



*Direzione Generale per la Tutela della Salute  
ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale*

---

## **Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale**

**(art. 1 Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34 - convertito con legge 17 luglio 2020, n. 77)**

## Indice

---

- Introduzione e obiettivi generali..... pag. 2
- Potenziamento delle attività di contact tracing e sorveglianza attiva dei Dipartimenti di Prevenzione (*art. 1, comma 1*)..... pag. 3
- Unità Speciali di Continuità Assistenziali (USCA) (*art. 1, comma 6*)..... pag. 8
- Potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (*art. 1, commi 3 e 4*)..... pag. 11
- Centrali Operative Territoriali e Centrale Operativa Regionale (*art. 1, comma 8*). pag. 14
- Potenziamento del sistema di assistenza primaria (*art. 1, comma 5*)..... pag. 15
- Assistenza Farmaceutica – Dispositivi Medici..... pag. 24

## Introduzione e obiettivi generali

---

L'epidemia da CoViD-19 ha determinato la necessità di individuare nuovi modelli organizzativi idonei a rispondere alle necessità assistenziali dei pazienti e a garantire contestualmente la sicurezza degli operatori. Si tratta di interventi mirati sia al setting assistenziale ospedaliero che a quello territoriale.

Per quanto attiene l'assistenza territoriale, il Decreto Legge n.34 del 19 maggio 2020, convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020, all'art.1 "*disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale*" fornisce in particolare indicazioni alle Regioni in merito agli interventi da adottare al fine di potenziare l'assistenza territoriale. Si tratta per le Regioni di approvare interventi necessari a garantire la dovuta assistenza ai pazienti con CoViD-19 ma anche di cogliere l'occasione per un intervento di più ampio respiro e di più lunga durata per tutte le persone con fragilità e cronicità.

L'organizzazione dell'assistenza territoriale in situazione di emergenza epidemica richiede particolare attenzione, oltre che all'individuazione delle persone contagiate e al tracciamento rapido dei contatti, quale strumento fondamentale per la prevenzione ed il controllo della diffusione della malattia, alla presa in carico sul territorio e a domicilio del paziente contagiato.

Una efficace ed efficiente gestione del paziente sul territorio e a domicilio mira a ridurre l'ospedalizzazione, ove possibile, dei pazienti CoViD-19 mediante la possibilità di fornire prestazioni di tipo diagnostico, terapeutico, di supporto generale e di monitoraggio delle funzioni vitali, tendenti a prevenire precocemente le complicanze della patologia.

Il Piano di organizzazione dell'assistenza territoriale qui delineato tiene conto degli indirizzi ministeriali di volta in volta pervenuti ed è aderente alle ordinanze regionali adottate al fine di contenere la diffusione dell'epidemia e fronteggiare tutte le possibili situazioni determinate dalla gestione dei pazienti a diversi livelli di gravità.

## **Potenziamento delle attività di contact tracing e sorveglianza attiva dei Dipartimenti di Prevenzione (art.1, comma 1)**

---

Ai fini del contenimento dell'epidemia, la Regione si è dotata, a partire dal mese di aprile 2020 e con successivi aggiornamenti, di un Piano di potenziamento delle attività diagnostiche dei casi CoViD 19 e di screening degli operatori sanitari e di popolazione "a rischio" Il piano fornisce indicazioni a tutti i soggetti che a vario titolo sono coinvolti nell'emergenza CoViD-19 e risponde alla necessità di attuare un modello di sorveglianza epidemiologica uniforme e capillare che tenga conto sia del quadro epidemiologico che di quanto indicato nelle circolari ministeriali in ordine all'attuazione delle misure di prevenzione, screening e contrasto all'epidemia:

1. contenere e stabilizzare la diffusione dell'epidemia;
2. garantire un capillare controllo del territorio;
3. garantire l'uniformità delle attività su tutto il territorio campano attraverso un coordinamento unico;
4. attuare un monitoraggio mirato per le strutture sanitarie e i soggetti ad alto rischio (domicili dei contagiati, RSA, Case di riposo per anziani, personale sanitario e parasanitario, cliniche mediche private ecc.);
5. attuare il monitoraggio di specifiche categorie di lavoratori (attività commerciali di beni di prima necessità, terzo settore, operatori ecologici, amministrazioni comunali);
6. favorire condizioni di sicurezza sanitaria per la graduale ripresa delle attività economiche;
7. favorire la pratica delle attività assistenziali "in sicurezza" durante la fase emergenziale.

### *Il ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione*

Al fine di contrastare la circolazione di SARS-CoV-2 nella popolazione generale, nell'ambito del citato piano, le attività condotte dal personale dei Dipartimenti di Prevenzione in Campania (Servizi di Epidemiologia e Prevenzione, Servizi di igiene e Sanità Pubblica, Unità Operative di Prevenzione Collettiva "UOPC"), sono finalizzate all'individuazione tempestiva e l'isolamento di soggetti infetti e dei loro contatti in modo da interrompere le catene di contagio sul territorio. I 7 Dipartimenti di prevenzione della Regione sono coordinati dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER).

Per tutti i casi è stata predisposta una sorveglianza attiva che permetta di monitorare lo stato di salute dei casi già identificati, di identificare, rintracciare (contact tracing) e sorvegliare i contatti ad alto rischio e verificare le condizioni di isolamento domiciliare in stretta collaborazione con le equipe clinico-diagnostiche previste dal Protocollo operativo regionale per la cura e la gestione a domicilio dei pazienti sospetti/affetti da CoViD-19.

L'Obiettivo Generale della attività degli operatori di Sanità pubblica è quello di Interrompere la catena di trasmissione di SARS-CoV-2.

Gli obiettivi specifici sono sintetizzabili, invece, come segue:

- individuare tutti i possibili casi sospetti, probabili e confermati;
- disporre, per tutti i contatti, le misure di quarantena e isolamento domiciliare fiduciario;
- rimodulare l'attività dei Dipartimenti di Prevenzione a sostegno dell'emergenza CoViD-19;
- introdurre screening per i soggetti ad alto rischio di infezione e trasmissione (tutti i dipendenti del Sistema Sanitario Regionale (SSR), operatori e residenti delle Strutture per non autosufficienti al fine di potenziare la sicurezza degli stessi e degli assistiti;

#### Strategia:

Dalla ricerca puntuale e sistematica di tutti i casi confermati, i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) dei Dipartimenti di Prevenzione avviano le conseguenti inchieste epidemiologiche ed intervengono con le disposizioni di isolamento domiciliare fiduciario e quarantena.

Al fine di individuare un maggior numero di soggetti positivi è stata incrementata, in Regione, la possibilità di effettuare saggi diagnostici con tampone naso-faringeo e mettere a punto flussi informativi e risorse umane adeguate alle specifiche attività di seguito riportate.

Per ogni distretto sanitario, infatti, in relazione alle attività del Protocollo operativo regionale per la cura e la gestione a domicilio dei pazienti sospetti/affetti da CoViD-19, sono, di fatto, costituite aggregazioni funzionali di operatori con compiti diversi ma dedicati a contrastare la circolazione di CoViD-19.

Ogni ASL ha previsto personale dedicato alla gestione degli appuntamenti per l'effettuazione tempestiva di tamponi, personale paramedico per l'effettuazione di tamponi, personale con competenze medico-epidemiologiche per l'esecuzione delle inchieste epidemiologiche, personale di supporto per la registrazione dei dati, personale per il contact tracing, personale per le comunicazioni con i pazienti e con i loro medici. I Servizi di Epidemiologia di ogni ASL, inoltre, forniscono supporto per l'analisi tempestiva dei dati locali e la produzione di reportistica

sull'andamento della pandemia. Ogni ASL, infine, si avvale di supporti tecnologici per far fronte alla necessità di gestire tempestivamente tutte le informazioni raccolte (v. di seguito Piattaforma Sinfonia CoVID)

Per garantire la disponibilità di operatori di Sanità pubblica presso i Dipartimenti di Prevenzione, tali da poter assicurare adeguatamente le attività di ricerca e gestione dei contatti, come previsto dal DM 30.04.2020 (Adozione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 26.04.2020) le AASSLL regionali sono state autorizzate a reclutare almeno 1 operatore ogni 10.000 abitanti, per un totale complessivo di 579 unità.

#### *La rete dei laboratori*

La rete dei laboratori pubblici per la processazione dei test molecolari per SARS CoV-2 è costituita da 16 laboratori pubblici di ASL e AO della Regione Campania. In considerazione dell'andamento dell'epidemia si è anche ravvisata la necessità di ampliare la rete dei soggetti abilitati all'effettuazione dei test tramite tampone consentendo alle case di cura accreditate che hanno nella loro organizzazione un laboratorio autorizzato per il settore specializzato di microbiologia e virologia di effettuare test molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2, ai propri pazienti.

In seguito è stato stilato un protocollo operativo condiviso con le principali Associazioni di categoria al fine di consentire ai laboratori di analisi - con settori specializzati di Genetica (A6) e/o laboratori di Virologia (A4) e Microbiologia e Sieroimmunologia (A2) in possesso di strumentazione idonea a processare secondo metodica PCR, già autorizzati ai sensi della DGRC n. 7301/2001 - di processare tamponi naso faringei su richiesta di società private operanti in vari ambiti della realtà campana (associazioni sportive, ordinistiche, economico-finanziarie, commerciali ecc.) con oneri a cari delle società richiedenti.

Recentemente, alla luce dell'ulteriore evoluzione della curva epidemica di CoViD-19 in Campania e in ragione della crescente esigenza di potenziare le attività di contact tracing, la sorveglianza sanitaria di sospetti e di positivi asintomatici, si è ravvisata la necessità di un ulteriore potenziamento di tale attività prevedendo la possibilità per i laboratori di analisi su indicati di processare tamponi naso faringei in favore anche di privati cittadini senza costi a carico del SSR.

#### *La rete dei delle Farmacie*

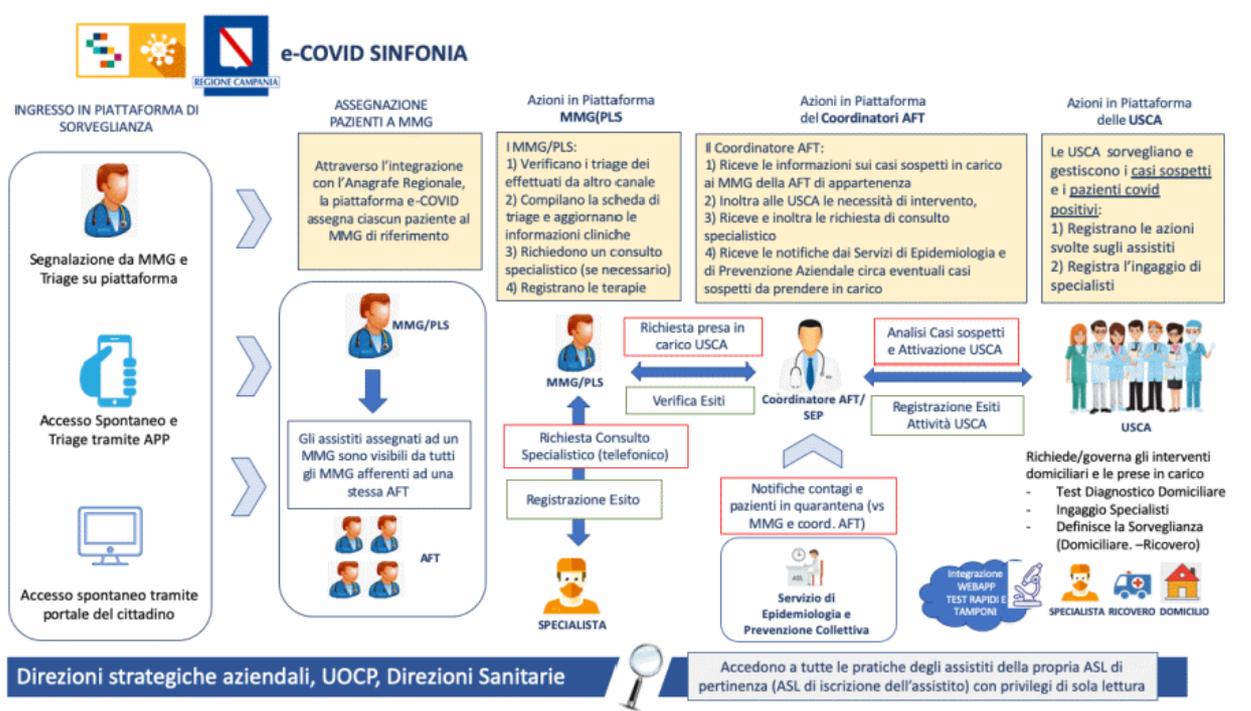
La rete delle farmacie Ospedaliere e dei presidi di distretto integrata con quelle di comunità per favorire l'assistenza farmaceutica, l'erogazione di D.M., alimenti speciali per nutrizione, programmi di aderenza terapeutica e rilevazione di avventi avversi a farmaci e D.M.

*Il sistema informativo e informatico a supporto del percorso di identificazione dei casi (e-COVID SINFONIA)*

Ai fini della precoce presa in carico dei pazienti e della relativa gestione, per garantire che il processo di monitoraggio su tutto il territorio regionale sia realizzato in maniera efficace e uniforme, la Regione Campania ha realizzato una Piattaforma per la sorveglianza attiva dei pazienti COVID positivi o in quarantena denominata "e-COVID SINFONIA".

Lo schema di funzionamento della piattaforma è riportato in **Figura 1**.

**Figura 1.** Schema di funzionamento della piattaforma e-COVID SINFONIA



La piattaforma implementa il Protocollo operativo regionale per la cura e la gestione a domicilio dei pazienti sospetti/affetti da CoViD-19 ed è alimentata con l'immissione puntuale dei dati richiesti da parte dei soggetti responsabili.

Tra i sistemi attivati, è stata realizzata una soluzione software per la tracciatura dei tamponi e dei test rapidi per l'alimentazione di un unico sistema regionale che ha l'obiettivo di raccogliere tutti i dati indispensabili e obbligatori all'atto dell'esecuzione dei tamponi, consentire una raccolta degli esiti e dei referti (sia positivi che negativi) affidabile e completa, rendere disponibili i dati per le analisi a supporto delle scelte strategiche regionali oltre che per le indagini epidemiologiche.

Il sistema viene utilizzato da tutta la filiera connessa alla gestione dei test/tamponi (operatori sanitari, laboratori, Dipartimenti di prevenzione, MMG/PLS).

È attualmente in corso di sviluppo un'estensione della piattaforma e-CoViD Sinfonia che ha l'obiettivo di gestire centralmente la lista dei soggetti esposti (a rischio) oggetto dell'indagine di verifica e identificazione da parte dei Dipartimenti di Prevenzione (contact tracing). L'obiettivo è di attivare un sistema del tipo CRM in grado di definire e gestire le reti dei contatti interpersonali (residenza, famiglia, scuola, lavoro) e supportare così il lavoro dei dipartimenti di prevenzione.

Tra le funzionalità previste c'è l'analisi a grafi delle relazioni tra positivo e liste di contatti esposti, con specializzazione del tipo di relazione per tipologie (familiare/convivente; collega/frequentatore posto di lavoro; frequentatore di stessi mezzi di trasporto; presente ad un medesimo evento) unitamente all'analisi georeferenziata e dinamica delle informazioni.

## **Unità Speciali di Continuità Assistenziali (USCA) (art.1, comma 6)**

Le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) rappresentano Unità Organizzative - istituite con Decreto-Legge (DL) 9 marzo 2020, n. 14 (art. 8) e confermate dall'articolo 4-bis del DL 17 marzo 2020 n. 18 (convertito in Legge 24 aprile 2020, n. 27) - che si occupano, prioritariamente, della gestione domiciliare dei pazienti affetti da CoViD-19 e/o dei casi sospetti.

La Regione Campania ha istituito le USCA con nota dell'Unità di Crisi UC/2020/0001128 del 27 marzo 2020, demandando alle Direzioni Generali delle AA.SS.LL. la costituzione delle stesse e la successiva comunicazione delle azioni intraprese (specificando numero, sedi attivate, ubicazione e relativo numero di medici arruolati) al Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR, quale parte integrante dell'Unità di Crisi CoViD-19.

L'attività delle USCA, come specificato nella suddetta nota dell'Unità di Crisi, è coordinata dai Servizi di Epidemiologia e Prevenzione (SEP) delle singole aziendali; le USCA operano, dunque, a supporto dei Dipartimenti di Prevenzione nelle attività di sorveglianza attiva e gestione domiciliare dei pazienti affetti da CoViD-19 e che non necessitano di ricovero ospedaliero.

Le attività delle USCA, pertanto, si sono articolate su due linee di azione:

1. sorveglianza di paziente affetto da CoViD-19:
  - a. sorveglianza sanitaria attiva - e relativa gestione domiciliare laddove necessario - di pazienti SARS-CoV-2 positivi asintomatici o paucisintomatici, che non necessitano di ricovero ospedaliero;
  - b. gestione della procedura per la definizione di paziente CoViD-19 guarito;
2. sorveglianza di caso sospetto CoViD-19:
  - a. l'attivazione della sorveglianza di caso sospetto fa seguito alla compilazione della scheda Triage (si veda dopo) ad opera del Medico di Medicina Generale (MMG) o del SEP;
  - b. oltre alla sorveglianza, le Direzioni Generali possono favorire la diagnostica domiciliare del caso sospetto.

Queste attività domiciliari delle USCA si attivano a seguito della compilazione della scheda Triage sulla piattaforma regionale di Sorveglianza, che rappresenta il primo passo per la presa in carico del paziente o del caso sospetto. La scheda, per l'attivazione dell'intervento dell'USCA, può essere compilata dal MMG o direttamente dal SEP.

Se la scheda è compilata dal MMG, essa viene inviata al Coordinatore di AFT e al Servizio di Epidemiologia e Prevenzione (SEP):

- il SEP predispose l'attività di isolamento domiciliare, il contact tracing e la sorveglianza dei contatti stretti, secondo quanto stabilito dai protocolli in uso;

- il Coordinatore dell'AFT, dopo averla valutata, invia la richiesta di presa in carico all'USCA territorialmente competente (l'invio della scheda Triage al coordinatore dell'AFT ha lo scopo di fornire alle USCA, in caso di numerose richieste di intervento, un elenco concordato dai medici dell'AFT).

Le USCA, inoltre, possono raccordarsi con gli specialisti convenzionati interni per richiesta di consulenza domiciliare laddove necessario.

Sulla base di queste indicazioni di carattere generale, le singole AA.SS.LL. hanno poi delineato le modalità operative delle USCA insistenti sul territorio aziendale, coinvolgendo, talvolta, anche altre figure professionali oltre ai medici.

La **Tabella 1** riporta il numero delle USCA come da programmazione secondo lo standard di una ogni 50.000 abitanti e quelle attive per ASL a luglio 2020.

**Tabella 1.** Numero di USCA programmate e attivate in Regione Campania

ASL	USCA programmate (numero da standard)	USCA attive (al 15 luglio 2020)	n. medici (nelle USCA attive)
AV	8	7	16
BN	5	1	8
CE	18	3	32
NA 1	20	13	67
NA 2	21	10	66
NA 3	21	13	69
SA	22	14	72

#### **Elementi di potenziamento delle attività delle USCA**

In considerazione del perdurare dell'emergenza epidemiologica da CoViD-19, del significativo incremento dell'incidenza di malattia sul territorio regionale e della conseguente necessità di potenziare la gestione domiciliare dei pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero, la Regione Campania si propone di potenziare l'attività delle USCA.

A tal fine, l'obiettivo generale è quello di incrementare il numero di USCA attivate, per tendere allo standard di una ogni 50.000 abitanti, di aumentare il numero di operatori coinvolti e di realizzare un modello che riduca l'eterogeneità delle attuali iniziative aziendali.

A tal fine, le AA.SS.LL. dovranno fornire alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il coordinamento del SSR, una rendicontazione dettagliata delle attività svolte finora - circa il numero

di soggetti presi in carico, l'attività di sorveglianza svolta, i tamponi effettuati, ecc. – e della disponibilità di automezzi dedicati. Sulla base delle attività finora svolte, le Aziende dovranno presentare alla Regione un piano di potenziamento, al fine di consentire alla Direzione Generale Salute di effettuare una valutazione relativa alle esigenze per singola ASL.

Sarà, inoltre, costruito un sistema di monitoraggio che preveda una rendicontazione almeno mensile dell'attività svolta. A tal fine, saranno predisposte schede di monitoraggio specifiche.

## **Potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (art. 1, commi 3 e 4)**

Le cure domiciliari integrate rappresentano la risposta complessa e integrata a bisogni complessi, finalizzata a contrastare le forme patologiche, il declino funzionale e a migliorare la qualità quotidiana della vita, consentendo al paziente di essere curato adeguatamente nel contesto naturale di vita, attraverso l'intervento di più figure professionali, sanitarie e sociali, che realizzino un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo, che si caratterizza per l'integrazione di natura multi-professionale e/o multidisciplinare.

L'attuale sistema di offerta dell'assistenza domiciliare in Regione Campania è caratterizzato da elevata eterogeneità tra le diverse AA.SS.LL. Le differenze si riscontrano sia nella modalità di organizzazione dei servizi Distrettuali a cui afferisce la rete di assistenza domiciliare, sia nell'esternalizzazione o meno di alcuni servizi, sia nella relazione esistente, nell'ambito del Distretto, tra la rete dell'assistenza primaria, quella dell'assistenza domiciliare e la rete delle cure palliative e terapia del dolore.

Obiettivo della Regione Campania è quello di operare una riorganizzazione del sistema delle cure domiciliari che, prendendo in considerazione i diversi modelli organizzativi esistenti, definisca una linea unica di azione, con il coordinamento di Unità Operative Aziendali, che a loro volta si interfacciano con Unità Operative Distrettuali.

Le Unità Operative di coordinamento aziendale hanno i seguenti compiti:

- definire gli obiettivi, i programmi e gli interventi, lo sviluppo e l'implementazione di modelli gestionali delle cure domiciliari;
- definire il modello gestionale delle cure domiciliari e gestire eventuali rapporti con gli erogatori nell'ambito delle attività dipartimentali;
- garantire uniformità nei percorsi assistenziali su tutto il territorio aziendale;
- garantire e favorire i percorsi di dimissioni pianificate e programmate;
- favorire l'adozione di modelli assistenziali generati dalla medicina d'iniziativa;
- monitorare e coordinare le attività delle UU.OO. Distrettuali con strumenti ad hoc e con la gestione dei dati e dei flussi informativi richiesti dalle norme vigenti;
- monitorare l'appropriatezza organizzativa attraverso la definizione di indicatori ad hoc;
- monitorare la spesa e governare le risorse economiche dedicate,
- favorire e definire rapporti e relazioni con l'area dell'assistenza sociosanitaria alla disabilità per la definizione di percorsi unici di presa in carico domiciliare per i soggetti disabili non autosufficienti;
- definire protocolli e percorsi per l'erogazione delle cure senza soluzione di continuità e curare l'integrazione operativa con altri dipartimenti;
- delineare e monitorare il sistema di accesso e di valutazione multidimensionale anche

definendo criteri e priorità di eleggibilità;

- aggiornare costantemente gli strumenti di valutazione;
- monitorare l'erogazione delle cure domiciliari a livello distrettuale, attraverso le UU.OO. distrettuali.

In stretto raccordo con le UU.OO. aziendali, le UU.OO. distrettuali perseguono i seguenti obiettivi:

- governo clinico della continuità di cura ospedale-territorio (Rete Long-Term-Care);
- appropriatezza dei percorsi di cura attivati nella fase successiva ad un ricovero ospedaliero;
- gestione dell'integrazione operativa e gestionale tra erogatori dei servizi sanitari e sociosanitari per la presa in carico integrata dei malati fragili in condizioni di cronicità complesse, adottando protocolli e procedure condivisi con le Unità di offerta territoriali;
- formazione continua delle équipe professionali multidisciplinari nonché programmi di ricerca scientifica e di sperimentazione gestionale.

Compito della Unità Operativa Distrettuale è, inoltre, gestire – se il servizio è erogato in forma diretta - le équipe di cure domiciliari o in alternativa individuare – se il servizio è gestito mediante soggetto terzo - modalità di verifica della corretta erogazione delle prestazioni comprese nel PAI.

### **Elementi di potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata in Regione Campania:**

La strategia regionale in merito alle cure domiciliari integrate è quella di dare forte impulso alla attività di presa in carico precoce e di continuità assistenziale garantendo l'erogazione di prestazioni di natura infermieristica, riabilitativa, medica, medico specialistica e di assistenza tutelare, con particolare riguardo per i livelli di minore intensità, che vedono la regione Campania ancora al di sotto della performance prevista dagli standard nazionali. I medesimi livelli di intensità assistenziale sono strategicamente rilevanti per la presa in carico e il monitoraggio dei soggetti affetti da COVID-19 paucisintomatici o sintomatici, con altre patologie concomitanti.

Lo sviluppo delle cure domiciliari integrate definito con l'attribuzione di obiettivi incrementali di utenti in carico implica un incremento delle prestazioni e dei servizi erogati sia per qualificare i piani di assistenza individualizzati già avviati, sia per raggiungere in modo tempestivo gli utenti non intercettati dal sistema. Occorre rafforzare i servizi e le funzioni distrettuali e territoriali dell'accesso e della valutazione clinico, funzionale, sanitaria e sociale.

Al fine, dunque, di realizzare il potenziamento prospettato, a decorrere dall'anno 2021 la Regione ha programmato un incremento del personale dedicato all'ADI, in considerazione dei fondi di cui al DL n. 34/2020, di circa 450 unità, tra OSS e infermieri.

L'acquisizione di personale farà seguito alla definizione, da parte delle AA.SS.LL. di un piano di fabbisogno - che descriva in modo dettagliato le attività svolte e la quantificazione del potenziale incremento del numero di prese in carico - che dovrà essere presentato e approvato dalla Regione entro il 20 dicembre 2020.

Le attività realizzate nell'ambito delle Cure domiciliari integrate-ADI, infine, oltre al consueto monitoraggio attraverso il flusso SIAD e il modello FLS 21, saranno monitorate mediante l'utilizzo di strumenti di rilevazione ad hoc definiti coerentemente anche con le esigenze informative formulate dal Ministero della Salute. In merito a questo aspetto, saranno, inoltre, fornite indicazioni specifiche ai referenti aziendali del monitoraggio del Piano, che ciascuna Azienda dovrà individuare.

## **Centrali Operative Territoriali e Centrale Operativa Regionale (art. 1, comma 8)**

Al fine di garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come previste dal piano regionale di potenziamento della rete assistenziale, volto a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2, le Centrali Operative Territoriali (COT) svolgono funzioni di raccordo tra tutti i servizi di assistenza territoriale e il sistema di emergenza-urgenza, per la gestione delle non urgenze e l'individuazione del percorso di cura più appropriato per il paziente tra ospedale e territorio.

Le citate centrali si collocano tra le attività previste dall'Accordo Stato Regioni 7 febbraio 2013 rep. atti n. 36/CSR *"Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale"* e nel successivo Accordo Stato Regioni 24 novembre 2016 rep. atti n. 221/CSR *"Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato 116-117"*.

Le centrali operative, dotata di apposito personale (medico, infermieristico, OTA/OSS, personale amministrativo) e di apparecchiature per il telemonitoraggio e la telemedicina, ricoprono un ruolo fondamentale per il monitoraggio dei soggetti posti in sorveglianza attiva o in quarantena precauzionale, sia a domicilio sia negli immobili requisiti, coordinandosi, in caso di peggioramento delle condizioni cliniche, con i servizi di emergenza urgenza per una tempestiva ospedalizzazione.

Rilevata la necessità di armonizzare e sistematizzare le azioni sopra descritte, entro il 20 dicembre 2020, presso la Direzione Generale per la Tutela della Salute, sarà attivato un gruppo di lavoro regionale con compiti di coordinamento delle attività messe in campo e di definizione di omogenee indicazioni, protocolli, indirizzi e strumenti di monitoraggio per il precoce riconoscimento del peggioramento clinico, volti alla realizzazione, su tutto il territorio regionale, di un sistema integrato tra ospedale e territorio che assicuri tempestivi ed appropriati percorsi di presa in carico. Nel contempo, al fine di dare risposte adeguate agli utenti, il Gruppo di lavoro regionale costituito dai Dirigenti UOD della Direzione Generale con competenze varie, avrà cura di contemplare una serie di attività formative del personale coinvolto e di campagne informative di sensibilizzazione della popolazione, che favoriscano un uso più appropriato delle risorse del Territorio e del Pronto Soccorso, favorendo il passaggio delle patologie, non meno complesse ma affidabili in sicurezza, ad un contesto territoriale di assistenza in emergenza vedi malattie rare, pazienti fragili, oncologici, diabetici et al.

## **Potenziamento del sistema di assistenza primaria (art. 1, comma 5)**

### **Programmazione delle attività di assistenza primaria in Regione Campania**

La Regione Campania ha avviato un processo di trasformazione del sistema dell'assistenza primaria, mirato al rafforzamento del ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) nell'ambito del processo di presa in carico del paziente, in considerazione, soprattutto, della necessità di intercettare una domanda di salute finora spesso impropriamente gestita dal setting ospedaliero. A tal proposito, infatti, un'indagine condotta presso le Unità Operative di Medicina d'Urgenza, Medicina Generale e Lungodegenza dell'AORN Cardarelli ha mostrato come il 60% dei pazienti ricoverati presso questi reparti presenti almeno una patologia cronica riacutizzata.

Appare evidente, dunque, come l'organizzazione delle cure primarie debba necessariamente essere ripensata in un'ottica di "sistema", prendendo in considerazione tutte le variabili che interagiscono in un sistema ad alta complessità, in continua interazione con l'ambiente esterno e da esso fortemente condizionato.

Questo è il razionale della transizione da una logica individuale ad una logica organica, da una autogestione ad una governance condivisa, che ha sotteso la definizione del Piano Regionale di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021, approvato con DCA n. 83 del 31/10/2019.

Il Decreto ha previsto la necessaria ridefinizione del ruolo del MMG all'interno delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e, dunque, in un modello di equipe e non più di singolo professionista.

Il Piano di cui al DCA n. 83 ha previsto un modello di AFT che, seguendo la logica dell'aggregazione funzionale, possa essere organizzato con sede unica o anche con sede multipla; in quest'ultimo caso, tuttavia, è comunque prevista una sede "base", come sede di riferimento per le attività di coordinamento, condivisione e audit.

È possibile, inoltre, individuare una ulteriore sede "complessa" nella quale possono essere presenti altre forme assistenziali, quali la Continuità Assistenziale, un ambulatorio infermieristico condiviso, un punto prelievi, ambulatori dedicati ad attività di prevenzione, ove sviluppare la continuità dell'assistenza per l'arco di 12 ore al giorno.

La ridefinizione dell'assistenza primaria voluta dal Piano Regionale di Assistenza Sanitaria Territoriale mira, pertanto, a garantire:

- una maggiore accessibilità ai servizi sanitari, assicurando la copertura h12;
- una presa in carico effettiva della cronicità attraverso i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) definiti a livello regionale e contestualizzati nelle singole realtà aziendali;
- la transizione da una medicina d'attesa a una medicina di iniziativa;

- il rispetto degli obiettivi di governance del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Le AFT programmate per singola ASL sono indicate in **Tabella 2**.

**Tabella 2.** Numero di AFT programmate in Regione Campania

ASL	AFT programmate (DCA n. 83/2019)
Avellino	12
Benevento	10
Caserta	24
Napoli 1 Centro	31
Napoli 2 Nord	29
Napoli3 Sud	30
Salerno	45
<b>TOTALE</b>	<b>181</b>

Dando seguito a quanto previsto dal DCA n. 83/2019, con DCA n. 16 del 21/01/2020 è stato approvato il nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR) della medicina generale, dimostrando la volontà della Regione Campania di dare ulteriore impulso alla riorganizzazione e al potenziamento dell'assistenza primaria. L'AIR del 2020 arriva a distanza di circa sette anni dal precedente, approvato con DCA n. 87 del 24/07/2013 e successiva rettifica ed integrazione con DCA n. 149 del 24/12/2014.

Premessa fondamentale del nuovo AIR è la necessità di una profonda ristrutturazione organizzativa del sistema delle cure primarie, al fine di recuperare la propria mission di prossimità e presa in carico, nell'ottica di fornire una risposta appropriata e capillare ai bisogni di salute non acuti.

Con l'AIR 2020 si intendono definitivamente superate le forme organizzative precedentemente in essere e viene riconosciuta l'AFT come unica forma organizzativa della medicina generale in Regione Campania.

L'Accordo prevede che:

- tutti i MMG aderiscano obbligatoriamente alla nuova forma organizzativa;
- venga individuata una sede "base" per ogni AFT, che rappresenta la sede di riferimento per le attività di coordinamento, condivisione e audit;
- venga individuata una sede per lo svolgimento di alcune attività di presa in carico e gestione dei pazienti, che rappresentano obiettivi di attività dell'AFT;
- i singoli MMG operino nei propri studi o negli studi associati afferenti all'AFT, oltre che nella sede "base" e nella sede individuata per le attività comuni all'AFT;
- ogni AFT elegga il proprio coordinatore;
- le AFT si dotino di personale di supporto infermieristico ed amministrativo;

- tutti gli studi dei MMG appartenenti alla stessa AFT siano connessi in rete tra di loro, utilizzando sistemi gestionali, reti e piattaforme informatiche proprie, al fine di far confluire i flussi dei dati di attività della AFT in piattaforme aziendali e/o regionali in conformità con le vigenti normative in tema di tutela della privacy;
- tutti i medici afferenti all'AFT contribuiscano alla capacità assistenziale che si estrinseca nell'articolazione degli orari di ambulatorio in modo da garantire la presenza di uno o più medici per almeno 10 ore al giorno e fino alle 20;
- l'attività dell'AFT sia garantita nell'arco orario 8-20 con la presenza di personale infermieristico e amministrativo, per attività di accoglienza e classificazione delle richieste di intervento, attività infermieristiche e attività di prenotazione e di medicina di iniziativa.

Nell'ambito della definizione delle attività delle AFT, il nuovo AIR ha, inoltre, individuato e distinto "obiettivi di tipo organizzativo" e "obiettivi di attività", che sono assegnati all'AFT e perseguiti dai singoli medici che ne fanno parte.

#### *Il ruolo dell'assistenza primaria nella gestione della cronicità in Regione Campania*

Tra gli obiettivi di attività delle AFT, particolare importanza, nell'ottica di garantire reale presa in carico e gestione della cronicità, viene data alla partecipazione dei MMG ai PDTA, strumento operativo finalizzato al raggiungimento degli obiettivi del Piano Nazionale della Cronicità.

Nello specifico, l'AIR 2020 sottolinea come l'attuazione dei PDTA, prioritariamente per le patologie croniche, rappresenti un obiettivo prioritario regionale. A tal fine, il coinvolgimento dei MMG nei PDTA viene valutato come obiettivo di AFT, spostando quindi il focus da una dimensione individuale del singolo medico - che in Regione Campania non sempre ha prodotto risultati ottimali - a obiettivi collettivi, ai quali ancorare le risorse economiche della parte variabile del compenso dei MMG.

Nell'ambito delle attività previste dai PDTA, ai MMG, oltre all'arruolamento e preso in carico dei pazienti con patologie croniche, è prevista l'effettuazione di esami di diagnostica di primo livello per gli assistiti della propria AFT.

L'AIR del 2020 ha, quindi, dato un ulteriore impulso alle attività definite nel PDTA per la BroncoPneumopatia Cronico-Ostruttiva (BPCO) approvato con DCA n. 3 del 17/01/2018, che ha previsto anche un Piano Operativo di implementazione con l'obiettivo di attivare e portare a termine il PDTA della BPCO in Regione Campania. Tra le attività del Piano è stata prevista l'attivazione di un corso di formazione per i MMG per consentire la gestione operativa della spirometria.

In attuazione, dunque, al DCA n. 3/2018 è stato ideato il progetto "AGIRE – **A**ppropriatezza clinico **G**estionale In **R**Egione Campania per BPCO e ASMA" con l'obiettivo di realizzare il Piano Operativo del PDTA della BPCO, migliorare l'appropriatezza diagnostica e l'aderenza terapeutica realizzando un percorso formativo e gestionale per la presa in carico del paziente da parte della Medicina Generale e della Specialistica Pneumologica. L'obiettivo è quello di formare 2 MMG per AFT su contenuti clinici, e soprattutto operativi, della gestione operativa della spirometria.

Il progetto prevede un percorso teorico-pratico organizzato in 4 cicli formativi, ognuno di 4 incontri ciascuno. Il primo ciclo è stato concluso, mentre per il secondo, causa emergenza CoViD-19 è stato possibile tenere un solo incontro. Si stanno, pertanto, rimodulando le modalità di erogazione del corso al fine di completare il percorso già avviato.

Un percorso formativo centrato sul trasferimento di competenze dallo specialista pneumologo al MMG sulla corretta esecuzione della spirometria e sull'uso corretto delle informazioni ottenute può costituire il primo passo per il miglioramento nella gestione della BPCO e anche dell'asma.

La Regione, inoltre, sta provvedendo all'acquisizione di stazioni funzionali di spirometria di primo livello, di cui dotare le AFT, al fine di rendere operative le attività di diagnostica strumentale di cui al Piano Operativo del PDTA per la BPCO.

Nello sviluppo della diagnostica di primo livello affidata ai MMG, dunque, rilevanza primaria assume la promozione dei servizi di telemedicina in un sistema di messa in rete delle informazioni fra gli operatori coinvolti nel PDTA per assicurare un'efficace presa in carico dei pazienti, secondo il principio per cui non sono più le persone a spostarsi, ma le informazioni.

#### *Il ruolo della medicina generale nelle attività di prevenzione primaria: le vaccinazioni*

Tra le attività previste dall'AIR della medicina generale del 2020, viene sottolineato il necessario coinvolgimento dei MMG nelle campagne vaccinali della popolazione adulta, con l'obiettivo di promuovere le attività di prevenzione e sorveglianza della popolazione a rischio.

L'AIR prevede che i MMG aderiscano alle campagne vaccinali promosse dalla Regione secondo procedure che vengono di volta in volta discusse e approvate in sede di Comitato ex art. 24 dell'ACN della medicina generale e valide per tutte le AA.SS.LL. del territorio regionale.

Gli accordi presi in Comitato sono la condizione propedeutica all'attivazione della campagna vaccinale e devono necessariamente definire:

- popolazione bersaglio;
- avvio e durata della campagna vaccinale;
- tempistica e modulistica per la richiesta dei vaccini disponibili in Regione;
- tempistica e modalità di registrazione delle vaccinazioni effettuate.

L'AIR chiarisce, inoltre, che, in seguito alla definizione degli accordi i MMG aderiscono obbligatoriamente alle campagne vaccinali individuate; nello specifico, l'adesione è obbligatoria per la campagna vaccinale antinfluenzale. A tal proposito, il Comitato ex art. 24, in considerazione dell'attuale emergenza epidemiologica dovuta alla massiva circolazione del virus SARS-CoV-2, nella seduta del 13 ottobre 2020 ha definito le modalità di alimentazione del flusso informativo/informatico predisposto per la registrazione dei dati relativi alla campagna vaccinale, in modo da avere in tempo reale lo stato di avanzamento della campagna, nell'ottica anche di poter ridistribuire in modo appropriato le dosi di vaccino disponibili.

Il MMG ha il compito di registrare l'esecuzione della vaccinazione nel proprio gestionale e trasmetterlo in ottemperanza alle norme sulla privacy, alle specifiche anagrafiche vaccinali ove previste e ai fini della percentuale di copertura vaccinale rispetto alla popolazione bersaglio, farà fede il dato presente sul flusso informativo predisposto dalla Regione.

Ai medici che non risultano, dalla Piattaforma regionale, aver effettuato vaccinazioni verrà sospesa l'indennità di AFT, al momento riconosciuta, per tutto il periodo della campagna vaccinale.

I compensi relativi all'indennità di AFT non corrisposti ai MMG che non hanno aderito alla campagna vaccinale, costituiscono un fondo. Tale fondo, al termine della campagna vaccinale, va ripartito fra i MMG che hanno aderito alla campagna vaccinale.

Gli accordi raggiunti in Comitato ex art. 24 hanno, pertanto, l'obiettivo di dare ulteriore impulso alla campagna vaccinale antinfluenzale in considerazione, soprattutto, della necessità di raggiungere il maggior numero di persone possibili in questo periodo di emergenza sanitaria.

#### **Elementi di potenziamento delle attività di assistenza primaria in Regione Campania: l'infermiere di famiglia o di comunità**

Ai fini del potenziamento della rete di assistenza primaria, la Regione Campania, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 1 comma 5 del DL 34/2020, sta procedendo all'acquisizione di infermieri di famiglia o di comunità.

Come da indicazioni normative, la figura dell'infermiere di famiglia o di comunità viene introdotta con l'obiettivo di rafforzare l'assistenza nei due ambiti di competenza (famiglia e comunità), ritenuti strategici per la promozione della salute e gestione della cronicità/fragilità sul territorio.

Il fenomeno epidemico dovuto alla diffusione di SARS-CoV-2 ha accelerato un processo già in nuce, in quanto l'urgenza del momento ha sottolineato la necessità di acquisire figure professionali utili al potenziamento della presa in carico sul territorio dei soggetti affetti da CoViD-19 ma, contestualmente, si sottolineano le potenzialità determinate dall'introduzione di tale professionista per il potenziamento strutturale delle cure primarie.

*L'infermiere di famiglia o di comunità "ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Opera sul territorio, a seconda dei modelli organizzativi regionali, diffonde e sostiene una cultura di Prevenzione e Promozione di corretti stili di vita, si attiva per l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro soluzione. Garantisce una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito comunità di riferimento, fornisce prestazioni dirette sulle persone assistite qualora necessarie e si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale in forte integrazione*

*con le altre figure professionali del territorio, in modo da rispondere ai diversi bisogni espressi nei contesti urbani e sub-urbani. Svolge la sua attività integrandola in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, in grado di attivare e supportare le risorse di pazienti e caregiver, del volontariato, del privato sociale, e più in generale della comunità”.*

In considerazione della declinazione del ruolo, dei compiti e delle responsabilità dell'infermiere di famiglia, si ritiene di destinare questa figura professionale a supporto dei servizi delle cure primarie, specie laddove non siano presenti già dei team di assistenza primaria organizzati. Nello specifico, l'infermiere di famiglia potrà essere dedicato alle seguenti attività:

- collaborazione alla gestione delle cronicità nell'ambito dei PDTA individuati dalla Regione, sia per lo svolgimento delle attività infermieristiche a livello territoriale sia come raccordo per i vari snodi del percorso, coordinando l'integrazione con i diversi setting assistenziali;
- attività infermieristiche domiciliari pianificate in raccordo alle esigenze del Distretto, per il potenziamento dell'assistenza domiciliare, laddove carente;
- supporto alle attività delle USCA, in relazione alle necessità delle singole unità e sulla base di una pianificazione coordinata dal Dipartimento di Prevenzione.

In sostanza, l'infermiere di famiglia o di comunità contribuisce a garantire la continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione dei servizi distrettuali, ospedalieri, dei Dipartimenti di Prevenzione, lavorando in sinergia con i MMG e gli altri professionisti del territorio.

La presenza dell'infermiere di famiglia è prevista secondo uno standard non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, sulla base del quale è stato stabilito il fabbisogno della Regione Campania (**Tabella 3**).

**Tabella 3.** Stima del fabbisogno di infermieri di famiglia sulla base degli standard di cui all'art.1 DL 34/2020

ASL	Popolazione residente (01/01/2020)	N° infermieri di famiglia
Avellino	413.926	66
Benevento	274.080	78
Caserta	922.171	148
Napoli 1	976.763	156
Napoli 2	1.045.457	167
Napoli 3	1.060.685	170
Salerno	1.092.779	175
<b>Totale</b>	<b>5.785.861</b>	<b>960</b>

## Ulteriori elementi di potenziamento dell'assistenza territoriale attraverso lo sviluppo della telemedicina nell'integrazione ospedale-territorio

La telemedicina rappresenta la base per il rafforzamento di una rete di servizi territoriali che possano meglio rispondere ai bisogni socio-assistenziali dei pazienti affetti da CoViD-19 e garantisca minor costi e migliori risultati per la popolazione, condividendo le migliori professionalità messe in campo.

L'emergenza CoViD-19 ha introdotto la necessità di ampliare il progetto di Teleconsulto SINFONIA (**Figura 2**) approvato con Decreto Commissario ad Acta n.191/2016, n.192/2016 e Decreto Dirigenziale di Affidamento alla So.Re.Sa. n.190/2018.

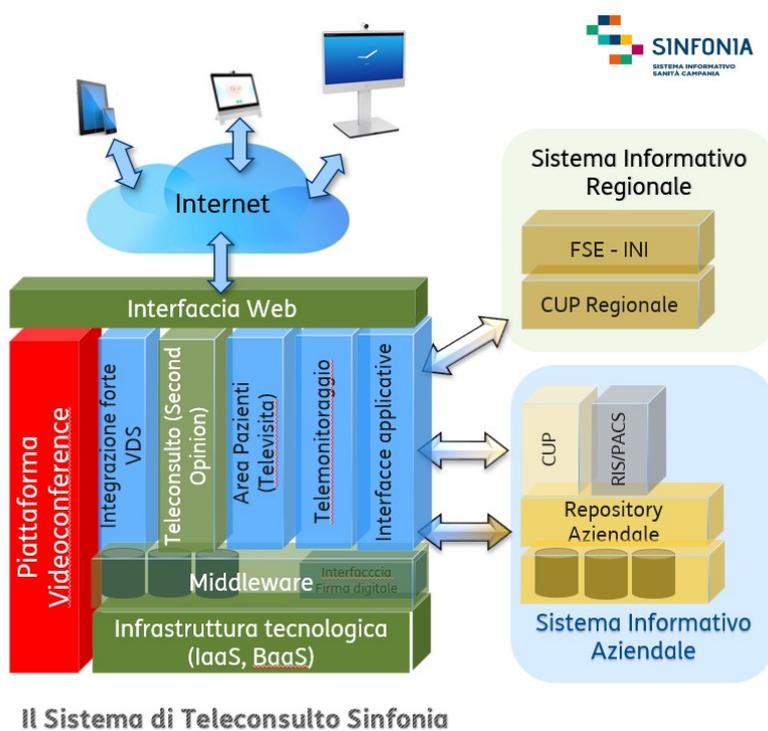
Il Servizio Sanitario Regionale è chiamato a erogare servizi a persone obbligate in quarantena o in isolamento fiduciario con inedita rilevante numerosità. Tali servizi hanno il duplice scopo di contribuire a contrastare la diffusione di CoViD-19 e anche di garantire per quanto possibile la continuità della cura e dell'assistenza, a cui le persone hanno diritto. Per di più, anche coloro che si trovano di fatto isolati al proprio domicilio in conseguenza delle necessarie norme di distanziamento sociale, possono avere comunque esigenze di continuità di cura e assistenza.

Il servizio a distanza è stato strutturato in base alle differenze nelle possibili situazioni di fruizione, le quali, a loro volta, dipendono dalla tipologia di persone destinatarie del servizio domiciliare. Nell'emergenza sanitaria CoViD-19 sono state identificate categorie target da destinare alla sorveglianza sanitaria, con l'obiettivo di tenere sotto controllo le persone che si sono contagiate o i casi sospetti, al fine di contrastare la diffusione del contagio da SARS-CoV-2 e di monitorare eventuali aggravamenti clinici legati alla patologia virale. Tali attività di contrasto possono essere svolte da servizi sanitari che operino in telemedicina, controllando a domicilio l'evoluzione dello stato di salute degli asintomatici e del quadro clinico dei soggetti che presentano sintomi lievi o moderati da CoViD-19, rendendo possibile massimizzare le possibilità di controllo del contagio. Tuttavia, i risultati assistenziali che sono possibili con la telemedicina, in tutte le sue differenti declinazioni pratiche, sia, pure in condizioni non ottimali a causa dello stato emergenziale, sono più ampi e comprendono il controllo a distanza dei trattamenti medico-chirurgici in molteplici situazioni cliniche. Per questo, nell'affermare che la telemedicina rappresenta un'opzione concreta, fattibile e sicura, per il controllo a domicilio di tutte le quattro tipologie elencate sopra, appare opportuno indicare anche un'ulteriore tipologia di persone verso cui indirizzare servizi in telemedicina in corso di emergenza COVID-19:

- pazienti affetti da patologie croniche o che richiedano trattamenti di lungo periodo, normalmente gestiti in parte o del tutto da servizi territoriali o da strutture residenziali (si pensi a mero titolo di esempio: diabete, patologie cardiovascolari croniche, BPCO, terapie del dolore, chemioterapie, patologie psichiatriche, disabilità),

comprendendo anche le persone affette da malattie rare e condizioni di fragilità che richiedono costanti contatti con le strutture sanitarie e gli operatori sanitari di riferimento, oppure persone che necessitano di particolare assistenza e/o supporto non ospedalieri, ma non differibili (ad esempio: gestanti, puerpere, persone con problematiche psicologiche).

**Figura 2.** Il sistema di teleconsulto SINFONIA.



## **Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici**

---

Tra le attività previste vi è l'assistenza farmaceutica e quella relativa ai Dispositivi Medici. Visto l'utilizzo di terapie molte volte sperimentali, soggette anche ad una continua revisione di approccio terapeutico, la Regione si avvale della rete dei Dipartimenti Farmaceutici e delle farmacie di DSB e Presidio delle AA.SS.LL., delle Farmacie Ospedaliere, delle farmacie di comunità, fortemente radicate sul territorio per la distribuzione di farmaci e dispositivi. Per la peculiarità dei trattamenti soggetti a continua rivalutazione è necessario il coinvolgimento costante di organi centrali quali AIFA e Ministero della Salute oltre alle articolazioni regionali quali il Centro di Farmacovigilanza sito presso l'Università Vanvitelli e il CIRFF sito presso l'Università Federico II.

I Servizi Farmaceutici predisporranno di concerto con i prescrittori le terapie farmacologiche, la dispensazione dei D.M. e le diete personalizzate con alimenti speciali anche attraverso percorsi domiciliari con l'ausilio delle USCA, ADI, Farmacie di comunità ed altre forme di collaborazione (croce rossa, protezione civile, progetti dedicati con aziende).

Il contributo dei Farmacisti si correla fortemente nei programmi di monitoraggio delle terapie, nella rilevazione degli eventi avversi all'utilizzo di terapie farmacologiche e ai programmi di aderenza terapeutica.