

**PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE
DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE
(art 1 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34,
conversione legge n.77 del 17 luglio 2020)**

INDICE

Premessa- comma 1

1. CONTESTO REGIONALE

- 1.1 Territorio e Bacino d'Utenza Regione Umbria
- 1.2 Organizzazione rete territoriale pere-emergenza COVID

2. RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE PER L'EMERGENZA CORONAVIRUS IN FASE EMERGENZIALE

3. POTENZIAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE

- 3.1 Rete dei laboratori
- 3.2 Disposizioni temporanee per isolamento contagiati
- 3.3 Attività di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento
- 3.4 Il potenziamento delle attività di assistenza domiciliare integrata e il sistema di monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS – CoV 2 –
- 3.5 Il potenziamento dei servizi infermieristici territoriali
- 3.6 Le USCA: ulteriori funzioni
- 3.7 L' implementazione e lo sviluppo della Centrale Operativa Territoriale
- 3.8 Indennità infermieristica Medicina Generale

4. MONITORAGGIO E CONTROLLO

PREMESSA

Il 30 gennaio scorso l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato il nuovo coronavirus "emergenza globale". L'OMS ha elevato la minaccia dell'epidemia di coronavirus a livello mondiale ad un livello "**molto alto**" il 28 febbraio 2020.

Tale scenario epidemiologico caratterizzato dal rapido diffondersi dell'epidemia ha reso necessario mettere in atto drastiche misure di contenimento e contestualmente avviare un processo di riorganizzazione dei servizi sanitari per rendere adeguata l'offerta ai bisogni della popolazione nel momento dell'emergenza COVID-19 sia in ambito ospedaliero che territoriale seguendo le indicazioni ministeriali.

Con **DGR n. 207 del 25.3. 2020** è stato adottato il "Piano di Gestione attività territoriali – Emergenza Coronavirus" sono state approntate le misure per garantire le attività territoriali in fase emergenziale.

Con **DGR n. 267 del 10.4.2020** è stata pubblicata la "Procedura Regionale nuovo coronavirus (Sars-Cov-2)", con l'intento di fornire un quadro normativo di riferimento nell'ambito dell'emergenza COVID-19.

La Regione Umbria ha quindi risposto alla prima fase emergenziale di accrescimento della curva del contagio dai casi di infezione SARS-CoV-2, cercando di rispondere con appropriatezza e tempestività, riorganizzando l'offerta assistenziale territoriale e adeguando le attività di sorveglianza necessarie al controllo e monitoraggio dell'andamento epidemico.

Il **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020** recante "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale", inserito in un contesto epidemiologico in miglioramento ha individuato le misure per il contenimento dell'emergenza Covid-19 della cosiddetta "fase due".

Con **DGR 374 del 13/05/2020** sono state adottate le "**Linee Guida per la gestione della ripresa dell'assistenza sanitaria regionale**" per avviare la fase di ripresa delle attività territoriali.

Con il **D.L. 16.05.2020, n. 33** lo scenario di riferimento cambia radicalmente in quanto a decorrere dal 18.05.2020 hanno cessato di avere effetto tutte le misure limitative della circolazione all'interno del territorio regionale e dal 3 giugno 2020 in quello nazionale.

Con **DGR n. 467 del 10/06/2020 "Linee di Indirizzo per le Attività Sanitarie nella Fase 3"** la Regione Umbria ha definito le linee di indirizzo della fase 3 per consolidare la fase di ripresa delle attività ambulatoriali e consolidare le attività di sorveglianza.

Il 19 maggio è stato pubblicato il **Decreto Legge 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" che prevede all'art.1 le Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale.

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

Il 17 luglio 2020 il Decreto Legge n. 34 **è stato convertito nella Legge n.77/2020** “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19” pubblicata nella G.U. n. 180 del 18/7/2020 supplemento ordinario n.25)

All’art. 1 le Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale.

Tale articolo al comma 1 prevede *per l’anno 2020 che 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 una prima 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. I predetti piani sono recepiti nei programmi operativi richiamati dall’articolo 18, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 e sono monitorati congiuntamente a fini esclusivamente conoscitivi dal Ministero della salute e dal Ministero dell’economia e delle finanze in sede di monitoraggio dei citati programmi operativi. 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”.*

La Regione Umbria in base alle tabelle di cui all’allegato A e B della Legge attinge alle seguenti risorse

TABELLA A RIPARTIZIONE SOMME COMPLESSIVE PER ARTICOLO 1
COMMI 2,3,4,5,6,7,8,9

REGIONE	QUOTA D'ACCESSO ANNO 2020	RIPARTO RISORSE SULLA BASE DELLA QUOTA D'ACCESSO	RIPARTO RISORSE SULLA BASE DELLA DISTRIBUZIONE DELLE APPARECCHIATURE/ PIATTAFORME CENTRALI OPERATIVE	TITALE DA RIPARTIRE A REGIONI A VALERE SU FSN	
UMBRIA	1,49%	€ 17.647.326,00	€ 2.875.552,00	€ 20.522.878,00	

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

TABELLA B RIPARTIZIONE SPESE PERSONALE TERRITORIALE ART.1
COMMI 4,5,6,7,8

2020	COMMA 4	COMMA 5	COMMA 6	COMMA 7	COMMA 8	
REGIONE	ADI	INFERMIERI	POTENZIAMENTO USCA	ASSISTENTI SOCIALI	CENTRALI OPERATIVE	TOTALI
UMBRIA	4.632.738,37	4.956.426,11	908.916,00	212.418,00	1.125.000,00	11.835.498,48

2021	COMMA 4	COMMA 5	COMMA 6	COMMA 7	COMMA 8	
REGIONE	ADI	INFERMIERI	POTENZIAMENTO USCA	ASSISTENTI SOCIALI	CENTRALI OPERATIVE	TOTALI
UMBRIA	4.632.738,37	7.152.129,92			1.125.000,00	€ 12.909.868,29

Nella tabella successiva sono riportate le risorse complessive assegnate alla Regione Umbria per l'anno 2020 e la loro destinazione:

TOTALE ANNO 2020	20.522.878,00
di cui per il Personale	11.835.498,48
di cui per la COT	1.750.552,00
Altri costi	6.936.827,52

Le risorse pari a € 6.936.827,52 derivanti per sottrazione dal totale dei costi destinati alle spese per il personale per i commi 4,5,6,7 e 8 e per le apparecchiature/piattaforma della centrale operativa di cui al comma 8, sono destinate a coprire i costi per la realizzazione di tutti gli obiettivi del piano dal comma 2 al comma 9 e quindi devono essere utilizzate per:

- costi per l'utilizzo di strutture recettive per l'isolamento domiciliare
- costi per investimenti/acquisizione di beni per potenziare a sorveglianza sanitaria
- costi per appalto di servizi se necessari e per investimenti/acquisizione di beni per il potenziamento delle Cure domiciliari
- costi per l'indennità del personale infermieristico presso i MMG

Nel rispetto di tali indicazioni viene definito il **Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale della Regione Umbria**.

Con nota n. 0019843 del 06/10/2020 il Ministero della Salute ha avviato il monitoraggio dei piani di potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale, ai sensi dell'art.1 del DL n.34/2020, convertito, con modificazione, dalla Legge n. 77/2020.

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

In particolare viene chiesto alle Regioni di trasmettere le informazioni relative agli interventi programmati e al loro stato di attuazione.

1. CONTESTO REGIONALE

1.1 Territorio e Bacino d'Utenza Regione Umbria

La Regione Umbria ha una **superficie complessiva di 8.490,43 Km²** dove insistono 92 **Comuni**.

La Regione Umbria ha una popolazione residente che, complessivamente, al 1 Gennaio 2019 ammonta a **882.015 abitanti** (Fonte ISTAT) con una maggior percentuale di donne rispetto agli uomini.

Popolazione Residente al 01/01/2019 (Fonte ISTAT)

Distretti	POPOLAZIONE RESIDENTE	SUPERFICIE KM. Q.	DENSITA' PER KM. Q.
Distretto del Perugino	193.954	551,49	351,36
Distretto dell'Assisano	62.158	384,37	161,88
Distretto della MVT	57.401	781,16	73,93
Distretto del Trasimeno	57.435	777,95	74,08
Distretto dell'Alto Tevere	76.176	987,25	77,31
Distretto dell'Alto Chiascio	54.062	816,16	66,62
AZIENDA USL Umbria n.1	501.186	4.298,38	116,8
Distretto di Terni	131.221	530,01	247,58
Distretto di Foligno	98.405	901,77	109,12
Distretto di Narni Amelia	51.579	645,58	79,9
Distretto di Spoleto	47.276	466,41	101,36
Distretto di Orvieto	40.635	775,89	52,37
Distretto di Valnerina	11.713	832,43	14,07
AZIENDA USL Umbria n.2	380.829	4.192,05	91,72
REGIONE UMBRIA	882.015	8.490,43	103,88

La distribuzione della popolazione per fasce di età, riportata di seguito, mostra una percentuale di **ultrasessantacinquenni pari al 25,58%**.

Popolazione Residente al 1 gennaio 2019 per Distretto e fasce di età (Fonte ISTAT)

Fasce d'età	0-14		15-64		65-74		>= 75		Totale
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Distretto del Perugino	26.170	13,49%	121.805	62,80%	21.398	11,03%	24.581	12,67%	193.954
Distretto dell'Assisano	8.318	13,38%	39.267	63,17%	6.771	10,89%	7.802	12,55%	62.158
Distretto della MVT	7.252	12,63%	35.576	61,98%	6.479	11,29%	8.094	14,10%	57.401
Distretto del Trasimeno	7.405	12,89%	35.180	61,25%	6.910	12,03%	7.940	13,82%	57.435
Distretto dell'Alto Tevere	9.823	12,90%	47.403	62,23%	8.954	11,75%	9.996	13,12%	76.176
Distretto dell'Alto Chiascio	6.476	11,98%	33.216	61,44%	6.541	12,10%	7.829	14,48%	54.062
Azienda USL Umbria n.1	65.444	13,06%	312.447	62,34%	57.053	11,38%	66.242	13,22%	501.186
Distretto di Terni	15.449	11,77%	80.804	61,58%	16.067	12,24%	18.901	14,40%	131.221

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

Distretto di Foligno	12.359	12,56%	60.545	61,53%	11.790	11,98%	13.711	13,93%	98.405
Distretto di Narni Amelia	5.890	11,42%	31.388	60,85%	6.758	13,10%	7.543	14,62%	51.579
Distretto di Spoleto	5.607	11,86%	28.917	61,17%	5.906	12,49%	6.846	14,48%	47.276
Distretto di Orvieto	4.462	10,98%	24.336	59,89%	5.424	13,35%	6.413	15,78%	40.635
Distretto di Valnerina	1.271	10,85%	7.466	63,74%	1.393	11,89%	1.583	13,51%	11.713
Azienda USL Umbria n.2	45.038	11,83%	233.456	61,30%	47.338	12,43%	54.997	14,44%	380.829
REGIONE UMBRIA	110.482	12,53%	545.903	61,89%	104.391	11,84%	121.239	13,75%	882.015

Rispetto all'anno precedente i residenti sono complessivamente diminuiti (884.640 nel 2018); la fascia di età 15-64 anni è quella che ha presentato il maggior decremento a fronte di un costante aumento della popolazione più anziana.

1.2 Organizzazione rete territoriale pre-emergenza COVID

Per quanto attiene all'organizzazione della rete territoriale presente nella Regione Umbria si illustra sinteticamente che sono presenti 2 ASL territoriali ognuna articolata in 6 Distretti come dettagliati nelle tabelle precedenti e in 2 Dipartimenti di Prevenzione.

Nell'ambito dei 6 Distretti, attraverso le articolazioni degli ambulatoriali e delle strutture gestione diretta e indiretta, sono garantiti i livelli essenziali di assistenza territoriali:

- assistenza sanitaria di base
- emergenza sanitaria territoriale
- assistenza farmaceutica
- assistenza integrativa
- assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza protesica
- assistenza termale
- assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale:
 - cure domiciliari
 - cure palliative domiciliari
 - assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie;
 - assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo;
 - assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali;
 - assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità;
 - assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche;
 - assistenza sociosanitaria alle persone non autosufficienti;
 - assistenza sociosanitaria alle persone nella fase terminale della vita;

Nell'ambito dei 2 Dipartimenti di Prevenzione, attraverso le articolazioni organizzative, sono garantiti i livelli essenziali di assistenza di prevenzione collettiva e sanità pubblica:

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- salute animale e igiene urbana veterinaria;
- sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività medico legali per finalità pubbliche

2. RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE E PERCORSI PER L'EMERGENZA CORONAVIRUS IN FASE EMERGENZIALE

La gestione della pandemia nel corso della prima fase emergenziale è stata caratterizzata dall'attivazione di misure straordinarie di controllo epidemico attivando la sorveglianza e l'isolamento domiciliare e al contempo riducendo/sospendendo le cosiddette attività non procrastinabili come quelle ambulatoriali non urgenti e tutto al fine di rallentare la circolazione virale e limitare il contagio.

L'emergenza sanitaria legata alla pandemia da SARS-CoV-2 ha influenzato la rete dei servizi territoriali così come dettagliate nella **DGR n. 207 del 25.3. 2020** "Piano di Gestione attività territoriali – Emergenza Coronavirus".

Partendo dalle necessità emergenti di garantire idonee misure di isolamento sia per i casi asintomatici che per i casi sintomatici, idonee misure di sorveglianza sanitaria si è data corso ad una riorganizzazione funzionale dei servizi e delle strutture che ha portato da un lato ad incrementare la dotazione dei servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei 2 Dipartimenti di Prevenzione al fine di potenziare le attività di sorveglianza reclutando anche personale normalmente adibito in altre attività clinico-assistenziali e dall'altro alla revisione dell'offerta dei servizi territoriali per garantire tutte le attività non procrastinabili a qualsiasi livello e dilazionare/ridurre/sospendere le attività procrastinabili al fine di garantire in sicurezza e con flussi separati tutte le attività ordinarie territoriali.

Nello stesso atto si fa riferimento ai protocolli:

- Gestione del caso nel territorio del 24.2.2020
- Gestione del caso triage telefonico del 24.2.2020
- Gestione del caso in pronto soccorso del 24.2.2020
- Gestione del caso sorveglianza attiva del 24.2.2020

Con **DGR n. 267 del 10.4.2020** è stata pubblicata la "Procedura Regionale nuovo coronavirus (Sars-Cov-2)", con l'intento di fornire un quadro normativo di riferimento nell'ambito dell'emergenza COVID-19; tale documento risulta costituito dalla raccolta di tutte le procedure regionali e delle disposizioni fornite alle aziende sanitarie ed ospedaliere e agli altri stakeholder, comprensivo di una serie di allegati e flowcharts per contemplare le indicazioni operative su aspetti specifici. Nel documento si precisa che "sulla base dell'andamento epidemiologico, dell'aggiornamento scientifico e normativo, potranno essere apportati degli aggiornamenti al presente testo che verranno approvati dagli organi competenti e pubblicati sul sito istituzionale della Regione Umbria".

Il **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020** ha individuato le misure per il contenimento dell'emergenza Covid-19 della cosiddetta "fase due".

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

Si è reso necessario quindi, pur permanendo la fase emergenziale, impostare una fase programmatoria volta al riavvio graduale delle attività sospese, improntata a criteri di garanzia della sicurezza dei pazienti e degli operatori rispetto al rischio di contagio e di tutela della salute dei pazienti, con l'obiettivo generale di supportare la tenuta del sistema sanitario.

La rimodulazione dei servizi con la riduzione delle attività ordinarie ha comportato quantomeno anche una rivisitazione dell'assistenza alle persone con patologie croniche o in condizioni di maggiore fragilità.

La pianificazione e organizzazione della fase di transizione è stata pensata per rimodulare le misure adottate nella fase di lock-down mantenendo il controllo della trasmissione virale attraverso la precoce individuazione dei casi e il tempestivo isolamento degli stessi accanto ad una ripresa progressiva delle attività sospese/interrotte nella fase di lock-down.

La possibilità di garantire efficacemente la gestione e il controllo della situazione dipende molto anche dall'organizzazione dei servizi territoriali ed in particolare dai Dipartimenti di Prevenzione nelle articolazioni dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e dei Servizi di Epidemiologia.

Il **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 aprile 2020** ha individuato le attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A ed in particolare fra i tanti indicatori per quanto attiene alle risorse umane è previsto che per garantire una efficiente ricerca e gestione dei contatti deve essere previsto un adeguato numero di risorse umane indicando un numero non inferiore ad 1 persona ogni 10.000 abitanti.

Sono state quindi predisposte linee di indirizzo atte a contenere il rischio di ripresa di focolai epidemici da COVID 19, mediante misure di prevenzione e protezione di tutti i soggetti che afferiscono alle strutture sanitarie, per esigenze di salute, di lavoro o di carattere sociale: **“Linee Guida per la gestione della ripresa dell'assistenza sanitaria regionale”, approvate con DGR 374 del 13/05/2020.**

Successivamente la situazione epidemiologica nazionale e regionale, ha comprovato un sostanziale miglioramento delle condizioni epidemiche e una tenuta del sistema, che hanno imposto una ulteriore riprogrammazione delle attività sia in ambito territoriale che ospedaliero per consentire un graduale ritorno agli assetti organizzativi pre-pandemia ed in totale recupero delle situazioni preventive diagnostiche riabilitative di tutte le tipologie di pazienti.

Con il **D.L. 16.05.2020, n. 33** lo scenario di riferimento cambia radicalmente in quanto a decorrere dal 18.05.2020 hanno cessato di avere effetto tutte le misure limitative della circolazione all'interno del territorio regionale e dal 3 giugno 2020 in quello nazionale.

La situazione epidemiologica comprova un sostanziale miglioramento delle condizioni epidemiche e una tenuta del sistema, tutto ciò consente il completo anche se graduale ritorno agli assetti organizzativi pre-pandemia.

Con **DGR n. 467 del 10/06/2020 “Linee di Indirizzo per le Attività Sanitarie nella Fase 3”** la Regione Umbria ha definito le linee di indirizzo della fase 3 che si estrinsecano essenzialmente su tre livelli:

1. monitorare periodicamente e giornalmente l'andamento dell'epidemia avendo cura di sorvegliare tutto il territorio regionale ed in particolare le strutture sanitarie e le persone fragili;
2. progredire nell'apertura dei servizi sanitari fino all'apertura totale delle strutture garantendo che le prestazioni siano effettuate in maniera appropriata ed in sicurezza oltre

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

che in tempi progressivamente congrui, sia per le nuove richieste che per il recupero delle prestazioni ed attività sospese o ridotte nel periodo di lock down;

3. mantenere la sorveglianza della popolazione attraverso la strategia delle tre T (testare, tracciare, trattare), integrando tale strategia con l'attivazione dell'app Immuni

Il controllo e monitoraggio dell'evoluzione della pandemia hanno determinato le continue evoluzioni e adattamenti dei servizi e strutture territoriali al fine di garantire parallelamente:

- le attività cliniche-sanitarie e socio-sanitarie nel rispetto delle misure di prevenzione e sicurezza dettate di volta in volta
- la tutela della salute pubblica attraverso un programma adeguato di sorveglianza sanitaria

Di seguito si illustra il Piano di Potenziamento della rete territoriale negli aspetti dettati dall'art.1 per ognuno dei quali, prima di illustrare l'evoluzione prevista, viene sinteticamente descritto lo stato dell'arte.

Il modello di organizzazione e gestione dell'assistenza territoriale proposto è volto a implementare e garantire un sistema di sorveglianza sanitaria uniforme sul territorio regionale e alla contemporanea garanzia dei LEA da parte dei Distretti in raccordo con MMG/PLS, Medici di CA, USCA con potenziamento delle attività di assistenza domiciliare integrata e inserendo la figura dell'infermiere di comunità.

L'obiettivo è quello di identificare precocemente i pazienti con sospetta infezione da SARS-COV2, favorendo la presa in carico precoce e il tracciamento tempestivo dei contatti nonché il potenziamento dell'assistenza soprattutto alle persone fragili che essendo più esposte al rischio necessitano di una presa in carico precoce con interventi multidisciplinari anche facendo riferimento a quanto previsto dal Piano della Cronicità.

3. POTENZIAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE

3.1 Rete dei laboratori

Per quanto attiene alla rete dei laboratori gli articoli citati sono stati introdotti dalla Conversione in Legge del Decreto.

All'art.1 comma 1 –bis è previsto

Ai fini di cui al comma 1, le regioni e le province autonome costituiscono le reti dei laboratori di microbiologia per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, individuandoli tra i laboratori dotati di idonei requisiti infrastrutturali e di adeguate competenze specialistiche del personale addetto, a copertura dei fabbisogni di prestazioni generati dall'emergenza epidemiologica. A tale scopo, le regioni e le province autonome, sulla base delle indicazioni tecniche fornite dal Ministero della salute, identificano un laboratorio pubblico di riferimento regionale che opera in collegamento con l'Istituto superiore di sanità e individua, con compiti di coordinamento a livello regionale, ai fini dell'accreditamento, i laboratori pubblici e privati operanti nel territorio di riferimento, in possesso dei requisiti prescritti.

All'art.1 comma 1 –ter è previsto

I laboratori di microbiologia individuati dal laboratorio pubblico di riferimento regionale ai sensi del comma 1-bis hanno l'obbligo di trasmettere i referti positivi dei test molecolari per infezione da SARS-CoV-2 al dipartimento di prevenzione territorialmente competente. Le regioni e le province

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

autonome, ricevuti i dati relativi ai casi positivi in tal modo riscontrati, li trasmettono all'Istituto superiore di sanità, mediante la piattaforma istituita ai fini della sorveglianza integrata del COVID-19, ai sensi dell'articolo 1 dell'ordinanza del capo del Dipartimento della protezione civile 27 febbraio 2020, n. 640. Per la comunicazione dei dati di cui al presente comma sono adottate adeguate misure tecniche e organizzative idonee a tutelare la riservatezza dei dati stessi.

All'art.1 comma 1 –quater è previsto

L'Istituto superiore di sanità, le regioni e le province autonome provvedono agli adempimenti di cui ai commi 1-bis e 1-ter con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

STATO DELL'ARTE

In relazione a tale aspetto la Regione Umbria ha individuato nella fase emergenziale il Laboratorio di Microbiologia dell'Università di Perugia presso la Azienda Ospedaliera di Perugia quale laboratorio di riferimento in quanto in possesso degli idonei requisiti infrastrutturali e di adeguate competenze specialistiche e lo ha comunicato come previsto al Ministero della Salute

Tale laboratorio è stato individuato di riferimento in quanto in grado di effettuare la diagnosi molecolare su campioni clinici respiratori secondo protocolli specifici di Real Time PCR per SARS-CoV-2 è) che, con la Sezione di Virologia, già partecipa alla rete INFLUNET di sorveglianza dell'influenza ed è in collegamento diretto con l'Istituto Superiore di Sanità per gli eventuali test di conferma. Il Laboratorio è adeguato per trasmettere giornalmente al ministero della Salute (all'indirizzo malinf@sanita.it) il rapporto su test effettuati secondo la procedura già trasmessa alle regioni.

Successivamente la Rete dei Laboratori è stata ampliata con:

- Laboratorio Istituto Zooprofilattico Perugia
- Laboratorio Azienda Ospedaliera di Terni
- Laboratorio Ospedale di Città di Castello
- Laboratorio Ospedale di Spoleto

PROGRAMMAZIONE

Si conferma allo stato attuale la rete dei laboratori costituita da:

- **Laboratorio di riferimento** - Laboratorio di Microbiologia dell'Università di Perugia presso la Azienda Ospedaliera di Perugia che opera in collegamento con l'Istituto superiore di sanità e con compiti di coordinamento a livello regionale, ai fini dell'accreditamento, dei laboratori pubblici operanti nel territorio di riferimento, in possesso degli idonei requisiti infrastrutturali e delle adeguate competenze specialistiche del personale addetto, individuati facenti parte della rete regionale a copertura dei fabbisogni di prestazioni generati dall'emergenza epidemiologica.
- **Laboratori della rete** – coordinati dal Laboratorio di riferimento regionale, in possesso dei requisiti previsti per tale attività e identificati in
 - Laboratorio Istituto Zooprofilattico Perugia
 - Laboratorio Azienda Ospedaliera di Terni
 - Laboratorio Ospedale di Città di Castello
 - Laboratorio Ospedale di Spoleto

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

Obiettivo futuro è quello di ridurre il numero dei laboratori di microbiologia per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, e arrivare ad avere una rete costituita al massimo da 3 laboratori a livello regionale e questo anche per razionalizzare le risorse e concentrare le linee diagnostiche in pochi laboratori per migliorare l'efficacia e l'efficienza del sistema.

Tutti i laboratori della rete regionale operano nel rispetto del comma 1-bis e quindi attraverso la piattaforma regionale mettono a disposizione i referti positivi dei test molecolari per infezione da SARS-CoV-2 al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica del dipartimento di prevenzione territorialmente competente.

Tutti i casi positivi vengono registrati nella piattaforma istituita presso l'Istituto superiore di sanità ai fini della sorveglianza integrata del CO-VID-19, ai sensi dell'articolo 1 dell'ordinanza del capo del Dipartimento della protezione civile 27 febbraio 2020, n. 640. Nel registrare il caso viene sempre caricato il codice tampone con la data di prelievo e la data di refertazione del tampone molecolare determinante la positività del caso.

Per la comunicazione del caso all'ISP territorialmente competente e la registrazione dei casi in piattaforma sono adottate adeguate misure tecniche e organizzative idonee a tutelare la riservatezza dei dati stessi.

3.2 Disposizioni temporanee per isolamento contagiati

All' Art. 1 comma 2 è previsto:

“Qualora, per le esigenze di cui al comma 1, occorra disporre temporaneamente di beni immobili per far fronte ad improrogabili esigenze connesse alla gestione dell'isolamento contagiati da SARS-CoV-2, fermo restando quanto previsto dall'articolo 6, comma 7, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, le regioni e le province autonome possono stipulare contratti di locazione di strutture alberghiere ovvero di altri immobili aventi analoghe caratteristiche di idoneità, con effetti fino al 31 dicembre 2020”.

STATO DELL'ARTE

In relazione a tale aspetto la Regione Umbria in considerazione del contesto epidemiologico nella fase 1 ha individuato una struttura “Villa Muzi” da adibire a struttura alberghiera per ospitare “casi” contagiati da SARS-CoV-2 in isolamento qualora non fosse possibile garantire a livello del proprio domicilio le condizioni di un isolamento ottimale.

Con Delibera di Giunta Regionale n. 126 del 26/02/2020 “DGR 1037/2016. Emergenza Nazionale CORONAVIRUS (2019-nCoV). Adempimenti regionali e istituzione del Centro Operativo Regionale (COR) presso il CRPC di Foligno” è previsto di avvalersi del Centro Operativo Regionale, costituito con DGR n. 1037/2016 per la gestione dell'emergenza sismica 2016, anche per la gestione dello stato di emergenza Coronavirus (2019-nCoV).

Tra le varie attività garantite presso i CCS e COR, Prefetture di Perugia e Terni, ANCI e Protezione Civile regionale hanno individuato strutture disponibili per eventuali esigenze di quarantena di soggetti positivi per cui l'isolamento fiduciario presso le proprie abitazioni non fosse possibile. Le strutture sono state anche oggetto di sopralluoghi specifici organizzati dalle Prefetture.

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

Con le Ordinanze del Presidente della Giunta regionale dell'Umbria n.1, 3, 5, 6, 9/2020 sono state dapprima calate nella realtà umbra le misure di contenimento introdotte a livello nazionale, e successivamente attuate le prime misure connesse al piano di gestione dei posti letto redatto dalla sanità regionale e approvato dal Centro Operativo Regionale-COR. In particolare, le Ordinanze nn. 5, 6 e 9 riguardano l'individuazione di ruoli strategici, nell'ambito dell'emergenza, delle strutture ospedaliere di Pantalla, Città di Castello e Foligno quali nosocomi Covid-19.

Per rendere funzionali gli Ospedali Covid-19 umbri, ottimizzando l'impiego dei posti letto per terapie intensive e sub-intensive in vista di un possibile aumento importante del numero dei contagiati che necessitano ricoveri, occorre anche reperire strutture dove collocare i pazienti che superano la fase acuta della malattia, in attesa di negativizzazione del tampone.

Tra le varie strutture ispezionate dalla Prefettura di Perugia e Anci, con il supporto del Comando regionale dei Vigili del Fuoco, è stata ritenuta particolarmente adatta una residenza di proprietà della Diocesi di Città di Castello, denominata "Villa Muzi" e situata in area agricola non lontana dal nosocomio cittadino, proposta dalla proprietà con nota formale a seguito della ricognizione avviata in sede di CCS. Il sopralluogo congiunto effettuato in data 5 marzo 2020 ha confermato, tra l'altro, che il bene immobile sarebbe stato facilmente e rapidamente adeguabile allo scopo, senza investimenti ed interventi particolari. Inoltre, la proprietà ha proposto il bene in comodato d'uso gratuito per la durata dell'emergenza Coronavirus in atto.

Nelle sedute delle riunioni del COR del 12, 14 e 17 marzo 2020, infine, ritenuto necessario individuare concretamente la prima struttura utile alla quarantena, anche in vista di una gestione "ottimale" dei soggetti guariti clinicamente anche se non ancora sierologicamente, tra le varie opzioni disponibili c'è stata convergenza sull'idoneità proprio della struttura Villa Muzi, di proprietà della Congregazione delle figlie della Misericordia (Diocesi di Città di Castello), situata in voc. Boccia- Loc. San Paterniano in Città di Castello e oggetto di sopralluogo congiunto alla presenza anche della Prefettura di Perugia in data 5 marzo 2020.

Con DGR N. 213 del 25.03.2020, la Regione Umbria ha accolto la proposta, avanzata in sede di riunione COR del 17.03.2020, di avvalersi, stante la necessità di reperire strutture idonee atte ad ospitare persone dimissibili clinicamente, ma ancora sierologicamente non negative al COVID-19, in comodato d'uso gratuito della struttura Villa Muzi messa a disposizione dalla Diocesi di Città di Castello.

Con Delibera del Commissario Straordinario n. 392 del 30/03/2020 "Emergenza relativa al rischio sanitario derivante da COVID-19. Approvazione schema di contratto di comodato d'uso a titolo gratuito con la Congregazione Figlie della Misericordia della Diocesi di Città di Castello e la Regione Umbria finalizzato al ricovero dei pazienti posti in quarantena" è stata quindi reclutata Villa Muzi per le finalità indicate.

L'Accordo sottoscritto fra le parti è valido fino al 31.7.2020 e allo stato attuale la Struttura ospita casi provenienti da vari ambiti territoriali umbri.

PROGRAMMAZIONE

La Regione Umbria, in previsione delle fasi evolutive dell'epidemia con revisione delle misure di restrizione per la popolazione generale, ha predisposto un documento base "Progetto per la definizione di Alberghi per Casi Covid+: COVID HOTEL" approvato in seno alla riunione del COR del 2.5.2020 per eventualmente individuare ulteriori strutture idonee per dare una soluzione alloggiativa alle persone positive al COVID-19.

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

Nel documento si regolamentavano tutti gli aspetti per le convenzioni compresa la tariffa per la quale è previsto che sarà concordata fra la gestione dell'Hotel e la Direzione dell'Azienda Sanitaria in relazione alle caratteristiche della struttura messa a disposizione e agli ulteriori requisiti presenti oltre a quelli obbligatori e non poteva, comunque, superare i 39,50 euro per giornata di effettiva presenza.

Allo stato attuale la manifestazione di interesse pianificata dalla USL Umbria 2 è andata deserta perché coloro che erano interessati hanno rilevato che non potevano impegnare una struttura senza alcuna garanzia di inserimento di un numero minimo di soggetti per coprire i costi di gestione. Tuttavia la situazione dell'andamento epidemico rende necessario al fine di ridurre il contagio intrafamiliare individuare strutture recettive idonee.

Nel rilevare che nella relazione tecnica alla Legge 77/2020 la tariffa media indicata è pari a 48 euro/die iva compresa e che in alcune Regioni gli Accordi quadro prevedono anche accordi con reclutamento di intere strutture recettive da dedicare a tale attività con il riconoscimento di costi vuoto per pieno proprio per coprire i costi di gestione si definisce la strategia regionale in merito. Vista l'attuale numerosità dei positivi in isolamento domiciliare si rende necessario reclutare in maniera subentrante strutture con almeno 20 posti letto distribuite nei territori delle 2 Aziende da dedicare ai quarantenati.

Le caratteristiche delle strutture restano quelle indicate nel documento "Progetto per la definizione di Alberghi per Casi Covid+: COVID HOTEL" approvato in seno alla riunione del COR del 2.5.2020 il cui estratto è riportato già in premessa in corsivo.

A queste strutture verrà riconosciuta la tariffa di € 30,00 iva inclusa/die vuoto per pieno per 20 posti su base mensile (max € 18.600 x 31gg x 20 posti) e la tariffa di € 39,50 iva inclusa/die per le giornate effettivamente consumate se si utilizzano posti oltre il ventesimo.

Le strutture devono garantire servizi di ospitalità e sorveglianza attiva per pazienti dimessi guariti stabili ma ancora positivi e/o soggetti in isolamento domiciliare le cui condizioni abitative non garantiscono misure di quarantena efficace all'interno del nucleo familiare al fine di contenere la diffusione e la circolazione virale e limitare il contagio.

Restano a carico dell'Azienda i costi per la sorveglianza, sanificazione e formazione degli operatori.

Le due Aziende territoriali definiranno tempestivamente e congiuntamente le modalità di reclutamento delle strutture e la base di Accordo. Vista la situazione di emergenza i tempi di pubblicazione della manifestazione di interesse si definiscono in 7 gg.

Le strutture recettive dove possono essere ospitate soggetti in quarantena preventiva con oneri a carico del soggetto come previsto dal DPCM 7 settembre 2020 vengono individuate dalla Protezione Civile.

Ai fini della programmazione l'accordo con Villa Muzi permane fino al termine dell'emergenza e al contempo era stato già previsto di procedere con il bando di manifestazione di interesse per reclutare ulteriori strutture recettive.

3.3 Attività di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento

All' Art. 1 comma 3 è previsto:

“Le aziende sanitarie, tramite i distretti, provvedono ad implementare le attività di assistenza domiciliare integrata o equivalenti, per i pazienti in isolamento anche ospitati presso le strutture individuate ai sensi del comma 2, garantendo adeguato supporto sanitario per il monitoraggio e l'assistenza dei pazienti, nonché il supporto per le attività logistiche di ristorazione e di erogazione dei servizi essenziali, con effetti fino al 31 dicembre 2020”.

STATO DELL'ARTE

In relazione a quanto detto al precedente paragrafo sono attivate tutte le funzioni necessarie per garantire il supporto sanitario per la sorveglianza e l'assistenza sanitaria agli ospiti delle strutture recettive al pari di quanto avviene per l'isolamento domiciliare.

In particolare:

- la sorveglianza e il monitoraggio sono garantiti dall'ISP territorialmente competente
- l'assistenza sanitaria è garantita dall'equipes infermieristica/OSS dedicata e dal punto di vista Medico dall'assistenza primaria anche con integrazione delle USCA

Dal punto di vista operativo e sanitario sono assicurati i servizi indispensabili sotto elencati e tutto quanto fosse necessario al fine di assicurare la piena funzionalità della struttura finalizzata a garantire un'adeguata assistenza dei pazienti:

- *servizio mensa*: cibo per tutti i pasti della giornata, bevande per tutto il giorno e fornitura di monouso per i vitti
- *servizio lavanderia*: lenzuola, asciugamani bagno/doccia e servizio pulizia letteracci; i soggetti andranno considerati e trattati come positivi pertanto è assicurata la corretta modalità di lavaggio (60-90 gradi in lavatrice con comune detergente e corretta asciugatura)
- *servizio smaltimento rifiuti*
- *servizio pulizie ambienti*
- *manutenzioni ordinarie* dell'unità immobiliare e delle eventuali aree di pertinenza;
- *costi connessi e conseguenti all'uso del bene*, come gli oneri relativi alle utenze acqua comunale, elettricità, che potranno essere volturate a nome del Sub-Comodatario medesimo, gas GPL per cui verrà consegnato il serbatoio pieno che alla restituzione dovrà essere completamente reintegrato

PIANIFICAZIONE

Le strutture recettive individuate e operative fino al 31 dicembre 2020 per le finalità dell'isolamento di cui al comma 2 dell'art.1 dovranno garantire il supporto per le attività logistiche di ristorazione e di erogazione dei servizi essenziali (pulizia, manutenzione ordinaria, vitto, alloggio, accoglienza, vigilanza, utenze)

Nelle stesse strutture va garantito il supporto per la sorveglianza sanitaria, la sanificazione, la formazione del personale e la lavanderia.

3.4 Il Potenziamento delle Attività di Assistenza Domiciliare Integrata e il Sistema di Monitoraggio e Sorveglianza della Circolazione di SARS – CoV 2

Art. 1 comma 4

Le regioni e le province autonome, per garantire il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure in favore dei soggetti contagiati identificati attraverso le attività di monitoraggio del rischio sanitario, nonché di tutte le persone fragili la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso, incrementano e indirizzano le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare, sia con l'obiettivo di assicurare le accresciute attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza epidemiologica, sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o 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 tutelate ai sensi del Capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 65 del 18.03.2017 - S.O. n. 15. A tal fine, nel rispetto dell'autonomia regionale in materia di organizzazione dei servizi domiciliari, le regioni e le province autonome sono autorizzate ad incrementare la spesa del personale nei limiti indicati al comma 10".

Art. 1 comma 4-bis (previsto dalla Legge e non dal Decreto)

Al fine di realizzare gli obiettivi di cui ai commi 3 e 4, il Ministero della salute, sulla base di un atto di intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, coordina la sperimentazione, per il biennio 2020-2021, di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro. I progetti proposti devono prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti, anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità

STATO DELL'ARTE

La Sorveglianza Sanitaria

Nel corso dell'epidemia da SARS – CoV 2 in Umbria, a partire dal mese di marzo 2020 (il primo caso nella nostra regione risale al 28 febbraio) è stato allestito un sistema di individuazione precoce dei casi, nonché di ricerca e gestione dei contatti (contact tracing) che, assieme ad altre misure come il distanziamento fisico, l'adozione di specifiche misure di contenimento del rischio nelle comunità chiuse, nonché un diffuso sistema di accertamento diagnostico.

Il sistema di monitoraggio e sorveglianza della circolazione del virus SARS – CoV 2, fondato su:

- Identificazione dei pazienti contagiati, sia sintomatici, che asintomatici
- Presa in carico precoce degli stessi con messa in isolamento contumacia dei casi in accordo con le Autorità Sanitarie locali (sindaci), dei paucisintomatici Covid + o dei dimessi Covid+

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

- Isolamento fiduciario dei contatti
- Sorveglianza quotidiana attiva dei pazienti a domicilio con controllo sistematico delle condizioni cliniche
- Controllo della guarigione sia clinica che rispetto alla condizione di contagiosità

ha visto il coinvolgimento dei Medici dei Servizi di Igiene e Sanità pubblica dei due Dipartimenti di Prevenzione delle 2 Aziende Sanitarie, affiancati, nel caso della USL Umbria 1 dai medici del Servizio di Prevenzione nei luoghi di lavoro e dai Medici dello Sport, oltre che da altre figure come assistenti sanitarie e tecnici dell'ambiente; nella USL Umbria 2 accanto ai Medici del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica hanno costantemente operato i medici dei Centri di Salute, sempre coadiuvati dai tecnici dell'ambiente e dalle assistenti sanitarie.

L'esperienza sviluppata nel corso dei mesi di lock-down ha comunque messo in evidenza la necessità di rafforzare le risorse esistenti, in modo da rendere organica e strutturata la risposta ad una eventuale recrudescenza dell'epidemia anche in relazione ai casi importati da fuori regione e dall'estero come peraltro sta già avvenendo, nonché alla comparsa di cluster anche connessi con altri agenti infettivi.

Il piano di emergenza adottato con DRG 207/2020 è stato predisposto anche per la gestione dei pazienti critici affetti da COVID-19 e consente di:

- garantire idonee misure di isolamento sia per i casi asintomatici che per i casi sintomatici
- garantire idonee misure di sorveglianza sanitaria
- soddisfare il potenziale incremento della necessità di sorveglianza in tale ambito assistenziale
- garantire in sicurezza e con flussi separati tutte le attività ordinarie territoriali

Sono state quindi disposte idonee misure per garantire le attività territoriali non procrastinabili.

In particolare sono state date disposizioni anche per l'assistenza ai pazienti fragili delle varie categorie per garantire idonea e sicura assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale verso le quali è stata anche attivata una campagna di sorveglianza specifica proprio per mettere in sicurezza i soggetti più vulnerabili.

Con le DGR di Fase 2 di Fase 3 sono state attivate le misure per il graduale ripristino in sicurezza di attività ridotte e/o sospese con l'impegno a garantire nuovi modelli assistenziali di presa in carico dei pazienti fragili con adeguamento dei PDTA specifici anche per i pazienti cronici.

L'esperienza maturata nel lock-down ha quindi evidenziato la necessità di potenziare e migliorare l'assistenza domiciliare integrata nonché la rete dei servizi territoriali e dei percorsi 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.

L'Assistenza Domiciliare Integrata

In Umbria, la titolarità dell'assistenza primaria e dell'integrazione sociosanitaria attraverso le funzioni di produzione, governo, committenza ed integrazione è attribuita al Distretto ed è organizzata per livelli assistenziali nel rispetto di quanto previsto dal DPCM dei LEA del 2017.

Viene quindi garantita in ogni Distretto

- l'assistenza sanitaria di base attraverso i medici ed i pediatri convenzionati,

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

- la continuità assistenziale per assicurare l'offerta, nelle ore serali e notturne e nei giorni prefestivi e festivi, delle prestazioni assistenziali non differibili;
- l'assistenza specialistica ambulatoriale attraverso l'offerta delle prestazioni elencate nello specifico nomenclatore, previa prescrizione da parte di un medico dipendente o convenzionato con il SSR;
- l'assistenza farmaceutica, protesica e integrativa attraverso le farmacie convenzionate per la fornitura dei medicinali prescritti;
- la fornitura di protesi, ortesi ed ausili tecnologici nell'ambito di un piano riabilitativo/assistenziale.

E' anche compito del Distretto garantire le cure domiciliari come percorsi assistenziali e socio-sanitari a domicilio delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse. Le cure domiciliari sono quindi costituite dall'insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi e psicologici necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Le cure domiciliari palliative sono offerte a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

La attuale organizzazione prevede una articolazione territoriale delle due Aziende Sanitarie in 6 distretti ciascuna, come si evince dalla tabella successiva:

Distretti	POPOLAZIONE RESIDENTE	CENTRI DI SALUTE	PUNTI DI EROGAZIONE.
Distretto del Perugino	193.954	5	10
Distretto dell'Assisano	62.158	1	6
Distretto della MVT	57.401	2	9
Distretto del Trasimeno	57.435	2	6
Distretto dell'Alto Tevere	76.176	2	8
Distretto dell'Alto Chiascio	54.062	2	8
AZIENDA USL Umbria n.1	501.186	14	47
Distretto di Terni	131.221	3	13
Distretto di Foligno	98.405	4	9
Distretto di Narni Amelia	51.579	2	7
Distretto di Spoleto	47.276	2	8
Distretto di Orvieto	40.635	2	5
Distretto di Valnerina	11.713	2	9
AZIENDA USL Umbria n.2	380.829	15	51
REGIONE UMBRIA	882.015	29	98

In ciascun distretto è presente anche 1 Centro di Salute Mentale, 1 Servizio per le tossico dipendenze, 1 servizio consultoriale di solito con più articolazioni territoriali, 1 servizio riabilitativo, anche questo articolato in più sedi e 1 servizio di riabilitazioni dell'età evolutiva.

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

Nel territorio umbro sono presenti strutture a gestione diretta (174 in Usl Umbria 1 e 189 in Usl Umbria 2) e a gestione indiretta (74 in Usl Umbria 1 e 113 In USL Umbria 2) di tipo ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale per garantire l'assistenza specialistica e l'assistenza sociosanitaria. Durante la emergenza legata alla FASE 1 della epidemia da SARS – COV 2 il contributo fornito dalla rete dei servizi distrettuali, in particolare per quanto attiene al personale medico e al personale infermieristico assegnato ai singoli Centri di Salute è stato fondamentale come supporto al Dipartimento di Prevenzione, sia per quanto attiene alle fase di:

- Identificazione dei pazienti contagiati, sintomatici o asintomatici, attraverso il contributo nella ricostruzione della catena di contagio, sia nella esecuzione e conferimento dei tamponi ai Laboratori individuati come laboratori di riferimento regionale;
- presa in carico precoce dei pazienti sintomatici Covid +, anche in collaborazione con i medici USCA;
- sorveglianza attiva dei soggetti posti in isolamento contumacia e/o fiduciario.

L'emergenza connessa alla fase più acuta della pandemia ha però evidenziato quelle che possiamo considerare come carenze strutturali del sistema delle cure primarie nella regione Umbria:

- la difformità negli assetti organizzativi, non solo tra Aziende sanitarie, ma anche all'interno delle stesse tra un distretto e l'altro, con conseguente mancata uniformità nella presa in carico dei pazienti cronici in assistenza domiciliare integrata nell'arco delle 12 ore, a partire dalla mancata presenza di una Centrale operativa territoriale su scala regionale e di un PUA a valenza unitaria su scala distrettuale in almeno il 50% degli attuali distretti;
- la carenza di personale medico e infermieristico in dotazione ai CdS, anche in conseguenza dei numerosi pensionamenti avvenuti negli ultimi tre anni, sia per la mancata;
- la difficoltà a implementare i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per la cronicità già definiti a partire dal Piano regionale della cronicità
- la mancanza di servizi di cure palliative, costituiti esclusivamente da personale dipendente, a valenza distrettuale, integrati tra territorio e ospedale, con presa in carico H12 6 giorni su 7 e reperibilità notturna oltre che nei festivi e prefestivi.

PIANIFICAZIONE

Quanto attuato nella fase emergenziale e nelle fasi successive di ripresa delle attività ha dimostrato la diversa capacità di risposta del territorio in relazione all'organizzazione dei servizi e alle risorse disponibili. Non va tralasciato che molte risorse sono state reclutate da servizi che hanno ridotto e/o sospese le attività.

Questo rappresenta un elemento critico che va superato dando un'organizzazione stabile e omogenea ai servizi e le risorse necessarie per potenziare l'assistenza territoriale e garantire la presa in carico globale delle persone.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale la sinergia Distretto-Dipartimento di Prevenzione va ancora più rafforzata per proteggere la salute e il benessere della popolazione tutelando le fasce più fragili e vulnerabili della popolazione (pazienti cronici, pazienti oncologici e terminali, pazienti affetti da malattie rare ...)

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

Si individuano quindi i seguenti obiettivi:

A. Sorveglianza Sanitaria

Il **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 aprile 2020** ha individuato le attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A ed in particolare fra i tanti indicatori per quanto attiene alle risorse umane è previsto che per garantire una efficiente ricerca e gestione dei contatti deve essere previsto un adeguato numero di risorse umane indicando un numero non inferiore ad 1 persona ogni 10.000 abitanti.

A tal fine vanno potenziate le risorse dei Dipartimenti di Prevenzione delle 2 Aziende in particolare i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e dei Servizi di Epidemiologia.

L'obiettivo prioritario è quello di identificare precocemente tutti soggetti positivi e tempestivamente attivare il Contact Tracing per tracciare e sorvegliare attivamente tutti i contatti come indicato anche nella Circolare del Ministero della Salute "Ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19 (Contact tracing) ed App Immuni" n. 0018584 del 29/05/2020.

Resta rilevante la strategia delle "3 T" (testare, tracciare, trattare).

Evidenze scientifiche e raccomandazioni internazionali puntano proprio su questi tre pilastri: mirata estensione dei tamponi per individuare i soggetti asintomatici (testing), strategie di tracciatura dei casi (tracing) e loro adeguato isolamento (treatment).

Particolare attenzione in tale ambito va posta per:

- il tracciamento dei nuclei familiari in difficoltà per limitare la diffusione del contagio
- la sorveglianza delle strutture sanitarie e socio-sanitarie che ospitano pazienti fragili attraverso un programma specifico di monitoraggio periodico (le strutture sono state già censite ed è stata elaborata una scheda per la sorveglianza periodica in linea con quella proposta a livello ministeriale)
- la sorveglianza nelle Comunità ristrette come gli Istituti penitenziari o altre tipologie che in relazione alle condizioni strutturali e sociali possano presentare rischi più alti di diffusione e contagio
- la sorveglianza di soggetti stranieri extracomunitari, migranti, persone senza fissa dimora

I Dipartimenti di Prevenzione oltre a rafforzare il ruolo dei servizi debbono avere a disposizione un sistema informativo di tracciatura dei casi e dei contatti attraverso tutte le fasi del percorso tenendo conto di quanto previsto dal decreto ministeriale del 30 aprile 2020 al fine di un corretto monitoraggio dell'evoluzione della pandemia.

Va tempestivamente adeguata la dotazione organica e tecnologica dei Dipartimenti di Prevenzione attraverso

1. l'acquisizione di **Medici specialisti in Igiene e Sanità Pubblica per la USL Umbria1 e per la USL Umbria 2**: da assegnare ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione ed a Servizi di Epidemiologia
2. l'acquisizione di **assistenti sanitarie**, che dovranno essere distribuite sul territorio, almeno 1 per ciascuno degli attuali distretti di entrambe le USL, alle quali attribuire le seguenti funzioni:
 - supporto nel contact tracing nel caso di pazienti Covid+ nel caso di una eventuale ripresa della epidemia, ma anche nello svolgimento di inchieste epidemiologiche in occasione dell'insorgenza di un qualunque focolaio epidemico

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

- supporto alla attività di organizzazione e programmazione dell'attività vaccinale e svolgimento delle stesse finalizzate, in questa Fase 3, al recupero delle vaccinazioni procrastinabili e non eseguite durante il lockdown
 - informazione ed educazione alla salute rispetto alle infezioni da SARS CoV2 e le misure preventive nonché quelle da attuare in caso di comparsa dei sintomi
3. la definizione di **un sistema informatico/informativo di biosorveglianza** unico su base regionale

B. Riorganizzazione e potenziamento dei servizi vaccinali

Altro obiettivo importante per un'efficace di azione di prevenzione e di tutela della salute pubblica è quello di migliorare le coperture vaccinali compresa quella antinfluenzale come peraltro indicato anche dalla Circolare del Ministero della Salute "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2020-2021" n. 0019214 del 04/06/2020.

A tal fine le Aziende Sanitarie hanno il compito di recuperare le dosi vaccinali sospese durante il lock-down e di presentare un piano di riorganizzazione e potenziamento dei servizi vaccinali anche procedendo con un accorpamento dei punti vaccinali in relazione agli orari di apertura settimanale al fine di avere una rete di servizi vaccinali che possano garantire sedute vaccinali della durata di almeno 6 ore, articolate anche nelle fasce pomeridiane, in modo da facilitare l'accesso da parte dell'utenza nel rispetto delle misure di sicurezza con dotazione di personale dedicato al servizio vaccinale e quindi qualificato e costantemente formato e aggiornato.

C. Rafforzare la rete dei servizi territoriali in particolare l'ADI

In ambito distrettuale va rafforzata la rete dei servizi territoriali e vanno potenziati/migliorati i percorsi dedicati alle persone fragili. Già il Piano della Cronicità, la Rete delle Malattie Rare e la Rete delle Cure Palliative poneva l'accento sulla mappatura e stratificazione delle persone "fragili" proprio per definire in ambito assistenziale socio-sanitario percorsi e interventi dedicati, cosa che diventa ancora più emergente ed importante in un contesto di aumentato rischio infettivologico soprattutto verso tali categorie di soggetti. Tutto quanto in raccordo con i MMG i PLS i Medici di Continuità Assistenziali e allo stato attuale anche con le USCA.

A tal fine l'obiettivo è proprio quello di rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per tutti i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative e terapia del dolore e in generale per tutte le persone "fragili" le cui condizioni possono aggravarsi nelle condizioni emergenziali come questa causata dalla pandemia da SARS-COV2,

Vengono destinate risorse specifiche per reclutare le figure mediche ed infermieristiche/altre figure professionali per potenziare i servizi territoriali in particolare le Cure Domiciliari delle 2 Aziende Sanitarie con gli obiettivi di:

- incrementare la presa in carico dei pazienti in ADI, soprattutto quelli con classe di intensità più elevata, attraverso la istituzione di turno infermieristico H12 su 6 gg la settimana, con pronta disponibilità notturna e nei festivi e prefestivi in ogni Centro di Salute in ciascun Distretto
- istituire un PUA (Punto Unico di Accesso) su scala distrettuale in ogni Distretto, funzionante per almeno 6 ore giornaliere, con turno anche pomeridiano, per la gestione unificata di tutte le dimissioni protette, delle richieste di ADI, nonché di cure palliative

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

- potenziare le dimissioni protette garantendo percorsi dedicati e in sicurezza di continuità ospedale-territorio al fine di migliorare l'appropriatezza dell'intervento, garantendo la presa in carico nel territorio dei pazienti clinicamente guariti e guariti da infezione da SARS –COV 2
- l'attività infermieristica domiciliare dovrà integrarsi funzionalmente all'attività delle USCA;
- rafforzare l'assistenza domiciliare da parte dei servizi territoriali specifici ai pazienti con disturbi mentali, ai pazienti disabili, agli anziani, ai pazienti non autosufficienti, anche con sorveglianza attiva mediante contatto telefonico con gli stessi o con i loro familiari allo scopo di sorvegliare attentamente lo stato di salute e adeguare gli interventi assistenziali
- rafforzare l'assistenza domiciliare ai pazienti affetti da malattia rara assicurando la continuità terapeutica
- potenziare le cure palliative e la terapia del dolore attraverso l'attivazione di un servizio di cure palliative integrato territorio-ospedale, funzionante H12 6 gg su 7, con pronta disponibilità H24 e nei notturni, festivi e prefestivi
- ridurre i tempi di presa in carico dei soggetti fragili con stesura del PAI in tempi definiti
- rafforzare l'assistenza domiciliare integrata anche dal punto di vista dell'assistenza medica
- implementare e garantire i PDTA per i pazienti cronici
- definire percorsi per soggetti stranieri extracomunitari, migranti, persone senza fissa dimora al fine di assicurarne la presa in carico
- migliorare le performance assistenziali per gli ambiti assistenziali indicati

Dovrà essere garantita adeguata attrezzatura diagnostica per il monitoraggio dei pazienti al domicilio (apparecchiature per la saturimetria, termometro a distanza, misuratore di P.A., ecografi ed ECG portatili) ed ogni altro presidio medico necessario, ivi compresi i farmaci di urgenza.

Le due Aziende territoriali destinano le risorse assegnate per rafforzare la rete dei servizi territoriali e il conseguimento degli obiettivi previsti illustrando l'organizzazione dei servizi nel documento attuativo tenendo anche conto degli obiettivi inseriti al paragrafo successivo.

D. Strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione

La conversione in Legge del Decreto prevede che si attivino sperimentazione gestionali nuove per favorire la deistituzionalizzazione e la domiciliarità prevedendo strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro per realizzare la piena integrazione socio-sanitaria.

Le Aziende dovranno presentare progetti che devono prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione a favore della domiciliarità. I progetti devono contenere gli elementi per la valutazione dei risultati ottenuti.

RISORSE

Le risorse destinate per le spese di personale alla Regione Umbria, nei limiti previsti, per il comma 4 sono pari ad € 4.632.738,37 e queste vengono ripartite fra le 2 aziende sanitarie in relazione alla popolazione assistita.

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

	TOTALE
USL UMBRIA 1	2.632.453,66
USL UMBRIA 2	2.000.284,71
	4.632.738,37

Le Aziende dovranno presentare la riorganizzazione dei servizi territoriali sono tenute a compilare la tabella di riferimento per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata e la rete dei servizi territoriali per i soggetti fragili e per i pazienti in isolamento domiciliare o quarantenati

DATI ANAGRAFICI		PERSONALE DIPENDENTE - RETE SERVIZI TERRITORIALI-ADI - SORVEGLIANZA					
CODICE AZIENDA	AZIENDA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR PERSONALE OTA/OSS	COSTO PERSONALE OTA/OSS
201	ULS UMBRIA 1						
202	USL UMBRIA 2						

DATI ANAGRAFICI		PERSONALE DIPENDENTE - RETE SERVIZI TERRITORIALI-ADI -SORVEGLIANZA				
CODICE AZIENDA	AZIENDA	NR PERSONALE FISIOTERAPISTA	COSTO PERSONALE FISIOTERAPISTA	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE	TOTALE
201	ULS UMBRIA 1					
202	USL UMBRIA 2					

Ricordando che sono disponibili risorse pari a € 6.936.827,52 derivanti per sottrazione dal totale dei costi destinati alle spese per il personale per i commi 4,5,6,7 e 8 e per le apparecchiature/piattaforma della centrale operativa di cui al comma 8, e che come detto in premessa tali risorse sono destinate a coprire i costi per la realizzazione di tutti gli obiettivi del piano dal comma 2 al comma 9.

- costi per investimenti/acquisizione di beni per potenziare a sorveglianza sanitaria
- costi per appalto di servizi se necessari e per investimenti/acquisizione di beni per il potenziamento delle Cure domiciliari

La ripartizione in base alla popolazione assistita è la seguente:

	TOTALE	nota
--	---------------	-------------

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

USL UMBRIA 1	€ 3.941.505,40	Tenere conto che il totale comprende le quote da destinare al comma 9
USL UMBRIA 2	€ 2.995.322,12	
	€ 6.936.827,52	

Le Aziende territoriali pianificheranno l'utilizzo di tali risorse dandone riscontro alla Regione e renderanno periodicamente sull'utilizzo delle stesse.

MONITORAGGIO

Il Monitoraggio richiesto dal Ministero attiene alle seguenti informazioni per ogni Azienda USL

a. ADI – PROGRAMMATO

KIT MONITORAGGIO PER OPERATORI	N. kit per operatori PROGRAMMATI
	% equipe con dotazione kit di monitoraggio
KIT PER PAZIENTI	N. kit per PAZIENTI PROGRAMMATI
	N. KIT DISTRIBUITI AI PAZIENTI
CARTELLA ADI	ADOTTATA DA REGIONE
	N. di strutture erogatrici di prestazioni
	N. di strutture erogatrici di prestazioni ADI che adottano cartella ADI
CARTELLA ADI INFORMATIZZATA	ADOTTATA DA REGIONE
	N. di strutture erogatrici di prestazioni ADI che adottano cartella ADI
	N. di strutture erogatrici di prestazioni ADI che adottano cartella ADI informatizzata

VOLUMI PROGRAMMATI	LIVELLO CIA 1	N PAZIENTI
		DI CUI IN RSA
		DI CUI COVID
	LIVELLO CIA 2	N PAZIENTI
		DI CUI IN RSA
		DI CUI COVID
	LIVELLO CIA 3	N PAZIENTI
		DI CUI IN RSA
		DI CUI COVID

PERSONALE DIPENDENTE	N. personale medico
	N. personale infermieristico
	N. personale OTA/OSS
	N. personale fisioterapista

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

	N. personale ALTRO
UNITA' DI PERSONALE DA FORMARE	N. MEDICI
	N. INFERMIERI
	N. OTA/OSS
	N. FISIOTERAPISTI
	N. ALTRO PERSONALE

b. ADI - ATTIVITA' SVOLTA - STATO AVANZAMENTO PERIODICO

PAZIENTI ASSISTITI AL DOMICILIO	N. PAZIENTI
	di cui COVID-19
	soggetti affetti da malattie croniche
	disabili
	soggetti affetti da disturbi mentali
	soggetti con dipendenze patologiche
	soggetti non autosufficienti
	soggetti con bisogni di cure palliative
	soggetti con bisogni di terapia del dolore
	altri soggetti
	N. ACCESSI PERSONALE MEDICO
	N. ACCESSI PERSONALE INFERMIERISTICO
	N. ACCESSI FISIOTERAPISTA
	N. ACCESSI ALTRO PERSONALE
PAZIENTI ASSISTITI IN RSA	N. PAZIENTI
	di cui COVID-19
	di cui COVID-19
	N. ACCESSI PERSONALE MEDICO
	N. ACCESSI PERSONALE INFERMIERISTICO
	N. ACCESSI FISIOTERAPISTA
UNITA' DI PERSONALE FORMATO	ACCESSI ALTRO PERSONALE
	N. MEDICI
	N. INFERMIERI
	N. OTA/OSS
	N. ALTRO PERSONALE

c. ADI - CONVENZIONI/APPALTI

N. APPALTO - CONVENZIONE DI SERVIZI	
COSTO APPALTO - CONVENZIONE DI SERVIZI	
PAZIENTI PREVISTI	N. pazienti previsti
	soggetti affetti da malattie croniche
	disabili

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

	soggetti affetti da disturbi mentali
	soggetti con dipendenze patologiche
	soggetti non autosufficienti
	soggetti con bisogni di cure palliative
	soggetti con bisogni di terapia del dolore
	altri soggetti

N. ACCESSI PREVISTI
COPERTURA ORARIA

PERSONALE PREVISTO	N. personale MEDICO previsto
	N. personale INFERMIERISTICO previsto
	N. personale OTA/OSS previsto
	N. personale FISIOTERAPISTA previsto
	N. personale ALTRO previsto

La Regione in sede di monitoraggio e controllo come indicato al successivo capitolo 4 verificherà l'utilizzo complessivo delle risorse per rimodularle rispetto alle esigenze ma sempre nell'ambito del tetto complessivo assegnato e delle quote vincolate (personale e COT).

3.5 Il Potenziamento dei Servizi Infermieristici territoriali

Art. 1 comma 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, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10”.

STATO DELL'ARTE

Nel giugno 2017 la Regione Umbria con DGR n° 903 del 28/07/2017 ha riorganizzato la medicina generale e la continuità assistenziale istituendo 36 AFT (Aggregazioni funzionali territoriali) composte da un numero di medici non inferiori a 20, con i seguenti scopi principali:

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

- assicurare a tutta la popolazione in carico ai MMG che compongono l'AFT, i livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
- partecipare all'implementazione di attività di Prevenzione sulla popolazione, ivi comprese le campagne vaccinali, coordinandosi con Distretti e Dipartimenti di Prevenzione;
- aderire ai programmi di sanità di iniziativa;
- realizzare la continuità dell'assistenza estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni la settimana per garantire una effettiva presa in carico della persona, in particolare pazienti fragili, in collegamento con le costituendo Centrali Operative Territoriali.

Ogni AFT deve garantire l'attività ambulatoriale h12 con orario 8-20, con attività ambulatoriale prevista nei prefestivi di almeno 6 ore e un ambulatorio aperto in ciascuna AFT dalle 12 alle 16 dal lunedì e dal venerdì.

Con il conseguente accordo regionale è stata prevista, tra l'altro, l'assegnazione ad ognuna delle 36 AFT (20 + 16) di 2 unità infermieristiche, finalizzate a supportare tutte le attività di iniziativa previste dal Piano Regionale della Cronicità, con particolare attenzione alle azioni connesse con la implementazione dei PDTA per le patologie croniche, quali diabete mellito, scompenso cardiaco, BPCO, Demenze etc...

Di fatto queste unità infermieristiche dopo una prima assegnazione alle AFT, in numero molto inferiore al previsto, sono state solo parzialmente riassorbite nelle risorse distrettuali, con conseguente utilizzo degli ambulatori attivi dalle 12 alle 16 al solo scopo di effettuazione di attività ambulatoriale e/o prescrittiva.

PIANIFICAZIONE

L'obiettivo è quello di potenziare i servizi infermieristici del territorio anche al fine di supportare le attività delle USCA, potenziare l'ADI, valorizzare l'equipe multidisciplinari e multiprofessionali nell'ambito dell'assistenza primaria per garantire la presa in carico dei pazienti "fragili" che possono andare incontro ad ulteriori difficoltà assistenziali legate all'emergenza.

Gli infermieri rappresentano la figura fondamentale per potenziare le cure domiciliari e far fronte all'emergenza in corso e vanno individuati come Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFC)

Nell'ambito delle cure primarie della regione Umbria, per ogni AFT, si dovranno individuare 2 IFC referente per quella popolazione di riferimento che intercetti le fragilità prima che si trasformino in disabilità, gestisca i PDTA per la cronicità, assista a domicilio le persone e le famiglie fornendo consigli sugli stili di vita sani ed educando contro i fattori di rischio anche sociali.

L' IFC dovrà essere una figura che funge da mediatore tra famiglie e MMG sostituendolo per bisogni a prevalenza infermieristici, aiutando persone e famiglie ad autogestire la malattia e la disabilità cronica, promuovendo l'attivazione di risorse del territorio e della comunità. Gli obiettivi principali che l'IFC persegue sono quelli di garantire la continuità assistenziale migliorando e facilitando l'accesso alle cure primarie al fine di promuovere e proteggere la salute dell'individuo e della popolazione di riferimento e di costruire e rafforzare un rapporto di fiducia fra cittadini e istituzioni.

Sono beneficiari i cittadini in carico alle AFT delle due Aziende territoriali umbre affetti da patologie croniche, sia in fase iniziale, attraverso lo sviluppo dei PDTA, sia in condizioni di

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

comorbidità e pluripatologia che possono richiedere interventi assistenziali complessi in regime domiciliare anche in relazione all'evoluzione della pandemia.

I principali esiti attesi sono il miglioramento del percorso di continuità assistenziale e dell'accesso alle cure primarie e la riduzione degli accessi e ricoveri inappropriati al sistema delle cure ospedaliere attraverso il potenziamento delle abilità infermieristiche per il supporto all'autocura dei pazienti e delle loro famiglie.

Si individuano quindi, in attuazione di quanto previsto al comma 5 dell'art. 1 i seguenti obiettivi:

1. Assegnare a ciascuna AFT almeno 2 infermieri, con ruolo di infermiere di comunità, come supporto nelle fasi di:
 - Stratificazione del rischio nei pazienti dei medici della AFT
 - Presa in carico per il controllo periodico dei pazienti affetti da patologie croniche
2. Assegnare ai Distretti un numero di infermieri che insieme a quelli previsti per il punto 1 possa portare la consistenza ad 8 per ogni 50.000 abitanti al fine di potenziare i servizi infermieristici del territorio.

E' quindi ipotizzabile la seguente ripartizione delle risorse infermieristiche:

USL UMBRIA1
40 infermieri da assegnare in ragione di 2 a ciascuna AFT
41 infermieri da distribuire ai singoli Distretti
USL UMBRIA 2
32 infermieri da assegnare in ragione di 2 a ciascuna AFT
29 infermieri da distribuire ai singoli Distretti

RISORSE

Le risorse destinate alla Regione Umbria, nei limiti previsti, per il comma 5 sono pari ad

- € 4.956.426,11 per il 2020
- € 7.152.129,92 per il 2021

Di seguito l'impegno economico su base annua per l'assunzione di un numero massimo di 8 infermieri ogni 50.000 abitanti.

	2020	2021
USL UMBRIA 1	2.816.382,23	4.064.043,57
USL UMBRIA 2	2.140.043,88	3.088.086,35
	4.956.426,11	7.152.129,92

Per come indicato dalla norma per l'anno 2020 gli infermieri vanno reclutati con forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

accreditate con compenso orario di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore.

Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, gli infermieri vanno reclutati attraverso assunzioni a tempo indeterminato.

MONITORAGGIO

Il Monitoraggio richiesto dal Ministero attiene alle seguenti informazioni per ogni Azienda USL

INFERMIERE DI FAMIGLIA / DI COMUNITÀ - PROGRAMMATO E STATO AVANZAMENTO AL _____				
N. programmato	N. attivati	N. ore programmate personale infermieristico	N. ore erogate personale infermieristico	Costo

4 Le USCA: funzioni

Art. 1 comma 6

“Al fine di garantire una più ampia funzionalità delle Unità speciali di continuità assistenziale di cui all'articolo 4-bis del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, è autorizzata per l'anno 2020 l'ulteriore spesa di 61 milioni di euro a valere sul finanziamento sanitario corrente stabilito per l'anno 2020. Per la funzionalità delle Unità speciali di continuità assistenziale di cui al periodo precedente è consentito anche ai medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni di far parte delle stesse. In considerazione del ruolo attribuito alle predette Unità speciali di continuità assistenziali, ogni Unità è tenuta a redigere apposita rendicontazione trimestrale dell'attività all'ente sanitario di competenza che la trasmette alla regione di appartenenza. Il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e finanze, in sede di monitoraggio dei Piani di cui al comma 1, possono richiedere le relative relazioni.

Art. 1 comma 7

Ai fini della valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e dell'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari territoriali, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale a supporto delle Unità speciali di continuità assistenziale di cui all'articolo 4-bis del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, possono conferire, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e 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

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

professionale, in numero non superiore ad un assistente sociale ogni due Unità per un monte ore settimanale massimo di 24 ore. Per le attività svolte è riconosciuto agli assistenti sociali un compenso lordo orario di 30 euro, inclusivo degli oneri riflessi”

Art. 1 comma 7bis (previsto dalla Legge e non dal Decreto)

“Nel rispetto dei limiti della spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, e ai fini di una corretta gestione delle implicazioni psicologiche e dei bisogni delle persone conseguenti alla pandemia di COVID-19, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario nazionale a supporto delle unità speciali di continuità assistenziale di cui all'articolo 4-bis del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, possono conferire, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, fino al 31 dicembre 2021, incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a soggetti appartenenti alla categoria professionale degli psicologi di cui alla legge 18 febbraio 1989, n. 56, regolarmente iscritti al relativo albo professionale, in numero non superiore a uno psicologo per due unità e per un monte ore settimanale massimo di ventiquattro ore”

STATO DELL'ARTE

Con Determina Direttoriale del Direttore Regionale Salute e Welfare n° 2525 del 20/03/2020 sono state istituite le Unità speciali per la gestione dei pazienti affetti da Covid 19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, così come previsto dall'articolo 8 del decreto Legge 9 marzo 2020 n° 14, che preveda *“l'istituzione presso una sede di continuità assistenziale già esistente una USCA ogni 50.000 abitanti”*.

Sono state quindi istituite 7 USCA nella USL Umbria 1 e 5 nella USL Umbria 2, che hanno operato nei mesi di aprile e maggio in stretto raccordo, anche attraverso gli strumenti telematici messi loro a disposizione, con la medicina e la pediatria di base.

Nel Decreto – Legge 19 maggio 2020 n° 34 all'articolo 6 si parla di *“garantire una più ampia funzionalità”* alle USCA ovviamente in ragione di una riduzione della necessità di tale supporto, stante il progressivo contrarsi del numero dei pazienti sintomatici per Covid 19 a domicilio.

Allo stato attuale sono state definite le procedure di attivazione delle USCA nonché le modalità operative delle stesse e di comunicazione delle informazioni fra i vari attori del sistema (Distretti, MMG/PLS, 118, PS, Servizi ISP). Sono state anche definite le modalità e le procedure per la registrazione delle attività.

Le USCA garantiscono gli interventi domiciliari a favore dei pazienti asintomatici, paucisintomatici, sintomatici in trattamento, dimessi dalle strutture ospedaliere e registrano tutti gli accessi domiciliari nel sistema informatico preposto. Tale registrazione è resa disponibile dal sistema sia al MMG/PLS, sia al servizio ISP territorialmente competente deputato al monitoraggio e alla sorveglianza.

PIANIFICAZIONE

E' necessario un rafforzamento del ruolo delle USCA e si individuano quindi, in attuazione di quanto previsto i seguenti obiettivi:

1. Supporto nell'attività di recupero delle vaccinazioni rimandate durante la fase di lockdown, nell'intera regione

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

2. Formazione del personale USCA rispetto a vaccinazioni e valutazioni multidimensionali
3. Progressivo utilizzo del personale USCA nel supporto ai MMG per gestione pazienti cronici, sia nel caso di pazienti post-Covid 19, sia nel caso di pazienti fragili sia assistiti a domicilio che ospiti in strutture residenziali
4. Supporto nella valutazione multidimensionale dei bisogni di alcuni pazienti, particolarmente fragili, in collaborazione con professionisti del profilo di Assistente sociale, come previsto al comma 7.
5. Supporto alle attività di testing e di sorveglianza e formazione specifica
6. Reclutamento di Medici Specialisti ambulatoriali convenzionati interni per il rafforzamento specialistico delle USCA stesse e in relazione ai bisogni assistenziali
7. Reclutamento degli assistenti sociali per le necessarie valutazioni degli aspetti sociali e socio-sanitarie delle persone risultate positive e dei loro familiari. Gli Assistenti Sociali reclutati vanno integrati nelle USCA proprio per garantire la tipologia di assistenza sociale e socio-assistenziale del bisogno del paziente e del suo nucleo familiare in integrazione con la valutazione clinico-sanitaria.
8. Reclutamento Psicologi ai fini di una corretta gestione delle implicazioni psicologiche e dei bisogni delle persone conseguenti alla pandemia di COVID-19. Gli Psicologi reclutati vanno integrati nelle USCA proprio per garantire la tipologia di assistenza psicologica del bisogno del paziente e del suo nucleo familiare in integrazione con la valutazione clinico-sanitaria e socio-assistenziale.

RISORSE

Le risorse destinate alla Regione Umbria, nei limiti di spesa previsti per il comma 7, esclusivamente per l'anno 2020, sono pari ad € 908.916,00 per il potenziamento delle USCA e € 212.418,00 per gli assistenti sociali da reclutare con contratti di collaborazione in numero massimo di 1 ogni 2 USCA e con impegno orario di massimo 24 ore alla settimana per 30 euro/ora omnicomprensivi.

Di seguito l'impegno economico per l'anno 2020:

Potenziamento USCA

La quota di € 908.916,00 viene ripartita fra le 2 Aziende in rapporto percentuale di 7 a 5 in base alla numerosità delle USCA

DATI ANAGRAFICI				POTENZIAMENTO USCA	
CODICE AZIENDA	AZIENDA			NR USCA	COSTO RIPARTITO
201	ULS UMBRIA 1			7	530.201,00
202	USL UMBRIA 2			5	378.715,00
				12	908.916,00

Assistenti Sociali

Si possono conferire incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a professionisti del profilo di assistente sociale, regolarmente iscritti all'albo professionale, in numero non superiore ad un assistente sociale ogni due Unità per un monte ore

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

settimanale massimo di 24 ore. Per le attività svolte è riconosciuto agli assistenti sociali un compenso lordo orario di 30 euro, inclusivo degli oneri riflessi.

DATI ANAGRAFICI				ASSISTENTI SOCIALI USCA	
CODICE AZIENDA	AZIENDA			NR ASSISTENTI SOCIALI	COSTO ASSISTENTI SOCIALI PERSONALE
201	ULS UMBRIA 1			3,5	120.701,98
202	USL UMBRIA 2			2,5	91.716,05
				6	212.418,00

Psicologi

Si possono conferire, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a soggetti appartenenti alla categoria professionale degli psicologi di cui alla legge 18 febbraio 1989, n. 56, regolarmente iscritti al relativo albo professionale, in numero non superiore a uno psicologo per due unità e per un monte ore settimanale massimo di ventiquattro ore.

MONITORAGGIO

Il Monitoraggio richiesto dal Ministero attiene alle seguenti informazioni per ogni Azienda USL

USCA PROGRAMMATE	N. USCA
	FABBISOGNO N. MEDICI
USCA ATTIVE	N. USCA ATTIVE CON BACINO DI ALMENO 50.000 ABITANTI
	N. USCA ATTIVE CON BACINO INFERIORE A 50.000 ABITANTI
	N. MEDICI INCARICATI
PAZIENTI IN CARICO	N. PAZIENTI IN CARICO
	DI CUI N. PAZIENTI COVID
	DI CUI N. PAZIENTI IN RSA
ATTIVITA' SVOLTA	N. ACCESSI
	N. TELEMONITORAGGI

N. USCA CHE HA PRESENTATO LA RELAZIONE TRIMESTRALE

PERSONALE IN CONVENZIONE	N. ore PERSONALE MEDICO
	COSTO PERSONALE MEDICO
	N. ore MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI INTERNI
	COSTO MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI INTERNI
	N. ore PERSONALE INFERMIERISTICO
	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

ASSISTENTI SOCIALI				
N. programmato	N. attivati	N. ore programmate	N. ore svolte	Costo

PSICOLOGI				
N. programmato	N. attivati	N. ore programmate	N. ore svolte	Costo

5 L' IMPLEMENTAZIONE E LO SVILUPPO DELLA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

Art. 1 comma 8

“Per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali, le regioni e le province autonome provvedono all'attivazione di centrali operative regionali, che svolgano le funzioni in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina”.

STATO DELL'ARTE

Con la DGR n. 178 del 27/02/2017 *Approvazione del programma annuale di miglioramento e riqualificazione del servizio sanitario regionale “Informatizzazione dell'Assistenza domiciliare integrata” – sperimentazione anno 2017*, al fine di garantire la continuità dell'assistenza e di valorizzare l'assistenza territoriale, la Regione Umbria ha individuato, tra gli obiettivi prioritari, l'avvio di una sperimentazione, presso l'Azienda Usl1 dell'Umbria, della “Centrale Operativa Territoriale Aziendale”, quale strumento strategico per guidare la presa in carico del cittadino in funzione delle specifiche esigenze o bisogni, coordinando e raccordando le strutture della rete assistenziale territoriale. La **Centrale Operativa Territoriale** rappresentava in questo contesto lo strumento di raccolta e di classificazione del bisogno espresso, quindi di prima analisi della domanda /individuazione del problema, di attivazione conseguente delle risorse e delle strutture più appropriate della rete assistenziale, con l'obiettivo di garantire le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale ad un altro. Si è quindi reso necessario, in linea

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

con le disposizioni nazionali e regionali soprariportate, attuare modalità organizzative, volte a garantire la continuità terapeutica ed assistenziale nei confronti della persona presa in carico dal territorio, nel momento stesso in cui veniva dimessa dall'ospedale, attraverso l'adozione di procedure aziendali che dovevano essere condivise tra i Presidi Ospedalieri Aziendali, l'A.O. di Perugia, i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta, Strutture Territoriali e Servizi di Assistenza Sociale e che fossero in grado di garantire a livello dei servizi territoriali la continuità del percorso assistenziale/terapeutico/riabilitativo più appropriato, anche grazie allo standard aziendale di assistenza infermieristica H12 per Cure Domiciliari e Cure Palliative/Terapia del Dolore in tutti i 6 ambiti distrettuali.

A tale scopo con la Delibera del Direttore Generale n° 477 del 31.03.2017 è stata istituita in via sperimentale nel territorio del Distretto del Perugino la Centrale Operativa Territoriale, come progetto sperimentale a valenza regionale.

Nel corso di questi 2 anni e mezzo, se da un lato si è dimostrata la valenza di tale organizzazione nel garantire la continuità delle cure per i pazienti più fragili, sia nel caso di necessità di cure intermedie, sia nel caso di presa in carico al momento del rientro a domicilio, si è anche evidenziata la necessità di potenziarne l'assetto, sebbene funzionale, sia sotto il profilo della dotazione di personale, prevalentemente infermieristico, che sotto il profilo della dotazione strumentale necessaria.

PIANIFICAZIONE

Si individuano quindi, in attuazione di quanto previsto al comma 8 dell'art. 1 i seguenti obiettivi:

1. Istituire, una COT a valenza regionale per la presa in carico di tutte le dimissioni protette sia dalle Aziende Ospedaliere, che dagli ospedali DEA, che dagli ospedali di prossimità, verso le residenze sanitarie assistite o il domicilio, ma anche delle richieste di prestazioni ADI, comprese le attivazioni per cure palliative
2. Acquisire l'infrastruttura e la piattaforma applicativa e le apparecchiature di telemonitoraggio
3. Collegare funzionalmente la COT con ciascun PUA distrettuale attraverso ulteriore implementazione dell'esistente sistema informativo territoriale, garantendo anche eventuale raccordo con il sistema dell'urgenza-emergenza
4. Potenziamento degli strumenti informativi di telemedicina anche per la interoperabilità dei sistemi al fine di individuare tempestivamente il percorso più appropriato per il paziente fra ospedale e territorio
5. Rafforzare la dotazione del personale infermieristico e medico da assegnare funzionalmente alla COT al fine di garantire al massimo l'integrazione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie,

RISORSE

Le risorse destinate alla Regione Umbria, nei limiti di spesa previsti per il personale, per il comma 8 sono pari ad € 1.125.000 sia per il 2020 che per il 2021.

Le risorse destinate alla Regione Umbria, nei limiti di spesa previsti, per il comma 8 sono pari ad € 1.750.552 per le apparecchiature/ piattaforme centrali operative

Tali risorse sono destinate agli acquisti di apparati e all'interoperabilità dei sistemi in particolare:

- acquisire l'infrastruttura e la piattaforma applicativa

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

- raccordo con C.O. 118
- raccordo con i sistemi operativi (Atl@nte, posti letto ospedalieri, PS CUP,.....)
- acquisire strumenti piattaforma centralino
- acquisire strumenti di Telemedicina per gli operatori
- acquisire strumenti di Telemedicina per i pazienti
- costi di manutenzione

MONITORAGGIO

Il Monitoraggio richiesto dal Ministero attiene alle seguenti informazioni

a. CENTRALI OPERATIVE - ATTIVITA' SVOLTA - STATO AVANZAMENTO PERIODICO

COPERTURA ORARIA	ORARIO ADOTTATO
	% COPERTURA
NUMERO COT	PROGRAMMATE
	ATTIVATE
% INTEGRAZIONE CON	SERVIZI TERRITORIALI
	SISTEMA EMERGENZA-URGENZA
PRESTAZIONI PREVISTE	altro (specificare)
KIT PER PAZIENTI	N. KIT DISTRIBUITI AI PAZIENTI
	COSTO TOTALE KIT PER PAZIENTI
PAZIENTI TARGET	dimessi da ricovero COVID-19
	isolamento domiciliare COVID-19
	ALTRO
UNITA' DI PERSONALE FORMATE	N. MEDICI
	N. INFERMIERI
	N. OTA/OSS
	N. ALTRO PERSONALE
COSTI SOSTENUTI	COSTO INFRASTRUTTURA TECNOLOGICA E SUPPORTO APPLICATIVO
	COSTO ADEGUAMENTO/MANUTENZIONE PIATTAFORMA
	COSTO SIM/CONTRATTI CONNETTIVITÀ
	ALTRO - COSTO

b. CENTRALI OPERATIVE – COSTO DEL PERSONALE

N. PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	N. PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	N. PERSONALE OTA/OSS	COSTO PERSONALE OTA/OSS	N. PERSONALE AMMINISTRATIVO	COSTO PERSONALE AMMINISTRATIVO	N. PERSONALE ALTRO	COSTO PERSONALE ALTRO

6 INDENNITA' INFERMIERISTICA MEDICINA GENERALE

Art. 1 comma 9

“Per la presa in carico precoce dei pazienti affetti da COVID-19 e per garantire il massimo livello di assistenza ai pazienti fragili, la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso, il fondo di cui all'articolo 46 dell'Accordo collettivo nazionale 23 marzo 2005 e successive modificazioni e integrazioni per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale è complessivamente incrementato nell'anno 2020 dell'importo di 10 milioni di euro per la retribuzione dell'indennità di personale infermieristico di cui all'articolo 59, comma 1, lettera b), del medesimo Accordo collettivo nazionale. A tal fine è autorizzata l'ulteriore spesa di 10 milioni di euro a valere sul finanziamento sanitario corrente stabilito per l'anno 2020”

PIANIFICAZIONE

In virtù di quanto disposto si identificheranno le risorse da destinare alle 2 Aziende territoriali per l'incremento del fondo specifico.

Le risorse sono sempre destinate a raggiungere obiettivi di presa in carico assistenziale dei pazienti fragili.

MONITORAGGIO

Il Monitoraggio richiesto dal Ministero attiene alle seguenti informazioni per ogni Azienda USL

N. MMG PER FORMA ASSOCIATIVA di cui all'articolo 1 del DL 158/2012 - SITUAZIONE AL _____								
UCCP			AFT			ALTRO (SPECIFICARE)		
N. MMG	DI CUI CON PERSONALE INFERMIERISTICO	N. ASSISTITI	N. MMG	DI CUI CON PERSONALE INFERMIERISTICO	N. ASSISTITI	N. MMG	DI CUI CON PERSONALE INFERMIERISTICO	N. ASSISTITI

PERSONALE INFERMIERISTICO A SUPPORTO DEI MMG - SITUAZIONE AL _____	
NUMERO	IMPORTO INDENNITA'

4. MONITORAGGIO E CONTROLLO

PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

Le Aziende alla luce dell'aggiornamento del presente piano sono tenute ad adeguare i piani attuativi e a trasmetterli in Regione.

Le aziende sono altresì tenute a strutturare un tavolo di monitoraggio periodico degli interventi realizzati e dell'andamento delle attività della rete dei servizi distrettuali al fine di controllare l'evoluzione del sistema e il raggiungimento degli obiettivi prefissati e quindi intervenire controregolando con azioni correttive quando non in linea o intervenire con azioni migliorative qualora se ne evidenziano le possibilità.

Anche a livello centrale regionale verrà attivato il monitoraggio e controllo di raccordo con i tavoli aziendali.

A tale livello verrà anche attuato il controllo periodico del consumo delle risorse anche per rimodularle rispetto alle esigenze ma sempre nell'ambito del tetto complessivo assegnato e delle quote vincolate (personale e COT).