



Proposta n. 1111 / 2020

PUNTO fs / 1 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 16/06/2020

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 782 / DGR del 16/06/2020

OGGETTO:

Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria.



COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Gianluca Forcolin	Assente
Assessori	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Federico Caner	Presente
	Cristiano Corazzari	Presente
	Elisa De Berti	Presente
	Elena Donazzan	Presente
	Manuela Lanzarin	Presente
	Roberto Marcato	Presente
Segretario verbalizzante	Giuseppe Pan	Presente
	Mario Caramel	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

MANUELA LANZARIN

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.





OGGETTO: Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”. Attuazione delle misure in materia sanitaria.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento vengono programmate le azioni regionali attuative delle misure in materia sanitaria connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19 previste dal decreto-legge n. 34/2020 denominato “Decreto Rilancio”.

Il relatore riferisce quanto segue.

Con delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 è stato dichiarato, per sei mesi - sulla base della dichiarazione di emergenza internazionale di salute pubblica per il coronavirus (PHEIC) dell’Organizzazione Mondiale della Sanità del 30 gennaio 2020 - lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

Molti sono gli atti che si sono susseguiti in materia, sia a livello nazionale (decreti-legge, decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, ordinanze del Ministero della Salute, ordinanze del Capo Dipartimento della Protezione Civile) che regionale, che hanno disposto una riorganizzazione dell’assistenza sanitaria finalizzata a fronteggiare l’emergenza COVID-19.

In campo sanitario, la Fase 1, legata alla gestione dell’emergenza e in considerazione del probabile evolversi del rischio epidemiologico, è stata caratterizzata dalla predisposizione di interventi finalizzati a riorientare l’offerta di servizi sanitari e sociosanitari per contrastare la crescita dell’infezione sul territorio regionale. Il decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, si colloca in tale fase del contesto emergenziale, e prevede diverse misure di potenziamento del servizio sanitario nazionale finalizzate a contenere gli effetti negativi dell’emergenza epidemiologica COVID-19.

La Fase 1 ha visto l’adozione di misure finalizzate a potenziare il servizio sanitario nazionale sia a livello ospedaliero che territoriale, sia, parallelamente a tale potenziamento, con riguardo alle risorse umane, garantendo ai servizi sanitari regionali un reclutamento straordinario di risorse professionali mediche e sanitarie, indispensabili per garantire i livelli essenziali di assistenza. Caratteristiche di questa fase sono stati gli interventi di distanziamento sociale, la sorveglianza attiva degli operatori e della popolazione, il potenziamento della gestione domiciliare dei casi positivi, l’incremento dei servizi di degenza soprattutto intensiva, il reperimento e la distribuzione dei dispositivi di protezione individuale, l’adozione degli schemi terapeutici e farmacologici che presentano evidenze cliniche, l’attivazione di flussi informativi tempestivi e dedicati al sistema delle decisioni, la gestione coordinata delle comunicazioni.

A livello regionale, in relazione all’emergenza in atto e alle indicazioni ministeriali, con deliberazione n. 344 del 17 marzo 2020 è stato approvato il “Piano Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica”. Il Piano ha l’obiettivo primario ed urgente di interrompere la catena di trasmissione del virus attraverso un’importante riorganizzazione delle attività dei dipartimenti di prevenzione delle aziende ulss per favorire la ricerca puntuale e sistematica di tutti i casi confermati, intensificare le conseguenti inchieste epidemiologiche ed intervenire con le disposizioni di isolamento domiciliare fiduciario e quarantena, in linea con le indicazioni ministeriali.



Allo stesso tempo, il 15 marzo 2020 è stato elaborato e approvato dall'Unità di Crisi istituita con Decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21 febbraio 2020 il Piano di Emergenza COVID-19 del Veneto, preparando l'intero sistema sanitario all'ipotesi di maggior pressione possibile. E' stato disposto, nella fase iniziale, un incremento dell'offerta di posti letto aggiuntivi, potenziando la capacità degli ospedali Hub e attrezzando ulteriori posti letto di area intensiva e semintensiva respiratoria, ritenendo di fondamentale importanza la presenza di questi ultimi al fine di consentire la corretta selezione dei pazienti da destinare all'assistenza intensiva e di malattie infettive.

Inoltre, è stata rimodulata l'offerta ospedaliera prevedendo l'individuazione di ospedali interamente dedicati all'esclusiva gestione di pazienti COVID-19.

Di seguito, e in considerazione dell'efficacia ed efficienza delle azioni intraprese con tale Piano, è stata approvata la deliberazione n. 552 del 5 maggio 2020, di approvazione del Piano emergenziale ospedaliero, per definire la risposta ad eventi epidemici, garantendo la disponibilità di posti letto con contestuale potenziamento degli stessi.

Nella gestione dell'emergenza, ha assunto e assume a tutt'oggi una grande importanza l'assistenza domiciliare per tutti i casi che non necessitano di ricovero, al fine di non aggravare inappropriatamente i pronto soccorsi nella gestione delle emergenze ed urgenze. In tale ambito, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) sono di rilevanza strategica per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19.

Ancora, in considerazione della situazione sanitaria e nell'ottica dell'erogazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza, al fine di limitare il rischio di contagio oltre che di offrire un supporto ai servizi di assistenza primaria per monitoraggio, cura, riabilitazione e prevenzione secondaria nei confronti di persone fragili o affette da patologie croniche, con deliberazione n. 568 del 5 maggio 2020, è stata riconosciuta agli enti del servizio sanitario regionale la possibilità di erogare servizi di assistenza sanitaria in modalità di telemedicina, secondo le Linee di indirizzo nazionali di cui all'Intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e province autonome sancita in data 20 febbraio 2014 (repertorio atti n.16/CSR).

Sono state altresì implementate azioni sui sistemi informativi per gestire l'emergenza COVID-19, al fine di soddisfare i bisogni conoscitivi che permettano ai soggetti attori di governare l'epidemia avendo i dati necessari a disposizione.

Parallelamente alle azioni di potenziamento e riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale messe in campo e all'evolversi dell'emergenza sanitaria, le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale sono stati autorizzati ad incrementare le dotazioni del personale sanitario.

Infine, con riferimento al settore farmaceutico, sono state adottate misure di riorganizzazione del sistema di prescrizione e 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.

La Fase 2, contraddistinta da un progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale, è orientata alla progressiva normalizzazione degli interventi e coincide con la ripresa dell'attività sanitaria ordinaria e programmata. Caratteristiche di questa fase sono il progressivo riassorbimento della capacità produttiva attivata, il potenziamento degli screening sulla popolazione e la sorveglianza attiva, il mantenimento di sistemi di protezione individuale e collettiva. Parallelamente, sono adottate misure di rafforzamento strutturale delle strutture sanitarie operanti sul territorio al fine di rendere i servizi di prevenzione e di



assistenza pronti ad individuare, circoscrivere e gestire eventuali recrudescenze epidemiche (isolamento dei casi e dei contatti stretti), nonché misure di implementazione dell'assistenza domiciliare.

In tal senso, è stato emanato il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 denominato “Decreto Rilancio”, che si pone in linea di continuità con quanto disposto dal decreto-legge 18/2020 e con le azioni regionali finora intraprese e con il quale, sempre per quanto riguarda la materia della salute - comprensiva quindi della prevenzione, dell'assistenza, della cura dei cittadini siano essi minori o adulti, portatori di una o più patologie, persone/anziani non autosufficienti, portatori di disabilità psichica, ed altro – sono state dettate le disposizioni il cui ambito di applicazione soggettivo sono i ministeri interessati, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti del servizio sanitario nazionale.

In particolare, si evidenziano di seguito gli articoli del decreto-legge che prevedono le misure che regioni, province autonome ed enti del servizio sanitario nazionale dovranno o, nei casi di disposizioni autorizzative come per esempio quelle riguardanti l'incremento di spesa per il personale, potranno implementare.

L'articolo 1 detta le disposizioni in materia di riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Al fine di rafforzare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2, soprattutto in questa fase di progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale, per l'anno 2020 le regioni e le province autonome sono chiamate ad adottare piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale. L'obiettivo è quello di implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, di monitoraggio e sorveglianza della circolazione del virus, dei casi confermati e dei loro contatti al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai oltre ad assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario.

I predetti piani assistenziali sono recepiti nei programmi operativi regionali per la gestione dell'emergenza COVID-19 previsti dall'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 18/2020 e devono contenere specifiche 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, indirizzate a un costante monitoraggio e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell'isolamento e del trattamento.

Le regioni devono inoltre organizzare le attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture residenziali.

Inoltre lo stesso articolo prevede:

- l'incremento delle azioni terapeutiche ed assistenziali a livello domiciliare, sia per l'assistenza connessa all'emergenza epidemiologica sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o quarantenati nonché per i soggetti cronici, 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;
- il rafforzamento dei servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità;
- la garanzia di una più ampia funzionalità delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), con il coinvolgimento anche dei medici specialisti ambulatoriali interni;
- la possibilità per aziende ed enti del servizio sanitario nazionale di conferire incarichi di lavoro autonomo a professionisti del profilo di assistente sociale a supporto delle USCA;
- l'attivazione di centrali operative regionali con funzione di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante sistemi informativi e di telemedicina;
- la possibilità dell'incremento della spesa di personale anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente.



L'articolo 2 detta disposizioni di riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19.

In particolare, le regioni e le province autonome, al fine di rafforzare strutturalmente il servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso, garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus SARS-CoV-2, ai suoi esiti e a eventuali accrescimenti improvvisi della curva epidemica.

La disposizione prevede per ciascuna regione e provincia autonoma un incremento strutturale dei posti letto di terapia intensiva determinando una dotazione pari a 0,14 posti letto per mille abitanti.

I piani di riorganizzazione sono approvati dal Ministero della Salute secondo la metodologia di cui al comma 8 del medesimo articolo e sono recepiti nei programmi operativi di cui all'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 18/2020.

Ulteriori disposizioni inoltre prevedono:

- la programmazione da parte di regioni e province autonome di una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. In relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50 per cento dei posti letto di cui al presente comma, si prevede la possibilità di immediata conversione in posti letti di terapia intensiva;
- la disponibilità, fino al 31 dicembre 2020 e per un periodo massimo di 4 mesi dalla data di attivazione, di 300 posti letto di terapia intensiva, suddivisi in 4 strutture movimentabili, ciascuna delle quali dotata di 75 posti letto, da allocare in aree attrezzabili preventivamente individuate da parte di ciascuna regione e provincia autonoma;
- il consolidamento strutturale della separazione dei percorsi nelle strutture ospedaliere che prevedano unità assistenziali in regime di ricovero per pazienti affetti da COVID-19, la ristrutturazione del Pronto Soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi, in attesa di diagnosi;
- l'implementazione dei mezzi di trasporto dei servizi di emergenza ed urgenza;
- la remunerazione delle prestazioni correlate alle particolari condizioni di lavoro del personale dipendente delle aziende ed enti del servizio sanitario nazionale;
- l'incremento di spesa per il personale in conseguenza del potenziamento delle terapie intensive e sub intensive nonché della rete di emergenza territoriale - entro un limite massimo - anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia;
- la possibilità del Commissario Straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza COVID-19 di delegare l'esercizio dei poteri a lui attribuiti per l'attuazione del piano di riorganizzazione a ciascun Presidente di regione o di provincia autonoma che agisce conseguentemente in qualità di commissario delegato;
- procedure semplificate per la realizzazione di opere edilizie strettamente necessarie a perseguire le finalità connesse alle disposizioni dell'articolo in questione.

L'articolo 3 disciplina gli incarichi individuali a tempo determinato che, ai sensi dell'articolo 2-ter del decreto legge 18/2020, le aziende ed enti del servizio sanitario nazionale possono conferire al personale delle professioni sanitarie e agli operatori socio-sanitari, prevedendo tra i soggetti destinatari anche i medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e penultimo anno di corso della scuola di specializzazione per la durata di 6 mesi.



L'articolo 4 detta le misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID-19.

Per far fronte all'emergenza epidemiologica COVID-19, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri 31 gennaio 2020, la disposizione, integrando e completando quanto proposto con l'articolo 32 del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23, riconosce alle strutture private una specifica funzione assistenziale, in deroga ai vincoli e limiti previsti dalla normativa vigente, per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19, e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID-19. La disciplina viene estesa anche alle strutture pubbliche che concorrono al potenziamento delle rete emergenziale COVID-19, compatibilmente con il fabbisogno sanitario riconosciuto per l'anno 2020.

Le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario sopra indicati sono stabilite con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa Intesa con la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

L'articolo 5 prevede un incremento delle borse di studio degli specializzandi attraverso un'ulteriore spesa di 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021 e di 109,2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2022, 2023 e 2024.

L'articolo 8 proroga la validità delle ricette limitative dei farmaci classificati in fascia A per:

- i pazienti già in trattamento con medicinali classificati in fascia A soggetti a prescrizione medica limitativa ripetibile e non ripetibile (RRL e RNRL), di cui agli articoli 91 e 93 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, non sottoposti a Piano Terapeutico o Registro di monitoraggio AIFA, nei casi in cui sia prevista dalla regione o dalla provincia autonoma competente una modalità di erogazione attraverso la distribuzione per conto (DPC);
- i pazienti già in trattamento con i medicinali di cui al punto che precede, con ricetta scaduta e non utilizzata.

Lo stesso articolo detta inoltre disposizioni relative alla validità delle nuove prescrizioni da parte del centro o dello specialista dei medicinali di cui al comma 1 e definisce le condizioni per le quali non si applica la proroga automatica.

L'articolo 9 dispone la proroga piani terapeutici che includono la fornitura di ausili, dispositivi monouso e altri dispositivi protesici, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, per incontinenza, stomie e alimentazione speciale, laringectomizzati, per la prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee, per patologie respiratorie e altri prodotti correlati a qualsivoglia ospedalizzazione a domicilio, in scadenza durante lo stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei Ministri in data 31 gennaio 2020. Prevede, altresì, che le regioni e le province autonome adottino procedure accelerate ai fini delle prime autorizzazioni dei nuovi piani terapeutici.

L'articolo 11 introduce misure urgenti in materia di Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), modificando parzialmente quanto disposto dall'articolo 12 del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221.

L'insieme delle nuove disposizioni introdotte riguardano i seguenti ambiti:



- l'estensione dei contenuti del FSE, che comprende anche le prestazioni erogate al di fuori del servizio sanitario nazionale;
- l'alimentazione e l'accesso anche da parte degli esercenti le professioni sanitarie;
- l'alimentazione del FSE anche su iniziativa dell'assistito con i dati medici in suo possesso;
- una nuova disciplina del consenso, che riguarda solo la consultazione dei dati e documenti presenti nel FSE;
- l'istituzione dell'Anagrafe nazionale dei consensi, dell'Indice nazionale dei documenti del FSE, la realizzazione del Portale Nazionale FSE;
- l'implementazione delle informazioni contenute nel Sistema Tessera Sanitaria disponibile sul FSE.

L'articolo 12 delinea un'accelerazione nella trasmissione al Sistema Tessera Sanitaria dei dati relativi all'avviso di decesso, alla denuncia della causa di morte, all'attestazione di nascita, alla dichiarazione di nascita da parte delle strutture sanitarie, dei medici, dei medici necroscopi o altri sanitari delegati.

Alla luce di quanto finora esposto, con il presente provvedimento si propone di approvare, quali adempimenti previsti dal decreto-legge n. 34/2020 in materia sanitaria, i seguenti documenti, parti integranti del presente atto:

- Piano di potenziamento dell'assistenza territoriale, di cui all'**Allegato A**;
- Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione di cui all'**Allegato B**;
- Sorveglianza strutture residenziali per non autosufficienti di cui all'**Allegato C**;
- Determinazione del fabbisogno, acquisizione di risorse umane e incentivi al personale di cui all'**Allegato D**;
- Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 di cui all'**Allegato E**;
- Misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID-19 di cui all'**Allegato F**;
- Assistenza Farmaceutica di cui all'**Allegato G**;
- Attuazione degli articoli 11 e 12 decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 di cui all'**Allegato H**;
- Sistema informativo COVID-19 di cui all'**Allegato I**.

Si rappresenta infine che il decreto-legge 34/2020 ha provveduto alla definizione degli incrementi del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, al fine di dare concreta attuazione alle disposizioni in esso contenute.

In particolare, l'Allegato A al decreto-legge medesimo assegna al Veneto, per l'anno 2020, l'importo di euro 100.447.241 per l'attuazione dell'articolo 1 (commi 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, e 9). L'Allegato B, relativo alla spesa per il personale territoriale, assegna al Veneto, per l'anno 2020, l'importo di euro 72.032.652 e a decorrere dall'anno 2021 l'importo di euro 77.903.228. L'Allegato D, per le norme relative all'assistenza ospedaliera, assegna al Veneto, per l'anno 2020 l'importo di euro 101.544.271.

Tutto ciò premesso si propone, infine, di incaricare le Direzioni afferenti all'Area Sanità e Sociale dell'esecuzione di quanto disposto con il presente provvedimento per le parti di rispettiva competenza.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente



legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

Vista la delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020;
Visto il decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27;
Visto il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34;
Visto il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023;
Vista la deliberazione n. 344 del 17 marzo 2020;
Vista la deliberazione n. 552 del 5 maggio 2020;
Vista la deliberazione n. 568 del 5 maggio 2020;
Visto l'articolo 2, comma 2, della legge regionale 31 dicembre 2012, n. 54;

DELIBERA

1. di approvare le disposizioni ed i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
2. di approvare i documenti **Allegati A, B, C, D, E, F, G, H, I** che costituiscono parte integrante del presente provvedimento;
3. di disporre che il presente provvedimento si intende sostitutivo di precedenti indicazioni temporali di attuazione dei posti letto;
4. di dare atto che quanto previsto dal presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale;
5. di informare la Quinta Commissione consiliare del presente provvedimento;
6. di incaricare le Direzioni afferenti all'Area Sanità e Sociale dell'esecuzione di quanto disposto con il presente provvedimento per le parti di rispettiva competenza;
7. di pubblicare la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
f.to - Avv. Mario Caramel -



DECRETO RILANCIO - D.L. n. 34 del 19/5/2020

PIANO DI POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Art. 1 – Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale

- Implementare *l'assistenza domiciliare* per garantire la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti, nonché affette da COVID-19, potenziando anche il servizio di assistenza infermieristica sul territorio.
- Garantire una più ampia funzionalità delle *Unità Speciali di Continuità Assistenziale* di cui all'articolo 4-bis del D.L. n. 18 del 17/03/2020.
- Garantire il coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, avvalendosi di *centrali operative* con funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.
- Attivare una funzione di *coordinamento e comunicazione unitaria*, anche telefonica, a servizio dei MMG, PLS, MCA e loro aggregazioni, il SISP e servizi territoriali, per individuare il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio assicurando un coordinamento unitario.
- Sviluppare la figura dell'*infermiere di famiglia o di comunità*.

Potenziamento dell'assistenza domiciliare (Art. 1, commi 3 e 4)**Programmazione regionale: elementi principali**

La Regione Veneto da anni promuove uno sviluppo pianificato ed omogeneo delle cure domiciliari su tutto il territorio regionale, attraverso un'organizzazione che garantisca la continuità dell'assistenza, consolidando le esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia, valorizzando il ruolo dell'infermiere quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo, responsabilizzando e coinvolgendo la famiglia/caregivers nell'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato.

La riorganizzazione avviata dal 2017 (DGR n. 1075/2017) ha posto come obiettivi strategici:

1. la presenza di personale infermieristico 7 giorni su 7, nella fascia oraria compresa tra le ore 07:00 e le ore 21:00, con una pianificazione degli accessi domiciliari sviluppata nell'arco dell'intera settimana;
2. la contattabilità del personale infermieristico per la ricezione delle richieste assistenziali dei pazienti già in carico al servizio stesso ed eventuale attivazione degli infermieri dell'area di competenza, 7 giorni su 7, dalle ore 07:00 alle ore 21:00;
3. l'individuazione di un unico numero telefonico di riferimento a livello di Azienda ULSS per



favorire e semplificare la contattabilità degli operatori dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) da parte del paziente, della sua famiglia, del Medico di Medicina Generale, del Medico di Continuità Assistenziale e dei diversi professionisti coinvolti nella presa in carico;

4. l'integrazione funzionale con i Medici di Medicina Generale e con i Medici di Continuità Assistenziale, pianificando le attività infermieristiche domiciliari in modo che gli assistiti afferenti ad una stessa forma associativa della medicina generale (sia essa medicina di Rete, di Gruppo o Medicina di Gruppo Integrata) abbiano come riferimento un'unica équipe ADI;
5. la garanzia della continuità dell'assistenza in modo che i Medici di Continuità Assistenziale ricevano, con modalità conformi alle disposizioni in tema di tutela della privacy, la lista aggiornata e le informazioni utili sui pazienti afferenti al territorio di propria competenza e già in carico al servizio ADI;
6. la definizione e formalizzazione di procedure organizzativo/assistenziali aziendali relativamente:
 - all'inserimento e affiancamento del nuovo personale nell'équipe ADI;
 - all'attivazione della presa in carico del paziente ADI;
 - alla definizione del Piano Assistenziale Integrato;
 - alla gestione dei problemi di salute e dei bisogni assistenziali della persona;
 - alla formazione all'educazione terapeutica e addestramento della famiglia/caregiver;
 - alla valutazione periodica dell'appropriatezza della presa in carico dei pazienti, con valutazione degli esiti in termini di efficacia/efficienza degli interventi.

Stato dell'arte

Tabella 1 - Caratteristiche dell'Assistenza Domiciliare Integrata, per Azienda ULSS

Cure domiciliari	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9
% Copertura oraria (presenza) <i>Standard previsto: (7/7 gg dalle 7:00 alle 21:00)</i>	93%	100%	93%	100%	100%	79%	100%	67%	80%
% Attività ADI da internalizzare (ossia esternalizzazione presente)	Dist. 1: 82% Dist. 2: 0%	Dist. 1: 43% Dist. 2: 41% Dist. 3: 0% Dist. 4: 0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Dist. 1: 64% Dist. 2: 50% Dist. 3: 0% Dist. 4: 69%
Cartella ADI Unica aziendale	SI	SI	Dist. 1: NO Dist. 2: NO Dist. 3: SI Dist. 4: NO	SI	SI	SI	SI	Dist. 1 NO Dist. 2: SI	SI
Cartella ADI informatizzata	NO	SI	NO	SI	NO	SI	Dist. 1: NO Dist. 2: SI	NO	NO

Dati dichiarati dalle Aziende ULSS al 31/12/2019 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali



Elementi di sviluppo: disposizioni

- Le Aziende ULSS provvedono al completamento del processo di internalizzazione dell'attività delle cure domiciliari, quale obiettivo strategico regionale.
- I Distretti provvedono ad implementare le attività di Assistenza Domiciliare Integrata, o equivalenti, per i pazienti in isolamento per COVID-19 anche ospitati presso le Residenze Sanitarie Assistite, oltre che per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti e, in generale, per le situazioni di fragilità.
- Dovranno essere messi a disposizione adeguati kit di monitoraggio dei pazienti al domicilio o presso le Residenze Sanitarie Assistite, quali apparecchiature per il monitoraggio della saturimetria, anche attraverso le App di telefonia mobile, al fine di garantire un costante monitoraggio della saturazione di ossigeno dell'emoglobina. Dovrà, altresì, essere garantita adeguata attrezzatura diagnostica (termometro a distanza, misuratore di P.A., ecografi ed ECG portatili) ed ogni altro presidio medico necessario, ivi compresi i farmaci di urgenza.
- L'attività infermieristica domiciliare dovrà integrarsi funzionalmente all'attività delle U.S.C.A. come descritto a seguito nel modello di presa in carico della cronicità previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con la L.R. n. 48/2018.
- Sul territorio regionale, nell'ambito dello sviluppo dell'informatizzazione, si prevede il completamento della realizzazione della cartella del paziente ADI unica e informatizzata.

Le Cure domiciliari afferiscono alla Unità Operativa Cure primarie del Distretto.



Unità Speciali di Continuità Assistenziale (Art. 1, comma 6)**Programmazione regionale: elementi principali**

Nella fase di gestione COVID-19 le U.S.C.A. garantiscono l'assistenza al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, ivi compresi la somministrazione ed il monitoraggio delle terapie a domicilio.

Il concetto di gestione domiciliare si intende esteso anche alle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) o strutture di ricovero intermedie, pertanto le U.S.C.A. potranno fungere da supporto anche nella gestione dell'emergenza connessa agli ospiti/pazienti ricoverati nelle RSA/Ospedali di Comunità, per i quali è necessario attivare una stretta sorveglianza e monitoraggio.

Dimensione e composizione delle U.S.C.A.

Sono attivate preferibilmente presso sedi di Continuità Assistenziale già esistenti, con un bacino di riferimento indicativamente di 50.000 abitanti, attive sette giorni su sette, dalle ore 8:00 alle ore 20:00. Nell'ottica di favorire l'integrazione e la funzionalità operativa con i Medici di Medicina Generale (MMG)/Pediatri di Libera Scelta (PLS) ed assicurare un riferimento continuativo ai pazienti, si conviene di suddividere il bacino in sotto ambiti di circa 8.500 assistiti in modo che ad uno stesso gruppo di MMG possa essere collegato sempre uno stesso medico dell'U.S.C.A. In questo modo ogni U.S.C.A. potrà fare riferimento ad un gruppo indicativo composto da 5-8 MMG.

In conformità alla normativa vigente, possono far parte dell'U.S.C.A.:

- i medici titolari e i sostituti di Continuità Assistenziale;
- i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale regionale;
- i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza.

Nelle attività dell'U.S.C.A. possono essere coinvolti i medici di Specialistica Ambulatoriale Interna.

Presa in carico pazienti sospetti/confermati COVID-19

I MMG, mediante la sorveglianza sanitaria attiva operata con triage telefonico di iniziativa, comunicano il nominativo e l'indirizzo dei pazienti all'U.S.C.A. (di proprio riferimento) che opera per valutazioni dei soggetti con sintomatologia che devono essere considerati come sospetti casi COVID-19 o che sono COVID-19. Al momento dell'attivazione il MMG fornirà al medico dell'U.S.C.A. tutte le necessarie informazioni cliniche e anamnestiche del paziente.

Gestione visite domiciliari

Per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 è necessario che i medici dell'U.S.C.A. lavorino in stretta integrazione con i MMG afferenti alla stessa al fine di assicurare la necessaria continuità dell'assistenza. Pertanto, ciascuna Unità Operativa di Cure Primarie è tenuta ad



individuare esattamente l'afferenza di ciascun MMG ad una unica U.S.C.A., prevedendo che ad uno stesso gruppo di MMG possa essere collegato sempre uno stesso medico dell'U.S.C.A.

L'attività domiciliare dei medici dell'U.S.C.A. verrà effettuata con accesso congiunto con un infermiere delle Cure Domiciliari del Distretto o della Medicina di Gruppo Integrata qualora insista nel bacino di riferimento. L'accesso congiunto è da preferirsi in quanto permette il supporto e la supervisione per le manovre di vestizione/svestizione dei DPI e l'immediata esecuzione di eventuale attività infermieristica necessaria.

Il medico dell'U.S.C.A. potrà, prima di effettuare l'intervento, contattare telefonicamente il paziente da visitare per verificarne le condizioni di salute e programmare l'intervento.

Spetterà al medico dell'U.S.C.A., adeguatamente formato, decidere, in base alle richieste ricevute e a quelle eventualmente rimaste inevase nei giorni precedenti quali priorità assegnare all'attività.

Al termine di ogni visita domiciliare, il medico dell'U.S.C.A. dovrà compilare apposita modulistica (meglio se informatizzata) con cui comunicare al MMG l'esito dell'intervento effettuato.

Durante la visita domiciliare è possibile utilizzare un dispositivo elettronico per effettuare una videochiamata con il MMG, qualora ritenuto necessario.

Il medico dell'U.S.C.A., in base al quadro clinico evidenziato ed in accordo con il MMG, potrà disporre la permanenza al domicilio con supporto terapeutico o il ricovero in caso di necessità di ulteriore approfondimento diagnostico o di condizioni cliniche critiche, con attivazione del 118.

Analoghe modalità organizzative dovranno essere implementate per i pazienti COVID-19 all'interno di RSA o strutture di ricovero intermedie.

Sedi e dotazioni

I medici dell'U.S.C.A. per lo svolgimento delle specifiche attività devono essere dotati di ricettari del SSN, inoltre i medici e tutto il personale delle U.S.C.A. devono essere dotati di idonei dispositivi di protezione individuale come previsti dalle procedure regionali. È, pertanto, compito delle Aziende ULSS provvedere alla fornitura di un numero adeguato di kit DPI e al rifornimento delle scorte che devono essere disponibili ad ogni inizio turno.

Le Aziende ULSS provvederanno a garantire adeguata attrezzatura diagnostica ed ogni altro presidio medico necessario per gli interventi.

Le Aziende ULSS individuano i locali preposti ad accogliere le U.S.C.A., con almeno un ambiente dedicato alla vestizione/svestizione e un altro ambiente da utilizzarsi come ufficio per attività di documentazione-postazione per comunicazione informatica e per lo stazionamento.

Le sedi devono, altresì, essere dotate dei corretti sistemi di smaltimento di rifiuti, nonché essere garantite accurate opere di pulizia delle superfici ambientali con acqua e detergente seguita dall'applicazione di disinfettanti comunemente usati a livello ospedaliero.

Le Aziende ULSS garantiscono ai medici operanti nelle U.S.C.A. i mezzi idonei per gli spostamenti nell'espletamento dell'incarico prevedendo la sanificazione accurata dell'auto con opportuni disinfettanti dopo ogni intervento.



Stato dell'arte

Tabella 2 - N. USCA programmate e N. USCA attivate (e relativi medici) per Azienda ULSS

USCA	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	TOTALE RV
N. USCA programmate	4	16	12	4	4	20	8	10	19	97
N. USCA attivate	2	4	12	3	1	11	4	3	11	51
%	50%	25%	100%	75%	25%	55%	50%	30%	58%	53%
Fabbisogno medici USCA	32	128	78	9	27	118	50	76	101	619
N. medici USCA incaricati	5	22	26	8	4	98	15	20	30	228
%	16%	17%	33%	89%	15%	83%	30%	26%	30%	37%
N. pazienti in carico	294	114	45	6	0	9	173	438	279	1.358
di cui n. pazienti in carico in RSA	157	41	26	0	0	0	54	51	38	367

Rilevazione al 19/05/2020 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

Elementi di sviluppo: disposizioni

- Fino al 31/12/2020 si estende l'attività delle U.S.C.A. anche ai pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti che a seguito dell'emergenza in corso costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione. Le attività dell'U.S.C.A. dovranno, pertanto, integrarsi funzionalmente con l'attività infermieristica domiciliare, come descritto a seguito nel modello di presa in carico della cronicità previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con la L.R. n. 48/2018.
- Inoltre l'attività delle U.S.C.A. potrà essere integrata coinvolgendo anche i medici Specialisti Ambulatoriali Interni nell'ottica di costituire i team multiprofessionali previsti dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con la L.R. n. 48/2018.
- A supporto dell'attività delle U.S.C.A., ai fini di favorire la valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e l'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari territoriali, le Aziende ULSS possono conferire (in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165) fino al 31 dicembre 2020, incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a professionisti del **profilo di assistente sociale**, regolarmente iscritti all'albo professionale, **secondo uno standard non superiore ad un assistente sociale ogni due U.S.C.A. per un monte ore settimanale massimo di 24 ore.**
- L'U.S.C.A. afferisce all'UOC Cure primarie del Distretto di competenza, pertanto, ogni Distretto provvederà, per il tramite della UOC Cure primarie, a trasmettere alla Regione una relazione ed apposita rendicontazione trimestrale dell'attività di ciascuna U.S.C.A., comprensiva del numero di pazienti presi in carico e delle attività svolte



- A supporto delle attività dei MMG/PLS e delle U.S.C.A., valutate le singole condizioni relazionali, abitative e sociali, qualora le medesime non risultino idonee a garantire l'isolamento, i Distretti in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione, dovranno adottare specifici protocolli con i servizi sociali delle Amministrazioni comunali e le Associazioni di volontariato, al fine di definire tutte le misure necessarie per assicurare la massima tutela e il supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver.

Le U.S.C.A. afferiscono alla Unità Operativa Cure primarie del Distretto.



Centrali operative (Art. 1, comma 8)**Programmazione regionale: elementi principali**

La Centrale Operativa Territoriale (COT) garantisce e coordina la presa in carico, da parte dell'Azienda ULSS, dei pazienti "fragili", intercettando i bisogni di cure e/o di assistenza, garantendo la continuità mediante l'interazione con l'Ospedale, con le strutture di ricovero intermedie (Hospice, Ospedale di Comunità, Unità Riabilitativa Territoriale), con le strutture residenziali, con i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, con i Medici di Continuità Assistenziale, con le equipe delle cure domiciliari e delle cure palliative, con la Centrale Operativa del Suem 118.

La COT riveste un ruolo importante in questo contesto in quanto conosce le risorse, i servizi, la loro interrelazione, i processi, le modalità di attuazione e il monitoraggio e, pertanto, interviene nelle situazioni di varianza artificiale, rendendo operativi i percorsi. Peraltro la valenza della tracciabilità degli interventi si esplica non solo nel sapere chi fa che cosa all'interno del processo in un determinato momento, ma anche nel garantire trasparenza alle azioni svolte sul e con l'assistito.

Nello specifico le funzioni fondamentali assegnate alla COT sono (DGR n. 1075/2017):

- raccogliere i bisogni espressi/inespressi, di carattere sanitario/sociale/socio-sanitario, indipendentemente dal setting assistenziale e trasmettere le informazioni utili a garantire le transizioni protette;
- mappare costantemente le risorse della rete assistenziale;
- coordinare le transizioni protette (intra ed extra Azienda ULSS), per le quali non esistono già percorsi strutturati, con la possibilità di entrare provvisoriamente in modo operativo nel processo, facilitandone una definizione condivisa;
- garantire la tracciabilità dei percorsi attivati sui pazienti segnalati, offrendo trasparenza e supporto nella gestione delle criticità di processo ai soggetti della rete;
- facilitare la definizione/revisione di PDTA/procedure/modalità operative aziendali, anche alla luce delle criticità riscontrate nel corso del monitoraggio dei percorsi attivi.

Ne discende che gli interventi tipici della COT sono:

- coordinare la transizione (dimissione) dei pazienti ricoverati in ospedale verso il trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale o domiciliare protetto;
- coordinare la presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali;
- coordinare la transizione (ammissione/dimissione) dei pazienti ricoverati presso le strutture di ricovero intermedie e sorvegliarne la presa in carico.

Nell'emergenza COVID-19 ha rappresentato il nodo di rete che ha consentito l'integrazione tra le varie strutture aziendali, facilitando la connessione dei vari processi, elemento strategico per la coordinazione oltre che per la tracciabilità dei vari processi.



Stato dell'arte

Tabella 3 - N. COT e relative caratteristiche, per Azienda ULSS

COT	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9
N. COT Attive	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Orario attività n. ore/sett.li	Belluno: Lun - ven 7.30 - 16.30 Feltre: Lun - ven 7-19, Sabato 8-13	lun - ven 8 - 16	Lun - ven 8-16 Sabato 8-14	Lun - Dom 7-20 domenica in pronta disponibilità	lun-ven 8-17	Lun - sab 7.30-19.30	Lun - ven 8-18	Lnu - ven 8-16	Lun - ven 8-19 Sabato 8-13
Aumento orario attività a supporto emergenza COVID-19	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI
Funzione a supporto emergenza COVID-19	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Rilevazione al 25/05/2020 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

Elementi di sviluppo: disposizioni

- Si conferma il ruolo di coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, svolto dalle COT quale raccordo con tutti i servizi, anche mediante l'utilizzo di strumenti informativi. Più precisamente **la COT deve costituire il luogo di coordinamento della gestione delle transizioni ed il punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione.**
- La COT dovrà essere unica per ogni Azienda ULSS, fermo restando la possibilità di organizzarla in sub-articolazioni, e **dovrà essere coordinata da un Coordinatore infermieristico.**
- L'orario di attività della COT dovrà essere di norma analoga alla copertura oraria assicurata per l'ADI infermieristica, ossia dalle ore 7:00 alle pre 21:00 per 7 giorni su 7. Conseguentemente la dotazione organica andrà commisurata all'orario di funzionamento ed alla complessità dell'attività volta.
- La COT dovrà essere in grado di fornire il necessario supporto informativo sia ai MMG/PLS che ai diversi operatori del sistema, fornendo risposte direttamente o indirizzando le richieste al servizio di competenza, avendo cura di assicurarsi che le stesse vengano compiutamente evase.
- Nello specifico, con riferimento all'emergenza COVID-19, le attività garantite dalla COT possono riguardare:



- verifica dell'esecuzione del tampone a pazienti dimessi verso RSA/strutture intermedie e verso il proprio domicilio, verificando che l'esito sia stato comunicato al MMG/PLS, all'ADI e/o ai vari servizi coinvolti nella presa in carico (es. cure palliative, ecc.);
- verifica dell'esecuzione dei tamponi prima dell'ingresso nelle strutture residenziali o comunque prima delle transizioni rilevanti;
- garanzia di informazione strutturata con avviso di dimissione da area COVID-19 al MMG e ai servizi territoriali di competenza (es. ADI, cure palliative, ecc.);
- supporto alla gestione delle dimissioni/ammissioni o trasferimenti di pazienti COVID-19 verso i Centri COVID-19, ricevendo le richieste di trasferimento, organizzando gli accessi e i trasferimenti, registrando gli ingressi in entrata e uscita;
- garanzia di comunicazione ai soggetti coinvolti nella presa in carico dell'elenco aggiornato dei soggetti positivi e dei soggetti in quarantena;
- supporto alla programmazione dei tamponi a domicilio, negli ambulatori dedicati e in tutte le strutture (sia per ospiti che per dipendenti del SSN);
- supporto nella presa in carico dei problemi socio-sanitari dei pazienti in quarantena attivando i servizi a supporto (es. consegna pasti e farmaci a domicilio, tramite la protezione civile, la croce rossa, ecc.);
- supporto all'attività programmatica delle U.S.C.A. anche per la gestione dei tamponi nelle varie dimensioni aziendali (domicilio, strutture residenziali, strutture intermedie, ecc.);
- garanzia della tracciabilità dei percorsi dei pazienti per cui il MMG ha attivato l'U.S.C.A.;
- supporto informativo per utenti, MMG/PLS, servizi territoriali e reparti ospedalieri al fine di indirizzare la richiesta al servizio di competenza, ed assicurarsi della sua presa in carico.

La COT afferrisce al Direttore sanitario dell'Azienda ULSS.



Potenziamento del Sistema Cure primarie (Art. 1, comma 5)**Programmazione regionale: elementi principali**

La Regione Veneto ha colto la sfida di sviluppare le Cure primarie riconoscendo nel medico di famiglia la figura di riferimento per il paziente in ogni fase del percorso di cura, rappresentando il “contatto” più immediato e frequente per l’assistito e costituendo il setting assistenziale che meglio si presta all’individuazione ed alla presa in carico del paziente cronico.

Con L.R. n. 23/2012 e smi di approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, si è dato avvio alla riorganizzazione delle Cure primarie attraverso la diffusione sul territorio regionale delle Medicine di Gruppo Integrate, con lo scopo di garantire agli assistiti:

- una maggiore accessibilità, assicurando la copertura h12;
- una presa in carico effettiva della cronicità sulla scorta dei Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) definiti a livello regionale e contestualizzati nelle singole realtà aziendali;
- il rispetto di obiettivi di governance finalizzati alla sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Con DGR n. 751/2015 è stato recepito il modello di assistenza territoriale che prevedeva l’istituzione di Medicine di Gruppo Integrate, quali team multiprofessionali che:

- operano in una sede di riferimento (assicurando presenza medica, infermieristica ed amministrativa nelle 12 ore, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì), salvaguardando la capillarità di ambulatori periferici in particolari zone geografiche o di difficoltà assistenziale;
- assicurano una presa in carico effettiva della cronicità sulla scorta dei PDTA definiti a livello regionale e contestualizzati nelle singole realtà aziendali;
- assumono la responsabilità verso la salute della Comunità, affrontando i determinanti di malattia e collaborando con gli attori locali.

Se la figura del collaboratore amministrativo è necessaria per organizzare le attività della Medicina di Gruppo Integrata, risulta fondamentale valorizzare il ruolo degli infermieri, con lo sviluppo ed il potenziamento di competenze che permettano di diventare un riferimento nell’ambito della gestione della cronicità e delle iniziative di promozione di stili di vita sani.

In coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità, il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con la L.R. n. 48/2018, ha confermato che *“...la prevenzione della malattia e il trattamento della sua cronicizzazione sono le vocazioni prioritarie della rete dei servizi territoriali e l’assistenza primaria costituisce il “contatto” più immediato e frequente per l’assistito, rappresentando perciò il setting assistenziale che meglio si presta all’individuazione ed alla presa in carico della cronicità semplice. Per questo motivo le Medicine di Gruppo e i team multiprofessionali dell’Assistenza primaria, diversamente organizzati e dimensionati a seconda delle caratteristiche del territorio ove sono collocati, rappresentano il punto di riferimento per le comunità e si impegnano a:*

- *riconoscere i malati cronici;*
- *inserirli in percorsi di presa in carico integrata;*



- *sviluppare un modello di gestione dell'assistenza da parte di un team.*

Per fare questo sono richiesti:

- *la valorizzazione del rapporto di fiducia tra medico e paziente;*
- *un elevato livello di integrazione dell'assistenza primaria nel sistema;*
- *lo sviluppo del lavoro per percorsi assistenziali con applicazione dei PDTA;*
- *una forte crescita e valorizzazione del ruolo degli infermieri nell'assistenza primaria;*
- *la dimostrazione del contributo al raggiungimento degli standard di sostenibilità del Sistema”.*

Nello specifico la L.R. n. 48/2018 prevede team multiprofessionali di assistenza primaria nelle seguenti differenti accezioni:

1. forme di aggregazione che coinvolgono medici convenzionati con il SSN, opportunamente organizzate e dimensionate con riferimento alle specifiche caratteristiche del contesto;
2. team di assistenza primaria che coinvolgono medici dipendenti del SSN nella gestione dell'assistenza medico-generica, anche in conformità a quanto stabilito dalla Legge n. 833/1978;
3. team di assistenza primaria la cui gestione è affidata ad un soggetto privato accreditato con riferimento ad uno specifico bacino di riferimento.

Inoltre si prevede: *“Le aziende sanitarie attivano e/o adeguano medicine di gruppo con compiti aggiuntivi legati all'accessibilità, alla presa in carico della cronicità, all'assistenza domiciliare, dimensionate rispetto alla popolazione residente, con risorse aggiuntive e con attività monitorate secondo indicatori di struttura, processo e esito concordati a livello regionale”.*

Alla luce di ciò, con successiva DGR n. 476/2019 sono stati approvati i Piani aziendali di sviluppo delle Cure primarie attraverso l'implementazione delle Medicine in Rete e Medicine di Gruppo ex ACN della medicina generale del 23 marzo 2005 e smi a valere per il biennio 2019-2020, favorendo l'aggregazione da parte dei MMG. A completamento del biennio, con l'attuazione di detti Piani, più del 60% dei MMG lavorerà in una forma associativa evoluta (il 40% in Medicina di Gruppo ed il 22% in Medicina di Gruppo Integrate).

Rientrano nel finanziamento previsto dalla **DGR n. 476/2019** i costi derivanti dal riconoscimento dell'indennità di collaboratore di studio e di personale infermieristico per le Medicine in Rete e Medicine di Gruppo.



Stato dell'arte

Tabella 4 - N. MMG per forma associativa

Forme associative	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	TOTALE RV	%
Medico Singolo	3	65	29	28	31	95	13	95	74	433	14%
Associazione semplice	0	29	0	8	25	16	0	9	26	113	4%
Rete dei medici	85	143	73	37	20	155	64	21	124	722	24%
Forme Miste	0	13	0	0	0	40	0	0	13	66	2%
Medicina di Gruppo	14	195	187	51	44	137	49	123	251	1051	35%
UTAP/ MGI Sperimentale	0	5	0	0	0	0	12	0	0	17	1%
Medicina di Gruppo Integrata	30	73	104	15	42	137	93	62	83	639	21%
TOTALE	132	523	393	139	162	580	231	310	571	3.041	100%

Rilevazione al 19/05/2020 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

Tabella 5 - N. MMG per forma associativa con personale infermieristico

Forma associativa -MMG -	N. MMG	N. MMG CON P.I.	di cui MMG con P.I. (per tipologia di contratto)		
			Indennità da ACN	Personale dip. az.le	Terzo settore
Medico Singolo	433	2	2	0	0
Associazione semplice	113	0	0	0	0
Rete dei medici	722	14	14	0	0
Forme Miste	66	7	7	0	0
Medicina di Gruppo	1.051	315	275	21	19
UTAP/ MGI Sperimentale	17	3	3	0	0
Medicina di Gruppo Integrata	639	405	164	23	218
Totale	3.041	746	465	44	237

Rilevazione al 19/05/2020 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali



Tabella 6 - N. Medicine di Gruppo Integrate attive

MGI	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	TOTALE RV
N. MGI ATTIVE	4	9	14	2	5	14	11	8	9	76
N. MMG	30	73	104	15	42	137	93	62	83	639
N. ASSISTITI	41.113	111.786	149.685	23.060	60.232	199.720	127.657	90.087	122.482	935.822
% assistiti con MMG in MGI	23%	15%	28%	12%	29%	25%	40%	21%	15%	22%

Rilevazione al 19/05/2020- Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

Elementi di sviluppo: disposizioni

Il modello regionale di presa in carico della cronicità e della multimorbidità si fonda sul concetto di intensità di cura e di assistenza, mutuandolo dall'ambito ospedaliero, per sottolineare la gradualità nell'erogazione dell'assistenza correlata al bisogno.

A partire dalla stratificazione (Figura 1), vengono distinti due livelli di complessità:

1. la **cronicità “semplice”**, che viene appropriatamente presa in carico dai team multiprofessionali dell'Assistenza primaria;
2. la **cronicità “complessa ed avanzata”**, che richiede team multiprofessionali “specialistici”.

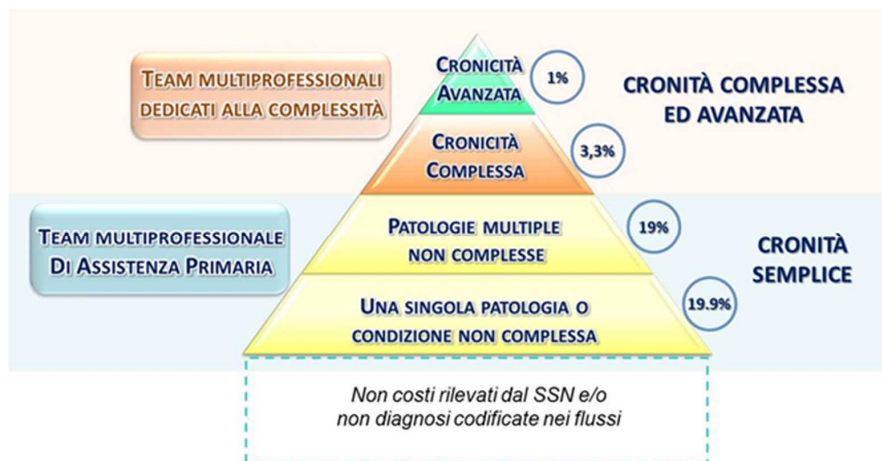


Figura 1 –Presa in carico della cronicità per intensità di cura e di assistenza: profili di popolazione e percentuale sulla popolazione del Veneto

Pertanto, con riferimento ai pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti, che anche a seguito dell'emergenza COVID-19, costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione, il modello organizzativo regionale prevede un lavoro fondato su team multiprofessionali, che vedranno la partecipazione dei MMG, degli specialisti territoriali, degli infermieri, degli assistenti



sociali, con legami funzionali con i professionisti che operano all'interno delle strutture ospedaliere e con gli operatori del Dipartimento di Prevenzione.

Costituiscono componenti fondamentali del modello organizzativo:

1. **i MMG** afferenti alle diverse tipologie di forme associative, dalle più semplice alle più evolute e organizzate come le Medicine di Gruppo Integrate;
2. **i Medici di Continuità Assistenziale**, estendendo l'utilizzo dei contratti diurni come previsti dall'ACN a supporto della gestione della cronicità;
3. **le U.S.C.A.**, operando a supporto dell'attività del MMG ed in stretta connessione per la gestione anche della cronicità fino al 31/12/2020. Nello specifico le U.S.C.A. dovranno essere programmate in modo che i MMG afferenti ad una stessa forma associativa (sia essa medicina di Rete, di Gruppo o Medicina di Gruppo Integrata) abbiano come riferimento sempre la medesima U.S.C.A.
4. ***l'infermiere di famiglia*** che svolge attività sia presso gli ambulatori distrettuali (talora sede di U.S.C.A.) sia presso il domicilio dei pazienti non già presi in carico dall'ADI; *l'infermiere di famiglia non è quindi l'infermiere dell'equipe ADI.*

Dipendente gerarchicamente dalla UOC Cure primarie del Distretto di afferenza.

Posto che: “...*l'Infermiere di famiglia è il professionista che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia, conoscendone il contesto anche relazionale della comunità di inserimento...*”, si ritiene declinare l'attività nei seguenti ambiti:

- *l'infermiere di famiglia* collabora alla gestione dell'ambulatorio della cronicità con riferimento alle attività infermieristiche previste dai PDTA, ivi comprese la rilevazione di parametri, le verifiche di follow up, il front office sanitario;
- *l'infermiere di famiglia* garantisce prestazioni infermieristiche di consulenza e di educazione sanitaria e terapeutica con adozione di interventi di counselling, di supporto motivazionale e di rinforzo al paziente (o gruppi) e alla famiglia, allo scopo di sviluppare abilità di autocura e di fiducia nella gestione della malattia, provvedendo al monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed alla segnalazione di anomalie al MMG;
- *l'infermiere di famiglia* effettua visite domiciliari su disposizione del MMG a pazienti non già in carico alle équipe infermieristiche di Cure domiciliari dell'Azienda ULSS;
- *l'infermiere di famiglia* contribuisce al monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale ed alla valutazione delle alterazioni sintomatiche delle condizioni di salute in caso di malattia, acuta o cronica, che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze, in integrazione con gli altri professionisti coinvolti nel team;
- *l'infermiere di famiglia* svolge un'attività di mappatura delle risorse del territorio per il mantenimento di stili di vita sani, progettando ed attivando iniziative di promozione della salute rivolte alla comunità che favoriscano la partecipazione attiva, avvalendosi anche della collaborazione delle associazioni di volontariato;
- *l'infermiere di famiglia* contribuisce a garantire la continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione dei servizi distrettuali, ospedalieri, dei Dipartimenti di prevenzione, lavorando in sinergia con i MMG e gli altri professionisti del team, anche partecipando alle



Unità di Valutazione Multidimensionali dei Distretti.

La presenza dell'infermiere di famiglia è prevista secondo uno standard non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti.

Tutte le attività sopra elencate sono a supporto dei servizi offerti dalle cure primarie, delle U.S.C.A. ma anche sono svolte in integrazione funzionale con i MMG, specie laddove non siano presenti già dei team di assistenza primaria organizzati (come le Medicine di Gruppo Integrate). Laddove siano attive forme associative evolute dei MMG, le attività sopra descritte in capo all'infermiere di famiglia del Distretto possono essere svolte dall'infermiere delle forme associative. Laddove, invece, non vi siano forme associative evolute dei MMG, l'infermiere di famiglia afferente al Distretto potrà svolgere, previo accordo con i MMG stessi, l'attività anche presso gli studi dei MMG che operano non in forma aggregata.

5. **le équipe multiprofessionali dell'ADI.** Nello specifico le attività infermieristiche domiciliari dovranno essere pianificate in modo che gli assistiti afferenti ad una stessa forma associativa della medicina generale (sia essa medicina di Rete, di Gruppo o Medicina di Gruppo Integrata) abbiano come riferimento sempre la medesima équipe ADI.
6. **i medici specialisti ambulatoriali interni,** attivati a seconda della tipologia di bisogno, potranno agire sia presso le sedi distrettuali, che presso il domicilio del paziente, che presso le strutture residenziali e le strutture di ricovero intermedie.
7. **il Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio** dovrà essere coinvolto a seconda della tipologia di bisogno, garantendo la propria consulenza anche a domicilio o presso le strutture residenziali qualora necessario.
8. **gli assistenti sociali** al fine di favorire la valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e l'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari territoriali, **secondo uno standard non superiore ad un assistente sociale ogni due U.S.C.A. per un monte ore settimanale massimo di 24 ore.**
9. **gli operatori del Dipartimento di Prevenzione,** qualora si rilevassero necessità di gestioni legate all'emergenza COVID-19 ma anche attività correlate alla salute della comunità (prevenzione, gestione malattie infettive, ecc.).
10. **i servizi sociali delle Amministrazioni comunali e le Associazioni di volontariato** al fine di definire tutte le misure necessarie per assicurare la massima tutela e il supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver.

Per migliorare e potenziare l'assistenza al domicilio o presso le strutture residenziali, i team multiprofessionali dovranno potersi avvalere di adeguati kit di monitoraggio dei pazienti al domicilio o presso le RSA, di adeguata attrezzatura diagnostica (termometro a distanza, misuratore di P.A., Ecografi ed ECG portatili) ed ogni altro presidio medico necessario, ivi compresi i farmaci di urgenza.

Per facilitare l'integrazione multiprofessionale sarà anche favorito l'impiego della telemedicina, non solo per il monitoraggio dei pazienti ma anche per la diagnostica, e la promozione del teleconsulto tra MMG e specialisti dell'Azienda ULSS di afferenza, anche tramite video-consulazione, promuovendo il collegamento del paziente previo appuntamento.

In particolare la presa in carico dell'apice della piramide richiede che questi team multiprofessionali



garantiscono il coordinamento dei diversi nodi della rete nell'attuazione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) o Piani Integrati di cura, condivisi dal team stesso e dal paziente, coinvolgendo anche la rete ospedaliera quale parte integrante delle transizioni protette, con importante funzione consulenziale nella definizione del Piano stesso e di supporto alla domiciliarizzazione. Il Piano Assistenziale Individuale costituirà parte integrante del Fascicolo Sanitario Elettronico e, quindi, sarà consultabile da tutti gli attori della filiera assistenziale.

A livello di sistema, **il Fascicolo Sanitario Elettronico rappresenta elemento portante per garantire la continuità dell'assistenza tra tutta la filiera assistenziale.**

Nell'ambito del Distretto sarà individuato un team di coordinamento/riferimento che coadiuvi i MMG/PLS per definire il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio. Le transizioni dovranno, comunque, essere monitorate dalla COT.

In via generale, **la COT viene a costituire il luogo di coordinamento della gestione delle transizioni ed il punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione.**

I Team multiprofessionali sopradescritti afferiscono al Distretto.



PIANO DI POTENZIAMENTO DEI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE**Premessa**

Decreto- legge 19 Maggio 2020 n. 34. Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali, connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Art. 1 Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale

1. Per l'anno 2020, al fine di rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2 soprattutto in una fase di progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale, con l'obiettivo di implementare e rafforzare un solido 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, oltre ad assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario, le regioni e le province autonome adottano piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale. I piani di assistenza territoriale contengono specifiche 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.

(...)

5. Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati COVID-19, anche supportando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie.

POTENZIAMENTO DELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DELLE EMERGENZE DI SALUTE PUBBLICA**Organizzazione Regionale per le emergenze**

La Sanità Pubblica Regionale ha predisposto, negli anni, una serie di atti per garantire una risposta articolata ed organizzata alle "Emergenze Sanitarie di natura infettiva e non infettiva".

La Regione del Veneto, con atto siglato il 13 aprile 2007, ha aderito al Progetto "Sostegno alle funzioni di Interfaccia tra le regioni e le province autonome e il Centro nazionale per la Prevenzione ed il controllo malattie" CCM, documento approvato dalla Conferenza degli assessori regionali alla sanità nella seduta del 18-06-2006. Il "Centro per il controllo delle malattie regionale" (CCMR) è stato istituito con **DGR n. 4181 del 30/12/2008**, quale organismo che si pone in relazione funzionale con la Direzione Prevenzione della Regione e si interfaccia con il Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie a livello nazionale.

Con **D.G.R. n. 2315 del 28 luglio 2009** è stato definito il Coordinamento Regionale per la prevenzione e il controllo delle Malattie (CCMR) che, tra l'altro, assicura:



edcfc1ed



"il supporto tecnico-scientifico alle strutture regionali deputate alla gestione delle emergenze di sanità pubblica, con particolare riferimento alle emergenze infettive, ai fenomeni epidemici e pandemici e al bioterrorismo".

Con **D.D.R. n. 20 del 30/04/2009**, era stata formalizzata l'istituzione di una **task force regionale per la definizione di un protocollo per la gestione dei casi sospetti di influenza H1N1**.

Le funzioni del CCMR sono state inserite nelle funzioni di Azienda Zero, come previsto dall'articolo 2, comma 2, lettera f) Legge 19/2016, quali "Strutture e attività a supporto della programmazione" dell'allegato A) alla legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016."

Funzioni del Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è l'articolazione dell'Azienda ULSS che garantisce la tutela della salute collettiva e l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza ricompresi nel livello "Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica", come definiti dal DPCM del 12.01.2017, tra i quali in tema di emergenza figurano:

- interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive (LEA A2),
- predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva (LEA A5),
- gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici) (LEA B14),
- interventi intersettoriali per la salute nei luoghi di lavoro (LEA C2).

Nell'attuale emergenza epidemica da SARS-CoV-2 i Dipartimenti di Prevenzione hanno dovuto far fronte ad un notevole aggravio di lavoro per assicurare le attività di indagine epidemiologica, *contact tracing*, sorveglianza attiva dei casi in isolamento domiciliare e dei loro contatti, esecuzione di test di screening e diagnostici in collaborazione con l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). E' stata garantita assistenza e consulenza ad altre articolazioni del Servizio Sanitario Regionale (ad esempio i Distretti e i Presidi Ospedalieri) e altri Enti pubblici (es. Comuni), nonché il controllo e l'assistenza sul rispetto delle misure igienico-sanitarie in strutture pubbliche e private.

Durante il periodo emergenziale sono state attivate mediamente 680 persone di diversi profili professionali, per lo più afferenti ad articolazioni aziendali diverse dal Dipartimento di Prevenzione e assegnate al Dipartimento solo per la fase emergenziale. In questa rilevazione non è considerato il personale impegnato nell'esecuzione a livello territoriale dei test diagnostici (test sierologici qualitativi e test di biologia molecolare) e il personale coinvolto nelle attività di controllo e assistenza sulle misure adottate dalle imprese.

Tale riorganizzazione è stata possibile a seguito della sospensione e di un riorientamento, per il periodo emergenziale, di molte attività dei servizi del Dipartimento di Prevenzione che, in quanto comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, dovranno essere recuperati nei prossimi mesi. Si rende pertanto necessario garantire una progressiva ripresa delle altre attività assicurando nel contempo la continuità delle azioni funzionali al controllo e alla gestione dell'emergenza in corso, anche in previsione di possibili future recrudescenze epidemiche. Pertanto, il piano di potenziamento del Dipartimento di Prevenzione deve partire dalla definizione degli standard minimi di personale, la cui approvazione è in itinere con provvedimenti ad hoc.

La situazione emergenziale ha evidenziato la necessità di rafforzare l'offerta territoriale, con l'obiettivo di consolidare il sistema di sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2 e la presa in carico precoce dei casi. A tal fine, il Decreto Legge n. 34 del 19.05.2020 (cosiddetto "Decreto rilancio



Italia”) ha introdotto disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale, prevedendo tra l’altro che le Regioni e le Province autonome adottino piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale. I piani di assistenza territoriale contengono 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.

Per quanto riguarda specificamente le **attività di indagine epidemiologica, rintraccio e sorveglianza dei contatti ed esecuzione di test**, il Decreto del Ministero della Salute del 30.04.2020 prevede uno standard di risorse umane dedicate o dedicabili pari ad almeno **1 persona ogni 10.000 abitanti**, in linea con le indicazioni dello European Centre for Disease Control (ECDC) ¹.

Organizzazione delle Aziende ULSS per le emergenze

La Regione del Veneto, con **D.G.R. n. 443/2012** ha istituito tale organizzazione definendo l’attivazione per ogni Azienda ULSS di un Comitato per l’Emergenza di Sanità Pubblica (CESP) ed un Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR).

La composizione del CESP e del GORR sono stati aggiornati, su richiesta della Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria in data 27.1.2020² allo scopo di predisporre tutte le misure per fronteggiare l’infezione da coronavirus.

Il **Comitato per l’Emergenza di Sanità Pubblica (CESP)** è istituito dal Direttore Generale e composto da:

- Direttore Sanitario (coordinatore)
- Direttore Dipartimento di Prevenzione
- Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica
- Direttore Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
- Punto di contatto
- Direttore del presidio ospedaliero
- Direttore della funzione territoriale
- Direttore dello Spisal
- Direttore del Servizio Veterinario se coinvolto
- Responsabile del Servizio infermieristico
- Direttore del Servizio Farmaceutico.

Fanno parte del comitato e partecipano, quando la situazione lo richieda, un referente Arpav, un referente IZS, il Direttore del Laboratorio di riferimento. Il CESP è convocato dal Direttore Sanitario o per delega dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

All’atto dell’attivazione dell’allarme di emergenza il CESP è limitato a pochi componenti (Comitato ristretto), in particolare sarà costituito da Direttore Sanitario, Direttore Dipartimento di Prevenzione, Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Punto di contatto e Direttore del presidio ospedaliero e ha il compito di valutare alla luce delle prime evidenze che l’evento costituisca un’emergenza di

¹ ECDC Technical Report - Resource estimation for contact tracing, quarantine and monitoring activities for COVID-19 cases in the EU/EEA - 2 marzo 2020.

² Nota del Direttore della Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria del 27.01.2020 prot. n. 40049.



sanità pubblica, quali componenti e quali unità operative attivare e decide le prime misure da intraprendere e la definizione delle fasi operative. In considerazione dell'emergenza il Direttore Sanitario può disporre il trasferimento in via di urgenza di personale da un ambito territoriale all'altro secondo necessità.

Il Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR) è attivato dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione, in accordo con quanto deciso del CESP. Il GORR, che assolve a funzioni di “*epidemic intelligence*”, è costituito da personale del Dipartimento di Prevenzione e si occupa della gestione dell'emergenza di sanità pubblica con capacità di attivazione elevata: raccolta di informazioni sugli eventi rilevati attraverso i sistemi di sorveglianza correnti e valutazione del loro potenziale patologico, comunicazioni di informazioni e coordinazione delle informazioni pervenute dagli attori coinvolti, allerta del personale della rete prevenzione, rifornimento del materiale ed attrezzature necessarie. Il funzionamento del GORR è disciplinato da un **Regolamento** che dovrà essere proposto al CESP dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

L'emergenza COVID-19 ha fatto emergere la necessità di integrare l'attuale assetto organizzativo rafforzando i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS al fine di poter rispondere in maniera più pronta e strutturata a future emergenze, rivedendo il ruolo e la composizione dei GORR al fine di consentire la mobilitazione rapida, a moduli e organizzata per ambiti territoriali definiti in funzione della complessità dell'emergenza. Ogni Azienda ULSS dovrà quindi provvedere all'identificazione di **un GORR per ogni Distretto Socio Sanitario che sarà di riferimento per il relativo ambito territoriale**. Ogni GORR dovrà, in fase di non emergenza, essere costituito da:

- punto di contatto
- n. 1 medico igienista del SISP
- n. 1 medico dello SPISAL
- n. 1 medico veterinario e/o del SIAN
- n. 3 assistenti sanitari (AS),
- n. 1 tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (TP),
- n. 1 infermiere (INF).

Il punto di contatto, unico per tutta l'ULSS e identificato nel Direttore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, avrà funzione di connessione con il CESP e di coordinamento tra i diversi GORR aziendali. Il punto di contatto sarà uno dei componenti medici igienisti del SISP di uno dei GORR; per le Aziende con un singolo GORR il punto di contatto coincide con il componente medico igienista del SISP.

Al momento dell'attivazione del GORR sarà coinvolto, su indicazione del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, solamente il medico del servizio maggiormente coinvolto dalla tipologia di emergenza; tale medico svolgerà **funzione di coordinamento delle attività** del singolo GORR.



Tabella- Numero di GORR per ogni Azienda ULSS e loro composizione

	Pop. totale	n. GORR in rapporto al n. dei Distretti	n. punti di contatto	n. medici *	n. AS	n. TP	n. INF
ULSS 1	202.950	2	1	9	9	3	3
ULSS 2	887.806	4	1	12	12	4	4
ULSS 3	624.770	4	1	12	12	4	4
ULSS 4	228.568	1	1	3	3	1	1
ULSS 5	237.385	2	1	6	6	2	2
ULSS 6	935.460	5	1	15	15	5	5
ULSS 7	366.429	2	1	6	6	2	2
ULSS 8	495.989	2	1	6	6	2	2
ULSS 9	926.497	4	1	12	12	4	4
Regione	4.905.854	26	9	81	81	27	27

* Include n. 1 medico del igienista del SISP, n. 1 medico dello SPISAL e n. 1 medico veterinario e/o del SIAN

Tale organizzazione deve agire nel pieno delle sue potenzialità senza pregiudicare, per quanto possibile, la continuità delle ordinarie attività istituzionali di cui il Dipartimento di Prevenzione è responsabile in applicazione dei LEA. Il conseguimento di tale obiettivo passa necessariamente attraverso un potenziamento delle dotazioni organiche dei Dipartimenti di Prevenzione, nell'ambito del più ampio programma di interventi per il potenziamento dell'assistenza territoriale previsti dal D.L. n. 34 del 19.05.2020.

L'**attivazione dei GORR** dovrà avvenire su base **modulare e progressiva**, partendo dalla base standard sopra definita e ampliandolo in funzione del tipo e della complessità dell'emergenza, considerando la numerosità e la tipologia di profili professionali del personale necessario per farvi fronte. Al di fuori delle situazioni di emergenza, i componenti del GORR concorreranno alle ordinarie attività istituzionali del Dipartimento di Prevenzione, nell'ambito del proprio Servizio di assegnazione. Tutti componenti dei GORR dovranno essere **identificati nominalmente**, e costantemente aggiornati, con atto formale del Direttore del Dipartimento di Prevenzione e dovranno poter essere mobilitati immediatamente per fronteggiare eventuali emergenze, nei limiti delle rispettive competenze e professionalità. La composizione dei GORR sarà trasversale ai diversi Servizi del Dipartimento di Prevenzione e avrà un carattere multidisciplinare e multiprofessionale, per garantire una risposta competente e coordinata a qualunque tipo di emergenza di sanità pubblica.



edcfc1ed



	Popolazione assistita > 18 anni	Dotazione organica del GORR attivabile su base modulare in corso di emergenza n. Operatori Sanitari
ULSS 1	174.027	17
ULSS 2	736.992	73
ULSS 3	531.290	53
ULSS 4	193.445	19
ULSS 5	205.667	20
ULSS 6	785.758	78
ULSS 7	304.700	30
ULSS 8	412.681	41
ULSS 9	770.841	77
Regione Veneto	4.115.401	411

La composizione complessiva del personale attivabile per il GORR su base modulare, dovrà mantenere i rapporti già sopra descritti tra le diverse figure professionali. Dovrà essere valutato anche l'inserimento di ulteriori figure tecniche come statistici, chimici, biologi, entomologi, agronomi, ingegneri gestionali inseriti nelle Unità Operative facenti parte dell'organizzazione del Dipartimento, secondo quanto stabilito dalla Legge 19/2016.

Nell'ambito del modello organizzativo del Dipartimento di Prevenzione per la gestione delle emergenze concorrono le diverse Unità Operative. In particolare va garantita una stretta connessione con la presenza nel GORR del personale afferente alle UO di "Epidemiologia" e "Salute e Ambiente", che dovranno essere costituite con una dotazione minima come da tabella seguente (D.G.R. n. 1306 del 16 agosto 2017; LEGGE REGIONALE n. 48 del 28 dicembre 2018 - Piano socio sanitario regionale 2019-2023).



Tabella- Dotazione organica minima U.O. Epidemiologia e U.O. Salute e Ambiente

Epidemiologia	Salute e Ambiente
n. 1 medico specialista in igiene	n. 1 medico specialista in igiene
n. 1 assistente sanitario	n. 1 assistente sanitario
n. 1 statistico	n. 1 tecnico della prevenzione
	n. 1 chimico
	n. 1 ingegnere gestionale

Il GORR dovrà avere le competenze necessarie per svolgere un'ampia gamma di attività funzionali alla gestione e controllo delle emergenze di salute pubblica, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- indagini epidemiologiche nell'ambito delle malattie trasmissibili e attività di *contact tracing*;
- sorveglianza attiva dei casi e dei contatti di casi di malattie trasmissibili a fini di salute pubblica,
- effettuazione di esami di screening e diagnostici, funzionali al contenimento e gestione di malattie trasmissibili e altre emergenze di salute pubblica;
- adozione di provvedimenti in merito all'isolamento e alla quarantena di casi e contatti;
- coordinamento aziendale, in connessione con Azienda Zero, per la raccolta e l'invio tempestivo e puntuale dei flussi informativi previsti dalla Regione per il monitoraggio dell'emergenza;
- elaborazione di dati e analisi epidemiologiche;
- collegamento funzionale con le altre strutture e servizi dell'Azienda sanitaria coinvolte nella gestione dell'emergenza (es. Distretti, Presidi Ospedalieri). In particolare per garantire un collegamento funzionale con le componenti del Distretto di afferenza territoriale, ivi compresi i MMG e PLS, dovrà essere garantito il coinvolgimento del direttore di Distretto di afferenza, avvalendosi anche della COT quale punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione assistenza tecnico-specialistica nei confronti di altri servizi aziendali, Enti pubblici e imprese private ai fini della definizione e del monitoraggio di misure igienico-sanitarie per la mitigazione dei rischi nel contesto emergenziale;
- attività di controllo e assistenza sul rispetto, l'efficacia e la sicurezza delle misure igienico-sanitarie di prevenzione e mitigazione nel contesto emergenziale (inclusi gli interventi di disinfezione e disinfestazione);
- promozione e supporto all'organizzazione delle campagne vaccinali specifiche per l'emergenza;
- attività di campionamento di matrici varie (es. alimentari, ambientali, ecc.).

L'impatto delle emergenze di sanità pubblica sulla popolazione è fortemente influenzato dalle condizioni di salute della popolazione stessa. Pertanto le attività di gestione dell'emergenza, dovrà essere fortemente integrata, in particolare nei periodi inter-emergenziali, con le attività di **promozione della salute e contrasto alle malattie cronico-degenerative**.



Per questo motivo dovrà essere garantito il coinvolgimento dei Dipartimenti di Prevenzione nei team multi professionali per la gestione della cronicità e fragilità come previsto dal modello organizzativo nella L.R. n. 48/2018.

La **formazione** rappresenta una delle principali risorse utilizzabili nelle strategie di prevenzione. La conoscenza diffusa ed approfondita degli scenari di rischio, delle procedure organizzative e dei comportamenti più idonei da adottare in emergenza, può infatti migliorare i livelli di vigilanza, ridurre i tempi di risposta, rinforzare i comportamenti più efficaci per contrastare le minacce e limitare gli effetti degli eventi lesivi. Pertanto, tutto il personale afferente al GORR, con particolare riferimento alla personale afferente al modulo di prima attivazione, dovrà seguire percorsi formativi specifici e trasversali finalizzati a rafforzare ed uniformare le conoscenze e le competenze, considerando comunque i diversi ruoli e profili professionali, diffondere e consolidare strategie efficaci a fronteggiare dei pericoli attivando una collaborazione costante tra tutti i componenti della GORR. Ogni azione di formazione deve necessariamente includere modi efficaci di comunicare, decidere, valutare, gestire gli eventi e far conoscere procedure comuni all'interno dei differenti scenari ipotizzati. La formazione sarà prevalentemente rivolta alle emergenze di natura infettiva ma dovrà garantire un programma di conoscenze anche attinenti ad emergenze di altra natura (rischio chimico, rischio radiologico, catastrofi naturali, ecc). Tale programma assume finalità non secondaria di creazione di una rete di conoscenze formali ed informali utili per l'eventuale gestione degli eventi citati.



edcfc1ed



SORVEGLIANZA STRUTTURE RESIDENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENTI**Premessa**

Decreto Rilancio - D.L. n. 34 del 19 Maggio 2020 Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19

Art. 1 Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale**Comma 1**

“(....) Le regioni e le province autonome organizzano inoltre le **attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture residenziali**, anche garantendo la collaborazione e la consulenza di medici specialisti in relazione alle esigenze di salute delle persone assistite, con le risorse umane strumentali e finanziarie disponibili a *legislazione vigente.*”

SORVEGLIANZA STRUTTURE RESIDENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENTI

L'attività di attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture residenziali vengono articolate in tre livelli:

1° Livello – Sorveglianza ordinaria

Il livello di prevenzione e protezione in favore dei residenti e degli operatori delle strutture residenziali per non autosufficienti ivi comprese le condizioni organizzative e il coordinamento delle funzioni cliniche è previsto tra i requisiti organizzativi specifici prescritti per l'accreditamento delle unità di offerta dei “Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti”, con la presenza di una figura direzionale con profilo sanitario, denominata “Direttore sanitario di Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti”.

Tale figura assume la responsabilità e il compito di curare, sia nelle singole unità di offerta sia nei Centri di servizi, ogni aspetto igienico organizzativo in ambito sanitario, a garanzia del sistema delle unità di offerta presenti nel “Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti”.

Il Direttore sanitario svolge ogni attività di indirizzo, gestione e vigilanza ritenuta necessaria al governo del sistema igienico sanitario e di tutela della salute e igiene pubblica all'interno del Centro, in autonomia e avvalendosi delle risorse necessarie, in coerenza con gli indirizzi della Regione, dell'Azienda ULSS e con le più recenti indicazioni tecnico scientifiche dettate dagli organismi preposti nei settori di intervento.

L'individuazione di tale figura è di competenza del legale rappresentante del “Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti”; la nomina deve essere conferita a soggetto che sia in possesso dei seguenti requisiti:

- laurea in medicina e chirurgia,
- iscrizione all'Albo dell'Ordine dei medici chirurghi,
- una specializzazione tra le seguenti: Igiene e Medicina Preventiva, Medicina del Lavoro, Medicina Legale, Statistica sanitaria e Biometria, Medicina di comunità e delle cure primarie o nelle altre aree di prevenzione e sanità pubblica, oppure (in alternativa alla specializzazione) 10



c8d85fba



anni di esperienza in una delle seguenti discipline dell'area della prevenzione e sanità pubblica: Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Organizzazione dei Servizi Sanitari di base.

Il Direttore sanitario del Centro di Servizi per persone anziane non autosufficienti è in rapporto di servizio con il Centro di servizi; tale rapporto è regolato sulla base di accordi o contratti stipulati dal Centro di Servizi con il Direttore sanitario. L'atto istitutivo e regolativo di detto rapporto (accordo o contratto) deve essere trasmesso dal Centro di Servizi all'Azienda ULSS competente.

Data la natura dell'incarico il "Direttore sanitario di Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti" costituisce riferimento nei confronti dell'Azienda Ulss nei termini seguenti:

- in relazione con il Direttore Sanitario dell'Azienda Ulss territorialmente competente per gli aspetti di prevenzione ed igiene;
- di riferimento del Direttore dei Servizi socio sanitari e delle strutture di cui si avvale, ivi compreso il medico coordinatore - ai sensi della DGR n. 1231/2018 - dell'Azienda Ulss territorialmente competente.

Considerate le funzioni assegnate alla figura del Direttore sanitario del Centro di Servizi per persone anziane non autosufficienti per tale ruolo si prevede uno standard orario minimo settimanale che può variare a seconda delle classi dimensionali (incluse tra gli estremi da "fino a 30 pl" a "oltre 601 pl"), con un minimo di ore settimanali da 3 ore a 34 ore, da svolgersi presso uno o più "Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti".

La proposta di introduzione del requisito organizzativo specifico di accreditamento che prevede la presenza della figura del "Direttore Sanitario del Centro di Servizi per persone anziane non autosufficienti", è stata oggetto di parere favorevole espresso dall'Organismo tecnico consultivo regionale di cui all'art. 18, comma 4 della L.R. n. 22/2002, nella seduta del 6 maggio 2020 (convocato con nota prot. reg. 174671/20).

2° Livello – Sorveglianza con epidemia in atto

Si intende mantenere la strategia organizzativa di cui alla nota prot. n. 141750 del 1 Aprile 2020, che ha previsto la costituzione di un team multidisciplinare costituito da personale del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP), dell'Unità Operativa di Cure Primarie e dei Servizi Sociali al fine di giungere alla definizione di un "Piano di Sanità Pubblica" specifico per queste strutture che riguardi l'isolamento dei pazienti, la gestione dei DPI e la gestione del personale, da attuare a cura del Direttore dei Servizi Socio-Sanitari.

Per la valutazione del rischio è necessario disporre di:

- Dati di prevalenza di positivi al COVID-19, distinti per operatori e ospiti, tali dati per quanto riguarda gli operatori si possono avere attraverso l'incrocio con il flusso informativo ad hoc;
- Dati sulla disponibilità di DPI al momento presente e dall'inizio dell'epidemia COVID-19, con eventuale valutazione degli acquisti;
- Dati sulle competenze sanitarie del personale presente o che si occupa degli ospiti (occorre acquisire l'organigramma) e Piano Formativo dei Dipendenti, questi devono essere forniti dal Direttore della struttura residenziale;



La “Valutazione del rischio” verrà redatta dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) e dall’U.O. Cure Primarie e presentata ai Direttori dei Servizi Socio-Sanitari per definire le indicazioni che devono essere contenute nel Piano di Sanità Pubblica. Le azioni potranno anche prevedere l’intervento delle USCA e/o di Team di medici specialisti o altre azioni specifiche. Azione indispensabile sarà il controllo dell’adempimento delle indicazioni fornite ad ogni singolo Centro di Servizi.

3° Livello – Sorveglianza in situazione di particolare criticità dell’epidemia

E’ previsto un piano straordinario d’azione per la gestione di situazioni di contagio all’interno dei Centri di Servizi aventi carattere di urgenza ed emergenza e non efficacemente affrontabili in autonomia dalle singole strutture, con le misure di contenimento e isolamento da esse già previste anche nel quadro delle precedenti indicazioni regionali.

Tale Piano si pone a complemento del Piano di Sanità Pubblica specifico per i Centri di Servizi di cui alla nota regionale prot. n. 138002/2020, prevedendo, anche ai sensi del comma 2, art. 1 del DL n. 34/2020, la messa a disposizione dell’intero servizio sanitario regionale (SSR) di una rete potenziale di strutture residenziali da destinare temporaneamente in via esclusiva all’accoglimento e all’assistenza di pazienti affetti da COVID-19 provenienti principalmente dai Centri di Servizi, la cui attivazione è subordinata ad apposita valutazione tecnica, secondo le modalità di seguito indicate e riferita alle singole situazioni locali. Così procedendo si creeranno le condizioni per la razionalizzazione delle risorse umane ed economiche dedicate alla cura dei soggetti contagiati, permettendo, nel contempo, un graduale ritorno alla normalità nelle strutture nelle quali la situazione lo consenta.

A tale scopo, considerata la speciale esigenza di coordinamento operativo tra gli uffici regionali e i vari enti presenti sul territorio, quali la Direzione Protezione Civile, le Direzioni dell’Area Sanità e Sociale, in particolare la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria e la Direzione Servizi Sociali, Azienda Zero, le Aziende ULSS, le unità speciali di continuità assistenziale (USCA), i Prefetti, le amministrazioni provinciali e comunali e i Centri di Servizi accreditate e altri eventuali, si procede ad incaricare delle funzioni di Sovrintendente Sanitario Provinciale per l’emergenza COVID-19 nel settore degli anziani non autosufficienti, uno dei Direttori Sanitari delle strutture del relativo ambito.

I Sovrintendenti avranno il compito di monitorare, a livello provinciale, la situazione dei contagi COVID-19 nei Centri di Servizi, concorrendo all’attuazione del Piano di Sanità Pubblica di cui alla nota regionale prot. n. 138002/2020 per la gestione dei soggetti risultati positivi in coordinamento con gli uffici e gli enti testé richiamati.

Come già descritto, l’individuazione di specifiche strutture residenziali da destinare esclusivamente all’assistenza ai casi positivi all’infezione da SARS-CoV-2 costituisce il fattore strategico del Piano nel duplice obiettivo, da un lato, di garantire a questi pazienti un livello assistenziale speciale e maggiormente appropriato rispetto alle esigenze sanitarie implicate dalla patologia COVID-19, e dall’altro di liberare le rimanenti strutture residenziali, le quali potranno così gradualmente tornare alla normalità, nel rispetto, comunque, delle precauzioni necessarie ad ostacolare una nuova diffusione al loro interno della malattia.

Considerato che tali strutture si troveranno ad assistere in prevalenza persone anziane non autosufficienti, il cui stato di salute risulta di solito determinato dalla presenza contemporanea della patologia COVID-19 e di altre patologie croniche preesistenti al contagio, si ritiene appropriato



assumere per esse lo standard organizzativo-funzionale stabilito per i Centri di Servizi residenziali per non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale (requisito CS-PNA-M-au-1.1 di cui all'Allegato A alla D.G.R. n. 84 del 16 Gennaio 2007) potenziato nella componente sanitaria. A tal fine l'Azienda ULSS di riferimento provvederà a garantire, con oneri a proprio carico a valere sulle risorse di seguito specificate, la presenza di personale infermieristico aggiuntivo rispetto a quanto previsto dal predetto standard nella seguente misura:

- 1 infermiere professionale ogni 20 ospiti presenti in media nell'anno.

Il servizio infermieristico dovrà essere, comunque, garantito nell'arco delle 24 ore, con la presenza notturna in sede di almeno 3 infermieri ogni 120 ospiti.

In relazione all'utilità e opportunità di disporre con continuità nel tempo di tali presidi, in un'ottica di razionalizzazione e ottimizzazione dei parametri di appropriatezza dell'intero sistema assistenziale regionale, vi è la necessità di garantire la sostenibilità economica in modo indipendente dai livelli di saturazione dei posti letto, valorizzando l'elemento di disponibilità ed il correlato vincolo di destinazione, prevedendo allo scopo il seguente meccanismo di finanziamento e i relativi importi:

- quota giornaliera di rilievo sanitario pari ad € 58,00 a carico delle aziende ULSS di riferimento;
- quota alberghiera a carico dell'ospite, o di chi è tenuto al pagamento, da determinarsi a cura dell'ente gestore in misura congrua con il mantenimento della quota alberghiera corrisposta alla struttura di provenienza;
- nell'eventualità in cui i posti letto vincolati alla destinazione COVID-19 risultassero temporaneamente non occupati, le Aziende ULSS provvedono a riconoscere all'ente gestore il pagamento degli stessi fino a concorrenza di una quota di saturazione teorica complessiva della struttura COVID-19 pari al 90%, applicando una tariffa giornaliera onnicomprensiva di € 116,00.

La nomina agli incarichi di Sovrintendente Sanitario Provinciale verrà effettuata dal Direttore dell'Area Sanità e Sociale, in relazione all'effettiva esigenza dettata dall'evolversi della situazione epidemiologica in atto in ciascuna provincia e potrà essere valutata, in relazione alla casistica emergente, la possibilità di attribuire ad un Sovrintendente già nominato l'interim su altri ambiti provinciali.

Le strutture residenziali da destinare esclusivamente all'accoglimento e all'assistenza ai pazienti affetti da COVID-19, vincolandole a tale destinazione per un periodo di sei mesi, eventualmente prorogabile in relazione all'evoluzione epidemiologica, decorrente dall'effettiva attivazione formalizzata dal Sovrintendente Sanitario Provinciale di riferimento territoriale in dipendenza delle specifiche situazioni di contagio, verranno individuate sentite le Associazioni di categoria URIPA e UNEBA ed acquisita la disponibilità degli enti gestori interessati.

I Sovrintendenti Sanitari Provinciali per l'emergenza COVID-19 nel settore degli anziani non autosufficienti concorrono all'attuazione del Piano di Sanità Pubblica di cui alla nota regionale prot. n. 138002/2020 nei termini suindicati e per l'esercizio della loro funzione potranno avvalersi dei mezzi e del personale che l'Azienda ULSS sede del capoluogo di provincia provvederà a mettere a disposizione. I predetti Sovrintendenti Sanitari Provinciali si rapporteranno direttamente con il Direttore dell'Area Sanità e Sociale ai fini del monitoraggio delle singole situazioni locali, dell'attivazione delle strutture residenziali e di rendicontazione dei risultati di volta in volta raggiunti.

In via del tutto eccezionale e ad integrazione della rete di strutture da destinare esclusivamente all'accoglimento e all'assistenza ai pazienti affetti da COVID-19, qualora ne ravvisasse la necessità, il Sovrintendente Sanitario Provinciale, sentiti il Direttore dell'Area Sanità e Sociale della Regione



c8d85fba



del Veneto ed il Dipartimento di Prevenzione potrà chiedere al Prefetto, per tramite del Dipartimento della protezione civile territorialmente competente, di disporre la requisizione in uso di strutture alberghiere, ovvero di altri immobili aventi analoghe caratteristiche di idoneità da destinare a Strutture residenziali per anziani non autosufficienti affetti da COVID-19, così come previsto al comma 7 dell'art. 6 del DL n. 18 del 17 Marzo 2020 convertito con modificazioni dalla legge n. 27 del 24 Aprile 2020.



c8d85fba



**Determinazione del Fabbisogno, acquisizione di risorse umane e incentivi al personale**

Con nota Prot. n. 106965 datata 5 Marzo 2020, è stato trasmesso al Ministero della Salute un primo fabbisogno di Medici, Infermieri e Operatori Socio Sanitari, legati alla prima fase di incremento dei letti in Terapia Intensiva e Semintensiva, come richiesto dal Ministero stesso con Circolare 1 Marzo 2020. Come specificato nella nota di trasmissione il fabbisogno di personale medico riguardava principalmente le specialità di anestesia e Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore e Malattie Infettive e Tropicali, in relazione ai posti letto di Terapia sub Intensiva. Il fabbisogno di professionisti per i soli letti aggiuntivi di terapia intensiva e semintensiva, ad elevata intensità di cura dedicati ai pazienti Covid, dichiarato nella prima fase dell'emergenza è stato pari a 180 medici, 414 infermieri e 204 operatori socio sanitari. L'evolversi dell'emergenza sanitaria ha evidenziato l'esigenza di far fronte a nuovi fabbisogni di personale in ragione delle mutate esigenze organizzativo-gestionali e dell'evolversi delle caratteristiche cliniche della patologia.

Inizialmente, al fine di fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, la Regione del Veneto, per il tramite dell'Area Sanità e Sociale, ha adottato misure specifiche in materia di personale già a decorrere dal mese di febbraio, prevedendo un incremento della dotazione di personale per le aree maggiormente interessate dall'emergenza sanitaria. In primo luogo, le aziende sono state autorizzate ad effettuare assunzioni a tempo indeterminato in deroga ai tetti di spesa fissati per il costo del personale ed alle previsioni dei Piani Triennali di fabbisogno di personale formulati ed approvati dalla Regione Veneto prima dell'emergenza.

Successivamente, nel mese di marzo, in sede di disamina dei piani trimestrali di assunzione del personale presentati dalle Aziende ed Enti del SSR per il I trimestre 2020, è stata autorizzata l'assunzione di altro personale appartenente sia al Comparto che all'Area della Dirigenza Sanitaria, ugualmente in deroga ai tetti di spesa fissati per il costo del personale ed alle previsioni dei Piani Triennali di fabbisogno di personale.

Le aziende hanno, in seguito, rappresentato principalmente fabbisogni derivanti dalle necessità di adeguare i servizi presenti sul territorio, al fine di potenziare le attività a domicilio e di prevenzione, che sono state principalmente autorizzate nella seduta crite di Maggio 2020.

Ulteriori autorizzazioni all'assunzione di personale per l'emergenza COVID-19 sono state rilasciate anche successivamente alle sedute di disamina dei Piani trimestrali presentati dalle Aziende con riferimento al I e al II trimestre 2020, in ragione dell'eccezionalità della situazione, addivenendo ad un totale complessivo delle unità di personale dipendente autorizzate pari a 1.677.

Azienda	MECCO	RAMBICITA	SELOCO	PRIMAIRE	OTTERICAO	TECNICO LABORATORIO	TECNICO DIAGNOSTICA	TECNICO PREVENZIONE	ASSISTENTE LABORATORIO	OSI	OFFICIALE TECNICO	PREPAREDITA	COLLAB. TECNICO PRON	ASSISTENTE TECNICO	TOTALE
501 - Belluno	3	0	0	64	0	2	2	0	24	31	0	0	2	0	128
502 - Meris Tassiliana	20	0	3	62	0	10	2	0	10	29	0	0	0	0	196
503 - S. Maria della	8	0	3	107	0	12	0	1	14	55	5	0	1	1	207
504 - Veneto Orientale	3	0	0	69	0	6	0	6	10	51	1	0	0	0	146
505 - Belluno	5	0	3	65	0	12	0	0	10	38	0	0	0	0	133
506 - Treviso	3	0	0	81	0	5	0	0	21	41	0	4	0	0	155
507 - Belluno	2	0	4	39	0	6	0	1	15	24	0	0	0	0	91
508 - Treviso	10	0	0	122	3	5	3	0	10	21	0	0	0	0	174
509 - Scilligera	2	0	0	34	0	6	5	0	8	24	0	0	0	0	79
510 - AO Alpi Sud	12	0	0	85	0	9	0	0	1	66	0	0	0	0	173
511 - AREA Veneto	51	1	2	96	0	7	0	0	0	35	0	1	0	0	193
512 - SVV	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
TOTALE	119	1	15	826	3	80	12	8	123	475	6	5	3	1	1.677

Contestualmente all'adozione di specifiche disposizioni adottate dal Legislatore con DL 2 marzo 2020 n. 9 e con DPCM 1 marzo 2020 è stata comunicata alle Aziende la possibilità di stipulare contratti di lavoro autonomo a personale medico ed infermieristico collocato in quiescenza, alle condizioni previste dalla suddetta normativa.

Inoltre, a seguito del DL 9 marzo 2020 n. 14, con Circolare n. 116609 del 11 Marzo 2020, la Regione del Veneto ha autorizzato le Aziende alla stipula di contratti di lavoro autonomo per le finalità e alle condizioni



cef1f5ab



indicate dall'art. 1 del medesimo decreto, per il reclutamento di personale medico, ivi compresi i medici iscritti all'ultimo e penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione, nonché di tutto il rimanente personale sanitario, qualora non risultino presenti presso Azienda Zero o presso l'Azienda interessata valide graduatorie di concorso pubblico o avviso pubblico.

Con L. 24.04.2020 n. 27, fra le altre misure, è stato abrogato il DL 9 marzo 2020 n. 14. L'art. 2 bis del DL 18/2020 ha tuttavia riproposto in larga parte i contenuti dell'art. 1 del DL citato in relazione al conferimento di incarichi di lavoro autonomo a personale sanitario. A seguito di tale provvedimento normativo la Regione ne ha reso noto i principali contenuti con nota prot. n. 177934 del 05.05.2020.

Al fine di supportare le Aziende nel reclutamento di personale con incarico di lavoro autonomo, Azienda Zero ha predisposto avvisi pubblici di manifestazione di interesse a partire dalla data del 11 marzo a maggio 2020 per la formazione di elenchi di medici, medici specializzandi iscritti all'ultimo e penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione, medici collocati in quiescenza, e personale sanitario diverso da medico.

Azienda Zero, ricevute le manifestazioni di interesse, provvedeva ad inoltrarle alle Aziende, le quali potevano contattare i professionisti e stipulare contratti di lavoro. Azienda Zero ha raccolto complessivamente un numero di 998 manifestazioni di interesse come di seguito rappresentato.

	PROFILO	TOTALE MANIFESTAZIONI MESE MARZO	TOTALE MANIFESTAZIONI MESE APRILE	TOTALE MANIFESTAZIONI MESE MAGGIO	TOTALE
MEDICI	Laureati Abilitati	257	143	7	407
	Pensionati	99	16	0	115
	Specialisti	223	43	8	274
	Specializzandi	175	39	3	217
	TOTALE	754	241	18	1013
	<i>Di cui Anestesisti</i>	<i>63</i>	<i>17</i>	<i>0</i>	<i>80</i>
SANIT.	Biologi	30	33	10	73
	Farmacisti	0	10	1	11
	TOTALE	30	43	11	84
COMPARTO SANITARIO	Assistenti Sanitari	30	8	1	39
	Infermieri	502	85	12	599
	Tecnici di Laboratorio	68	11	10	89
	Tecnici di Radiologia	139	23	2	164
	Tecnici della Prevenzione	65	36	4	105
	Tecnico fisiopat. cardiocirc.	1	0	1	2
	TOTALE	805	163	30	998
	<i>Autisti di ambulanza segnalati</i>	<i>22</i>	<i>16</i>	<i>4</i>	<i>42</i>

A fronte delle autorizzazioni rilasciate e delle manifestazioni di interesse raccolte e distribuite alle Aziende, la Regione monitora quotidianamente le acquisizioni di personale effettuate dalla data del 18 marzo. Alla data del 1 giugno il totale delle unità acquisite per l'emergenza COVID-19 risulta:



cef1f5ab



Azienda	T. Ind.	T. Det.	Rapp. Lib. Prof./ca.co.ca.	Rapp. con pers. in quiescen.	Pers. trattenute in servizio ex art. 12 D.L. 18/2020	Altro	TOTALE
501 - Dolomiti	21	1	20	7	2	0	51
502 - Marca Trevigiana	99	48	36	4	0	0	187
503 - Serenissima	79	2	69	13	2	2	167
504 - Veneto Orientale	52	3	4	8	0	2	69
505 - Polesana	4	28	18	4	1	5	60
506 - Euganea	12	20	40	6	0	0	78
507 - Pedemontana	13	5	39	12	0	0	69
508 - Berica	46	6	11	2	0	0	65
509 - Scaligera	40	3	31	18	0	0	92
901 - AO di Padova	107	5	26	1	0	0	139
912 - AOUI di Verona	95	5	52	2	0	0	154
952 - IOV	0	0	20	2	0	0	22
TOTALE	568	126	366	79	5	9	1.153

Stima di impatto economico

a) Personale Dipendente

Azienda	MECCO	FARMACITA	BOLOGNO	SPERANZA	OSTETRICIA	TECNICO LABORATORIO	TECNICO BIOLOGICA	TECNICO PREVENZIONE	AMBITO SALVAMENTO	OSI	OPERATORE TECNICO	PERFUMERIA	COLLAB. TECNICO PROG.	AMBITO TECNICO	TOTALE
501 - Dolomiti	€ 187.871,08	€ -	€ -	€ 1.580.177,96	€ -	€ 50.797,76	€ 50.797,76	€ -	€ 424.981,29	€ 539.595,28	€ -	€ -	€ 48.546,71	€ -	€ 2.822.486,17
502 - Marca Trevigiana	€ 1.117.889,52	€ -	€ 147.695,18	€ 1.580.177,96	€ -	€ 215.598,59	€ 48.638,71	€ -	€ 179.125,85	€ 1.485.881,51	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 4.538.675,75
503 - Serenissima	€ 447.125,75	€ -	€ 148.888,85	€ 2.566.913,97	€ -	€ 255.988,79	€ -	€ 27.887,13	€ 249.941,95	€ 981.899,41	€ 112.786,29	€ -	€ 28.575,55	€ 14.662,88	€ 4.646.518,26
504 - Veneto Orientale	€ 187.871,08	€ -	€ -	€ 1.677.619,97	€ -	€ 137.155,95	€ -	€ 135.835,45	€ 191.822,15	€ 979.996,61	€ 22.541,26	€ -	€ -	€ -	€ 3.011.648,98
505 - Polesana	€ 779.452,35	€ -	€ 147.695,18	€ 1.429.571,39	€ -	€ 246.989,82	€ -	€ -	€ 185.298,75	€ 618.945,25	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2.987.561,82
506 - Euganea	€ 187.871,08	€ -	€ -	€ 1.765.761,72	€ -	€ 111.755,87	€ -	€ -	€ 367.618,88	€ 682.426,79	€ -	€ 75.839,88	€ -	€ -	€ 3.188.884,58
507 - Pedemontana	€ 111.768,95	€ -	€ 789.751,89	€ 851.488,83	€ -	€ 121.914,62	€ -	€ 27.887,13	€ 262.439,85	€ 588.889,57	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.964.742,88
508 - Berica	€ 642.748,56	€ -	€ -	€ 2.655.888,26	€ 68.838,86	€ 181.595,52	€ 68.957,51	€ -	€ 187.456,45	€ 582.787,16	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 4.182.171,12
509 - Scaligera	€ 111.768,95	€ -	€ -	€ 818.954,12	€ -	€ 152.995,28	€ 126.994,48	€ -	€ 153.582,56	€ 452.586,13	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.787.711,92
901 - AO di Padova	€ 712.885,44	€ -	€ -	€ 1.996.975,28	€ -	€ 215.598,59	€ -	€ -	€ 28.626,49	€ 1.214.884,67	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 4.157.092,67
912 - AOUI di Verona	€ 5.451.758,77	€ 49.251,85	€ 98.462,86	€ 2.285.828,56	€ -	€ 162.552,85	€ -	€ -	€ -	€ 678.524,88	€ -	€ 25.489,88	€ -	€ -	€ 6.741.376,63
952 - IOV	€ -	€ -	€ -	€ 48.546,71	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 48.546,71
TOTALE	€ 7.877.541,49	€ 49.251,85	€ 763.881,88	€ 18.575.459,78	€ 68.838,86	€ 1.767.762,88	€ 229.387,67	€ 189.949,91	€ 2.229.317,51	€ 8.487.239,26	€ 125.347,55	€ 98.489,88	€ 68.838,86	€ 14.662,88	€ 48.881.299,78

Per la valorizzazione dei costi relativi al personale dipendente da assumere nell'ambito del piano di autorizzazioni della Regione relativo all'emergenza epidemiologica COVID-19, è stato calcolato un costo medio per profilo.

Tale costo medio è stato calcolato utilizzando la sommatoria degli importi indicati nelle tabelle di spesa del personale del conto annuale 2018, in particolare Tabella 12 relativa agli oneri annui per voci retributive a carattere stipendiale corrisposte al personale in servizio e Tabella 13 relativa alle Indennità e compensi accessori corrisposti al personale in servizio rispetto al personale, rispetto al personale in servizio al 31 dicembre 2018.

I costi sono stati calcolati considerando come decorrenza delle assunzioni il mese di marzo per le autorizzazioni del I trimestre anno 2020 e il mese di maggio per le autorizzazioni riferite al II trimestre anno 2020.

b) Personale non Dipendente



cef1f5ab



Azienda	TOTALE
501 - Dolomiti	€ 835.000,00
502 - Marca Trevigiana	€ 1.127.100,00
503 - Serenissima	€ 2.402.055,00
504 - Veneto Orientale	€ 416.700,00
505 - Polesana	€ 522.634,00
506 - Euganea	€ 1.488.960,00
507 - Pedemontana	€ 1.725.553,00
508 - Berica	€ 560.560,00
509 - Scaligera	€ 990.115,00
901 - AO di Padova	€ 857.322,00
912 - AOUI di Verona	€ 2.134.080,00
952 - IOV	€ 679.680,00
TOTALE	€ 13.739.759,00

Rapp. Lib. Prof./co.co.co.

Rapp. con pers. in quiescen.

Pers. trattenuto in servizio ex art. 12 D.L. 18/2020

Pers. con titolo conseg. estero ex art. 13 D.L. 18/2020

Altro

I costi relativi a tutte le fattispecie relative alla non dipendenza sono stati valorizzati in base agli incarichi conferiti alla data del 1° giugno e di quelli che le Aziende presumono di conferire fino al termine dell'emergenza tenendo conto dell'effettiva prestazione da rendere.

In merito alla gestione dell'emergenza sono stati adottati dall'Area Sanità e Sociale Circolari volte a fornire alle aziende del SSR indicazioni operative relativamente al trattamento giuridico - economico del personale in servizio (Prot. n. 105574 del 05/03/2020 e Prot. n. 106965 del 05/03/2020) così come disposto dalla legislazione emergenziale.

Con nota del 13 marzo 2020, prot.n. 120472 è stata disposta la sospensione dell'attività chirurgica programmata, per la quale è previsto il ricovero in terapia intensiva post operatoria, e le altre attività programmate, ad eccezione delle urgenze indifferibili.

Parte del personale assegnato a dette attività è stato assegnato temporaneamente ad attività direttamente o indirettamente collegate con le esigenze dettate dall'emergenza COVID-19.

Il valore economico di tali costi non è quantificabile, nemmeno nelle sue componenti incrementalì: a titolo esemplificativo, non è possibile addivenire a una valutazione dell'importo degli straordinari dedicati alle attività Covid, né tantomeno delle indennità relative.

Le nuove immissioni di personale derivanti dalle autorizzazioni rilasciate per il piano emergenza sono state necessarie anche per sopperire l'elevato tasso di assenza del personale contagiato durante l'emergenza.

La dotazione di personale al 31.5.2020 è riportata nello schema che segue, a confronto con quella al 31.12.2019.



cef1f5ab



Data	31/12/2019	Data	31/05/2020
Macro profilo	F.T.E.	Macroprofilo	F.T.E.
Dirigenza medica	8.358,43	Dirigenza medica	8.367,22
Dirigenza veterinaria	376,73	Dirigenza veterinaria	386,31
Dirigenza sanitaria	985,19	Dirigenza sanitaria	988,36
Dirigenza ruoli PTA	318,63	Dirigenza ruoli PTA	320,63
Personale infermieristico/ostetrico	23.794,38	Personale infermieristico/ostetrico	24.377,52
Personale della prevenzione	1.106,05	Personale della prevenzione	1.104,15
Personale della riabilitazione	2.060,83	Personale della riabilitazione	2.081,51
Personale tecnico sanitario	3.260,59	Personale tecnico sanitario	3.302,84
Altro personale ruolo sanitario	127,86	Altro personale ruolo sanitario	139,03
OSS/OTAA	8.338,16	OSS/OTAA	8.871,89
Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	3.957,46	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	3.877,58
Personale ruolo amministrativo professionale	5.717,15	Personale ruolo amministrativo professionale	5.636,55
Totale complessivo	58.401,46	Totale complessivo	59.453,58

Fabbisogno di personale per il potenziamento delle terapie intensive e sub intensive

Il DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.” prevede all'art. 2 il riordino della rete ospedaliera. In particolare, il comma 1, mira a rafforzare strutturalmente il Servizio Sanitario Nazionale in ambito ospedaliero attraverso un piano di riorganizzazione volto a fronteggiare le emergenze pandemiche, attraverso il potenziamento delle Terapie Intensive, fino a determinare una dotazione strutturale per Regione pari a 0,14 posti letto per mille abitanti.

Per l'attivazione dei letti di Terapia Intensiva occorre determinare il relativo fabbisogno di personale, ai fini della stima del costo relativo. Ai fini della determinazione del fabbisogno di professionisti si ritiene di imputare un criterio “standard” sulla base dell'intensità assistenziale e delle necessità organizzative minime dell'unità operative di riferimento. Ipotizzato che, nelle Terapie Intensive debba essere garantita la presenza di un medico ogni 8 letti, di un infermiere ogni due letti e di un operatore socio sanitario ogni 8 letti, e che nel rispetto del criterio organizzativo, debba essere garantita la presenza minima per moduli assistenziali, a livello regionale risultano necessari 294 medici, 786 infermieri e 294 operatori socio sanitari. Considerati questi valori di fabbisogno, si stima che il costo del personale relativo al potenziamento dei posti letto di terapia intensiva sia pari a circa 56 milioni di euro su base annua. Si riporta, in seguito, prospetto riassuntivo dei fabbisogni di personale derivanti da potenziamento delle terapie intensive¹.

¹. Ai fini della stima dei costi, il costo medio è stato calcolato utilizzando la sommatoria degli importi indicati nelle tabelle di spesa del personale del conto annuale 2018, in particolare Tabella 12 relativa agli oneri annui per voci retributive a carattere stipendiale corrisposte al personale in servizio e Tabella 13 relativa alle Indennità e compensi accessori corrisposti al personale in servizio rispetto al personale, rispetto al personale in servizio al 31 dicembre 2018.



cef1f5ab



DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	050501	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	050501	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	18	1.512.000,00 €	60	1.860.000,00 €	18	432.000,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	18	1.512.000,00 €	66	2.046.000,00 €	18	432.000,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €



DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	12	1.008.000,00 €	30	930.000,00 €	12	288.000,00 €



DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	6	504.000,00 €	24	744.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	504	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale	050504	OSPEDALI DI SAN DONA'	0	€ -	0	€ -	0	- €
050	VENETO	504	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale	050504	OSPEDALI DI SAN DONA'	0	€ -	0	€ -	0	- €
050	VENETO	504	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale	050504	OSPEDALI DI SAN DONA'	12	1.008.000,00 €	30	930.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €



cef1f5ab

DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	12	1.008.000,00 €	30	930.000,00 €	12	288.000,00 €
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	12	1.008.000,00 €	48	1.488.000,00 €	12	288.000,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	6	504.000,00 €	24	744.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	050507	OSPEDALI DI BASSANO	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €



cef1f5ab

DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
050	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	050507	OSPEDALI DI BASSANO	6	504.000,00 €	18	558.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	18	1.512.000,00 €	60	1.860.000,00 €	18	432.000,00 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	050509	OSPEDALI DI LEGNAGO	0	€ -	0	€ -	0	- €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	050509	OSPEDALI DI LEGNAGO	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	050509	OSPEDALI DI LEGNAGO	12	1.008.000,00 €	42	1.302.000,00 €	12	288.000,00 €



DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
050	VENETO	PED	Azienda Ospedale Università di Padova	OSPED	Azienda Ospedale Università di Padova	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	UAL	Azienda Ospedale Università di Padova	ATTUAL	Azienda Ospedale Università di Padova	24	2.016.000,00 €	90	2.790.000,00 €	24	576.000,00 €
050	VENETO	912	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	050912	AZ.OSP.UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	24	2.016.000,00 €	90	2.790.000,00 €	24	576.000,00 €
050	VENETO	912	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	050912	AZ.OSP.UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	6	504.000,00 €	24	744.000,00 €	6	144.000,00 €



DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
050	VENETO	952	Istituto Oncologico Veneto	050952	IOV	0	€ -	0	€ -	0	- €
050	VENETO	952	Istituto Oncologico Veneto	050952	IOV	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	509	05002200. CASA DI CURA PEDERZOLI	050022	CASA DI CURA PEDERZOLI	0	€ -	0	€ -	0	- €
050	VENETO	509	05001700. OSPEDALE S. CUORE - D. CALABRIA	050017	OSPEDALE SACRO CUORE DON CALABRIA	0	€ -	0	€ -	0	- €



Parte di questo fabbisogno è stato soddisfatto in fase emergenziale, facendo ricorso prevalentemente a contratti a tempo parziale o a incarichi di lavoro autonomo. Si rappresenta, inoltre, che in fase emergenziale il fabbisogno dei reparti intensivi è stato soddisfatto anche e soprattutto con ricorso a professionisti provenienti da altri reparti e non necessariamente con nuove assunzioni.

Il medesimo art. 2, comma 2, ha come obiettivo la riqualificazione dei posti letto di semi intensiva, mediante adeguamento e ristrutturazione di posti letto di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure che, in caso di pandemia, potrebbero essere convertiti fino al 50% in posti letto di terapia intensiva.

Con riferimento a quanto previsto all'art. 2 comma 2 del DL 34/2020: *"2. Le regioni e le province autonome programmano una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. In relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50% dei posti letto di cui al presente comma, si prevede la possibilità di immediata conversione in posti letti di terapia intensiva, mediante integrazione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio. Al funzionamento dei predetti posti letto, a decorrere dal 2021, si provvede con le risorse umane programmate a legislazione vigente."*

In relazione all'attivazione dei posti letto di semi intensiva risulta alquanto problematico stimare il relativo fabbisogno di personale in quanto i posti letto dovranno essere resi disponibili da conversione di posti letto di area medica già esistenti. Ne consegue che anche il relativo fabbisogno di personale dovrà essere stimato al netto del personale già in servizio presso i reparti eventualmente convertiti in caso di emergenza.



cef1f5ab



Fabbisogno di personale per il potenziamento dei servizi territoriali

Con riferimento al potenziamento della rete territoriale e al necessario conseguente adeguamento della dotazione di infermieri di famiglia, per la Regione Veneto si stima un fabbisogno pari a circa 441 unità. Tale fabbisogno è stato determinato sulla base del criterio 8 unità infermieristiche per ogni 50.000 abitanti. Sulla base di questo criterio si stima un costo annuo aggiuntivo per personale infermieristico pari a circa 13,6 milioni di euro. Il dettaglio dei fabbisogni per aziende è riportato nella tabella che segue.

CODICE AZIENDA	AZIENDA	Distretti	Popolazione assistita MMG	Parametro - 8 INF/50.000 ab (*)	N. INF presso MMG	Tot. Fabbisogno Infermieri	Stima costo
501	Dolomiti	2	177.043	28	11	17	527.000,00 €
502	Marca Trevigiana	4	765.570	122	30	92	2.852.000,00 €
503	Serenissima	4	540.843	87	36	50	1.550.000,00 €
504	Veneto Orientale	1	198.187	32	4	27	837.000,00 €
505	Polesana	2	209.599	34	18	15	465.000,00 €
506	Euganea	5	796.800	127	56	72	2.232.000,00 €
507	Pedemontana	2	315.823	51	31	19	589.000,00 €
508	Berica	2	429.306	69	19	49	1.519.000,00 €
509	Scaligera	4	801.246	128	29	100	3.100.000,00 €

Fabbisogno di personale per il potenziamento dei servizi di emergenza territoriale

Il comma 5 dell'art 2 del DL 34/2020 autorizza le regioni a implementare i mezzi di trasporto dedicati ai trasferimento secondari per i pazienti COVID-19, per le dimissioni protette e per i trasporti intraospedalieri e per pazienti non affetti da COVID-19. A tal fine viene prevista la possibilità di assumere personale dipendente medico, infermieristico e operatori tecnici.

Nella tabella che segue si definisce il fabbisogno di personale per rendere pienamente operativa la rete di emergenza territoriale e garantire il trasporto intraospedaliero con personale strutturato come previsto dalla circolare del Ministero della Salute prot n. 11254 del 29 maggio 2020 "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19".



cef1f5ab



DATI ANAGRAFICI				PERSONALE DIPENDENTE - MEZZI DI SOCCORSO (AMBULANZE)							
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR PERSONALE OTA/OSS	COSTO PERSONALE OTA/OSS	NR PERSONALE AUTISTA-BARELLIERE	COSTO PERSONALE AUTISTA-BARELLIERE
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
50	VENETO	501	Dolomiti	4	336.000,00 €	5	155.000,00 €		- €	5	120.000,00 €
50	VENETO	502	Marca Trevigiana	4	336.000,00 €	9	279.000,00 €	3	72.000,00 €	6	144.000,00 €
50	VENETO	503	Serenissima	4	336.000,00 €	9	279.000,00 €	3	72.000,00 €	6	144.000,00 €
50	VENETO	505	Polesana	5	420.000,00 €	6	186.000,00 €		- €	6	144.000,00 €
50	VENETO	508	Berica	5	420.000,00 €	9	279.000,00 €		- €	6	144.000,00 €
50	VENETO	901	Azienda Ospedaliera Padova	4	336.000,00 €	10	310.000,00 €		- €	6	144.000,00 €
50	VENETO	912	Azienda Ospedaliera Verona	5	420.000,00 €	15	465.000,00 €		- €	6	144.000,00 €



Trattamento accessorio del personale in servizio

L'emergenza epidemiologica in atto da Covid-19 ha determinato nella Regione del Veneto una generalizzata riorganizzazione delle attività in ambito socio-sanitario, sia ospedaliera che territoriali, che si è tradotta, da un lato nell'incremento dei posti letto delle unità operative di terapia intensiva, sub intensiva e malattie infettive, e dall'altro nella riconversione di interi ospedali o di reparti che sono stati dedicati ad accogliere in via esclusiva pazienti affetti da contagio, nonché nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale e delle modalità di erogazione dei servizi del dipartimento di prevenzione.

Tale riorganizzazione ha comportato, di conseguenza, anche una revisione delle modalità di lavoro con un incremento molto rilevante sia dell'attività lavorativa del personale sia del numero delle unità di lavoratori quotidianamente impegnati a fornire le prestazioni necessarie a fronteggiare tale emergenza. Le aziende hanno, infatti, provveduto all'assunzione di nuovo personale, sia dipendente che non dipendente, a rivedere l'organizzazione delle attività e ad effettuare i necessari trasferimenti di personale verso gli ambiti che più lo richiedevano.

Ciò ha determinato un notevole impatto sulle condizioni di lavoro di tutti gli operatori, in particolare di quelli impegnati nei reparti di assistenza ai pazienti Covid-19.

La situazione emergenziale ed assolutamente eccezionale, ha imposto alla Regione e alle Organizzazioni Sindacali una riflessione per determinare quali risorse e strumenti poter mettere in campo per sostenere lo sforzo fatto dal personale del Servizio Sanitario Regionale, riconoscendo che lo stesso ha sempre dimostrato grande impegno, responsabilità, disponibilità e dedizione al lavoro.

I benefici economici che sono stati previsti sono finanziati in parte con risorse stanziato dallo Stato e attribuite alle Regioni, in particolare dall'art. 1 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito nella legge 24 aprile 2020, n. 27, come integrato e modificato dall'art. 2 del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, in parte con risorse messe a disposizione dalla Regione, così come consentito dal medesimo decreto legge (art. 2, comma 6, lett. b).

Per la Regione del Veneto la somma complessivamente disponibile ammonta ad euro 60.932.640, che vanno ad incrementare prioritariamente i fondi contrattuali per le condizioni di lavoro della dirigenza dell'Area Sanità e il fondo condizioni di lavoro ed incarichi del personale del Comparto e, per la restante parte, i relativi fondi incentivanti.

L'incremento dei fondi è in deroga, oltre che all'articolo 23, comma 2, del D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75.

L'importo complessivamente disponibile è stato ripartito tra le aree del comparto e della dirigenza e tra le aziende Ulss ed ospedaliere del SSR, alle quali sono state fornite specifiche linee di indirizzo regionali per l'attuazione di quanto previsto nei rispettivi verbali di confronto sindacale approvati con le deliberazioni n. 646 del e n. 22 Maggio 2020 e n. 715 del 04 Giugno 2020.

Con le risorse previste nell'accordo regionale è stato possibile riconoscere l'indennità di terapia sub intensiva al personale del ruolo sanitario e agli operatori socio-sanitari che prestano servizio presso le unità operative che saranno specificatamente qualificate come "sub intensive" ed estendere l'erogazione dell'indennità di Malattie Infettive ai reparti prevalentemente dedicati a pazienti Covid.



La Regione ha ritenuto, inoltre, di adeguare il sistema retributivo accessorio della premialità legata alla performance rimodulando gli obiettivi e integrandoli con progetti specifici legati all'emergenza sanitaria. Pertanto potrà essere individuata, previo passaggio in contrattazione integrativa, una particolare maggiorazione della retribuzione di risultato e della produttività da destinare al personale dirigenziale e non dirigenziale, del ruolo sanitario e non, impegnato nelle attività correlate all'emergenza, eventualmente da graduare in relazione all'intensità dell'impegno profuso.



cef1f5ab





PIANO DI RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA IN EMERGENZA COVID-19

Relazione sintetica

Programmazione regionale: elementi principali

In attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2019 – 2023 con DGR n. 614 del 14 maggio 2019 sono state approvate le schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle aziende sanitarie del Veneto.

Per ogni singola struttura ospedaliera le schede, definiscono tra gli altri aspetti la dotazione di posti letto per singola specialità e il ruolo dell'ospedale nella rete regionale.

Con riferimento ai posti letto definiti per ognuna delle discipline interessate dalla patologia COVID-19 (Terapia intensiva, malattie infettive, pneumologia) la distribuzione dei posti letto prima dell'emergenza viene di seguito riassunta:

	TERAPIA INTENSIVA	PNEUMOLOGIA	MALATTIE INFETTIVE
	Numero di posti letto	Numero di posti letto	Numero di posti letto
Dgr 614/2019 Schede Ospedaliere	559*	281	144*
Posti letto attivati a febbraio 2020 (flussi ministeriali)	494	233 (di cui 85 presso hub)	165

*Ai quali si aggiungono i posti letto per pazienti extraregione

Rispetto al bacino di utenza per specialità e al conseguente numero di strutture complesse previsto dal DM 70/2015, l'allegato E della DGR 614/2019 evidenzia come alcuni aspetti siano stati adeguati al modello organizzativo ospedaliero regionale.

In ragione del modello organizzativo regionale adottato, nella dotazione ospedaliera della Regione del Veneto erano presenti, già prima dell'emergenza COVID-19:

- una unità complessa di malattie infettive per ciascuna provincia;
- una diffusione capillare delle pneumologie nell'ottica dell'integrazione ospedale territorio;
- una specifica unità di svezzamento dalla ventilazione meccanica presso l'UO di Fisiopatologia respiratoria nell'Azienda Ospedale Università di Padova;
- una unità complessa di anestesia presso gli ospedali con pronto soccorso;
- un istituto di ricerca a carattere scientifico nella disciplina Malattie infettive e tropicali all'Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria di Negrar (VR).

E' inoltre definito un parametro di riferimento per aree funzionali omogenee e in particolare per l'area delle terapie intensive da un minimo di 0,1 posti letto/1000 abitanti fino a un massimo di 0,2 posti letto/1000 abitanti.



91496bca



Stato dell'arte

In relazione all'emergenza COVID-19 e alle indicazioni ministeriali della circolare del Ministero della Salute prot. n. 2627 del 01/03/2020 relative all'aumento di posti letto di terapia intensiva, pneumologia e malattie infettive è stato approvato, il 15 marzo 2020, dall'Unità di crisi istituita con decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21 febbraio 2020, il Piano di Emergenza Ospedaliera COVID-19 del Veneto, finalizzato ad assicurare che l'intero sistema ospedaliero fosse in grado di affrontare l'ipotesi di maggior pressione possibile.

In attuazione a tale piano sono stati attivati in Veneto 825 posti letto di terapia intensiva e 383 posti letto di pneumologia semi intensiva.

Considerata l'efficacia e l'efficienza delle azioni intraprese con tale piano, è stata approvata il 5 maggio 2020 la DGR n. 552/2020 "Approvazione Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici" che permette di definire la risposta del sistema ospedaliero in caso di emergenza.

Il potenziamento della disponibilità posti letto di tale piano emergenziale ha previsto la strutturazione di 840 posti letto di terapia intensiva così ripartiti:

- 559 sono i posti letto programmati dalle schede di dotazione ospedaliera;
- 191 sono posti letto aggiuntivi, attivati secondo le linee guida predisposte dal Coordinamento Regionale Emergenza ed Urgenza;
- 90 sono i posti letto ricavabili dalla riconversione di sale operatorie in caso di emergenza.

Considerate le necessità assistenziali evidenziate nel periodo di fase 1 dell'emergenza sono stati inoltre previsti 663 posti letto di pneumologia semi intensiva di cui 382 posti letto ricavabili riconvertendoli da altre discipline.

La DGR n. 552/2020 prevede inoltre che in tutti i Pronto Soccorso devono essere previsti specifici percorsi di pre-triage tesi ad individuare tempestivamente i pazienti sospetti positivi a malattie infettive al fine di indirizzarli verso i percorsi specificatamente dedicati ed evitare al massimo contaminazioni sia tra i soggetti in attesa di diagnosi, sia contaminazioni intraospedaliere da parte di soggetti affetti da patologie acute.

Elementi di sviluppo: disposizioni

L'art 2 del D.L. n. 34/20 prevede che le regioni predispongano un piano di riorganizzazione ospedaliera per l'emergenza e la circolare del Ministero della Salute n. 11254 del 29/05/2020 definisce, nel dettaglio, per la Regione Veneto l'aumento di 211 posti letto di terapia intensiva e 343 di semi intensiva.

Tali indicazioni, quindi, integrano il più ampio piano emergenziale definito dalla DGR n. 552/20.

Sia da quanto accaduto in fase emergenziale, sia dalle considerazioni metodologiche effettuate per la definizione del piano della DGR n. 552/20, si individuano 3 tipologie di strutture ospedaliere per l'accoglienza di pazienti COVID-19 all'interno del percorso di cura delle acuzie.

Viene di seguito descritta per ciascuna tipologia la finalità specifica degli interventi da avviare per determinare le condizioni che possano permettere la migliore risposta a eventuali altri eventi emergenziali.

- Ospedale Hub e di riferimento provinciale con presenza di reparti di pneumologia e malattie infettive.
 - Interventi finalizzati a creare le condizioni per non sospendere l'attività di elezione e permettere la continuità soprattutto per le cure indifferibili e per potenziare il trasporto intraospedaliero e il servizio di emergenza urgenza.
- Ospedali spoke con posti letto di terapia intensiva e personale con specifiche competenze intensivologiche:



- Interventi finalizzati a creare le condizioni per il potenziamento della capillarità territoriale dell'offerta di posti letto di terapia intensiva e semi intensiva;
- Interventi finalizzati a migliorare la separazione dei percorsi dedicati a pazienti COVID-19 in pronto soccorso;
- Interventi finalizzati al rafforzamento della dotazione di apparecchiature di ausilio alla ventilazione e monitoraggio.
- Ospedali dedicati alla patologia (Covid Hospital)
 - Interventi finalizzati a creare le condizioni per stabilizzare e completare l'attrezzamento dei posti letto aggiuntivi attrezzati in fase emergenziale.

Piano di riorganizzazione

Dotazione di posti letto

Incremento posti letto di terapia intensiva (comma 1 art. 2 DL 34/2020)

Il DL 34/2020 prevede di incrementare i posti letto di terapia intensiva determinando una dotazione di 0,14 posti letto per 1000 abitanti.

Per la Regione del Veneto tale parametro corrisponde quindi a una dotazione strutturale di 705 posti letto per fronteggiare le emergenze pandemiche.

Coerentemente con quanto indicato nella circolare del Ministero della Salute "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" del 29 maggio 2020, l'identificazione dei posti letto di terapia per la fase emergenziale, ha seguito i seguenti criteri:

- Accelerare l'attuazione di quanto previsto della programmazione regionale;
- Identificare negli ospedali hub con presenza di reparti di malattie infettive e pneumologia una numerosità di posti letto che garantisca la prima risposta in caso di nuova ondata dell'epidemia;
- Rendere adeguati e/o ampliare gli spazi preferibilmente attigui alle attuali terapie intensive, utilizzati nella fase emergenziale in modo da garantire un ampliamento di posti letto territorialmente diffuso;
- Attrezzare adeguatamente gli spazi per i posti letto di terapia intensiva negli ospedali individuati come Covid Hospital.

L'identificazione dei 211 posti letto aggiuntivi, , sono stati puntualmente identificati nella "Tabella 2 delle linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" allegata al presente piano.

Durante la fase emergenziale sono state fornite in comodato d'uso gratuito dal Commissario per l'emergenza la strumentazione per attrezzare i posti letto di terapia intensiva; rimane quindi da definire se tali attrezzature sono da considerarsi di proprietà della Regione del Veneto o se la Regione dovrà provvedere all'acquisto. A seguito di questa considerazione i valori riportati nel Piano di riorganizzazione ospedaliera per l'allestimento della aree della terapia intensiva possono inevitabilmente modificarsi.

L'attivazione dei posti letto aggiuntivi di terapia intensiva comporta la realizzazione di lavori di adeguamento edile e impiantistico nelle aree individuate a tale scopo. Nella scheda seguente si riportano le principali caratteristiche strutturali, impiantistiche e la dotazione delle attrezzature che dovranno essere garantite.



TERAPIA INTENSIVA	
REQUISITI MINIMI STRUTTURALI	
Descrizione	Ulteriori specifiche
Degenze con una superficie di 15 mq per posto letto	
Zona filtro degenti	
Zona filtro personale addetto	
Spogliatoio	Zona per indossare/togliere DPI
Locale medici	
Locale lavoro infermiere	
Locale per i pazienti infetti dotato di zona filtro	
Servizi igienici per il personale	
Deposito strumentazione e materiale pulito	
Deposito materiale sporco	
Vuotoaio con adeguata ventilazione	
Locale preparazione farmaci	
Locale bonifica /decontaminazione	
Bagno assistito	
Locale Tisaneria	
REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI	
Descrizione	Ulteriori specifiche
Temperatura interna	20-24 °C
Umidità relativa	40-60 %
Ricambi aria	min 6 vol/h (preferibile 10-15 vol/h) + filtri assoluti H14 + aspirazione separata
Prese ossigeno con doppi circuiti separati	min. 3 prese, pressione d'esercizio di 4-5 atm, costante con un flusso di 60 l/min per ciascuna presa
Aria medicale con doppie linee con doppi circuiti separati	min. 3 prese, pressione d'esercizio di 4-5 atm, costante con un flusso di 60 l/min per ciascuna presa
Impianto aspirazione con doppi circuiti separati	min. 2 prese, garantire quando tutte le prese sono in funzione una pressione minima di aspirazione di 500 mm Hg (40 l/min costanti) per ciascuna presa
Presa Evacuazione Ossido Nitrico tipo Attiva	La presa di evacuazione è necessaria qualora la terapia intensiva debba dotarsi di sistemi di erogazione dello stesso gas
Prese elettriche	15 per posto letto
Prese elettriche a pensile	min. 8 per P.L.
Prese TD	min. 4 per PL il RAC dati deve essere anch'esso alimentato da IT-M.
Impianto segnalazione esaurimento gas medicali del reparto	
Impianti speciali antincendio rilevazione incendi ed EVAC	
Impianto chiamata infermieri	
Impianto monitoraggio/ controllo dinamico della portata dei gas medicali O2-AC con contabilizzatore del flusso parziale e totale del reparto	
Almeno il 50% degli ambienti devono essere in pressione negativa	Da valutarsi in caso di realizzazione per COVID
Impianto elettrico tipo IT-M locali di gruppo 2 ai sensi della CEI 64-8	

TERAPIA INTENSIVA	
ATTREZZATURA PER POSTO LETTO	
Descrizione	Ulteriori specifiche
Strutture pensili/travi testa letto a muro dove alloggiare prese gas, elettriche e supporto alle apparecchiature	
Letto per rianimazione elettrico	Con sistemi di articolazione (trendelenburg, anti trendelenburg, zona testa, ginocchia e piedi), dotato di sistema antidecubito e tavolino a comparsa sulla pediera, porta bombola di ossigeno (per gli spostamenti), e almeno 3 aste porta flebo
Materasso	A fluttuazione dinamica già compreso con il letto
Ventilatore automatico da rianimazione	Dotato delle più avanzate modalità ventilatorie invasive e non invasiva/reclutamento. Dotato di avanzati sistemi di svezzamento toraco polmonari e diaframmatici. Monitoraggi avanzati della funzionalità respiratoria. Elevata autonomia delle batterie intercambiabili anche durante l'utilizzo. Completo di sistema di umidificazione.
Monitor multiparametrico	Monitor multiparametrico (misurazione parametri vitali) In particolare pressione arteriosa invasiva e non invasiva, saturimetro, temperatura, EtCO2. EtCO2 è un parametro che può essere presente anche nei ventilatori • il monitor fisso nel posto letto del paziente può avere in dotazione un monitor base integrato più piccolo utile per gli spostamenti del paziente (es: Philips MX800 con X2)
Centrale di monitoraggio	
Apparecchiatura erogazione ossido nitrico	La presa di evacuazione è necessaria qualora la terapia intensiva debba dotarsi di sistemi di erogazione dello stesso gas
Pompe peristaltiche a siringa (in totem)	Almeno 5 x paziente
Pompe peristaltiche per enterale	1 x paziente
Pompe parenterale	2 x paziente
Auxiliary Manual Breathing Unit (Ambu)	2 x paziente
URM(Unità respiratoria manuale)	
Posizionatori per la pronazione del paziente (accessorio)	
Scalitrice per posto letto	
Maschere per ossigeno	
Sistema di aspirazione bronchiale	
Sistema di aspirazione	
1 tavolino servitore	
Paravento medicale (divisorio)	
generatore CPAP (e relativo circuito)	
Circuito NIV	
Apparecchio per ossigeno terapia ad alti flussi/ rotametri completi di umidificatore per circa il 40/50% dei posti letto	
Carrello per medicazioni/emergenze (1 per posto letto)	
Supporto per i presidi di utilizzo frequente ed immediato per ventilatore e sistema di aspirazione	
ATTREZZATURA PER UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA	
Descrizione	Ulteriori specifiche
Portatile di radiologia per RX toracici	
2 defibrillatori capaci di erogare fino a 360J	
2 elettrocardiografi 12 derivazioni diagnostici	
1 eco, completo anche di funzioni cardio	
1 massaggiatore cardiaco automatico	
1-2 sistemi per emodinamica in continuo	
1-2 sistemi per monitoraggio emoglobina in continuo/sistema bilaterale di profondità anestesia	
Videolaringoscopia per intubazioni difficili	



91496bca



Riqualificazione posti letto di area semi –intensiva (comma 2 art. 2 DL 34/2020)

Il DL 34/2020 prevede di riqualificare, per la Regione del Veneto 343 posti letto semi intensivi mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica.

I posti letto devono essere dotati di impiantistica idonea a supportare apparecchiature di ausilio alla ventilazione.

Inoltre il 50% di tali posti letto deve essere potenzialmente e immediatamente riconvertibile in posti letto di terapia intensiva e per essere riconvertiti i posti letto devono essere integrati con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio.

L'identificazione dei posti letto di terapia semi intensiva per la fase emergenziale ha seguito le seguenti linee di indirizzo:

- Individuare puntualmente i posti letto di pneumologia per casi complessi di insufficienza respiratoria a elevato carico assistenziale individuati nell'allegato B della DGR n. 552/20;
- Prevedere la dotazione di strumentazione di ventilazione non invasiva nelle pneumologie degli ospedali hub;
- Identificare, in un numero diffuso di ospedali, una percentuale di posti letto di area medica funzionali anche alla gestione del percorso di pazienti in urgenza;
- Attrezzare adeguatamente i posti letto di terapia semi intensiva negli ospedali individuati come Covid Hospital.

L'identificazione dei 343 posti letto aggiuntivi previsti sono puntualmente identificati nella "Tabella 2 delle linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" allegata al presente Piano.

Durante la fase emergenziale sono state fornite in comodato d'uso gratuito dal commissario per l'emergenza, le strumentazioni per attrezzare posti letto di semi intensiva, rimane quindi da definire se tali attrezzature sono da considerarsi di proprietà della Regione del Veneto o se la Regione dovrà provvedere all'acquisto. A seguito di questa considerazione i valori riportati nel Piano di riorganizzazione ospedaliera per l'allestimento delle aree di terapia semi intensiva possono inevitabilmente modificarsi.

L'attivazione dei posti letto aggiuntivi di terapia semi intensiva, comporta la realizzazione di lavori di adeguamento edile e impiantistico nelle aree individuate a tale scopo.

Inoltre dovrà essere garantita la presenza del cablaggio strutturale per la trasmissione dei dati.

Nella scheda seguente si riportano le principali caratteristiche strutturali, impiantistiche e la dotazione delle attrezzature che dovranno essere garantite per i posti strutturali di terapia semi intensiva.



TERAPIA SEMINTENSIVA	
REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI	
Descrizione	Ulteriori specifiche
Temperatura interna	20°÷26° C
Ricambi aria	4 Vol/h
Prese ossigeno con doppi circuiti separati	Minimo 2 prese a 4 atm con flusso costante di 60 l/min per ciascuna presa
Aria medicale con doppi circuiti separati	Minimo 2 prese press esercizio 4/5 atm con flusso costante di 60 l/min per presa
Impianto aspirazione con doppi circuiti separati	Minimo 2 prese, quando tutte le prese sono in funzione bisogna garantire una pressione minima di aspirazione di 500mmHg (40 l/min) costanti per ciascuna presa
Prese elettriche	10 per posto letto
Prese TD (dati)	4 per posto letto
Impianto segnalazione esaurimento gas medicali del reparto	
Impianto monitoraggio/ controllo dinamico della portata dei gas medicali O2-AC con contabilizzatore del flusso parziale e totale del reparto	
Impianti speciali antincendio: Rilevazione ed EVAC	
Impianto di chiamata infermieri	
Impianto elettrico del gruppo 1 ai sensi della CEI 64-8	
ATTREZZATURA PER POSTO LETTO	
Descrizione	Ulteriori specifiche
Strutture pensili/travi testa letto a muro dove alloggiare prese gas, elettriche e supporto alle apparecchiature	
Letto per rianimazione elettrico	Con sistemi di articolazione (trendelenburg, anti trendelenburg, zona testa, ginocchia e piedi), dotato di sistema antidecubito e tavolino a comparsa sulla pediera, porta bombola di ossigeno (per gli spostamenti), e almeno 3 aste porta flebo
Materasso	A fluttuazione dinamica già compreso con il letto
Ventilatore per rianimazione (1 ogni 2 posti letto circa)	Dotato delle più avanzate modalità ventilatorie invasive e non invasive/rectamento. Dotato di avanzati sistemi di svezzamento toraco polmonari e diaframmatici. Monitoraggi avanzati della funzionalità respiratoria. Elevata autonomia delle batterie intercambiabili anche durante l'utilizzo. Completo di sistema di umidificazione.
Monitor multiparametrico	Monitor multiparametrico (misurazione parametri vitali) In particolare pressione arteriosa invasiva e non invasiva, saturimetro, temperatura, EtCO2. EtCO2 è un parametro che può essere presente anche nei ventilatori * il monitor fisso nel posto letto del paziente può avere in dotazione un monitor base integrato più piccolo utile per gli spostamenti del paziente (es: Philips MX800 con X2).
Centrale di monitoraggio	
Pompe peristaltiche a siringa (in totem)	almeno 5 x paziente
Pompe peristaltiche per enterale	1 x paziente
Pompe parenterale	2 x paziente
Auxiliary Manual Breathing Unit (Ambu)	2 x paziente
Scalitrice per posto letto (o in alternativa 1 per unità di degenza)	
Maschere per ossigeno	
Sistema di aspirazione bronchiale	
Sistema di aspirazione	
1 tavolino servitore	



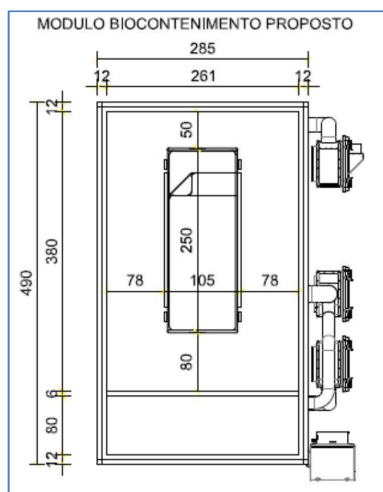
91496bca



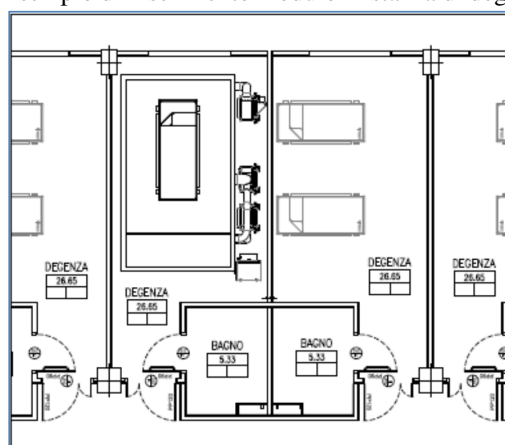
Al fine di adeguare tempestivamente e garantire la riconvertibilità dei posti letto di semi intensiva in terapia intensiva sia dal punto di vista dell'attrezzamento che dal punto di vista strutturale, la Regione del Veneto intende dotare ogni posto letto di un modulo di biocontenimento.

Inoltre, i locali che prevedono l'inserimento del modulo di bio-contenimento dovranno garantire il rispetto delle prescrizioni dettate dalla Norma CEI 64-8/7 Sezione 710 per i locali ad uso medico di Gruppo 2, in modo da assicurare la sicurezza dei pazienti e del personale medico ed essere cablati per il monitoraggio centralizzato.

Lo schema del modulo è sotto riportato:



Esempio di inserimento modulo in stanza di degenza



Strutture movimentabili (comma 3 art. 2 D.L. n. 34/2020)

Il DL n. 34/20 prevede che le regioni individuino un'area attrezzabile per allocare una struttura movimentabile da 75 posti letto di terapia intensiva.

In fase emergenziale è stata predisposta un'area per l'allocazione di una struttura da campo presso l'ospedale di Schiavonia per la superficie complessiva di 9.500 metri quadrati

L'area potrà quindi essere utilizzata per il fine del comma 3 art 2 del DL n. 34/20.

Rete emergenza urgenza ospedaliera (comma 4 art. 2 DL n. 34/2020)

Il DL n. 34/20 prevede la ristrutturazione dei pronto soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi.

A tal proposito si ritiene che gli interventi destinati alla ristrutturazione devono poter prevedere nel maggior numero possibile di ospedali:

- aree di pre-triage distinte;
- area di attesa dedicata a sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi;
- ambulatorio per sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi;
- 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.

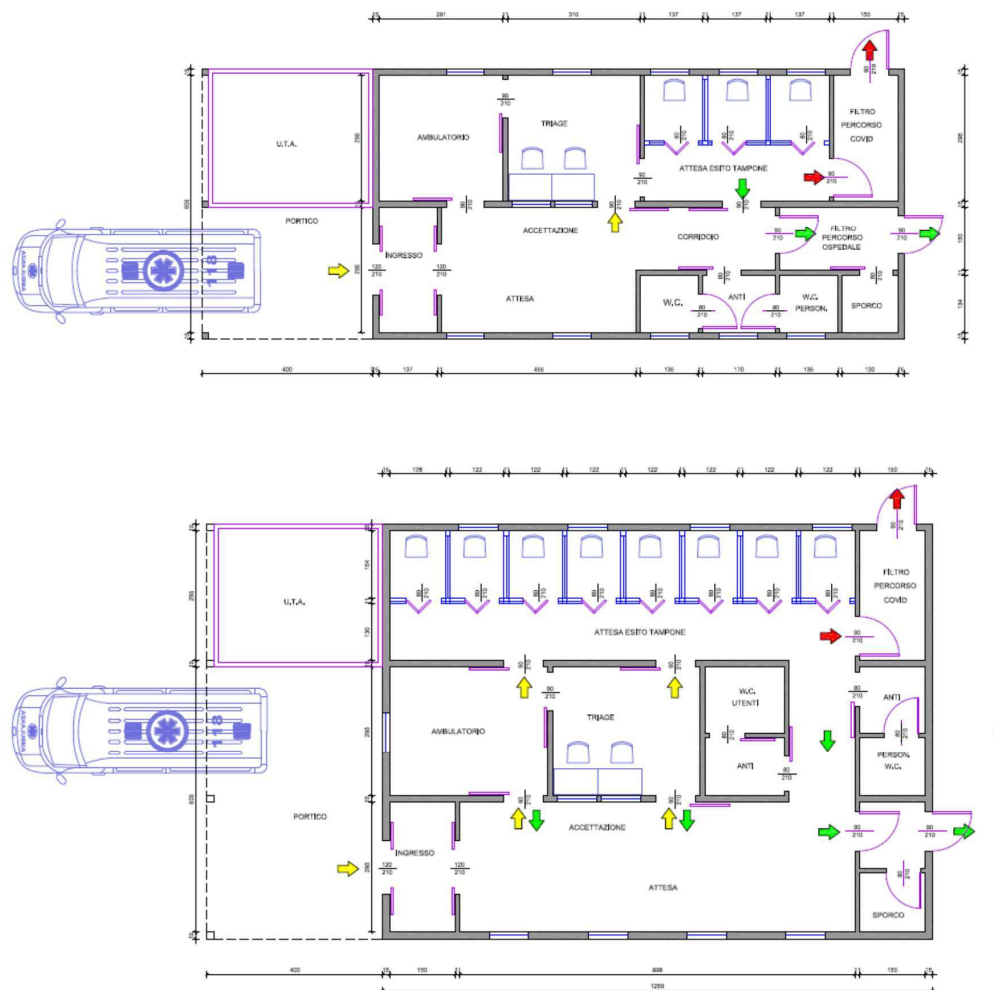
La definizione puntuale degli interventi sono puntualmente identificati nella "Tabella 3 delle linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" allegata.



Per quanto riguarda interventi sui Pronto Soccorso non essendo definibili soluzioni specifiche strutturali che garantiscano una soluzione a breve termine e prevedendo necessità di definire nuovi spazi dedicati in tutti i pronto soccorso, la Regione del Veneto intende adottare tipologie di moduli di pre triage covid in relazione alla tipologia di struttura ospedaliera e di servizio.

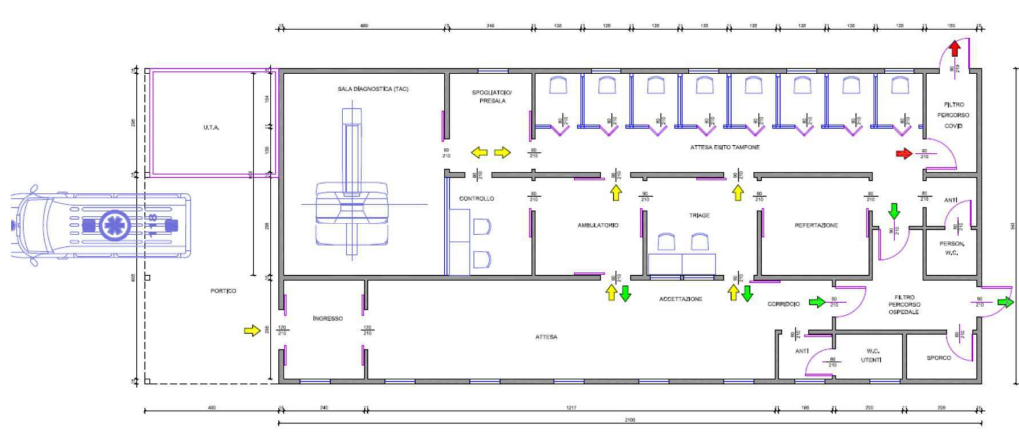
Per i moduli da collocare negli ospedali con elevata affluenza nei pronto soccorso, è prevista inoltre la presenza di una tac dedicata.

Esempi di schema dei moduli è riportato nelle figure sottostanti:



91496bca





Emergenza territoriale (comma 5 art. 2 DL 34/2020)

Il DL n. 34/2020 prevede interventi che mirano a implementare la rete di emergenza territoriale. L'identificazione degli interventi ha seguito le seguenti linee di indirizzo:

- potenziare il sistema del soccorso in emergenza urgenza e in particolare il servizio del Suem;
- identificare gli interventi per il potenziamento del trasporto intra ospedaliero.

Le Regione del Veneto, nella analisi del fabbisogno e a seguito di quanto potuto riscontrate nella fase emergenziale, ha riscontrato la necessità di potenziare due SUEM definiti nella "Tabella 3 A delle linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" allegata al presente Piano.



91496bca



TABELLA 2 DELLE LINEE DI INDIRIZZO ORGANIZZATIVE PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA PER EMERGENZA COVID-19
TERAPIA INTENTIVA E SEMI-INTENSIVA

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 (Bare/D/A/I/ S/A/I/E)	Tipologia Intervento	Posti letto da realizzare (tempo intensivo) [n°]	Posti letto da realizzare (tempo semi intensivo) [n°]	Tipologia di intervento	Adeguamento posti letto (totale)	Superficie complessiva [mq]	Descrizione intervento	Importo lavori [€]	Importo attrezzature elettroniche [€]	Altro [€]	IVA	Importo complessivo da quadro economico IVA inclusa [€]	€/mq [(25)/(23)]	€/m² [(26)/(23)/(13 o 14)]	mq/m² [(27)/(17)/(13 o 14)]	
(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	(25)= (23)/(17)	(26)= (23)/(13 o 14)	(27)= (17)/(13 o 14)	
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	050501	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	05050101	OSPEDALE DI BELLUNO	BELLUNO	DEA I		Intervento su struttura esistente	0	18	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	915	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	853.508,03 €	106.229,51 €	196.306,85 €	108.721,29 €	1.264.765,68 €	1.382,26 €	70.264,76 €		
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	050501	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	05050104	OSPEDALE DI FELTRE	FELTRE	BELLUNO	DEA I	Intervento su struttura esistente	19	5	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	1.600	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	2.116.784,81 €	1.376.885,25 €	488.860,51 €	514.593,24 €	4.495.123,80 €	2.809,45 €	187.296,82 €	66,67	
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	05050201	OSPEDALE DI TREVISO	TREVISO	DEA II		Intervento su struttura esistente	20	36	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	2.000	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	2.550.332,93 €	1.152.459,02 €	586.576,57 €	508.574,28 €	4.797.942,80 €	2.398,97 €	95.958,86 €	40,00	
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	05050202	OSPEDALE DI ODERZO	ODERZO	TREVISO	PS	Intervento su struttura esistente	6	0	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	500	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	1.127.819,55 €	16.721,31 €	259.398,50 €	116.460,64 €	1.520.400,00 €	3.040,80 €	253.400,00 €	83,33	
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	05050205	OSPEDALE DI VITTORIO VENETO	VITTORIO VENETO	TREVISO	PS	Intervento su struttura esistente	4	19	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	1.200	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	1.803.180,78 €	258.196,72 €	414.731,58 €	237.121,36 €	2.713.230,44 €	2.261,03 €	117.966,54 €	52,17	
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	05050301	OSPEDALE DI MESTRE	MESTRE	VENEZIA	DEA II	Intervento su struttura esistente	2	21	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	1.380	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	995.759,37 €	824.368,85 €	229.024,65 €	280.937,08 €	2.330.089,96 €	1.688,47 €	101.308,26 €	60,00	
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	05050303	OSPEDALE DI DOLO	DOLO	VENEZIA	DEA I	Intervento su struttura esistente	9	24	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	1.800	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	2.265.830,26 €	1.653.233,61 €	521.140,96 €	590.294,42 €	5.030.499,24 €	2.794,72 €	558.944,36 €	54,55	
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	05050304	OSPEDALE DI MIRANO	MIRANO	VENEZIA	DEA I	Intervento su struttura esistente	8	0	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	550	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	977.443,61 €	330.819,67 €	224.812,03 €	170.524,69 €	1.703.600,00 €	3.097,45 €	212.950,00 €	68,75	
050	VENETO	504	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale	050504	OSPEDALI DI SAN DONA'	05050403	OSPEDALE DI JESOLO	JESOLO	VENEZIA	PS	Intervento su struttura esistente	0	18	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	1.100	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	853.508,03 €	914.245,90 €	196.306,85 €	286.484,90 €	2.250.545,68 €	2.045,95 €	125.030,32 €	61,11	
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	05050501	OSPEDALE DI ROVIGO	ROVIGO	DEA I		Intervento su struttura esistente	1	8	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	700	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	379.336,90 €	427.508,20 €	87.247,49 €	131.985,49 €	1.026.078,08 €	1.465,83 €	1.026.078,08 €	77,78	
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	05050502	OSPEDALE DI TRECENTA	TRECENTA	ROVIGO	PS	Intervento su struttura esistente	11	14	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	1.500	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	1.791.659,13 €	1.008.795,08 €	412.081,60 €	401.100,83 €	3.613.636,64 €	2.409,09 €	328.512,42 €	60,00	
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	05050601	OSPEDALE DI CITTADELLA	CITTADELLA	PADOVA	DEA I	Intervento su struttura esistente	14	20	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	2.100	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	3.579.921,20 €	658.524,59 €	823.381,88 €	502.867,53 €	5.564.695,20 €	2.649,85 €	397.478,23 €	61,76	
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	05050602	OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	CAMPOSAMPIERO	PADOVA	DEA I	Intervento su struttura esistente	15	0	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	1.000	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	2.706.766,92 €	856.557,38 €	622.556,39 €	459.119,31 €	4.645.000,00 €	4.645,00 €	309.666,67 €	66,67	
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	05050604	OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO	PIOVE DI SACCO	PADOVA	PS	Intervento su struttura esistente	6	0	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	400	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	1.879.699,25 €	1.086.065,57 €	432.330,83 €	426.904,35 €	3.825.000,00 €	9.562,50 €	637.500,00 €	66,67	
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	05050605	OSPEDALE DI SCHIAVONIA	SCHIAVONIA	PADOVA	DEA I	Intervento su struttura esistente	4	18	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	900	Attrezzature	- €	491.803,28 €	- €	108.196,72 €	600.000,00 €	666,67 €	150.000,00 €	40,91	
050	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	050507	OSPEDALI DI BASSANO	05050701	OSPEDALE DI BASSANO	BASSANO	VICENZA	DEA I	Intervento su struttura esistente	4	8	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	600	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	755.276,75 €	158.688,52 €	173.713,65 €	110.439,15 €	1.198.118,08 €	1.996,86 €	299.529,52 €	50,00	
050	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	050507	OSPEDALI DI BASSANO	05050703	OSPEDALE DI SANTORSO	SANTORSO	VICENZA	DEA I	Intervento su struttura esistente	1	14	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	1.050	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	663.839,58 €	443.098,36 €	152.683,10 €	163.865,60 €	1.423.486,64 €	1.355,70 €	1.423.486,64 €	70,00	
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	05050801	OSPEDALE DI VICENZA	VICENZA	VICENZA	DEA II	Intervento su struttura esistente	17	36	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	2.300	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	4.338.595,01 €	1.901.639,34 €	997.876,85 €	852.220,16 €	8.090.331,36 €	3.517,54 €	475.901,84 €	43,40	
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	050509	OSPEDALI DI LEGNAGO	05050905	OSPEDALE DI VILLAFRANCA	VILLAFRANCA	VERONA	DEA I	Intervento su struttura esistente	14	20	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	1.800	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	3.203.981,35 €	1.068.360,66 €	736.915,71 €	555.437,48 €	5.564.695,20 €	3.091,50 €	397.478,23 €	52,94	
050	VENETO	UAL	Azienda Ospedale Università di Padova	050901	Azienda Ospedale Università di Padova		ATTUALE ADU DI PADOVA	PADOVA	PADOVA	DEA II	Intervento su struttura esistente	18	28	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	1.800	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	4.711.137,80 €	2.040.081,97 €	1.083.561,70 €	919.931,81 €	8.754.713,28 €	4.863,73 €	486.372,96 €	39,13	
050	VENETO	912	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	050912	AZ. OSP. UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	05091201	AOU VERONA BORGO TRENTO	VERONA	VERONA	DEA II	Intervento su struttura esistente	34	14	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	2.700	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	4.047.298,23 €	891.803,28 €	930.878,59 €	600.926,54 €	6.470.906,64 €	2.396,63 €	215.696,89 €	61,36	
050	VENETO	912	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	050912	AZ. OSP. UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	05091202	AOU DI VERONA BORGO ROMA	VERONA	VERONA	DEA I	Intervento su struttura esistente	8	28	Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2	si	2.200	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	2.831.438,56 €	1.045.573,77 €	651.230,87 €	513.170,09 €	5.041.413,28 €	2.291,55 €	630.176,66 €	61,36	
Totale												211	343	0	0	30095			€ 44.433.118,04	€ 18.711.655,84	#####	€ 8.559.876,97	€ 81.924.272,00			

I VALORI DELLE SUPERFICI SARANNO DETERMINATI PIU' PRECISAMENTE IN FASE SUCCESSIVA



TABELLA 3 DELLE LINEE DI INDIRIZZO ORGANIZZATIVE PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA PER EMERGENZA COVID-19 PRONTO SOCCORSO

[illegible]

91496bca

TABELLA 3 A DELLE LINEE DI INDIRIZZO ORGANIZZATIVE PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA PER EMERGENZA COVID-19
SUEM

DATI ANAGRAFICI											DESCRIZIONE INTERVENTO		TIPOLOGIA INTERVENTI DI INFRASTRUTTURAZIONE								QUADRO ECONOMICO						ANALISI COSTI
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURALE	DENOMINAZIONE STRUTTURALE	CODICE STABILIMENTO	DENOMINAZIONE STABILIMENTO	COMUNE	PROVINCIA	Classificazione pubblica (Raiar/ DIA / I/ SEA / I)	Tipologia Interventi	Superficie complessiva [mq]	Descrizione intervento	area di parcheggio esistente	area di parcheggio dedicata COVID-19	contributo delle altre aree COVID-19	area dedicata per ospedali e centri di cura COVID-19	personale specializzato e ausiliario per pazienti COVID-19	il corso diretto e per cui relativi e mezzi di soccorso e ogni altra spesa necessaria	spese per la gestione dell'area	Importo lavori [€]	Importo materiale e attrezzature [€]	Costo [€]	RVA	Importo complessivo da quadro economico IVA inclusa [€]	Importo sostenuto (applicazione art. 2 comma 14 D.L. n. 34 del 19 maggio 2020)	Costo [€]
(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)
550	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	05050801	OSPEDALE DI VICENZA	VICENZA	VICENZA	SEA I	Intervento su strutture esistenti	0	Adeguamenti P. del 1° ms Rich. app. Strutturale del SUEM 118	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1.315.789,47 €	- €	302.632	131.578,95 €	1.750.000,00 €		- €
550	VENETO	501	Azienda Ospedale Università di Padova	050901	Azienda Ospedale Università di Padova		ATTUALE ADU DI PADOVA	PADOVA	PADOVA	SEA II	Intervento su strutture esistenti	0	Adeguamento impiantistico e Strutturale del SUEM 118	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1.315.789,47 €	- €	302.632	131.578,95 €	1.750.000,00 €		- €
Totale													-								2.631.578,95 €			263.157,89 €	3.500.000,00 €		



Misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID-19**Premessa**

L'art. 4 del decreto legge n. 34/2020 dispone quanto segue.

Comma 1: per far fronte all'emergenza epidemiologica COVID-19, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri 31 gennaio 2020, anche in deroga al limite di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124 convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157, e in deroga all'articolo 8-sexies, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le regioni, ivi comprese quelle in piano di rientro, e le province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture inserite nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18 (incremento della dotazione dei posti letto in terapia intensiva e nelle unità operative di pneumologia e di malattie infettive, isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto ventilatorio e in conformità alle indicazioni fornite dal Ministro della salute con circolare prot. GAB 2619 in data 29 febbraio 2020), la remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID 19 secondo le disposizioni dei predetti piani e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID. Il riconoscimento avviene in sede di rinegoziazione per l'anno 2020 degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per le finalità emergenziali previste dai predetti piani;

Comma 2: le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario, di cui al comma 1, sono stabilite con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, in modo da garantire la compatibilità con il finanziamento per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2020 e con le risorse previste per l'attuazione dell'articolo 3, comma 6, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18;

Comma 3: limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, la specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19 e l'incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID, come individuati nel decreto di cui al comma 2, sono riconosciuti anche agli enti del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 19, lettera c), della legge n. 23 giugno 2011, n. 118 (aziende sanitarie locali; aziende ospedaliere; istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni; aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale), compatibilmente con il fabbisogno sanitario riconosciuto per l'anno 2020;

Comma 4: nella vigenza dell'accordo rinegoziato ai sensi del comma 1, gli enti del servizio sanitario nazionale corrispondono agli erogatori privati, a titolo di acconto e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati, un corrispettivo, su base mensile, per le prestazioni rese ai sensi del presente articolo, fino ad un massimo del 90 per cento dei dodicesimi corrisposti o comunque dovuti per l'anno 2020;



434ddac6



Comma 5: nelle more dell'adozione del decreto di cui al comma 2, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020 e che vedono altresì una temporanea sospensione delle attività ordinarie in funzione anche di quanto previsto dall'articolo 5-sexies, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, la remunerazione a titolo di acconto, su base mensile, e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati, fino a un massimo del 90 per cento del volume di attività riconosciuto nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 stipulati per il 2020.

Vista la premessa si rappresenta quanto segue.

Il Piano di Emergenza Ospedaliera COVID-19, approvato il 15 marzo 2020 dall'Unità di crisi istituita con decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21 febbraio 2020, ha riconosciuto quali COVID Hospital i seguenti ospedali:

- Azienda Ulss 1 Dolomiti: Ospedale di Belluno (struttura pubblica)
- Azienda Ulss 2 Marca trevigiana: Ospedale di Vittorio Veneto (struttura pubblica) e Ospedale Classificato San Camillo di Treviso (struttura privata accreditata)
- Azienda Ulss 3 Serenissima: Ospedale di Dolo (struttura pubblica) e Ospedale Classificato Villa Salus di Venezia-Mestre (struttura privata accreditata)
- Azienda Ulss 4 Veneto orientale: Ospedale di Jesolo (struttura pubblica)
- Azienda Ulss 5 Polesana: Ospedale di Trecenta (struttura pubblica)
- Azienda Ulss 6 Euganea: Ospedale di Schiavonia (struttura pubblica)
- Azienda Ulss 7 Pedemontana: Ospedale di Santorso (struttura pubblica)
- Azienda Ulss 9 Scaligera: Ospedale di Villafranca
- Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona: polo Borgo Roma

I citati COVID Hospital hanno, complessivamente, aumentato la dotazione di posti letto pari a n. 206 per terapia intensiva, n. 212 per pneumologia – terapia semi intensiva e n. 1.327 per malattie infettive.

Il Piano, unitamente alla rapida evoluzione della pandemia da SARS-CoV-2 nel territorio del Veneto, ha indotto il potenziamento, anche in altri ospedali, sia pubblici che privati accreditati, di posti letto di terapia intensiva, di pneumologia – terapia semi intensiva e di malattie infettive (vedi Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 di cui all'Allegato E alla presente deliberazione).

Per adempiere a quanto previsto dal comma 1, nei confronti degli erogatori ospedalieri privati accreditati, interessati dal potenziamento dei posti letto ospedalieri, così come sopra indicato, si rende necessario, non appena verrà emanato il decreto del Ministro della Salute, di cui al comma 2 dell'art. 4 del D.L. n. 34/2020, addivenire alla rinegoziazione per l'anno 2020 degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per le finalità emergenziali previste dai predetti piani. Si ricorda che gli accordi contrattuali sono sottoscritti dal Direttore generale dell'Azienda Ulss di ubicazione territoriale dell'erogatore e dal Legale rappresentante dell'erogatore medesimo.



434ddac6



Inoltre, in attuazione a quanto previsto dai commi 4 e 5 del citato articolo 4, si ritiene di disporre quanto di seguito esposto.

Limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri 31 gennaio 2020, anche in deroga ai tetti di spesa stabiliti dalla Giunta Regionale con la deliberazione n. 597/2017 (tutt'ora vigente per il previsto regime di proroga), agli erogatori ospedalieri privati accreditati - di cui al Piano di Emergenza Ospedaliera COVID-19 approvato il 15 marzo 2020 dall'Unità di crisi istituita con decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21 febbraio 2020 - siano riconosciute, per le specialità di terapia intensiva, pneumologia – terapia semi intensiva e malattie infettive, la specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19 e l'incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID così come saranno determinati con Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

Tale riconoscimento avviene in sede di rinegoziazione, per l'anno 2020, degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Pertanto l'Azienda Ulss di riferimento territoriale, nella vigenza dell'accordo rinegoziato, procede alla corresponsione ai citati erogatori ospedalieri privati accreditati, a titolo di acconto e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori medesimi, un corrispettivo, su base mensile, per le prestazioni rese ai sensi dell'articolo 4 del D.L. n. 34/2020, fino ad un massimo del 90 per cento dei dodicesimi corrisposti o comunque dovuti per l'anno 2020.

Inoltre, nelle more dell'adozione del decreto di cui al comma 2, viene riconosciuto agli erogatori ospedalieri privati accreditati, nei confronti dei quali con la citata deliberazione n. 517/2017 sono stati determinati i tetti di spesa e che hanno altresì avuto la temporanea sospensione delle attività ordinarie in funzione anche di quanto previsto dall'articolo 5-sexies, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, la remunerazione a titolo di acconto, su base mensile, e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori medesimi, fino a un massimo del 90 per cento del volume di attività riconosciuto nell'ambito degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 stipulati per il 2020. Spetta all'Azienda Ulss di riferimento territoriale procedere alla corresponsione secondo le modalità sopra indicate.

Quanto sopra riportato relativamente all'attuazione dei commi 4 e 5 si intende modificativo di quanto disposto con deliberazione n. 444 del 7 aprile 2020.

Infine, per quanto riguarda gli Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale, come previsto dal comma 3, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, vengono riconosciuti la specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19 e l'incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID, come individuati nel decreto di cui al comma 2, compatibilmente con il fabbisogno sanitario riconosciuto per l'anno 2020.



434ddac6



ASSISTENZA FARMACEUTICA**(artt.8, 9 D.L. n.34 del 19.5.2020)****PREMESSA**

L'emergenza sanitaria correlata alla diffusione del Coronavirus ha imposto una veloce riorganizzazione del 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.

A partire infatti dall'entrata in vigore del DL n.14 del 9.3.2020, che all'art. 13, comma1, testualmente stabiliva: *"le regioni e le province autonome possono rimodulare o sospendere le attività di ricovero e ambulatoriali differibili e non urgenti, ivi incluse quelle erogate in regime di libera professione intramuraria"*, sono state fornite le prime disposizioni nell'ambito dell'assistenza farmaceutica, aggiornate periodicamente in base all'evolversi rapido della situazione epidemiologica.

A riguardo, si richiamano in particolare le seguenti disposizioni suddivise per ambito di applicazione:

prescrizione/erogazione in modalità dematerializzata

Posto che all'interno dell'infrastruttura del FSEr, nell'intero territorio regionale era già possibile gestire integralmente il processo di prescrizione ed erogazione della ricetta elettronica, anche in assenza di stampa del promemoria, per i farmaci distribuiti in convenzionata presso le farmacie pubbliche e private convenzionate, si è dato ulteriore impulso alla prescrizione dematerializzata, estendendo anche per farmaci distribuiti attraverso la Distribuzione per Conto- DPC-, la dematerializzazione della ricetta, secondo 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.

Dette disposizioni, ai sensi dell'art. 3 *"Misure emergenziali per la ricetta dematerializzata"* 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), restano valide fino al perdurare dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19; tale decreto ministeriale entrerà pertanto a regime al termine dell'emergenza.

Da evidenziare a riguardo che ai sensi dell'art. 11 del DL n. 34 del 19.5.2020 è in corso di dematerializzazione anche la ricetta relativa ai farmaci di fascia C non rimborsati dal SSN.

farmaci distribuiti in Distribuzione Diretta

Per tutto il periodo dell'emergenza sanitaria, l'attività di distribuzione diretta dei farmaci dovrà essere limitata a quelli ad esclusiva distribuzione ospedaliera o comunque non inclusi nel vigente Accordo unico regionale DPC/Farmacup, distribuiti ai sensi della L. 405/2001, erogando fino a tre mesi di terapia dopo la dimissione da ricovero o a seguito di visita specialistica. A riguardo, sono state individuate e rimangono valide fino al termine dello stato di emergenza, modalità organizzative utili per la gestione della distribuzione diretta, da applicare e adattare alle diverse strutture in base alla propria organizzazione:

- programmare la consegna dei farmaci concordando con i pazienti, quando possibile, il giorno e l'ora di ritiro dei prodotti, garantendo tutte le misure di sicurezza necessarie;
- erogare fino a 3 mesi di terapia, in base alle necessità dei pazienti, ed alla tipologia di farmaco prescritto;



9ab8b922



- individuare e rendere facilmente accessibile un numero di telefono della farmacia ospedaliera al quale il paziente nonché le strutture territoriali possano rivolgersi per problemi, necessità e per concordare le modalità di ritiro dei farmaci;
- valutare, compatibilmente con l'organizzazione locale e in accordo con la Direzione Sanitaria Aziendale, la possibilità di prevedere la consegna dei farmaci per i pazienti in dimissione, anche presso le sedi di dimissione stesse.

ossigenoterapia domiciliare

Limitatamente alla fase emergenziale, è stato attivato un percorso specifico di ossigenoterapia domiciliare per i pazienti affetti da Covid-19, che prevede il rilascio di una prescrizione transitoria di ossigenoterapia domiciliare della durata massima di 60 giorni, per i pazienti che ne necessitano.

Successivamente, qualora sussista la necessità di proseguire la terapia con ossigeno, il paziente dovrà essere preso in carico dalla Pneumologia di riferimento dell'Azienda ULSS di residenza dell'assistito, nel rispetto del Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT) per l'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (ODLT) nel paziente adulto, approvato con Decreto del Direttore Generale Area e Sanità Sociale n.113 del 26.9.2013.

prescrizione ed erogazione dell'Assistenza Integrativa

I piani terapeutici (PT) per l'erogazione dell'Assistenza Integrativa di cui al DPCM 12.1.2017 – art.10, che includono la fornitura di:

- ✓ *dispositivi per i pazienti affetti da malattia diabetica compresi i microinfusori;*
- ✓ *dispositivi monouso (per pazienti con stomie, pazienti tracheostomizzati/laringectomizzati, pazienti con incontinenza urinaria o fecale cronica, per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee);*
- ✓ *alimenti ai fini medici speciali alle persone affette da malattie metaboliche congenite e da fibrosi cistica;*
- ✓ *prodotti dietetici a favore delle persone affette da nefropatia cronica;*
- ✓ *preparati addensanti a favore delle persone con grave disfagia;*
- ✓ *alimenti per soggetti celiaci;*

in scadenza nei mesi di marzo, aprile, maggio e giugno 2020 sono stati prorogati di 90 giorni. La possibilità di proroga è stata applicata limitatamente ai pazienti già in terapia, stabili, e per i quali il medico stesso (MMG/Specialista/Centro di riferimento a seconda della patologia) non ritenesse necessaria una modifica della cura.

L'erogazione dei citati prodotti è stata garantita limitando ogni altro percorso autorizzativo ovvero evitando il più possibile l'accesso dei pazienti alle strutture delle Aziende ULSS, che hanno attivato, pertanto, modalità di rilascio di tale autorizzazione per via telematica (via fax, via posta elettronica o via web attraverso sistemi già disponibili, etc) e compatibilmente con l'organizzazione aziendale, favorendo la consegna domiciliare, laddove applicabile.

Considerate altresì le limitazioni dettate dall'emergenza sanitaria di ridotta mobilità interregionale sono state adottate procedure tali da consentire la fornitura delle prestazioni di assistenza integrativa a pazienti residenti fuori dalla Regione del Veneto, momentaneamente presenti sul territorio regionale qualora fossero impossibilitati a rientrare presso il proprio domicilio e ad accedere alla fornitura nella propria regione. Il Servizio Farmaceutico Territoriale competente per il territorio in cui si trovava il paziente (in Veneto) è stata la struttura che ha fatto da *trait d'union* tra il cittadino e la propria Azienda Sanitaria di residenza extraregionale per ottenere le relative autorizzazioni necessarie per l'erogazione della prestazione e per provvedere alla successiva richiesta di compensazione della spesa sostenuta da parte dell'azienda extraregionale.



9ab8b922



In aggiunta, con l'obiettivo di limitare al massimo la circolazione delle persone, la Regione del Veneto, con DGR n.425 del 7.4.2020, ha stipulato un accordo con l'Associazione della Croce Rossa Italiana – Organizzazione di Volontariato, Comitato regionale del Veneto, per la consegna di farmaci o dispositivi medici/ausili al domicilio della popolazione con patologie correlate al virus Covid-19 o con patologie pregresse o comunque impossibilitata al ritiro dei farmaci o dispositivi medici/ausili oggetto di “distribuzione diretta”.

Per quanto riguarda il DL n. 34 del 19.5.2020 -c.d. decreto rilancio- (GU Serie Generale n.128 del 19-05-2020 - Suppl. Ordinario n. 21), si dispone quanto segue in relazione alla prescrizione di farmaci di fascia A e di proroga dei piani terapeutici che includono la fornitura di ausili, dispositivi monouso e altri dispositivi protesici.

farmaci soggetti a Piano Terapeutico

Con riferimento ai farmaci soggetti a Piano Terapeutico –PT-, in linea con le disposizioni di AIFA, la validità di tutti i PT già sottoscritti dagli specialisti e in scadenza nei mesi di marzo-aprile-maggio 2020 è stata estesa automaticamente di 90 giorni a partire dalla data di scadenza del PT stesso. Alla luce dell'attuale contesto sanitario e della progressiva ripresa delle attività specialistiche, limitatamente ai casi in cui non fosse ancora possibile seguire i percorsi di ordinario monitoraggio delle terapie soggette a piano terapeutico, la validità di tali piani può essere prorogata fino al 31 agosto.

Tale proroga è applicabile esclusivamente per i pazienti già in terapia, stabili, non già sottoposti a monitoraggio frequente secondo quanto stabilito dal medico specialista, per cui il MMG/PLS non ritiene necessaria una modifica della cura e/o reputi che la visita specialistica prevista in occasione del rinnovo del PT, non sia differibile per ragioni cliniche.

ART. 8 “PROROGA VALIDITÀ DELLE RICETTE LIMITATIVE DEI FARMACI CLASSIFICATI IN FASCIA A”

Farmaci soggetti a Ricetta Limitativa senza Piano Terapeutico

Nelle more del perfezionamento del processo di dematerializzazione della prescrizione dei farmaci soggetti a ricetta limitativa di cui agli articoli 91 e 93 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, non sottoposti a Piano Terapeutico o Registro di monitoraggio AIFA, il decreto legge 19.5.2020, n. 34, art.8, 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, ha prolungato la validità della ricetta limitativa da 30 a 60 giorni. 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). In particolare:

- ✓ per i pazienti già in trattamento, la validità delle ricette è estesa di ulteriori 30 gg;
 - ✓ per i pazienti già in trattamento, con ricetta scaduta e non utilizzata, la validità è prorogata per una durata di 60 giorni dalla data di scadenza della ricetta stessa;
 - ✓ per le nuove prescrizioni redatte dal centro prescrittore o dallo specialista la validità della ricetta è estesa a una durata massima di 60 giorni per un numero massimo di 6 pezzi per ricetta, necessari a coprire l'intervallo temporale di 60 giorni e tenuto conto del fabbisogno individuale, fatte salve le disposizioni più favorevoli già previste, tra cui quelle per le patologie croniche e per le malattie rare, di cui all'articolo 26 del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito dalla legge 11 agosto 2014, n.114.
- Si specifica tuttavia che per i farmaci distribuiti in DPC, non si applicano le disposizioni di cui all'articolo 26 del suddetto DL n. 90/2014 (ovvero massimo 6 confezioni/ massimo 180 giorni di



9ab8b922



terapia), come stabilito dalle vigenti Linee di indirizzo regionali (DDR n.133/2019) applicative dell'accordo unico regionale DPC/FarmaCUP.

Eccezioni

La proroga automatica fino a 60 giorni non è da ritenersi valida qualora il paziente presenti un peggioramento della patologia di base o un'intolleranza al trattamento.

A riguardo, l'Azienda sanitaria dovrà attivare un percorso avvalendosi della modalità del Teleconsulto, tale da consentire al medico specialista che ha redatto la prescrizione, di monitorare il paziente per verificare intolleranze e/o necessità di aggiustamenti del dosaggio o una modifica della cura.

Allo stesso modo anche il MMG /PLS, qualora rilevasse fenomeni di intolleranza alla terapia o necessità di revisione della stessa, dovrà prescrivere la necessaria visita specialistica.

Anche la Farmacia può esercitare un ruolo attivo, e qualora il paziente segnali fenomeni di intolleranza alla terapia o un peggioramento della patologia di base, il farmacista indirizzerà prontamente il paziente al medico specialista o al proprio MMG /PLS.

L'estensione della validità della ricetta limitativa senza PT non è da considerarsi automatica anche nel caso in cui il trattamento stesso prevede il monitoraggio di parametri necessari ai fini prescrittivi, sulla base della valutazione clinica da parte dello specialista. In questi casi lo specialista è tenuto a riportare sulla prescrizione la posologia e il numero massimo di confezioni erogabili necessari al paziente fino alla successiva visita programmata e/o accertamento clinico utile ai fini della nuova prescrizione.

Verifica della validità della ricetta in farmacia

Qualora si applichino le condizioni previste per la proroga automatica delle suddette ricette limitative così come accertato dallo specialista/centro prescrittore, il farmacista è tenuto a verificare, prima dell'erogazione del farmaco, la validità della prescrizione.

ART. 9 “PROROGA PIANI TERAPEUTICI”

In continuità di quanto già disposto relativamente all'erogazione dell'Assistenza Integrativa di cui al DPCM 12.1.2017 – art.10, i Piani Terapeutici in scadenza nel mese di luglio 2020 sono prorogati di 90 giorni a partire dalla data di scadenza del PT stesso, fatte salve nuove disposizioni a riguardo.

La possibilità di proroga si applica limitatamente ai pazienti già in terapia, stabili, e per i quali il medico stesso (MMG/Specialista/Centro di riferimento a seconda della patologia) non ritenga necessaria una modifica della cura. Si confermano altresì le medesime modalità di autorizzazione ed erogazione in precedenza impartite con particolare riferimento anche alla consegna domiciliare. Se tale disposizione non potrà essere applicata, sarà necessario adottare tutte le misure/strumenti idonei per garantire il distanziamento e la protezione dell'utenza e del personale di servizio per l'erogazione presso le strutture aziendali. Deve essere previsto un adeguato spazio per l'attesa nel rispetto delle disposizioni vigenti, quali il distanziamento degli utenti, il controllo degli accessi, le protezioni individuali.

Inoltre, alla luce del protrarsi delle limitazioni in merito alla circolazione interregionale, si ritiene utile confermare anche le disposizioni inerenti alla fornitura delle prestazioni di assistenza integrativa ai pazienti residenti fuori dalla Regione del Veneto qualora fossero impossibilitati a rientrare presso il proprio domicilio e ad accedere alla fornitura nella propria regione.

Relativamente alla stesura dei nuovi piani terapeutici inerenti l'erogazione dell'assistenza integrativa suddetta, che necessariamente dovrà avvenire dopo opportuna visita ad opera dello Specialista/Centro di riferimento /MMG-PLS, limitatamente alla durata del periodo emergenziale, le Aziende Sanitarie favoriranno, sulla base del proprio contesto organizzativo, il rilascio dell'autorizzazione alla fornitura dei



9ab8b922



dispositivi /alimenti prescritti /ausili con tempistiche ridotte rispetto al percorso ordinario attivando modalità di trasmissione per via telematica (via fax, via posta elettronica o via web attraverso sistemi già disponibili, etc) ovvero favorendo lo scambio di documenti fra le strutture sanitarie incaricate per tale attività al fine di evitare il più possibile lo spostamento fisico del paziente stesso.

Relativamente ai piani terapeutici (PT) per **l'erogazione dell'Assistenza Protesica** di cui al DPCM 12.1.2017 – art.17, che includono la fornitura di ausili, protesi e ortesi di cui all'allegato 5 al DPCM stesso e/o elenco 1 del DM 332/99, limitatamente alla durata del periodo emergenziale, in scadenza nei mesi di giugno e luglio 2020 sono prorogati di 90 giorni a partire dalla data di scadenza del PT stesso e fatte salve nuove disposizioni a riguardo, tenuto conto delle seguenti indicazioni:

- 1- la proroga si applica ai piani riabilitativi assistenziali individuali (PRAI) recanti la prescrizione di protesi, ortesi ed ausili, riferita a pazienti per i quali non sussistono sopravvenute diverse necessità terapeutiche o riabilitative e alle stesse condizioni di erogabilità a carico del SSN, per:
 - rottura o usura del presidio in uso ai sensi dell'art. 18, comma 10, lettera b), del D.P.C.M. 12.01.2017

Con riferimento a tale fattispecie, la struttura dell'Azienda ULSS (di residenza del paziente) competente in materia di assistenza protesica, ricevuta la segnalazione telefonica da parte dell'assistito della rottura o dell'usura del dispositivo protesico, mette in atto tutte le procedure per accertarsi della non riparabilità del dispositivo citato (anche attraverso evidenze fornite dall'assistito stesso con strumenti informatici adeguati - trasmissione foto scannerizzata, foto via telematica, foto via WhatsApp, etc.). Verificato quanto detto ed al fine di riscontrare la permanenza della medesima esigenza terapeutica o riabilitativa, l'assistito sarà contattato dallo specialista responsabile del precedente PRAI che provvederà a comunicare con modalità telematica (via fax, via posta elettronica, via web) alla struttura sanitaria di competenza territoriale dell'assistito, la necessità di fornire un dispositivo protesico uguale a quello rotto o usurato. Il percorso così individuato include in sé di fatto anche la fase di autorizzazione di competenza dell'azienda sanitaria di residenza del paziente;

- 2- la proroga non si applica ai pazienti che richiedono una prestazione di assistenza protesica che, per particolari necessità terapeutiche o riabilitative o modifiche dello stato psicofisico, necessitano di una nuova valutazione dello specialista competente per disabilità al fine di rilevare il corretto bisogno riabilitativo o di mantenere le autonomie del soggetto stesso nel suo contesto di vita ai sensi dell'art. 18, comma 10, lettera a) del D.P.C.M. 12.01.2017

Relativamente alla stesura dei nuovi PRAI inerenti l'erogazione dell'assistenza protesica da parte dello Specialista e alle fattispecie di cui al punto 2, in deroga ai percorsi vigenti e limitatamente alla durata del periodo emergenziale (fino al 31.07.2020), le Aziende Sanitarie attiveranno modalità di rilascio delle autorizzazioni alla fornitura con tempistiche ridotte rispetto al percorso ordinario favorendone la trasmissione via telematica (via fax, via posta elettronica, via web, etc.) laddove applicabile.





Attuazione degli Articoli 11 e 12 Decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34

SOMMARIO

Introduzione	2
Individuazione degli ambiti	2
Elementi per il prospetto di pianificazione	3
Disamina dettagliata delle disposizioni	4
Tempistiche generali	9



1. Introduzione

Nell'arco piano dell'emergenza COVID-19, il recente il Decreto Legge del 19 maggio 2020 n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19." risulta essere di rilevanza tale da determinare una tempestiva individuazione delle attività da predisporre, raccordare e armonizzare rispetto a quanto disposto precedentemente e in essere nella Regione del Veneto. L'insieme della trattazione, nelle parti di competenza della presente disamina, evidenzia le azioni di accelerazione, rafforzamento ed estensione delle disposizioni in essere, introducendo alcune variazioni rispetto all'approccio tenuto fino a questo momento.

2. Individuazione degli ambiti

L'ambito di competenza richiede un approfondimento degli articoli n. 6, n. 11 e n. 12 acclusi al Titolo 1 del Decreto Legge del 19 maggio 2020 n. 34 per contribuire fattivamente allo sviluppo delle disposizioni in essi contenute, tenendo presente gli indirizzi programmatori regionali (PSSSR Regione del Veneto 2019-2023 Allegato A e Deliberazione del Direttore Generale di Azienda Zero n. 622 del 9 dicembre 2019). Ogni articolo prende in considerazione rispettivamente "Deroghe alle riduzioni di spesa per la gestione del settore informatico in ragione dell'emergenza da COVID-19", "Misure urgenti in materia di Fascicolo Sanitario Elettronico" e "Accelerazione dell'acquisizione delle informazioni relative alle nascite e ai decessi".

L'articolo n. 6 consente agli enti locali che sottostanno ai commi 610 e 601 della legge di bilancio per il 2020, di disporre, unicamente per l'anno di esercizio corrente, delle risorse finanziarie per la gestione del settore informatico, originariamente in capo al Ministero della Salute, per quanto concerne la spesa e relativi importi.

Per l'attuazione di quanto asserito nell'articolo n. 11 che più esplicitamente si rivolge all'ambito del FSEr, si individuano i seguenti filoni operativi, in alcuni casi enunciati in disposizioni precedenti:

- Inclusione delle prestazioni erogate al di fuori del SSN, anche con informazioni passate (Comma 1, lettere a, c, e e h) con eventuale inclusione anche di documentazione prodotta al di fuori dei confini nazionali (Fascicolo Europeo NCPeH);
- Avvio a regime dell'indicizzazione su INI di tutto ciò che compone il FSEr (Comma 1, lettere b, c e g);
- Rilancio alimentabilità del taccuino (Comma 1, lettera c);
- Inclusione di nuovi operatori (sia Soggetti che esercenti le professioni sanitarie, necessario approfondimento civilistico riforma Gelli-Bianco e successive):
 - alimentano il FSEr (Comma 1, lettera c);
 - accedono al FSEr (Comma 1, lettera e).
- Ulteriori servizi per le Regioni in sussidiarietà (non Regione del Veneto): Codifica, firma remota e conservazione (ulteriori servizi) (Comma 1, lettera f);



- Comunicazione del consenso/revoca al FSEr per alimentare l'Anagrafe Nazionale dei Consensi basata sugli assistiti presenti in ANA e comprensiva dei dati dei delegati; nuovo modello di consenso (Comma 1, lettere d e g);
- Disponibilità sul FSE tramite sistema TS dei piani terapeutici (Comma 1, lettera h);
- Disponibilità sul FSE tramite sistema TS, per la specialistica, delle ricette, dati relativi alle prestazioni erogate e relativo referto, anche delle prestazioni non erogate a carico del SSN (Comma 1, lettera h);
- Disponibilità sul FSE tramite sistema TS (da alimentazione da parte delle anagrafi vaccinali regionali) dei dati relativi alla situazione vaccinale (Comma 1, lettera i);
- Disponibilità sul FSE dei dati relativi alle prenotazioni con le informazioni provenienti dai CUP regionali se ritenuto inerente (Comma 1, lettera i).

Per quanto concerne l'Art. 12 si delinea un'accelerazione nella trasmissione al sistema TS di dati relativi avviso di morte, certificato necroscopico, denuncia causa di morte, attestazione nascita, dichiarazione di nascita, da parte delle strutture sanitarie, i medici, i medici necroscopi o altri sanitari delegati (art.12, comma 1).

3. Elementi per il prospetto di pianificazione

Allo scopo di rendere maggiormente individuabile l'insieme degli aggiornamenti operati dal recente Decreto Legge del 19 maggio 2020 n. 34, in particolar modo gli apporti accclusi all'articolo n. 11 sull'articolo n. 12 del Decreto Legge del 18 ottobre 2012 n.179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del paese", si propone di seguito un'elaborazione in cui, al testo precedentemente in vigore, sono evidenziate con sottolineatura le porzioni di testo integrative e vengono barrate le porzioni abrogate. A seguire per completezza sono riportati i testi degli articoli n. 12 e n. 6 del Decreto Legge del 19 maggio 2020 n. 34.

Sulla base dell'articolato esaminato, la pianificazione richiede di evidenziare e prendere in considerazione l'insieme delle modifiche che rientrano nelle seguenti tipologie:

- Nuove attività (N);
- Nuove attività ed estese anche ai privati (NP);
- Attività già in essere o previste (attività sanate, ufficializzate) (A);
- Attività già in essere o previste ed estese ai privati (AP).

Per ciascuna attività è possibile che si attendano ulteriori passaggi formali per l'avvio della progettazione (propedeuticità), tra questi si ravvisano a titolo di esempio:

- Decreti Attuativi (DA);
- Pareri del Garante (G);
- Ulteriori disposizioni in emanazione (M);
- Avvii a livello nazionale (LN).

La tipologia di azioni necessarie dovrà ricomprendere le seguenti fasi di attività, calibrate secondo lo stato di ogni servizio e funzionalità richiesta dal Decreto Legge del 19 maggio 2020 n. 34 ed emanazioni successive:

- A. Partecipazione attiva ai tavoli, ai diversi livelli in cui operano (tematici, nazionali, gruppi di lavoro, convegni,...)
- B. Management secondo gli ambiti di competenza e mandato dei diversi attori coinvolti



- C. Analisi documentale, raffronto con le specifiche in essere, aggiornamento e redazione documentazione
- D. Attività di implementazione (da parte dei privati in caso di attività inerente tale estensione) ed eventuale azione regionale per possibili soluzioni secondo le specifiche regionali
- E. Predisposizione piattaforma di test, labeling, pre production test
- F. Monitoraggio in test, produzione
- G. Produzione di report e supporto
- H. Aggiornamento e adeguamento infrastruttura (rete, web application,...)
- I. Assistenza e supporto in esercizio
- J. Attività formative/comunicative (operatori, cittadino,...)

Ogni voce del precedente elenco sarà oggetto di progettazione e confronto con gli attori di competenza e saranno oggetto di monitoraggio key performance indicator (general, di qualità, di servizio) ove attuabile ed eventualmente secondo ulteriori fattori ritenuti di interesse. Nella trattazione, tutte le attività sopra riportate sono indicate con la dicitura “blocco base”.

4. Disamina dettagliata delle disposizioni

In ragione della molteplicità degli aspetti in cui si articola il testo analizzato, ne consegue la seguente analisi dettagliata. In forma tabellare viene proposta una sintesi delle modifiche che possono comportare attività, comprensiva di: “Codice” (assegnato per la presente trattazione), “Testo coordinato”, “Tipologia”, “Propedeuticità”, “Attività e commento” e “Tempistica prevista”.

Codice	Modifiche al DL 18/10/2012 n.179 Art. 12 secondo il DL 19/05/2020 n. 34 Art.11 comma 1 [lettera della rispettiva modifica nel recente DL]	Tipologia (N,NP, A,AP)	Propedeuticità (DA, G, M, LN)	Attività e commento	Tempistica prevista
11.1.a	[a] 1. Il fascicolo sanitario elettronico (FSE) e' l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito <u>, riferiti anche alle prestazioni erogate al di fuori del Servizio sanitario nazionale.</u>	AP	/	Estensione alle prestazioni non a carico del SSN in attuazione dell'insieme di regole già previste per il FSE. Risulta necessario disporre un approfondimento in riferimento agli enti autorizzati e agli enti accreditati. Attività necessarie: “Blocco base”.	Elevata in ragione del numero dei privati (3 anni)
11.2.b	[b] 2. Il FSE e' istituito dalle regioni e province autonome, conformemente a quanto disposto dai decreti di cui al comma 7 <u>ovvero tramite il Portale nazionale di cui al comma 15-ter</u> , entro il 30 giugno 2015, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, a fini di:	A	LN	Attività necessarie: attualmente in corso (analisi, test, riscontro degli esiti,...).	Breve-medio termine (6 mesi)
11.3.c	[c] 3. Il FSE e' alimentato in maniera continuativa, senza	AP	LN	Integrazione dei dati con il pregresso: attualmente già ricompreso per la	Elevata in ragione del



6225e76c



	ulteriori oneri per la finanza pubblica, dai soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali, nonché, su richiesta del cittadino, con i dati medici in possesso dello stesso. Il FSE e' alimentato con i dati degli eventi clinici presenti e trascorsi di cui al comma 1 in maniera continuativa e tempestiva, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, dai soggetti e dagli esercenti le professioni sanitarie che prendono in cura l'assistito sia nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali sia al di fuori degli stessi, nonché, su iniziativa dell'assistito, con i dati medici in possesso dello stesso. Il sistema del FSE aggiorna contestualmente anche l'indice di cui al comma 15-ter.			documentazione pubblicabile. Adeguamento alle nuove specifiche relative alle tipologie documentali definite nell'ambito del Tavolo Tecnico di monitoraggio e indirizzo per l'attuazione del FSE (art. 26 DPCM n.178/2015). Si riepilogano di seguito per completezza: verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione, dossier farmaceutico, consenso diniego donazione organi, bilanci di salute, vaccinazioni, certificati medici, esenzioni, prestazioni di protesica nonché taccuino. Per quanto concerne il taccuino, si attende il deliverable nazionale tavolo ex. art. 26 coordinato dal Piemonte con un gruppo interregionale in uscita a breve. Sono state proposte delle osservazioni da parte di Regione del Veneto in merito a standard, codifiche, attività di implementazione da parte dell'interfaccia per il cittadino e ulteriori modalità. Attualmente non è presente la definizione tecnica e procedurale. Estensione alle prestazioni non a carico del SSN. Viene rafforzata l'ufficializzazione dell'indicizzazione sul registro nazionale dei documenti (INI). Attività necessarie: "Blocco base" applicato anche per la parte taccuino e le tipologie documentali indicizzate.	numero dei privati (3 anni)
11.3-bis.d	[d] 3-bis. Il FSE può essere alimentato esclusivamente sulla base del consenso libero e informato da parte dell'assistito, il quale può decidere se e quali dati relativi alla propria salute non devono essere inseriti nel fascicolo medesimo.	N	/	La presente modifica richiederà l'adeguamento della gestione del consenso a ogni livello in cui esso è rilevato, revocato, e gestito: distretti, URP, MMG/PLS (tutti gli applicativi) e sistemi Sanità km Zero (Visualizzatore, Fascicolo, App,...). Nell'insieme richiederà un rilevante aggiornamento della documentazione tecnica e nonché di tutti i servizi che invocano sistemi di verifica del consenso. Per quanto concerne l'indicizzazione della documentazione del FSE senza il consenso all'alimentazione, essa è attualmente in corso; sarà necessario porre in essere attività di propagazione massiva su INI (già testata). Attività necessarie: "Blocco base".	Breve-medio termine (6 mesi)
11.4.e	[e] 4. Le finalità di cui alla lettera	NP	/	Estensione all'utilizzo del FSEr per le	Elevata in



6225e76c



	a) del comma 2 sono perseguite dai soggetti del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali <u>e da tutti gli esercenti le professioni sanitarie</u> che prendono in cura l'assistito <u>secondo le modalità di accesso da parte di ciascuno dei predetti soggetti e da parte degli esercenti le professioni sanitarie, nonché nel rispetto delle misure di sicurezza definite ai sensi del comma 7.</u>			finalità indicate (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) anche agli esercenti le professioni sanitarie. Attività necessarie: "Blocco base" o rimodulato, applicato anche per la parte di Sanità km Zero Visualizzatore (accesso per i nuovi operatori) e approfondimento civilistico in merito ai nuovi operatori abilitati (esercenti le professioni sanitarie).	ragione del numero dei privati (3 anni)
11.15-ter.3.f	[f] 15-ter 3) per le regioni e province autonome che, entro il 31 marzo 2017, comunicano al Ministero dell'economia e delle finanze e al Ministero della salute di volersi avvalere dell'infrastruttura nazionale ai sensi del comma 15, l'interconnessione dei soggetti di cui al presente articolo per la trasmissione telematica, <u>la codifica e la firma remota</u> dei dati di cui ai decreti attuativi del comma 7, ad esclusione dei dati di cui al comma 15-septies, per la successiva alimentazione e consultazione <u>alimentazione, consultazione e conservazione, di cui all'articolo 44 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 del FSE</u> da parte delle medesime regioni e province autonome, secondo le modalità da stabilire con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute;	/	/	Aggiornamento tecnico dei servizi concernenti le regioni in sussidiarietà.	Non inerente
11.15-ter.4.g	[g] 15-ter 4-bis) <u>l'istituzione dell'Anagrafe Nazionale dei consensi e relative revoche, da associarsi agli assistiti risultanti in ANA, comprensiva delle informazioni relative all'eventuale soggetto delegato dall'assistito secondo la normativa vigente in materia e nel rispetto delle modalità e delle misure di sicurezza stabilite, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, dal decreto di cui al punto 3) del presente comma;</u> <u>4-ter) la realizzazione dell'Indice Nazionale dei documenti dei FSE, da associarsi agli assistiti risultanti in ANA, al fine di assicurare in interoperabilità le funzioni del FSE, secondo le modalità e le misure di sicurezza stabilite, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, dal decreto di cui al punto 3) del presente comma;</u> <u>4-quater) la realizzazione del Portale Nazionale FSE, secondo le modalità e le misure di sicurezza stabilite, previo parere del</u>	A	G, LN	4-bis: Aggiornamento dell'analisi del modello del consenso (in recepimento dell'abrogazione del consenso all'alimentazione). La comunicazione del consenso alla consultazione verso INI è stata precedentemente attivata secondo le modalità precedenti: è necessario addivenire a un raccordo delle specifiche e interfacciamento, comprensivo delle attività di testing e verifica con l' "Indice Nazionale dei consensi", avvio in produzione. 4-ter Viene rafforzata l'ufficializzazione dell'indicizzazione su INI. 4-quater: Interfacciamento per l'invocazione e richiamo del Portale Nazionale FSE (chiamata di contesto per l'accesso al FSEr testato positivamente e con approfondimenti in corso sul tema dell'accesso aggregato). Attività necessarie: "Blocco base" rimodulato sui rispettivi commi aggiuntivi. Dovranno essere svolti approfondimenti sull'integrazione con ANA).	Breve-medio termine (6 mesi)



6225e76c



	<u>Garante per la protezione dei dati personali, dal decreto di cui al punto 3) del presente comma, anche attraverso l'interconnessione con i corrispondenti portali delle regioni e province autonome, per consentire, tramite le funzioni dell'Indice Nazionale, l'accesso on line al FSE da parte dell'assistito e degli operatori sanitari autorizzati, secondo modalità determinate ai sensi del comma 7. Tale accesso e' fornito in modalita' aggregata, secondo quanto disposto dalla Determinazione n. 80 del 2018 dell'Agenzia per l'Italia Digitale.</u>				
11.15se pties.h	[h] 15-septies. Il Sistema Tessera sanitaria realizzato in attuazione dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, entro il 30 aprile 2017, rende disponibile ai FSE e ai dossier farmaceutici regionali, attraverso l'infrastruttura nazionale di cui al comma 15-ter, i dati risultanti negli archivi del medesimo Sistema Tessera sanitaria relativi alle esenzioni dell'assistito, alle prescrizioni e prestazioni erogate di farmaceutica, <u>comprensivi dei relativi piani terapeutici, e specialistica a carico del Servizio sanitario nazionale, nonche' le ricette e le prestazioni erogate non a carico del SSN</u>, ai certificati di malattia telematici e alle prestazioni di assistenza protesica, termale e integrativa, <u>nonche' i dati di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175, comprensivi dei dati relativi alla prestazione erogata e al relativo referto, secondo le modalita' stabilite, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, dal decreto di cui al punto 3) del comma 15-ter, che individua le misure tecniche e organizzative necessarie a garantire la sicurezza del trattamento e i diritti e le liberta' degli interessati.</u> <u>[presente punteggiatura di refuso]</u>	NP	G, LN, M	Estensione alle prestazioni non a carico del SSN. Tale integrazione richiede inoltre l'individuazione delle azioni necessarie per il reperimento e la fruizione di ulteriori dati e documenti dal Sistema Tessera Sanitaria attraverso INI: dei piani terapeutici, ricette e prestazioni non a carico SSN e dati con referto di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175. Approfondimento sui dati resi fruibili una volta rese pubbliche le misure tecniche e organizzative. Attività necessarie: "Blocco base".	Lungo termine (3 anni)
11.15- octies.i	[i] 15-octies. Le specifiche tecniche dei documenti del FSE e del dossier farmaceutico, definiti con i decreti attuativi del comma 7,	N	DA, G, M	Viene normata la pubblicazione dei documenti (FSE e dossier farmaceutico) previo parere del Garante. Attività di predisposizione attività tecniche e organizzative per realizzare	Lungo termine (2 anni)



6225e76c



	<u>sono pubblicate sul portale del nazionale FSE, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali.</u> <u>15-nonies. Ai fini dell'alimentazione dei FSE attraverso l'infrastruttura nazionale di cui al comma 15-ter, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, con il decreto di cui al punto 3) del comma 15-ter, sono stabilite le modalita' tecniche con le quali:</u> <u>a) il Sistema Informativo Trapianti del Ministero della salute di cui alla legge 1 aprile 1999, n. 91, rende disponibile ai FSE i dati relativi al consenso o al diniego alla donazione degli organi e tessuti;</u> <u>b) le Anagrafi vaccinali regionali rendono disponibili ai FSE i dati relativi alla situazione vaccinale;</u> <u>c) il Centro Unico di prenotazione di ciascuna regione e provincia autonoma rende disponibili ai FSE i dati relativi alle prenotazioni.</u>			quanto indicato una volta note le misure tecniche. Sarà necessario attivare quattro linee di progetto in base alle componenti coinvolte. Attività necessarie: "Blocco base" per ogni parte.	
--	--	--	--	--	--

Per quanto concerne l'articolo n.12 del DL 19/05/2020 n. 34, viene riportata di seguito l'analisi per stabilire le azioni necessarie.

Codice	DL 19/05/2020 n. 34 Art.12	Tipologia (N,NP, A,AP)	Propedeuticità (DA, G, M, N)	Attività e commento	Tempistica prevista
N12	<u>1. Ai fini dell'accelerazione dell'acquisizione delle informazioni relative alle nascite e ai decessi di cui all'articolo 62, comma 6, lettera c), del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante Codice dell'amministrazione digitale, le strutture sanitarie, i medici, i medici necroscopi o altri sanitari delegati, inviano al Sistema Tessera Sanitaria del Ministero dell'economia e delle finanze i dati:</u> <u>a) dell'avviso di decesso di cui all'articolo 72, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396;</u> <u>b) del certificato necroscopico di cui all'articolo 74, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396;</u> <u>c) della denuncia della causa di morte di cui all'articolo 1 del regolamento di polizia mortuaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285;</u> <u>d) dell'attestazione di nascita di cui all'articolo 30, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396;</u> <u>e) della dichiarazione di nascita di cui all'articolo 30, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre</u>	/	G, M	Necessario ulteriore approfondimento con gli interlocutori di riferimento Disamina delle specifiche inerenti (Sistema TS), per valutare eventuali ulteriori integrazioni o implementazione di nuovi sistemi di inserimento dati per utenti coinvolti non ancora integrati	Medio-lungo termine (1 anno)



6225e76c



	<u>2000, n. 396.</u> <u>2. La trasmissione dei dati di cui al comma 1 esonera i soggetti interessati all'ulteriore invio ai Comuni di ulteriore attestazione cartacea.</u> <u>3. Il Sistema Tessera Sanitaria rende immediatamente disponibili, senza registrarli, i dati di cui al comma 1:</u> <u>a) all'Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente (ANPR), per le finalità di cui all'articolo 62, comma 6, lettera c) del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante Codice dell'amministrazione digitale;</u> <u>b) tramite Posta elettronica certificata (PEC), ai Comuni non ancora collegati alla ANPR;</u> <u>c) all'ISTAT</u> <u>4. Con uno o più decreti del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute e con il Ministero dell'interno, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, sono definiti i dati di cui al presente articolo e le relative modalità tecniche di trasmissione.</u> <u>5. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono allo svolgimento delle attività del presente articolo con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.</u>				
--	---	--	--	--	--

Tempistiche generali

L'insieme delle nuove disposizioni introdotte dal Decreto Legge DL 19/05/2020 n. 34 possono essere raggruppate opportunamente nei seguenti macro filoni di attività:

1. Estensione alle prestazioni non a carico del SSN
2. Integrazione con il Portale Nazionale, indicizzazione INI e accesso aggregato
3. Alimentazione anche da parte di esercenti le professioni sanitarie e adeguamento alle nuove specifiche su tutti i documenti previsti
4. Adeguamento nella gestione e modello del consenso
5. Accesso da parte di esercenti le professioni sanitarie
6. Adeguamento per il reperimento di nuove tipologie informative dal Sistema TS (piani terapeutici, ricette e prestazioni e referti fuori SSN)
7. Realizzazione del dossier farmaceutico secondo nuove disposizioni
8. Fruizione dei dati relativi al consenso/diniego donazione di organi e tessuti dal Sistema informativo Trapianti
9. Alimentazione del FSE con i dati relativi alla situazione vaccinale (da anagrafe vaccinale regionale)
10. Alimentazione del FSE con i dati relativi alle prenotazioni (da CUP regionale)
11. Art. 12 Invio a TS dati relativi ai decessi e nascite



6225e76c



Come esaminato nel corso della trattazione, è necessario inquadrare delle tempistiche indicative generali per la programmazione dei lavori previsti per l'adempimento alle disposizioni di cui al presente decreto. Nella tabella seguente si indicano le diverse tempistiche previste e la presenza di propedeuticità che ne possono posticipare il rispettivo avvio.

Macro filone di attività secondo l'articolato	P	2020		2021				2022				2023			
		3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Estensione alle prestazioni non a carico del SSN	P														
Integrazione con il Portale Nazionale, indicizzazione INI e accesso aggregato															
Alimentazione anche da parte di esercenti le professioni sanitarie e adeguamento alle nuove specifiche su tutti i documenti previsti	P														
Adeguamento nella gestione e modello del consenso	P														
Accesso da parte di esercenti le professioni sanitarie	P														
Adeguamento per il reperimento di nuove tipologie informative dal Sistema TS (piani terapeutici, ricette e prestazioni e referti fuori SSN)	P														
Realizzazione del dossier farmaceutico secondo nuove disposizioni	P														
Fruizione dei dati relativi al consenso/diniego donazione di organi e tessuti dal Sistema informativo Trapianti	P														
Alimentazione del FSE con i dati relativi alla situazione vaccinale (da anagrafe vaccinale regionale)	P														
Alimentazione del FSE con i dati relativi alle prenotazioni (da CUP regionale)	P														
Art. 12 Invio a TS dati relativi ai decessi e nascite	P														



6225e76c



Sistema informativo COVID- 19

Questo documento sintetizza le principali azioni sui sistemi informativi messe in campo per gestire l'emergenza Covid-19 che devono essere consolidate in attuazione della presente delibera.

Al fine di soddisfare i bisogni informativi dell'unità di crisi e prendere decisioni basate sui dati, sono stati implementati progressivamente e devono essere completati i seguenti moduli software:

1. Il **sistema di biosorveglianza**: si tratta di una piattaforma che permette di avere uno stato aggiornato in tempo reale dell'evoluzione dell'epidemia, mappare i soggetti contagiati e rilevare la presenza di cluster che richiedono elevata attenzione. La soluzione armonizza, sincronizza, integra e visualizza dati provenienti da fonti diverse.
2. L'applicazione per la **gestione dei casi confermati**: un software per arricchire le informazioni sui casi positivi sia con dati provenienti dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (derivanti dall'indagine epidemiologica), sia con dati inseriti dalla direzioni mediche di ogni ospedale (per i casi ricoverati).
3. L'applicazione per la **gestione dei casi in isolamento**: un software utilizzato dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica per gestire i casi sottoposti ad isolamento fiduciario, permette la registrazione quotidiana dei sintomi anche attraverso app, integrato con anagrafe unica regionale, importa i risultati dei test diagnostici, esporta le informazioni cliniche nel software dei casi confermati
4. L'applicazione per effettuare la **la gestione degli screening per covid-19**: un software (sviluppato a partire dal sistema per la gestione degli screening oncologici) per gestire, anche in mobilità, il processo di effettuazione del prelievo, identificazione dei campioni, integrato con tutti i laboratori analisi e di microbiologia del Veneto, sia per gli esami di microbiologia molecolare, che per esami di sierologia, anche rapidi, assecondando la logica dei laboratori di processazione e refertazione Hub
5. L'app mobile **Zero Covid Veneto**, applicazione che deve raccogliere su base volontaria i sintomi correlati al covid-19 dei cittadini della Regione del Veneto al fine di garantire una presa in carico precoce dei casi da parte dei MMG e dei SISP ed evitare la nascita di nuovi focolai
6. Dematerializzazione dei farmaci in Distribuzione per Conto e in Fascia C.

Tutti i moduli sopra presentati devono essere implementati e completati al più presto, e in ogni caso non più tardi del 31/08/2020. Nei paragrafi successivi si riporta per ogni modulo una descrizione estesa.



Sistema di biosorveglianza

Nella prima fase emergenziale è nata immediatamente l'esigenza di raccogliere velocemente informazioni e rappresentarle in modo efficace, al fine di mettere l'unità di crisi in condizioni di governare l'epidemia e decidere avendo i dati a disposizione.

Si è proceduto ad implementare quindi una piattaforma che permette di avere uno stato aggiornato in tempo reale dell'evoluzione dell'epidemia, mappare i soggetti contagiati e rilevare la presenza di cluster che richiedono elevata attenzione.

La soluzione, ha armonizzato, sincronizzato e integrato dati provenienti da fonti diverse.

L'idea è quella di supportare con i dati le decisioni più opportune circa l'applicazione di norme restrittive sulla mobilità delle persone e di accesso alle aree critiche. La disponibilità delle informazioni permette inoltre di effettuare un'analisi predittiva dell'evoluzione del contagio, individuando le zone dove è più probabile che il Covid-19 si espanda, al fine di poter intervenire velocemente ed isolare sul nascere nuovi casi e nuovi focolai.

Il progetto è stato pensato fin dall'inizio per poter soddisfare il bisogno informativo di diverse tipologie di utenti. La stessa base dati, opportunamente filtrata a seconda del ruolo specifico degli utenti, è utilizzata dall'unità di crisi, dalla task-force, dalle aziende ULSS, dai medici di medicina generale e dai medici competenti delle aziende operanti nei vari settori produttivi.

Le principali funzionalità fornite per i vari ruoli sono:

- **ai membri della task-force / unità di crisi regionale:**
 - una vista sui principali indicatori e un monitoraggio in real time dell'epidemia
 - strumenti per effettuare simulazioni epidemiologiche sui dati reali dell'evoluzione dell'epidemia
 - strumenti per l'identificazione immediata di cluster che richiedono elevata attenzione (residenze per anziani, nuclei familiari positivamente)
 - una vista georeferenziata dei test effettuati sul territorio, l'esito, l'analisi del contesto familiare, abitativo e lavorativo del soggetto esaminato
 - una mappa georeferenziata dei casi positivi aggregati per incidenza territoriale
 - una vista dedicata agli operatori sanitari per il monitoraggio dello stato di operatività di tutte le strutture regionali.
- **agli operatori delle strutture sanitarie:**
 - una vista sugli indicatori principali dell'evoluzione dell'epidemia nel territorio di riferimento
 - una vista georeferenziata dei test effettuati sul territorio, l'esito, l'analisi del contesto familiare, abitativo e lavorativo del soggetto esaminato
 - una vista dedicata agli operatori sanitari per valutare in tempo reale la forza lavoro a disposizione nelle strutture e quella colpita dal Covid-19



- un monitoraggio dei cluster a rischio (residenze per anziani, contesti abitativi con molti casi positivi)
- **ai medici di base:**
 - una vista dei loro assistiti con il dettaglio di chi ha effettuato i test di screening (sia molecolari che epidemiologici)
 - uno strumento per applicare i protocolli corretti e approcciarsi in modo sicuro ai pazienti.
- **ai medici competenti del lavoro:**
 - indicatori in tempo reale dei casi Covid positivi nelle aziende seguite
 - una vista dei lavoratori delle aziende da loro assistite, con il dettaglio di chi ha effettuato i test di screening (sia molecolari che epidemiologici)
 - la possibilità di registrare i risultati degli screening effettuati con i test rapidi nel caso siano fatti direttamente dall'azienda
 - uno strumento per applicare i protocolli corretti e approcciarsi in modo sicuro alle attività produttive.

Di seguito sono riportate le diverse fonti di dati che dovranno essere utilizzate per garantire gli obiettivi di gestione e contenimento della pandemia:

1. Base dati dei casi in isolamento
2. Anagrafe degli operatori sanitari (per individuare focolai nei reparti)
3. Flusso NSIS denominato FAR (per il controllo dei focolai nelle strutture residenziali)
4. Sistemi LIS delle Aziende Sanitarie e dei laboratori coinvolti nell'emergenza (per ottenere gli esiti dei test di laboratorio sul covid-19)
5. Base dati dei casi confermati
6. Anagrafe degli assistiti (per individuare focolai nelle famiglie, tra vicini e conviventi)
7. Anagrafe dei nuclei familiari (ricavata dai nuclei fiscali della dichiarazione dei redditi, senza utilizzare dati economici, con lo scopo di individuare focolai tra familiari)
8. Sistemi di Veneto Lavoro (con il fine di individuare focolai nelle aziende)
9. Base dati dei sintomi raccolti dalla app "Zero Covid Veneto" per intervenire precocemente sul nascere dei sintomi

Si rileva che ai fini privacy, i titolari del trattamento effettuato con tale modulo software sono le aziende ULSS della Regione del Veneto e le strutture presso le quali sono eseguito i test per covid-19 per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la Regione del Veneto per le attività operative specifiche della task force a supporto dell'Unità di Crisi, e per le attività di governo e monitoraggio. Azienda Zero, in quanto gestore operativo del software (processor) ricopre il ruolo di responsabile del trattamento, sia per conto delle aziende ULSS, sia per conto della Regione del Veneto.



Gestione dei casi confermati

Il modulo gestisce tutti i casi che risultano positivi al test di biologia molecolare, importa inoltre l'esito di tutti i test diagnostici erogati dalle strutture sanitarie.

In particolare vengono inserite informazioni registrate dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) o importate dall'applicazione "Gestione dei casi in isolamento" a seguito dell'indagine epidemiologica effettuata sulla singola persona (stato clinico iniziale, domicilio di isolamento, possibili link epidemiologici, etc.). Per i casi ricoverati vengono inserite dalle strutture ospedaliere le informazioni relative all'ingresso e ai successivi trasferimenti (provenienza, data di ricovero e/o trasferimento, area di ricovero, reparto di ricovero, stato clinico, data e modalità di dimissione).

Tutti i dati aggiunti in tale modulo sono poi ritornati al sistema di biosorveglianza per essere rappresentati nei cruscotti di monitoraggio in uso ai diversi attori.

Tale modulo inoltre è la base per l'invio dei dati verso l'Istituto Superiore di Sanità, flusso previsto a livello nazionale.

Si rileva che ai fini privacy, i titolari del trattamento effettuato con tale modulo software sono le aziende ULSS della Regione del Veneto per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la Regione del Veneto per le attività operative specifiche della task force a supporto dell'Unità di Crisi, e per le attività di governo e monitoraggio. Azienda Zero, in quanto gestore operativo del software (processor) ricopre il ruolo di responsabile del trattamento, sia per conto delle aziende ULSS, sia per conto della Regione del Veneto.



Gestione dei casi in isolamento

In considerazione dell'emergenza covid e della necessità di disporre dei dati anagrafici di tutti i potenziali sorvegliati, la Regione del Veneto attraverso i Sistemi informativi di Azienda Zero, ha disposto l'attivazione di un modulo applicativo apposito di Sorveglianza Covid-19 integrato con l'anagrafe unica regionale.

L'implementazione della nuova funzionalità garantisce, a tutte le ULSS del Veneto un monitoraggio efficiente dei pazienti in isolamento fiduciario positivi al test e di tutte le persone entrate in contatto con pazienti positivi, fornendo agli operatori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica un monitoraggio real time per il controllo dei casi presi in carico, comprendendo l'acquisizione tempestiva, dal sistema di biosorveglianza, degli esiti dei test eseguiti ai soggetti in carico. Il software raccoglie le informazioni cliniche dei soggetti in sorveglianza esportando le informazioni al software dei casi confermati. L'applicativo permette la registrazione quotidiana dei sintomi dei soggetti in isolamento sia agli operatori dei Servizi di Igiene e sanità pubblica sia ai MMG e PLS che volontariamente aderiscono all'attività. Fornisce inoltre l'elenco dei soggetti in isolamento per la trasmissione alla Prefettura e ai Comuni per la vigilanza.

Gli assistiti per i quali è già attiva una scheda di sorveglianza sul software regionale, potranno a breve con un'APP trasmettere direttamente alla ULSS di competenza le informazioni richieste sul proprio stato di salute. In pratica giornalmente ogni paziente COVID19 verrà guidato nella registrazione dei propri sintomi, che saranno raccolti ed elaborati in tempo reale sull'applicativo di sorveglianza regionale.

Questo modulo software dovrà progressivamente fornire quindi a tutti gli operatori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica della Regione del Veneto uno strumento altamente avanzato e costantemente aggiornato per il monitoraggio della situazione sanitaria regionale, efficientando il controllo sulla diffusione del virus e le azioni di contenimento in tutte le strutture sanitarie.

Il software potrà essere utilizzato anche dai medici competenti delle aziende sanitarie per la gestione dei casi in isolamento dei dipendenti.

E' stata inoltre predisposta una APP per gli operatori che permette la registrazione dei risultati dei test rapidi somministrati ai soggetti previsti dallo screening territoriale per i destinatari individuati dal piano di sanità pubblica, i risultati vengono esportati verso il software dello screening e verso il sistema di biosorveglianza.

Tutti gli strumenti sopra descritti saranno a supporto del Piano di Sanità pubblica gestito dal Sistema Sanitario Regionale.



Si rileva che ai fini privacy, i titolari del trattamento effettuato con tale modulo software sono le aziende ULSS della Regione del Veneto per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la Regione del Veneto per le attività di governo e monitoraggio. Azienda Zero, in quanto gestore operativo del software (processor) ricopre il ruolo di responsabile del trattamento, sia per conto delle aziende ULSS, sia per conto della Regione del Veneto.



Gestione degli screening per covid-19

La Regione del Veneto ha deciso di contrastare il virus attraverso un piano di sanità pubblica denominato “Epidemia Covid 19 Interventi Urgenti di Sanità Pubblica” che ha previsto l’impiego massiccio del tampone naso-faringeo e successivamente dei test sierologici, procedendo quindi a screenare tutti i dipendenti del Sistema Sanitario Regionale, MMG, PLS e Farmacisti, operatori delle Strutture per non autosufficienti ecc.

Nell’ambito di questo piano, attraverso l’UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero, ha disposto quindi l’adeguamento e ampliamento delle funzionalità del Sistema Informativo degli Screening Oncologici alle esigenze dello screening Covid19, per facilitare e rendere più corrette e sicure dal punto di vista informativo le attività degli operatori sanitari e per ottenere una base dati omogenea e standard.

Le principali funzioni dell’applicativo software sono: l’individuazione della persona fisica, tramite integrazione con l’Anagrafe Unica Regionale, ottenendo dati anagrafici corretti e attendibili ed evitando inserimenti manuali; l’individuazione delle categorie di appartenenza dei soggetti sottoposti a screening, la creazione di codici campione e la stampa delle relative etichette con codice a barre da apporre sulle provette dei test, l’invio delle liste di lavoro complete di dati anagrafici associati ai codici campione ai LIS, ottimizzando così strumenti e risorse dei Laboratori di microbiologia e analisi cliniche. Le strutture sanitarie sono così in grado di rispondere tempestivamente alla specifica e urgente richiesta, indipendentemente dall’Azienda che ha in carico il soggetto e da dove viene effettuato il test. L’analisi e la refertazione è affidata ai laboratori tramite i LIS, rendendo superflua la parte di input manuale dei dati. Il software è utilizzato nelle sue funzionalità principali anche nel progetto di indagine relativa alla sieroprevalenza in capo al Ministero della Salute.

Si rileva che ai fini privacy, i titolari del trattamento effettuato con tale modulo software sono le aziende sanitarie della Regione del Veneto (sia le aziende richiedenti i test, sia i soggetti giuridici che erogano le prestazioni richieste) per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la Regione del Veneto per le attività di ricerca, governo e monitoraggio. Azienda Zero, in quanto gestore operativo del software (processor) ricopre il ruolo di responsabile del trattamento, sia per conto delle aziende sanitarie, sia per conto della Regione del Veneto.



App “Zero Covid Veneto”

L'app mobile “Zero Covid Veneto”, dovrà raccogliere su base volontaria i sintomi correlati al covid-19 dei cittadini della Regione del Veneto. Il fine di garantire una presa in carico dei casi, a seconda della gravità dei sintomi, o da parte dei MMG, o da parte dei SISP.

La finalità ultima è quella di agire il più precocemente possibile sull'insorgenza di nuovi casi ed evitare la nascita di nuovi focolai.

L'applicazione non effettuerà contact tracing e non utilizzerà il GPS per localizzare i dispositivi.

Si rileva che ai fini privacy, i titolari del trattamento effettuato con tale modulo software sono le aziende ULSS della Regione del Veneto per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la Regione del Veneto per le attività di governo e monitoraggio. Azienda Zero, in quanto gestore operativo del software (processor) ricopre il ruolo di responsabile del trattamento, sia per conto delle aziende ULSS, sia per conto della Regione del Veneto.



Dematerializzazione dei farmaci

Sempre nell'ambito della gestione dell'emergenza covid si è proceduto inoltre all'estensione della dematerializzazione della ricetta cartacea anche per farmaci distribuiti attraverso la Distribuzione per Conto, secondo 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.

Da evidenziare infine che ai sensi dell'art. 11 del DL n. 34 del 19.5.2020 è in corso di dematerializzazione anche la ricetta relativa ai farmaci di fascia C non rimborsati dal SSN e che in applicazione del presente atto tale nuova modalità di gestione dovrà essere adottata dai prescrittori e nei punti di dispensazione dei farmaci di tutto il territorio regionale.

Si rileva che ai fini privacy, i titolari del trattamento effettuato con tale modulo software sono le aziende sanitarie della Regione del Veneto per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la Regione del Veneto per le attività di governo e monitoraggio. Azienda Zero, in quanto gestore operativo del software (processor) ricopre il ruolo di responsabile del trattamento, sia per conto delle aziende sanitarie, sia per conto della Regione del Veneto.



