	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

**PROGRAMMA OPERATIVO
PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZA DA COVID-19**

- ANNO 2020 -

(art. 18, c. 1, del D.L. 17 marzo 2020, n. 18)

Sommario

PREMESSA	pag. 3
1. PERCORSO METODOLOGICO	pag. 3
1.1 SCENARIO REGIONALE PRE-EMERGENZA	pag. 3
ATTIVITÀ SANITARIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE PRE EMERGENZA	pag. 4
ATTIVITÀ OSPEDALIERA	pag. 5
ATTIVITÀ TERRITORIALE	pag. 7
PERSONALE SSR (AL 31/12/2019)	Pag. 8
1.2 INTERVENTI DA ATTUARE	pag. 9
1.3 MODELLO PROGRAMMATICO	pag. 9
2. AREE DI RIFERIMENTO DEL PROGRAMMA OPERATIVO	pag. 3
2.1 AREA GOVERNO DEL SISTEMA	pag. 11
2.1.1 AREA UTILIZZO DEI FATTORI PRODUTTIVI	pag. 12
2.1.1.1 PERSONALE	pag. 12
2.1.1.2 FARMACI	pag. 16
2.1.1.3 DISPOSITIVI MEDICI	pag. 18
2.1.14 ALTRI BENI SANITARI	pag. 19
2.1.15 SERVIZI SANITARI E NON SANITARI	pag. 19
2.1.16 SISTEMA INFORMATICO	pag. 20
2.2 AREA REVISIONE TEMPORANEA RETE ASSISTENZIALE	pag. 21
2.2.1 AREA OSPEDALIERA	pag. 21
2.2.2 AREA TERRITORIALE	pag. 22
2.2.3 PREVENZIONE	pag. 23
2.2.4 MEDICINA DI BASE E PEDISTRIA DI LIBERA SCELTA	pag. 24
2.2.5 CONTINUITA' ASSISTENZIALE	pag. 25
2.2.6 SPECIALISTICA CONVENZIONATA INTERNA	pag. 25
2.2.7 PRIVATI ACCREDITATI	pag. 25
2.2.8 PRIVATI AUTORIZZATI E NON ACCREDITATI	pag. 25
2.2.9 MOBILITA' EXTRA REGIONALE E INTRA REGIONALE PAZIENTI COVID-19	pag. 26
2.3 ALTRO	pag. 26
2.3.1 GESTIONE COORDIANMENTO CON DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE	pag. 26
2.3.2 COLLABORAZIONE CON SANITA' MILITARE, INAIL, VOLONTARIATO, ALTRE COLLABORAZIONI	pag. 27
ALLEGATI	pag. 28
• Allegato A: Piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 (art 2 Decreto-Legge 19 maggio 2020 n. 34) - Allegato 1 alla DGR 1224 del 07.08.2020	
• Allegato B: 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) - Allegato 1 alla DGR 1369 del 11.09.2020	

PREMESSA

In Italia, gli effetti pandemici dovuti al nuovo coronavirus Sars-CoV-2 hanno provocato un'emergenza sanitaria per COVID-19 cui è stata data risposta immediata con una serie di misure urgenti fin dalla dichiarazione dello stato di emergenza del 31 gennaio 2020.

Diversi sono stati gli atti emanati sia a livello centrale che periferico per garantire un contenimento degli effetti epidemiologici (Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, Ordinanze regionali e del Ministero della salute); tutte le azioni conseguenti sono state orientate ad assicurare misure di sorveglianza sanitaria speciale (cd. quarantena con sorveglianza attiva), il divieto di spostamento soprattutto per i soggetti con sintomi e le cure appropriate ai pazienti sintomatici.

Il presente Programma operativo espone gli interventi programmati per la gestione dell'emergenza per le varie aree di riferimento, nelle loro componenti e per i diversi piani temporali di intervento - breve, medio e lungo periodo-, per preservare la gestione socio-sanitaria, operare la messa in sicurezza del sistema regionale e gestire in modo efficace situazioni di iper-afflusso di pazienti e garantire la continuità di erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari primari e di maggior rilevanza nell'attività ospedaliera e territoriale.

Interventi programmati, obiettivi perseguiti e costi preventivati nelle diverse aree di assistenza interessate sono meglio descritti e precisati nei seguenti piani regionali già approvati nei loro contenuti dalla Giunta regionale:

- il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in relazione all'emergenza da COVID-19 - deliberazione della Giunta regionale n. 1224 del 7 agosto 2020 di approvazione del Piano per il potenziamento della Rete Ospedaliera per emergenza COVID-19 e decreto Direttoriale del Ministero della Salute n. 13594/2020 di approvazione (piano indicato di seguito, per brevità, anche come PIANO RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA) – Allegato A al presente documento;
- il piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale - deliberazione della Giunta regionale n. 1369 dell'11 settembre 2020 di approvazione del piano di assistenza territoriale per far fronte all'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2 (piano indicato di seguito, per brevità, anche come PIANO RIORGANIZZAZIONE RETE ASSISTENZIALE) Allegato B al presente documento.

Il presente Programma operativo, ai sensi degli articoli 1, comma 1, e 2, comma 1, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77, recepisce e conferma i sopra elencati piani già approvati dalla Giunta regionale.

1.PERCORSO METODOLOGICO

1.1 SCENARIO REGIONALE PRE EMERGENZA

Sul versante sanitario la Regione Friuli Venezia Giulia negli ultimi anni ha operato in linea con le indicazioni nazionali finalizzate allo spostamento di risorse strutturali, economiche e professionali dall'ospedale al territorio.

Per la parte ospedaliera ciò si è tradotto nella chiusura di diverse Strutture operative, e nella riduzione del numero di Presidi ospedalieri, che attualmente sono:

- a. n. 3 Ospedali *Hub*: due di II livello: Trieste, Udine, e uno di I livello: Pordenone;
- b. n. 4 Ospedali *Spoke*: Gorizia-Monfalcone, Latisana-Palmanova, San Daniele del Friuli-Tolmezzo e San Vito al Tagliamento-Spilimbergo;
- c. n. 2 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS): Burlo Garofolo (Ospedale materno-infantile) di Trieste e Centro di riferimento oncologico (CRO) di Aviano (PN);
- d. n. 1 Istituto di medicina fisica e riabilitazione: Gervasutta a Udine.

Tutti e 4 i presidi *Spoke* di cui al punto b. sono costituiti da due sedi che progressivamente hanno differenziato le loro attività riducendo la ridondanza di strutture attuando il percorso di riorganizzazione della Rete ospedaliera regionale che, tuttavia, non si può considerare ancora del tutto concluso. Sono in corso di completamento le chiusure di 4 presidi ospedalieri: Cividale del Friuli, Gemona del Friuli, Maniago e Sacile, in alcuni casi per mezzo di progressiva riconversione dell'attività di ricovero in attività di assistenza territoriale.

Accanto all'offerta pubblica è presente una modesta offerta del privato accreditato e convenzionato, priva di servizi di Pronto Soccorso e di accesso in regime d'urgenza e che funge per lo più da supporto per l'attività programmate a bassa complessità clinico-assistenziale.

La riorganizzazione della rete ospedaliera ha portato ad una dotazione complessiva di posti letto che si pone al di sotto del noto limite di 3,7 pl/1.000 mille abitanti e, sebbene ancora non completamente portata a termine per quanto riguarda l'ottimizzazione della distribuzione delle funzioni fra le diverse sedi ospedaliere, ha comunque consentito di aumentare l'appropriatezza dei ricoveri e ridurre il tasso di ospedalizzazione a valori che da alcuni anni si sono assestati attorno al 130 per mille all'anno.

La riduzione di posti letto ospedalieri per acuti si è tradotta in una loro riconversione in posti di degenza intermedia dedicati alla riabilitazione estensiva, al sollievo delle famiglie che hanno i pazienti a carico, alle cure palliative, ai pazienti che necessitano di assistenza protratta o permanente, a coloro che affrontano un percorso di disassuefazione dalle dipendenze. Per tale tipologia di degenze, seppure con alcune differenze fra le diverse aree della regione, alla fine del 2019 il SSR si è assestato complessivamente su un valore prossimo a 1 pl/1000 abitanti. Anche l'assistenza domiciliare è stata progressivamente implementata e oggi quasi tutte le aree della regione possono contare su 3,5 infermieri/1.000 abitanti con più di 65 anni dedicati a questa funzione.

A questi posti si aggiungono quelli delle residenze per anziani non autosufficienti che in regione sono alti, a servizio della rilevante quota di popolazione anziana, e raggiungono valori superiori a 6 PL ogni mille abitanti. L'organizzazione di tali posti letto si presenta diversificata, con poche grandi strutture con più di 200 posti, una discreta quota di strutture di medie dimensioni con 80-200 posti e numerose realtà di piccole dimensioni che, soprattutto nell'area triestina, spesso si evidenziano per una dotazione di posti letto inferiore ai 30.

Alla data del 31.12.2019 la dotazione di **personale del SSR** era pari a 19.926 unità, in diminuzione di 387 unità rispetto a quella risultante al 31.12.2018. Il decremento più importante si è verificato nel personale del ruolo sanitario (- 287 unità) in cui è compreso anche il dato del personale infermieristico (- 122). In calo anche il personale amministrativo (- 63) e il personale tecnico (- 36 unità), fatto salvo l'aumento registrato per il profilo di OSS (+ 36). Minima, invece, la diminuzione nel ruolo professionale (- 1 unità).

Per quanto riguarda l'area della prevenzione collettiva e della sanità pubblica, pur in presenza di programmi di sviluppo, o quantomeno di mantenimento del numero di professionisti dedicati alla funzione, si è assistito nel corso degli anni a un lento e inesorabile decremento delle risorse anche in ragione di difficoltà incontrate nel trattenere professionisti formati nei poli universitari regionali e nell'attrarre professionisti formati altrove. Le riorganizzazioni avviate all'interno dei Dipartimenti di prevenzione hanno consentito comunque di portare a termine gli obiettivi previsti dai piani strategici nazionali e regionali di settore, a partire dal Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018, tutt'ora vigente in ragione della proroga intervenuta, ma esponendo una possibile vulnerabilità nel caso di eventi non previsti, come poi accaduto con la pandemia.

ATTIVITÀ SANITARIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE PRE EMERGENZA

Nelle tabelle seguenti sono riportati alcuni dati di struttura e di attività sanitaria regionale, ospedaliera e territoriale, riferita agli anni 2018 e 2019 e la dotazione di personale del Servizio Sanitario regionale aggiornata al 31 dicembre 2019 (DGR 1223/2020 "Consolidamento degli atti relativi al controllo annuale dell'esercizio 2019 del Servizio sanitario regionale").

ATTIVITÀ OSPEDALIERA

(DOTAZIONE POSTI LETTO, N. RICOVERI ORDINARI E DAY HOSPITAL ADULTI E PEDIATRICI, N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI)

1. N. e distribuzione dei posti letto ospedalieri complessivi per acuti

AZIENDA	PRESIDIO OSPEDALIERO	31.12.2018		Totale Posti Letto 31.12.2018	31.12.2019		Totale Posti Letto 31.12.2019
		Day Hospital	Ordinario		Day Hospital	Ordinario	
ASUITS	P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	50	627	677	50	626	676
AAS2	P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE GORIZIA	16	164	180	16	164	180
	P.O. GORIZIA E MONFALCONE - SEDE MONFALCONE	19	185	204	19	185	204
	P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE LATISANA	10	134	144	10	134	144
	P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE PALMANOVA	12	159	171	12	135	147
AAS3	P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE GEMONA	11		11	11		11
	P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE	10	156	166	10	156	166
	P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO	9	171	180	9	171	180
ASUIUD	IST. DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - UDINE	4	93	97	4	95	99
	P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA UD - SEDE CIVIDALE	5		5	5		5
	P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA UD - SEDE UDINE	110	901	1.011	110	882	992
AAS5	P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI PN - SEDE PORDENONE	36	434	470	36	440	476
	P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	12	141	153	12	141	153
	P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE SPILIMBERGO	6	66	72	6	66	72
BURLO	BURLO GAROFOLO	25	111	136	25	111	136
CRO	CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO	32	98	130	32	98	130
POSTI LETTO TOTALI REGIONE FVG		367	3.440	3.807	367	3.404	3.771

Inclusi PL a pagamento e SPDC

Esclusi PL culle _disciplina 31

2. Tasso di ospedalizzazione

RESIDENZA	ANNO 2018	ANNO 2019	Δ%	POPOLAZIONE 31/12/2018	FUGA 2018	TASSO GREZZO	TASSO STANDARD.
ASUITS	32.616	32.535	-0,25%	234.549	2.037	147,40	130,32
ASUIUD	31.640	31.840	0,63%	250.928	2.025	134,96	124,20
AAS3	21.134	20.827	-1,45%	168.060	1.284	131,57	119,32
AAS2	30.434	30.081	-1,16%	249.206	2.377	130,25	119,05
AAS5	35.654	35.452	-0,57%	312.533	4.718	128,53	121,91
Totale regionale	151.478	150.735	-0,49%	1.215.276	12.441	134,27	123,06

Esclusi ricoveri con DRG 391 e ricoveri con modalità di dimissione "trasferito..."

Tasso std per sesso e classi di età quinquennali; censimento 2011.

3. Ricoveri Ordinari

	AZIENDA	RICOVERI ORDINARI GENNAIO - DICEMBRE 2019					
		%OCCUPAZIONE MEDIA	DEGENZA MEDIA	INDICE DI ROTAZIONE	INDICE DI TURN-OVER	POSTI LETTO (media)	PRESENZA MEDIA GG.
PUBBLICO	AAS3	83,7	7,0	43,2	1,4	327,0	273,8
	ASUITS	88,2	8,5	37,1	1,2	626,8	552,7
	ASUIUD	85,7	9,6	31,8	1,6	995,5	853,1
	AAS2	76,8	7,7	35,7	2,4	634,0	486,7
	AAS5	79,4	6,1	46,9	1,6	645,5	512,6
	BURLO	72,8	3,9	67,7	1,5	111,0	80,8
	CRO	68,0	5,9	41,6	2,8	98,0	66,6
PRIVATO	CITTA DI UDINE	30,6	4,0	28,0	9,2	79,0	24,2
	PINETA DEL CARSO	68,1	19,0	13,0	9,1	108,0	73,6
	S. GIORGIO	52,6	6,0	35,0	5,0	137,0	72,0
	SALUS	36,3	5,0	28,0	8,4	67,2	24,4
	SANATORIO TRIESTINO	30,3	6,0	17,0	14,6	87,0	26,4
Totale FVG		77,8	7,5	37,1	2,2	3.915,9	3.046,8

4. Ricoveri Day Hospital

	AZIENDA	RICOVERI DAY HOSPITAL GENNAIO - DICEMBRE 2019					
		%OCCUPAZIONE MEDIA	DEGENZA MEDIA	INDICE DI ROTAZIONE	INDICE DI TURN-OVER	POSTI LETTO (media)	PRESENZA MEDIA GG.
PUBBLICO	AAS3	46,1	1,4	103,5	1,6	30,0	13,8
	ASUITS	107,9	5,4	62,4	-0,4	50,0	54,0
	ASUIUD	207,3	7,1	91,6	-3,7	119,0	246,7
	AAS2	36,4	1,7	67,1	3,0	57,0	20,8
	AAS5	62,6	2,8	71,0	1,7	54,0	33,8
	BURLO	77,9	1,7	144,0	0,5	25,0	19,5
	CRO	88,6	7,2	38,4	0,9	32,0	28,4
PRIVATO	CITTA DI UDINE	32,6	1,1	92,9	2,3	20,0	6,5
	S. GIORGIO	50,5	1,5	107,0	1,5	33,0	16,7
	SALUS	23,8	1,0	73,4	3,3	16,0	3,8
	SANATORIO TRIESTINO	136,4	1,0	427,0	-0,3	2,0	2,7
Totale FVG		100,6	3,8	83,4	-0,02	438,0	446,6

5. Ricoveri pediatrici

AZIENDA	Gennaio-Dicembre 2018			Gennaio-Dicembre 2019		
	DH medico	DH medico diagnostico	%	DH medico	DH medico diagnostico	%
ASUITS	1	0	0,0%	2	1	50,0%
GORIZIA						
MONFALCONE	35	5	14,3%	34	2	5,9%
LATISANA				4	1	25,0%
PALMANOVA	26	9	34,6%	33	4	12,1%
AAS2	61	14	23,0%	71	7	9,9%
GEMONA						
SAN DANIELE	34	8	23,5%	21	6	28,6%
TOLMEZZO	5	4	80,0%	10	5	50,0%
AAS3	39	12	30,8%	31	11	35,5%
IST. DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	35	0	0,0%	8		
UDINE	381	248	65,1%	406	246	60,6%
ASUIUD	416	248	59,6%	414	246	59,4%
PORDENONE	174	110	63,2%	177	109	61,6%
S.VITO	58	30	51,7%	54	44	81,5%
SPIILMBERGO				1	0	0,0%
AAS5	232	140	60,3%	232	153	65,9%
BURLO	1.774	970	54,7%	1.640	835	50,9%
CRO	2	0	0,0%	3	0	0,0%
CDC SAN GIORGIO				1	0	0,0%
TOTALE FVG	2.525	1.384	54,8%	2.394	1.253	52,3%

6. Prestazioni ambulatoriali erogate da strutture pubbliche e private del FVG

AMBULATORIALE	Gennaio - Dicembre 2018	Gennaio - Dicembre 2019	%
Prestazioni ambulatoriali erogate per residenti	14.870.769	14.928.937	0,39%
Prestazioni ambulatoriali erogate per non residenti	684.696	702.263	2,57%
Totale	15.555.465	15.631.200	0,49%

7. Prestazioni ambulatoriali erogate a residenti da strutture del FVG

Azienda residenza	Gennaio - Dicembre 2018	Gennaio - Dicembre 2019	%
ASUITS	1.156.467	1.122.528	-2,93%
AAS2	920.998	888.142	-3,57%
AAS3	526.943	528.667	0,33%
ASUIUD	832.035	810.917	-2,54%
AAS5	934.037	949.593	1,67%
FVG	4.370.480	4.299.751	-1,62%

ATTIVITÀ TERRITORIALE

(ASSISTENZA DI BASE, RSA, ADI, HOSPICE)

8. Copertura dell'Assistenza

AZIENDA	ASSISTENZA SANITARIA DI BASE				PEDIATRI DI LIBERA SCELTA			
	ASSISTITI	RESIDENTI AL 31.12.2018	DIFFERENZA	DIFF%	ASSISTITI 0-13	RESIDENTI 0-13 AL 31.12.2018	DIFFERENZA	DIFF %
AAS3	161.950	168.060	-6.110	-3,64	16.912	17.810	-898	-5,04
ASUITS	224.857	234.549	-9.692	-4,13	22.599	23.879	-1.280	-5,36
ASUIUD	244.327	250.928	-6.601	-2,63	25.087	27.879	-2.792	-10,01
AAS2	241.904	249.206	-7.302	-2,93	25.678	27.194	-1.516	-5,57
AAS5	306.923	312.533	-5.610	-1,80	38.028	39.015	-987	-2,53
TOTALE FVG	1.179.961	1.215.276	-35.315	-2,91	128.304	135.777	-7.473	-5,50

9. Dimissioni dei residenti in RSA

AZIENDA	posti letto 2018	posti letto 2019	dimissioni anno 2018	dimissioni anno 2019	Diff %	Presenza media giornaliera 2019	% Occupazione media
AAS3	151	142	2.106	1.894	-10,07	122,8	86,5
ASUITS	288	288	2.917	2.874	-1,47	267,1	92,7
ASUIUD	144	156	1.718	1.671	-2,74	135,0	86,6
AAS2	179	179	1.676	1.693	1,01	145,8	81,5
AAS5	179	179	2.120	1.865	-12,03	139,9	78,2
Totale FVG	941	944	10.537	9.997	-5,12	810,7	85,9

10. Assistenza Domiciliare Integrata – numero accessi

AZIENDA	ACCESSI			ACCESSI CON PIANO ASSISTENZIALE		
	2018	2019	%	2018	2019	%
AAS3	100.487	103.789	3,29	91.347	94.020	2,93
ASUITS	149.476	145.626	-2,58	129.062	123.217	-4,53
ASUIUD	155.196	148.382	-4,39	128.015	114.427	-10,61
AAS2	122.228	126.821	3,76	106.683	110.251	3,34
AAS5	140.712	143.199	1,77	103.906	113.031	8,78
TOTALE	668.099	667.817	-0,04	559.013	554.946	-0,73

11. Dimissioni da hospice

AZIENDA	posti letto al 31.12.2018	posti letto al 31.12.2019	dimissioni anno 2018	dimissioni anno 2019	Diff %
ASUITS	20	19	412	393	-4,61
ASUIUD	8	8	217	188	-13,36
AAS2	16	16	269	273	1,49
AAS5	22	22	385	403	4,68
Totale FVG	66	65	1.283	1.257	-2,03

PERSONALE SSR (AL 31-12-2019)

	ASUITS	AAS2	AAS3	ASUIUD	AAS5	BURLO di Trieste	C.R.O. di Aviano	ARCS	TOTALE AL 31/12/2019
RUOLO SANITARIO									
Dirigenti sanitari	92	65	33	97	60	19	36	7	409
di cui responsabile di SOC	4	3	1	2			1		11
Profilo									
Biologi	13	4		31	13	9	20		90
Chimici		2		3	1	1	1		8
Dirigente delle Professioni Sanitarie	10	4	2	8	3	1	2	1	31
Farmacisti	13	10	7	15	10	4	4	6	69
Fisici	8	0		9	1		8		26
Psicologi	48	45	24	31	32	4	1		185
Comparto sanitari	2.231	1.739	1.073	2.747	1.948	346	279	46	10.409
Personale Infermieristico	1.636	1.327	828	1.979	1.435	228	183	44	7.660
Col.Prof.San.Assist.Sanitario	48	41	16	41	62		1		209
Altro personale infermieristico	28	63	53	74	75	68	1		362
Personale di assistenza	55	33	27	28	25	5			173
Tecnici diagnostici/tecnici assistenza	280	109	34	366	175	26	93	1	1.084
Tecnici prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	31	38	32	45	47	5	1		199
Personale della riabilitazione	153	128	83	214	129	14	0	1	722
Dirigenti Medici e Veterinari	550	479	296	793	540	139	112	5	2.914
Dirigenti medici	542	464	270	780	518	139	112	5	2.830
di cui responsabile di SOC	25	37	28	53	40	10	13	1	207
Medici	539	463	269	777	515	137	112	5	2.817
Medici_Penitenziario		0	1		1				2
Odontoiatri	3	1		3	1	2			10
Psicologi Equiparati		0			1				1
Dirigenti veterinari	8	15	26	13	22				84
di cui responsabile di SOC	1		3		2				6
Totale ruolo sanitario	2.873	2.283	1.402	3.637	2.548	504	427	58	13.732
RUOLO TECNICO									
Dirigenti tecnici		3	2	6	4	4	3	3	25
di cui responsabile di SOC				1	1				2
Analista		2	1	1	1			1	6
Sociologi		1	1	5	2			1	10
Statistico		0			1	4	3	1	9
Comparto tecnico	959	723	514	1.105	831	121	145	5	4.403
Assistente Tecnico	26	11	5	21	6	2	6		77
Aus.Spec.Serv.Socio-Assistenziali	97	31	28	83	26	8	21		294
Aus.Spec.Serv.Tec.Economici	9	15	4	17	13	4	4		66
Col.Prof.Assist.Soc.Esperto		3	1	1					5
Col.Prof.Assistente Sociale	24	15	18	21	17	1			96
Col.Tecn.Prof.Esperto	2	2	1	5	1	1			12
Col.Tecn.Professionale	38	10	8	22	14	2	2	4	100
Op.Tecn.Addetto Assistenza	9	9	3	17	7	1	4		50
Op.Tecnico Coord.Spec. Esperto		2	1	5	5		2		15
Op.Tecnico Specializzato	59	39	17	33	46	1	8		203
OP.Tecnico Specializzato Esperto	33	19	28	38	18	1	6		143
Operatore Socio Sanitario	594	495	373	779	613	80	55	1	2.990
Operatore Tecnico	67	71	27	63	62	18	32		340
Programmatore	1	1			3	2	5		12
totale ruolo tecnico	959	726	516	1.111	835	125	148	8	4.428
RUOLO AMMINISTRATIVO									
Dirigenti amministrativi	18	13	9	11	13	9	7	11	91
di cui responsabile di SOC	7	6	4	6	4	3	3	2	35
Comparto amministrativo	314	245	156	379	301	71	74	88	1.628
Totale ruolo amministrativo	332	258	165	390	314	80	81	99	1.719
RUOLO PROFESSIONALE									
Dirigenti professionali	13	5	3	9	7	3	2	3	45
di cui responsabile di SOC	4	1	0	1	5	1	3	1	16
Comparto professionale Assistente Religioso		0		2					2
Totale ruolo professionale	13	5	3	11	7	3	2	3	47
TOTALE PER ATTIVITA' SANITARIE	4.177	3.272	2.086	5.149	3.704	712	658	168	19.926
SERVIZI DELEGATI									
Personale servizi in delega			128	58	72				258
TOTALE PERSONALE SSR FVG	4.177	3.272	2.214	5.207	3.776	712	658	168	20.184

1.2 INTERVENTI DA ATTUARE

Ai fini della gestione dell'emergenza e del contenimento della pandemia, gli interventi da attuare sia per l'area ospedaliera che territoriale, sono orientati ad assicurare l'assistenza sanitaria ai cittadini e in particolare a garantire la gestione clinico-assistenziale dei soggetti Covid-19 e dei soggetti fragili, unitamente all'accertamento diagnostico, il monitoraggio e la sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2

Relativamente all'**attività territoriale** gli interventi da avviare nel breve e medio periodo sono orientati a rafforzare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria per fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Gli interventi sono finalizzati ad assicurare la gestione clinico-assistenziale, la sorveglianza e il monitoraggio dei soggetti con sospetto o COVID+ e dei soggetti fragili garantendo:

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

L'attività di riorganizzazione ospedaliera, oltre che al miglioramento dell'attuale gestione dell'epidemia, è, altresì orientata al rafforzamento tendenzialmente strutturale, dell'assistenza ospedaliera in presenza di emergenze pandemiche come quella attuale, garantendo la sostenibilità di un incremento di attività in regime di ricovero in terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure in presenza di eventuali accrescimenti improvvisi di domanda di servizi derivanti da aggravamenti di crisi epidemiche.

Negli allegati PIANO RIORGANIZZAZIONE RETE ASSISTENZIALE e PIANO RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA, a cui si fa rinvio, sono esplicitati in maggior dettaglio obiettivi, contenuti e modalità degli interventi programmati e approvati.

1.3 MODELLO PROGRAMMATICO

A fronte degli interventi da attuare, di seguito si espone un quadro riepilogativo complessivo di indicazioni dei costi previsti in relazione alle diverse linee di attività/finalità.

STIMA DEI COSTI PER RAFFORZAMENTO ATTIVITÀ GARANTITE PER EMERGENZA COVID

VOCI DI COSTO	Costi Stimati (Euro)
1. Personale (acquisizioni programmate entro luglio 2020)	6.000.000,00
2. Risorse per remunerazione personale	11.076.979,00*
3. Farmaci	1.700.000,00
4. DPI	16.000.000,00
5. Altri beni sanitari	24.000.000,00
6. Servizi sanitari e non sanitari	5.500.000,00
7. Interventi edili ed impiantistici - manutenzioni	1.500.000,00
8. Adeguamento informatico	1.000.000,00
9. Interventi riorganizzazione ospedaliera fase 1	14.500.000,00
10. Residenze per anziani (rimborso costi straordinari per Covid-19)	8.000.000,00
11. Disabilità (maggiori costi per Covid-19)	2.500.000,00
12. Privati Accreditati	4.948.373,00
13. Mobilità extra regionale e intra regionale	300.000,00
14. Gestione e coordinamento attività a cura Dipartimento Protezione Civile	6.414.750,00

*Di cui Euro 2.000.000,00 a carico del bilancio regionale (risorse statali stanziare: 9.076.979)

STIMA DEI COSTI PER ATTIVITÀ DA AVVIARE O IN VIA DI SVILUPPO

VOCI DI COSTO	Costi Stimati (Euro)
Assistenza Territoriale	
1. Assunzioni di personale per potenziamento assistenza territoriale, tra cui ADI	7.965.095,32
2. Assunzioni di personale infermieristico (infermieri di famiglia, potenziamento USCA, e altri strumenti)	6.867.131,40
3. Potenziamento delle USCA con nuove professionalità	1.259.304,40

4. Potenziamento delle USCA con Assistenti Sociali	294.305,63
5. Attivazione Centrale operativa regionale 2020	2.970.000,00
6. Ulteriori risorse indistinte	8.064.544,25
7. Acquisizione personale per DPT di prevenzione (ca. 100 unità)	5.000.000,00
Assistenza Ospedaliera	
8. Incremento posti letto TI (+55 pl costo strutturale e attrezzaggio)	10.047.920,00
9. Stima costo del personale per l'incremento di p.l. x anno 2020	2.815.076,00
10. Incremento posti letto TS (+ 85 pl costo strutturale e attrezzaggio)	11.407.000,00
11. Ammodernamento Strutture di PS	3.114.754,10
12. Incremento mezzi dedicati al trasporto di pazienti COVID e fragili	150.000,00
13. Acquisizione personale per mezzo dedicati al trasporto	672.115,38
14. Incentivi per il personale (finanziate fino a concorrenza di disponibilità a valere sulle risorse indicate al rigo 2 delle <i>Voci di costo per rafforzamento attività garantite</i>)	9.076.976,00

La rendicontazione delle spese sostenute si svolge secondo le previsioni di cui all'articolo 18 del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, e all'art. 1, c. 11, del d.l. 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77, utilizzando l'apposito centro di costo "COV-20".

Relativamente ai criteri utilizzati per il tracciamento dei pazienti Covid-19 si tiene conto dei criteri di rilevazione nella loro evoluzione durante la fase emergenziale. A livello ospedaliero sono intervenute due modifiche nel sistema di rilevazione:

- a livello di struttura nel mese di marzo ogni Azienda ha codificato nel sistema NSIS le strutture e i reparti dedicati ai pazienti COVID-19;
- a livello di singolo ricovero sono state diffuse, a fine marzo, le linee guida ministeriali per la codifica delle SDO per casi affetti da malattia da SARS-COV-2 (COVID-19)

I due sistemi di rilevazione permettono di identificare i pazienti che sono transitati in regime di ricovero in un "reparto COVID-19" ovvero i pazienti che nella scheda di dimissione riportano il codice di diagnosi icd9-cm "078.89 - Altre malattie da virus specificate" che identifica la malattia da SARS-Cov-2 come da indicazione ministeriale.

I due criteri tuttavia potrebbero non essere esaustivi in quanto le codifiche sono state messe a regime nel corso dell'emergenza, pertanto è stato scelto di introdurre un ulteriore parametro che permette di ampliare la ricerca e che si basa sulla verifica dei ricoveri in pazienti con tampone positivo secondo i seguenti criteri:

- viene identificato un ricovero come "COVID" qualora il ricovero sia successivo alla data di un tampone positivo e antecedente alla data di un eventuale tampone negativo;
- viene identificato un ricovero come "COVID" qualora durante il ricovero vi sia un tampone positivo.

I tre criteri sopra descritti (reparto COVID, diagnosi COVID, associazione ricovero e tampone) rappresentano tre alternative per l'identificazione del ricovero di paziente con malattia SARS- COV-2.

Relativamente alla mobilità extraregionale, particolare e separata evidenza è stata attribuita ad attività di ricovero, in particolare in Unità di Terapia Intensiva, svolta su richiesta istituzionale extraregionale.

AREE DI RIFERIMENTO DEL PROGRAMMA OPERATIVO

2.1 AREA “GOVERNO DEL SISTEMA”

Il percorso attuato dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia rispetto all'emergenza COVID-19 è iniziato con la convocazione, presso il Ministero della Salute a Roma, del Direttore Centrale salute politiche sociali e disabilità.

Sistema di governo e catena di comando - Per avviare e gestire le attività direttamente connesse all'emergenza COVID-19 (fase 1) in data 6 marzo la Giunta regionale, con delibera di generalità n. 356/2020, demanda al Soggetto Attuatore l'istituzione della *task force* regionale, composta da professionalità e competenze specifiche di natura tecnica, amministrativa e sanitaria. Il Soggetto Attuatore con Ordinanza del 6 aprile dà atto che si è costituita ed opera la *task force* regionale composta da personale dell'amministrazione regionale con competenze di natura tecnica, amministrativa, sanitaria in materie connesse alla Protezione Civile e Sanità ed attività emergenziali in genere, coordinata dal Vicepresidente e Assessore alla salute, politiche sociali e disabilità, cooperazione sociale e terzo settore, delegato alla Protezione Civile, e dal direttore centrale della Protezione Civile del FVG, il direttore del Servizio NUE 112, pianificazione, centro funzionale decentrato (CFD) e sistemi tecnologici della Protezione Civile della Regione, il direttore del Servizio volontariato, sala operativa regionale (SOR) e pronto intervento in emergenza della Protezione Civile della Regione, il direttore centrale della salute, politiche sociali e disabilità, il direttore del Servizio tecnologie ed investimenti della direzione centrale della salute, politiche sociali e disabilità.

Comitato tecnico-scientifico - Al fine di garantire il governo della maxiemergenza e un efficace coordinamento delle attività poste in essere, la *task force* ha operato in stretta sinergia e collegamento funzionale con tutte le articolazioni organizzative della Protezione Civile e della DCSPSD. A supporto della *task force* è stato individuato un *Board* Scientifico coordinato, per gli aspetti epidemiologici, dal Direttore scientifico dell'IRCSS Burlo Garofolo e composto da esperti di clinica, epidemiologia e malattie infettive nonché statistica e informatica.

Meccanismi operativi - Il coordinamento di tutte le linee di lavoro ha richiesto un impegno intenso per favorire la condivisione, l'integrazione, e la garanzia dei flussi comunicativi. La linea di *governance* provvede al coordinamento degli interventi degli Enti del Terzo settore, delle ASP, delle Fondazioni ex IPAB, delle Case di riposo, delle Fondazioni ONLUS di area socio sanitaria.

Le modalità operative individuate e messe in atto sono le seguenti:

- *Briefing e debriefing* giornalieri della *Task force*;
- Videoconferenze sistematiche e pressoché quotidiane con il *Board* Scientifico, i direttori generali, i direttori sanitari, i direttori socio-sanitari, i direttori delle strutture operative di anestesia rianimazione, infettivologia, dei Dipartimenti di Prevenzione, e, in relazione ai temi trattati i professionisti interessati;
- Videoconferenze periodiche con:
 - Ministro Affari Regionali - ANCI e UPI – Federsanità ANCI
 - Prefetture
 - Presidente assemblea sindaci
 - Ambiti sociali e Sindaci
 - Sigle Sindacali (medici, comparto)
 - Ordini professionali
 - Farmacisti
 - Gruppo europeo di cooperazione territoriale (GECT)
 - Insiel - Società ICT in house della Regione Friuli Venezia Giulia
 - Procura generale della Repubblica/Tribunali
 - Rappresentanti MMG
 - Associazioni disabili
 - Enti gestori della disabilità
 - Associazioni donatori di sangue
 - Cooperative sociali
 - Enti Terzo settore
 - Associazioni di Volontariato
 - Caritas
 - OMS Euroregioni
 - Associazione degli Industriali

- Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp)
- Rappresentante di Federsanità Fvg

Le azioni condotte a livello regionale durante la fase 1 sono state finalizzate alla gestione dell'emergenza tenendo conto del probabile evolversi del rischio epidemiologico. Per garantire un flusso informativo e comunicativo efficace, in accordo con il Ministero della Salute, tutte le informazioni ai cittadini sono state convogliate, oltre che al numero 1500, al numero unico 112 corrispondente al Numero Unico Emergenze (NUE).

2.1.1 AREA "UTILIZZO DEI FATTORI PRODUTTIVI"

L'emergenza epidemiologica COVID-19 ha impattato sul sistema di approvvigionamento dei prodotti sanitari e non sanitari configurando quattro macrotipologie di situazioni:

1. richiesta di beni già in uso nel sistema per quantitativi tali da non trovare immediata risposta sul mercato (es. DPI, accessori per ventilatori, anestetici specifici per la sedazione, ecc. . .);
2. richiesta di beni già in uso nel sistema per quantitativi ordinari (farmaci e dispositivi medici utilizzati in ospedale, ma non esclusivi per la cura della malattia SARS-Cov-2, come ad es. materiali di uso comune, quali aghi, cannule, antipiretici, ecc.);
3. richiesta di beni già in uso nel sistema per la cura di malattie diverse dalla SARS-Cov-2, ma temporaneamente utilizzati, sulla base delle evidenze empiriche e scientifiche che si evolvevano a livello mondiale, in via sperimentale, secondo protocolli di studio clinico e/o programmi di uso compassionevole autorizzati dalle Autorità Nazionali (AIFA) e identificati per la cura in ambito ospedaliero della SARS-Cov-2 (es. tocilizumab, remdesivir etc.) ovvero a seguito dell'emanazione di specifici provvedimenti di autorizzazione all'utilizzo a carico del SSN, al di fuori dell'indicazione autorizzata (*off-label*), di medicinali (es. idrossiclorochina, lopinavir/ritonavir etc.) per il trattamento di pazienti affetti da SARS-Cov-2 sia in regime ospedaliero che domiciliare;
4. richiesta di beni e prodotti innovativi che vengono immessi sul mercato sulla base delle evoluzioni tecnico scientifiche in particolar modo in campo diagnostico (tamponi, reagenti, in generale test diagnostici per SARS-Cov-2).

Lo scenario che è evoluto rapidamente ha, da una parte costretto il sistema di approvvigionamento a rivedere la politica delle scorte delle aziende sanitarie regionali, fino ad allora basata sui *trend* storici di consumi e dall'altra a definire modalità di approvvigionamento in urgenza. In particolare, per quest'ultimo aspetto, il Presidente della Regione quale Soggetto Attuatore per la Regione FVG ha la possibilità di avvalersi delle deroghe di cui all'articolo 3 dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020 e successive ordinanze, al fine di assicurare la più tempestiva conclusione dei procedimenti.

Successivamente con decreto DCR/2/SA13/2020 del 04.04.2020 il Soggetto attuatore FVG ha disposto, per l'espletamento degli interventi utili al contenimento dell'emergenza (definiti nell'ordinanza n. 630/2020 e successive), di operare attraverso la Protezione civile regionale e l'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS), che svolge anche funzioni di centrale di committenza per il Sistema sanitario regionale. Sempre con medesimo decreto ha disposto che a tali soggetti vengano applicate le medesime deroghe per lui previste dalla normativa nazionali nonché la possibilità di procedere a pagamento anticipato per l'intero importo all'atto della sottoscrizione del contratto senza la presentazione di apposita fideiussione ovvero con la produzione di apposita lettera di credito.

A fronte del citato Decreto ARCS, nella sua veste di soggetto aggregatore per il Servizio Sanitario Regionale, ha comunque ritenuto di ricorrere alle modalità ordinarie di scelta dei fornitori e del pagamento alla consegna, valutando di volta in volta, in sinergia con le strutture aziendali competenti, il ricorso alle altre modalità derogatorie previste dai succitati decreti, qualora ciò sia ritenuto necessario e indifferibile per garantire la tempestiva conclusione dei procedimenti e la più rapida ed ampia assistenza alla popolazione.

Di seguito viene brevemente illustrato il percorso operativo osservato dal SSR per la tracciatura dei prodotti utilizzati per l'emergenza Covid -19 anche in considerazione delle modalità di funzionamento informatico, logistico e contabile in uso nel sistema sanitario regionale al momento dell'emergenza.

La legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27 "Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale, nella revisione dell'assetto istituzionale degli Enti del SSR" ha previsto la costituzione della Azienda regionale di coordinamento per la Salute (ARCS) che, oltre a compiti di supporto alla Direzione centrale e di indirizzo e vigilanza sugli altri enti del

SSR, assicura alcune funzioni di carattere tecnico specialistico per la definizione e la realizzazione degli obiettivi di governo in materia sanitaria e sociosanitaria.

Tra le funzioni attribuite dall'art. 4 della legge regionale citata, rientra la gestione accentrata delle funzioni amministrative e logistiche.

Il modello di gestione centralizzata definito da ARCS prevede l'integrazione tra i processi tecnico-amministrativi che sottendono la *supply chain* (intesa come catena dei processi di approvvigionamento e logistica distributiva), proponendo un interlocutore unico nei confronti dei soggetti esterni alla stessa (Aziende sanitarie/clienti del sistema e fornitori) e assicurando, in tal modo, economie di scala nelle procedure di acquisto.

L'ARCS se da un lato è classificata come Azienda Sanitaria, dall'altro, proprio per questa funzione di gestione accentrata di approvvigionamento e logistica distributiva, svolge attività commerciale ai sensi dell'art. 2195 c.c., pertanto il processo "logistico, amministrativo e commerciale" attraverso il quale vengono regolati i rapporti tra ARCS e Aziende è riportato nella tabella seguente.

COMPETENZE ARCS	COMPETENZE AZIENDE
<ul style="list-style-type: none"> - espletare le procedure di gara e attiva i relativi controlli; - stipulare direttamente i contratti con i fornitori per quantitativi di beni da acquistare nel periodo di durata del contratto. - emettere e gestire gli ordini verso i fornitori acquistando in proprio i beni con rapporti esclusivi con i fornitori e li stocca presso il Magazzino Unico di Pordenone, ovvero li gestisce in transito in base alla tipologia del prodotto, assicurando una politica delle scorte che consente, in base alla rotazione dei beni, l'approvvigionamento da parte delle Aziende del SSR dei beni a stock e in transito in relazione ai consumi standard e ai nuovi fabbisogni segnalati 	<ul style="list-style-type: none"> - effettuare, su supporto informatico, le richieste dei beni da ogni singolo centro di costo
<ul style="list-style-type: none"> - consegnare la merce richiesta presso i punti di consegna previsti dalle singole Aziende attraverso l'operatore logistico che gestisce il magazzino, emette DDT e fattura di vendita, senza alcun rincaro, al momento della consegna. 	

Complessivamente la percentuale di beni forniti dal Magazzino Centralizzato rispetto agli acquisti diretti effettuati dalle singole Aziende è pari all'80% per i beni sanitari e 70% per i beni non sanitari.

Tenuto conto del sistema di approvvigionamento e distribuzione in funzione nella Regione FVG, appena descritto, e del ruolo dell'ARCS quale soggetto aggregatore, ARCS garantisce l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari specifici legati all'emergenza attraverso:

- a. Il ricorso a contratti già esistenti;
- b. L'attivazione di contratti specifici in emergenza come soggetto delegato dal Soggetto Attuatore;
- c. la fornitura di beni provenienti dalla gestione commissariale e destinati al SSR;
- d. la sostituzione di materiale carente con materiale reperibile.

Per la tracciatura dei costi sostenuti per l'emergenza COVID 19 per i beni sanitari e non sanitari si è proceduto con la seguente modalità:

- Le Aziende del SSR che erogano servizi sanitari rivolti alla gestione dell'emergenza hanno configurato nel proprio sistema contabile dei centri di costo specifici, in seguito definiti "centri di costo COVID", ai sensi di quanto previsto dall'art. 18 del D.L. 17 marzo 2020 n. 18.
- Gli ordini emessi verso fornitori diversi da ARCS, direttamente dalle Aziende per materiali destinati ai "centri di costo COVID", transitano ordinariamente attraverso il nodo sistema ordini (NSO) e sono identificati dall'acronimo COV20, seguendo le disposizioni vigenti.
- Le richieste di materiale in transito emesse dai "centri di costo COVID" nei confronti di ARCS danno origine ad un ordine di ARCS trasmesso al sistema NSO con acronimo COV20.

- Le richieste di materiale effettuate dalle Aziende per prodotti gestiti presso il Magazzino Centralizzato utilizzano un sistema informativo dedicato che non prevede un collegamento con il sistema NSO. Tali richieste pertanto non sono in grado di utilizzare la tracciabilità collegata all'utilizzo dell'acronimo COV20, ma sono soggette, invece, alla tracciabilità di collegamento all'emergenza in ragione della classificazione contabile ("centro di costo COVID") del richiedente. Né la richiesta informatica dell'Azienda richiedente né la conseguente fattura emessa da ARCS può, perciò, riportare l'acronimo COV20. E' in corso di sviluppo e di programmata conclusione entro l'anno l'adeguamento del sistema informativo per la trasmissione al sistema NSO delle richieste inviate dalle Aziende con l'utilizzo dell'ordine pre-concordato al fine di dare coerenza ai flussi informativi economico-finanziari (flusso SIOPE+), permettendo, al momento dell'attivazione, che anche questi ordini riportino l'acronimo COV20.

Il monitoraggio dei costi sostenuti per l'emergenza COVID pertanto utilizza:

1. le informazioni di costo/fornitore/contratto collegate agli ordini emessi attraverso sistema NSO dalle singole Aziende;
2. i dati dei costi relativi ai prodotti assoggettati all'esenzione IVA di cui all'art. 124 del D.L. 19 maggio 2020 n. 34, come convertito dalla L. 17 luglio 2020 n. 77, a prescindere dal centro di costo richiedente e dalla data di richiesta a partire dal 31 gennaio 2020 in quanto identificabili come prodotti specifici per la gestione dell'emergenza;
3. i dati dei costi registrati dal 31 gennaio 2020 per tamponi, provette, reagenti dedicati alle indagini COVID 19 non compresi nel punto precedente e a prescindere dal centro di costo richiedente in quanto identificabili come prodotti specifici per la gestione dell'emergenza;
4. i dati dei restanti costi relativi ai consumi sui "centri di costo COVID" rilevati a seguito di scarico di beni dal magazzino centralizzato;

I costi rendicontati da ARCS (punti 2,3,4) si riferiscono alle fatture emesse nei confronti delle Aziende sanitarie a seguito di consegna dei beni alle strutture richiedenti a cui sarà associato, per ciascun bene fornito, i riferimenti al contratto di fornitura e al fornitore con riferimento agli ordini emessi per beni della stessa categoria.

2.1.1.1 PERSONALE

La decretazione d'urgenza connessa all'emergenza sanitaria ha previsto specifici finanziamenti per il personale. Gli interventi sono stati diretti:

- a. al potenziamento del personale necessario alla gestione dell'emergenza, al rafforzamento dell'assistenza ospedaliera ed alla riorganizzazione della rete territoriale, attraverso l'introduzione di procedure straordinarie di reclutamento, da effettuarsi in deroga anche ai vigenti vincoli in materia di spesa del personale del SSR;
- b. alla remunerazione del personale del comparto e della dirigenza sanitaria direttamente coinvolto nelle attività di contrasto all'emergenza da COVID-19.

a. Potenziamento del Personale

Sul **fronte assunzionale**, a seguito dell'entrata in vigore del decreto legge 9 marzo 2020 n.14 "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19", la Regione FVG ha dato mandato agli Enti del SSR ad intraprendere con ogni consentita urgenza tutte le iniziative ritenute necessarie per fronteggiare la situazione emergenziale in atto, anche avvalendosi dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute (di seguito ARCS).

L'ARCS ha provveduto all'emissione di avvisi pubblici per il reclutamento, con contratto di lavoro flessibile, di vari professionisti quali, in particolare, medici, infermieri, operatori sociosanitari, assistenti sanitari, tecnici sanitari di laboratorio biomedico e di radiologia.

Tali procedure, unitamente alle azioni intraprese dalle singole aziende del SSR, hanno programmato il reclutamento fino al 31 luglio 2020 di **420** unità di personale, di cui **119** dirigenti – area sanità – e **301** del comparto.

STIMA COSTI PERSONALE

N. personale di programmato reclutamento	Costo Stimato (Euro)
420 unità (circa)	6.000.000,00

Nella tabella riportata nella pagina seguente è indicato il dettaglio dei profili del personale programmato in reclutamento alla data del 31 luglio 2020, suddiviso tra dirigenza e comparto

DIRIGENZA		
PROFILO	UNITA'	TIPOLOGIA RAPPORTO DI LAVORO
BIOLOGI	1	TEMPO DETERMINATO
BIOLOGI	2	LAVORO AUTONOMO
FARMACISTI	1	TEMPO DETERMINATO
MEDICI	4	TEMPO INDETERMINATO
MEDICI	9	COLLABORAZIONE
MEDICI	16	TEMPO DETERMINATO
MEDICI	5	LAVORO DIPENDENTE
MEDICI	2	INCARICO A TITOLO GRATUITO CON RIMBORSO SPESA
MEDICI	6	LIBERO PROFESSIONISTA
MEDICI	5	RAPPORTI LIBERO-PROFESSIONALI CON PERSONALE COLLOCATO IN QUIESCENZA
MEDICI	55	LAVORO AUTONOMO
SPECIALIZZANDI	4	LIBERO PROFESSIONISTA
SPECIALIZZANDI EX ART. 2 TER, COMMA 5, L.27/2020	9	TEMPO DETERMINATO
COMPARTO		
PROFILO	UNITA'	TIPOLOGIA RAPPORTO DI LAVORO
ASSISTENTE SANITARIO	1	CO.CO.CO
ASSISTENTE SANITARIO	6	RAPPORTO DI SOMMINISTRAZIONE
ASSISTENTE SANITARIO	5	LAVORO AUTONOMO
ASSISTENTE SANITARIO	1	TEMPO DETERMINATO
AUTISTA AMBULANZA	6	DIPENDENTI
CENTRALINISTA	3	DIPENDENTI
INFERMIERE	59	DIPENDENTI
INFERMIERE	63	RAPPORTO DI SOMMINISTRAZIONE
INFERMIERE	11	LAVORO AUTONOMO
INFERMIERE	1	RAPPORTI LIBERO-PROFESSIONALI CON PERSONALE COLLOCATO IN QUIESCENZA
INFERMIERE	1	TEMPO DETERMINATO
INFERMIERE	25	TEMPO INDETERMINATO
OSS	20	DIPENDENTI
OSS	20	RAPPORTO DI SOMMINISTRAZIONE
OSS	13	LAVORO AUTONOMO
OSS	1	TEMPO DETERMINATO
OSS	1	TEMPO INDETERMINATO
OSTETRICA	11	RAPPORTO DI SOMMINISTRAZIONE
TECNICO DELLA PREVENZIONE	1	TEMPO DETERMINATO
TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO	1	TEMPO INDETERMINATO
TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO	10	DIPENDENTI
TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO	14	LAVORO AUTONOMO
TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO	5	TEMPO DETERMINATO
TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO	2	CO.CO.CO
TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO	9	RAPPORTO DI SOMMINISTRAZIONE
TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA	1	DIPENDENTI
TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA	10	RAPPORTO DI SOMMINISTRAZIONE

b. Remunerazione del Personale

Al fine di remunerare il particolare carico di lavoro del personale coinvolto nell'emergenza, le risorse messe a disposizione per la Regione FVG ammontano complessivamente ad € 9.076.979,00 onnicomprensivi, di cui € 5.154.555,00 onnicomprensivi stanziati dall'art.1 del DL 18/2020 convertito con L.27/2020 ed € 3.922.424,00 onnicomprensivi, stanziati dall'art.2 del DL 34/2020 convertito con L.77/2020. La Regione, in aggiunta alle risorse statali, ha provveduto allo stanziamento, in via straordinaria, di un'ulteriore importo di € 2.000.000,00 da destinare alla remunerazione del personale direttamente impiegato nelle attività di contrasto all'emergenza epidemiologica determinata dal diffondersi del Covid-19. In tabella il riepilogo dei finanziamenti disponibili.

Risorse a disposizione FVG per remunerazione del personale
€ 3.922.424,00
€ 5.154.555,00
€ 2.000.000,00
Totale € 11.076.979,00

Le predette risorse sono state destinate all'incremento dei fondi contrattuali finalizzati alla remunerazione delle condizioni di lavoro e della retribuzione di risultato/produttività del personale della dirigenza e del comparto, in deroga ai limiti previsti dall'art.23, comma 2 del D.Lgs. 75/2017.

L'utilizzo di tali finanziamenti è stato oggetto di confronto con le OO.SS. del comparto e della dirigenza dell'area sanità, i cui verbali sono stati sottoscritti nel mese di agosto 2020.

Le risorse sono state distribuite tra gli enti del SSR, sulla base dei criteri stabiliti nei singoli verbali di confronto, con la finalità di remunerare in via prioritaria le particolari condizioni di lavoro e, altresì, per il personale del comparto, le indennità di terapia intensiva, sub-intensiva e di malattie infettive.

Quota parte di tali risorse sono state finalizzate, inoltre, alla corresponsione di compensi incentivanti sulla base di specifiche progettualità legate all'attività emergenziale rimesse alla contrattazione integrativa aziendale.

Il sistema contabile in uso presso gli enti del S.S.R. del FVG allo stato attuale non permette un'imputazione automatica per centro di costo dei costi sostenuti per il personale dipendente e convenzionato.

Per tali costi, quindi, è richiesto ad ogni azienda un rendiconto specifico utilizzando anche sistemi di rilevazione extracontabili che esponga i costi sostenuti, per categoria professionale e ruolo, collegati alla gestione dell'emergenza sia con riferimento a personale assunto temporaneamente, per fronteggiare i maggiori carichi di lavoro, che con riferimento al personale già dipendente il cui utilizzo sia dedicato esclusivamente alla gestione di pazienti COVID.

I costi sostenuti per contratti di somministrazione temporanea di lavoro sono rilevati imputando il costo del contratto al "centro di costo COVID" o usando a riferimento specifici atti amministrativi. Ai fini della loro rendicontazione devono essere anche indicati gli estremi contabili dei documenti di spesa.

2.1.1.2 FARMACI

Per fronteggiare l'emergenza sanitaria correlata alla diffusione del Coronavirus, due sono stati i principali ambiti di intervento con riferimento all'assistenza farmaceutica, anche a seguito degli atti che si sono susseguiti in materia, sia a livello nazionale che regionale e che ne hanno imposto una veloce riorganizzazione.

In particolare, si è agito attraverso:

- L'adozione di specifiche misure, in linea con le disposizioni nazionali, volte a riorganizzare il sistema di prescrizione e di distribuzione dei farmaci e dell'assistenza integrativa, al fine di ridurre quanto più possibile i contatti tra le persone e gli accessi alle strutture ospedaliere, quando non indispensabili per ragioni cliniche non urgenti e differibili;
- La rilevazione tempestiva e in aggiornamento continuo dei fabbisogni, da parte degli Enti del SSR, sui medicinali utilizzati nei protocolli di terapia per la gestione dei pazienti ricoverati affetti da COVID-19, in raccordo sia con l'Unità di crisi istituita dall'Agenza italiana del farmaco (AIFA) sia con l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, per una gestione il più possibile centralizzata degli acquisti e delle relative consegne.

Sul primo aspetto le azioni più significative, aggiornate periodicamente in base all'evolversi rapido della situazione epidemiologica, hanno riguardato i seguenti ambiti:

1. Dematerializzazione delle prescrizioni: la ricetta dematerializzata già utilizzata sul territorio regionale per la prescrizione ed erogazione dei medicinali distribuiti in regime convenzionale dalle farmacie aperte al pubblico convenzionate con il SSR è stata implementata dapprima prevedendo modalità alternative alla stampa del promemoria cartaceo, secondo le previsioni e modalità definite dall'Ordinanza n. 651 "Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili." del 19.3.2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Protezione Civile. Successivamente, in linea con la citata ordinanza e ai sensi del Decreto 25.3.2020 del Ministero dell'Economia e delle Finanze "Estensione della dematerializzazione delle ricette e dei piani terapeutici e modalità alternative al promemoria cartaceo della ricetta elettronica" (GU n.86 del 31.3.2020), tale modalità prescrittiva è stata estesa anche ai medicinali distribuiti attraverso la Distribuzione per Conto- DPC-, a tutti i medicinali soggetti a Piano terapeutico e ai medicinali soggetti alla disciplina del DPR 309/1990 con particolare riferimento alla terapia del dolore e in ottemperanza alle disposizioni del Ministero della Salute.

Attualmente si sta lavorando assieme ai tavoli ministeriali/SOGEL per la dematerializzazione anche dei piani terapeutici e implementazione del fascicolo sanitario elettronico;

2. Medicinali distribuiti in distribuzione diretta e dispositivi di assistenza integrativa: per tutto il periodo dell'emergenza sono state fornite indicazioni agli Enti del SSR al fine di riorganizzare il servizio di distribuzione diretta prevedendo l'erogazione fino a tre mesi di terapia dopo la dimissione da ricovero o la visita specialistica, attivazione di percorsi anche mediante i distretti o l'azienda di residenza del paziente, attivazione dei servizi della croce rossa Italiana o della Protezione civile per i pazienti fragili. Analoghe indicazioni sono state fornite in merito ai prodotti di assistenza integrativa;
3. Piani terapeutici e registri di monitoraggio AIFA: in linea con le disposizioni fornite dall'Agenzia italiana del farmaco, per tutti i medicinali soggetti a piano terapeutico o a registro di monitoraggio AIFA la validità dei piani (e dei registri) in scadenza nei mesi di marzo aprile maggio è stata estesa automaticamente di 90 giorni a partire dalla data di scadenza del piano stesso e comunque fino al 31 agosto. Tali misure sono state estese anche ai piani terapeutici informatizzati redatti mediante l'applicativo regionale PSM, nonché ai PT e alle autorizzazioni relativi alla prescrizione di prodotti per l'assistenza integrativa, compresi i piani di Cannabis ad uso medico sottoscritti dagli specialisti individuati con DGR 1884/2016, fermo restando che il rinnovo automatico dei piani terapeutici non esime il prescrittore dalla verifica delle condizioni cliniche del paziente e di possibili reazioni avverse che rendano necessario contattare lo specialista, anche tenuto conto delle disposizioni organizzative delle Aziende Sanitarie. Al fine di agevolare i medici sul Portale "Continuità della Cura", è stata inoltre resa disponibile ai MMG/PLS la visualizzazione di alcune informazioni di base relative ai piani terapeutici informatizzati dei propri assistiti, redatti tramite l'applicativo regionale. Dal 1 settembre 2020, anche alla luce dell'attuale contesto sanitario e della progressiva ripresa delle attività specialistiche sono state ripristinate le modalità ordinarie, fatti salvi casi eccezionali in cui non fosse ancora possibile seguire i percorsi di ordinario monitoraggio delle terapie soggette a piano terapeutico, comunque concordati tra centro prescrittore e struttura erogante;
4. DL n. 34 del 19.5.2020 -c.d. Decreto rilancio – art. 8 e 9: in aggiunta a quanto disposto relativamente ai medicinali soggetto a piano terapeutico/registo AIFA, sono state date disposizioni agli Enti del SSR in merito a quanto definito dagli art. 8 e 9 del suddetto decreto con particolare riferimento ai farmaci soggetti a Ricetta Limitativa senza Piano Terapeutico, per i quali nelle more dell'avvio del processo di dematerializzazione delle prescrizioni per tali medicinali l'art. 8 del suddetto decreto ha prolungato la validità della ricetta limitativa da 30 a 60 giorni, secondo le modalità di dettaglio ivi definite, fino al perdurare del periodo di emergenza, con l'obiettivo di agevolare il più possibile i pazienti, nonché di limitare l'accesso alle strutture ospedaliere/specialisti per il solo rinnovo delle ricette. Tale estensione si applica ai farmaci classificati in fascia A, inclusi i farmaci del PHT, distribuiti dalle farmacie territoriali pubbliche e private convenzionate sia in DPC (comma 1) che nel canale convenzionale (comma 5). Analoghe disposizioni hanno riguardato i piani terapeutici relativi ai prodotti di cui all'art. 9 del suddetto decreto.
5. Modalità prescrittive medicinali utilizzati nel trattamento di pazienti affetti da infezione da SARS-CoV2: a seguito di specifiche indicazioni fornite dall'Agenzia Italiana del Farmaco, quali ad esempio modalità di arruolamento dei pazienti negli studi clinici, partecipazioni ai programmi di uso compassionevole e/o provvedimenti di rimborsabilità temporanea di specifici medicinali impiegabili nei pazienti COVID-19 sia in ambito ospedaliero che territoriale, sono state diramate agli Enti del SSR le rispettive indicazioni operative in ordine a: modalità prescrittive e di erogazione a carico del SSN (con informatizzazione dei moduli unici prescrittivi), criteri di appropriatezza stabiliti da AIFA, differenziazione nei percorsi di erogazione on-label e off-label (es. idrossiclorochina) e avvio di percorsi regionali per prevenire la carenza dei medicinali sul territorio regionale e nazionale (es. percorso sconfezionamento idrossiclorochina).

Con riferimento al secondo ambito di intervento che riguarda più nello specifico i farmaci indicati per il trattamento dei pazienti COVID-19, in linea con le indicazioni fornite da AIFA nell'ambito dell'Unità di Crisi istituita per gestire lo stato emergenziale, si è proceduto come segue:

- rilevazione tempestiva, in raccordo con l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, l'Unità di crisi AIFA e il Tavolo AIFA istituito per la gestione delle carenze in emergenza COVID-19, dei fabbisogni dei medicinali impiegati nei protocolli specifici di terapia dei pazienti affetti da infezione da SARS-Cov-2 (es. tocilizumab, idrossiclorochina, lopinavir/ritonavir etc.) e della relativa terapia di supporto (es. antibiotici, antipiretici, anestetici etc.);
- gestione centralizzata da parte di ARCS, secondo il percorso di seguito riportato in dettaglio, dei processi di approvvigionamento e di logistica distributiva, nonché di tracciatura del bene "farmaco" attraverso la configurazione nei sistemi aziendali di specifici centri di costo "COVID", al fine della successiva.

Lo scenario delle opzioni terapeutiche indicate e ritenute efficaci per il trattamento dei pazienti affetti da malattia SARS-Cov-2 risulta in continua evoluzione. Tra i nuovi farmaci disponibili, attualmente il medicinale Veklury® (remdesivir) rappresenta il primo farmaco autorizzato dall'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) in data 25 giugno 2020 per il trattamento della malattia COVID-19 (ambito ospedaliero) e può essere fornito, al momento, esclusivamente nell'ambito dell'Emergency Support Instrument (ESI). Con tale strumento, la Commissione Europea ha messo a disposizione degli Stati Membri e del Regno Unito un quantitativo contingentato di confezioni di Veklury®, al fine di coprire il fabbisogno clinico in attesa della disponibilità commerciale del farmaco, che potrebbe essere prevista verso il mese di novembre.

In considerazione delle scorte estremamente ridotte, in questa fase, l'accesso al farmaco viene gestito centralmente da AIFA e Ministero della Salute sulla base di specifiche richieste per singolo paziente, rispondenti all'indicazione autorizzata dalla Commissione Europea e conformi ai criteri definiti dalla Commissione tecnico Scientifica di AIFA, ma con la sua commercializzazione andrà attivato il percorso di approvvigionamento, distribuzione e tracciatura dei consumi a livello regionale, in base alla definizione dei relativi fabbisogni.

STIMA COSTI ACQUISIZIONE FARMACI

Voci di spesa	Costo Stimato (Euro) *
Farmaci	€ 1.700.000,00*

*I valori potrebbero subire delle variazioni sia sulla base dell'evoluzione epidemiologica sia sulla base dell'evoluzione tecnologiche e scientifica

2.1.1.3 DISPOSITIVI MEDICI

In stretta collaborazione con la Protezione Civile la Direzione centrale salute ha operato per garantire il governo centralizzato della ricognizione/monitoraggio dei **fabbisogni di DPI**, di strumentazione tecnologica e di farmaci e alla distribuzione degli stessi (quest'ultima a cura delle Strutture di Farmacia e di Approvvigionamenti dell'Azienda regionale di coordinamento sanitario (ARCS). La Regione è stata in grado di garantire autonomamente più dell'85% dei dispositivi distribuiti (più di 6,5 milioni di unità). Al 30 aprile le forniture nazionali hanno coperto solo il 15% dei fabbisogni e principalmente di mascherine. Nella tabella seguente è riportato l'approvvigionamento regionale distinto per i mesi di gennaio, febbraio, marzo e aprile.

Mese	Fonte ARCS		PC FVG		PC Nazionale	PC Nazionale	Pz totale	% Pz totale
	Pz	% Pz	Pz	% Pz	Pz	% Pz		
Gennaio	5.252.416	100%		0%		0%	5.252.416	100%
Febbraio	4.897.035	100%		0%		0%	4.897.035	100%
Marzo	8.129.268	84%	360.021	4%	1.219.032	13%	9.708.321	100%
Aprile	10.007.595	69%	1.426.401	10%	3.123.358	21%	14.557.434	100%
Totale complessivo	28.286.314	82%	1.786.502	5%	4.342.390	13%	34.415.206	100%

La Protezione Civile Regionale ha garantito la fornitura di dispositivi anche a soggetti diversi dagli Enti sanitari, le specifiche nella tabella seguente.

Tipologie di Dispositivi	PCR	Comuni	Servizi Soc. Assist.	Prefettura / Ministeri	UTI	Regione	Coop	Servizi Essenziali	Volontariato
Mascherine filtranti	250	852.930	166.070	35.150	1.000	3.500	9.100	107.050	3.000
Mascherine chirurgiche	56.386	586.690	91.000	142.800	2.700	21.500	16.300	94.750	16.100
Mascherine FFP2 /KN95	1.210	129.274	18.136	16.600	310	2.535	3.584	55.496	3.140
Mascherine FFP3	44	235	175	166	-	-	585	46	24
Vestiaro (Tute, Camici, Occhiali)	41	192	1.108	580	-	36	560	142	155
Guanti	6.101	224.350	11.000	63.650	9.800	6.450	2.000	5.500	6.500
Sanificazione	766	103	150	385	8	22	30	82	106
Dispositivi sanitari	3	-	13	2	-	15	-	-	-
Mascherine di comunità per la popolazione	-	1.138.094	-	-	-	-	-	-	-
	64.801	2.931.868	287.652	259.333	13.818	34.058	32.159	263.066	29.025

COSTI ACQUISIZIONE DPI

Voci di spesa	Costo Stimato (Euro) *
Dispositivi di protezione individuale	16.000.000,00

*I valori potrebbero subire delle variazioni sia sulla base dell'evoluzione epidemiologica sia sulla base dell'evoluzione tecnologiche e scientifica. L'importo sostenuto dalla Protezione Civile per l'acquisizione di DPI è riportato nel capitolo 2.3.1.

2.1.1.4 ALTRI BENI SANITARI

STIMA COSTI ACQUISIZIONE DI ALTRI BENI SANITARI

Voci di spesa	Costi Stimati (Euro) *
Materiale per la diagnostica (tamponi, reagenti, ecc..)	11.000.000,00
Altri dispositivi medici	3.500.000,00
Altri prodotti sanitari	4.000.000,00
Altri prodotti non sanitari	4.000.000,00
Vaccini anti-influenzali e anti-pneumococcica (incremento straordinario programmato secondo le indicazioni della circ. Ministero della Salute n. 19214 del 4 giugno 2020 "Prevenzione e controllo dell'influenza - Raccomandazioni per la stagione 2020-2021")	1.500.000,00
Totale	24.000.000

*I valori potrebbero subire delle variazioni sia sulla base dell'evoluzione epidemiologica sia sulla base dell'evoluzione tecnologiche e scientifica.

2.1.1.5 SERVIZI SANITARI E NON SANITARI

Per far fronte alla gestione dell'emergenza risulta indispensabile l'ampliamento di servizi già in essere o l'attivazione di nuovi servizi che garantiscono il corretto funzionamento delle strutture sanitarie e contumaciali anche a fronte di un mutato assetto organizzativo e logistico e nel rispetto dei protocolli di sicurezza. A titolo esemplificativo: pulizia e sanificazione, trasporto campioni biologici, trasporti secondari, servizi ambulanza, servizi di vigilanza, servizi di centralino, servizi di supporto logistico e magazzino, servizi mensa, ecc.

Gli ordini vengono gestiti direttamente dalle Aziende utilizzando i "centri di costo COVID". Tali ordini transitano attraverso il sistema NSO, identificati dall'acronimo COV20, seguendo le disposizioni definite dalla Ragioneria dello Stato. Ai fini della rilevazione dei costi, nella fase transitoria, laddove ancora non disponibile un sistema degli ordini che utilizzi lo specifico acronimo COV20 nel sistema NSO si farà riferimento agli specifici atti amministrativi che riportano specifico riferimento all'emergenza.

STIMA COSTI DEI SERVIZI SANITARI E NON SANITARI

Voci di spesa	Costo stimato (Euro)*
Servizi	5.500.000,00

*I valori potrebbero subire delle variazioni sia sulla base dell'evoluzione epidemiologica sia sulla base dell'evoluzione tecnologiche e scientifica.

MANUTENZIONI EDILI ED IMPIANTISTICHE

Per far fronte alla gestione dell'emergenza risulta indispensabile intervenire nell'attuale assetto logistico delle strutture esistenti per adeguare i percorsi e allestire spazi adeguati e rispettosi dei protocolli di sicurezza. Gli interventi possono concretizzarsi sia in interventi strutturali che manutentivi. Di seguito vengono descritte le modalità di rilevazione degli interventi manutentivi in quanto rilevanti sulla spesa corrente dell'esercizio 2020 e una stima previsionale.

Gli ordini vengono gestiti direttamente dalle Aziende utilizzando i "centri di costo COVID". Tali ordini transitano attraverso il sistema NSO, identificati dall'acronimo COV20, seguendo le disposizioni definite dalla Ragioneria dello Stato. Ai fini della rilevazione dei costi, nella fase transitoria, laddove ancora non disponibile un sistema degli ordini che utilizzi lo specifico acronimo COV20 nel sistema NSO si farà riferimento agli specifici atti amministrativi che riportano specifico riferimento all'emergenza.

STIMA COSTI DEGLI INTERVENTI EDILI ED IMPIANTISTICI

Voci di spesa	Costo stimato (Euro)*
Manutenzioni	1.500.000,00

*I valori potrebbero subire delle variazioni sia sulla base dell'evoluzione epidemiologica sia sulla base dell'evoluzione tecnologiche e scientifica.

2.1.1.6 SISTEMA INFORMATICO

L'emergenza COVID richiede un notevole sforzo per consentire innanzitutto la rilevazione dei nuovi esami molecolari e sierologici, la tracciatura dei pazienti positivi, la ridefinizione dei percorsi del cittadino, sia nell'ambito delle strutture sanitarie, che presso farmacie e medici di medicina generale, la rendicontazione per i flussi verso gli enti preposti (tra cui prefetture, sindaci, regione, ISS) e ai fini di governo, sia aziendale che regionale.

Diverse sono state le **ATTIVITÀ EFFETTUATE** a livello regionale per garantire:

- 1. Supporto tecnico** alle Aziende per: collegare nuove sedi, fornire strumenti di teleconferenza e di supporto ai dipendenti amministrativi, svolgere attività in *smart working*. Sono state effettuate diverse attività, tra le quali quelle per la gestione di prestazioni funzionali alla diagnostica e al trattamento del Covid-19 (tra cui attività finalizzate a svolgimento di test, screening, tracciamento, governo delle attività e comunicazione necessaria ai soggetti istituzionali, tra cui Prefetture, Sindaci, Protezione Civile, Regione, ISS), e altri soggetti.
- 2. Monitoraggio dei pazienti** a livello domiciliare e presso le strutture residenziali dei pazienti:
 - sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario dei casi confermati/sospetti di COVID-19 – gestione USCA;
 - rilevazione delle informazioni dai sistemi in uso presso le case di riposo e le RSA.
- 3. Miglioramento dei percorsi del cittadino/paziente**, realizzati interventi per la ridefinizione dei percorsi:
 - classificazione degli interventi di soccorso per sospetto COVID sul sistema per la gestione delle Emergenze (112-118);
 - revisione dei percorsi e della rilevazione dati nei Pronto Soccorso;
 - configurazione sui sistemi dei nuovi reparti COVID (ordinari e di terapia intensiva) e predisposizione dei relativi flussi ministeriali e debiti informativi;
 - ridefinizione dei criteri di validità impegnative con priorità P e D, emesse nel periodo emergenziale per la specialistica ambulatoriale;
 - riduzione accessi alle strutture ospedaliere: sospensione prestazioni non urgenti, attivazione percorso di telemedicina;
 - rinnovo piani terapeutici in scadenza e realizzazione nuove schede cliniche di prescrizione di farmaci e relativi piani terapeutici per il trattamento di pazienti COVID;
 - realizzazione portale ad uso dei laboratori di analisi privati per inoltro dei flussi dati relativi ai risultati tamponi e sierologici verso dipartimenti prevenzione delle aziende;
 - realizzazione portale per i cittadini in rientro dai paesi esteri indicati, per prenotare il tampone;
 - riduzione accessi ai distretti: estensione validità autocertificazioni per esenzione al reddito;
 - dematerializzazione del percorso di prescrizione ed erogazione delle ricette di farmaci con riduzione accessi agli studi dei Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta (invio ricette via email/SMS e attraverso la APP Sesamo DEMA).

Per quanto riguarda **l'attività di monitoraggio**, sono stati predisposti sistemi per:

- Il monitoraggio dei pazienti ricoverati Covid-19 (reparti, terapia intensiva) e esito esami COVID-19, con evidenza dei pazienti esterni, ricoverati o ospitati presso case di riposo, operatori sanitari, medici di medicina generale;
- l'analisi dati decessi;
- i flussi di Pronto soccorso e SDO per monitoraggio dei casi Covid;
- il monitoraggio dei test sierologici sia a livello aziendale che regionale;
- Il monitoraggio di indicatori di biosorveglianza;
- il supporto al monitoraggio test sierologici effettuati al personale delle forze dell'ordine;
- il supporto all'effettuazione dei test rapidi effettuati al personale delle scuole;
- la rilevazione consumi economici correlati al COVID-19;

Ulteriori attività programmate e in via di sviluppo sono quelle finalizzate alla creazione di una disponibilità di una piattaforma di telemedicina per il telemonitoraggio dei pazienti curati a domicilio, con servizi di teleconsulto e integrazione dei servizi di telemedicina già disponibili, nonché miglioramento della dematerializzazione di ricette farmaceutiche e di prestazioni.

STIMA COSTI PROGRAMMATI

Voci di spesa	Costo stimato (Euro)
Attività di supporto e adeguamento informatico	1.000.000,00

2.2 AREA “REVISIONE TEMPORANEA RETE ASSISTENZIALE”

A livello Regionale sono stati attuati interventi per riorientare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria e avviati percorsi di riorganizzazione sia sul versante ospedaliero che territoriale per assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale delle persone con sospetto o con positività al COVID-19. Interventi particolari sono stati attuati relativamente alle Strutture di Terapia Intensiva e di Infettivologia, Aree a bassa intensità di cure, Aree contumaciali, Area delle cure primarie.

Agli Enti del SSR e alle Strutture accreditate sono state date le seguenti indicazioni:

- **sospensione dell'attività programmata** negli Enti del SSR e Strutture accreditate anche in libera professione e interruzione dell'accesso alle strutture ospedaliere per tutti i visitatori, pazienti ambulatoriali ed operatori sanitari che presentino sintomi simil-influenzali quali: rinite, tosse, rialzo febbrile, difficoltà respiratoria;
- attivazione di **aree di pre-triage**, con l'allestimento di tenso-strutture da parte della Protezione Civile, per separare il percorso di accesso al pronto soccorso dei casi sospetti. Durante le fasi acute dell'emergenza i Servizi di Pronto Soccorso regionali hanno subito un afflusso di accessi di pazienti potenzialmente infetti che è stato affrontato con la creazione di specifiche aree dedicate poste all'esterno dei presidi ospedalieri. In tutti i Servizi di P.S. sono stati inoltre predisposti e attivati percorsi e aree separate funzionalmente per la gestione dei pazienti infetti e/o con sospetto di infezione (v. capitolo 2.3.1);
- attivazione **percorsi separati**, all'interno delle strutture ospedaliere, per contenere la diffusione dell'infezione (anche in anatomia patologica);
- **incremento dell'attività di diagnostica** di laboratorio per processare i tamponi per la ricerca di COVID-19: inizialmente l'attività era concentrata solo presso l'Azienda Sanitaria Giuliano Isontina (ASUGI) di Trieste è stata poi avviata anche a Udine e a Pordenone;
- attivazione di **aree contumaciali** per l'ospitalità di cittadini della Regione che per diversi motivi non possono trascorrere il periodo di quarantena presso il proprio domicilio, sono state attivate 3 aree: Muggia (TS) -> 32 posti letto, Campoformido (UD) -> 24 posti letto, Tricesimo (UD) -> 20 posti letto. Le tre aree sono state attivate con l'intervento della Protezione Civile Regionale una di questa (Tricesimo) è passata in gestione alla Prefettura). L'attività di *scouting* prima, di pronto intervento poi ha consentito di allestire le aree al meglio adeguandole alle richieste del Servizio prevenzione e Protezione delle Aziende Sanitarie di riferimento (v. capitoli 2.2.1 e 2.3.1).

2.2.1 AREA OSPEDALIERA

ATTIVITÀ AVVIATA

La riorganizzazione delle attività ospedaliere con incremento di posti letto dedicati all'assistenza di persone affette da COVID trova riscontro nelle Circolari Ministeriali 2619 del 29 febbraio e 2627 del 1 marzo. Il piano di espansione delle Terapie Intensive attuato in Regione ha tenuto conto sia delle strutture già disponibili in tutte le Aziende e Strutture ospedaliere regionali, sia di spazi nuovi. Si è tenuto conto anche dell'estrema rapidità con la quale il fenomeno epidemiologico si prevedeva, sulla base della dinamica vista nelle altre regioni italiane nelle quali l'epidemia era iniziata prima, avrebbe portato ad occupare tali posti.

Ospedale COVID - In Regione non è stato individuato un presidio ospedaliero COVID ma sono stati coinvolti nell'assistenza ai pazienti COVID+ tutti e 3 gli Ospedali Hub, 2 Ospedali Spoke e l'IRCCS Burlo Garofolo. Durante la fase emergenziale è stata necessariamente riorganizzata l'offerta ospedaliera per arrivare ad un incremento di posti letto da dedicare all'assistenza di soggetti affetti da COVID-19 (Terapia Intensiva, semintensiva e cure intermedie). La soluzione progettuale e realizzativa proposta da ASUGI ha consentito di dotare con tempestività la nostra regione nello spazio del 12° piano della torre medica dell'ospedale di Cattinara alla data di apertura del numero di posti di TI necessario. Questo risultato è stato possibile anche grazie alla consegna da parte della struttura commissariale di apparecchiature da ventilazione polmonare aggiuntive rispetto a quelle acquisite autonomamente.

Incremento pl Terapia Intensiva - Seguendo la curva epidemica e il fabbisogno di posti letto di Terapia intensiva (TI) e di Terapia semintensiva (TS) la riorganizzazione attuata in Regione, con l'adozione di soluzioni temporanee, ha portato a una potenzialità pari a **185** pl di TI. Dei 185 pl risultanti, 113 sono stati resi disponibili in presidi ospedalieri con DEA di II livello (Cattinara a Trieste e Ospedale di Udine) e 1 IRCCS (Burlo Garofolo), 17 nel presidio ospedaliero con DEA di I livello

(Pordenone) per un totale di 130 pl (70%). Tale scelta è risultata funzionale per garantire funzioni di alta specializzazione (Pneumologia e Infettivologia), garantendo nel contempo la disponibilità di pl di area intensiva anche per altre patologie.

Attivazione pl terapia semintensiva - La gestione dell'emergenza ha visto, inoltre, l'attivazione, di **32** posti letto di TS.

Attivazione pl cure intermedie - A fronte dell'evoluzione dell'epidemia e della gestione dei bisogni clinico-assistenziali dei pazienti sono state attivate aree a bassa intensità di cura (cure intermedie) per complessivi **83 pl** distribuiti sulle 3 Aziende sanitarie (ASUFC - 15 pl presso il PO di Palmanova, ASUGI - 50 pl presso le Case di Cura Sanatorio e Salus, ASFO - 18 pl presso il PO di S. Vito al Tagliamento) anche ricorrendo al Privato Accreditato.

Nelle Tabella seguente è riportata la stima dei costi sostenuti per l'adeguamento strutturale e tecnologico per l'allestimento, durante la fase 1 dell'emergenza, dei posti letto di TI e TS.

STIMA DEI COSTI SOSTENUTI

Allestimento p.l. TI e TS	Costi stimati (Euro)
Adeguamento edilizio	5.000.000,00
Adeguamento tecnologico	9.500.000,00
Totale	14.500.000,00

ATTIVITÀ DA GARANTIRE

A seguito dell'emergenza e nell'ottica di una revisione strutturale e di una stabilizzazione dell'offerta di pl intensivi come indicazioni ministeriali, tradotte nel DL 34/2020, la Regione ha definito una proposta di adeguamento delle strutture ospedaliere che prevede lo sviluppo e il consolidamento di complessivi **175 pl di TI** distribuiti tra gli Enti del SSR.

È stata, inoltre, valutata la situazione in essere rispetto alle dotazioni dei **pl di TS** per singolo presidio ospedaliero e sono state valutate e condivise le modalità di adeguamento strutturale per raggiungere l'obiettivo di complessivi **85 pl**

Infine, per i Servizi di PS, l'obiettivo finale, indicato dalle stesse linee ministeriali, prevede una riorganizzazione delle attività per garantire e consolidare la separazione e la sicurezza dei percorsi e l'individuazione di aree di permanenza dei pazienti in attesa di diagnosi. Come per l'incremento di pl di TI, la riorganizzazione dei PS deve essere ricondotta in una revisione del piano edilizio sanitario regionale, con la definizione, ove possibile, di nuovi *layout* dei Pronto Soccorso. Le progettualità già in corso di realizzazione pertanto, dovranno prevedere variazioni dei piani esecutivi, mentre per le strutture da riqualificare, i criteri presenti nelle linee guida saranno recepiti nelle linee progettuali che necessitano di tempi medio lunghi di attuazione secondo un cronoprogramma che dovrà contemperare tempi di realizzazione e risorse regionali e nazionali disponibili nell'ottica della sostenibilità economica complessiva.

STIMA DEI COSTI PER ATTIVITÀ DI POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA

Per il dettaglio delle attività da attuare e relativi costi si rimanda ai contenuti analitici dell'allegato piano riorganizzazione rete ospedaliera (Allegato A).

2.2.2 AREA TERRITORIALE

L'impatto dell'emergenza COVID-19 sulle fasce di popolazione particolarmente fragili (anziani, disabili, minori, utenti dei servizi di salute mentale e delle dipendenze e della sanità penitenziaria, persone senza dimora) è stata ed è oggetto di attenzione da parte della DCSPSD attraverso il confronto con referenti/responsabili istituzionali delle Aziende sanitarie, delle ASP, dei Comuni, gli Enti del Terzo settore e le Associazioni dei cittadini. Il ruolo degli Enti del Terzo settore e degli altri soggetti pubblici e privati è declinato nel PAT 2020 regionale che viene assunto in attuazione dell'articolo 1 D.L. 19.5.2020 N. 34 convertito in legge 17.7.2020 n. 77.

Sul tema **Residenze per anziani e disabilità** sono state elaborate e trasmesse specifiche indicazioni operative (11 marzo), aggiornamenti sono stati inviati successivamente (21 marzo e 6 aprile). Le indicazioni trasmesse sollecitavano la definizione di una struttura organizzativa di riferimento con individuazione di livelli di responsabilità per la gestione dello stato di emergenza al fine di garantire informazioni, modalità operative e omogeneità di comportamento (Task force aziendale, COVID team (CD) e Referente/Team di struttura). Tutte le Aziende hanno provveduto a definire al loro interno l'articolazione organizzativa di cui sopra per l'attuazione degli interventi di contenimento delle situazioni critiche, tra cui oltre al monitoraggio della situazione clinico-assistenziale degli ospiti, la sorveglianza ed il monitoraggio delle strutture, la definizione di piani di intervento con separazione dei percorsi e individuazione degli spazi per eventuale isolamento di

ospiti positivi, la formazione degli operatori delle case di riposo, la messa a disposizione di DPI e l'eventuale supporto con personale infermieristico e assistenziale delle Aziende sanitarie.

La situazione emergenziale per l'epidemia da COVID-19 ha inoltre comportato per le suddette strutture la necessità di sostenere costi straordinari per l'acquisizione di DPI, per l'igienizzazione e sanificazione dei locali, per adeguamenti strutturali al fine di creare zone filtro e di isolamento, nonché per l'assunzione di ulteriore personale necessario per fronteggiare la situazione emergenziale. Tali costi aggiuntivi, non previsti in regime ordinario, stanno ponendo fortemente a rischio la sostenibilità dei suddetti servizi. Per tale motivo, si intende intervenire a sostegno degli Enti gestori convenzionati con il SSR con un rimborso straordinario dei costi sostenuti durante l'anno 2020 per fronteggiare l'emergenza. L'importo complessivo stanziato per tale finalità ammonta ad euro **8.000.000,00**.

In merito ai servizi **Semiresidenziali per persone con disabilità**, in attuazione a quanto previsto dall'articolo 9 del DPCM 17 maggio 2020 e dell'articolo 1, comma 1, del decreto legge 34/2020, la Regione è intervenuta a codificare in norma il percorso necessario per l'adozione dei piani territoriali per la riorganizzazione e la gestione in sicurezza dei servizi e degli interventi per la disabilità dal rischio di contagio COVID-19, con il varo delle disposizioni recate dall'articolo 17 della legge regionale 9/2020. In seguito, quindi, sono state elaborate e adottate con DGR 1028/2020 le Linee guida che hanno dettato gli indirizzi per la riprogrammazione, la riorganizzazione e la gestione delle attività a favore delle persone con disabilità. Dopo un lavoro di accompagnamento finalizzato alla stesura dei piani, si è provveduto a formalizzare con DGR 1279/2020 i piani territoriali presentati dalle Aziende sanitarie della regione. Inoltre, in attuazione di quanto previsto dal DPCM 23 luglio 2020, che ha destinato alle regioni risorse finalizzate al ristoro dei costi straordinari sostenuti dalle strutture semiresidenziali per persone con disabilità da marzo a luglio 2020 in conseguenza dell'emergenza COVID-19, è in corso di definizione il procedimento con il quale la Regione provvederà ad utilizzare l'importo di **800.000,00 euro**, allo scopo assegnato.

Per garantire la **gestione domiciliare** dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitino di ricovero ospedaliero in data 16 marzo, in applicazione dell'art. 8 DL 9/3/2020 la Regione ha dato mandato alle Aziende di costituire le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA); le Aziende hanno intrapreso specifiche azioni. Per supportare persone in condizioni di fragilità e/o in quarantena/isolamento domiciliare sono state emanate indicazioni per la pulizia e la disinfezione degli spazi pubblici e raccomandazioni ai cittadini per le misure igieniche delle abitazioni private e degli spazi condominiali di uso comune. In collaborazione con la Protezione Civile sono state prodotte e diffuse le indicazioni operative per i volontari dei Comuni relativamente alle misure igienico sanitarie generali, alla consegna a domicilio di beni di prima necessità e/o generi alimentari e al ritiro rifiuti.

STIMA DEI COSTI PER ATTIVITÀ DI ASSISTENZA TERRITORIALE DA AVVIARE

Per il dettaglio delle attività da attuare e i relativi costi si rinvia all'allegato PIANO RIORGANIZZAZIONE RETE ASSISTENZIALE che questo Programma operativo recepisce (Allegato B).

2.2.3 PREVENZIONE

I Dipartimenti di Prevenzione della Regione, a partire almeno dal 20 febbraio 2020 hanno progressivamente provveduto a rimodulare le attività di tutti i servizi, sospendendo alcune prestazioni di routine per potenziare le attività di contrasto e contenimento della epidemia, come compiutamente delineate dall'allegato PIANO RIORGANIZZAZIONE RETE ASSISTENZIALE, e ricollocando pertanto la maggior parte delle risorse sulle attività emergenti: sorveglianza sanitaria; ambulatori prelievo per diagnosi RT-PCR COVID-19; gestione anche domiciliare di cluster di contagio in situazioni di particolare criticità o fragilità (es. RSA, penitenziari, campi nomadi, lavoratori stranieri, badanti, rientro contingentato di connazionali dall'estero...); riorganizzazione dei servizi dipartimentali e dei percorsi di presa in carico aziendali; allestimento di strutture contumaciali; comunicazione a tutti i livelli sette giorni su sette, verso cittadini, MMG PLS MCA USCA, Enti Locali, Forze dell'Ordine; supporto ai Medici Competenti; consulenza e collaborazione con altri Enti o altri soggetti anche privati operanti in contesti particolarmente sensibili per la salute pubblica nella redazione di linee di indirizzo a supporto della tutela di lavoratori e utenza; ridefinizione dei percorsi e delle procedure del settore funebre e cimiteriale; attivazione dei tavoli di confronto e messa a disposizione di professionisti per la riapertura in sicurezza di centri estivi, ricreatori comunali e quindi della scuola e dei servizi per l'infanzia; attività di vigilanza e controllo in funzione del contenimento epidemico e della assistenza sulla prevenzione del COVID19 dei datori di lavoro pubblici e privati di tutti i settori economici e dei cittadini utenti di servizi; supporto operativo ad altri Enti o Istituzioni per la realizzazione in sicurezza di eventi di aggregazione di rilevanza economica culturale e sociale; supporto operativo per la gestione dell'emergenza sanitaria nei servizi e nelle strutture di accoglienza per persone senza dimora inclusa la redazione di

indicazioni organizzative e gestionali; sviluppo di sistemi informativi, data entry e gestione dei flussi informativi verso Regione, Ministero, ISS, Protezione Civile, altre Aziende Sanitarie, Enti Locali, FF.OO.; partecipazione alle attività di coordinamento e comunicazione regionale in tema di COVID-19; realizzazione locale dei programmi nazionali/regionali per il monitoraggio e il contrasto dell'epidemia (indagine ISTAT sieroprevalenza, Indagine ISS operatori sanitari, Indagine nazionale sieroprevalenza scuola, indagine regionale sieroprevalenza FF.OO e servizi essenziali).

Gradualmente con l'avvio della c.d. fase 2, sono state riavviate tutte le attività ordinarie dei Dipartimenti di Prevenzione già sospese a seguito della rimodulazione delle attività sopradescritta. Criticità sensibili e potenzialmente anche gravi sono legate al recupero delle prestazioni sospese: 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 prescindere dall'andamento epidemico da COVID-19 il riallineamento sull'attività ordinaria richiederà ai dipartimenti uno sforzo straordinario, ancorchè temporaneo, che è impensabile sia affrontato con le sole risorse esistenti.

A partire dall'autunno 2020 i filoni prioritari di azione del Dipartimento di Prevenzione per l'emergenza epidemiologica in atto sono 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. È inoltre necessario un potenziamento della presa in carico e della sorveglianza attiva mediante realizzazione delle seguenti attività: redazione protocolli per casi, sospetti casi e *caregiver*, protocolli di supporto psicologico, predisposizione di una rete di residenze ed eventuale coortizzazione dei positivi ove indicato, residenzialità del personale sanitario ove richiesto, revisione e aggiornamento degli standard di autorizzazione e accreditamento delle strutture territoriali socio-sanitarie, verifica dei piani di assistenza territoriale.
2. aumentare i sistemi di sorveglianza per COVID 19 e l'integrazione di dati a supporto dei dipartimenti di prevenzione. Si rende necessaria l'organizzazione di un sistema di accesso massivo alla diagnostica mediante definizione e razionalizzazione con logica industriale dei percorsi di accesso per tutto il territorio regionale, definizione delle priorità per determinate categorie; supporto organizzativo e gestionale alla fase preanalitica; individuazione e presidio degli standard di performance (tempi di attesa.); supporto gestionale alla realizzazione del ritorno di informazione a tutti i soggetti aventi diritto. È necessaria un'ulteriore strutturazione e informatizzazione dei flussi informativi da e verso MMG PLS MCA e USCA e altri soggetti coinvolti nella sorveglianza e nei percorsi di presa in carico;
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 progettando e realizzando percorsi accesso en masse alla somministrazione del vaccino per operatori sanitari, altri operatori addetti a servizi essenziali, categorie a rischio...

Il fabbisogno di personale appartenente ai vari ruoli e profili professionali espresso dai Dipartimenti di prevenzione della Regione ai fini del proprio complessivo rafforzamento è stato espresso nel fabbisogno complessivo di personale dettagliato alla tabella 9 di pag. 20 dell'allegato PIANO RIORGANIZZAZIONE RETE ASSISTENZIALE. Nella tendenziale e necessaria azione di rafforzamento dei Dipartimenti di prevenzione si individua in questa fase una prima azione di intervento prioritario di reclutamento di personale in funzione delle specifiche finalità perseguite dal presente Piano operativo.

COSTO PER L'ACQUISIZIONE DI PERSONALE PER I DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE

Voci di spesa	Costo stimato anno (euro)
Operatori sanitari e non – n. 100 unità	Euro 5.000.000,00

Per maggiori dettagli su contenuti e modalità delle attività programmate e svolte dai Dipartimenti di prevenzione, anche con riferimento alle modalità adottate nella sorveglianza sanitaria, si rinvia all'allegato PIANO RIORGANIZZAZIONE RETE ASSISTENZIALE che questo Programma operativo recepisce.

2.2.4 MEDICINA DI BASE E PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

Per il punto in esame si rinvia all'allegato PIANO RIORGANIZZAZIONE RETE ASSISTENZIALE che questo Programma operativo recepisce.

2.2.5 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Per il punto in esame si rinvia all'allegato PIANO RIORGANIZZAZIONE RETE ASSISTENZIALE che questo Programma operativo recepisce.

2.2.6 SPECIALISTICA CONVENZIONATA INTERNA"

Per il punto in esame si rinvia all'allegato PIANO RIORGANIZZAZIONE RETE ASSISTENZIALE che questo Programma operativo recepisce.

2.2.7 PRIVATI ACCREDITATI

Il rapporto con le Strutture private accreditate della Regione Friuli-Venezia Giulia nella gestione dell'emergenza COVID 19 si è sviluppato sia sul versante della gestione dei pazienti affetti da COVID-19 e non, sia sul versante della strategia di accertamento diagnostico e sorveglianza della diffusione della malattia.

Gestione clinico-assistenziale dei pazienti - Al fine di garantire a livello regionale un sufficiente numero di posti letto per assicurare le cure ai soggetti COVID e non, la Regione ha stipulato uno specifico accordo con gli Erogatori Privati Accreditati in data 28.05.2020 successivamente recepito con la DGR n. 1074 del 17.07.2020 "Accordo tra la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia e le associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati del Friuli Venezia Giulia avente ad oggetto l'erogazione per conto del servizio sanitario regionale di prestazioni sanitarie da parte delle strutture private accreditate nell'emergenza COVID-19". Il contributo richiesto alle Case di cura private accreditate è riconducibile a:

- accoglimento di ricoveri di pazienti COVID-19 positivi;
- accoglimento di ricoveri di pazienti sospetti COVID-19 (dimessi dall'ospedale, provenienti dal domicilio o da case di riposo) che richiedono cure e quarantena;
- accoglimento di ricoveri di pazienti COVID-19 negativi per consentire alle strutture pubbliche di far fronte alle necessità per i pazienti COVID-19 positivi

Implementazione e rafforzamento del sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione della SARS-Cov-2 - con la DGR 776 del 29.05.2020 "Implementazione e rafforzamento del sistema regionale di accertamento, diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-COV-2" la Regione ha esteso, ai laboratori privati accreditati nella branca medicina di laboratorio, la possibilità di effettuare la prestazione di ricerca del virus SARS-CoV-2 con metodica rRT-PCR su tamponi rinofaringei nonché l'indagine sierologica al fine di potenziare la capacità di risposta del Servizio sanitario regionale alla diffusione del virus sul territorio regionale.

FINANZIAMENTO PREVISTO

Per l'attività di cui alla DGR 1074/2020 i fondi regionali attribuiti ammontano a euro 4.948.373,00 (commi 1 e 2 dell'art. 3 DL 18/2020 convertito con modificazioni dalla L. 24/4/2020 n.27; nell'accordo si precisa che le risorse sono ripartite alle aziende sanitarie in proporzione ai casi montanti di ogni territorio aziendale alla data del 30 aprile.

Inoltre, la DGR precisa che nelle more del trasferimento dei fondi statali [...] gli oneri derivanti dall'attuazione dell'accordo trovano copertura nel finanziamento indistinto assegnato annualmente agli Entri del SSR.

Nella citata DGR rispetto al finanziamento delle strutture private si legge: *agli erogatori privati accreditati è riconosciuto per ogni mensilità, come acconto, il 90% del budget 2019 diviso in dodicesimi. Il saldo avverrà con il conguaglio di fine anno.*

2.2.8 PRIVATI AUTORIZZATI E NON ACCREDITATI

La Regione non si è avvalsa della facoltà di affidamento di attività a privati solo autorizzati e non accreditati.

2.2.9 MOBILITÀ EXTRA-REGIONALE E INTRA-REGIONALE PAZIENTI COVID-19”

Nella fase più critica dell'epidemia Covid-19 evidenziatasi nelle altre regioni per la gestione dei servizi ospedalieri, le aziende regionali hanno accolto e trattato pazienti non residenti già ricoverati presso strutture extraregionali. Di seguito si indica una stima dei costi sostenuti per le sopraindicate attività svolte.

COSTI PER MOBILITÀ EXTRAREGIONALE

Voci di spesa	Costo stimato (Euro)
Cicli di terapia intensiva di pazienti Covid-19 di altre regioni	300.000,00

2.3 ALTRO

2.3.1 GESTIONE COORDINAMENTO CON DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

In totale accordo con il Dipartimento della Protezione Civile (DPC), fin dall'avvio della fase emergenziale la Protezione civile regionale (PCR) si è messa totalmente a disposizione del sistema regionale. La Direzione regionale della Salute, trasferitasi per l'emergenza presso la sede della PCR a Palmanova, ha utilizzato sale multimediali, Sala Operativa Regionale (SOR) della PCR, Sala operativa del **Numero Unico per le Emergenze 112** e Sala operativa regionale emergenza sanitaria (SORES), già 118. La PCR, inoltre, ha svolto la funzione di hub per la redistribuzione di dispositivi/attrezzature provenienti dal DPC prima e dal Commissario Straordinario, integrando il materiale, laddove insufficiente, in via autonoma per mezzo di ricerca e acquisizione sul libero mercato di dispositivi di protezione individuale (DPI), dispositivi medici di protezione (DM) e igienizzanti, nonché di 1.200.000 mascherine lavabili distribuite alla popolazione. La gestione della merce in carico e scarico è stata resa possibile anche dalla strutturazione di un magazzino (1.800 mq circa) dedicato, permettendo un coordinamento della gestione della merce in transito svolto per mezzo di sistema gestionale dedicato per la merce in accordo con il magazzino centrale del sistema di approvvigionamento della sanità regionale.

Sono state realizzate strutture provvisorie per il **pre-triage** davanti alle strutture di Pronto Soccorso regionali, altre strutture sono state allestite con le medesime finalità all'esterno dei dipartimenti di prevenzione per l'esecuzione dei tamponi e fuori dalle carceri per il controllo dei visitatori. Sono state anche messe a disposizione delle residenze per anziani brande ed effetti lettereschi per ospitare gli OSS che nella fase critica della pandemia hanno deciso di dormire all'interno delle strutture.

Come già descritto al capitolo 2.2 sono state attivate 3 **aree contumaciali** per l'ospitalità di cittadini della Regione posti in quarantena (Muggia (TS) -> 32 posti letto, Campoformido (UD) -> 24 posti letto, Tricesimo (UD) -> 20 posti letto). Le tre aree sono state attivate con l'intervento della Protezione Civile Regionale.

Al fine di accorciare i tempi di risposta ai tamponi è stato organizzato un servizio di trasporto fra i punti di prelievo sparsi sul territorio e gli ospedali di riferimento che effettuavano i tamponi, nonché trasporti di reagenti da Genova e da Padova e di sacchi per il contenimento delle salme da Treviso. Anche il ruolo svolto dalle sale operative, SOR e Nue 112 è stato fondamentale nella gestione della prima ondata pandemica. unitamente ad una comunicazione istituzionale straordinaria e un numero verde dedicato. La SOR è stata potenziata con personale proveniente dalle Associazioni di volontariato, opportunamente istruito e per ridurre il possibile contagio è stata realizzata a Fossaloni di Grado, presso il centro radar della PCR, un'ulteriore sala operativa alla quale sono state derivate parte delle chiamate al numero verde appositamente dedicato all'emergenza covid-19. Presso la sala Nue112, al fine di contenere il numero di chiamate da derivarsi alla Sores (118) in modo da evitare il suo *overload*, è stata allestita un'apposita "isola" di operatori sanitari che possano filtrare le chiamate. Nondimeno anche il numero di operatori telefonici della sala Nue 112 è stato potenziato mediante il ricorso ai contratti di assunzione di personale internale. In piena pandemia si è provveduto alla formazione degli OT in modo del tutto autonomo con personale interno ovvero grazie all'ausilio di quello proveniente dalle centrali "gemelle" di Brescia e Milano.

COSTI SOSTENUTI DALLA PROTEZIONE CIVILE

Voci di spesa	Costo stimato (Euro)
- Aree contumaciali	
Adeguamento edilizio e allacciamenti servizi essenziali fino al 31.07.2020	110.000,00
Allacciamenti servizi essenziali stimati dal 1/8/2020 fino al 31.12.2020	50.000,00
Gestione strutture mediante Croce Rossa al 31.7	219.000,00
Servizi a supporto aree: ristorazione, lavanderia, pulizie (fino al 31.07.2020)	773.000,00
Nuova area contumaciale a Trieste (richiesta autorizzazione spesa fino al 31/01/2021)	315.250,00
Fornitura DPI per popolazione e volontari (al 30 aprile 2020)	4.273.000,00*
- Allestimento aree pre-triage	
Ripristino tende utilizzate per triage	199.500,00
Servizi accessori per le tende per triage (riscaldatori, materiale elettrico, ecc)	8.000,00
- Potenziamento SOR e NUE	
Servizio sanificazione locali fino al 31.07.2020	103.000,00
Servizi sanificazione locali PCR stimati dal 1/8/2020 fino al 31.12.2020	95.000,00
Maggiori oneri stimati di telefonia numero verde SOR	150.000,00
- Ospitalità task force	
Infermieri e medici	26.000,00
Indennità OSS (previsione)	93.000,00
TOTALE	6.414.750,00

*DPI acquisiti e messi a disposizione per attività SOR, NUE, Associazioni di volontariato e popolazione.

2.3.2 COLLABORAZIONE CON SANITÀ MILITARE, INAIL, VOLONTARIATO, ALTRE COLLABORAZIONI

Con riferimento alle collaborazioni attivate nell'emergenza epidemica va sottolineato come il volontariato appartenente ai Gruppi comunali e alle Associazioni di volontariato sia stato massicciamente impiegato sin dall'inizio dell'emergenza. Nelle prime fasi dell'epidemia il volontariato della Croce Rossa Italiana, della Croce Verde e dell'Associazione Nazionale Alpini è stato utilizzato per la misura della temperatura sui voli provenienti da scali esteri. Successivamente il volontariato è stato utilizzato per la realizzazione di strutture provvisorie per il pre-triage davanti ai pronti soccorsi, per impedire la contaminazione degli ospedali. Altre strutture sono state allestite con le medesime finalità all'esterno dei dipartimenti di prevenzione per l'esecuzione dei tamponi e fuori dalle carceri per il controllo dei visitatori. Sono state messe a disposizione delle residenze per anziani brande ed effetti lettereschi per ospitare gli OSS che nella fase critica della pandemia hanno deciso di dormire all'interno delle strutture.

Al fine di accorciare i tempi di risposta ai tamponi è stato organizzato un servizio di trasporto fra i punti di prelievo sparsi sul territorio e gli ospedali di riferimento che effettuavano i tamponi. I volontari inoltre sono stati impiegati per il trasporto di materiale urgente dalle ditte fornitrici alle Aziende sanitarie, con trasporto di reagenti da Genova e da Padova e di sacchi per il contenimento delle salme da Treviso.


Durante il *lockdown* i volontari dei gruppi comunali, oltre a diffondere dai loro mezzi segnali di avviso alla popolazione, sono stati utilizzati per fornire assistenza alla popolazione anziana chiusa nelle proprie abitazioni provvedendo ad effettuare l'approvvigionamento costante e continuo di medicinali e di generi alimentari. Inoltre è stata fornita assistenza ai malati in isolamento domestico e ai quarantenati. Prezioso ausilio da parte del personale del volontariato è stato anche fornito per la distribuzione alla popolazione del milione e duecento mila mascherine lavabili reperite dalla Protezione Civile Regionale.

Personale proveniente dalle Associazioni di volontariato, opportunamente istruito, ha inoltre potenziato la Sala Operativa Regionale della Protezione Civile Regionale.

Allegati

- Allegato A: Piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 (art 2 Decreto-Legge 19 maggio 2020 n. 34) - Allegato 1 alla DGR 1224 del 07.08.2020
- Allegato B: 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) - Allegato 1 alla DGR 1369 del 11.09.2020

Allegato A: Piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 (art 2 Decreto-Legge 19 maggio 2020 n. 34) - Allegato 1 alla DGR 1224 del 07.08.2020

	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 PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA
PER EMERGENZA COVID-19 (art 2 Decreto-Legge 19 maggio 2020 n. 34)**

Sommario

Acronimi utilizzati	3
Premessa	4
Quadro generale dell'organizzazione ospedaliera regionale	5
Dotazione di posti letto	5
Terapia Intensiva	7
Potenziamento dotazione di posti letto di Terapia Intensiva.....	7
Terapia Semintensiva	8
Potenziamento dotazione di posti letto di Terapia Semintensiva	8
Stima dei costi per adeguamento posti letto T.I. e T.S.	9
Area Medica	9
Rete emergenza urgenza ospedaliera	10
Stima dei costi per ammodernamento Strutture P.S.	11
Emergenza territoriale	11
Stima dei costi per la gestione dei trasporti sanitari	11
Personale.....	12
Allegato 1- Estratto dotazione posti letto T.I. e T.S. (Dashboard NSIS – scarico in data 19 giugno 2020) ...	13
Allegato 2 – Tabella 2 Terapia Intensiva e Semintensiva	15
Allegato 3 - Tabella 3 Pronto Soccorso	16
Allegato 4 - Tabella 4 Mezzi di trasporto	17
Allegato 5 - Tabella 7a Costo personale dipendente Terapia Intensive.....	18
Allegato 6 -Tabella 7 b Costo personale dipendente mezzi di soccorso	19
Allegato 7 - Tabella 7 c Costo per incentivi di personale	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
IRCCS	ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
NSIS	NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO
SSR	SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
T.I.	TERAPIA INTENSIVA
T.S.	TERAPIA SEMINTENSIVA

Premessa

Al fine di rafforzare la risposta del Servizio Sanitario Regionale all'emergenza epidemica, come quella da COVID-19, la regione FVG, come da indicazioni ministeriali, ha previsto una riorganizzazione dell'offerta di attività di ricovero in aree ad alta intensità di cure (Terapie Intensive - T.I.), in aree di cure semintensive (T.S.) nonché in aree internistiche (in particolare Infettivologia e Pneumologia).

La risposta emergenziale finora implementata, connessa all'aumento della domanda di assistenza verificatasi in relazione alle diverse fasi di gestione della situazione epidemiologica da Sars-CoV-2, in attuazione dell'articolo 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, deve essere ricondotta ad un piano organico e resa potenzialmente strutturale.

La reazione organizzativa in corso di pandemia Covid-19 è stata dettata, peraltro, da esigenze di natura emergenziale su indicazioni della *task force* governativa per recuperare il gap della dotazione di posti letto di T.I. e T.S. determinati da diverse previsioni di fabbisogno formulate nei precedenti anni.

L'esigenza di riformulare la dotazione standard di offerta assistenziale in tema di area intensiva e semintensiva quale elemento strutturale impone di adottare modelli organizzativi flessibili di utilizzo di tali risorse anche al fine di garantire il mantenimento dell'expertise del personale sanitario, il corretto impiego delle dotazioni logistiche e strumentali acquisite e la sostenibilità generale del nuovo assetto organizzativo.

Il presente piano prevede pertanto che, a fronte di mutate esigenze di natura emergenziale (sia di tipo pandemico, sia di massiccio afflusso di feriti), l'attivazione di ulteriori posti di T.I. e T.S. avvenga con una modalità progressiva a fronte delle esigenze rilevate, con una geometria variabile di potenziamento sull'intera rete regionale, ridefinendo sulla base degli scenari prospettati la destinazione d'uso delle aree di degenza; a mero titolo di esempio eventuali posti letto attrezzati possono essere utilizzati durante l'attività ordinaria programmata come *recovery room* e immediatamente riconvertiti, sulla base dei piani d'emergenza degli enti del SSR, a postazioni di rianimazione.

La tabella 1 seguente riporta la disponibilità di p.l. di T.I. regionale, distinta nelle due fasi: pre-emergenza e emergenziale.

Tab. 1. Dotazione di posti letto di T.I. in FVG

Cod. Regione	Regione	TERAPIA INTENSIVA Posti letto pre emergenza (HSP)	TERAPIA INTENSIVA Posti letto in piena emergenza
060	Friuli Venezia Giulia	120	207

Durante la fase emergenziale, la disponibilità di p.l. di T.I. è stata realizzata grazie a provvedimenti straordinari resi possibili anche dalla sospensione dell'attività elettiva e programmata differibile degli Enti Sanitari come da indicazioni ministeriali intervenute. È stato possibile, ad esempio, destinare alcune sale operatorie, non utilizzate durante l'emergenza, a postazioni di T.I. e di T.S. e, inoltre, rimodulare l'offerta di p.l. di degenza internistica/specialistica a favore di p.l. semintensivi.

Quadro generale dell'organizzazione ospedaliera regionale

A seguito della LR n. 22 del 2019 "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", il sistema ospedaliero pubblico risulta costituito da 5 Enti di cui: 2 Aziende Sanitarie Universitarie (Giuliano Isontina - ASUGI e Friuli Centrale - ASUFC), un'Azienda Sanitaria Ospedaliera (Friuli Occidentale - ASFO) e due IRCCS (Centro di riferimento oncologico - CRO e Burlo Garofolo, ospedale materno infantile). Il modello organizzativo in atto è il modello *Hub e Spoke* che mette in relazione e collegamento funzionale sia gli ospedali *Spoke* con l'ospedale *Hub* di riferimento, sia i tre *Hub* in una connessione necessaria a garantire, sull'intero territorio regionale, tutte le funzioni clinico-assistenziali.

In particolare tutti e tre i presidi ospedalieri *Hub* (Trieste, Udine e Pordenone) e uno degli IRCCS (Burlo Garofolo) sono interessati, nel breve e medio periodo, da importanti e consistenti interventi di riqualificazione, in particolare:

- ASFO: realizzazione del nuovo Ospedale di Pordenone
- ASUFC: riqualificazione del polo ospedaliero udinese con la realizzazione del III° e IV° lotto del nuovo edificio degenze e servizi sanitari
- ASUGI: riordino della rete ospedaliera triestina presso il comprensorio dell'Ospedale Cattinara
- Burlo Garofolo: realizzazione della nuova sede dell'Ospedale infantile nell'ambito del riordino della Rete sanitaria triestina presso il comprensorio dell'Ospedale di Cattinara di cui al punto precedente.

Seguendo le tempistiche dettate dai cronoprogrammi dei lavori appare strategico:

- consolidare, per quanto possibile, gli interventi realizzati sugli ospedali *Hub* nel corso della fase 1 dell'emergenza, al netto delle eventuali riconversioni temporanee di aree dedicate, in periodo non emergenziale, allo svolgimento dell'attività ordinaria;
- utilizzare, per quanto possibile, gli interventi realizzati sugli ospedali *Spoke* nel corso della fase 1 dell'emergenza nella fase intermedia fino al completamento degli interventi previsti sugli ospedali *Hub*
- analizzare quanto previsto negli interventi in corso sugli ospedali *Hub* sulle aree intensive e semintensive e prevedere l'adeguamento delle aree che potranno essere considerate di consolidamento dell'attività esistente.

L'incremento di p.l. di T.I. in Regione, passando dai **120** posti, così come censiti nei flussi ministeriali prima della fase emergenziale, ai **175** a regime, sarà mantenuto anche dopo gli interventi edilizi in fase di completamento e/o di avvio sui tre presidi *Hub* regionali, pertanto saranno:

1. resi strutturali tutti i p.l. non interessati da interventi edilizi sui presidi ospedalieri;
2. utilizzati i p.l. realizzati durante la fase emergenziale che non impattano sull'attività ordinaria.

Lo sviluppo dei capitoli successivi, segue l'impostazione strutturale del documento "Linee di indirizzo per il potenziamento della rete per emergenza COVID-19" (Circolare ministeriale 0011254-29/05/2020-DGPROGS-MDS-P).

Dotazione di posti letto

L'offerta di posti letto raggiunta nella prima fase emergenziale COVID-19 è stata resa possibile grazie alla Rete di assistenza ospedaliera regionale *Hub & Spoke*.

In Regione, la dotazione pre-pandemica, di p. l. di Terapia Intensiva era di complessivi 120 p.l. (rif.to flussi ministeriali HSP). Per il raggiungimento di una dotazione omogenea di p.l. di T.I. e T.S., sull'intero territorio nazionale, il Ministero della Sanità con il documento "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" (Circ. Min. n. 11254, 29 maggio 2020) ha indicato i seguenti parametri di calcolo:

- p.l. di T.I. --> 0,14 x 1000 abitanti;
- p.l.di T.S. --> 0,007% per la popolazione residente.

Nella tabella 2 a pagina seguente è riportata la situazione regionale dei p.l. di T.I. e l'incremento atteso anche per i p.l. di T.S.

Tabella 2 - Dettaglio dei posti letto da attivare (colonna b) e da riconvertire (colonna d) per ciascuna Regione.

Cod. Regione	Regione	TERAPIA INTENSIVA Posti letto pre emergenza (HSP)	TERAPIA INTENSIVA Incremento posti letto per fabbisogno aggiuntivo (PL da attivare)	TERAPIA INTENSIVA Totale posti letto	TERAPIA SEMI INTENSIVA POSTI LETTO (PL da riconvertire)
060	Friuli Venezia Giulia	120	55	175	85

I dati riportati in tabella 2, in particolare quelli dei p.l. di T.I., non sono congruenti con i parametri di calcolo indicati dal documento Ministeriale¹ e riportati all'inizio di pagina. Utilizzando i parametri dati e la popolazione del FVG i risultati sono i seguenti:

- popolazione residente in FVG (censimento 2019²): **1.215.220** abitanti
- p.l. di Terapia Intensiva → $1.215.220 \times 0.14 \text{ ‰}$ Totale **170 p.l.**
- p.l. di Terapia Semintensiva → $1.215.220 \times 0.007 \text{ ‰}$ Totale **85 p.l.**

Per la riorganizzazione e incremento dei p.l. di T.I. e T.S., a livello regionale si è ritenuto più opportuno procedere con il potenziamento dei presidi *Hub* per migliorare l'utilizzo degli stessi con un'organizzazione che consenta economie di scala anche in rapporto alle risorse umane necessarie e alla loro flessibilità di impiego.

Nei capitoli successivi è rappresentata la situazione relativa all'incremento dei p.l. di T.I. e alla disponibilità di p.l. di T.S.; come da indicazioni ministeriali; i dati relativi alla riorganizzazione della Rete ospedaliera sono inseriti nella **tabella 1** di cui alla piattaforma NSIS "Programmazione posti letto Emergenza Covid-19" (in allegato 1: estratto della sezione dotazione posti letto di T.I. e T.S., Dashboard NSIS – scarico dati 19 giugno 2020).

¹ Linee di indirizzo per il potenziamento della rete per emergenza COVID-19" (Circolare ministeriale 0011254-29/05/2020-DGPROGS-MDS-P

² fonte <http://demo.istat.it/pop2019/index.html>

Terapia Intensiva

Le azioni poste in essere durante la fase di pandemia COVID-19 sono state implementate seguendo la curva epidemica e il fabbisogno di p.l. di T.I. e di T.S., con l'adozione di soluzioni temporanee che hanno comportato una potenzialità di offerta assistenziale nell'area intensivistica fino ad un massimo di 207 p.l.

I dati, disaggregati per Azienda sanitaria, sono riportati nella tabella seguente.

Tabella 3. P.l. totali di T.I. nella fase di massima espansione distribuiti per le Aziende del SSR.

Codice Azienda	Denominazione Azienda	Codice Istituto	Denominazione Istituto	Totale pl	Dedicati Covid
207	ASUGI	046	PRESIDIO OSP. CATTINARA E MAGGIORE DI TS	57	39
		043	PO GORIZIA E MONFALCONE SEDE GORIZIA	16	16
		043	PO GORIZIA E MONFALCONE SEDE MONFALCONE	4	0
				77	55
206	ASUFC	047	PRESIDIO OSPEDALIERO SMM - SEDE UDINE	39	21
		044	PO LATISANA E PALMANOVA SEDE PALMANOVA	29	21
		044	PO LATISANA E PALMANOVA SEDE LATISANA	4	0
		045	SEDE DI SAN DANIELE	8	0
		045	SEDE DI TOLMEZZO	8	0
		88	42		
205	ASFO	041	PRESIDIO OSPEDALIERO SANTA MARIA DEGLI A	25	15
		042	P.O. SAN VITO AL T. SEDE DI S. VITO AL T	5	0
				30	15
901	I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	901	I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	8	4
902	CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO	902	CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO	4	0
			TOTALI	207	116

Dei **116** p.l. dedicati all'assistenza di pazienti COVID 64 sono stati resi disponibili in presidi ospedalieri con DEA di II livello (Cattinara e Udine) e 1 IRCCS (Burlo Garofolo), i restanti 52 nei presidi ospedaliero con DEA di I livello.

Tale scelta è risultata funzionale per garantire la disponibilità di funzioni di alta specializzazione (in particolar modo per Pneumologia e Infettivologia), garantendo nel contempo la disponibilità di p.l. di area intensiva anche per altre patologie.

Potenziamento dotazione di posti letto di Terapia Intensiva

Nell'ottica di una revisione strutturale e di una stabilizzazione dell'offerta di p.l. intensivi come indicazioni ministeriali, la Regione ha definito una proposta di adeguamento delle strutture ospedaliere che prevede lo sviluppo e il consolidamento di complessivi **175 p.l. di T.I.** distribuiti tra gli Enti del SSR come riportato nella tabella 4 che evidenzia la distribuzione dei p.l. per presidio ospedaliero.

Tabella 4. Incremento dei p.l. di T.I.e distribuzione per Aziende (indicazione Circ.Min. 29 maggio 2020)

Codice Azienda	Denominazione Azienda	Codice Istituto	Denominazione Istituto	pl TI da flusso Min	Incremento pl	Dotazione finale
207	ASUGI	046	PRESIDIO OSP. CATTINARA E MAGGIORE DITS	26	20	46
		043	PO GORIZIA E MONFALCONE SEDE GORIZIA	8	4	12
		043	PO GORIZIA E MONFALCONE SEDE MONFALCONE	4	2	6
				38	26	64
206	ASUFC	047	PRESIDIO OSPEDALIERO SMM - SEDE UDINE	31	19	50
			di cui ordinari	28	22	50
			di cui DH (*)	3	-3	0
		044	PO LATISANA E PALMANOVA SEDE PALMANOVA	8	0	8
		044	PO LATISANA E PALMANOVA SEDE LATISANA	4	0	4
		045	SEDE DI SAN DANIELE	8	0	8
		045	SEDE DI TOLMEZZO	8	0	8
		59	19	78		
205	ASFO	041	PRESIDIO OSPEDALIERO SANTA MARIA DEGLI A	10	8	18
		042	P.O. SAN VITO AL T. SEDE DI S. VITO AL T	5	0	5
				15	8	23
901	I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	901	I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	4	2	6
902	CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO	902	CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO	4	0	4
			TOTALI	120	55	175

(*) I dati da flusso ministeriale indicavano per il PO di Udine anche 3 posti letto di DH che nel consolidamento dei p.l. non saranno più considerati.

La proposta di revisione strutturale e di stabilizzazione dell'offerta di p.l. intensivi prevede **175 p.l. totali**, di cui 102 in presidi con DEA di II livello (Cattinara e Udine) e 1 IRCCS (Burlo Garofolo) e i restanti nei presidi con DEA di I livello (Pordenone).

Terapia Semintensiva

La gestione dell'emergenza COVID-19 ha visto l'attivazione, in Regione, di posti letto di T.S. (v. tabella n. 5) così distribuiti:

- 6 nel presidio ospedaliero di Pordenone;
- 8 nel presidio ospedaliero di Udine;
- 18 nel presidio ospedaliero di Trieste (inizialmente attivati 14 p.l. presso l'Ospedale Maggiore poi trasferiti al Cattinara e incrementati a fine marzo di 1 p.l. a fine marzo; il 3 aprile 3 posti letto intensivi sono stati convertiti in posti letto di T.S.).

Tabella 5. Timing attivazione e distribuzione dei p.l. di T.S. durante la fase emergenziale

Data	Presidio Ospedaliero	N posti letto Terapia Semintensiva
16 marzo	Pordenone	6
16 marzo	Udine	8
16 marzo	Trieste (Ospedale Maggiore)	14
30 marzo	Trieste (Cattinara)	15 (disattivati i 14 del Maggiore)
3 aprile	Trieste (Cattinara)	18

Potenziamento dotazione di posti letto di Terapia Semintensiva

La circolare ministeriale prevede che le regioni programmino la "disponibilità di p.l. di T.S. con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica per acuzie ...". A livello regionale è stata valutata la situazione in essere rispetto alle dotazioni dei suddetti p.l. per singolo presidio ospedaliero e sono state valutate e condivise le modalità di adeguamento strutturale per raggiungere l'obiettivo di complessivi 85 p.l.

Nella tabella 6 seguente è rappresentata la proposta di riorganizzazione regionale che prevede la disponibilità di complessivi **85 p.l.** di terapia semintensiva a livello regionale.

Tabella 6. Numero di p.l. convertiti in p.l. di T.S. e distribuzione per Aziende (indicazione Circ.Min. 29 maggio 2020)

Codice Azienda	Denominazione Azienda	Codice Istituto	Denominazione Istituto	p.l. TS convertiti
207	ASUGI	046	PRESIDIO OSP. CATTINARA E MAGGIORE DI TS	30
		043	PO GORIZIA E MONFALCONE SEDE GORIZIA	4
		043	PO GORIZIA E MONFALCONE SEDE MONFALCONE	0
				34
206	ASUFC	047	PRESIDIO OSPEDALIERO SMM - SEDE UDINE	18
		044	PO LATISANA E PALMANOVA SEDE PALMANOVA	8
		044	PO LATISANA E PALMANOVA SEDE LATISANA	4
		045	SEDE DI SAN DANIELE	0
		045	SEDE DI TOLMEZZO	0
				30
205	ASFO	041	PRESIDIO OSPEDALIERO SANTA MARIA DEGLI A	18
		042	P.O. SAN VITO AL T. SEDE DI S. VITO AL T	0
				18
901	I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	901	I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	3
902	CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO	902	CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO	0
			TOTALI	85

Stima dei costi per adeguamento posti letto T.I. e T.S.

L'allegato 2 (tabella 2 *Terapia Intensiva e semintensiva*) del presente documento, riporta i costi relativi all'adeguamento strutturale e tecnologico necessari per l'incremento dei p.l. di T.I. e T.S. a livello regionale.

Per la stima di tali costi, IVA inclusa, è stato considerato quanto previsto all'art. 2 della Relazione Tecnica al DL 34/2020, ovvero:

Tipologia p.l.	mq/p.l.	Costo adeguamento/mq	Costo attrezzaggio/p.l.
Terapie intensive	30,00	2.928,00 €	85.400,00 €
Terapie Semintensive	30,00	2.440,00 €	61.000,00 €

Nell'allegato 5 (tabella 7a *Costo personale dipendente Terapie Intensive*) è indicato il fabbisogno di personale sanitario per la gestione dei p.l. di T.I.

Per la stima del fabbisogno di personale medico e infermieristico, IVA inclusa, è stato considerato quanto previsto all'art. 2 della Relazione Tecnica al DL 34/2020, ovvero:

Personale	Unità/p.l.	Turni	Costo annuale lordo/unità
Medico	1 ogni 4 p.l.	3	118.000,00 €
Infermiere	1 ogni 2 p.l.	4	50.000,00€

Area Medica

A livello regionale l'area medica (internistica e specialistica anche di tipo pediatrico) della Rete degli ospedali *Hub e Spoke* può garantire un'offerta di p.l. adeguata al contesto regionale. In particolare negli ospedali sede di DEA di I e di II livello è possibile differenziare l'offerta di ricovero sia in area specialistica dedicata (come ad esempio in branca infettivologica e pneumologica) sia in area internistica, con la possibilità di dedicare reparti alla gestione esclusiva di una eventuale patologia di tipo epidemico adottando nel contempo percorsi separati a tutela del contenimento del rischio infettivo.

Tale possibilità viene attivata sulla base del contesto epidemiologico locale con una strategia di implementazione progressiva.

La dotazione di ventilatori di tipo non invasivo finora garantita dalla Protezione Civile nazionale può consentire, anche in queste strutture, la gestione di pazienti con insufficienza respiratoria di media gravità.

Rete emergenza urgenza ospedaliera

Durante le fasi acute dell'emergenza i Servizi di Pronto Soccorso (P.S.) regionali hanno subito un afflusso di accessi di pazienti potenzialmente infetti che è stato affrontato con la creazione di aree di *pre-triage* poste all'esterno dei presidi ospedalieri, in coordinamento con le strutture della Protezione Civile. In tutti i Servizi di P.S. sono stati inoltre predisposti e attivati percorsi e aree separate funzionalmente per la gestione dei pazienti infetti e/o con sospetto di infezione.

Tabella 7. Servizi di Pronto Soccorso regionali interessati dalla riorganizzazione

Codice Azienda	Denominazione Azienda	Codice Istituto	Denominazione Istituto	PS da adeguare
207	ASUGI	046	PRESIDIO OSP. CATTINARA E MAGGIORE DI TS	1
		043	PO GORIZIA E MONFALCONE SEDE GORIZIA	1
		043	PO GORIZIA E MONFALCONE SEDE MONFALCONE	1
				3
206	ASUFC	047	PRESIDIO OSPEDALIERO SMM - SEDE UDINE	1
		044	PO LATISANA E PALMANOVA SEDE PALMANOVA	1
		044	PO LATISANA E PALMANOVA SEDE LATISANA	1
		045	SEDE DI SAN DANIELE	1
		045	SEDE DI TOLMEZZO	1
				5
205	ASFO	041	PRESIDIO OSPEDALIERO SANTA MARIA DEGLI A	1
		042	P.O. SAN VITO AL T. SEDE DI S. VITO AL T	1
		042	P.O. SAN VITO AL T. SEDE DI SPILIMBERGO	1
				3
901	I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	901	I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	1
902	CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO	902	CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO	0
			TOTALI	12

Per i Servizi di P.S., l'obiettivo finale, previsto dalle indicazioni ministeriali, prevede una riorganizzazione delle attività per garantire i criteri di separazione e sicurezza, in particolare il consolidamento dei percorsi separati e individuazione di aree di permanenza dei pazienti in attesa di diagnosi.

Tale obiettivo, come per i p.l. di T.I., non può che essere ricondotto in una revisione del piano edilizio sanitario regionale, con la definizione, ove possibile, di nuovi layout dei Pronto Soccorso. Le progettualità già in corso di realizzazione dovranno prevedere variazioni dei progetti esecutivi, mentre per le strutture da riqualificare, i criteri presenti nelle linee guida saranno recepiti nelle decisioni progettuali.

Tale progettualità necessita di tempi medio lunghi di attuazione secondo un cronoprogramma che dovrà contemperare tempi di realizzazione e risorse regionali e nazionali disponibili nell'ottica della sostenibilità economica complessiva.

Nel breve termine vengono mantenute le modalità organizzative approntate durante l'emergenza Covid, e vengono programmate le progettualità di immediata esecuzione.

Stima dei costi per ammodernamento Strutture P.S.

L'allegato 3 (Tabella 3 *Pronto Soccorso*) riporta il dettaglio dei costi per l'ammodernamento delle strutture di Pronto Soccorso della Regione.

Per la stima di tali costi, IVA inclusa, è stato considerato quanto previsto all'art. 2 della Relazione Tecnica al DL34/2020, ovvero:

Tipologia	Importo previsto per tipologia di Presidio		
	Presidio Base	Dea I livello	Dea II livello
Ammodernamento PS	200.000,00 €	300.000,00 €	400.000,00 €

Emergenza territoriale

Per la gestione dei trasporti sanitari territoriali (sia primari che secondari), durante l'emergenza COVID-19 in Regione vi è stato un forte impegno nell'azione di coordinamento e mantenimento delle corrette procedure di sanificazione dei mezzi di trasporto, con coinvolgimento attivo anche del privato accreditato. Nonostante tale azione, in relazione all'emergenza territoriale risulta necessaria l'implementazione di mezzi dedicati o dedicabili ai trasferimenti secondari tra strutture COVID-19, alle dimissioni protette, ai trasporti interospedalieri no COVID-19.

A tal fine, tenuto conto delle risorse disponibili per il finanziamento previsto dalla legge nazionale, si chiede il potenziamento delle dotazioni della Rete di emergenza territoriale consistente in:

- 1 automezzo di soccorso (ambulanza)
- 5 dirigenti medici
- 5 infermieri
- 5 OTA/OSS
- 5 autisti

Tale incremento di dotazione verrà destinato a una delle Aziende Sanitarie Regionali.

Stima dei costi per la gestione dei trasporti sanitari

Il dettaglio sulla dotazione di un mezzo di soccorso e, del fabbisogno di personale sanitario e tecnico necessario alla sua attivazione, sono riportati rispettivamente negli allegati n. 4 (tabella 4 *Mezzi di Trasporto*) e n. 6 (tabella 7b *Costo personale dipendente mezzi di soccorso*).

L'art. 2 della Relazione Tecnica al DL 34/2020 quantifica il costo per l'acquisto di un mezzo di soccorso in **150.000,00 €** e un costo per la sua manutenzione pari al 9% del costo del mezzo, a decorrere dal 2021.

Per il calcolo della dotazione organica necessaria per l'attivazione di un mezzo è stato considerato quanto previsto all'art. 2 della Relazione Tecnica al DL34/2020, per il personale OTA/OSS il cui costo annuo non è contemplato nella citata relazione è stato attribuito lo stesso importo annuo lordo indicato per l'autista/barelliere, ovvero:

Personale	Unità/mezzo	Costo annuale lordo/unità
Medico	5	118.000,00 €
Infermiere	5	50.000,00€
Autista/Barelliere	5	30.000€
OTA/OSS	5	30.000€

Personale

Il presente piano prevede e recepisce le diverse misure per l'incremento delle risorse in materia di personale come da dettaglio del documento ministeriale³; per il calcolo delle risorse necessarie all'adeguamento e incremento di p.l. di T.I. e, in particolare, rispetto a:

- dotazione di personale dei mezzi di soccorso dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti COVID-19, per le dimissioni protette e per i trasporti inter-ospedalieri per pazienti non COVID, ...;
- incentivi al personale operante nei servizi dedicati alla gestione di pazienti COVID-19;....

I calcoli relativi al personale sono stati effettuati come da indicazioni e formule riportate nella relazione tecnica del DL 34/2020 (vedi tabelle precedenti per singolo capitolo di spesa). Il dettaglio dei costi relativi al personale è riportato negli allegati n. 5 (tabella 7a *Costo personale dipendente T.I.*) e 7 (Tabella 7c *Costo per incentivi di personale*).

³ *Linee di indirizzo per il potenziamento della rete per emergenza COVID-19*" (Circolare ministeriale 0011254-29/05/2020-DGPROGS-MDS-P

Allegato 1- Estratto dotazione posti letto T.I. e T.S. (Dashboard NSIS – scarico in data 19 giugno 2020)

Tab. 1 - Posti letto di terapia intensiva - Codice HSE: 49							
Codice Azienda	Denominazione Azienda	Codice Istituto	Denominazione Istituto	Posti letto MAX espansione	Posti letto attivati fase emergenziale	Posti letto da Piano di riorganizzazione	Posti letto finali
205	AS FRIULI OCCIDENTALE	041	PRESIDIO OSPEDALIERO SANTA MARIA DEGLI A	10		8	18
205	AS FRIULI OCCIDENTALE	041	PRESIDIO OSPEDALIERO SANTA MARIA DEGLI A	15	Covid-19	0	
205	AS FRIULI OCCIDENTALE	042	P.O. SAN VITO AL T. SEDE DI S. VITO AL T	5		0	5
902	CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO	902	CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO	4		0	4
207	ASU GIULIANO ISONTINA	046	PRESIDIO OSP. CATTINARA E MAGGIORE DI TS	8		0	
207	ASU GIULIANO ISONTINA	046	PRESIDIO OSP. CATTINARA E MAGGIORE DI TS	10		0	10
207	ASU GIULIANO ISONTINA	046	PRESIDIO OSP. CATTINARA E MAGGIORE DI TS	15	Covid-19	0	16
207	ASU GIULIANO ISONTINA	046	PRESIDIO OSP. CATTINARA E MAGGIORE DI TS	24	Covid-19	0	
207	ASU GIULIANO ISONTINA	043	PO GORIZIA E MONFALCONE SEDE GORIZIA	16	Covid-19	0	12
207	ASU GIULIANO ISONTINA	043	PO GORIZIA E MONFALCONE SEDE MONFALCONE	4		2	6
206	ASU FRIULI CENTRALE	044	PO LATISANA E PALMANOVA SEDE LATISANA	4		0	4
206	ASU FRIULI CENTRALE	044	PO LATISANA E PALMANOVA SEDE PALMANOVA	21	Covid-19	0	
206	ASU FRIULI CENTRALE	044	PO LATISANA E PALMANOVA SEDE PALMANOVA	8		0	8
206	ASU FRIULI CENTRALE	045	SEDE DI SAN DANIELE	8		0	8
206	ASU FRIULI CENTRALE	045	SEDE DI TOLMEZZO	8		0	8
206	ASU FRIULI CENTRALE	047	PRESIDIO OSPEDALIERO SMM - SEDE UDINE	8		0	8
206	ASU FRIULI CENTRALE	047	PRESIDIO OSPEDALIERO SMM - SEDE UDINE	2		0	
206	ASU FRIULI CENTRALE	047	PRESIDIO OSPEDALIERO SMM - SEDE UDINE	8		0	8
206	ASU FRIULI CENTRALE	047	PRESIDIO OSPEDALIERO SMM - SEDE UDINE	12	Covid-19	0	12
206	ASU FRIULI CENTRALE	047	PRESIDIO OSPEDALIERO SMM - SEDE UDINE	9	Covid-19	0	
901	I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	901	I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	4		2	6
901	I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	901	I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	4	Covid-19	0	
207	ASU GIULIANO ISONTINA	043	PO GORIZIA E MONFALCONE SEDE GORIZIA	0		4	
207	ASU GIULIANO ISONTINA	046	PRESIDIO OSP. CATTINARA E MAGGIORE DI TS	0		0	
207	ASU GIULIANO ISONTINA	046	PRESIDIO OSP. CATTINARA E MAGGIORE DI TS	0		20	20
206	ASU FRIULI CENTRALE	047	PRESIDIO OSPEDALIERO SMM - SEDE UDINE	0		0	
206	ASU FRIULI CENTRALE	047	PRESIDIO OSPEDALIERO SMM - SEDE UDINE	0		12	12
206	ASU FRIULI CENTRALE	047	PRESIDIO OSPEDALIERO SMM - SEDE UDINE	0		10	10
			TOTALE	207		58	175

Tab. 2: Posti letto di Terapia Semintensiva (NUOVO codice HSE: 94)

Codice Azienda	Denominazione Azienda	Codice Istituto	Denominazione Istituto	P.L. Programmati DO	P.L. Ristrutturazione	Totale P.L. programmati
207	ASU GIULIANO ISONTINA	043	PO GORIZIA E MONFALCONE SEDE GORIZIA	4	4	4
207	ASU GIULIANO ISONTINA	046	PRESIDIO OSP. CATTINARA E MAGGIORE DI TS	30	30	30
206	ASU FRIULI CENTRALE	047	PRESIDIO OSPEDALIERO SMM - SEDE UDINE	18	18	18
206	ASU FRIULI CENTRALE	044	PO LATISANA E PALMANOVA SEDE PALMANOVA	8	8	8
205	AS FRIULI OCCIDENTALE	041	PRESIDIO OSPEDALIERO SANTA MARIA DEGLI A	18	18	18
901	I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	901	I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	3	3	3
206	ASU FRIULI CENTRALE	044	PO LATISANA E PALMANOVA SEDE LATISANA	4	4	4
				85	85	85

Allegato 2 – Tabella 2 Terapia Intensiva e Semintensiva

DATI ANAGRAFICI											DESCRIZIONE INTERVENTO							QUADRO ECONOMICO					ANALISI COSTI			
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DENOMINAZIONE STABILIMENTO	COMUNE	PROVINCIA	Classificazione struttura [Base/DEA I/DEA II]	Tipologia Lavori	Posti letto da realizzare [terapia intensiva] NR	Posti letto da realizzare [terapia semi-intensiva] NR	Tipologia di intervento	Adegumento posti letto esistenti?	Superficie complessiva [mq]	Descrizione intervento	Importo lavori [€]	Importo attrezzature elettromedicali [€]	Altro [€]	IVA	Importo complessivo da quadro economico IVA inclusa [€]	Importo sostenuto (applicazione art. 2 comma 14 D.L. n. 34 del 19 maggio 2020)	€/mq [€]	€/p.l. [€]	mq/p.l. [mq]
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)= 19+20+21+22	(24)	(25)= (23)/(17)	(26)= (23)/(13 o 14)	(27)= (17)/(13 o 14)
060	Friuli - Venezia Giulia	205	AS FO	041	PO di Pordenone			Pordenone	PN	I livello	Nuova costruzione	8	18	PL ulteriori da aggiungere in fase2	NO	780	Adeguamento posti letto TIPO Nuovo Ospedale	1.656.000,00 €	1.460.000,00 €		685.520,00 €	3.801.520,00 €		4.873,74 €	475.190,00 €	97,50
060	Friuli - Venezia Giulia	205	AS FO	042	PO di San Vito al Tagliamento			San Vito al Tagliamento	PN	I livello	Intervento su struttura esistente	0	0		NO	-		0,00 €	0,00 €		- €	- €		- €	- €	-
060	Friuli - Venezia Giulia	205	AS FO	042	PO di Spilimbergo			Spilimbergo	PN	I livello	Intervento su struttura esistente	0	0		NO	-		0,00 €	0,00 €		- €	- €		- €	- €	-
060	Friuli - Venezia Giulia	206	ASU FC	047	PO di Udine			Udine	UD	II livello	Intervento su struttura esistente	10	18	PL aggiuntivi da confermare in fase 2	SI	840	Adeguamento posti letto emergenza li realizzati	1.800.000,00 €	1.600.000,00 €		748.000,00 €	4.148.000,00 €		4.938,10 €	414.800,00 €	84,00
060	Friuli - Venezia Giulia	206	ASU FC	047	PO di Udine			Udine	UD	II livello	Nuova costruzione	12	0	PL ulteriori da aggiungere in fase2	NO	360	Posti letto progetto III e IV lotto Nuovo Ospedale	864.000,00 €	840.000,00 €		374.880,00 €	2.078.880,00 €		5.774,67 €	173.240,00 €	30,00
060	Friuli - Venezia Giulia	206	ASU FC	044	PO di Palmanova			Palmanova	UD	I livello	Intervento su struttura esistente	0	8	PL ulteriori da aggiungere in fase2	SI	240	Adeguamento posti letto aggiuntivi	480.000,00 €	480.000,00 €		211.200,00 €	1.171.200,00 €		4.880,00 €	146.400,00 €	30,00
060	Friuli - Venezia Giulia	206	ASU FC	044	PO di Latisana			Latisana	UD	I livello	Intervento su struttura esistente	0	4	PL ulteriori da aggiungere in fase2	SI	120	Adeguamento posti letto aggiuntivi	240.000,00 €	200.000,00 €		96.800,00 €	536.800,00 €		4.473,33 €	134.200,00 €	30,00
060	Friuli - Venezia Giulia	206	ASU FC	045	PO di Tolmezzo			Tolmezzo	UD	I livello	Intervento su struttura esistente	0	0			-		- €	- €		- €	- €		- €	- €	-
060	Friuli - Venezia Giulia	206	ASU FC	045	PO di San Daniele del Friuli			San Daniele del Friuli	UD	I livello	Intervento su struttura esistente	0	0			-		- €	- €		- €	- €		- €	- €	-
060	Friuli - Venezia Giulia	207	ASU GI	046	PO di Cattinara			Trieste	TS	II livello	Intervento su struttura esistente	20	30	PL aggiuntivi in fase 1	SI	1.500	Adeguamento posti letto realizzati in fase 1	3.240.000,00 €	2.900.000,00 €		1.350.800,00 €	7.490.800,00 €		4.993,87 €	374.540,00 €	75,00
060	Friuli - Venezia Giulia	207	ASU GI	043	PO di Montalcone			Montalcone	GO	I livello	Intervento su struttura esistente	2	0	PL ulteriori da aggiungere in fase2	SI	60	Ampliamento posti letto esistenti	144.000,00 €	140.000,00 €		62.480,00 €	346.480,00 €		5.774,67 €	173.240,00 €	30,00
060	Friuli - Venezia Giulia	207	ASU GI	043	PO di Gorizia			Gorizia	GO	I livello	Intervento su struttura esistente	4	4	PL aggiuntivi da confermare in fase 2	SI	120	Adeguamento posti letto esistenti	528.000,00 €	480.000,00 €		221.760,00 €	1.229.760,00 €		10.248,00 €	307.440,00 €	30,00
060	Friuli - Venezia Giulia	901	IRCCS BURLO GAROFALLO	901	IRCCS Burlo Garofalo di Trieste			Trieste	TS	IRCCS	Intervento su struttura esistente	2	3	PL aggiuntivi da confermare in fase 2	SI	150	Ampliamento posti letto esistenti	324.000,00 €	290.000,00 €		135.080,00 €	749.080,00 €		4.993,87 €	374.540,00 €	75,00

Allegato 3 - Tabella 3 Pronto Soccorso

DATI ANAGRAFICI											DESCRIZIONE INTERVENTO			TIPOLOGIA INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE								QUADRO ECONOMICO					ANALISI COSTI
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA		CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DENOMINAZIONE STABILIMENTO	COMUNE	PROVINCIA	Classificazione struttura [Base/ DEA I/ DEA II]	Tipologia Lavori	Superficie complessiva [mq]	Descrizione intervento	aree di pre-triage distinte	area di attesa dedicata covid-19	ambulatorio dedicato covid-19	area dedicata per soggetti in attesa di esito tampone	percorso specificatamente individuato per paziente COVID-19	accesso diretto e percorsi dedicati di mezzi di soccorso a spazi di attesa sospetti barellati	diagnostica radiologica dedicata	Importo lavori [€]	Importo attrezzature elettromedicali [€]	Altro [€]	IVA	Importo complessivo da quadro economico IVA inclusa [€]	Importo sostenuto (applicazioni art. 2 comma 14 D.L. n. 34 del 19 maggio 2020)	€/mq [€]
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)= 22+23+24+25	(27)	(28)= (26)/(13)
060	Friuli - Venezia Giulia	205	AS FO	041	PO di Pordenone			Pordenone	PN	I livello	Nuova costruzione		Adeguamento pronto soccorso esistente	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	245.901,64 €			54.098,36 €	300.000,00 €	- €	- €
060	Friuli - Venezia Giulia	205	AS FO	042	PO di San Vito al Tagliamento			San Vito al Tagliamento	PN	I livello	Intervento su struttura esistente		Adeguamento pronto soccorso esistente	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	245.901,64 €			54.098,36 €	300.000,00 €	- €	- €
060	Friuli - Venezia Giulia	205	AS FO	042	PO di Spilimbergo			Spilimbergo	PN	I livello	Intervento su struttura esistente		Adeguamento pronto soccorso esistente	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	245.901,64 €			54.098,36 €	300.000,00 €	- €	- €
060	Friuli - Venezia Giulia	206	ASU FC	047	PO di Udine			Udine	UD	II livello	Intervento su struttura esistente		Adeguamento pronto soccorso esistente	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	327.868,85 €			72.131,15 €	400.000,00 €	- €	- €
060	Friuli - Venezia Giulia	206	ASU FC	044	PO di Palmanova			Palmanova	UD	I livello	Intervento su struttura esistente		Adeguamento pronto soccorso esistente	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	245.901,64 €			54.098,36 €	300.000,00 €	- €	- €
060	Friuli - Venezia Giulia	206	ASU FC	044	PO di Latisana			Latisana	UD	I livello	Intervento su struttura esistente		Adeguamento pronto soccorso esistente	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	245.901,64 €			54.098,36 €	300.000,00 €	- €	- €
060	Friuli - Venezia Giulia	206	ASU FC	045	PO di Tolmezzo			Tolmezzo	UD	I livello	Intervento su struttura esistente		Adeguamento pronto soccorso esistente	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	245.901,64 €			54.098,36 €	300.000,00 €	- €	- €
060	Friuli - Venezia Giulia	206	ASU FC	045	PO di San Daniele del Friuli			San Daniele del Friuli	UD	I livello	Intervento su struttura esistente		Adeguamento pronto soccorso esistente	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	245.901,64 €			54.098,36 €	300.000,00 €	- €	- €
060	Friuli - Venezia Giulia	207	ASU GI	046	PO di Cattinara			Trieste	TS	II livello	Intervento su struttura esistente		Adeguamento pronto soccorso esistente	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	327.868,85 €			72.131,15 €	400.000,00 €	- €	- €
060	Friuli - Venezia Giulia	207	ASU GI	043	PO di Monfalcone			Gorizia	GO	I livello	Intervento su struttura esistente		Adeguamento pronto soccorso esistente	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	245.901,64 €			54.098,36 €	300.000,00 €	- €	- €
060	Friuli - Venezia Giulia	207	ASU GI	043	PO di Gorizia			Gorizia	GO	I livello	Intervento su struttura esistente		Adeguamento pronto soccorso esistente	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	245.901,64 €			54.098,36 €	300.000,00 €	- €	- €
060	Friuli - Venezia Giulia	901	IRCCS BURLO GAROFOLO	901	IRCCS Burlo Garofolo di Trieste			Trieste	TS	IRCCS	Intervento su struttura esistente		Adeguamento pronto soccorso esistente	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	245.901,64 €			54.098,36 €	300.000,00 €	- €	- €

Allegato 4 - Tabella 4 Mezzi di trasporto

DATI ANAGRAFICI					ACQUISTO AMBULANZE			
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	SEDE DEL MEZZO DI SOCCORSO	Ambulanze da acquistare [n°]	Indicare tipologia allestimento	Costo cad. [€]	Costo complessivo [€]
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)=(6)*(8)
060	FVG	206	ASUFC	UDINE	1	<i>equipaggiamento ALS</i>	150.000,00 €	150.000,00 €

Allegato 5 - Tabella 7a Costo personale dipendente Terapia Intensiva

DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE								
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	INCREMENTO POSTI LETTO	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE	ALTRO PERSONALE NOTE	TIPO RUOLO
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
060	F.V.G.	207	ASUGI	046	CATTINARA	26	20	635.384,62	52	700.000,00				SANITARIO
060	F.V.G.	206	ASUFC	047	S.M.DELLA MISERICORDIA	19	14	444.769,23	38	511.538,46				SANITARIO
060	F.V.G.	205	ASFO	041	S.M.DEGLI ANGELI	8	6	190.615,38	16	215.384,62				SANITARIO
060	F.V.G.	901	BURLO	901	BURLO GAROFOLO	2	2	63.538,46	4	53.846,15				SANITARIO

Allegato 6 -Tabella 7 b Costo personale dipendente mezzi di soccorso

DATI ANAGRAFICI				PERSONALE DIPENDENTE - MEZZI DI SOCCORSO (AMBULANZE)										
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	NR PERSONAL E MEDICO	COSTO PERSONAL E MEDICO	NR PERSONAL E INFERMIERISTICO	COSTO PERSONAL E INFERMIERISTICO	NR PERSONAL E OTA/OSS	COSTO PERSONAL E OTA/OSS	NR PERSONAL E AUTISTA-BARELLIERE	COSTO PERSONAL E AUTISTA-BARELLIERE	NR ALTRO PERSONAL E	COSTO ALTRO PERSONAL E	ALTRO PERSONAL E NOTE
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
060	FVG	206	ASUFC	5	340.384,62	5	144.231	5	100.961.54	5	86.538			


Allegato 7 - Tabella 7 c Costo per incentivi di personale

DATI ANAGRAFICI						COSTO INCENTIVI		COSTO INCENTIVI		COSTO INCENTIVI		COSTO INCENTIVI	
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	DIRIGENTE	COMPARTO	DIRIGENTE	COMPARTO	DIRIGENTE	COMPARTO	DIRIGENTE	COMPARTO
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
060	FVG	207	ASUGI			560.863,72	2.242.065,33				750.000,00		
060	FVG	206	ASUFC			679.474,51	2.497.915,83				832.638,61		
060	FVG	205	ASFO			227.294,99	871.676,29				290.558,76		
060	FVG	901	BURLO			23.259,14	57.928,41				19.309,47		
060	FVG	902	CRO			5.508,62	13.863,99				4.621,33		

IL PRESIDENTE

IL VICESEGRETARIO GENERALE

**Allegato B: 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) - Allegato 1 alla DGR
1369 del 11.09.2020**

	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 territoriale.*;
- 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			
• Infermieri	10	1.125.000,00	1.125.000,00
• Tecnici specializzati	10		
• amministrativi	5		
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.