili dell'esecuzione e della gestione degli investimenti, si delineano le azioni di monitoraggio e verifica nonché quelle da attuarsi in caso di inadempienza di quanto normato.

Alcune decisioni quindi sono già formalizzate, come quelle del DL del 6 agosto, mentre almeno altre tre sono in itinere, seppur con tempi diversi:

- la bozza di riforma di modelli e standard di Agenas, il così detto DM71;
- la prima ripartizione di risorse alle Regioni e PA già inviata alla commissione sanità della conferenza Stato Regioni e qui richiamata;
- un accordo collettivo nazionale per i MMG che possa per esempio valorizzare il ruolo del MMG, costituitosi in aggregazione funzionale territoriale (AFT) o altre opzioni che diano concretezza operativa alla riforma della rete territoriale, questa con tempi e difficoltà maggiori.

La revisione del sistema sociosanitario della Regione Lombardia e il PNRR

In Regione Lombardia inoltre è in atto la revisione della Legge Regionale n. 23/2015 ^[6] in considerazione del carattere sperimentale previsto per un periodo di cinque anni dell'articolazione in Ats e Asst.

È quindi ora in Consiglio regionale la proposta di progetto di legge n°187 recante "modifiche al Titolo I e al Titolo VII della Legge Regionale 30 dicembre 2009, N. 33 (Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità)" che dovrebbe essere approvata a breve. Le opposizioni hanno chiesto ed ottenuto una "maratona" che consenta loro di spiegare i numerosi emendamenti proposti.

Nel frattempo con DGR n°XI/5373 ^[7] sono state individuate le strutture idonee di proprietà del Ssr

come possibili case della comunità (in numero di 115 su un totale di 203 CdC Hub da realizzare) o ospedali di comunità (in numero di 53 su un totale di 60 previsti) e si sono incaricate le Ats di definire i progetti di fattibilità tecnico-economica ^[8] degli interventi necessari che dovranno essere inviati a Regione entro il 1 dicembre e da questa approvati entro il 31 dicembre. In ogni Ats si prevede l'attivazione graduale e progressiva di almeno due case della comunità e di un ospedale di comunità.

Il territorio dell'Ats della montagna

Ora portiamo l'attenzione sul territorio dell'Ats della montagna che comprende 168 Comuni appartenenti alle province di Como, Sondrio e Brescia con una popolazione complessiva di 338 mila abitanti, sulla base degli standard PNRR che prevedono almeno una casa della comunità Hub ogni 40 mila-50 mila abitanti, dovrebbero quindi essere individuate 7/8 case della comunità Hub nel suo territorio.

La DGR XI/5373 individua le seguenti otto strutture esistenti che quindi dovrebbero poter rispondere alle esigenze indicate.

[REDACTED]

ATS Montagna	CdC n°	OdC con CdC n°	OdC n°
ASST della Valcamonica	3	1	1
ASST della Valtellina e dell'Alto Lario	5	1	3
Totale	8	2	4

Il territorio dell'Ats della montagna

Anche i cinque distretti attuali (Distretto di Bormio/Tirano; di Sondrio; di Chiavenna/Morbegno; di Dongo/Menaggio; e di Breno) sono coerenti con quanto previsto come dimensionamento del

"distretto sociosanitario".

La valorizzazione della telemedicina

I nuovi strumenti di medio-lungo periodo offerti dal PNRR potranno valorizzare i percorsi di collaborazione volti ad attivare collaborazioni e anche l'utilizzo di strumenti di telemedicina avviati con il progetto Telemaco, già a partire dal 2006, o quelli volti al reale governo delle reti sanitarie e sociali presenti, come già avviato con il più recente progetto Arnica (rete integrata di cura e assistenza dal 2017). In tal senso potrebbero trovare terreno locale fertile le iniziative di community building ^[9] a tutela della salute intesa in senso ampio.

Il PNRR e il cambiamento delle esigenze socio sanitarie

Il tema della community building, oggetto di recenti riflessioni da parte dell'Università Bocconi e della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, è certamente interessante per stabilizzare e rendere condivisi gli interventi, ma soprattutto fa comprendere come sia importante fornire attenzione alle relazioni fra le persone come cambio di prospettiva verso il valore delle reti sociali, formali e informali, presenti nei territori.

Si deve anche considerare che le esigenze socio sanitarie sono cambiate e sono più complesse, anche perché, per esempio, le malattie croniche sono sempre più correlate agli stili di vita e alla demografia di un territorio.

Si dovrebbe poi facilitare l'evoluzione del processo di integrazione dei sistemi informativi territoriali per la presa in carico del soggetto cronico/fragile inquadrando in una cornice evolutiva regionale/nazionale che garantisca a tutti i cittadini una base di servizi facilmente accessibili e che consentano e facilitino l'assistenza sanitaria anche a livello europeo.

Per esempio, la piattaforma gestionale di telemedicina, studiata in Arnica, è stata pensata per essere integrata nel contesto della nuova piattaforma regionale di integrazione (Npri), in uso alle Asst del territorio e individuata come lo strumento a supporto degli attori coinvolti nel processo di gestione della presa in carico.

Si tratta in ogni caso di una tematica in forte evoluzione che risentirà oltre che della "prova sul campo", ancora sperimentale e parziale, anche delle decisioni che su questi aspetti verranno assunte a livello nazionale e regionale.

Tuttavia, è necessario non ripartire da capo ogni volta e tenere in considerazione le esperienze positive che si sono create, anche con fatica, in tutti questi anni per non commettere poi gli stessi errori.

Ad esempio, nel progetto Arnica sono state attuate esperienze anche nei confronti della cartella informatizzata sociosanitaria e del diario clinico e quindi l'auspicio è quello che siano valutate e che trovino una loro collocazione e valorizzazione nel ridisegno in atto della sanità lombarda.

La soluzione, denominata presa in carico territoriale (PIC-T), integrata nativamente alla piattaforma regionale di integrazione è utilizzata dalle Asst per supportare il medico nell'attività clinica e per garantire l'allineamento delle informazioni di patrimonio aziendale con le funzioni tipiche della presa in carico, quali, ad esempio, l'archiviazione del Pai (Piano di assistenza individuale) nel Repository aziendale. Anche tale soluzione andrà valutata e fatta evolvere in modo sinergico agli assestamenti organizzativi e tecnologici in corso.

Il ruolo delle farmacie

In questa analisi territoriale non va dimenticato il ruolo che hanno svolto e sempre più svolgeranno le farmacie, come presidi socio-sanitari diffusi capillarmente sul territorio e spesso molto vicini e sostitutivi di informazioni e servizi per il cittadino.

La farmacia dei servizi, già prefigurata nel 2009 dall'art.11 della legge n. 69/2009, che ha fornito il quadro legislativo in base al quale le farmacie possono erogare nuovi servizi

nell'ambito del SSN, si è sviluppata come compiti nei decreti legislativi successivi e ha fornito un prezioso contributo durante la pandemia.

Il suo crescente presidio del territorio dovrà ancora evolvere in particolare verso un ruolo di operatore sanitario, già molto organizzato digitalmente, con attenzione per la prevenzione e per una maggiore aderenza terapeutica dei cittadini. La mancata aderenza alle terapie ^[10] sembra essere un punto tuttora molto critico nei percorsi di cura in particolare per la cronicità.

Conclusioni

In ultimo una doverosa riflessione ed un confronto fra i diversi approcci e le diverse indicazioni, in tema di PNRR, che troviamo fra Miur (ministero dell'Università e della Ricerca) e ministero della salute.

Da una parte l'art. 117 della Costituzione che ha sancito la sanità come materia e "legislazione concorrente", ponendo il tema del rapporto, della negoziazione, dei contrapposti interessi, continua a pervadere ed in qualche modo a logorare la sanità; dall'altra è evidente come sembra esserci, in questo settore, una rinuncia a priori, alla competitività e alla ricerca di costruzioni di alleanze fra diversi soggetti e territori.

Il ministero della Salute, infatti, non ha preso in considerazione la metodologia messa in campo dal Miur sulla missione 4: **linee guida operative al fine di dare indicazioni puntuali propedeutiche alla pubblicazione di bandi competitivi per l'assegnazione dei finanziamenti. Il ministero della Salute, invece, in questa fase, si è limitato a riproporre schemi di "riparto di risorse" sulla scorta di vecchi criteri**, salvo l'obbligo di destinare una quota significativa alle regioni del Sud.

Forse un'analisi ulteriore e la disponibilità di strumenti di assegnazione di risorse in modo competitivo potrebbero stimolare aggregazioni, consorzi, collaborazioni e partnership, anche fra regioni del Nord e del Sud verso un comune obiettivo di messa in atto di strumenti, tecnologie e procedure volte a garantire i migliori livelli di assistenza sanitaria e socio-sanitaria possibile per tutta la popolazione italiana.

Servirebbero infatti comuni obiettivi trasversali, in tema di innovazione e sviluppo digitale, da applicare alle missioni del PNRR che riguardano transizione digitale, ricerca, sanità e servizi sociali. ■

Note

1. Dossier XVIII Legislatura- Schede di Lettura-Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza -27 maggio 2021-Servizio Studio Senato della Repubblica e Servizio Studi Camera dei Deputati -p.278. ↑
2. Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale -bozza. ↑
3. DL 6/5/2021 n°59 "Misure urgenti Fondo complementare a PNRR e altre misure urgenti per investimenti"; DL 31/5/2021 n°77 "Governance del PNRR e prime misure rafforzamento strutture amministrative"; DL 9/6/2021 n°80 "Rafforzamento capacità amministrativa delle PA funzionale all'attuazione del PNRR". ↑
4. Decreto 6/8/2021 "Assegnazione risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi per il PNRR e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione- G.U. 24/09/2021 serie generale n.229. ↑
5. A methodological approach for an objective comparison of telemedicine platforms – Abstract Congresso Nazionale SIT 2021 – Anna Ghidotti, Anna Savoldelli, Andrea Vitali – Università degli Studi di Bergamo; Francesco Bonometti, Palmira Bernocchi, Simonetta Scalvini, Gabriella Borghi – ICS Maugeri Lumezzane. ↑
6. l.r. Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23 "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)". ↑
7. DGR n°XI/5373 dell'11/10/2021 "Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – missione 6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – Definizione del quadro programmatico e approvazione della fase n. 1: identificazione delle strutture idonee di Proprietà del servizio socio sanitario regionale". ↑
8. Sui contenuti precisi della fattibilità tecnico economica si rimanda al codice degli appalti senza alcun commento sui tempi e sulle professionalità effettivamente disponibili, almeno per quanto riguarda le strutture pubbliche. ↑
9. Community Building: logiche e strumenti di management. Comunità, reti sociali e salute. A cura di Francesco Longo e Sara Barsanti, Egea, 2021, pag.205. ↑
10. S.Scalvini, P.Bernocchi, S.Villa, A.M.Paganoni, M.T.La Rovere, M.Frigerio, Treatment prescription, adherence, and persistence after the first hospitalization for heart failure: a population-based retrospective study on 100785 patients, International Journal of Cardiology, February 2021. ↑

★ QUIZ

Industry4.0 e la nuova sfida organizzativa alla vigilia del PNRR




 IoT  Industria 4.0



@RIPRODUZIONE RISERVATA

Articolo 1 di 4

[Home](#)
[Chi siamo](#)
[Contatti](#)
[Privacy](#)

Seguiaci    About Autori Tags Rss Feed Privacy Cookie Cookie Center

NetworkDigital360 è il più grande network in Italia di testate e portali B2B dedicati ai temi della Trasformazione Digitale e dell'Innovazione Imprenditoriale. Ha la missione di diffondere la cultura digitale e imprenditoriale nelle imprese e pubbliche amministrazioni italiane.

TUTTE LE TESTATE

Applicazioni e Tecnologie

AI4Business
 Bigdata4Innovation
 Big Data & Analytics ZeroUno
 Blockchain4Innovation
 Cloud Computing ZeroUno
 Cybersecurity CorCom
 Cybersecurity360
 Documenti AgendaDigitale.eu
 eCommerce AgendaDigitale.eu
 ESG360
 Fatturazione AgendaDigitale.eu
 Industria 4.0 CorCom
 Industria 4.0 AgendaDigitale.eu
 Infrastrutture AgendaDigitale.eu
 Industry4Business
 Internet4Things
 PagamentiDigitali
 RiskManagement360
 Searchdatacenter ZeroUno
 Searchsecurity ZeroUno
 Sicurezza AgendaDigitale.eu
 Smart City AgendaDigitale.eu
 Smart Mobility EconomyUp

Digital Transformation

AgendaDigitale.eu
 Corcom
 Digital4Executive
 Digital4PMI
 TechCompany360
 Zerouno

Funzioni di Business

Digital4Finance
 Digital4HR
 Digital4Legal
 Digital4Marketing
 Digital4Procurement
 Digital4SupplyChain
 Procurement AgendaDigitale.eu

PA

Cittadinanza AgendaDigitale.eu
 ForumPA
 PA Digitale CorCom
 Sanità AgendaDigitale.eu
 Scuola AgendaDigitale.eu

Industry

Agrifood.tech
 AutomotiveUp
 BankingUp
 EnergyUp
 HealthTech360
 Industry4Business
 Innovation Post
 InsuranceUp
 Media CorCom
 Proptech360
 RetailUp
 Sanità AgendaDigitale.eu
 Scuola AgendaDigitale.eu
 Telco CorCom
 Turismo AgendaDigitale.eu

Startup e Open Innovation

Economyup
 StartUp AgendaDigitale.eu
 Startupbusiness

Studenti

University2business

Indirizzo

Via Copernico, 38
 Milano - Italia
 CAP 20125

Contatti

info@digital360.it

ICT&Strategy S.r.l. - Gruppo DIGITAL360 - Codice fiscale 05710080960 - P.IVA 05710080960 - © 2021 ICT&Strategy. ALL RIGHTS RESERVED

[Mappa del sito](#)