

	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
DIREZIONE CENTRALE SALUTE, POLITICHE SOCIALI E DISABILITÀ	
tel + 39 040 377 5551 fax + 39 040 377 5523	salute@certregione.fvg.it salute@regione.fvg.it I - 34124 Trieste, riva Nazario Sauro 8

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE

- PIANO DI ASSISTENZA TERRITORIALE -

(art 1 Decreto-Legge 19 maggio 2020 n. 34, coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020 n. 77)

SOMMARIO

ACRONIMI UTILIZZATI.....	3
PREMESSA.....	4
OBIETTIVI DEL PIANO.....	5
CONTESTO NORMATIVO REGIONALE.....	6
L'ASSISTENZA TERRITORIALE DURANTE L'EMERGENZA COVID.....	8
L'ASSISTENZA DOMICILIARE	8
LE USCA.....	9
POTENZIAMENTO DELLE USCA	10
Infermiere di Comunità	10
Assistenti Sociali	12
Psicologo.....	12
CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)	13
RUOLO DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE.....	13
STRUTTURE DI PROSSIMITÀ-SPERIMENTAZIONE	14
Sperimentazioni di "Abitare inclusivo" (abitare possibile e domiciliarità innovativa)	14
1.Sperimentazioni di "Abitare inclusivo" (abitare possibile e domiciliarità innovativa)	14
2.Sperimentazioni nei servizi per le persone con disabilità	15
3.Sperimentazione Strutture residenziali per anziani "Aperte" al territorio	15
LA SORVEGLIANZA DELLA CIRCOLAZIONE DI SARS-CoV-2.....	16
Sorveglianza attiva e monitoraggio nelle Strutture Residenziali per non autosufficienti.....	17
La riorganizzazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione	19
RETE DEI LABORATORI DI MICROBIOLOGIA PER LA DIAGNOSI DI INFEZIONE DA SARS-COV-2	20
Flusso dei dati.....	20
RISORSE	20

ACRONIMI UTILIZZATI

ASFO	Azienda Sanitaria Friuli Occidentale
ASUFC	Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
ASUGI	Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
CRO	Centro di Riferimento Oncologico
DPT	Dipartimento
ETS	Enti Terzo Settore
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
MCA	Medici di continuità assistenziale
MMG	Medici di medicina generale
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
PLS	Pediatri di libera scelta
RSA	Residenze sanitarie assistite
SSR	Servizio Sanitario Regionale
USCA	Unità speciali di continuità assistenziale

PREMESSA

L'emergenza sanitaria ha messo in evidenza e accentuato il bisogno di una presa in carico globale e multidimensionale delle persone, in particolar modo quando riconducibili a situazioni di fragilità. Appare di primaria importanza rendere maggiormente efficaci le strategie e i modelli di risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza domiciliare conseguente sia agli esiti dell'emergenza epidemiologica, ma anche al graduale riavvio delle attività ordinarie di assistenza territoriale, nonché al significativo rallentamento della capacità di risposta delle strutture residenziali, in particolare di quelle destinate all'accoglimento di anziani non autosufficienti.

L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha inoltre enfatizzato la debolezza dell'architettura dell'assetto organizzativo e del sistema di regolazione delle interdipendenze tra i diversi attori della rete dei servizi (sia formali che informali) coinvolti nei diversi livelli e nelle diverse dimensioni della presa in carico, sia sanitaria, sociosanitaria, sociale e socioassistenziale.

In questo contesto si rende necessario dare avvio a un percorso di potenziamento ed innovazione dei servizi territoriali e dei sistemi di presa in carico, in coerenza con quanto previsto dalla LR 22/2019, nonché procedere ad un rafforzamento e potenziamento dell'assistenza domiciliare per tutti i soggetti fragili, anche al fine di perseguire e rilanciare l'obiettivo strategico regionale di prevenire e ridurre l'istituzionalizzazione e favorire la permanenza delle persone nel proprio contesto di vita.

A tal fine, le Aziende sanitarie dovranno provvedere a pianificare ed attuare le strategie e le azioni previste dal presente piano che è stato redatto in applicazione dell'art.1 della Legge n°77/2020 di conversione del DL 34/2020 e che descrive le azioni intraprese e programmate per l'anno 2020 per potenziare e riorganizzare l'assistenza territoriale nella Regione FVG.

L'articolo 1 della Legge n°77/2020 di conversione del DL 34/2020 detta le **disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale**; l'obiettivo generale da perseguire è l'organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio nelle Residenze sanitarie assistite (RSA) e nelle altre strutture residenziali e al domicilio dei soggetti positivi al SARS-CoV-2 e di soggetti fragili.

Le azioni previste dovranno essere orientate a garantire:

- (*art. 1 comma 1-bis, 1-ter, 1-quater*) - La costituzione della Rete dei laboratori di microbiologia per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, individuando i laboratori dotati di idonei requisiti infrastrutturali e di adeguate competenze specialistiche del personale addetto, a copertura dei fabbisogni di prestazioni generati dall'emergenza epidemiologica. A tale scopo, la regione FVG, sulla base delle indicazioni tecniche fornite dal Ministero della salute, identificherà un laboratorio pubblico di riferimento regionale che opererà in collegamento con l'Istituto superiore di sanità e individuerà, con compiti di coordinamento a livello regionale, ai fini dell'accreditamento, i laboratori pubblici e privati operanti nel territorio di riferimento, in possesso dei requisiti prescritti. I laboratori di microbiologia individuati hanno l'obbligo di trasmettere i referti positivi dei test molecolari per infezione da SARS-CoV-2 al dipartimento di prevenzione territorialmente competente. La regione FVG, ricevuti i dati relativi ai casi positivi in tal modo riscontrati, li trasmette all'Istituto superiore di sanità, mediante la piattaforma istituita ai fini della sorveglianza integrata del COVID-19, ai sensi dell'articolo 1 dell'ordinanza del capo del Dipartimento della protezione civile 27 febbraio 2020, n. 640.
- (*art. 1 comma 2*) – La Regione FVG identifica ulteriori strutture (beni immobili) da destinare temporaneamente all'isolamento delle persone contagiate da SARS-CoV-2, qualora si rendesse necessario sulla base delle evidenze epidemiologiche può stipulare a tal fine accordi con strutture ricettive alberghiere o di altra natura con analoghe caratteristiche di idoneità allo scopo entro e non oltre il 31/12/2020.
- (*art. 1 comma 3*) – Le Aziende Sanitarie del FVG garantiscono l'assistenza domiciliare alle persone contagiate da SARS-CoV-2, anche se ospitate presso strutture ricettive alberghiere o di altra natura, garantendo adeguato supporto sanitario per il monitoraggio e l'assistenza dei pazienti, nonché il supporto per le attività logistiche di ristorazione e di erogazione dei servizi essenziali, con effetti fino al 31 dicembre 2020.
- (*art. 1 comma 4*) – La Regione FVG, al fine di garantire il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure in favore dei soggetti contagiati identificati attraverso le attività di monitoraggio del rischio sanitario, nonché di tutte le persone fragili la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso, ha incrementato le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare, sia con l'obiettivo di assicurare le accresciute attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza epidemiologica, sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o sottoposti a quarantena nonché per 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.

- (art. 1 comma 4bis) – La Regione FVG partecipa e promuove la sperimentazione, nel biennio 2020-2021, di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro.
- (art. 1 comma 5) – La Regione FVG, al fine di ulteriormente rafforzare l'assistenza territoriale, valuterà l'introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità in progettualità di supporto alle USCA tenuto conto anche dell'evoluzione epidemiologica regionale fino ad un tetto massimo di 8 infermieri ogni 50.000 abitanti.
- (art. 1 comma 6, 7 e 7bis) – La Regione FVG, tenuto conto anche dell'evoluzione epidemiologica regionale, valuterà il potenziamento delle USCA con l'introduzione di nuove professionalità al fine di aumentarne la funzionalità e l'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari territoriali.
- (art. 1 comma 8) – La Regione FVG provvederà all'attivazione della/e centrale/i operativa/e regionali, con funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.

OBIETTIVI DEL PIANO

Sulla base di quanto descritto in premessa il presente piano di assistenza territoriale esplicita azioni e obiettivi connessi alla pandemia COVID-19 per l'anno in corso e per l'anno 2021 nell'ottica del rafforzamento dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2.

Gli obiettivi specifici che dovranno essere perseguiti a livello regionale sono:

- rafforzare ed integrare il sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2, dei casi confermati e dei loro contatti al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus;
- assicurare una presa in carico precoce dei pazienti:
 - contagiati;
 - in isolamento domiciliare obbligatorio;
 - dimessi o paucisintomatici non ricoverati;
 - in isolamento fiduciario.

Il presente piano contiene le misure di identificazione e gestione dei contatti, di organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale nonché con le Unità speciali di continuità assistenziale, indirizzate a un monitoraggio costante e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell'isolamento e del trattamento.

Il piano prevede inoltre le attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture residenziali, con la collaborazione e la consulenza di medici specialisti in relazione alle esigenze di salute delle persone assistite.

Con il presente piano si intende anche dare maggior impulso alle sperimentazioni di screening della popolazione anziana fragile condotte a livello regionale al fine di anticipare la loro presa in carico. Ci si riferisce in particolare all'intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità denominato PRISMA 7, il cui intento è quello di individuare le persone anziane in condizione di fragilità non conosciute dai servizi e di realizzare in loro favore interventi di presa in carico "leggera" e anticipata rispetto al momento in cui il bisogno diventa domanda espressa. Al fine di potenziare questo intervento, particolare attenzione andrà posta al coinvolgimento e alla valorizzazione delle molte realtà di volontariato e di privato sociale che operano in questo campo. Il progetto, infatti, è chiaramente orientato a costruire un concreto sistema di protezione delle persone anziane fragili, basato sulla capacità di integrare l'intervento

dei servizi formali con la valorizzazione delle reti informali, di prossimità e di gratuità che le comunità sanno ancora esprimere.

Sempre nell'ambito degli interventi finalizzati alla prevenzione e alla presa in carico anticipata, la Regione intende anche sviluppare le potenzialità del sistema ACG (*Adjusted Clinical Groups*) di cui si è recentemente dotata. Tale strumento, che consente di misurare, analizzare e gestire la salute delle persone con patologie croniche e in condizione di fragilità, può dare uno straordinario impulso a quella che viene definita "medicina d'iniziativa". Nel modello assistenziale proposto, le questioni inerenti la gestione delle malattie croniche vengono affrontate in maniera proattiva, invitando le persone a sottoporsi ai controlli e offrendo loro un insieme di interventi personalizzati che, iniziando prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si aggravi, possono curarla nel corso degli anni e rallentarne l'evoluzione.

PIANO DI ASSISTENZA TERRITORIALE

CONTESTO NORMATIVO REGIONALE

La Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 "Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006",

- all'art. 3 (**Il modello assistenziale**) indica che *...Il Servizio sanitario regionale attiva modalità organizzative innovative di presa in carico, basate sulla proattività e sulla medicina di iniziativa in grado di integrare le forme di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi che assicurano l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale, sia ospedaliera che territoriali.*;
- all'art. 4 (**Integrazione e assistenza sociosanitaria**) indica che *... "Il sistema regionale dei servizi sanitari e quello dei servizi sociali concorrono congiuntamente, in forma strutturata, a garantire la risposta appropriata ai bisogni complessi di salute della persona" e che "La Regione garantisce percorsi assistenziali integrati alle persone con bisogni complessi attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali per migliorare o mantenere il proprio stato di salute, con riguardo alle aree relative ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie, nonché alle persone non autosufficienti e in condizione di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, alle persone affette da patologie con indicazione di cure palliative, alle persone con disabilità, ai minori con disturbo in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, alle persone con disturbo mentale e alle persone con dipendenza patologica"*;
- all'art. 5 (**Presa in carico integrata**) indica che *... "Alle persone con bisogni complessi ... è garantita la presa in carico integrata da parte dei servizi sanitari e sociali competenti. Le pratiche di presa in carico integrata sono uniformi sul territorio regionale e sono organizzate per area di bisogno e con riguardo alle diverse fasi del processo di presa in carico, in particolare considerando i seguenti aspetti:*
 - a) *ruolo degli attori istituzionali e non istituzionali coinvolti;*
 - b) *modalità di regolazione delle interdipendenze tra gli attori;*
 - c) *metodologie e strumenti professionali e gestionali da applicare, con particolare riguardo alle componenti della valutazione del bisogno, della costruzione del progetto personalizzato ... e delle risorse dedicate;*
 - d) *articolazione della tipologia di percorso in rapporto al profilo di bisogno e alla rete dei servizi e delle opportunità disponibili.*;
- all'art. 7 (**Valutazione multidimensionale dei bisogni**) indica che *... "Il bisogno terapeutico, riabilitativo e assistenziale della persona è valutato in tutte le sue dimensioni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, con esplorazione allargata alle risorse e alle preferenze personali, familiari e di coloro che si prendono cura dell'assistito, nonché in considerazione delle opportunità offerte dal contesto di vita della persona. La valutazione multidimensionale delle persone con bisogni complessi è effettuata da apposita equipe costituita da tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale e con il coinvolgimento della persona, della sua famiglia e di coloro che si prendono cura dell'assistito. La valutazione multidimensionale è effettuata con modalità, procedure e strumenti che esitano nell'individuazione del profilo di bisogno in relazione all'intensità dei sostegni"*;

- all'art. 10 (**Partenariato pubblico con enti del Terzo settore**) indica che ... "Ferma restando la titolarità pubblica della presa in carico integrata, l'organizzazione e la gestione dei servizi e degli interventi entro i percorsi assistenziali integrati è aperta a forme di partenariato pubblico con enti del Terzo settore, sulla base di specifiche progettualità elaborate dagli enti del Servizio sanitario regionale in rapporto di collaborazione con il Servizio sociale dei Comuni territorialmente competente e con gli altri soggetti pubblici e gli enti del Terzo settore coinvolti"
- all'art. 11 (**Promozione dell'innovazione**) indica che ... "La Regione promuove la sperimentazione di progettualità per nuovi modelli di servizio informati a sistemi relazionali fra gli attori che alimentino processi di qualità dei percorsi assistenziali integrati"
- all'art. 19 (**Cure domiciliari**) indica che ... "Il Servizio sanitario regionale, nell'ambito delle attività, dei servizi e delle prestazioni erogabili a livello di assistenza distrettuale, assicura percorsi assistenziali a domicilio consistenti in un insieme organizzato di trattamenti al fine di stabilizzare il quadro clinico della persona, promuovere l'autonomia e il recupero funzionale e migliorarne la qualità della vita. I percorsi assistenziali a domicilio ... si basano su:
 - a. l'infermiere e il fisioterapista di famiglia e di comunità che operano in collaborazione con il medico di medicina generale (MMG) o il pediatra di libera scelta, responsabili clinici dell'assistenza, e le altre figure professionali;
 - b. la formazione e il sostegno organizzativo dei familiari;
 - c. la condivisione delle informazioni attraverso una gestione informatizzata dei processi e percorsi di presa in carico, anche attraverso la telemedicina quale strumento per garantire il monitoraggio assistenziale domiciliare.

L'assistenza domiciliare viene assicurata anche in caso di bisogni complessi ...L'organizzazione delle attività e dei servizi per l'erogazione delle cure domiciliari deve rispondere ai criteri di prossimità, di continuità e di integrazione con le risorse presenti nelle comunità servite secondo i principi dell'assistenza primaria orientata alla comunità".

L'assistenza territoriale "primaria" è assicurata attraverso le funzioni distrettuali, mediante le prestazioni di assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare, la specialistica ambulatoriale e l'assistenza semiresidenziale e residenziale.

L'assistenza domiciliare rientra tra i livelli essenziali di assistenza definiti dalle norme nazionali. La Regione FVG ha sviluppato questo servizio a livello distrettuale e, in coordinamento con i MMG, vengono erogate a domicilio prestazioni infermieristiche e riabilitative.

In ogni distretto della Regione è garantita un'offerta per 12 ore nei giorni feriali e, con poche eccezioni, anche nei giorni prefestivi e festivi.

Il target di utenza è costituito prevalentemente da soggetti anziani che necessitano di varie forme di assistenza: dai prelievi di sangue a domicilio, alla gestione delle lesioni da pressione o di un apparecchio respiratore automatico, al completamento di una riabilitazione psicomotoria dopo un danno cerebrale.

La programmazione regionale orienta questa attività sempre più alla gestione di casi complessi e alla "presa in carico" del soggetto, superando un'ottica prevalentemente "prestazionale" in cui il professionista (MMG, infermiere, riabilitatore, ...) si limita ad eseguire la prestazione sanitaria.

In quest'ottica va visto anche il complesso programma di integrazione dei servizi sanitari distrettuali e non, con quelli sociali dei Comuni che, nei casi con bisogni complessi, realizzano un intervento ad alta integrazione sociosanitaria con regole precise.

In diverse aziende sanitarie della Regione, negli anni, sono stati sperimentati modelli organizzativi innovativi per garantire la presenza di operatori sanitari sul territorio: tra cui:

- apertura degli ambulatori infermieristici nei comuni più decentrati per garantire un punto di contatto tra la popolazione e il sistema sociosanitario;
- forme di infermiere di comunità;
- mappatura dei bisogni e presa in carico precoce (progetto Nonos dell'ASS5);
- forme sperimentali di attività per microaree (2-3 mila abitanti) in cui l'infermiere presidia la situazione sociosanitaria di un quartiere svolgendo un ruolo di "advocacy" nei confronti dei servizi (rif. progetto microaree Azienda per i servizi sanitari di Trieste).

L'ASSISTENZA TERRITORIALE DURANTE L'EMERGENZA COVID

Durante l'emergenza COVID la Regione FVG ha potenziato l'offerta dei servizi territoriali in coerenza con le norme regionali precedentemente citate, la normativa nazionale emanata, il contesto epidemiologico locale.

Le azioni implementate hanno coinvolto la Rete dei laboratori per la diagnostica molecolare da SARS-Cov-2, i Dipartimenti di prevenzione e l'assistenza domiciliare ai fini del loro potenziamento, i medici di medicina generale (MMG) per la gestione integrata con le USCA, la continuità assistenziale.

In particolare:

- per garantire la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitavano di ricovero ospedaliero, nel corso della fase 1 dell'emergenza la Regione FVG ha emanato, specifiche indicazioni operative e gestionali per la presa in carico e la sorveglianza territoriale dei soggetti con sospetto o con positività al SARS-Cov-2:
 - nelle Strutture residenziali per anziani
 - nelle Strutture per la disabilità;
 - nei servizi residenziali per minori fuori famiglia;
 - nei Servizi residenziali per persone con dipendenze
 - nei Servizi per la Salute mentale
- per un approccio omogeneo su tutto il territorio regionale sono stati sviluppati documenti/indicazioni operative per l'intero sistema dell'assistenza territoriale (link sito regione FVG:

<https://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/salute-sociale/promozione-salute-prevenzione/FOGLIA101/>

Conseguentemente, le Aziende Sanitarie della Regione, hanno definito ulteriori protocolli e percorsi interni per la presa in carico dei soggetti fragili.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Il governo dell'assistenza territoriale è garantito dalla Rete dei servizi di assistenza sanitaria primaria che assicura l'erogazione del livello essenziale di assistenza distrettuale. Il distretto costituisce il livello privilegiato per coinvolgere in modo strutturato i cittadini, anche mediante le organizzazioni dei rappresentati, con la finalità di aumentare la consapevolezza, la responsabilità e il controllo della salute individuale e della comunità, mediante:

- la condivisione del profilo epidemiologico di salute della comunità;
- la partecipazione alla programmazione e al monitoraggio dei percorsi assistenziali delle patologie prevalenti;
- la valutazione dei risultati in tema di esito e di processo dei percorsi assistenziali.

Il distretto è l'articolazione dell'Azienda per l'assistenza sanitaria preposto ad assicurare una risposta unitaria, coordinata e continua ai bisogni della comunità. A tal fine persegue l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, sociosanitari nonché con i Servizi sociali dei Comuni, così come disciplinati dalla legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale). L'integrazione è riferita, in particolare, all'ambito istituzionale, professionale, sociale e sanitario, con particolare riferimento alle seguenti aree di intervento:

- anziani;
- persone con disabilità;
- salute mentale;
- dipendenze;
- materno-infantile.

L'attività delle professioni sanitarie nel distretto è svolta in *équipe* multiprofessionale con la finalità di privilegiare la centralità della persona, nel rispetto dell'autonomia prevista dalla legge 251/2000 e dalla legge regionale 10/2007, in coordinamento con le altre professioni sanitarie.

L'art.1, comma 4, del DL 34/2020 fa riferimento al potenziamento dell'assistenza integrata territoriale – ADI, con la finalità di intensificare le prestazioni domiciliari diminuendo contestualmente il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate. Per garantire il potenziamento dell'assistenza domiciliare è prevista la possibilità di avvalersi alternativamente di personale dipendente o di collaborazioni esterne quali strumenti necessari a:

- assicurare le attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza epidemiologica;
- garantire il massimo livello di assistenza in favore dei pazienti in isolamento domiciliare o quarantenati, identificati attraverso le attività di monitoraggio;

- rafforzare i servizi di assistenza domiciliare per tutti i soggetti fragili le cui condizioni risultano aggravate dall'emergenza in corso, ovvero per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, bisognosi di cure palliative/terapia del dolore e in generale per le situazioni di fragilità.

Le risorse stanziare per l'assunzione di personale, finanziano le acquisizioni effettuate nel 2020, con la previsione che tale onere si manifesterà anche negli anni 2021 e seguenti.

LE USCA

La Regione con nota prot. N. 7318 di data 16/03/2020 ha dato mandato alle Aziende Sanitarie di costituire le **Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)** in applicazione dell'articolo 8 del DL 9 marzo 2020, n. 14 recante *"Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19"*.

Le Aziende Sanitarie hanno determinato il numero e la dislocazione delle USCA sulla base di una programmazione che ha tenuto conto della casistica ovvero del bisogno di assistenza domiciliare sul territorio di propria competenza e dei criteri e indicazioni seguenti:

- a) il numero di unità da attivare in riferimento allo standard di abitanti è da considerare indicativo ed è direttamente proporzionale alla situazione della diffusione del virus sul territorio regionale così come l'individuazione delle sedi delle USCA;
- b) tenuto conto delle indicazioni degli organi competenti in materia di tutela delle condizioni di sicurezza sanitaria del personale coinvolto, ogni USCA è costituita di norma da un numero di medici pari a quelli già attivi nella sede di continuità assistenziale prescelta o da un numero congruo rispetto alla casistica; le Aziende sanitarie possono valutare, in relazione alla necessità di sorveglianza, l'integrazione delle unità con personale di supporto;
- c) possono far parte dell'USCA: i medici titolari o supplenti di continuità assistenziale; i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale; in via residuale, i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza;
- d) per il reclutamento dei medici, di cui al comma 1 dell'articolo del 8 DL 14/2020, per le USCA, anche in ragione dell'urgenza di conferire gli incarichi, l'Azienda può procedere: mediante chiamata diretta, mediante pubblicazione di avviso aziendale di disponibilità, mediante scorrimento delle graduatorie aziendali per incarichi a tempo determinato (con priorità per quella del settore di Continuità Assistenziale/graduatoria regionale dei medici di medicina generale)
- e) ai sensi dell'articolo 13 del DL 14/2020, ai medici facenti parte delle USCA non si applicano le disposizioni previste dagli ACN e dalle normative nazionali ed europee in tema di limiti massimi di orario;
- f) per i medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale, tutte le ore di attività erogate nell'ambito delle USCA dovranno essere considerate a tutti gli effetti quali attività pratiche, da computarsi nel monte ore complessivo, previsto dall'articolo 26, comma 1, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368;
- g) ai medici in formazione specifica di medicina generale facenti parte delle USCA non si procede alla sospensione della borsa di studio;

La programmazione delle USCA ha quindi seguito un percorso di costituzione e progressiva attivazione in rapporto alla situazione epidemiologica locale in modo da garantire una risposta flessibile ed articolata sulla base delle esigenze della popolazione di riferimento. Ogni azienda ha prodotto un proprio piano per il potenziamento del servizio di continuità assistenziale con le USCA, garantendo però in modo uniforme una assistenza di 12 ore die 7 giorni su 7.

L'organizzazione delle attività dei medici delle USCA è stata garantita dai Distretti; il suddetto personale ha operato e opera in collaborazione con il personale medico e infermieristico dei Distretti, dei Dipartimenti di prevenzione, il personale medico della continuità assistenziale e dell'emergenza-urgenza, il personale delle strutture residenziali per anziani e delle Strutture di Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri.

Fin dal loro avvio le USCA hanno operato in stretta sinergia e collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione garantendo l'assistenza, il monitoraggio e la sorveglianza dei pazienti affetti da COVID-19 sia al domicilio sia presso le RSA e le Residenze per anziani e per disabili.

Ogni Unità è tenuta a redigere apposita rendicontazione trimestrale da inviare alla Regione a cura dell'Azienda sanitaria di competenza. Di seguito, in tabella 1, si riportano alcuni dati sulle USCA attivate in Regione.

Tabella 1. Distribuzione delle USCA per Aziende e dati attività.

AZIENDE SANITARIE	N. USCA	Sedi	N° Medici tot.	GG/SETT. N.	ORE/DIE N.
Az. Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI)	3	Presso le sedi dei servizi SCA: Trieste - Ospedale Maggiore Gorizia Monfalcone	n. 4 Medici per il turno mattutino (8.00 - 14.00); n. 4 Medici per il turno pomeridiano (14.00 - 20.00)	7/7	12:00
Az. Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC)	9	Distretti Est (6) e Ovest (7) area Bassa Friulana Distretti di Udine, Tarcento, Cividale, Codroipo, S, Daniele e Gemona, Tolmezzo	n. 2 medici per turno di 6 ore con progressiva implementazione su valutazione distrettuale	7/7	12:00
Az. Sanitaria Ospedaliera Friuli Occidentale (ASFO)	6	USCA 1 – Pordenone USCA 2 – Sacile USCA 3 – Maniago USCA 4 – Azzano X USCA 5 – S. Vito Tagliamento USCA 6 – Spilimbergo	n. 1 – 2 medici per turno di 6 ore con progressiva implementazione su valutazione distrettuale	7/7	12:00
TOTALE	18				

POTENZIAMENTO DELLE USCA

Il modello di attivazione e potenziamento delle USCA nel FVG prevede una stretta correlazione tra bisogni della popolazione ed evoluzione epidemica locale. Tale modello deve anche però prevedere un potenziamento stabile dei servizi territoriali attraverso un incremento delle risorse umane da assegnare ai distretti per la presa in carico territoriale dei soggetti fragili e dei soggetti positivi al SARS-Cov-2.

Il percorso, fino al 31 dicembre 2020, prevede un progressivo rafforzamento dell'organico dell'assistenza territoriale con possibilità nel contempo di poter attivare rapidamente le USCA necessarie in caso di recrudescenza del fenomeno epidemico.

Il rafforzamento dell'offerta assistenziale territoriale deve necessariamente prevedere la disponibilità di equipe multidisciplinari, ricomprendendo, come peraltro citato anche dall'art. 1 del DL 34/2020, anche medici specialisti ambulatoriali, infermieri di comunità, assistenti sociali e psicologi.

L'imprevedibilità attuale dell'andamento epidemico non consente una programmazione precisa delle esigenze proiettate al 31/12/2020 e pertanto una rendicontazione precisa potrà essere fatta solo a consuntivo 2020, in coerenza a quanto previsto dall'Allegato B della legge di conversione 17 luglio 2020 n. 77 sulla ripartizione della spesa personale territoriale anno 2020.

Infermiere di Comunità

L'art. 1, comma 5, del DL 34/2020 prevede il potenziamento dell'assistenza infermieristica sul territorio introducendo la figura dell'infermiere di famiglia/comunità con il duplice obiettivo di:

- accrescere l'assistenza domiciliare e la sorveglianza attiva per i pazienti SARS-CoV-2 anche coadiuvando le USCA e i Dipartimenti di prevenzione nelle funzioni di sorveglianza e monitoraggio dei soggetti positivi, isolati e cronici;
- rafforzare l'assistenza ai soggetti fragili e cronici, anche attraverso la collaborazione con i medici di medicina generale e la riduzione del carico di prestazioni e servizi ambulatoriali.

Le Aziende Sanitarie possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, ricorrere a forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate

In alcune realtà sanitarie regionali la figura dell'infermiere di famiglia/comunità è presente con un ruolo ben codificato all'interno del team territoriale mentre in altre realtà le funzioni specifiche sono garantite dall'intero team infermieristico.

Questo professionista risponde ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento (distretto) non erogando solo assistenza, ma attivandola e stabilendo con le persone e le comunità rapporti affettivi, emotivi e legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico.

L'infermiere di famiglia e comunità svolge attività trasversali per accrescere l'integrazione e l'attivazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le risorse sul territorio utili a risolvere i problemi legati ai bisogni di salute; è un professionista che insieme ad altre figure professionali forma la rete integrata territoriale, prende in carico in modo autonomo la famiglia, la collettività e il singolo. Ha un ruolo anche proattivo per promuovere salute, educazione sanitaria per la persona sana e la famiglia e la comunità.

L'art. 1 del DL 34 indica che questa figura deve essere inserita a livello territoriale per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti SARS-CoV-2 anche coadiuvando le USCA e i Dipartimenti di prevenzione nelle funzioni di sorveglianza e monitoraggio dei soggetti positivi, isolati e cronici.

La norma stabilisce il fabbisogno di infermieri considerando 8 unità ogni 50.000 abitanti (in tabella 2 il fabbisogno calcolato per il FVG), in linea con quanto previsto per l'USCA; tale dotazione consente di garantire la copertura del servizio dalle ore 8 alle ore 20 per cinque giorni settimanali.

Tabella 2. dati regionali attuali (popolazione suddivisa per azienda e fabbisogno di infermieri)

Aziende Sanitarie	Distribuzione Popolazione FVG/Aziende (fonte ISTAT 2019)	Fabbisogno Infermieri di Famiglia/Comunità L 77/2020 (N)
ASUFC	526.256	84
ASUGI	372.482	59
ASFO	312.619	50
Totale	1.211.357	193

Per l'anno **2020**, ai fini della quantificazione degli oneri derivanti dal reclutamento degli infermieri di famiglia/comunità, è stato considerato un compenso lordo orario pari ad € 30 per 7 ore al giorno che produce un costo unitario settimanale di € 1.050 (v. tabella 3 per stima dei costi anno 2020).

Tabella 3: Fabbisogno di infermieri di famiglia e finanziamento per 2020

Aziende Sanitarie	Distribuzione Popolazione FVG/Aziende (fonte ISTAT 2019)	Fabbisogno Infermieri di Famiglia/Comunità (N)	Stima costi anno 2020 (settembre-dicembre 16 settimane)
ASUFC	526.256	84	1.411.200,00
ASUGI	372.482	59	991.200,00
ASFO	312.619	50	840.000,00
Totale	1.211.357	193	3.242.400,00

Per l'anno **2021**, si introduce la possibilità di procedere al reclutamento di infermieri, attraverso assunzioni a tempo indeterminato, ad un costo unitario annuale di € 50.000; il finanziamento ripartito per la Regione FVG per il mantenimento dei 193 infermieri eventualmente acquisiti nel corso del 2020 per il potenziamento territoriale è pari a € **9.650.000,00** (v. tabella 4 con stime dei costi suddivisi per Azienda).

Tabella 4: Finanziamento per infermiere di famiglia anno 2021

Aziende Sanitarie	Infermieri di Famiglia/Comunità ev. acquisiti nel 2020 (N)	Costi (€)
ASUFC	84	4.200.000,00
ASUGI	59	2.950.000,00
ASFO	50	2.500.000,00
Totale	193	9.650.000,00 €

Assistenti Sociali

L'art.1, comma 7, prevede la possibilità di integrare le USCA con la figura dell'Assistente Sociale cui è affidata la valutazione degli aspetti sociali e socioassistenziali derivanti dalla condizione di positività dei pazienti. Tale professionista, che lavora in collaborazione con il personale medico ed infermieristico, garantisce la valutazione della quota sociale e socioassistenziale del bisogno del paziente e del suo nucleo familiare, in integrazione con la valutazione operata dai professionisti sanitari.

L'Assistente Sociale è una figura centrale di riferimento del cittadino nell'orientamento ai servizi erogati da diversi Enti e lo accompagna nella rete di relazioni per la risoluzione di problemi sociali e sociosanitari.

Le attività dell'Assistente Sociale, in collegamento all'USCA e ai servizi distrettuali, sono molteplici e possono comprendere funzioni di segretariato sociale (informazione, orientamento e consulenza professionale per l'accesso ai servizi sociosanitari, sociali e socio-educativi del territorio), attività di tutela giuridica per l'impossibilità di provvedere ai propri interessi, lavoro di rete per la presa in carico breve in situazione di emergenza.

Il fabbisogno stimato è di 1 assistente sociale ogni 2 USCA, con un impegno orario di 24 ore settimanali (*costo unitario settimanale/ASS. Sociale € 720,00=€ 30 x 24 ore settimanali*); in tabella 5 il fabbisogno e la stima dei costi per l'anno 2020.

Tabella 5. Fabbisogno Assistenti Sociali e stima dei costi per l'anno 2020.

Aziende Sanitarie	Distribuzione Popolazione FVG/Aziende (fonte ISTAT 2019)	Fabbisogno Assistenti Sociali (N)	Stima dei costi anno 2020 (settembre-dicembre 16 settimane)
ASUFC	526.256	5,26	60.595,00
ASUGI	372.482	3,72	42.854,00
ASFO	312.619	3,12	35.942,00
Totale	1.211.357	12.1	139.391,00

Psicologo

L'emergenza Covid-19 e le misure restrittive a cui la popolazione è stata sottoposta hanno acuito molti disagi psicosociali già esistenti. Il supporto degli psicologi completa l'approccio multidisciplinare dei team distrettuali e delle USCA e consente una completa presa in carico degli assistiti.

Il comma 7-bis dell'art.1 prevede, a supporto delle USCA, la possibilità di reclutare psicologi fino al 31.12.2021 mediante ricorso ad incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, anche in deroga all'art.7 del d.lgs. 165/2001, purché nel rispetto dei tetti di spesa del personale del SSN.

A tali professionisti è demandata la gestione delle implicazioni psicologiche e dei bisogni delle persone conseguenti alla pandemia di COVID-19.

Il fabbisogno stimato è di 1 psicologo ogni 2 USCA, con un impegno orario di 24 ore settimanali (v. tabella 6 per fabbisogno regionale).

Tabella 6. Fabbisogno Psicologi anno 2020.

Aziende Sanitarie	Distribuzione Popolazione FVG/Aziende (fonte ISTAT 2019)	Fabbisogno Psicologi (N)
ASUFC	526.256	5,26
ASUGI	372.482	3,72
ASFO	312.619	3,12
TOTALE	1.211.357	12.1

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)

Con la DGR 2039 del 2015 la Regione ha previsto la presenza della Centrale operativa territoriale (COT) inquadrata come **“Centrale operativa dell’assistenza primaria”**: al punto 7.1 dell’allegato alla DGR citata viene precisato che “... è previsto che ogni Azienda per l’assistenza sanitaria si doti della Centrale operativa dell’assistenza primaria con funzione di identificazione dei bisogni di salute e assistenziali e di integrazione tra i servizi distrettuali, di prevenzione, ospedalieri e i Servizi sociali dei Comuni, con lo scopo di assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale della popolazione servita”.

Per la continuità assistenziale la COT si avvale anche degli strumenti di telemedicina che stanno assumendo un ruolo centrale, se associati ad una reale presa in carico socio-sanitaria, nell’ottica di favorire la riduzione dei giorni di ricovero e l’ottimizzazione dell’uso delle risorse.

La telemedicina consente di monitorare a distanza le condizioni del paziente e di intervenire con tempestività per prevenire l’acutizzazione della patologia. Inoltre la telemedicina produce con continuità una considerevole quantità di informazioni che il COT, con gli opportuni strumenti di *business analytics*, può esaminare per valutare:

- le condizioni sanitarie dei pazienti,
- l’adesione dei pazienti alle indicazioni fornite
- la revisione della terapia
- la frequenza degli interventi a domicilio

Nella tabella 7 seguente sono riportati gli elementi necessari all’attivazione della COT con il finanziamento previsto come da DL 34/2020.

Tabella 7. Elementi e finanziamento per attivazione COT

Elementi necessari all’attivazione della COT	Fabbisogno (N)	Fondi assegnati per attivazione Centrale	Fondi assegnati 2021
Personale piattaforma <ul style="list-style-type: none">• Infermieri• Tecnici specializzati• amministrativi	10 10 5	1.125.000,00	1.125.000,00
Infrastrutture		1.500.000,00	<i>Stima dei costi per la manutenzione dell’infrastruttura, della tecnologia da calcolare</i>
Apparecchiature		345.500,00	
Manutenzione			
Costi una tantum			
TOTALE		2.970.500,00	

RUOLO DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE

Nell’ambito del presente Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale regionale si rileva il ruolo degli Enti del Terzo Settore (ETS) che, attraverso sinergie con gli Enti del SSR contribuiranno al raggiungimento dei risultati di salute.

Nel concreto la Direzione centrale salute politiche sociali e disabilità ha promosso una cornice di collaborazione tra ETS ed Enti del SSR attraverso misure economiche di incentivazione a favore degli ETS.

La Direzione ha, altresì, individuato, in coerenza con la programmazione strategica sanitaria, sociosanitaria e sociale regionale, determinate aree di intervento in cui il ruolo degli ETS è ritenuto di grande rilevanza per il raggiungimento dei risultati di salute. In generale è posta particolare attenzione alle attività di supporto ai *care-giver* e agli interventi di facilitazione nell’ambito dei percorsi assistenziali a favore delle persone, in particolare fragili e con comorbidità.

Più ampiamente le sinergie e le attività di supporto possono essere individuate nelle seguenti aree:

- Promozione della salute, invecchiamento attivo e contrasto alla solitudine;
- Tutela e diritti degli utenti e facilitazione percorsi assistenziali a favore degli utenti;
- Disabilità e vita indipendente;
- Sostegno e supporto ai *care-giver*;

- Supporto e assistenza ai percorsi delle persone in età evolutiva che necessitano di cure e ai loro familiari e *care-giver*;
- Autismo, rafforzamento dei percorsi terapeutico riabilitativi e del supporto ai *care-giver* in ogni *setting*, con particolare attenzione al domicilio;
- Salute mentale e dipendenze;
- Prevenzione oncologica nelle diverse forme e modalità, attività di supporto ai percorsi di cura, di riabilitazione e assistenza dei pazienti oncologici anche con riferimento alle patologie della prostata e del seno;
- Supporto ai percorsi di cure palliative nei diversi *setting* assistenziali;
- Trasporti non emergenziali delle persone fragili e anziane non autosufficienti per l'accesso a prestazioni sanitarie;
- Malattie rare;
- Supporto agli interventi di inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

In questo contesto gli Enti del SSR intervengono in qualità di Collaboratori nell'ambito dei Progetti e/o delle Iniziative presentati dagli Enti del Terzo settore alla DCSPSD per l'accesso a dette misure di incentivazione. In particolare le Aziende assicureranno che le progettualità presentate dagli ETS siano in linea con le aree di intervento individuate e comunque congrue con gli obiettivi di programmazione territoriale.

Una particolare rilevanza sarà data agli interventi di supporto da parte degli ETS nell'ambito del potenziamento delle USCA. In questo campo il ruolo del Terzo settore può favorire gli interventi di prevenzione e di gestione delle situazioni a rischio, supportare dal punto di vista logistico l'operato di Medici di Medicina generale e Dipartimenti di prevenzione, nonché rivestire un ruolo importante in azioni di monitoraggio della popolazione fragile. In considerazione della rilevanza di questo ruolo di supporto vanno individuati, nella rete assistenziale territoriale, opportuni meccanismi di coordinamento.

STRUTTURE DI PROSSIMITÀ-SPERIMENTAZIONE

L'articolo 1 del D.L. 34/2020, al comma 4-bis, prevede che il Ministero della salute, sulla base di un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, coordini la sperimentazione, per il biennio 2020-2021, di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro. Il suddetto comma prevede inoltre che i progetti proposti debbano prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favorendo la domiciliarità anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute.

A tal riguardo, la Regione intende promuovere e sviluppare la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi, sia nell'ambito dei servizi per le persone con disabilità che nell'area della non autosufficienza, che siano in linea con i principi enunciati dal suddetto decreto. Rientrano nell'ambito di tale azione gli interventi di seguito descritti.

SPERIMENTAZIONI DI "ABITARE INCLUSIVO" (ABITARE POSSIBILE E DOMICILIARITÀ INNOVATIVA)

1. Sperimentazioni di "Abitare inclusivo" (abitare possibile e domiciliarità innovativa)

Nell'ambito degli interventi promossi dalla Regione per incentivare la domiciliarità e prevenire l'istituzionalizzazione delle persone fragili rientrano le cosiddette sperimentazioni di "Abitare inclusivo". Tali sperimentazioni perseguono la finalità di contribuire a ridurre e prevenire l'istituzionalizzazione attraverso la realizzazione di soluzioni abitative innovative, sia sul piano strutturale che sul piano gestionale organizzativo, che siano integrate nel contesto comunitario e in grado di riprodurre quanto più possibile l'ambiente familiare, offrendo una reale alternativa alle forme di residenzialità classicamente intese.

I primi indirizzi regionali vengono forniti con la DGR n. 671 del 14 aprile 2015 "Linee guida per le sperimentazioni Abitare possibile e Domiciliarità innovativa", con la quale vengono definiti principi e le modalità di attuazione delle sperimentazioni, nonché le forme di sostegno regionale per la loro realizzazione. Tali indirizzi sono stati aggiornati con DGR 2089/2017 e, successivamente, con DGR 1625/2019, con la quale si è provveduto in particolare ad implementare gli indirizzi per la conduzione delle sperimentazioni alla luce della DGR 1624/2019 che ha introdotto e definito l'utilizzo del budget di salute quale strumento a sostegno dei progetti personalizzati rivolti alle persone anziane non autosufficienti coinvolte nelle sperimentazioni di abitare inclusivo.

I temi al centro della sperimentazione sono:

- la centralità della persona e la personalizzazione degli interventi;
- i contesti abitativi assimilabili alla propria casa e l'accessibilità ai normali ambienti di vita anche attraverso l'utilizzo di tecnologie domotiche e assistenziali finalizzate al loro adattamento;
- i modelli gestionali innovativi, basati sulla coproduzione, in grado di coniugare in modo sinergico tutte le risorse, sia pubbliche e che private, attivabili nei contesti territoriali;
- le nuove forme di rapporto pubblico-privato in grado di favorire il protagonismo delle famiglie e delle comunità nei sistemi di welfare locali e il ruolo dei servizi di cura domiciliare.

Ad oggi, le sperimentazioni radicate nel territorio e favorite dalle politiche regionali, sono ormai alcune decine: si contano in regione 12 sperimentazioni di Abitare possibile e 13 esperienze di Domiciliarità innovativa destinate in particolare alle persone adulte con disabilità.

2.Sperimentazioni nei servizi per le persone con disabilità

Con la recente DGR 1134 del 24 luglio 2020, la Regione ha approvato, in attuazione a quanto previsto dall'articolo 20 bis della LR 41/1996, le linee guida per la sperimentazione di percorsi innovativi nel sistema regionale dei servizi per le persone con disabilità.

Il preciso obiettivo assunto dalla regione attraverso questo atto è quello di promuovere, mediante indirizzi il più possibile facilitanti, un nuovo modo di pensare, progettare e assicurare risposte appropriate alle persone con disabilità, facendo leva sulla capacità degli attori pubblici e privati del sistema regionale dei servizi di cooperare in partenariato per massimizzare la qualità dell'offerta e l'efficacia d'impiego delle risorse.

L'asse portante delle sperimentazioni è la centralità della persona e del suo progetto di vita, che postula personalizzazione della risposta e valorizzazione dei contesti relazionali abilitanti, da potersi e doversi sostenere esplorando le inedite possibilità che può offrire la mobilitazione integrata delle risorse istituzionali e della comunità civile, nelle sue articolazioni della dimensione familiare, comunitaria e dell'apporto del Terzo settore.

Le linee guida prevedono che le sperimentazioni si sviluppino a seguito della definizione di proposte progettuali che, in linea con le previsioni della legge regionale 22/2019 in materia di presa in carico integrata, dovranno essere incentrati sulla valutazione multidimensionale, la progettazione personalizzata e il budget di salute. Sul versante della *governance*, le proposte dovranno invece caratterizzarsi per il ricorso a nuove forme di regolazione dei rapporti tra Ente Pubblico e soggetti del Terzo settore, non più basata sulla logica cline-fornitore, ma improntata a criteri di co-progettazione e co-gestione in cui gli apporti delle realtà *no profit* vengano valorizzati e "incorporati".

3.Sperimentazione Strutture residenziali per anziani "Aperte" al territorio

L'emergenza sanitaria e le misure adottate per contenere il rischio di diffusione dell'epidemia hanno di fatto comportato una riduzione e, in alcuni casi, una sospensione degli accoglimenti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani. Tali limitazioni, seppur allentate, rischiano di protrarsi oltre il periodo dell'emergenza in atto, anche alla luce della necessità di prevedere all'interno delle residenze per anziani apposite aree destinate all'isolamento degli ospiti (spazi per "quarantene" e spazi per isolamento casi sospetti), con conseguenti pesanti ricadute sia in termini di sostenibilità economica dei servizi, che in termini di capacità di risposta dei servizi stessi ai bisogni degli anziani non autosufficienza e delle loro famiglie.

È evidente che le imprescindibili cautele da adottare a tutela della salute di coloro che accedono ai suddetti servizi, così come i bisogni e le esigenze emersi a seguito dell'emergenza COVID-19 richiedono ai servizi stessi cambiamenti per adattarsi al nuovo contesto creatosi.

In questo senso, l'emergenza sanitaria in atto può diventare un'importante occasione per sperimentare nuove forme di presa in carico orientate al mantenimento della persona anziana al proprio domicilio in cui gli enti gestori di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani possono diventare protagonisti dell'assistenza domiciliare. Si tratta di ripensare i modelli organizzativi e gestionale dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani, nell'ottica di una loro maggior apertura verso il territorio, quali presidi o centri multiservizi attivi a livello territoriale e in grado di dare risposte diversificate e personalizzate ai bisogni della popolazione anziana, anche attraverso interventi sanitari e socio-sanitarie erogati al domicilio e non solo in ambito residenziale o semiresidenziali.

In questa ottica, è obiettivo regionale promuovere la sperimentazione di nuovi modelli assistenziali denominati "Residenze aperte" che prevedono la possibilità per i servizi semiresidenziali e residenziali per anziani presenti sul territorio e già autorizzati all'esercizio di trasformarsi da "strutture fisiche" a luoghi aperti al territorio e integrati con le comunità locali, in grado di rispondere in modo sinergico, flessibile e capillare ai bisogni degli anziani e delle famiglie che devono gestire situazioni di non autosufficienza a domicilio, provvedendo ad erogare ulteriori servizi e prestazioni, anche a domicilio, finalizzati a mantenere la persona a domicilio e sostenere i *cargiver* nelle loro funzioni.

A tale scopo, la Regione FVG provvederà alla formulazione di apposite linee di indirizzo per l'avvio di tali sperimentazioni, definendo destinatari, requisiti, tipologie di prestazioni erogabili nell'ambito della sperimentazione e relative modalità di finanziamento.

LA SORVEGLIANZA DELLA CIRCOLAZIONE DI SARS-CoV-2

Premesso che il 30 gennaio 2020 l'OMS ha dichiarato la diffusione del SARS-COV-2 una emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale e il giorno 11 marzo il passaggio da epidemia a pandemia, i Dipartimenti di Prevenzione della Regione, che già erano parte attiva nella gestione dei primi casi di COVID-19, dal 12 marzo hanno provveduto a rimodulare le attività di tutti i servizi sospendendo gran parte delle prestazioni di routine per potenziare le attività di contrasto alla epidemia ricollocando la maggior parte delle risorse a svolgere i compiti emergenti definiti anche a livello regionale e costituendo una sezione COVID19.

Le principali linee di lavoro della sezione COVID19 attuate al fine di contenere la diffusione epidemica nella popolazione, hanno riguardato in particolar modo:

- l'inchiesta epidemiologica rivolta ai casi ed ai contatti stretti al fine di:
 - Istituire l'isolamento per i casi e la quarantena per i contatti, la sorveglianza attiva quotidiana di tutti i soggetti per tutto il periodo di isolamento/quarantena
 - Programmare ed eseguire il test diagnostico con tampone nasofaringeo (TNF) presso le sedi dipartimentali allestendo appositi spazi, percorsi organizzativi e logistici, sia per accertare la malattia sia per la certificazione di negatività degli stessi a fine isolamento/quarantena. Collaborare con la direzione aziendale e con il medico competente, per l'esecuzione dei TNF agli operatori sanitari. Comunicare l'esito agli interessati.
 - Collaborazione con i direttori delle strutture residenziali sociosanitarie, delle strutture penitenziarie, di "comunità fragili" e dei distretti allo scopo di valutare l'adeguatezza della possibilità di effettuare un efficace isolamento dei sospetti/casi e la conseguente creazione di percorsi atti a garantire la separazione tra aree "pulite" e "sporche". Per garantire adeguate misure contumaciali, qualora non possibili nelle strutture, sono stati creati percorsi dedicati per garantire il trasferimento di soggetti positivi.
- La gestione della comunicazione rivolta a:
 - cittadini con l'attivazione di linee telefoniche dedicate per ogni sede distrettuale dei Dipartimenti di Prevenzione.
 - MMG per la gestione degli assistiti sintomatici, la segnalazione dei casi sospetti positivi e le disposizioni di isolamento e quarantena per i loro pazienti
 - Sindaci per condividere le modalità di supporto ai cittadini in isolamento/quarantena, secondo le indicazioni ministeriali, in particolar modo per il sostegno ad esigenze assistenziali, la fornitura di mascherine e la gestione dei rifiuti
 - Forze dell'ordine per le sorveglianze a seguito dell'istituzione degli isolamenti e quarantene, per le comunicazioni e relativi controlli dei transfrontalieri.
 - Direttori dei distretti sanitari per la sorveglianza attiva dei casi positivi attraverso i PUA – Covid al fine di individuare precocemente sintomatologie che richiedano l'attivazione dei medici USCA per valutazione clinica, comorbilità eventuale inizio terapia al domicilio o ricovero in struttura ospedaliera
- La gestione dei flussi informativi verso:
 - Direzione centrale della salute per la trasmissione quotidiana dei dati relativi ai casi, ai ricoveri ospedalieri, alle sorveglianze, ai guariti e decessi, corredati dalle schede di notifica dei casi stessi.
 - Protezione civile regionale per la comunicazione quotidiana dei dati dei casi, dei contatti, dei guariti e dei deceduti.
 - Altre aziende sanitarie regionali per segnalazione di casi positivi o contatti di caso
 - Distretti per la segnalazione dei casi positivi

- Sindaci
- Prefettura tramite il Comando del Nucleo Carabinieri Antisofisticazione e Sanità
- Gestione dei dati:
 - Creazione di data entry specifici per la generazione di dati di sorveglianza e attività
 - Implementazione dei sistemi informativi su diverse piattaforme gestionali
 - Configurazione di percorsi informatici per la prenotazione dei TNF (generazione delle etichette) e lettura dei referti in stampa massiva
 - Attività di prevenzione/controllo covid-19 nei luoghi di vita e di lavoro e strutture collettive, in particolare socio-sanitarie: indicazioni su protocolli di sanificazione, per il riavvio attività

Di seguito, in tabella 8, sono riportati i volumi di attività per ogni linea di lavoro avviata.

Tabella 8. Volumi di attività per le linee di attività COVID-19 avviate.

Linee di attività COVID 19	VOLUMI
Inchiesta epidemiologica rivolta ai casi ed ai contatti stretti	Molto elevato
Gestione della comunicazione	Molto elevato
Gestione dei flussi informativi	Elevato
Gestione dei dati	Elevato
Attività di prevenzione/controllo COVID-19 luoghi di vita e di lavoro e strutture collettive, in particolare socio-sanitarie: indicazioni su protocolli di sanificazione, per il riavvio attività	Medio
Linea tamponi (area pulita)	Molto elevato
Gestione tamponi e monitoraggio linea Case di riposo per anziani	Molto elevato
Gestione rapporti con MMG in collaborazione con i Distretti	Medio
Attivazione percorso per misure contumaciali in strutture dedicate	Medio

Il personale dedicato alle attività sopra descritte ha operato garantendo l'apertura dei servizi dalle 8.00 alle 20.00 anche nei giorni festivi, in orario aggiuntivo. In alcune realtà territoriali si è potuto contare del supporto di operatori sanitari provenienti dall'area ospedaliera e distrettuale.

All'interno delle realtà organizzative dei Dipartimenti stessi si è consolidata l'integrazione tra figure professionali per rendere possibile una risposta tempestiva e multiprofessionale.

Sorveglianza attiva e monitoraggio nelle Strutture Residenziali per non autosufficienti

Le strutture residenziali per anziani non autosufficienti presentano delle caratteristiche che richiedono una particolare attenzione nella definizione e attuazione di strategie finalizzate alla prevenzione e al controllo della diffusione di SARS-CoV-2 in tali contesti di vita.

La Regione si è fin da subito attivata per monitorare in modo continuo l'evoluzione del quadro epidemiologico all'interno delle residenze per anziani, valutando attentamente le modalità con le quali gestire il fenomeno, anche attraverso una progressiva ridefinizione delle configurazioni organizzative e dei processi gestionali. Diversi sono i documenti che sono stati prodotti dalla Direzione centrale salute che delineano la strategia incrementale che è stata adottata per garantire le cure appropriate e sicure agli ospiti delle residenze per anziani, fornendo anche indicazioni di carattere organizzativo e gestionale con l'obiettivo di garantire il maggior coordinamento e integrazione possibile tra tutti gli attori della rete coinvolti e uniformare strategie e azioni di prevenzione e contenimento del contagio nelle strutture residenziali, a tutela della salute degli ospiti, dei lavoratori e dei loro familiari.

L'epidemia da COVID-19 ha richiesto la messa in campo di nuove e diverse strategie di intervento che devono essere ulteriormente implementate e mantenute nel tempo a tutela di una tipologia di utenza particolarmente suscettibile a infezioni da COVID-19.

Per quanto riguarda le misure da adottare per la prevenzione, il monitoraggio e la gestione dell'emergenza epidemiologica nelle residenze per anziani, si confermano le indicazioni già fornite dalla Regione e dalle Aziende

sanitarie, sia per quanto attiene le persone accolte che per quanto riguarda il personale che vi presta servizio. Si precisa che, vista la peculiarità di queste strutture e stante la fragilità dei soggetti accolti, ad esse vanno applicate tutte le modalità di sorveglianza e controllo già attivate in regione in particolare:

- l'accoglimento di nuovi ospiti nelle residenze per anziani è consentito solo nelle strutture in cui non sono presenti ospiti COVID-19 positivi; laddove presenti, l'accoglimento in parola è permesso solo nel caso in cui il modello strutturale-organizzativo garantisca una netta separazione delle attività dedicate agli ospiti COVID-19 positivi;
- l'ammissione di nuovi ospiti è vincolata all'esito negativo di un tampone diagnostico effettuato prima dell'ingresso in struttura e alla possibilità di porre in isolamento precauzionale per 14 giorni (quarantena) l'ospite all'interno della struttura al fine di garantire un ulteriore filtraggio contro la diffusione del virus in una possibile fase di incubazione; a tale scopo, le strutture devono garantire la presenza di un modulo di accoglienza "temporanea" (stanza con bagno dedicato) destinato esclusivamente a tale funzione; in alternativa, il periodo di isolamento precauzionale può essere effettuato in altra struttura idonea ed identificata a tale scopo dall'Azienda sanitaria; in tal caso, l'ingresso nella residenza di accoglienza definitiva può avvenire senza ripetere la quarantena;
- tutti gli ospiti devono essere monitorati con attenzione rispetto all'insorgenza di segni e sintomi riconducibili a COVID-19;
- i casi sospetti devono essere sottoposti a tampone e isolati dagli altri residenti fino al risultato; a tale scopo le strutture devono garantire la presenza di un'area di isolamento con un numero sufficiente di stanze libere da destinare all'isolamento immediato di eventuali ospiti sintomatici;
- in caso di positività al tampone, l'ospite potrà essere ricoverato esclusivamente in strutture/reparti COVID-19.

Per quanto riguarda le modalità di accesso nelle residenze per anziani parte di familiari e parenti, si rimanda alle indicazioni fornite dalla Regione con circolare prot. n. 12255/P del 29/05/2020.

Le azioni che devono essere attivate o potenziate sono di seguito elencate.

1. Sistema di monitoraggio settimanale a livello aziendale relativo all'evoluzione della diffusione dell'infezione da COVID all'interno delle Residenze, la dotazione e fabbisogno di personale, la dotazione e fabbisogno di materiali, dispositivi, strumentazioni, farmaci, ecc. Tali informazioni sono censite dalle singole Residenze attraverso la scheda informatizzata denominata "monitoraggio Covid-19" collocata all'interno del gestionale SIRA messo a disposizione della regione.
2. Formazione del personale operante nelle strutture circa il corretto utilizzo dei DPI e della corretta adozione delle misure preventive quali il distanziamento, l'igienizzazione ambientale, l'isolamento dei casi sospetti o COVID-19 positivi, ecc.
3. Realizzazione di specifiche azioni di audit da realizzarsi anche nell'ambito del percorso di miglioramento della qualità nelle case di riposo avviato dalla Regione da diversi anni;
4. Supporto e consulenza, in loco e telefonica, alle strutture e vigilanza straordinaria presso le stesse;
5. Promozione di percorsi che facilitino il ricorso a consulenze specialistiche (infettivologiche, pneumologiche, geriatriche, ecc.) a favore di persone accolte nelle residenze per anziani, comprese le consulenze palliative per pazienti in fase terminale. L'assistenza specialistica potrà essere realizzata in presenza, ma anche a distanza sfruttando la telemedicina;
6. Valutazione delle modalità con le quali prevedere l'introduzione della figura di direzione sanitaria nelle Residenze per anziani non autosufficienti convenzionate con il SSR quale responsabile degli aspetti igienico-sanitari all'interno della struttura;
7. Identificazione di ulteriori possibilità residenziali, da destinare esclusivamente all'assistenza ai casi positivi a COVID-19; l'obiettivo è quello di consentire che le strutture residenziali che, in vista di una eventuale seconda ondata di contagi, potrebbero andare in contro ad oggettive difficoltà nel garantire i livelli assistenziali richiesti per la gestione della patologia COVID-19, nonché le necessarie misure di precauzione e di isolamento finalizzate ad evitare una diffusione della malattia al loro interno.
8. Promozione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale sia per gli ospiti delle strutture residenziali che per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie che operano a contatto con gli anziani accolti nelle residenze

La riorganizzazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione

I dati a disposizione dimostrano che la diffusione del virus è molto rapida, mentre il suo rallentamento è molto meno veloce. Le misure restrittive della cosiddetta fase 2 sono state gradualmente allentate considerando la presenza dei criteri definiti dall'OMS:

- trasmissione del virus - sotto controllo;
- sistema sanitario - in grado di identificare, testare, isolare e trattare ciascun caso e di trattare tutti i contatti;
- rischio epidemico - ridotto al minimo in contesti particolari come le strutture sanitarie e le residenze per anziani;
- misure di prevenzione - attive nei luoghi di lavoro, nelle scuole ed in altri luoghi nei quali la gente si deve necessariamente recare;
- rischi di importazione - possano essere gestiti;
- popolazione - istruita, coinvolta e messa nelle condizioni di adeguarsi alla nuova realtà.

La sezione COVID19 dei Dipartimenti di Prevenzione è stata rimodulata, garantendo in modo tempestivo ed efficace l'intercettazione dei nuovi casi e focolai ed il rintraccio dei contatti per interrompere velocemente la catena di trasmissione, nonché l'effettuazione dei tamponi mettendo così al riparo anche ospedali, case di riposo, medici di famiglia, che sono più esposti al virus.

È di cruciale importanza mantenere il tempestivo inserimento dei dati nei diversi sistemi informativi anche per i monitoraggi degli indicatori previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 30 aprile 2020.

La collaborazione richiesta dal Ministero della Salute ai Dipartimenti di Prevenzione per gli aspetti logistico organizzativi per l'attuazione dell'indagine di siero-prevalenza nazionale, ha permesso di acquisire nuove informazioni relative alla risposta immunitaria nella popolazione, indicando che la circolazione del virus nella nostra regione è stata decisamente contenuta.

I Dipartimenti, quindi, devono fare in modo che tutte le conoscenze acquisite sulle modalità di trasmissione del virus siano tradotte in procedure e linee di indirizzo a supporto delle aziende e delle singole attività che via via riapriranno per la tutela della salute dei cittadini e prevenire una eventuale seconda ondata epidemica. Queste attività dovranno garantire nuovi standard di sicurezza per i lavoratori e per gli utenti/clienti. In sostanza una vera e propria rimodulazione delle attività di controllo dei servizi del Dipartimento (Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro, Igiene e sanità pubblica, Igiene degli alimenti e della nutrizione, Servizi veterinari).

Inoltre sarebbe auspicabile l'inserimento all'interno del Dipartimento di Prevenzione di figure professionali che si occupano della comunicazione interna ed esterna per rendere ancor più efficaci gli interventi di sanità pubblica.

Gradualmente sono riavviate tutte le attività ordinarie dei servizi del Dipartimento sospese a seguito della rimodulazione delle attività avvenuta i primi giorni di marzo. Particolari criticità sono legate al recupero delle prestazioni sospese; ad esempio: valutazioni medico legali collegiali, screening oncologici, vaccinazioni adolescenti ed adulti, sorveglianza delle acque potabili, piano per la sicurezza alimentare, vigilanza nei luoghi di lavoro, ecc.

A partire dall'autunno 2020 i filoni prioritari di azione dei Dipartimenti di Prevenzione per l'emergenza epidemiologica saranno volti ai seguenti obiettivi da perseguire in parte anche con la collaborazione, o dando supporto, ad altre strutture Aziendali o Enti del territorio:

1. diminuire la trasmissione in comunità del covid-19 prima e durante l'inverno aumentando l'adesione a misure di prevenzione come il distanziamento sociale e l'indossare maschere facciali, rimuovendo barriere socioeconomiche all'isolamento e aumentando la capacità diagnostica e il tracciamento dei contatti;
2. aumentare i sistemi di sorveglianza per COVID 19 e l'integrazione di dati a supporto dei dipartimenti di prevenzione;
3. ottimizzare il controllo dell'infezione in modo da garantire che il sistema sociosanitario sia in grado di erogare in parallelo sia cure per il covid-19 che la routine;
4. massimizzare l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale.

Nella tabella 9 è riportato la stima del fabbisogno di personale per Dipartimenti di Prevenzione della Regione.

Tabella 9. Fabbisogno di personale da destinarsi ai Dipartimenti di Prevenzione per Azienda Sanitaria.

PROFESSIONE	ASUFC	ASFO	ASUGI	TOTALE
ASSISTENTE SANITARIO INFERMIERE	45	30	30	105
OPERATORE SOCIO SANITARIO	10	10	10	30
TECNICO DELLA PREVENZIONE	20	10	10	40
MEDICO IGIENISTA	20	15	15	50
MEDICO LEGALE	10	10	10	30
MEDICO DEL LAVORO	10	10	10	30
DIRIGENTI SPTA	10	10	10	30
MEDICO VETERINARIO	10	10	10	30
AMMINISTRATIVO (incl. DATA MANAGER e IT)	10	10	10	30
TOTALE	145	115	115	375

RETE DEI LABORATORI DI MICROBIOLOGIA PER LA DIAGNOSI DI INFEZIONE DA SARS-COV-2

Con nota del 04/05/2020 a firma del DC la Regione ha individuato il laboratorio di Virologia UCO-Igiene e Sanità Pubblica diretta dal Prof. D'Agaro Laboratorio di riferimento regionale per la diagnosi molecolare sui campioni clinici respiratori specifici in Real Time PCR per SARS-CoV-2. Il suddetto laboratorio risulta accreditato a confermare i casi di SARS-CoV-2 a livello regionale, inoltre gli è stata assegnata la funzione di Laboratorio di coordinamento per i Laboratori aggiuntivi attivati presso le Aziende sanitarie del FVG ed identificati in Regione.

La necessità di incrementare la diagnostica molecolare per la ricerca del virus SARS-CoV-2 ha comportato investimenti ripetuti in termini di dotazioni strumentali ed incremento di risorse umane nelle strutture di medicina di laboratorio; tali incrementi vanno considerati strutturali nell'ambito della risposta ad eventi pandemici.

Al fine di potenziare ulteriormente la capacità di risposta del Servizio sanitario regionale alla diffusione del virus sul territorio regionale, si è proceduto con la DGR 776/2020 all'estensione ai laboratori privati accreditati in Regione FVG nella branca medicina di laboratorio la ricerca del virus SARS-CoV-2, responsabile della COVID-19 con metodica rRT-PCR su tamponi rinofaringei e l'indagine sierologica.

Flusso dei dati

Il flusso dei dati in Regione è centralizzato e prevede, da un lato, la segnalazione dei tamponi positivi rilevati dall'applicativo di gestione degli esami di laboratorio (DNLab), dall'altro la registrazione dell'attività dei Dipartimenti di Prevenzione nell'applicativo SIASI. I dati convergono nel *dashboard* regionale SAS Visual Analytics che rappresenta degli indicatori di sintesi sulla base dei flussi informativi regionali. I dati provenienti da SAS Visual Analytics e SIASI sono poi utilizzati per comunicare i dati richiesti dalle piattaforme ISS.

RISORSE

Le risorse complessivamente messe a disposizione per il potenziamento dell'assistenza territoriale ed indicate nell'allegato A) del DL 34/2020 ammontano ad € 27.420.586, comprensivi delle risorse indicate nell'allegato B) pari ad € 17.510.837.

Riassumendo, tali risorse sono sostanzialmente indirizzate a:

- implementare i servizi di assistenza domiciliare integrata – ADI;
- reclutare personale infermieristico ed introdurre la figura dell'infermiere di famiglia/comunità;

- rafforzare le unità speciali di continuità assistenziale (USCA) con specialisti convenzionati da utilizzare anche per attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e le altre strutture residenziali;
- istituire e potenziare le Centrali Operative regionali dotate con apparecchiature informatiche e di telemedicina, di raccordo con le USCA e i servizi di urgenza/emergenza;
- utilizzo di strutture recettive;
- investimenti/acquisizione di beni per potenziare la sorveglianza sanitaria;
- appalto di servizi investimenti/acquisizione di beni per il potenziamento delle Cure domiciliari;
- costi per l'indennità del personale infermieristico presso i MMG.

Le risorse finalizzate alle singole azioni/attività rappresentano tetti di spesa nel rispetto dei quali la Regione è autorizzata ad incrementare la relativa spesa per l'anno 2020.

Di seguito si riportano le risorse assegnate per l'anno 2020 alla Regione FVG per le finalità di cui sopra (tabella 10) e i tetti di spesa previsti dall'articolo 1 tabella B L.77/2020 (tabella 11).

Tabella 10. Risorse di cui alla tabella dell'allegato A della L.77/2020

Finanziamento
24.450.381,00
2.970.205,00
27.420.586,00

Tabella 11. Tetti di spesa previsti dall'articolo 1 tabella B L.77/2020

Attività previste dall'articolo 1		Tetti di spesa per singola Attività di cui alla Tabella B della L.77/2020
c.4	Assunzioni di personale per potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e attività terapeutiche connesse all'emergenza e/o situazioni di fragilità	7.965.095,32
c.5	Assunzioni di personale infermieristico per potenziamento personale territoriale (infermiere di famiglia e/o di comunità) in progettualità di supporto alle USCA tenuto conto anche dell'evoluzione epidemiologica regionale fino ad un tetto massimo di 8 infermieri ogni 50.000 abitanti	6.867.131,40
c.6	Potenziamento delle USCA con l'introduzione di nuove professionalità al fine di aumentarne la funzionalità e l'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari territoriali	1.259.304,40
c.7	Potenziamento delle USCA con l'introduzione di assistenti sociali al fine di aumentarne la funzionalità e l'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari territoriali	294.305,63
c.8	Attivazione della/e centrale/i operativa/e regionali, con funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.	2.970.205,00
Totale		19.356.041,75

		Ulteriori risorse di cui alla tabella dell'allegato A della L.77/2020
	Ulteriori risorse indistinte	8.064.544,25
Quota FVG come da allegato A alla legge 77/2020		27.420.586,00

In conformità a quanto previsto dall'art. 265, comma 8, del D.L. 34/2020, convertito con Legge n. 77/2020, le risorse assegnate sono soggette ad un monitoraggio effettuato dal Ministero dell'economia e delle finanze.

Le risorse assegnate saranno distribuite alle Aziende del SSR in esito alla rendicontazione di ciascuna azione ed al monitoraggio dei costi effettivamente sostenuti nell'anno 2020 per la realizzazione del piano di potenziamento di assistenza territoriale, sulla base delle indicazioni che saranno fornite dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità e del Ministero dell'economia e delle finanze.