



Regione Campania

**PROGRAMMA OPERATIVO PER LA GESTIONE
EMERGENZA COVID-19
2020 / 2021**

Premessa	3
1. L'epidemia in Campania	3
2. La governance.....	5
3. I fattori produttivi	7
3.1 I farmaci.....	7
3.2 I dispositivi medici	9
3.3 I beni non sanitari – Attrezzature	13
3.4 I servizi non sanitari.....	15
3.5 Personale	16
4. La revisione temporanea delle reti assistenziali - La rete territoriale.....	21
4.1 La sorveglianza epidemiologica	22
4.2 La campagna per la vaccinazione antinfluenzale	24
4.3 La rete CORONET LAB Campania.....	27
4.4 L'assistenza primaria	29
4.5 Il ruolo della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta nell'effettuazione dei tamponi antigenici rapidi per la ricerca di SARS-CoV-2: gli Accordi Integrativi Regionali	31
4.6 Il ruolo dei MMG nelle attività di prevenzione primaria: le vaccinazioni antinfluenzali.....	32
4.7 Elementi di potenziamento delle attività di assistenza primaria: l'infermiere di famiglia o di comunità 33	
4.8 Le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)	35
4.9 Potenziamento dell'assistenza territoriale attraverso lo sviluppo della telemedicina nell'integrazione ospedale-territorio	38
4.10 Specialistica ambulatoriale.....	39
4.11 Le strutture residenziali.....	39
5. La revisione temporanea delle reti assistenziali – La rete ospedaliera.....	40
5.1 Il potenziamento dell'offerta di posti letto COVID.....	40
5.2 Il piano degli investimenti per l'attuazione del piano di riorganizzazione della rete.....	44
5.3 Il Supporto delle strutture di ricovero private	45
6. Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa ai sensi dell'art. 29 del D.L. n. 104 del 14 agosto 2020	48
6.1 Effetti della sospensione sui servizi ospedalieri e territoriali	49
6.2 Azioni poste in essere per fronteggiare l'emergenza epidemiologica	50
6.3 Modello Organizzativo prescelto.....	51

6.4	Soluzioni Operative.....	52
6.5	Screening	52
6.6	Utilizzo Risorse di cui al D.L. n. 104/2020.....	53
6.7	Personale Sanitario.....	53
6.8	Valutazione dei risultati.....	54
7.	Soluzioni digitali per l'emergenza Covid-19 e-Covid SINFONIA.....	54
8.	Indicazioni operative per la prevenzione e la gestione dell'emergenza in ambito penitenziario.....	60
8.1	Prevenzione generale della diffusione dell'infezione tra la popolazione detenuta, il personale penitenziario ed il personale sanitario dedicato.	61
8.2	Attività di screening, diagnostiche e di monitoraggio del personale operante e delle persone detenute e internate nelle strutture penitenziarie e nelle REMS	63
8.3	Assistenza diretta alle persone detenute affette da covid-19, equivalente all'assistenza di tipo "domiciliare"	64
9.	Risorse provenienti dai fondi europei	65
10	Risorse provenienti da donazioni	65
10.1	Donazioni beni trasferiti da Protezione Civile	65
10.2	Donazioni da enti terzi.....	69
11.	Costruzione del modello programmatico.....	70
11.1	Ricavi.....	71
11.2	Costi.....	73

Premessa

La malattia da Covid 19 è una malattia causata da un agente patogeno nuovo per la specie umana, perciò il virus trova una popolazione priva di difese immunitarie ed ha quindi un potenziale epidemico di estensione sconosciuta. Ciò ha generato incertezza riguardo a tre aspetti dell'epidemia:

- l'evoluzione spazio-temporale scarsamente prevedibile,
- la scarsa conoscenza dei fattori che favoriscono la trasmissione del virus e quelli che condizionano la gravità della malattia negli individui,
- il dubbio sull'efficacia di alcune misure di controllo proposte o adottate.

L'epidemia di COVID-19 ha posto quindi il Servizio Sanitario Regionale di fronte alla necessità di rispondere a sfide assistenziali inedite e pressanti in particolare in relazione a:

- la necessità di assicurare con la massima urgenza la risposta ai nuovi bisogni assistenziali, seguendo l'evolversi dell'epidemia e delle caratteristiche cliniche, assai eterogenee, dei casi progressivamente manifestati;
- l'obbligo di contemperare le risposte cliniche e assistenziali con il rispetto delle misure di distanziamento sociale imposte per contenere la diffusione del contagio;
- la necessità di coniugare la risposta ai nuovi bisogni assistenziali con la necessità di mantenere l'erogazione dei LEA e continuare ad assicurare le prestazioni urgenti e la tutela della salute, in particolare, dei pazienti più fragili.

Più in generale 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.

1. L'epidemia in Campania

L'epidemia ha fatto la sua comparsa in Italia il 18 Febbraio 2020, con il primo caso diagnosticato in Lombardia e una rapida espansione nell' area sud della regione e in alcune province limitrofe della Emilia e del Veneto.

In Campania la comparsa dei primi casi risale al 26 febbraio 2020, quando, una giovane donna casertana ed un tecnico di radiologia della provincia di Salerno, in seguito a sintomatologia simil-influenzale più o meno marcata sono risultati positivi al test diagnostico eseguito presso il laboratorio di riferimento regionale. A distanza di qualche ora dalle prime conferme, un professionista napoletano si è visto anch'egli confermare la stessa diagnosi.

Tutti i primi casi erano accomunati da storia di precedenti viaggi in provincia di Milano dove, nel frattempo, si era via via sviluppata una importante diffusione del contagio, caratterizzata da numerosi casi a trasmissione comunitaria.

Ai casi confermati si sono succeduti diversi casi secondari, direttamente proporzionali agli spostamenti effettuati dai primi casi. Nel frattempo, il focolaio epidemico si è allargato, anche in conseguenza di nuove diagnosi effettuate in cittadini che dichiaravano nella loro storia recente (i 14 gg precedenti la diagnosi) di aver effettuato un viaggio in una delle località lombarde, emiliane o venete dove la circolazione del virus aveva già fatto registrare un numero notevole di casi e di decessi.

Successivamente ai primi contagi "d'importazione", la diffusione dei casi di SARS Cov 2 ha fatto registrare un progressivo e veloce incremento andando a configurare la fase "1" della pandemia in Campania, con tassi di incidenza elevati grazie all'elevata contagiosità del virus (circa 76 casi*100.000 abitanti), nel periodo tra il 26 Marzo ed il 1° Aprile 2020.

Visto l'incedere dei casi, considerato che l'unica reale misura di contrasto alla diffusione, in assenza di terapie e di strumenti di prevenzione primaria efficaci, è il distanziamento tra le persone, il governo regionale, talvolta anticipando le decisioni del Governo, ha imposto forti restrizioni alle attività lavorative ed a quelle della vita sociale (cosiddetto lock-down). Le misure attuate dalla Regione Campania, mirate a limitare e/o ritardare la diffusione, hanno mostrato la loro efficacia, invertendo il minaccioso andamento esponenziale dei primi giorni e contenendo il numero di ammalati e di decessi. Il monitoraggio dei casi ha evidenziato un progressivo decremento dei contagi che dalla metà del mese di maggio 2020 ha fatto registrare costantemente una media giornaliera di casi inferiori alle 100 unità.

A seguito della progressiva ripresa delle attività sociali, lavorative e di svago, l'attesa "seconda ondata" della pandemia ha fatto registrare in Campania, al pari delle altre Regioni Italiane, un progressivo e più significativo incremento dei contagi che, a far data dal mese di settembre, registra ancor'oggi, un tasso di incidenza superiore al doppio di quello registrato nella prima ondata.

Si è rilevato nel territorio regionale un rapido e diffuso peggioramento, riferibile allo scenario di tipo III, così come definito nel rapporto "*Prevenzione e risposta a COVID19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale*" curato dall'Iss e Ministero, con la collaborazione di Regioni, Protezione civile, AIFA, Inail, Spallanzani, Università Cattolica del Sacro Cuore, AREU 118 Lombardia e Fondazione Bruno Kessler.

Il citato Rapporto prospetta quattro scenari, a cui corrispondono diversi livelli di rischio e conseguenti misure, in cui il terzo è caratterizzato da una situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa, con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo in seguito all'aumento di casi ad elevata gravità clinica, con aumento dei tassi di occupazione dei posti letto ospedalieri quali area critica e non critica. Al terzo scenario segue, infine, il quarto nel quale si prevede una situazione di trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo.

2. La governance

L'epidemia da Covid-19 ha posto il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale di fronte a necessità assistenziali inedite e peculiari, che hanno fatto emergere immediatamente la necessità di coordinare e integrare le azioni, sia specifiche che di sistema, tra diversi setting assistenziali, settori e centri di responsabilità.

Con Ordinanza del Capo Dipartimento della Protezione civile del 3 febbraio 2020, n. 630, per fronteggiare la citata emergenza, si è disposto che il Capo Dipartimento della protezione civile assicuri il coordinamento degli interventi necessari, avvalendosi del medesimo Dipartimento, delle componenti e delle strutture operative del Servizio nazionale della protezione civile, nonché di soggetti attuatori, che agiscono sulla base di specifiche direttive, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Con decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, sono state dettate "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019" mentre con provvedimento Prot. COVID/0010656 del 3 marzo 2020 il Capo Dipartimento Protezione Civile ha dettato Misure operative di protezione civile inerenti alla "definizione della catena di comando e controllo, del flusso delle comunicazioni e delle procedure da attivare in relazione allo stato di emergenza determinato dal diffondersi del virus COVID-19"; che prevedono un sistema di controllo articolato a livello nazionale, regionale, provinciale e comunale.

Secondo quanto prescritto dalle menzionate misure operative: "presso tutte le Regioni deve essere attivata un'Unità di Crisi Regionale (UCR), che opera in stretto raccordo con la SOR – Sala Operativa Regionale - con la partecipazione del Referente Sanitario regionale, che opera in raccordo con il Direttore sanitario delle aziende sanitarie locali, e in costante contatto con un rappresentante della Prefettura del Capoluogo, con lo scopo di garantire il raccordo con le altre Prefetture – UTG del territorio regionale. Può essere valutata altresì la partecipazione di rappresentanti delle Prefetture maggiormente coinvolte. I presidenti delle Regioni/Soggetti Attuatori hanno la competenza delle misure di cui all'OCDPC n.630 del 3.2.2020".

Con Decreto del Capo Dipartimento della Protezione civile 27 febbraio 2020, n.623, al fine di assicurare il più efficace coordinamento delle attività poste in essere dalle strutture della Regione Campania competenti nei settori della protezione civile e della sanità per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019, il Presidente della Regione Campania è stato nominato soggetto attuatore ai sensi dell'art. 1, comma 1, della citata ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile, n. 630 del 3 febbraio 2020;

Con decreto del Presidente della Giunta regionale n. 37 del 27 febbraio 2020 è stata istituita specifica task-force, coordinata dal Direttore Generale per i Lavori pubblici e la Protezione Civile della Regione.

Con Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 45 del 06.03.2020 è stata istituita in Regione Campania l'Unità di Crisi regionale COVID-19 e ad essa è stato attribuito l'obbligo di svolgimento delle attività disposte, a livello regionale, dalle Misure operative di protezione e di segnalare tempestivamente al Presidente/Soggetto Attuatore ogni esigenza o questione rilevante ai fini delle competenti valutazioni e determinazioni.

Le Misure operative, fermo restando quanto previsto dalle disposizioni emanate dal Ministero della Salute, a livello regionale prescrivono per il livello regionale le seguenti attività:

- a) Ricognizione delle esigenze di DPI e di altri materiali utili a fronteggiare l'emergenza, per il successivo acquisto attraverso i Soggetti attuatori, previa autorizzazione del livello nazionale;
- b) Monitoraggio e supporto alle attività dei Servizi Sanitari locali, con particolare riferimento alle Strutture Ospedaliere e alle Strutture Socio-Sanitarie;
- c) Attuazione di quanto previsto dal piano regionale pandemico, se applicabile, e individuazione di una struttura sanitaria da dedicare ai pazienti positivi al COVID – 19 per ogni Azienda Sanitaria Locale; censimento dei posti letto di terapia intensiva a livello regionale;
- d) Pianificazione ed eventuale attivazione di aree di pre – triage, anche attraverso il ricorso alle strutture campali di protezione civile, per le strutture sanitarie allo scopo di dividere gli accessi ai Pronto Soccorso. Ricognizione delle strutture di protezione civile presenti a livello regionale idonee allo scopo;
- e) Ricognizione di strutture non militari idonee ad ospitare persone in quarantena, anche attraverso il coinvolgimento dei Comuni. Tali strutture dovranno rispettare criteri di carattere logistico e sanitario;
- f) Pianificazione ed eventuale attivazione di trasporti ospedalieri dedicati e supporto ai comuni per la pianificazione in materia di interventi di natura sanitaria;
- g) Organizzazione delle azioni volte ad assicurare la continuità dei servizi essenziali nelle aree interessate, o che potrebbero essere interessate, da misure urgenti di contenimento, attraverso il necessario raccordo con il Comitato operativo della protezione civile;
- h) Organizzazione delle azioni volte ad assicurare la continuità della fornitura dei beni di prima necessità nelle aree interessate, o che potrebbero essere interessate, da misure urgenti di contenimento;
- i) Ricognizione delle necessità in termini di risorse logistiche e di materiali utili a fronteggiare l'emergenza;
- j) Attività di comunicazione istituzionale, in raccordo con il livello nazionale;

- k) Attivazione delle Organizzazioni di volontariato territoriali; l) Attivazione di numeri verdi dedicati per fornire informazioni e supporto alla popolazione;
- l) Comunicazione istituzionale ed ai mass media locali sui dati relativi a positività riscontrate, decessi e guarigioni;
- m) Nel caso sia accertato una positività al COVID - 19, l'Azienda sanitaria regionale né da segnalazione alla SOR ed al Sindaco per le conseguenti azioni.

L'Unità di Crisi regionale COVID-19 ha pertanto attivamente svolto il ruolo di indirizzo e coordinamento degli altri organismi di governo regionale e ha garantito, in particolare, le seguenti funzioni:

- predisporre, aggiornare e approvare linee di indirizzo per la predisposizione di piani di preparazione e risposta all'emergenza e le attività e le azioni di tutti gli attori del SSR;
- gestire la comunicazione con i livelli di governo nazionali;
- verificare i percorsi operativi delle Aziende/Enti del SSR, di strutture e responsabilità per l'attuazione rapida delle indicazioni regionali;
- verificare l'efficacia e l'efficienza delle misure adottate e proporre azioni per il loro miglioramento.
- curare la diffusione giornaliera degli aggiornamenti sulla situazione epidemiologica attraverso canali di informazione istituzionali.

L'Unità di crisi ha altresì proposto al Presidente della Regione Campania, nella sua qualifica di soggetto attuatore, tutte le ordinanze adottate in materia di salute e sanità pubblica.

3. I fattori produttivi

3.1 I farmaci

Una delle principali preoccupazioni in Regione Campania è stata quella di garantire ai cittadini una corretta e piena gestione delle terapie farmacologiche in un contesto reso problematico dall'emergenza epidemiologica. A tal fine sono stati adottati diversi provvedimenti, di seguito riportati:

- è stata attivata la procedura di trasmissione da parte dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta dell'invio telematico del Numero di Ricetta Elettronica (NRE) per tutti gli assistiti che ne hanno fatto richiesta (nota prot. 142404 del 04.03.2020);
- sono stati prorogati i Piani Terapeutici AIFA per pazienti cronici, oncologici e non oncologici, in scadenza a partire dal 09.03.2020 e, con diversi provvedimenti

successivi, fino al 31.01.2021 (note prot. 150487 del 09.03.2020 e prot. 497260 del 22.10.2020)

- al fine di limitare, ove possibile, gli accessi agli ambulatori, ai centri prescrittori e alle farmacie, i Medici di Medicina Generale sono stati invitati a prescrivere agli aventi diritto il fabbisogno trimestrale e i farmacisti sono stati invitati ad erogare farmaci, alimenti a fini medici speciali, ossigeno e dispositivi, secondo quanto prescritto, in deroga alle normali disposizioni regionali (nota 153870 del 10.03.2020);
- dal 10.03.2020, il Sistema Informativo Regionale ha provveduto alla proroga informatizzata dei Piani Terapeutici estendendola anche ai Piani Terapeutici AIFA sottoposti a monitoraggio web-based nonché ai Piani Terapeutici di farmaci in distribuzione diretta (fascia H esitabile) (nota prot. 159870 del 12.03.2020);
- per quanto concerne gli assistiti affetti da malattie rare, è stata autorizzata la proroga per tre mesi dei Piani Terapeutici A-PHT, fascia H esitabile e fascia A; la stessa proroga è stata disposta anche per farmaci in fascia C degli assistiti affetti da malattia rara, di cui al DPCM 2017 (nota prot. 161892 del 13.03.2020);
- è stata autorizzata la consegna della terapia farmacologica e di altri prodotti terapeutici al domicilio degli assistiti (nota prot. 195561 del 17.04.2021).

Le Farmacie di Comunità, per il tramite degli Ordini Professionali, di FEDERFARMA, di SUNIFARM e ASSOFARM, sono state coinvolte in prima linea in numerose attività, pertanto:

- è stata accolta la volontà dei farmacisti di allestire preparazioni galeniche di soluzioni cutanee per la disinfezione delle mani al fine di sopperire alla carenza sul territorio di preparazioni commerciali (nota prot. 123024 del 25.02.2020);
- è stata autorizzata la trasmissione alle AA.SS.LL. delle distinte contabili e di tutta la documentazione contabile a mezzo pec (nota prot. 165878 del 17.03.2020);
- le farmacie sono state autorizzate a lavorare a battenti chiusi (nota prot. 169213 del 20.03.2020);
- le farmacie rurali, a supporto delle strutture farmaceutiche delle AA.SS.LL. e con le associazioni sindacali di categoria, hanno favorito i percorsi assistenziali più idonei al fine di garantire agli assistiti anche i farmaci in Distribuzione Diretta (nota prot. 176424 del 30.03.2020);

Per quanto concerne le Sperimentazioni in periodo pandemico, in ottemperanza a quanto stabilito da AIFA, sono state stilate note relative all'utilizzo di terapie off-label con indicazioni al trattamento nei pazienti affetti da SARSCoV2, quali:

- nota prot. n. 159217 del 12.03.2020 per l'utilizzo off label del Tocilizumab;
- nota prot. n. 163319 del 16.03.2020 per l'uso compassionevole del Remdesivir;

- nota prot. n. 179012 del 01.04.2020 per l'utilizzo appropriato, sulla base di evidenze scientifiche, dell'idrossiclorochina.
- nota prot. n. 389716 del 24.08.2020 per l'attività di monitoraggio regionale per i trattamenti antivirali con il farmaco remdesivir;
- nota prot. n. 394819 del 28.08.2020 per l'aggiornamento del modulo di richiesta AIFA per l'accesso ai trattamenti antivirali con il farmaco remdesivir;
- nota prot. n. 438520 del 23.09.2020 per l'attivazione dei Registri di monitoraggio per il farmaco remdesivir.

Si è, inoltre, provveduto all'importazione ed alla distribuzione del lopinavir/ritonavir, donato o reperito all'estero, presso le terapie intensive dedicate ai pazienti COVID- 19 positivi.

In questo contesto, per quanto riguarda la gestione dei farmaci carenti ed emergenziali nei trattamenti COVID-19, in Regione Campania si è deciso di procedere alla centralizzazione delle richieste di utilizzo e della distribuzione di tali terapie, con l'attivazione di un sistema di rendicontazione dei consumi.

Alla luce del cospicuo numero di farmaci attualmente utilizzati in tutto il mondo per uso off-label o per uso compassionevole in pazienti con diagnosi conclamata di SARS-CoV-2, l'AIFA ha intrapreso alcune tempestive azioni sia per favorire l'accesso precoce alle terapie sia per facilitare la conduzione di studi clinici sull'efficacia e la sicurezza delle nuove terapie utilizzate per il trattamento della malattia da COVID-19. Pertanto, nel mese di maggio 2020 è stato stilato un documento regionale utile a migliorare le conoscenze sul profilo rischio/beneficio dei farmaci utilizzati nell'emergenza COVID-19 così da poter contribuire correttamente alla definizione del loro profilo di tollerabilità. Nel documento sono raccolte tutte le informazioni relative alle sperimentazioni in corso, ai farmaci utilizzati al di fuori delle sperimentazioni cliniche e ai profili di sicurezza ed efficacia dei farmaci approvati in Italia per il trattamento della SARS-CoV-2. Inoltre, è possibile consultare le schede informative dei farmaci utilizzati per emergenza COVID-19 e le relative modalità di prescrizione, sul sito AIFA nella sezione "Farmaci utilizzabili per il trattamento della malattia COVID-19".

3.2 I dispositivi medici

Provvedimenti analoghi a quelli adottati per i farmaci sono stati adottati per i dispositivi medici:

- i Piani Terapeutici relativi ai dispositivi utilizzati da pazienti diabetici sono stati prorogati per la validità di tre mesi (nota prot. 169209 del 20.03.2020);
- è stata estesa fino al 31.01.2021 la validità dei trattamenti riabilitativi per patologie complesse erogati dai Centri accreditati di riabilitazione operanti ex art. 26 L. 833/78 in

favore di soggetti per i quali sia assolutamente necessario non interrompere il progetto riabilitativo (nota prot. n. 497265 del 22.10.2020);

- è stata disposta la proroga dei Piani Terapeutici per gli ausili monouso e per gli ausili per la terapia respiratoria - ossigenoterapia (nota prot. n. 170261 del 23.03.2020) ed è stata adottata una modalità di consegna domiciliare di tali dispositivi;
- è stata garantita la prescrizione di ossigeno gassoso dai MMG attraverso mezzi informatici (nota prot. 174048 del 27.03.2020);
- è stata disposta la proroga di Piani Terapeutici di ossigenoterapia liquida (OLT) per ulteriori 60 giorni dei piani in scadenza al 31.08.2020 (nota prot. n. 362343 del 30.07.2020);
- l'emergenza relativa all'ossigeno è stata nuovamente affrontata con nota prot. n. 525956 del 06.11.2020 dove si invitano i MMG/PLS prescrittori ed i Titolari/Direttori delle farmacie pubbliche e private convenzionate a monitorare il tempo di permanenza delle bombole presso il domicilio degli assistiti. Inoltre, con la nota prot. n. 534292 del 11.11.2020 si è estesa l'autorizzazione alla prescrizione di ossigeno anche ai medici della continuità assistenziale;
- la necessità del monitoraggio delle prescrizioni di ossigeno è stata ribadita con la nota prot. 543090 del 16.11.2020 insieme alla richiesta di riempire anche bombole di ossigeno gassoso conformi a quanto previsto dalla normativa vigente per la sicurezza del paziente e degli operatori.

Inoltre, data la numerosità di pazienti dializzati, sono state redatte numerose note/circolari volte ad agevolare gli assistiti uremici nelle attività di gestione della terapia dialitica. In particolare, sono stati definiti i percorsi per Centri Dial – Covid e Centri di dialisi in strutture assistenziali non –Covid (nota prot. 168782 del 20.03.2020) ed è stata estesa la proroga per Piani Terapeutici di farmaci a base di eritropoietina (nota prot. n. 168665 del 20.03.2020). Infine, è stato disposto l'ampliamento della rete territoriale dialitica ambulatoriale Covid-19, in modo da ampliare la disponibilità di posti letto COVID-19 e garantire la domiciliarizzazione del trattamento sostitutivo renale, sia come dialisi peritoneale che emodialisi extracorporea (con nota prot. 474072 del 12.10.2020).

La distribuzione di DPI

Dall'inizio della pandemia, il Dipartimento di Protezione Civile ha avviato la consegna giornaliera di Dispositivi Medici e DPI alle Regioni. Contemporaneamente, la UOD 06 Politica del Farmaco e Dispositivi ha avviato il monitoraggio giornaliero del materiale consegnato e la successiva distribuzione alle strutture sanitarie sussistenti sul territorio regionale.

Parallelamente si è avviata la riconciliazione dei Dispositivi Medici e dei Dispositivi di Protezione Individuale consegnati quotidianamente dal Dipartimento di Protezione Civile Nazionale, verificando la congruenza tra quantità comunicate e quelle consegnate.

In considerazione delle difficoltà di approvvigionamento dovute alla pandemia, l'organizzazione logistica per la distribuzione di DM, DPI e attrezzature biomediche indispensabili per gli operatori sanitari afferenti alle Aziende Sanitarie regionali è avvenuta mediante l'implementazione di un magazzino centralizzato.

L'implementazione del magazzino centralizzato si è resa indispensabile per facilitare la consegna dei DM e DPI pervenuti quotidianamente dal Dipartimento della Protezione Civile Nazionale, da Donazioni o da acquisti effettuati dalla Centrale di Acquisto e Committenza Regionale So.Re.Sa Spa, rendendo possibile il controllo della congruenza tra le quantità comunicate/ acquistate e quelle effettivamente consegnate.

La predisposizione dell'indirizzo mail regionale dedicato (dpiregionecampania@gmail.com) ha reso possibile il flusso costante ed ordinato dei fabbisogni trasmessi delle 17 Aziende Sanitarie campane. Inoltre, tramite il magazzino centralizzato, le AA.SS.LL hanno ritirato la dotazione settimanale delle forniture regionali dei DM e DPI per i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta e per l'approvvigionamento dei dipendenti delle strutture sociosanitarie territoriali regionali pubbliche/accreditate/autorizzate destinate ai pazienti fragili.

I flussi informativi dei fabbisogni sono risultati essere fondamentali ai fini di:

- analisi di congruenza tra l'ordinato e il consegnato, con frequenza giornaliera;
- valutazione dei fabbisogni per ciascuna struttura, di DM e DPI con frequenza giornaliera;
- consegna giornaliera dei materiali alle strutture regionali;
- monitoraggio giornaliero del materiale consegnato per la successiva distribuzione alle strutture sanitarie;
- gestione delle urgenze.

Inoltre, al fine di soddisfare le esigenze delle Aziende Sanitarie, è stato richiesto alle Aziende Sanitarie la compilazione dei fabbisogni giornalieri di Dispositivi Medici e Dispositivi di Protezione

Individuale su base bisettimanale. Si riporta di seguito le richieste di fabbisogno medio giornaliero individuate dalle Aziende Sanitarie della Regione Campania:

- Mascherine chirurgiche: 70.000;
- Mascherine FFP2/KN95: 40.000;

- Mascherine FFP3: 15.000;
- Camici/Giacca/Grembiule: 36.000;
- Tute di protezione: 10.000;
- Calzari alti: 20.000;
- Sovrascarpe alle caviglie: 9.000;
- Guanti in lattice/nitrile/vinile/chirurgici: 400.000;
- Cuffie: 13.000

Si riporta di seguito il numero totale dei dispositivi di protezione individuale consegnati alle Aziende Sanitarie nel periodo emergenziale (fonte dati sistema informativo regionale SIAC):

- Mascherine chirurgiche: 16.244.732;
- Mascherine FFP2/KN95: 7.340.829;
- Mascherine FFP3: 1.071.974;
- Camice/Giacca/Grembiule: 937.814;
- Tute di protezione: 729.590;
- Calzari/Sovrascarpe/Gambali: 1.220.970;
- Guanti lattice/nitrile/vinile/chirurgici: 10.009.900;
- Cuffie/Copricapo: 530.200;
- Gel disinfettante: 100.000 litri ca;
- Dispositivi CPAP: 2675;
- Visiere/Occhiali di protezione: 491.033.
- Tubi endotracheali: 15.500;
- Maschere total face e oronasali da NIV: 2885.

Per la popolazione civile sono stati attuati programmi di distribuzione di DPI ad uso non sanitario, per il tramite i volontari della Protezione Civile e delle Associazioni Pazienti.

Le Farmacie di Comunità sono state autorizzate alla vendita di singole mascherine facciali anche mediante spaccettamento da confezioni multiple (nota prot. n. 170384 del 23.03.2020) ed è stata organizzata la distribuzione di mascherine facciali per i cittadini presso le Farmacie di Comunità (nota prot. n. 176432 del 30.03.2020).

3.3 I beni non sanitari – Attrezzature

L'Unità di Crisi Regionale ha richiesto alle Direzioni Aziendali di manifestare i fabbisogni delle attrezzature necessarie per la gestione dell'emergenza, coerentemente con l'evoluzione dei fabbisogni di posti letto.

I fabbisogni sono stati messi in relazione con le tipologie e i quantitativi di dispositivi individuati sia a livello nazionale, tramite procedure di gare pubbliche indette da CONSIP SPA, sia a livello regionale, ad integrazione alle procedure CONSIP sopra richiamate, al fine di soddisfare le esigenze espresse dalle Aziende.

Nella prima fase è stata curata l'attenzione e lo sviluppo delle seguenti attività nell'intero territorio regionale:

- Sviluppo di terapie intensive di coorte (con separazione fisica dei pazienti COVID-19), rese disponibili nel minor tempo possibile, sia attraverso l'immediata riallocazione interna dei pazienti secondo criteri clinici di appropriatezza, che tramite il trasferimento dei pazienti ospedalizzati negli Ospedali di supporto;
- Potenziamento dell'assistenza ventilatoria non invasiva;
- Attivazione progressiva dei posti letto aggiuntivi previsti nella seconda fase

L'eterogeneità e la varietà di prodotti richiesti è correlata all'attivazione ed al potenziamento dei percorsi assistenziali legati alle cure dei pazienti COVID-19 gravi da terapia intensiva e dei pazienti in condizioni non critiche nelle terapie sub intensive. Le richieste hanno riguardato:

- Aspiratori elettrici;
- Centrali di monitoraggio;
- Ecotomografi portatili;
- Elettrocardiografi;
- Monitor con centrale di monitoraggio;
- Monitor multiparametrici;
- Monitor multiparametrici da trasporto con possibilità di defibrillazione;
- Pompa infusione;
- Pompa peristaltica;
- Pompa siringa;
- Ventilatore CPAP;
- Ventilatore polmonare ad alta complessità per terapia intensiva (aria compressa);
- Ventilatore polmonare per terapia sub-intensiva (turbina)

In aggiunta si è proceduto a raccogliere i fabbisogni delle Aziende anche in relazione ai seguenti dispositivi medici:

- Tubi endotracheali;
- Caschi CPAP;
- Caschi NIV;
- Maschere “total face”;
- Laringoscopio;
- Kit accesso vascolare

Nelle fasi successive dell'emergenza, in relazione all'attivazione di nuovi posti letto di terapia intensiva e sub intensiva, si è proceduto costantemente al monitoraggio dei fabbisogni espressi dalle Aziende Sanitarie, che variano in relazione alle modalità di avanzamento dello stato emergenziale, e quindi in relazione alla ridefinizione/rimodulazione delle strutture presenti nell'organizzazione della rete COVID.

E' stata attivata anche una continua analisi delle consegne e delle successive assegnazioni delle forniture.

Si riporta, di seguito:

- a) il dettaglio delle attrezzature e dei dispositivi medici sopra citati forniti alla Regione Campania per il tramite della Struttura Commissariale (fonte dati sito ADA, dato estratto il 19.11.2020):
 - Ventilatori polmonari per terapia sub intensiva (turbina): 167;
 - Ventilatori polmonari ad alta complessità per terapia intensiva (aria compressa): 331;
 - Ventilatore CPAP: 10;
 - Pompa infusione: 245;
 - Monitor multiparametrici da trasporto con possibilità di defibrillazione: 258;
 - Monitor multiparametrici: 169;
- b) il numero di dispositivi medici ricevuti per il tramite della Struttura Commissariale (fonte dati sito ADA, dato estratto il 19.11.2020):
 - Tubi endotracheali: 10.758
 - Caschi CPAP: 621
 - Caschi NIV: 518
 - Maschere “total face” e oronasali da NIV: 5.404
 - Laringoscopio per laringoscopia indiretta: 240
 - Kit accesso vascolare: 13.900

Va inoltre evidenziato che, soprattutto nella prima fase e nelle prime settimane dell'emergenza, si è proceduto in autonomia all'acquisizione dei dispositivi, non compresi nelle gare CONSIP o non

prontamente disponibili, per il tramite della Struttura Commissariale, al fine di poter rispondere alle immediate esigenze delle Aziende Sanitarie. In particolare, si è proceduti all'acquisto in autonomia di:

- Letti degenza;
- Letti per terapia intensiva;
- Ventilatori polmonari per terapia sub intensiva;
- Monitor multiparametrici;
- Ecotomografi portatili;
- Pompe per nutrizione enterale;
- Elettrocardiografi;
- Barelle di biocontenimento;
- Massaggiatori cardiaci;
- Defibrillatori;
- Frigofarmaci;
- Aspiratori elettrici;
- Portatili radiologici

3.4 I servizi non sanitari

L'attivazione e il potenziamento dei percorsi assistenziali legati alla cura dei pazienti COVID, nei reparti di terapia intensiva e di terapia sub intensiva, nonché nei reparti di Pneumologia e di Malattie Infettive e all'interno di tutti i percorsi NO COVID di assistenza e supporto, ha reso necessario incrementare il fabbisogno di servizi non sanitari e i costi ad essi correlati.

A quanto sopra, occorre aggiungere gli interventi che si sono resi necessari per la gestione e l'accoglienza dei cittadini che necessitano di un'ospitalità protetta dovuta all'impossibilità di soggiornare presso il proprio domicilio secondo quanto previsto dalle *"Procedure per l'inserimento di cittadini e operatori in strutture alberghiere protette"* e per i quali è stata resa disponibile la residenza per l'isolamento covid19 nell'hotel annesso all'Ospedale del Mare.

I servizi per i quali si è maggiormente incrementato il fabbisogno sono

- Lavanderia;
- Pulizie (sanificazione);
- Mensa;
- Servizio Trasporti;

- Smaltimento rifiuti sanitari speciali;
- Servizi di trasporto, manutenzione e gestione degli impianti centralizzati dell'ossigeno;
- Altri servizi non sanitari da privato;
- Consulenze;
- Manutenzione e riparazione;
- Canoni di noleggio area non sanitaria.

3.5 Personale

In materia di reclutamento del personale da parte delle Aziende sanitarie del SSR, la Regione Campania già a partire dall'anno 2018, ha proceduto all'approvazione dei PTFP 2018/2020 e, nell'anno 2019, all'approvazione dei PTFP 2019/2021 delle Aziende Sanitarie della Campania, nel rispetto delle indicazioni fornite dal DM n. 70/2015, del limite di spesa del personale previsto dalla Legge n. 191/2009 (-1,4% del 2004) nonché del D.lgs. n. 161/2009 e dal DCA 67/2016.

A partire dal mese di marzo 2020, all'insorgere della pandemia di SARS-CoV-2, le Aziende del SSR sono state autorizzate al reclutamento del personale necessario per la gestione dell'emergenza a livello ospedaliero e territoriale nonché per l'attivazione di nuovi posti letto di Terapia Intensiva e per il potenziamento delle unità operative di Malattie Infettive, Pronto Soccorso, Pneumologia e Radiologia, anche in deroga ai PTFP approvati dalla Regione.

In particolare, le Aziende hanno proceduto ad arruolare le unità di personale necessarie attraverso le seguenti modalità di reclutamento:

- a) Immediato utilizzo di tutte le graduatorie concorsuali vigenti con assunzioni a tempo determinato e indeterminato, in anticipazione rispetto a quanto indicato nei PTFP già approvati;
- b) Rapporti libero professionali con personale delle professioni sanitarie e medici specializzandi, iscritti all'ultimo e al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione (ex art. 2 bis comma 1 L. 27/2020),
- c) Rapporti libero professionali con laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti agli ordini professionali (ex art. 2 bis comma 3 L. 27/2020);
- d) Rapporti libero professionali con personale medico e infermieristico collocato in quiescenza (ex art. 1 comma 5 L. 27/2020);
- e) Attivazione di avvisi pubblici per l'attribuzione di incarichi individuali a tempo determinato;
- f) Trattenimento in servizio di dirigenti medici e sanitari, nonché di personale del ruolo sanitario e di operatori sociosanitari, anche in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza (ex art. 12 D.L. 18 del 2020);

g) Ulteriori tipologie di rapporto di lavoro, quali ad es. comando, assegnazioni temporanee, Continuità assistenziale, ecc.

Le assunzioni di cui alle lettere b), c) e d), rientrando nelle previsioni di cui agli artt. 2 bis e 2 ter del D.L. n. 18/2020 convertito in L. 27/2020, oltre ad avere carattere temporaneo, non rientrano nel limite di spesa del personale come sancito dalla norma.

La Regione, al fine di monitorare puntualmente le assunzioni e i relativi costi per fronteggiare l'emergenza, ed in ottemperanza alle richieste ministeriali, rileva con cadenza settimanale lo stato delle procedure di assunzioni.

Alla data del 31.12.2020, risultano essere state assunte le figure riportate nella seguente tabella:

	Rapporti libero professionali	Incarichi individuali a tempo determinato	Assunzioni a tempo indeterminato	Altra tipologia contrattuale	Personale trattenuto in servizio ex art. 12 D.L. 18 del 2020	Totale
Medici	865	171	303	568	-	1.907
Infermieri	462	2.137	358	10	-	2.967
Comparto Sanitario	22	191	25	-	-	238
Dirigenza non medica	41	26	17	2	-	86
Tecnici	116	784	199	-	-	1.099
Comparto amministrati	16	17	9	-	-	42
Altra tipologia	1	-	-	-	2	3
Totale	1.523	3.326	911	580	2	6.342

In seguito alle disposizioni introdotte con il DL n. 34/2020 ed alle indicazioni pervenute con le linee guida del Ministero della Salute, inerenti la riorganizzazione ed il potenziamento delle reti di offerta assistenziale, con l'incremento strutturale dei posti letto di terapia intensiva e semi intensiva presso le strutture ed i presidi ospedalieri regionali, nonostante tutte le azioni messe in campo, sono state rilevate criticità per il reclutamento di medici per le seguenti discipline: Anestesia e rianimazione, Malattie apparato respiratorio, Malattie infettive e tropicali, Medicina chirurgia accettazione e urgenza.

Pertanto, sono state attivate, attraverso il Dipartimento della Protezione Civile, delle task force al fine di reclutare n. 600 Medici specializzati e n. 800 Infermieri. Ad oggi, tuttavia, ha avuto luogo un esiguo arruolamento di personale medico specializzato, pari a circa 30 unità, e di personale infermieristico, pari a circa 120 unità.

La Regione Campania con Delibera di Giunta Regionale n. 593 del 22/12/2020 ha approvato la nuova Metodologia di determinazione del fabbisogno di Personale del SSR Ospedaliero e territoriale.

Tale metodologia è stata sviluppata tenendo a riferimento:

- l'art. 6-ter, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come inserito dall'art. 4, comma 3, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, nonché dall'art. 1 della Legge 24 aprile 2020, n. 27 in materia di Linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale;

- l'art. 2 comma 71 L. 191 del 23/12/2009 e s.m.i. (tetto di spesa del personale pari a quello dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento);
- la L. 30 ottobre 2014, n. 161, in materia di durata massima dell'orario di lavoro e di riposo giornaliero;
- il Decreto Ministeriale n. 70 del 02/04/2015, avente ad oggetto "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- il metodo ministeriale per la determinazione del fabbisogno di personale ospedaliero del 13/12/2017;
- il DCA n. 103/2018, avente ad oggetto "Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015".

Infine, la metodologia tiene conto di quanto disposto con Delibera di Giunta Regionale n. 378 del 23/07/2020 avente ad oggetto "Adozione del Piano di riorganizzazione/Potenziamento delle attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania", la quale, alla luce della grave emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del virus Covid-19 ed in relazione alla quale il legislatore statale ha individuato una serie di misure di natura straordinaria, prevede l'incremento dei posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, al fine di garantire anche pluralità di soluzioni assistenziali.

Di seguito, si riporta uno schema di sintesi di quelli che, in base alla nuova metodologia in corso di completamento nonché alla luce delle riorganizzazioni strutturali emerse in occasione dell'emergenza COVID-19, rappresentano i fabbisogni minimi e massimi di cui la Regione Campania necessita.

RUOLO	FABBISOGNO REGIONE CAMPANIA	
	FTE MIN	FTE MAX
RUOLO SANITARIO	37.272	49.745
Dirigenti Medici	7.541	12.756
Dirigenti Sanitari	7.829	8.402
Personale del comparto area sanitaria	21.902	28.587
RUOLO TECNICO	10.075	13.523
Dirigenti	904	1.204
Personale del comparto area tecnica	9.171	12.319
RUOLO PROFESSIONALE	186	248
Dirigenti	28	37
Personale del comparto area professionale	158	211
RUOLO AMMINISTRATIVO	11.897	15.895
Dirigenti	1.785	2.384
Personale del comparto area amministrativo	10.112	13.511
TOTALE	59.430	79.411

- *Formazione*
- *Attivazione piattaforma regionale per l'erogazione di formazione, anche non ECM, in modalità FAD*

L'emergenza COVID-19 ha reso necessario e urgente la formazione di un elevato numero di professionisti sanitari in tempi brevi, tale urgenza ha sollecitato il sistema formativo sanitario regionale ad effettuare un rapido cambio culturale. Si è passati infatti dall'organizzazione di eventi formativi in presenza all'organizzazione di eventi formativi erogati da remoto. È diventato necessario ricorrere a tecnologie digitali che hanno consentito e consentono di realizzare eventi formativi a distanza, senza vincoli di spazio e di tempo, per realizzare il trasferimento tempestivo ed efficace delle informazioni scientifiche, ai professionisti della sanità.

- *Programmazione di attività di formazione per docenti/formatori/facilitatori*

La formazione a distanza, in tutte le sue declinazioni, si realizza attraverso l'impiego di tecnologie digitali audio-video. Questa circostanza impone l'acquisizione, da parte di tutti gli attori impegnati nella confezione del prodotto "evento formativo", di adeguate competenze che vanno dal corretto impiego delle piattaforme informatiche alle più efficaci tecniche di comunicazione.

- *Costituzione di un network bibliotecario tematico ed attivazione di canali per la diffusione rapida e lo scambio di informazioni e documenti tra i professionisti sanitari*

La situazione che si è venuta a creare con la diffusione del Covid 19, ha causato un rapido succedersi di eventi a cui era necessario fornire rapide risposte assistenziali. L'improvvisa comparsa di un patogeno sconosciuto in grado di esitare letalmente in modo veloce è stato il principale problema.

Fin dalle prime manifestazioni, le informazioni sul COVID-19 erano insufficienti con conseguente difficoltà di orientare le decisioni cliniche e la gestione assistenziale e logistica, sia per le persone sospette o confermate SARS-CoV-2 positive, sia per la gestione dell'assistenza ordinaria. Questa circostanza ha costituito una delle principali criticità per la gestione della stessa. È necessario avviare, in brevissimo tempo, canali di comunicazione e informazione scientifica che rendano fruibili sia le fonti informative ufficiali sia la letteratura scientifica aggiornata che via via si rende disponibile.

- *Individuazione di tematiche formative/di aggiornamento legate alla previsione e gestione di eventi pandemici, da inserire in modo permanente nei piani di formazione dei provider regionali*

In corso di realizzazione

- *Incentivazione della realizzazione di eventi formativi ECM sul campo (FSC) sia per il personale in servizio sia per personale di nuova assunzione in "tirocinio"., in relazione all'emergenza*

L'immediata cessazione degli eventi formativi in presenza, l'insufficiente conoscenza iniziale della COVID-19, il bisogno formativo emerso durante l'emergenza e le condizioni particolari in cui si è dovuto operare hanno reso evidente la necessità di creare rapidamente un'offerta di formazione che risultasse adeguata alle varie specialità a cui afferiscono gli operatori della salute. Questo contesto ha fatto emergere il bisogno di acquisire le conoscenze e competenze utili ad affrontare l'emergenza, al di fuori dell'aula. In tale contesto si è resa necessaria una evoluzione dei modelli di formazione e di comunicazione da attuarsi con attività sul campo" attuando il modello dell' "imparare facendo".

- *Corso di formazione di medicina generale*

L'Emergenza Covid 19 ha avuto un forte impatto anche nell'ambito formativo concernente il Corso di formazione in medicina generale, pertanto anche in tale ambito la regione ha messo in campo le seguenti azioni:

- Attivazione deroga alla norma relativa all'incompatibilità con il CFSMG con incarichi attribuiti nell'Area Assistenza Territoriale e riconoscimento delle ore svolte a valere del monte ore Attività Didattiche Pratiche dei corsi attivi;

- Organizzazione ed attivazione procedura d'urgenza per l'acquisizione di disponibilità in relazione ad esigenze sanitarie ed assistenziali conseguenti allo stato di Emergenza Covid 19 delle Aziende Sanitarie della Regione Campania;
- Sospensione delle Attività Didattiche Teoriche in presenza ed attivazione di piattaforma e-learning con seminari in webex per DaD;
- Sviluppo ed implementazione della piattaforma FAD;
- Predisposizione ed organizzazione di Sessione Straordinaria esame finale del CFSMG, nel mese di luglio 2020, con modalità on-line su piattaforma;
- Acquisizione disponibilità e realizzazione on-line delle procedure di accettazione ed assegnazione dei candidati utilmente collocati nelle graduatorie del CFSMG 2019/2022, iniziato in Regione Campania il 29/09/2020.

4. La revisione temporanea delle reti assistenziali - La rete 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 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 di porre 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.

Un'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.

La Regione Campania ha adottato il proprio piano di assistenza territoriale con la Delibera di Giunta Regionale 475 del 3 novembre 2020.

Il Piano di organizzazione dell'assistenza territoriale 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 a fronteggiare tutte le possibili situazioni determinate dalla gestione dei pazienti a diversi livelli di gravità.

In particolare il piano prevede:

- potenziamento delle attività di contact tracing e sorveglianza attiva dei Dipartimenti di Prevenzione
- potenziamento e organizzazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziali (USCA)
- potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata
- ruolo delle Centrali Operative Territoriali e Centrale Operativa Regionale
- potenziamento del sistema di assistenza primaria
- ruolo dei servizi farmaceutici e delle farmacie nel potenziamento dell'attività di Assistenza Farmaceutica e distribuzione dei Dispositivi Medici

4.1 La sorveglianza epidemiologica

Nella prima fase dell'emergenza, a partire dal mese di aprile 2020 e con successivi aggiornamenti, al fine di potenziare la sorveglianza epidemiologica e virologica e dare immediata attuazione delle prime disposizioni nazionali per la gestione e la sorveglianza dei casi sospetti di infezione da virus SARS-CoV-2, la Regione si è dotata 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, con i seguenti obiettivi:

- contenere e stabilizzare la diffusione dell'epidemia;
- garantire un capillare controllo del territorio;
- garantire l'uniformità delle attività su tutto il territorio campano attraverso un coordinamento unico;
- 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.);
- attuare il monitoraggio di specifiche categorie di lavoratori (attività commerciali di beni di prima necessità, terzo settore, operatori ecologici, amministrazioni comunali);
- favorire condizioni di sicurezza sanitaria per la graduale ripresa delle attività economiche;
- favorire la pratica delle attività assistenziali "in sicurezza" durante la fase emergenziale.

In particolare:

A) nella fase 1 di avvio dell'emergenza, è stata potenziata la sorveglianza epidemiologica e virologica con immediata attuazione delle prime disposizioni nazionali per la gestione e la sorveglianza dei casi sospetti di infezione da virus SARS-CoV-2:

- la Direzione Generale della Tutela della Salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale ha emanato il "Protocollo operativo identificazione/gestione dei casi sospetti e accertati di infezione da Coronavirus (2019-nCoV)", trasmesso a tutte le strutture interessate del SSR e contenenti, tra l'altro, i percorsi e le indicazioni operative per la gestione dei casi sospetti/confermati, le misure di Infection Control per gli operatori sanitari e le misure di sorveglianza sanitaria dei casi confermati e dei contatti stretti di caso con (nota 80153 del 6/2/2020). Il protocollo è stato condiviso con tutti i Direttori Sanitari, i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione ed i responsabili delle strutture di Epidemiologia delle AASSL-AORN e AOU;
- il Presidente della Giunta Regionale della Campania ha emanato l'ordinanza n. 1° del 24 Febbraio 2020 con la quale sono state emanate le "Misure organizzative volte al contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica derivante da Covid 19" indirizzate ai Direttori Generali di AASSLL, AAOORN, IRCSS e AAOOUU, ai Sindaci della Regione Campania ed ai Dirigenti Scolastici che hanno confermato ed ampliato il campo d'azione del Protocollo operativo sopra citato;
- in data 5 febbraio 2020 è stato istituito un numero verde regionale (800.90.96.99) raggiungibile in fascia oraria 8-20, per fornire informazioni sul Coronavirus ai cittadini;
- ai Dipartimenti di Prevenzione della AASSL ed alle AAOORN e AOU sono stati forniti indirizzi in merito ai criteri e alle procedure per la conduzione delle indagini epidemiologiche, per le attività di contact tracing, per l'isolamento/quarantena e per la sorveglianza sanitaria dei casi e dei contatti;
- state fornite indicazioni emergenziali riguardanti le attività necroscopiche, il settore funebre, cimiteriale e di cremazione; parimenti sono state fornite indicazioni relativamente ad aspetti riguardanti la salute e sicurezza sul lavoro, la sicurezza alimentare e la sanità veterinaria (note n PG/2020/0169261 - 21347 e 224601)

B) Nella fase 2 sono state diramate, in attuazione delle disposizioni nazionali, le indicazioni emergenziali prodotte dall'Istituto Superiore di Sanità (Rapporto ISS Covid-19) su aspetti di natura igienico-sanitaria riguardanti, la gestione dei rifiuti di soggetti in isolamento domiciliare (comunicazione e-mail a Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione, dei SISP e dei Servizi di Epidemiologia delle AASSLL);

C) Nella fase 3, sono state fornite:

- “raccomandazioni operative per la gestione e contenimento infezioni da Covid 19 in strutture residenziali (nota Prot. n. 167706 del 18/03/2020);
- indicazioni alle ASL rispetto agli adempimenti legati all’ambito della sicurezza alimentare e sanità veterinaria.

Dal 4 maggio 2020, è stata avviata la fase di “transizione iniziale dell’epidemia” caratterizzata dalla rimodulazione e allentamento delle misure di distanziamento. Come indicato dal Decreto del Ministro della Salute 30/04/2020, questa fase presuppone “il rafforzamento di 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”. Pertanto:

- la Direzione Generale Tutela della Salute ha dato indicazioni per la ripartenza delle attività di elezione e di specialistica ambulatoriale nelle strutture ospedaliere, ivi compresi le prestazioni di I livello degli screening oncologici di popolazione (prot. n.207716 del 28/04/2020);
- la Direzione Generale Tutela della Salute sono stata, inoltre, divulgate le misure per la prevenzione del contagio da Sars Cov 2 (Nuova fase) per le attività residenziali a carattere sociosanitario (RSA, SUAP, Hospice) (nota n. 260863/2020);
- sono state fornite disposizioni in merito alla campagna di vaccinazione antinfluenzale e al programma di vaccinazione anti-pneumococcica per la stagione 2020-2021 (nota n. 364644/2020).

4.2 La campagna per la vaccinazione antinfluenzale

Con l’emergenza epidemica in corso, tenuto conto che i sintomi da SARS-CoV-2 e da influenza stagionale sono simili, è stato necessario rafforzare le misure volte a migliorare la capacità del Sistema Sanitario di rispondere a un’eventuale situazione di crisi anche attraverso l’organizzazione ed il potenziamento della Campagna vaccinale antinfluenzale che ogni anno la regione intraprende.

Pertanto, il 1° ottobre 2020, con circa un mese di anticipo rispetto alle stagioni precedenti, si è dato avvio alla campagna di vaccinazione 2020/2021.

A partire dal 1° ottobre il vaccino è stato consegnato alle AA.SS.LL., secondo i fabbisogni dalle stesse indicati agli uffici preposti della Regione. Le AA.SS.LL. si sono impegnate a distribuirlo ai dipartimenti di prevenzione e ai servizi farmaceutici aziendali che lo hanno smistato ai distretti sanitari aziendali, alle aziende ospedaliere, alle aziende ospedaliere universitarie e ai servizi

territoriali. I distretti sanitari hanno provveduto alla distribuzione presso MMG e PLS, centri vaccinali, RSA e ADI

L'obiettivo è stato quello di:

- garantire il vaccino, in maniera prioritaria, alle persone di età ≥ 65 anni, alle persone con patologie croniche di qualsiasi età che presentano un aumentato rischio di complicanze secondarie all'influenza e agli operatori sanitari;
- estendere, per la stagione 2020/2021, l'offerta attiva e gratuita del vaccino antinfluenzale ai bambini di età compresa tra 6 mesi e 6 anni e alle persone di età ≥ 60 anni;
- prevedere la somministrazione a domicilio per i soggetti allettati o disabili con difficoltà a raggiungere le sedi ambulatoriali anche nell'ambito dei programmi di ADI o ADP;
- fornire il vaccino per i soggetti residenti o ricoverati in strutture sociosanitarie stabilendo che la somministrazione sia a cura del personale sanitario ivi operante.

Per le persone che non rientrano nelle categorie a rischio, laddove il medico curante e/o il Pediatra di Libera Scelta lo ritenga opportuno, dal 4 novembre 2020 il vaccino è stato reso disponibile, con pagamento da parte dell'assistito, presso le farmacie pubbliche e private convenzionate.

In accordo con le indicazioni nazionali, la Regione ha individuato nel 75% l'obiettivo minimo perseguibile di copertura da raggiungere (valore previsto anche dagli adempimenti LEA) e nel 95% l'obiettivo ottimale.

Per evitare il rischio di trovarsi con scorte insufficienti di vaccini, al fine di avviare tempestivamente la gara per l'approvvigionamento, la Direzione Generale della Salute ha richiesto, già nel mese di aprile alle Aziende Sanitarie Locali, una stima aggiornata del fabbisogno per la stagione 2020/2021. Le ASL hanno dato riscontro, come da seguente prospetto:

AZIENDE	FLUAD	FLUARIX	FLUCELVAX	EFUELDA/FLUZONE	TOTALE
	ANZIANI OVER 65	PZ CRONICI BAMBINI POPOLAZIONE 65-74 ANNI SENZA PATOLOGIE CONCOMITANTI	OPERATORI SANITARI	RSA	
ASL NAPOLI 1 CENTRO	140.000	111.100	8.000	840	259.940
ASL NAPOLI 2 NORD	110.000	116.461	21.700	840	249.001
ASL NAPOLI 3 SUD	78.000	216.000	2.400	840	297.240
ASL CE	68.000	151.100	2.400	840	222.340
ASL SA	140.000	140.000	5.000	840	285.840
ASL AV	25.000	87.504	5.000	450	117.954
ASL BN	18.000	75.000	1.000	350	94.350
AO COLLI	500	2.000	0	0	2500
AO CARDARELLI	0	0	3.895	0	3.895
AO SANTOBONO	100	1.300	100	0	1.500
AOU VANVITELLI	0	0	100	0	100
AOU FEDERICO II	100	100	2.900	0	3.100
IRCSS PASCALE	0	0	1.025	0	1.025
AO SANT'ANNA	0	0	300	0	300
AO RUGGI	300	540	530	0	1.370
AO MOSCATI	0	0	0	0	0
AO SAN PIO	0	650	0	0	650
TOTALI ASL	580.000	901.755	54.350	5000	1.541.105

I vaccini acquistati sono i seguenti: Fluad® (anziani over 65); Flucelvax Tetra® (operatori sanitari) e Fluarix Tetra® (pazienti cronici e bambini).

Inoltre, è stato aggiudicato un quantitativo di 5.000 dosi di Efluelda® (vaccino antinfluenzale quadrivalente, 60 µg, ad alte dosi) da destinare esclusivamente alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Per un totale di 1.608.431 dosi di vaccino antinfluenzale acquistate.

Il monitoraggio continuo di tutte le attività vaccinali è garantito dalla piattaforma regionale AVR (Anagrafe Vaccinale Regionale) che dialoga con tutte le Aziende sanitarie e con i singoli medici oltre che con l'Anagrafe Vaccinale Nazionale (AVN).

I vaccini sono stati così distribuiti:

AZIENDA	MMG	PLS	Operatori Sanitari
ASL AVELLINO	102.912	8.162	4.996
ASL BENEVENTO	78.540	7.010	630
ASL SALERNO	233.949	27.526	5.065
ASL CASERTA	170.453	33.099	3.060

ASL NAPOLI1 CENTRO	171.737	6.488	10.808
ASL NAPOLI2 NORD	185.548	13.700	2.431
ASL NAPOLI3 SUD	198.799	30.500	4.590
TOTALI	1.141.938	126.485	31.580

4.3 La rete CORONET LAB Campania

Nel mese di aprile l'Unità di Crisi Regionale ha approvato il "Piano Regionale per lo Screening di sorveglianza Covid 19 in Regione Campania", con il quale è stata istituita la rete Coronet Lab per la diagnostica molecolare dei tamponi Covid 19 (nota Unità di crisi prot. n. 2043 del 23.04.2020) che, anche in ragione delle integrazioni che si sono rese di volta in volta necessarie in ragione della crescita di domanda è risultata formata dai seguenti laboratori pubblici da successivamente integrata con note della Direzione Generale Tutela della salute e formata dai seguenti laboratori pubblici:

- Azienda Universitaria Ospedaliera "Federico II"
- Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno
- CEINGE
- AORN BN
- ASL Napoli 3 Sud
- ASL Napoli 1 Centro
- BIOGEM
- AORN CE
- ASL CE Marcianise
- ASL CE Aversa
- Azienda Universitaria Ospedaliera "Ruggi"
- Ospedale Cardarelli
- AORN "dei Colli" (Cotugno)
- ASL Salerno
- AORN AV
- Azienda Universitaria Ospedaliera "Vanvitelli"

Ancora in ragione della costante crescente domanda di test nel mese di maggio, sono state emanate dall'Unità di crisi regionale ulteriori disposizioni relative all'effettuazione dei tamponi molecolari e test sierologici e nello, specifico, si è disposto di estendere l'effettuazione dei tamponi molecolari, in caso

di necessità e su richiesta del SSR, ai laboratori privati accreditati individuati mediante indagine di mercato di So.Re.Sa.spa con (nota prot. n.2287 del 14.05.2020 dell'Unità di Crisi Regionale).

Nel mese di settembre, in considerazione della crescente esigenza di effettuare lo screening degli operatori sanitari e della popolazione esposta, l'Unità di Crisi Regionale, con nota prot. n. 2660 del 03.09.2020, ha disposto:

- che le Case di Cura con laboratorio con settore specializzato di microbiologia o virologia possono effettuare test molecolari per Sars-Cov-2 in favore di dipendenti e pazienti; le medesime, se non in possesso del laboratorio autorizzato, possono convenzionarsi con laboratori convenzionati autorizzati o con un laboratorio della rete Coronet Lab. Gli oneri saranno a carico del SSR;
- che i laboratori privati accreditati per il settore di microbiologia e/o virologia possono erogare test molecolari per Sars-Cov-2 in favore di aziende private su proposta del medico competente senza oneri a carico del SSR;

La Direzione Generale Tutela della Salute, con la nota prot. n. 2660 del 03.09.2020, avente ad oggetto "Test molecolari per Sars Cov-2 Laboratori privati accreditati-Circolare operativa", sentite le Associazioni di categoria, ha emanato le seguenti procedure operative:

- esclusivamente i laboratori privati accreditati con i settori specializzati A2 (Microbiologia e Sieroimmunologia), A4 (Virologia) e A6 (Genetica), già autorizzati ai sensi della 7301/2001, possono effettuare analisi con PCR "Amplificatore delle catene genetiche" e quindi idonei ad effettuare test molecolari mediante tampone nasofaringei;
- i suddetti laboratori privati accreditati possono processare i tamponi nasofaringei nei confronti di società private operanti nei vari ambiti della realtà campana e non per persone fisiche, senza oneri a carico del SSR;
- i suddetti laboratori privati accreditati hanno l'obbligo di inserire i risultati nella piattaforma informativa predisposta dalla Regione Campania a cadenza giornaliera ed entro le ore 24 di ogni giorno lavorativo
- la mancata o intempestiva comunicazione degli esiti comporterà al primo accertamento la diffida scritta a cura dell'ASL competente; al secondo la sospensione per 15 giorni dell'accreditamento; al terzo la proposta di revoca dell'accreditamento alla regione da parte dell'ASL competente.

Alla luce dell'evoluzione della curva epidemiologica registrata nel mese di ottobre l'Unità di crisi (con nota 2748 del 07.10.2020) ha ritenuto di dover potenziare le attività di contact tracing, disponendo

che: *“I laboratori privati accreditati, ovvero i laboratori di analisi con settori specializzati di genetica (A6) Virologia (A4) e Microbiologia e Sieroimmunologia (A2), già autorizzati ai sensi della DGRC n. 7301/2001 ad effettuare analisi con PCR a mezzo “Amplificatore delle catene genetiche” in possesso di strumentazione idonea a processare secondo metodica CPR, possono processare tamponi nasofaringei nei confronti di persone fisiche senza oneri a carico del SSR”.*

4.4 L’assistenza primaria

La Regione Campania già prima dell’emergenza COVID-19 ha intrapreso 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.

È apparso evidente, dunque, come l’organizzazione delle cure primarie dovesse 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 stato il razionale della transizione da una logica individuale ad una logica organica, da un’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 Piano ha previsto la ridefinizione del ruolo del MMG all’interno delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e, dunque, all’interno di un modello di equipe, non più come attività di un singolo professionista. Il modello di AFT adottato prevede che, seguendo la logica dell’aggregazione funzionale, essa possa essere organizzata 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 prevista, inoltre, la possibilità di individuare un’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 ha inteso pertanto 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).

Di seguito, il numero di AFT programmate per ASL:

ASL	AFT programmate
Avellino	12
Benevento	10
Caserta	24
Napoli 1 centro	31
Napoli 2 nord	29
Napoli 3 sud	30
Salerno	45
Regione	181

Ai fini del potenziamento dell'assistenza primaria, 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.

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 s'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 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.

La riorganizzazione e il potenziamento delle cure primarie è più che mai essenziale nel corso di diffusione di una patologia quale quella da Covid-19 nella gestione della quale i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta possono rivestire un ruolo fondamentale.

Di seguito due provvedimenti che attengono ad attività nelle quali si esplica tale fondamentale ruolo.

4.5 Il ruolo della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta nell’effettuazione dei tamponi antigenici rapidi per la ricerca di SARS-CoV-2: gli Accordi Integrativi Regionali

In attuazione a quanto previsto dagli Accordi Collettivi Nazionali stralcio per i rapporti con la medicina generale e la pediatria di libera scelta, approvati in Conferenza Stato Regioni del 30.10.2020 (rep. N. 177/CSR), la Regione Campania ha approvato i relativi Accordi Integrativi Regionali (AIR), per definire le modalità attuative di quanto normato all’articolo 3 dell’ACN dei MMG e all’articolo 4 dell’ACN dei PLS, ossia l’integrazione dei compiti di MMG e PLS con le attività di effettuazione di

tamponi antigenici rapidi o di altro test di sovrapponibile capacità diagnostica, di concerto ed in collaborazione con i Dipartimenti di Sanità Pubblica/Igiene e Prevenzione.

I rispettivi AIR sono stati approvati in sede di Delegazione trattante per la medicina generale il 17 novembre 2020 e in sede di Comitato regionale per la pediatria di libera scelta il 24 novembre 2020.

Il coinvolgimento dei MMG e dei PLS in Regione Campania ha l'obiettivo di andare a potenziare la rete di sorveglianza epidemiologica, che vede coinvolti i Dipartimenti di Prevenzione e i laboratori privati, al fine di contrastare e contenere la diffusione di SARS-CoV-2, intervenendo precocemente nell'identificazione dei casi.

I protocolli operativi approvati dagli Accordi definiscono le modalità attuative per l'effettuazione dei tamponi nell'ambito delle attività delle AA.FF.TT. per la medicina generale e nell'ambito delle forme organizzative della pediatria.

L'accesso è possibile previo triage telefonico, per le categorie di soggetti individuate dagli ACN stralcio del 30.10.2020:

- a) contatti stretti asintomatici individuati dal medico oppure individuati e segnalati dal Dipartimento di Prevenzione in attesa di tampone rapido;
- b) caso sospetto di contatto che il medico si trova a dover visitare e che decide di sottoporre a test rapido;
- c) contatti stretti asintomatici allo scadere dei 10 giorni di isolamento identificati in base ad una lista trasmessa dal Dipartimento di Sanità Pubblica/Igiene e Prevenzione al medico.

I MMG/PLS possono effettuare i tamponi in strutture individuate dalle AA.FF.TT. o dalle forme organizzative della pediatria oppure in strutture messe a disposizione dall'ASL di riferimento, tra cui anche strutture dei Comuni o della Protezione Civile.

I medici effettuano, dunque, il tampone e rilasciano certificato al soggetto. Tutte le azioni sono registrate in piattaforma regionale e-COVID SINFONIA, consentendo anche il raccordo diretto con i Dipartimenti di Prevenzione.

La fornitura dei tamponi antigenici rapidi è assicurata ai medici dal Commissario per l'emergenza CoViD-19 unitamente ai necessari Dispositivi di Protezione Individuale (mascherine, visiere e camici), ai sensi degli ACN stralcio.

4.6 Il ruolo dei MMG nelle attività di prevenzione primaria: le vaccinazioni antinfluenzali

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: 1. popolazione bersaglio; 2. avvio e durata della campagna vaccinale; 3. tempistica e modulistica per la richiesta dei vaccini disponibili in Regione; 4. 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 redistribuire 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.

4.7 Elementi di potenziamento delle attività di assistenza primaria: 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. Infatti, 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.

L'infermiere di famiglia o di comunità:

- 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

Di seguito si riporta la 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 programmato
-----	------------------------------------	---------------------------

Avellino	423.926	66
Benevento	274.080	78
Caserta	922.171	148
Napoli 1 centro	976.763	156
Napoli 2 nord	1.045.457	167
Napoli 3 sud	1.060.685	170
Salerno	1.092.779	175
Regione	5.785.861	960

4.8 Le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)

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.

Con la suddetta nota, l'Unità di Crisi ha affidato il coordinamento delle attività delle USCA ai Servizi di Epidemiologia e Prevenzione (SEP) delle singole Aziende, assegnando, di fatto, le USCA a supporto dei Dipartimenti di Prevenzione.

L'attuale scenario epidemiologico e il relativo *burden* di malattia hanno sovraccaricato in modo significativo i Dipartimenti di Prevenzione che, nelle ultime settimane, si trovano a gestire un numero considerevole di casi e contatti CoViD-19.

Si è reso, dunque, necessario rafforzare l'azione di risposta assistenziale territoriale, coinvolgendo il Distretto con la finalità di realizzare un elevato livello di integrazione tra i vari attori del sistema, trasferendo il coordinamento delle attività delle USCA dal Dipartimento di Prevenzione ai Distretti, in modo da creare un modello di integrazione tra tutte le figure territoriali riferibili alle attività assistenziali CoViD-dedicate (USCA, medicina generale/pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale) e il Dipartimento di Prevenzione.

Il coordinamento delle USCA è stato, pertanto, affidato all'Unità Operativa di Cure Primarie del Distretto di Competenza in accordo con la Direzione Distrettuale.

Le USCA sono attive presso sedi della Continuità Assistenziale già esistenti, sette giorni su sette, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e le loro attività si articolano su **due linee di azione**:

- a. sorveglianza e gestione domiciliare dei casi CoViD-19: le USCA garantiscono l'assistenza al domicilio dei pazienti affetti da CoViD-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, effettuando anche il relativo monitoraggio e la somministrazione di terapie a domicilio;
- b. effettuazione dei tamponi (antigenici e molecolari).

Nel nuovo protocollo operativo delle USCA, inoltre, è previsto che i MMG/PLS possano attivare direttamente le USCA mediante compilazione della scheda triage sulla piattaforma e-COVID SINFONIA.

Per favorire l'integrazione con i MMG e i PLS, fermo restando lo standard di una USCA ogni 50.000 abitanti, ogni Distretto – attraverso l'Unità Operativa di Cure Primarie - individua sottoambiti specifici, definendo i collegamenti tra USCA e AFT dei MMG (fino a un massimo di 3 AFT per USCA) e tra USCA e PLS (fino a un massimo di 7 PLS per USCA).

Ogni AFT, pertanto, ha la propria USCA di riferimento e ciascuna Unità Operativa di Cure Primarie è tenuta ad individuare esattamente l'afferenza di ciascuna AFT ad un'unica USCA, prevedendo che ad uno stesso gruppo di MMG/PLS possa essere collegato sempre uno stesso medico dell'USCA. Ciò per consentire che i MMG/PLS sappiano a quale medico potersi rivolgere per i propri pazienti, in modo da stabilire una reale collaborazione e coordinamento delle attività.

Ogni USCA deve essere organizzata in modo da avere:

- medici* (*ex art. 4-bis DL n. 18 del 17/03/2020*);
- infermieri (*ex art. 1 comma 5 DL n. 34 del 19/05/2020*);
- medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni (*ex art. 1 comma 6 DL n. 34 del 19/05/2020*), laddove indicato sulla base di esigenze clinico assistenziali relative ai pazienti CoViD seguiti;
- assistenti sociali (*ex art. 1 comma 7 DL n. 34 del 19/05/2020*) laddove necessario in base al contesto sociosanitario individuato dal MMG/PLS o dagli stessi professionisti operanti nelle USCA.

In riferimento al personale medico - come da nota dell'Unità di Crisi UC/2020/0001128 del 27 marzo 2020, che ha recepito l'accordo raggiunto in Comitato ex art. 24 dell'ACN della medicina generale del 17 marzo 2020 - possono far parte delle USCA:

- i medici titolari e i sostituti di Continuità Assistenziale;
- i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina regionale;

- medici di assistenza primaria non titolari di incarico;
- i medici titolari e sostituti di emergenza territoriale;
- i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza.

Ogni USCA deve avere, per ogni turno di lavoro, almeno 2 medici, in modo da consentire tutte le attività relative alle due linee di azione già descritte. Tale dotazione di organico va necessariamente incrementata in modo proporzionale al numero di AFT/PLS collegato alla singola USCA.

Oltre ai medici specialisti che possono già far parte del personale delle USCA, ogni USCA può attivare, per il tramite del coordinatore (Direttore UOC Cure Primarie del Distretto di riferimento), su base volontaria, ulteriori attività di consulenza specialistica da parte degli Specialista Ambulatoriali del Distretto.

Il raccordo tra MMG/PLS, Specialista Ambulatoriale e medico USCA è azione imprescindibile per poter garantire una reale presa in carico dei pazienti domiciliari ed è proprio questo il razionale di stabilire una corrispondenza univoca MMG/PLS – USCA.

Tutte le attività effettuate dalle USCA, sia di effettuazione tamponi che di terapia domiciliare o sorveglianza di pazienti CoViD, devono necessariamente essere registrate in piattaforma regionale. Il monitoraggio delle attività verrà effettuato attraverso l'estrazione di report specifici dalla piattaforma e-CoViD SINFONIA; solo le attività registrate in piattaforma saranno considerate valide e certificate, ai fini del monitoraggio ufficiale.

Di seguito si riporta il numero di USCA attivate

Azienda	N° di USCA attivate
ASL AVELLINO	5
ASL BENEVENTO	17
ASL CASERTA	15
ASL NAPOLI 1	25
ASL NAPOLI 2	21
ASL NAPOLI 3	16
ASL SALERNO	19
Totale	118

4.9 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 possa meglio rispondere ai bisogni socioassistenziali 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, approvato con Decreto Commissario ad Acta n.191/2016, n.192/2016 e Decreto Dirigenziale di Affidamento alla So.Re.Sa. n.190/2018, in quanto 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, 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 appare opportuno indicare anche un'ulteriore tipologia di persone verso cui indirizzare servizi in telemedicina in corso di emergenza COVID-19 ossia i pazienti affetti da patologie croniche o che richiedano trattamenti di lungo periodo e le persone affette da malattie rare e condizioni di fragilità che richiedono costanti contatti con le strutture sanitarie e gli operatori sanitari di riferimento,

nonché persone che necessitano di particolare assistenza e/o supporto non ospedalieri, ma non differibili.

4.10 Specialistica ambulatoriale

Durante l'emergenza COVID-19, in relazione alla necessità di attuare le più rigorose misure relative al distanziamento sociale, con le note nel mese di aprile è stata disposta la sospensione delle attività ambulatoriali presso i presidi ospedalieri e territoriali, pubblici e privati accreditati, ad eccezione delle prestazioni ambulatoriali recanti motivazioni di urgenza e le prestazioni ginecologiche ed ostetriche individuate come indifferibili dalla nota di chiarimento della Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute alle "Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza COVID-19".

Dal 4 maggio in riferimento all'andamento epidemiologico dell'epidemia in considerazione, soprattutto, della necessità di garantire alle fasce più fragili della popolazione, le attività relative alle prestazioni della medicina specialistica ambulatoriale sono state riavviate prevedendo l'applicazione di misure delle misure per la prevenzione dei rischi e il contenimento dell'infezione da SARS-CoV-2. il contenimento dell'infezione da COVID -19.

La ripresa dell'attività specialistica è avvenuta in modo graduale attraverso un notevole impegno organizzativo da parte delle Aziende che devono garantire la massima sicurezza dei cittadini, devono erogare le prestazioni specialistiche prenotate e programmare le prestazioni, prenotate ma non erogate nel periodo di massima emergenza epidemiologica, comprese quelle relative agli screening oncologici.

In considerazione del nuovo scenario determinato dall'epidemia dal mese di ottobre che esercita pressione sui reparti ospedalieri e determina la necessità di garantire la disponibilità di un numero di posti letto congruo a garantire l'assistenza ai soggetti è reso necessario procedere a far data dal 18.10.2020 ad una nuova sospensione dei ricoveri programmati sia medici che chirurgici e delle attività ambulatoriali presso le strutture pubbliche con le eccezioni delle prestazioni con carattere d'urgenza.

4.11 Le strutture residenziali

Relativamente alle attività residenziali extraospedaliere a carattere sociosanitario (RSA, HOSPICE, SUAP), con nota prot. 167706 del 18.03.2020 sono state emanate le "raccomandazioni operative per la gestione e il contenimento da infezione da COVID-19 in strutture residenziali". Nelle raccomandazioni sono state richiamate, oltre alle misure preventive di cui alla normativa nazionale

e regionale, anche le indicazioni del Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e controllo infezioni dell'Istituto Superiore di Sanità:

La nota fornisce indicazioni per la gestione delle attività di monitoraggio e sorveglianza per la prevenzione del contagio, del personale, delle visite dei familiari, dei ricoveri e delle dimissioni protette.

Con nota 260863 del 04.06.2020 le disposizioni diramate sono state poi richiamate.

5. La revisione temporanea delle reti assistenziali – La rete ospedaliera

5.1 Il potenziamento dell'offerta di posti letto COVID

Il "Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015", di cui al DCA 103/2018, prevede una dotazione di posti letto pari a 19.841 pl acuti (3,6 PL per 1.000 abitanti – popolazione "pesata"), di cui 16.191 per acuti (2,90 PL x 1.000) e 3.650 posti letto post-acuzie (0,7 PL x 1.000 abitanti).

L'intero sistema ospedaliero è strutturato come organizzazione a rete HUB e Spoke, dove le Aziende Ospedaliere, quali HUB, costituiscono i grandi nodi di Riferimento regionale sia per il sistema dell'emergenza-urgenza (reti tempo dipendenti), che per le reti specialistiche per patologia, inclusa l'alta specialità e le attività assistenziali ad alta e media intensità di cura.

La prima fase emergenziale della pandemia SARSCoV-2 è stata gestita attraverso la flessibilità e la rapida conversione della rete ospedaliera realizzando diversi modelli di riferimento e segnatamente:

- l'individuazione di presidi ospedalieri a destinazione e trattamento esclusivo di patologie COVID-19 connesse;
- la riconversione parziale di strutture ospedaliere, ovvero di interi padiglioni, esclusivamente dedicati alla gestione di patologie COVID-19 con separazione dei percorsi;
- la riconversione di unità operative di degenza in reparti COVID-19 a media o alta intensità di cure, ovvero in terapie semi intensive e terapie intensive con idonea separazione dei percorsi;
- l'allestimento di tende quali strutture mobili, soprattutto ai fini dell'implementazione e diversificazione delle aree di pre-triage e triage;
- la realizzazione, quale intervento urgente presso tre ospedali regionali, di strutture modulari dotate di posti letto ad alta intensità di cura.

Inoltre, a far data dal 12.03.2020 e sino al 06.04.2020 è stata disposta la sospensione dei ricoveri programmati sia medici che chirurgici, presso le Strutture ospedaliere pubbliche, private accreditate e gli Ospedali classificati (v. nota prot. 159680 del 12.03.2020 della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale). Da tale sospensione sono stati esclusi i ricoveri recanti motivi di urgenza, nonché quelli di dialisi, di radioterapia e oncologici – chemioterapici. Il ripristino, subordinato al rispetto delle misure da garantire per la prevenzione del rischio infettivologico, in regime di elezione dei ricoveri, medici e chirurgici, è stato fissato con decorrenza 04.05.2020.

Al fine di rendere strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza ospedaliera legata all'emergenza COVID 19, ai suoi esiti e ad eventuali accrescimenti improvvisi della curva epidemica nonché ad eventuali ulteriori emergenze epidemiche, con DGRC 304 del 16/6/2020, integrata ed aggiornata con DGR 378 del 23/7/2020, la Regione Campania ha adottato il "Piano di riorganizzazione e potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree ad alta intensità" ai sensi dell'art 2 del decreto legge 19 maggio 2020 n. 34 convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020 n. 77, che ha definito il nuovo assetto della rete regionale temporaneamente dedicata al COVID.

Nel Piano di potenziamento è riportato l'elenco delle Aziende sanitarie rientranti nella rete COVID-19 temporanea, con la individuazione degli Ospedali o Padiglioni Ospedalieri o Strutture Modulari dedicati esclusivamente a tale funzione e dei relativi posti di terapia intensiva, semintensiva e di degenza COVID-19.

Nello specifico, il Piano prevede un potenziamento in termini di posti letto, tecnologie, risorse umane, nonché interventi strutturali ed impiantistici, finalizzato a migliorare e qualificare la capacità di offerta assistenziale tale da potersi integrare con l'assetto della rete ospedaliera già definito ed approvato dai Ministeri affiancanti con il DCA 103 del 28/12/2018 e che sulla base di un modello organizzativo altamente flessibile in funzione dell'andamento epidemiologico, continui a garantire nel breve e medio termine una adeguata risposta all'attuale pandemia da COVID-19.

Per quanto attiene al potenziamento dei posti letto di terapia Intensiva, col predetto è stato programmato un incremento di posti letto che determina a livello regionale un totale di 834 unità, rispetto ai 621 posti letto programmati dal DCA 103/2020, con una dotazione omogena sul territorio regionale pari a 0,14 per mille abitanti, ivi compreso l'adeguamento dei posti letto di terapia intensiva nel centro Hub pediatrico.

Nel fabbisogno programmato e strutturale dei posti letto di terapia intensiva è stata pienamente inserita la dotazione complessiva di posti letto delle strutture modulari, di 120 pl, realizzate in tre

province della Regione Campania e precisamente Napoli, Caserta e Salerno, allo scopo di fronteggiare la prima fase dell'epidemia, nonché eventuali e ulteriori picchi della curva epidemica. A differenza delle soluzioni mobili, che rappresentano interventi di natura temporanea, le Strutture Modulari costituiscono, infatti, un intervento di lunga durata e di alto livello, con posti letto specializzati ad alta intensità di cura. Pertanto, rappresentano un'importante quota di posti letto di terapia intensiva che, quindi, a pieno titolo dovranno soddisfare la domanda assistenziale di alta intensità di cura.

Per quanto riguarda il potenziamento di posti letto di terapia semintensiva, è stato previsto un processo di riqualificazione di posti letto di area medica, quantificata per ciascuna azienda, prevedendo una dotazione regionale di posti letto nella misura pari allo 0,007%, calcolato sulla popolazione residente, pari a 406 posti letto, diversamente modulati per intensità e tipologie di cure che possano rispondere a qualunque tipologia di paziente critico, con necessità di assistenza respiratoria non invasiva, ma anche a pazienti chirurgici critici o con necessità di trattamenti continui e complessi riconducibili a situazioni pluripatologiche.

L'intervento di programmazione ha previsto la relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, nonché gli eventuali interventi strutturali di adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica per acuzie ove necessari, prevedendo che tale dotazione sia fruibile, nel rispetto della separazione dei percorsi, sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure con assistenza non invasiva anche delle complicanze respiratorie.

In relazione all'andamento della curva epidemica, è previsto che per almeno il 50 per cento dei posti letto ci sia la possibilità di immediata conversione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione invasiva, con la capacità di ottenere forme di collaborazione interdisciplinare adeguate alla criticità e complessità del paziente, anche in ambito pediatrico.

Il provvedimento è corredato dal "Piano dei costi", che riporta la descrizione degli interventi previsti per ciascuna delle strutture ospedaliere e quelli previsti per l'implementazione dei mezzi da dedicare ai trasferimenti secondari tra strutture COVID-19, con i relativi quadri economici. Lo stesso provvedimento identifica, altresì, i Pronto soccorso delle strutture ospedaliere oggetto di ristrutturazione ed il relativo piano dei costi.

La rete COVID temporanea, costituita da padiglioni/strutture separate, prevede percorsi nettamente distinti dal corpo ospedaliero restante. In alcuni casi prevede singoli ospedali interamente dedicati.

Il Piano di riorganizzazione descritto è stato approvato con il Decreto del Direttore Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute comunicato con nota 0015211 del 24 luglio 2020.

Il Piano regionale di riorganizzazione aveva previsto tre diversi livelli operativi, subordinati all'andamento epidemiologico, e precisamente:

- Fase A: gestione dei casi COVID-19 nell'attuale fase, caratterizzata da bassa incidenza, con partenza dalla data di approvazione del presente atto;
- Fase B: gestione dei casi COVID-19 nell'ipotesi di una recrudescenza dell'epidemia. I nuovi letti si sarebbero attivati progressivamente ove i letti di fase A avessero raggiunto un'occupazione superiore al 75%;
- Fase C: gestione dei casi COVID-19 nell'ipotesi di una forte ripresa delle dinamiche del contagio con progressiva attivazione di nuovi letti in caso di un'occupazione superiore al 75% dei letti di fase B.

Alla luce del rapido incremento dei casi di infezione da Covid-19 registrato negli ultimi mesi e dei segnali di pressione sui servizi sanitari sempre più forti, l'Unità di Crisi regionale ha messo in atto una molteplicità di misure finalizzate a fronteggiare l'emergenza epidemiologica.

Con la nota prot. 2725 del 30/9/2020, è stata rappresentata la necessità di procedere alla riprogrammazione degli interventi e delle azioni sulla base di un numero di casi prevedibili, compresi in un range variabile tra 20.000 e 25.000, tenendo conto anche dell'impatto della stagione influenzale. Con tale nota sono stati, pertanto, forniti ulteriori elementi finalizzati a potenziare sia l'offerta territoriale che ospedaliera al fine di fronteggiare in maniera ottimale il prevedibile aumento del numero di nuove infezioni da SARS-CoV-2.

In particolare, l'Unità di crisi regionale ha chiesto ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e delle ASL di trasmettere un piano operativo contenente le misure riguardanti il potenziamento della rete ospedaliera covid-19, corredato dal relativo cronoprogramma con chiara e precisa indicazione dei tempi di realizzazione, non superiori a 15 giorni, tenendo conto, oltre dell'andamento della curva epidemiologica, delle specifiche realtà aziendali e delle rispettive esigenze.

Al fine di incrementare la disponibilità di posti letto Covid-19 con una dotazione complessiva maggiore rispetto alle quote fissate per la Fase C, è stato chiesto ai Direttori Generali di avviare ogni consentito processo di rimodulazione dell'attuale configurazione dell'offerta ospedaliera dei propri presidi, in funzione della domanda sanitaria nell'ambito territoriale di competenza, attraverso azioni di unificazione e accorpamento di unità operative relative alla medesima disciplina, ovvero per singole aree funzionali e/o tramite limitazioni temporanee di attività di elezione e di attività ambulatoriali.

Con nota prot. 2756 del 15.10.2020, aggiornata con la nota prot. 2758 del 16/10/2020, l'Unità di Crisi regionale, considerata la necessaria rimodulazione dell'offerta dei posti letto in funzione sia dei nuovi

casi Covid registrati quotidianamente che delle stime dei modelli previsionali, ha disposto l'attivazione, nell'ambito del processo del potenziamento della rete ospedaliera COVID di cui alla DGRC 378/2020, dei posti letto come dettagliati nella predetta nota 2758/2020 per un n. total di 1651 posti letto.

Nel contempo è stata disposta la sospensione dei ricoveri programmati sia medici che chirurgici nella misura utile al soddisfacimento della maggiore domanda assistenziale. Sono fatti salvi i ricoveri con carattere di urgenza "non differibili" e quelli per pazienti oncologici ed onco-ematologici medici e chirurgici.

All'interno delle Aziende Ospedaliere e dei presidi Ospedalieri delle ASL sono state, inoltre, sospese le attività di specialistica ambulatoriale. Per quel che concerne le predette attività all'interno dei Distretti Sanitari è rinviata alla valutazione delle Direzioni Generali la possibilità di svolgere attività di specialistica ambulatoriale, fermo restando la necessità di garantire il giusto apporto di personale da destinare alla gestione dei posti letto COVID e di assicurare l'osservanza delle disposizioni vigenti in materia di distanziamento sociale.

5.2 Il piano degli investimenti per l'attuazione del piano di riorganizzazione della rete

La spesa complessiva per investimenti connessi all'attuazione del piano di riorganizzazione ospedaliera ammonta a € 178.595.572, di cui 146.174.838 per il potenziamento della dotazione di posti letto in Terapia Intensiva, € 25.611.288 per interventi nell'ambito della Rete Emergenza/Urgenza e € 6.809.445 per il potenziamento della rete attraverso l'acquisizione di mezzi di soccorso.

Dato che il finanziamento previsto dall'art. 2 del DL 34/2020 per l'anno 2020 è pari a € 163.813.544 e che le risorse necessarie per gli interventi eccedenti lo stanziamento sono a carico della Regione, con Decreto n. 92 del 22/9/2020 si è provveduto all'impegno di spesa nell'ambito del fondo finanziamento LEA di € 14.782.028, quale spesa eccedente lo stanziamento previsto dal DL 34/2020, e quindi a carico della Regione.

Tra le coperture previste per gli investimenti, si evidenzia lo stanziamento di cui all'art. 4 del D.L. 17.03.2020, n. 18, a valere sull'importo fissato dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, come rifinanziato dall'articolo 1, comma 555, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, nell'ambito delle risorse non ancora ripartite alle regioni. Alla Regione Campania, risultano assegnati € 4.657.681,00, ai quali occorre aggiungere la quota regionale di € 245.141,11, per un complessivo di € 4.902.822,11, come di seguito dettagliato:

STATO	REGIONE	TOTALE
€ 4.657.681,00	€ 245.141,11	€ 4.902.822,11

Con Decreto direttoriale n. 69 del 30/03/2020 si è provveduto all'approvazione del programma degli investimenti ai sensi dell'art. 20 della L. 67/88 per l'utilizzo delle risorse di cui all'art. 4 del D.L. 17.03.2020, n. 18 e contestualmente presentata la richiesta di ammissione a finanziamento, per la fornitura di strutture modulari di posti letto mobili per la terapia intensiva da destinare all'Ospedale del mare (ASL Napoli1 Centro), per l'importo di € 9.440.207,50, incluso IVA, di cui € 4.657.681,00, a carico dello Stato (finanziamento ex DL 18/2020), la quota del 5% di € 245.141,11 a carico della regione, un ulteriore importo di € 3.775,96, quale ulteriore cofinanziamento a carico del bilancio regionale.

Con ordinanza n. 28 dell'8 ottobre 2020 il Commissario Straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19 ha nominato il Presidente della Regione Campania Commissario delegato per l'attuazione degli interventi finalizzati alla realizzazione delle opere previste nel citato Piano regionale.

Il Commissario delegato, con ordinanza n. 1 del 14 ottobre 2020, ai sensi di quanto disposto al punto 2 dell'Ordinanza del Commissario Straordinario, ha nominato, nelle persone dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie, i Soggetti Attuatori degli interventi previsti nel Piano Regionale approvato dal Ministero, secondo quanto indicato negli Allegati 1 e 2 della medesima Ordinanza.

Con ordinanza n. 2 del 21 ottobre 2020 il Commissario delegato ha disposto la costituzione di un gruppo/struttura di supporto, per l'assolvimento delle attività di competenza, ivi compreso il coordinamento, monitoraggio e controllo, secondo quanto previsto nella sopra citata Ordinanza 28/2020 del Commissario Straordinario.

5.3 Il Supporto delle strutture di ricovero private

L'epidemia ha naturalmente avuto un significativo impatto sulle strutture ospedaliere nonostante le azioni messe in campo per riconvertire o istituire posti letto dedicati all'assistenza di pazienti COVID-19 senza interferire con la capacità degli ospedali di garantire la dovuta assistenza ai cittadini per tutte le esigenze sanitarie urgenti e indifferibili.

La disponibilità di posti letto di degenza ordinaria e di terapia intensiva e sub-intensiva quotidianamente monitorata dall'Unità di Crisi, ha evidenziato in alcune fasi dell'epidemia la necessità di trovare spazi alternativi per la gestione di patologie, diverse da quelle virali, caratterizzate da urgenza o indifferibilità e nel corso di riunioni dell'Unità di crisi regionale è stata

adombrata più volte – sulla base delle segnalazioni del servizio 118 regionale - la necessità di accedere a trasferimenti di pazienti fuori regione, per l'imminente saturazione dei posti letto disponibili.

Considerato che:

- a) l'art. 3 del decreto legge n.18/2020, convertito dalla legge n. 27/2020 (Potenziamento delle reti di assistenza territoriale), prevede che “Le regioni, le province autonome di Trento e Bolzano e le aziende sanitarie possono stipulare contratti ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di ulteriori prestazioni sanitarie, in deroga al limite di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157, nel caso in cui:
- la situazione di emergenza dovuta alla diffusione del COVID-19 richiede l'attuazione nel territorio regionale e provinciale del piano di cui alla lettera b) del presente comma;
 - dal piano, adottato in attuazione della circolare del Ministero della salute prot. GAB 2627 in data 1° marzo 2020, al fine di incrementare la dotazione dei posti letto in terapia intensiva e nelle unità operative di pneumologia e di malattie infettive, isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto ventilatorio e in conformità alle indicazioni fornite dal Ministro della salute con circolare prot. GAB 2619 in data 29 febbraio 2020, emerge l'impossibilità di perseguire gli obiettivi di potenziamento dell'assistenza indicati dalla menzionata circolare del 1° marzo 2020 nelle strutture pubbliche e nelle strutture private accreditate, mediante le prestazioni acquistate con i contratti in essere alla data del presente decreto.
- c) l'art. 4 (Disciplina delle aree sanitarie temporanee) del menzionato decreto legge n. 18/2020, convertito dalla legge n. 27/2020, a mente del quale: “1. Le regioni e le province autonome possono attivare, anche in deroga ai requisiti autorizzativi e di accreditamento, aree sanitarie anche temporanee sia all'interno che all'esterno di strutture di ricovero, cura, accoglienza e assistenza, pubbliche e private, o di altri luoghi idonei, per la gestione dell'emergenza COVID-19, sino al termine dello stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei ministri in data 31 gennaio 2020. I requisiti di accreditamento non si applicano alle strutture di ricovero e cura per la durata dello stato di emergenza,

sulla scorta delle disponibilità di posti letto e del fabbisogno registrato dal 118 regionale in termini di degenza è stata avviata una manifestazione di disponibilità rivolta alle Case di cura private accreditate e agli Ospedali religiosi classificati, al fine di rafforzare e consolidare la dotazione di posti letto di bassa, media e alta intensità, rispetto ai quali già ad oggi si rilevano situazioni di seria criticità, segnalate quotidianamente dai servizi del 118 regionale.

Si è prevista la fornitura da parte delle strutture private accreditate di una o più tra le seguenti tipologie assistenziali:

- posti letto da dedicare a pazienti COVID-19 che necessitano di alta intensità di cura; (attività erogate in regime di ricovero in Terapia Intensiva);
- posti letto da dedicare a pazienti COVID-19 che necessitano di media intensità di cura; (attività erogate in regime di ricovero in area medica per l'utilizzo di ventilazione meccanica non invasiva o in area chirurgica per problematiche assistenziali che conducono ad interventi chirurgici);
- posti letto da dedicare a pazienti COVID-19 che necessitano di bassa intensità di cura; (ci si riferisce ad attività erogate in regime di ricovero ordinario per pazienti COVID-19);

Questa fase si è conclusa nel maggio 2020 con apposito verbale d'intesa nel quale è stato stabilito che le Case di cura che hanno dato disponibilità di posti letto covid, a far data dal 4 maggio 2020 non accetteranno più tali tipologie di pazienti, i pazienti attualmente ricoverati vengono dimessi una volta dichiarati guariti ovvero, laddove ve ne fosse la necessità per persistente positività del tampone o per l'ingravescenza della malattia, trasferiti presso le strutture pubbliche Covid dedicate.

Nel mese di ottobre nonostante il predetto piano di potenziamento dei posti letto di cui alle citate delibere sia in piena fase realizzativa, nonostante sia stato già avviato un suo ulteriore aggiornamento in incremento, con previsione di posti letto pubblici aggiuntivi, e nonostante sia stata altresì disposta la sospensione di tutte le attività assistenziali non urgenti e indifferibili in regime di ricovero in elezione e di tipo ambulatoriale, si è reso necessario ed urgente, per la crescente domanda di ricovero, mettere in campo ulteriori azioni di rafforzamento della rete dei posti letto da dedicare ai pazienti Covid-19, nelle more di auspicati provvedimenti nazionali diretti a contenere in maniera rilevante il contagio.

Sulla scorta di quanto innanzi è risultato necessario ed urgente realizzare un ulteriore potenziamento della capacità di posti letto destinati a pazienti Covid-19, anche attraverso il ricorso ad accordi o contratti, ai sensi della normativa sopra citata, con gli ospedali classificati e le case di cura accreditate, risultando accertata la necessità, in ragione della domanda di cura ed assistenza rispetto ai posti letto disponibili.

E' stata pertanto avviata una manifestazione di disponibilità rivolta alle Case di cura private accreditate e agli Ospedali religiosi classificati al fine di rafforzare ulteriormente e consolidare la dotazione regionale di posti letto ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 3 del decreto legge n. 18/2020, convertito dalla legge n. 27/2020, e dell'art. 4 del decreto legge n. 34/2020, convertito dalla legge n. 77/2020.

Di nuovo si è prevista la fornitura da parte delle strutture private accreditate di una o più tra le seguenti tipologie assistenziali:

- posti letto da dedicare a pazienti COVID-19 che necessitano di alta intensità di cura; (attività erogate in regime di ricovero in Terapia Intensiva);
- posti letto da dedicare a pazienti COVID-19 che necessitano di media intensità di cura; (attività erogate in regime di ricovero in area medica per l'utilizzo di ventilazione meccanica non invasiva o in area chirurgica per problematiche assistenziali che conducono ad interventi chirurgici);
- posti letto da dedicare a pazienti COVID-19 che necessitano di bassa intensità di cura; (ci si riferisce ad attività erogate in regime di ricovero ordinario per pazienti COVID-19).

Previa verifica delle istanze pervenute, alle attività di ricovero dei pazienti COVID-19 presso le strutture ospedaliere private accreditate, nella misura necessaria a rendere prontamente disponibile un numero incrementale di posti letto, congruo rispetto al fabbisogno regionale e provinciale non soddisfatto dalle strutture di ricovero pubbliche, nelle more della sottoscrizione degli accordi e dei contratti.

6. Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa ai sensi dell'art. 29 del D.L. n. 104 del 14 agosto 2020

Con nota prot. 420914 del 14/9/2020 il Direttore Generale per la Tutela della Salute ha inviato al Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei LEA la proposta di piano Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa ai sensi dell'art. 29 del D.L. n. 104 del 14 agosto 2020.

Tale piano è stato predisposto sulla base della ripresa, a far data dal 4/5/2020, delle attività ospedaliere sospese dal 12/3/2020 presso le Strutture ospedaliere pubbliche, private accreditate e gli Ospedali classificati in virtù delle ordinanze regionali e nazionali relative all'evento epidemiologico Covid 19. Da tale sospensione sono stati esclusi i ricoveri recanti motivi di urgenza, nonché quelli di dialisi, di radioterapia e oncologici – chemioterapici. Il ripristino, subordinato al rispetto delle misure da garantire per la prevenzione del rischio infettivologico, in regime di elezione dei ricoveri, medici e chirurgici, è stato fissato con decorrenza 04.05.2020.

Di seguito è data evidenza:

1. degli effetti della sospensione di cui sopra sui servizi ospedalieri e territoriali
2. delle azioni poste in essere per fronteggiare l'emergenza
3. del modello organizzativo prescelto

4. alle soluzioni operative poste in essere per attuarlo

6.1 Effetti della sospensione sui servizi ospedalieri e territoriali

L'assistenza sanitaria sul territorio campano è garantita da 17 aziende sanitarie, divise fra 7 Aziende sanitarie Locali di cui 4 su base provinciale (ASL Avellino, ASL Benevento, ASL Caserta, ASL Salerno) e 3 comprendenti la provincia di Napoli (ASL Napoli 1 Centro, ASL Napoli 2 Nord, ASL Napoli 3 Sud), 3 Aziende Ospedaliere Universitarie (Azienda Universitaria Federico II di Napoli, Azienda Universitaria Vanvitelli di Napoli, Azienda Ospedaliera San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno), 1 IRCCS (Istituto di ricerca a carattere scientifico Pascale di Napoli) e 6 Aziende ospedaliere di rilievo nazionale (Azienda Ospedaliera Dei Colli di Napoli, Azienda ospedaliera Santobono-Pausilipon di Napoli, Azienda Ospedaliera Cardarelli di Napoli, Azienda Ospedaliera di Caserta, Azienda Ospedaliera di Avellino, Azienda Ospedaliera di Benevento).

Servizi ospedalieri

La necessità di fronteggiare la situazione emergenziale da CoViD-19, nel periodo di maggior diffusione dell'infezione, ha richiesto, conformemente a quanto previsto dall'art. 2 del Decreto-Legge 34/2020 e dalle successive linee di indirizzo, il potenziamento dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva in attuazione della DGR 378/2020 e la riconversione di reparti e di strutture da dedicare alla gestione esclusiva del paziente affetto da CoViD-19. Tale potenziamento ha interessato l'ambito delle strutture pubbliche della rete ospedaliera regionale, preferibilmente sede di DEA I e DEA II livello.

Confrontando i dati del periodo di riferimento 01/03/2019 – 31/05/2019 e 01/03/2020 – 31/05/2020, in considerazione dell'evento epidemiologico iniziato a marzo 2020, e delle disposizioni regionali e nazionali, si è verificata una riduzione dei ricoveri di elezione, sia medici che chirurgici, pari al 57%.

I servizi territoriali

Dal confronto dei dati rilevati nei mesi di maggio 2019 e maggio 2020, si è riscontrato un incremento medio dei tempi di attesa pari a 1 giorno (classe U), 2 giorni (classe B), 13 giorni (classe D), 1 giorno (classe P). Dal confronto fra il numero delle prestazioni erogate nel primo semestre 2019 e nel primo semestre 2020 emerge una contrazione di circa il 37%; si evidenzia, tuttavia, che a fronte di una riduzione dell'offerta si è verificata, contestualmente, una riduzione della domanda. Questa situazione verosimilmente ha determinato un contenuto incremento dei tempi di attesa.

Screening

In Regione Campania, sin dall'avvio del lock-down dovuto all'emergenza CoViD-19, le prestazioni ambulatoriali, e tra esse possiamo a pieno titolo comprendere l'offerta dei test di screening di popolazione (Cervice uterina, Mammella e Colon retto) hanno subito una notevole riduzione, rendendo ancor più critica l'attuale performance rispetto all'adesione delle popolazioni bersaglio. Da un'analisi comparata tra i valori di adesione allo screening del primo semestre 2019 e quello dei primi 5 mesi del 2020 appare evidente come sia marcato il gap generato dalla ridotta offerta di prestazioni, nell'anno corrente, causato dall'emergenza pandemica.

La seguente tabella rappresenta l'adesione agli screening di popolazione in Regione Campania I sem 2019 – gen/mag 2020:

Screening	I semestre 2019	Gennaio – Maggio 2020
Colon retto (50-69)	9,24%	3,46%
Mammella (50-69)	21,97%	7,50%
Cervice (25-64)	16,99%	6,45%

6.2 Azioni poste in essere per fronteggiare l'emergenza epidemiologica

Con nota Prot. n. 211540 del 03/05/2020 della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, è stato richiesto alle Aziende Sanitarie, nel pieno rispetto delle misure volte alla prevenzione dell'infezione da CoViD-19, di:

- riarticolare le agende, dando priorità alle prestazioni sospese, laddove improcrastinabili, anche ricorrendo alla collaborazione con altre strutture;
- contattare i prenotati, stabilendo il grado di procrastinabilità (U e B);
- estendere e stratificare l'orario di apertura degli ambulatori al fine di ridurre lo stazionamento delle persone nella struttura;
- attivare teleconsulti per le patologie croniche e i follow up (D e P) e/o per il monitoraggio della patologia e l'eventuale conferma/rettifica dell'appuntamento già fissato e/o per effettuare a distanza le visite specialistiche non erogate;
- mantenere le modalità stabilite nella Fase I per la cura e il follow up dei pazienti affetti da patologie rare, oncologiche o onco-ematologiche;
- garantire l'offerta attraverso l'apertura degli ambulatori 7 giorni su 7.

6.3 Modello Organizzativo prescelto

La scelta del modello organizzativo è stata basata sull'analisi dei seguenti fattori e delle conseguenti criticità:

- la necessità di concentrare le risorse disponibili sulle situazioni di maggiore criticità;
- la necessità di assicurare le misure di prevenzione del contagio attraverso il distanziamento sociale, che prevede l'allungamento dei tempi di erogazione per ciascuna prestazione per evitare assembramenti negli spazi comuni, e i tempi necessari per attivare la sanificazione degli ambienti sanitari;
- la necessità di assicurare l'accesso a tutte le strutture sanitarie in ottemperanza alle norme anti CoViD-19;
- la carenza di personale sanitario altamente specializzato e i conseguenti tempi tecnici per il reclutamento dello stesso;
- la ricognizione puntuale per l'individuazione delle prestazioni maggiormente critiche sia di ricovero che di specialistica ambulatoriale e di screening, con dettaglio delle prestazioni e i volumi di attività previsti per recuperare le liste d'attesa;
- la stima del fabbisogno di personale (dirigenza e comparto) per incrementare l'offerta al fine di ridurre i tempi di attesa e garantire l'accesso alle cure nel pieno rispetto delle norme di prevenzione.

Il modello organizzativo è stato elaborato sulla scorta delle seguenti valutazioni:

- concentrare le attività finalizzate alla riduzione delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali;
- concentrare le attività finalizzate alla riduzione delle liste di attesa dei ricoveri, in via prioritaria sui ricoveri in day surgery per i quali si è riscontrata una maggiore criticità.

Alla luce di quanto sopra e, in considerazione dell'obiettivo primario di riportare le liste d'attesa per le prestazioni ambulatoriali ai livelli "pre-Covid" nel rispetto delle misure di sicurezza, si è deciso di concentrare gli sforzi organizzativi tenendo in considerazione tutte le branche, con la sola eccezione delle prestazioni di laboratorio.

Si precisa che, a differenza di quanto riscontrato per le prestazioni ambulatoriali, per le prestazioni di ricovero, le discipline chirurgiche hanno dimostrato maggiori criticità e sono state quindi individuate ai fini della maggiore concentrazione degli sforzi organizzativi per il recupero di queste attività.

Per il riparto delle risorse, si è scelto di demandare l'attuazione delle modalità operative alle Aziende Sanitarie lasciando alla Regione la ripartizione dei fondi disponibili. Tale distribuzione è stata operata:

- per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, sulla base dei dati relativi all'attività storica (Fonte dati NSIS 2019 – modello STS.21 con la sola eccezione delle prestazioni di laboratorio) e dei dati rilevati dalla ricognizione effettuata dalle Aziende sulle liste di attesa e relative criticità specifiche.
- per le prestazioni di ricovero ospedaliero, la distribuzione dei fondi è stata invece determinata sulla base del numero di posti letto dedicati alle discipline chirurgiche (cod. discipline di riferimento: 06, 07, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 30, 34, 35, 36, 37, 38, 43, 78 e 98) (Fonte dati DCA n. 103 del 28/12/2018 pubblicato sul BURC n. 2 del 14/01/2019 – allegato B.1 e C.1).
- per l'incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna, la ripartizione dei fondi disponibili è stata operata proporzionalmente alla dotazione organica delle Aziende Sanitarie, come da tabella n.51 dell'allegato al DCA n.83/2019, pubblicato sul BURC n. 71 del 26/11/2019.

6.4 Soluzioni Operative

Di seguito sono illustrate le soluzioni operative:

- ricorso alle prestazioni aggiuntive (dirigenza e comparto) come da articolo 29 del DL n. 104/2020;
- assunzione di personale a tempo determinato dedicato (per le branche specialistiche più critiche) preliminarmente attraverso le procedure di scorrimento delle graduatorie già in essere;
- possibilità di coinvolgimento dei medici iscritti all'ultimo o al penultimo anno (per i corsi di studio di durata quinquennale) dei corsi di formazione specialistica nell'espletamento delle attività assistenziali presso le Aziende ed Enti del SSN;
- sistemi di incentivazione del personale;
- incremento dell'orario di apertura degli ambulatori e delle sedute di sala operatoria, prevedendo attività in orario 8-20, compreso il sabato e la domenica;
- per le attività di screening, prevedere degli incentivi anche per il personale amministrativo per la gestione delle chiamate attive oltre che lo stesso incremento di orario;
- monitoraggio della performance delle prestazioni sanitarie attraverso la piattaforma informatica ASAP-bi.

6.5 Screening

Per favorire la ripresa e il recupero dell'offerta dei test in sicurezza, la Regione Campania, con nota 28 Aprile 2020 n. 2077169 (Direzione Generale Tutela della Salute), ha dato indicazioni per la

ripartenza delle attività di elezione e di specialistica ambulatoriale, ivi compresi gli screening di popolazione. In data 9 giugno 2020, inoltre, con nota 270386, si è proceduto a diffondere alle AASSLL le indicazioni per l'offerta degli screening oncologici di primo livello in sicurezza, secondo le linee guida emanate dal Ministero della Salute per la progressiva riattivazione della attività programmate considerate differibili in corso di emergenza CoViD-19 (nota n. 11408 del 1° giugno 2020 – MdS). In seguito a diversi incontri tenuti tra la UOD Prevenzione ed i responsabili aziendali dei tre screening sono state affrontate le problematiche che ostacolano al momento la ripresa, a pieno regime, dell'offerta dei test in parola. Si è attivata, altresì, una ricognizione degli orari di apertura dei diversi centri di primo livello da cui è emerso un panorama variegato di possibilità di accesso. Considerate, tuttavia le implicazioni dell'andamento epidemico dei casi di CoViD-19 registrate in Campania da Settembre 2020 ad oggi, e le ricadute negative sull'offerta di servizi che ciò ha comportato, appare corretto valutare il potenziamento delle attività di screening puntando al raddoppio dei tempi di offerta presso i centri di screening (aperture mattino e pomeriggio, aperture al sabato), a partire dai primi mesi 2020, quando è ipotizzabile una flessione dei tassi di regionali incidenza di Covid 19. Contemporaneamente, in attuazione al DCA n. 84/2019, la ricognizione in atto sul personale attualmente dedicato dalle AASSLL campane all'esecuzione dei test di screening di popolazione, permetterà di comprendere quanto ulteriore personale, diviso per categoria professionale, sia necessario per poter raggiungere i livelli di adesione attesi (accettabili/desiderabili).

6.6 Utilizzo Risorse di cui al D.L. n. 104/2020

I fondi previsti dalla tabella di cui all'allegato A all'art 29 del DL n. 104 del 14/08/2020 convertito nella legge 126 del 13/10/2020 saranno, dunque, ripartiti per azienda rispettivamente per il recupero: dei ricoveri ospedalieri, delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per l'incremento monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata

6.7 Personale Sanitario

Con riferimento al personale da impiegare per il raggiungimento degli obiettivi individuati nel presente paragrafo, si rappresenta preliminarmente che la Regione Campania ha già messo in atto tutte le azioni di competenza tese al reclutamento del personale già indicate nel paragrafo 3.5.

Pertanto, al fine di ottemperare a quanto disposto dall'art 29 del DL n. 104/2020, rilevate le specifiche criticità di ciascuna azienda, si rimanda a quando indicato nel paragrafo relativo alle procedure di reclutamento delle ulteriori unità di personale.

La programmazione nell'utilizzo delle prestazioni aggiuntive previste dall'art. 29 del DL n. 104/2020 avviene nel rispetto del limite massimo di spesa indicato nell'allegato A del suddetto decreto.

6.8 Valutazione dei risultati

CRONOPROGRAMMA				
AZIONI	ottobre	novembre	dicembre	gennaio
Reclutamento del personale/incremento orario				
Incremento ore lavorative				
Ampliamento offerta di prestazioni				
Rendicontazione risultati				

In riferimento al cronoprogramma già trasmesso al Ministero e su riportato, a oggi, il perdurare dell'emergenza epidemiologica, ha rallentato ed in alcuni casi impedito le attività precedentemente programmate per il recupero delle liste di attesa, causando un forte rallentamento rispetto alle tempistiche previste.

La necessità di applicazione delle misure di sicurezza, unitamente alla carenza di personale, non ha reso possibile, infatti, attuare alcune azioni programmate e, pertanto, non sono stati raggiunti, al momento, i risultati sperati; ciò nonostante, si pensa di dare un forte impulso alle attività di recupero non appena la situazione emergenziale lo renderà possibile.

7. Soluzioni digitali per l'emergenza Covid-19 e-Covid SINFONIA

Fin dai primi giorni della pandemia, Regione Campania ha fatto fronte all'emergenza sanitaria con un forte coordinamento degli interventi in tutti i settori strategici: dalla riconversione di strutture sanitarie e posti letto dedicati COVID-19, alla fornitura di apparati e dispositivi, dall'organizzazione del personale sanitario alla gestione dei tamponi per l'individuazione dei soggetti positivi.

La situazione di emergenza ha evidenziato il ruolo che le tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni possono giocare in un contesto in cui "muovere le informazioni" è molto meglio del

“muovere le persone”. Pertanto, a supporto di tutte le iniziative poste in essere dall’amministrazione regionale, è stato creato anche un gruppo di lavoro sulle Tecnologie Digitali per l’Emergenza COVID-19, nato per definire una strategia di sistema per sfruttare le tecnologie digitali, quale strumento essenziale per la gestione della crisi; sia dal punto di vista del contenimento della propagazione, sia dal punto di vista dell’assistenza e del supporto ai decisori, agli operatori, ai cittadini ed alle imprese.

Lo sforzo compiuto in questi mesi è stato duplice, da un lato costruire rapidamente strumenti semplici e immediati che potessero supportare tutti gli attori nel complesso processo di gestione dell’emergenza, cercando di intercettare ogni elemento di criticità e risolverlo mettendo a disposizione strumenti digitali; dall’altro, non perdere mai di vista il progetto complessivo di digitalizzazione a supporto delle sanità campana, che vede SINFONIA quale piattaforma unica di riferimento per tutti gli interventi di sanità digitale.

L’obiettivo primario è stato quello di affiancare il lavoro dell’Unità di Crisi, della Protezione Civile e della Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del Servizio Sanitario della Regione Campania, per consentire un approccio integrato e un supporto per:

- I cittadini positivi o in isolamento obbligatorio
- La popolazione della Regione Campania
- Il Sistema sanitario

Sulla base di questi tre obiettivi strategici, sono state realizzate le soluzioni tecnologiche per gestire:

- La raccolta e gestione dei dati sui tamponi, i test rapidi e gli screening sierologici;
- La disponibilità di un sistema per la sorveglianza attiva dei pazienti COVID positivi o in quarantena;
- La risposta tempestiva a domande e supporto alla autodiagnostica (chatbot);
- Il monitoraggio dei posti letto per tutti i presidi COVID-19;
- Il teleconsulto per i medici impegnati nella sperimentazione di cure;
- L’analisi e il monitoraggio degli spostamenti dei cittadini, in base ai dati delle celle telefoniche, per la verifica del rispetto delle ordinanze di limitazione degli spostamenti;
- Il sistema di supporto alle farmacie campane, impegnate nella distribuzione delle mascherine donate dalla Regione Campania ai cittadini;
- La App di automonitoraggio e visualizzazione degli esiti del tampone molecolare e/o sierologico.

Tutte le attività di integrazione e supporto ai processi di informatizzazione gestiti dai Ministeri competenti:

- Tracciamento dei contatti - APP Immuni;
- Campagna nazionale screening test sierologici con il supporto della Croce Rossa Italiana;

- Campagna nazionale tamponi antigenici dei MMG/PLS;

Nella cosiddetta Fase 2, sono state individuate le tipologie di attività produttive autorizzate alla ripresa, ed è stato attribuito alle Regioni il compito di monitorare “con cadenza giornaliera l'andamento della situazione epidemiologica nei propri territori e, in relazione a tale andamento, le condizioni di adeguatezza del sistema sanitario regionale. I dati del monitoraggio sono comunicati giornalmente dalle Regioni al Ministero della Salute, all'Istituto superiore di sanità e al comitato tecnico-scientifico”.

Pertanto, la Regione Campania ha in essere la definizione di un sistema informativo che, interconnesso con la base dati sanitaria e con il sistema SINFONIA, consenta la registrazione, per le singole imprese, di tutti i dati necessari al monitoraggio del personale dipendente, così da costruire una rete virtuosa di controllo sullo stato di salute del personale, in primis, e di contenimento di eventuali contagi laddove si dovessero riscontrare casi sospetti. In particolare, il sistema informativo potrebbe supportare le aziende nell'attuazione dei protocolli di sicurezza che il CTS sta emanando, in modo tale da garantire sia il rispetto delle prescrizioni, ma soprattutto la salute dei lavoratori.

Tutti i sistemi sono stati realizzati e/o progettati per poter interoperare con il sistema SINFONIA - Sistema INFOrmativo saNità Campania - e archiviare le informazioni sui sistemi regionali per i futuri utilizzi.

Di seguito si riporta una breve sintesi delle soluzioni realizzate:

- *App e-Covid Sinfonia*

La Regione Campania ha reso disponibile la app e-Covid Sinfonia per consentire ai cittadini di ricevere sul proprio smartphone l'esito del tampone molecolare e/o test sierologico.

Una volta effettuato l'accesso, con Google o Apple ID, secondo il dispositivo in dotazione, il cittadino, oltre che a una sezione di monitoraggio personale, può accedere direttamente al risultato del test cui si è sottoposto, previa verifica del numero di telefono cellulare e l'inserimento della stringa numerica riportata sul retro della propria tessera sanitaria.

Una pratica sezione di monitoraggio offre all'utente la possibilità di inserire e aggiornare i dati sullo stato di salute, anche per i componenti del proprio nucleo familiare (in particolare per i figli minorenni) e i dati vengono inviati direttamente al proprio medico di medicina generale attraverso la piattaforma regionale SINFONIA.

La App, disponibile su dispositivi iOS e Android, si affianca al servizio di messaggistica attivato dalla Regione Campania, già reso disponibile da alcune settimane, che consente al cittadino, che ha

comunicato il proprio telefono cellulare al momento del prelievo del tampone, di ricevere le istruzioni per accedere all'esito e al referto.

- *Piattaforma e-Covid sorveglianza Sinfonia, per la sorveglianza attiva dei pazienti*

Per poter svolgere in maniera efficace il processo di Monitoraggio è stata realizzata una Piattaforma per la sorveglianza attiva dei pazienti COVID positivi o in quarantena. La piattaforma, costituita dalla APP di automonitoraggio per i cittadini e da un sistema centrale disponibile per tutti gli operatori sanitari del SSR, è alimentata con l'immissione puntuale dei dati richiesti da parte dei soggetti responsabili. In particolare, il processo di monitoraggio – progettato secondo il protocollo di Triage dell'Istituto Superiore di Sanità – attuato secondo le seguenti modalità:

- Attraverso la app di automonitoraggio;
- Attraverso l'interazione dei cittadini con il proprio medico di base;
- Attraverso l'interazione dei cittadini con il Dipartimento di prevenzione della ASL competente per territorio a seguito di tampone positivo;

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.

Ciò consente l'analisi:

- A livello regionale: Dati inerenti contagi, spostamenti e mobilità in ingresso e uscita dalla regione Campania;
- A livello provinciale: Dati inerenti contagi, gli spostamenti e la mobilità in ingresso e uscita dalle province campane, e valutazione degli effetti delle Ordinanze del Presidente della Regione Campania;
- delle "zone rosse": Dati con focus sugli spostamenti con riferimento ai comuni dichiarati "zona rossa", valutando gli effetti delle Ordinanze del Presidente della Regione Campania.

Altre soluzioni adottate:

- Gestione Integrata dei Tamponi, dei test rapidi e dei test sierologici

E' stata realizzata una soluzione software utilizzata da tutta la filiera connessa alla gestione integrata delle indagini diagnostiche e di screening (Dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie, operatori sanitari, MMG, USCA, laboratori pubblici, Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno, 118, laboratori privati accreditati), ed ha come obiettivo quello di raccogliere tutti i dati indispensabili e obbligatori per la somministrazione dei tamponi e di tutte le indagini attivate per monitorare l'evoluzione del virus, consentire una raccolta degli esiti (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 presenti e future.

La soluzione è stata ampliata prevedendo un sistema di prenotazione dei test diagnostici, quali tamponi antigenici, sierologici, molecolari che, attraverso un portale dedicato, la App e-ecovid Sinfonia o il contact center regionale, consente al cittadino di poter prenotare l'esecuzione della prestazione sulla base delle disponibilità delle agende predisposte dalle aziende.

- Gestione dei Posti Letto

Per la terapia intensiva e la degenza al fine di dare un supporto operativo all'Unità di Crisi regionale per un monitoraggio giornaliero dei posti letto disponibili è stata realizzata una soluzione software che prevede una APP, distribuita a tutte le Direzioni Aziendali delle strutture pubbliche regionali, per la raccolta dei dati in tempo reale dei posti letto disponibili per terapia intensiva e degenza COVID-19. Tali dati sono raccolti dal componente di Cruscotto Direzionale Regionale che consente alla task force di avere i dati utili per assolvere al debito informativo nei confronti della Protezione Civile Nazionale.

Tale APP prevede la possibilità del suo utilizzo anche per la Centrale Operativa Regionale di Emergenza - 118 al fine di facilitare il trasferimento dei pazienti sul territorio.

- Sistema di Teleconsulto a supporto dei Medici e dei Presidi Ospedalieri

Per la emergenza COVID-19, le attività ambulatoriali sono state sospese e le ripartenze, sia di quelle territoriali che ospedaliere, andranno ridisegnate con modalità organizzative flessibili, garantendo percorsi sicuri, modulari ed appropriati.

A tal fine, la Regione Campania si è dotata di una piattaforma centralizzata di teleassistenza e teleconsulto, per poter attivare teleconsulti per le patologie croniche e i follow up e/o per il telemonitoraggio delle patologie, la gestione integrata di prenotazioni per effettuare a distanza visite specialistiche.

Questa funzione viene utilizzata per ridurre gli accessi evitabili in Ospedale, ad esempio le visite di controllo dopo molti anni dalla fine delle terapie. La piattaforma tuttavia ha un notevole sviluppo per consentire le discussioni dei gruppi multidisciplinari in modo virtuale. Il team multidisciplinare si

riunisce virtualmente, valuta il paziente da discutere, consulta gli esami radiologici ed ematici e inizia il percorso diagnostico e terapeutico previsto nel PDTA.

Con lo svilupparsi dei GOM interaziendali, questo sistema consentirà una interazione diretta tra gli specialisti dei differenti ospedali senza necessità di spostamenti. Attraverso i case manager si programmano gli incontri che avvengono settimanalmente tra i vari GOM. L'attività è iniziata per i GOM ginecologici e a breve sarà estesa per tutti i rimanenti GOM.

- Sistema di Supporto Farmacie

Per la distribuzione delle mascherine che la Regione ha donato ai cittadini. Il sistema, molto semplice nella sua realizzazione, risulta particolarmente utile per consegnare le confezioni di mascherine ai cittadini, consentendo al farmacista di poter verificare in tempo reale se il cittadino ne ha diritto, sulla base delle regole di distribuzione concordate.

- e-Covid Comunicazioni

Piattaforma resa disponibile con la collaborazione di ANCI Campania, ai sindaci per consultare l'andamento epidemiologico del proprio Comune.

I Sindaci non dovranno più attendere comunicazioni dall'Unità di Crisi, ma possono autonomamente accedere alla piattaforma e verificare i contagiati nella loro area.

Con l'attivazione della "piattaforma e-Covid Comunicazioni" non è più inviato, a mezzo e-mail, il report sull'andamento giornaliero dell'epidemia, recapitato agli indirizzi disponibili già a partire dallo scorso 21 ottobre.

Piattaforme e-Covid SINFONIA	Valori al 22 Novembre 2020
Tamponi gestiti da parte di ASL e laboratori pubblici e privati	> 1.200.000
Tamponi Antigenici per "Screening Scuola Sicura" gestiti da parte di ASL e laboratori pubblici	> 7.000
Test Rapidi gestiti da parte di ASL e laboratori pubblici e privati	> 200.000
Test Serilogici gestiti da parte di ASL e laboratori pubblici e privati	> 190.000
ASL e Laboratori pubblici integrati con la piattaforma Test e Tamponi	> 10
Operatori che accedono alla piattaforma Test e Tamponi	> 800
Medici e dipartimenti di prevenzione che accedono alle piattaforme eCovid - Sorveglianza	> 2.900
Download dell'app del cittadino eCovid	> 50.000
SMS inviati per accedere all'esito dei tamponi	> 150.000
Strutture Ospedaliere per il monitoraggio dei posti letto	> 40
Comunicazione dati Covid ai Sindaci	> 350 comuni (222 comuni hanno consultato i dati)

8. Indicazioni operative per la prevenzione e la gestione dell'emergenza in ambito penitenziario

L'ambito penitenziario costituisce un insieme di peculiari di comunità caratterizzate dalla coesistenza di fattori generali di protezione, connessi all'ordinaria limitazione dei contatti interni ed esterni, e di rischio, derivanti dal sovraffollamento e dalle generali condizioni di vita e di lavoro delle persone ivi presenti. Questi fattori risultano necessariamente da assumere come prioritario e costante riferimento in tutte le diverse programmazioni che si rendono opportune o necessarie per la gestione dell'emergenza sanitaria COVID-19.

I primi casi di positività tra le persone detenute in Regione Campania sono stati registrati a partire da un primo focolaio del 04/04/2020 – rispetto ai primi casi tra la popolazione generale regionale rilevati a partire dal 26/02/2020 - seguiti da ulteriori focolai locali ovvero da isolate rilevazioni di positività, configurando un complessivo contenimento della diffusione dell'infezione.

Tali evidenze sono da mettere in relazione anche con le tempestive azioni messe in atto, a partire dal 12/03/2020, per la prevenzione dei contagi, grazie alle specifiche misure in ambito penitenziario e nelle REMS¹ progressivamente definite dall'Osservatorio regionale permanente per la sanità penitenziaria, anche dando attuazione alle “Linee di indirizzo per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 nelle Comunità Residenziali del privato sociale che accolgono minorenni che hanno compiuto il 14° anno di età e giovani adulti e per la gestione delle attività trattamentali negli Istituti Penali per minorenni” (Rep.Atti n. 80/CU del 09.07.2020) e del documento “Gestione COVID-19 all'interni degli istituti Penitenziari. Linee di indirizzo” approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 06.08.2020 (Rep. Atto n. 20/152/CR10c/C7)².

Per quanto relativo alle dettagliate misure da adottare si confermano quelle già definite dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria e in precedenza richiamate, fermo restando il loro continuo aggiornamento da parte dell'Osservatorio Permanente per la Sanità Penitenziaria e del Coordinamento della rete regionale di sanità penitenziaria, in base al variare dell'andamento epidemiologico, delle conoscenze scientifiche anche in ambito diagnostico e clinico e delle disposizioni nazionali e regionali in materia.

I Presidi sanitari penitenziari e le REMS costituiscono risorsa di livello territoriale per le attività di seguito descritte e assicurano ex D.Lgv 230/1999 e DPCM 01.04.2008 le attività di medicina

¹ Strutture residenziali per l'esecuzione delle misure di sicurezza ex art. 3-ter, Legge n. 9/2012 e Legge n. 81/2014

² “Indicazioni per il contenimento e la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 in ambito penitenziario e REMS approvate dall'Osservatorio regionale permanente per la sanità penitenziaria il 12/03/2020”; “Ulteriori indicazioni (...) approvate dall'Osservatorio regionale permanente per la sanità penitenziaria il 02/04/2020”, il 07/05/2020, il 07.08.2020, il 29-09-2020 ed il 12.11.2020.

generale, continuità assistenziale, specialistica, di prevenzione e di promozione della salute per le persone detenute o internate ivi presenti.

8.1 Prevenzione generale della diffusione dell'infezione tra la popolazione detenuta, il personale penitenziario ed il personale sanitario dedicato.

Monitoraggio e coordinamento continuo regionale e locale

A livello regionale, l'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria assicurerà il monitoraggio delle azioni intraprese ed i bisogni rilevati e il costante aggiornamento delle indicazioni, con continuità e con riunioni in videoconferenza a frequenza di regola settimanale, con la costante partecipazione dei componenti, che costituisce elemento essenziale per la gestione in parola.

A tal fine i componenti dell'Osservatorio avranno cura 1) di segnalare per mail, almeno settimanalmente, di ogni informazione relativa al proprio ambito territoriale (osservatorio.penitenziaria@regione.campania.it coord.penitenziaria@regione.campania.it) e 2) di assicurare attraverso gli operatori abilitati, l'inserimento e aggiornamento quotidiano del set di informazioni COVID-19 del Sistema informativo SMOP (tra cui, detenuti e personale positivi o sospetti, stanze di isolamento sanitario, loro occupazione, disponibilità di DPI).

A livello locale, il monitoraggio, il coordinamento e la dettagliata declinazione delle attività sono assicurati nell'ambito delle unità di crisi attivate presso le singole strutture detentive e alle quali partecipano, con ruoli paritetici, la Direzione Penitenziaria e il Responsabile del Presidio sanitario.

Implementazione di specifiche misure

L'implementazione di specifiche misure è costantemente in linea con principi fondamentali applicabili alla popolazione libera, tra cui:

- l'affissione presso gli ambienti aperti al pubblico ovvero di maggiore affollamento e transito delle informazioni sulle misure di prevenzione, con puntuale informazione ai detenuti, preventiva rispetto all'implementazioni di specifiche azioni;
- nelle aree di accesso alle strutture e nelle loro principali articolazioni interne, la messa a disposizione degli addetti, nonché degli utenti e visitatori, di soluzioni disinfettanti per le mani;
- interventi ordinari e straordinari di sanificazione dei locali e delle attrezzature;
- la stretta applicazione delle misure generali di prevenzione e controllo delle infezioni (precauzioni standard, via aerea, da droplets e da contatto), anche con riferimento alle persone che non soddisfano i criteri definiti per "caso sospetto" di COVID-19;

- la garanzia che gli operatori penitenziari e tutte le altre persone che, a vario titolo, si recano in carcere per motivi di lavoro, seguano le indicazioni fornite dal proprio medico competente e ricevano i DPI appropriati per i compiti da svolgere dal datore di lavoro;
- le attività di sensibilizzazione della popolazione presente per fornire una corretta informazione sull'importanza di adottare corrette misure di prevenzione, compreso l'uso di DM e DPI e la necessità di comportamenti individuali responsabili.
- all'interno degli Istituti Penitenziari e delle REMS, la ripresa, quando prevista dalle normative vigenti, della piena operatività secondo criteri di progressività ed in condizioni di sicurezza, realizzando la massima riduzione della movimentazione dei detenuti e degli internati, prevenendo l'eccessiva aggregazione di persone e/o il mancato rispetto delle distanze minime interpersonali; è compresa la riorganizzazione delle modalità di svolgimento della socializzazione tra detenuti, della gestione dei colloqui, della ricezione dei pacchi, dell'ingresso di fornitori e della gestione delle attività trattamentali.
- la massima disponibilità ai detenuti e internati di soluzioni per i colloqui "da remoto" (telefonici ovvero video), anche in misura ampliativa rispetto alle ordinarie frequenze e durate;
- L'identificazione dei detenuti con patologie a rischio di peggioramento prognostico in relazione alla possibile comorbilità da Covid-19 e la proposizione all'A.G. di soluzioni alternative alla detenzione in carcere che migliorino la prognosi;
- L'identificazione di ogni altra condizione dei detenuti e internati che possa rendere opportuna l'applicazione di soluzioni alternative alla detenzione in carcere con ridotta frequenza di uscite e reingressi negli Istituti;
- L'astensione da ogni decisione che comporti attività non previste o indicate da normative, indirizzi o protocolli sanitari elaborati dalla locale Autorità Sanitaria;
- Il controllo della temperatura corporea per tutte le persone a qualunque titolo in ingresso nella struttura, con possibilità di inibirne l'accesso in caso di temperatura maggiore di 37,5°C;
- L'identificazione, l'attivazione ed il costante aggiornamento di specifici spazi per la quarantena o l'isolamento sanitario.
- La garanzia che le azioni sanitarie per la gestione del COVID-19 rivolte alla popolazione detenuta siano gestite dalle Unità Operative di Sanità Penitenziaria delle ASL, con il supporto dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, ognuno per le proprie competenze, ferma restando l'obbligatorietà di un univoco coordinamento a livello aziendale, che partecipi costantemente alle funzioni di coordinamento regionale già implementate, al fine di assicurare implementazioni locali uniformi su tutto il territorio regionale.

Tra le misure specifiche sono comprese attività destinate agli ingressi di detenuti o internati, a tutte le persone che possono accedere occasionalmente, per qualunque motivo e con autorizzazione alla

struttura, compresi gli avvocati ed i magistrati, e) al personale regolarmente operante presso la struttura.

Il Presidio sanitario penitenziario e la REMS assumono quale prioritario e strategico obiettivo la sollecita identificazione dei detenuti e internati che soddisfino secondo i criteri definiti dal Ministero della Salute la condizione di “caso sospetto”, assicurando la sua gestione per il periodo di tempo tra l'identificazione e la definizione degli interventi necessari

Nel caso di rilevazione di “caso confermato” la procedura gestionale dovrà essere localmente definita – nei casi che non necessitano di ospedalizzazione - considerando 1) la permanenza in Istituto Penitenziario solo quale *extrema ratio* e comunque limitata ai casi asintomatici o paucisintomatici, e 2) l'appropriato utilizzo degli specifici spazi interni all'Istituto dedicati (quarantena precauzionale, isolamento sanitario, assistenza domiciliare).

Per quanto inerente tutti gli ingressi di detenuti o internati – intesi in senso estensivo (per es. c.d. “Nuovi Giunti”, trasferimenti ecc.) - risulta necessario attuare quanto di seguito elencato:

- Pre-triage COVID 19: da effettuare in spazi interni alla struttura ovvero, ove necessario, esterni (per es. tendostrutture) per la valutazione clinica, diversa e preliminare rispetto alla visita di primo ingresso, per la rilevazione della sintomatologia respiratoria e l'identificazione delle condizioni di “caso sospetto”;
- Adozione della misura della quarantena precauzionale di 14 giorni (preferenzialmente in stanza singola con proprio servizio igienico) prima dell'allocazione negli ordinari reparti o sezioni detentive;
- Costante valutazione dello specifico rischio sanitario COVID19 in tutti i casi di trasferimenti dei detenuti tra Istituti Penitenziari o REMS;
- Esecuzione di tampone diagnostico a tutti i detenuti o internati all'ingresso negli Istituti Penitenziari o strutture assimilate.

8.2 Attività di screening, diagnostiche e di monitoraggio del personale operante e delle persone detenute e internate nelle strutture penitenziarie e nelle REMS

Si confermano le previsioni del “Protocollo operativo aggiornamento luglio 2020” con il quale la regione Campania ha già identificato la popolazione a qualunque titolo presente nelle strutture penitenziarie (detenuti/ internati, personale sanitario e penitenziario) come popolazione maggiormente esposta al rischio COVID-19.

Pertanto, sono confermate sia l'esecuzione degli screening con tampone rinofaringeo per tutti i soggetti presenti presso gli Istituti Penitenziari (dipendenti e detenuti) e per le strutture assimilabili, sia l'obbligatoria effettuazione del tampone all'atto dell'ingresso della persona detenuta o internata

nella struttura; nel caso di trasferimenti in ambito regionale, la predetta procedura può aggiuntivamente essere effettuata anche presso il Presidio di provenienza, ma solo laddove preventivamente concordato tra i servizi sanitari.

Al fine di migliorare l'efficienza, l'uniformità sul territorio regionale e la sinergia con le altre misure deve essere attivata una procedura specifica per la sanità penitenziaria, che di seguito si delinea.

1. Esecuzione periodica di tamponi e test sierologici effettuata preferenzialmente dal personale dei Presidi sanitari penitenziari e delle REMS, che assicura, nel caso positività, anche le attività di collegamento con i Dipartimenti di Prevenzione del territorio di residenza ai fini dell'analisi epidemiologica e la programmazione di ulteriori attività.
2. Tamponi preferenzialmente processati da un Laboratorio o quote di attività dedicate alla sanità penitenziaria, prevedendo modalità specifiche per il ritiro dei campioni e la comunicazione formale degli esiti.
3. Monitoraggio univoco delle attività diagnostiche e di screening e della gestione della refertazione degli esiti attraverso l'implementazione nel sistema eCOVID SINFONIA di accessi specifici per i Servizi aziendali di sanità penitenziaria.

8.3 Assistenza diretta alle persone detenute affette da covid-19, equivalente all'assistenza di tipo "domiciliare"

In tutti gli Istituti Penitenziari e nelle REMS è assicurata la formale identificazione e l'aggiornamento quali-quantitativo (numero ed occupabilità minima e massima) di:

- stanze con relativi posti da utilizzare per la quarantena precauzionale delle persone detenute in ingresso ovvero già presenti e identificate come casi sospetti;
- stanze con relativi posti da destinare all'isolamento dei detenuti risultati positivi al virus della SARS-COV2 e assistibili all'interno dell'Istituto penitenziario in relazione a bisogni sanitari che richiedono esclusivamente interventi di livello non ospedaliero (assistenza domiciliare COVID-19).

In ogni ASL nel cui territorio insistono più Istituti Penitenziari, la rete aziendale dei presidi di sanità penitenziaria è configurata secondo il modello HUB/SPOKE, con HUB che assicura le funzioni di generali attività covid-19 e la prioritaria accoglienza dei detenuti positivi che necessitano di assistenza non ospedaliera (equivalente a quella domiciliare).

9. Risorse provenienti dai fondi europei

In considerazione del fatto che le spese sostenute per contrastare l'emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del Coronavirus sono anticipate dal Fondo Sanitario Regionale 2020, il Direttore Generale Tutela della Salute ha richiesto al Direttore Generale dell'Autorità di Gestione del Fondo Europeo di Sviluppo Regionale di prevedere, in sede di riprogrammazione dei Fondi POR FESR 2014-2020, anche il fabbisogno finanziario del settore sanitario al fine di non pregiudicare l'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale.

Con Delibera di Giunta Regionale n.196 del 21 aprile avente ad oggetto "Piano per l'emergenza socio economica della Regione Campania: programmazione risorse fondi strutturali" si è provveduto, tra l'altro, ad appostare risorse finanziarie a valere sul Fondo FESR 2014/2020 per € 123.336.910,00 per interventi urgenti finalizzati a fronteggiare l'emergenza sanitaria.

Con decreto n.784 del 3/12/2020 il Direttore Generale dell'Autorità di Gestione del Fondo Europeo di Sviluppo Regionale ha provveduto ad accertare i suindicati importi sui capitoli di propria competenza che sono stati poi successivamente impegnati con decreto del Direttore Generale Tutela della Salute n.456 del 31.12.2020.

La Regione intende avvalersi di tali fondi per finanziare le spese relative all'emergenza COVID-19 riferite al periodo dal 30.06.2020 al 30.06.2021.

10 Risorse provenienti da donazioni

Le donazioni ricevute dagli enti del SSR e impiegate a sostegno del contrasto dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 nel corso dell'esercizio 2020, sono articolabili nelle seguenti categorie:

- ✓ Donazioni di beni trasferiti dalla Protezione Civile;
- ✓ Donazioni da enti terzi.

10.1 Donazioni beni trasferiti da Protezione Civile

La procedura operativa di contabilizzazione adottata dagli enti del SSR per i beni donati da Protezione Civile, in corda con le linee ricevute dal Ministero, prevede quanto segue:

- ✓ per i beni di consumo, la rilevazione del contributo in conto esercizio ricevuto da privati – voce CE AA0230 – a fronte del costo registrato per natura sulle rispettive voci di CE;
- ✓ per i beni capitalizzabili distribuiti in comodato d'uso, la rilevazione in conti d'ordine dedicati e la tenuta di un registro *ad hoc*.

La determinazione del valore di iscrizione di tali beni è in linea con i prezzi di mercato degli stessi.

Si riporta di seguito un prospetto di sintesi che evidenzia la tipologia dei beni trasferiti da Protezione Civile alla Regione Campania nell'esercizio 2020 per fronteggiare l'emergenza Covid-19, e le relative quantità.

La seguente tabella rappresenta la tipologia di beni donati da Protezione Civile.

Categorie di beni donati da Protezione Civile nell'esercizio 2020		
Beni di Consumo	64.417.547	PZ
Attrezzature	2.210	PZ
Accessori per attrezzature	203	PZ
Totale Complessivo	64.419.960	PZ

In particolare, per ciascuna macrocategoria individuata nella tabella sopra indicata, si riportano le informazioni di dettaglio dei beni donati distinti per classe di appartenenza (es. Mascherine, Calzari, Camici etc.).

Di seguito si riporta il dettaglio per tipologia di beni donati da Protezione Civile – beni di consumo

Dettaglio per tipologia di bene		
Calzari	733.770	PZ
Camici	1.715.949	PZ
Cuffie	688.250	PZ
Mascherine FFP2/FFP3	12.630.016	PZ
Gel	65.903	PZ
Guanti	16.227.350	PZ
Kit Diagnostici	267.628	PZ
Maschera Ventilazione	107.849	PZ
Mascherina Chirurgica	25.925.885	PZ
Tamponi e Provette	4.622.496	PZ
Tute	964.140	PZ
Visiere	440.840	PZ
Altro	27.471	PZ
Beni di Consumo	64.417.547	PZ

Di seguito si riporta il dettaglio per tipologia di beni donati da Protezione Civile – attrezzature

Dettaglio per tipologia di bene		
Monitor Multiparametrici	427	PZ
Pompe Siringa	245	PZ
Ventilatori	606	PZ
Termometri	1.538	PZ
Attrezzature	2.210	PZ

Di seguito si riporta il dettaglio per tipologia di beni donati da Protezione Civile - accessori

Dettaglio per tipologia di bene	
Accessori per ventilatori	203 PZ
Accessori per attrezzature	203 PZ

Si riporta di seguito un prospetto di sintesi che evidenzia la tipologia dei beni che sono stati donati dalla Protezione Civile e trasferiti alle Aziende del SSR e agli Enti Extra SSR e, dunque, impiegati a sostegno del contrasto dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 nel corso dell'esercizio 2020, con il dettaglio delle quantità distribuite.

Di seguito si riporta la distribuzione e impiego beni donati da Protezione Civile - beni di consumo (1 di 2)

Distribuzione e impiego Beni di Consumo donati da Protezione Civile 1/2						
Ente destinatario	Calzari	Camici	Cuffie	Mascherine	Guanti	Tute
AO S. Giuseppe Moscati	32.800	138.045	33.000	1.556.712	1.048.066	39.566
AO S. Pio (ex Rummo)	36.400	64.020	32.500	1.261.638	519.000	32.621
AORN Cardarelli	20.100	35.070	21.000	1.516.510	655.513	20.150
AORN Colli	29.200	107.010	34.000	1.748.510	640.089	35.348
AORN S. Anna e S. Sebastiano	35.150	6.140	2.000	619.070	489.461	12.067
AORN Santobono-Pausilipon	18.000	13.805	4.000	542.957	166.221	1.145
AOU Federico II	25.900	18.935	22.750	924.824	392.500	19.895
AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi	59.000	107.275	56.221	1.891.805	683.468	41.145
AOU Vanvitelli	27.450	34.440	19.779	908.850	265.057	13.743
ASL Avellino	47.533	48.765	44.500	991.787	456.541	19.931
ASL Benevento	17.750	28.375	16.000	641.295	331.500	7.575
ASL Caserta	45.319	70.477	53.500	1.930.922	648.058	50.157
ASL Napoli 1 Centro	136.153	227.941	124.000	3.331.258	2.120.441	119.470
ASL Napoli 2 Nord	37.074	60.404	41.500	606.095	571.760	51.722
ASL Napoli 3 Sud	31.386	93.517	22.750	1.530.461	725.061	38.606
ASL Salerno	38.583	61.102	100.500	1.157.333	314.553	44.098
Enti extra SSR	54.172	130.618	48.250	11.813.388	4.719.061	139.528
IRCCS Fondazione Pascale	23.600	16.200	12.000	542.757	187.000	865
Totale complessivo	715.570	1.262.139	688.250	33.516.172	14.933.350	687.632

Di seguito si riporta la distribuzione e impiego beni donati da Protezione Civile - beni di consumo (2 di 2)

Distribuzione e impiego Beni di Consumo donati da Protezione Civile 2/2						
Ente destinatario	Gel	Kit Diagnostici	Maschera Ventilazione	Visiere	Altro	Totale complessivo
AO S. Giuseppe Moscati	2.704		214	17.907	2.220	2.871.234
AO S. Pio (ex Rummo)	2.010		272	13.507	2.589	1.964.557
AORN Cardarelli	1.798		1.507	3.772	2.540	2.277.960
AORN Colli	2.449	3.875.100	982	11.317	1.640	6.485.645
AORN S. Anna e S. Sebastiano	1.066		114	6.752	2.020	1.173.840
AORN Santobono-Pausilipon	723		43	5.072	36	752.002
AOU Federico II	1.157		206	16.560	1.380	1.424.107
AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi	2.048		465	30.700	2.110	2.874.237
AOU Vanvitelli	839		182	8.402	1.340	1.280.082
ASL Avellino	4.332	36.237	15.414	22.929	390	1.688.359
ASL Benevento	1.069	7.900		4.211	180	1.055.855
ASL Caserta	5.069	68.911	15.424	18.194	1.110	2.907.141
ASL Napoli 1 Centro	7.727	18.925	15.660	48.135	797	6.150.507
ASL Napoli 2 Nord	2.718	56.439	15.294	23.776	1.395	1.468.177
ASL Napoli 3 Sud	3.219	57.625	15.424	15.046	1.234	2.534.329
ASL Salerno	2.274	43.625	15.260	18.106	790	1.796.224
Enti extra SSR	13.173	376.212	15.196	63.251	200	17.373.049
IRCCS Fondazione Pascale	777			3.320	410	786.929
Totale complessivo	55.152	4.540.974	111.657	330.957	22.381	56.864.234

Di seguito si riporta la distribuzione e impiego beni donati da Protezione Civile - attrezzature e accessori

Distribuzione e impiego Attrezzature e Accessori donati da Protezione Civile						
Ente destinatario	Monitor	Pompe siringa	Ventilatori	Accessori per Ventilatori	Termometri	Totale complessivo
AO S. Giuseppe Moscati	51		51	7	31	140
AO S. Pio (ex Rummo)	21		32	18	16	87
AORN Cardarelli	39	15	67	17	54	192
AORN Colli	38	30	57	12	21	158
AORN S. Anna e S. Sebastiano	18		33	5	29	85
AORN Santobono-Pausilipon	4		14		24	42
AOU Federico II	34		16		16	66
AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi	57	30	66	24	60	237
AOU Vanvitelli	13		14	17	11	55
ASL Avellino	25	30	23	7	56	141
ASL Benevento					44	44
ASL Caserta	34	40	47	18	41	180
ASL Napoli 1 Centro	19	40	24	11	228	322
ASL Napoli 2 Nord	12	20	28	10	45	115
ASL Napoli 3 Sud	39		49	21	61	170
ASL Salerno	23	20	41	17	62	163
Enti extra SSR			12	12	117	141
IRCCS Fondazione Pascale					16	16
Totale Complessivo	427	225	574	196	932	2.354

La distribuzione di tali beni, visto il perdurare dell'emergenza Covid-19, risulta in corso nell'esercizio 2021.

Relativamente alla contabilizzazione dei beni di consumo trasferiti da Protezione Civile nell'esercizio 2020 alle Aziende del SSR, in corda con le procedure adottate che prevedono la rilevazione del contributo in conto esercizio ricevuto da privati nella voce CE AA0230 a fronte del costo registrato per natura sulle rispettive voci di CE, si rileva la contabilizzazione di **67.260.941,00 €**.

10.2 Donazioni da enti terzi

Relativamente alle donazioni in denaro ricevute da enti terzi per il tramite della Regione Campania, a seguito dell'insorgenza dello stato di emergenza epidemiologica da Covid-19, si rileva che nell'esercizio 2020 queste ammontano a N. 6.582 donazioni da associazioni, imprese e cittadini per un importo complessivo di **8.910.466,03 €**.

Di seguito si riporta il valore delle donazioni per tipologia.

DONANTI	NUMERO	IMPORTO
Imprese	216	7.966.057,58 €
Privati	6.291	750.252,57 €
Associazioni	64	159.484,00 €
Enti Pubblici	9	19.671,88 €
Fondazioni	2	15.000,00 €
Totale complessivo	6.582	8.910.466,03 €

Di seguito si riporta la destinazione e impiego delle donazioni in denaro.

DESTINAZIONE	IMPORTO
Dispositivi Medici e Attrezzature	2.459.198,88 €
Strutture Ospedaliere	4.045.470,00 €
Altro	128.797,15 €
Progetto Scuola	2.277.000,00 €
Totale complessivo	8.910.466,03 €

Relativamente alle donazioni in natura ricevute da enti terzi e destinate alle Aziende del SSR per il tramite della Regione Campania, di seguito si riporta la quantità dei beni donati da enti terzi.

Donazioni	Quantità
Farmaci	1.640.345
DPI	306.930
Beni Di Consumo	10.080
Attrezzature	447
Totale complessivo	1.957.802

Relativamente alle donazioni in denaro da enti terzi, è di rilievo la donazione effettuata dall'Intesa San Paolo S.p.A. all'AORN dei Colli per un importo di 6.590.000 € per la realizzazione di progetti finalizzati al contrasto dell'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Di seguito si riporta un prospetto di sintesi che evidenzia l'impiego di tali risorse e le attività progettuali poste in essere per i progetti finanziati da Intesa Sanpaolo S.p.A. a favore dell'AORN dei Colli.

Progetti finanziati da Intesa Sanpaolo S.p.A.	
Progetto 1	Ospedale Cotugno: attivazione di 8 nuovi posti letto (Covid-19) di Terapia Intensiva
Progetto 2	Ospedale Cotugno: riqualificazione della struttura ampliamento delle dotazioni strumentali per attivazione di n. 64 posti letto di cui 36 Sub - intensivi
Progetto 3	Ospedale Cotugno: riqualificazione e rinnovamento di un reparto da destinare al trattamento di pazienti Covid-19 in dialisi con n. 100 posti letto a pressione negativa
Progetto 4	Ospedale Monaldi: riqualificazione e ristrutturazione della UTSIR per l'inserimento di ulteriori n. 8 posti letto di Terapia Intensiva e n. 12 posti letto di Terapia Sub-intensiva
Progetto 5	Ospedale Monaldi: riconversione di aree per la realizzazione di una Sala di Emodinamica con 4 posti letto UTIC per pazienti Covid-19
Progetto 6	Ospedale Monaldi: attivazione della nuova TAC a servizio della Terapia Intensiva dedicata a pazienti Covid-19

Inoltre, tra le rilevazioni effettuate dalle Aziende del SSR sulla voce CE – EA0040 – “Proventi da donazioni e liberalità diverse” figura l’importo di **8.385.228 €** corrispondente alle donazioni in denaro ricevute dalle Aziende Sanitarie per l’emergenza Covid-19.

11. Costruzione del modello programmatico

Nella prima fase emergenziale la Regione Campania, ha richiesto alle Aziende Sanitarie di tenere una contabilità dedicata al fine di garantire una ricognizione puntuale degli oneri connessi alla pandemia da COVID-19, in particolare:

- **prevedendo nell’ambito dei sistemi informativi amministrativi-contabili una gestione “per commessa”** degli acquisti relativi ai beni e ai servizi (sanitari e non sanitari);
- **implementando nell’ambito del flusso informativo del personale dipendente e convenzionato**, di cui ai DCA n. 53 e n. 55 del 2019, **una nuova tabella** atta a rilevare le matricole ingaggiate durante l’emergenza;
- predisponendo una piattaforma informatica documentale in cui depositare la documentazione utile alla rendicontazione dei costi sostenuti.

Successivamente all’adozione dei provvedimenti governativi di finanziamento dell’emergenza, la Regione ha proceduto alla costruzione di un modello programmatico per l’anno 2020-2021.

In particolare, il **modello programmatico 2020** coincide con i valori rilevati in sede di IV trimestre 2020. Mentre con riferimento alla costruzione del **modello programmatico 2021**, si riportano di seguito i razionali utilizzati:

- I **contributi FSR** sono stati calcolati applicando la quota di accesso regionale (pari a ca. 9,302%) all’incremento del fabbisogno standard per il 2021, rilevabile nell’ultima Legge di Bilancio (pari a ca. 121.600 €/mln rispetto ai ca. 120.517 €/mln considerati per l’anno 2020);
- Gli **acquisti di beni e servizi** registreranno valori inferiori rispetto all’anno precedente, per effetto dalla campagna vaccinale in corso. In particolare, nel 2021 si stima, con i dati ad oggi a

disposizione, una riduzione degli acquisti effettuati da So.Re.Sa. per conto delle Aziende Sanitarie.

11.1 Ricavi

Contributi in c/esercizio indistinto

Per l'anno 2020 il contributo in c/esercizio indistinto è pari allo stanziamento base 2020 a cui sono stati aggiunti gli ulteriori fondi stanziati a valere sul FSN per l'emergenza da COVID-19, **pari a ca. 330,3 €/mln** (come dettagliati nella tabella di seguito). Di questi risultano accantonati nel 2020 ca. 44,5 €/mln relativi al DL n. 104 del 14/08/2020.

DL Covid		
Decreto	Fonte	Importo base €/000
DL 14 e 18 del 2020	Tabella A	131.346
DL 34 del 2020	Allegato A e C	154.529
DL 104 del 2020	Allegato B	44.483
Totale		330.358

Per l'anno 2021, si è proceduto ad incrementare il dato dell'anno 2020 applicando la quota di accesso regionale (pari a ca. 9,302%) alla variazione del fabbisogno sanitario per il 2021, rilevabile nella Legge di Bilancio 2021 (pari a ca. 121.600 €/mln rispetto ai ca. 120.517 €/mln considerati per l'anno 2020).

Inoltre, con riferimento al finanziamento di cui COVID-19, per l'anno 2021 si è tenuto in considerazione un importo di ca. 183 €/mln di cui:

- ca. 96,2 €/mln a valere sul DL n. 34/2020 di cui all'allegato B e C, a valere per l'anno 2021;
- ca. 46,5 €/mln calcolato a partire dall'importo di cui all'art. 265 c. 4 del DL n. 34/2020 in funzione della quota di accesso regionale (9,302%);
- ca. 41,4 €/mln calcolato a partire dagli importi previsti dai commi 409, 410, 411, 464 e 466 della Legge di Bilancio 2021 in funzione della quota di accesso regionale (9,302%).

Contributi in c/esercizio vincolato

Per l'anno 2021 il contributo per FSR vincolato è stimato pari al valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020.

Saldo della mobilità extraregionale e internazionale in compensazione

Per l'anno 2021 il saldo è stimato pari al valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020.

Utilizzo Fondi Per Quote Inutilizzate Contributi Finalizzati e Vincolati Di Esercizi Precedenti

Per l'anno 2021 il saldo è stimato pari al valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020, ad eccezione della voce AA0271 che è stato stimato pari alla somma:

- del valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020;
- degli accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. indistinto finalizzato per un importo pari a ca. 166,3 €/mln, calcolato a partire da quanto iscritto in sede di IV Trimestre 2020 al netto di una quota pari a ca. 10 €/mln a valere sul DL n.104/2020 e ca. 37,3 €/mln relativi al DL n. 18 articolo 3 c. 1,2 e 3.

Ulteriori trasferimenti pubblici

Per l'anno 2021 gli ulteriori trasferimenti pubblici sono stimati pari al valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020, ad eccezione:

- degli ulteriori Trasferimenti Pubblici (Extra Lea/Altro) per i quali non è stata considerata la quota di ca. 10,5 €/mln relativa al rimborso del 50% delle spese autorizzate condizionate erogate, nel mese di Dicembre 2020, dal Commissario Straordinario per l'emergenza COVID-19. Inoltre, si è provveduto ad allineare il contributo relativo alla L 210/1992 rispetto a quanto iscritto nel bilancio preventivo 2021.
- degli ulteriori Trasferimenti Pubblici (Ricerca Finalizzata/Vincolati) per i quali, si è tenuto in considerazione, per quanto riguarda la GSA, anche le previsioni 20221 sul bilancio regionale.

Ticket

Per l'anno 2021 il valore dei ticket è stimato pari al valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020.

Altre entrate proprie

Per l'anno 2021 il pay-back è pari alla somma del valore:

- dell'ulteriore pay-back iscritto nel bilancio preventivo 2021, per un importo pari a ca. 59,1 €/mln;
- del pay-back incassato nei mesi di Gennaio e Febbraio 2021 a titolo di ripiano dell'anno 2018, come da indicazioni ministeriali.

Per l'anno 2021 i contributi da privato sono pari al valore dei beni sanitari donati dalla Protezione Civile Italiana sulla base dei dati dei mesi di gennaio e febbraio 2021. Gli oneri connessi a tali contributi sono stati iscritti nelle rispettive voci di costo.

Per l'anno 2021 le altre entrate proprie sono stimate pari al valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020.

Saldo intramoenia

Per l'anno 2021 il saldo è stimato pari al valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020.

Rettifica Contributi per Destinazione ad investimenti

Per l'anno 2021 la rettifica dei contributi è stimata prudenzialmente pari al valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020, al netto del valore del CE di cui COVID-19.

11.2 Costi

Personale dipendente

Per l'anno 2021 il costo del personale dipendente sanitario e non sanitario è pari alla proiezione dei dati del IV Trimestre 2020 al netto della quota erogata nell'anno 2020 relativa al premio COVID, considerando:

- la proiezione dei costi del personale a tempo determinato assunto per l'emergenza COVID-19 ipotizzando la proroga dei contratti al 31/12/2021;
- la proiezione del costo straordinario del personale coinvolto nell'emergenza COVID-19;

Il costo relativo al personale assunto per l'emergenza COVID-19 alla data del 28 febbraio 2021 è stato maggiorato dell'effetto della proiezione fino al 31/12/2021 considerando costanti le assunzioni realizzate nel primo bimestre del 2021.

Il costo del personale dipendente, non impiegato nell'emergenza COVID-19, per l'anno 2021 è stato determinato considerando il pieno reintegro delle cessazioni avvenute al 31/12/2020 maggiorandole del 40% in anticipo delle future assunzioni desumibili dai piani triennali di fabbisogno di personale in corso di approvazione.

Si riporta, di seguito, la rilevazione delle cessazioni al 31/12/2020 desumibili dal flusso informativo del personale e la stima dei costi aggiuntivi per l'anno 2021.

Tipologia	Cessati 2020	Costo Cessati 2020	Stima costi aggiuntivi 2021
Dirigenti medici	991	99.100	39.640
Dirigenti Sanitari	65	5.850	2.340
Dirigenti PTA	47	4.230	1.692
Comparto sanitario	1.580	71.100	28.440
Comparto PTA	1.107	38.745	15.498
Totale	3.790	219.025	87.610

Personale non dipendente

Per l'anno 2021 il costo è pari al valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020 maggiorato del trascinarsi del costo del personale non dipendente coinvolto nell'emergenza da COVID-19 per tutto l'anno 2021.

Prodotti farmaceutici ed emoderivati

Per l'anno 2021 il costo dei prodotti farmaceutici ed emoderivati è pari al valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020, incrementato del tasso di crescita "CAGR" rilevato tra il 2016 e il 2019 (5%). A tale valore è stato inoltre aggiunto il costo dei farmaci anti Epatite C, al netto delle note credito, registrato in sede di IV Trimestre 2020.

Altri beni sanitari

Per l'anno 2021, il costo dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari è pari al valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020, considerando:

- il valore dei beni sanitari acquistati da So.Re.Sa., per conto delle Aziende, sulla base della proiezione lineare dei dati rilevati nei mesi di Gennaio e Febbraio 2021, pari a ca. 5 €/mln a fronte dei ca. 90 €/mln registrati nel 2020;
- il dato dei beni sanitari donati dalla Protezione Civile Italiana, stimando le donazioni sulla base di quanto ricevuto nei mesi di Gennaio e Febbraio 2021, pari a ca. 93,8 €/mln a fronte dei ca. 67,3 €/mln registrati in sede di IV Trimestre 2020. Si precisa che tale costo non ha impatto sul risultato, in quanto, sterilizzato dal correlato contributo iscritto tra i ricavi.

Beni non sanitari

Per l'anno 2021 il costo dei beni non sanitari è pari al valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020.

Servizi appaltati

Per l'anno 2021 il costo dei servizi appaltati è pari al valore rilevato al IV trimestre 2020 al netto dell'effetto COVID-19, maggiorato della stima dell'effetto derivante dall'emergenza COVID-19 nel 2021 che si ipotizza pari al 50% del valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020, per effetto della riduzione delle attività di sanificazione e dello smaltimento rifiuti.

Altri servizi sanitari e non sanitari

Per l'anno 2021 il costo per gli altri **servizi sanitari e non sanitari** è pari al valore rilevato al IV trimestre 2020 al netto dell'effetto COVID-19, maggiorato della stima dell'effetto derivante dall'emergenza COVID-19 nel 2021 che si ipotizza pari al 50% del valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020. Inoltre, si precisa che per i servizi sanitari si è tenuto conto del valore relativo al contributo relativo alla L 210/1992, iscritto nel bilancio preventivo 2021.

Per l'anno 2021 il costo per le **consulenze sanitarie** è pari al dato del IV Trimestre 2020 a cui è stata aggiunta la quota relativa all'implementazione delle liste di attesa di cui al DL n. 104/2020, pari a ca. 32,3 €/mln.

Per l'anno 2021 il costo per le **consulenze non sanitarie** è pari al valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020.

Godimento beni di terzi

Per l'anno 2021 il godimento beni di terzi è pari al valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020.

Ammortamenti e sterilizzazione

Per l'anno 2021 il saldo tra ammortamenti e sterilizzazioni è, prudenzialmente, pari al valore rilevato in sede di Consuntivo 2019.

Accantonamenti fondo rischi

Per l'anno 2021 gli accantonamenti a fondo rischi sono pari al valore rilevato al IV Trimestre 2020 al netto della quota rilevata in gestione sanitaria accentrata. Al valore così determinato sono stati aggiunti ca. 55 €/mln per fronteggiare eventuali costi legati alla campagna vaccinale anti-covid e a eventuali ulteriori oneri non previsti nel modello programmatico (es. beni sanitari, ulteriori assunzioni di personale, ecc.).

Accantonamenti SUMAI

Per l'anno 2021 l'accantonamento è pari al valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020.

Accantonamenti rinnovi contrattuali

Per l'anno 2021 gli accantonamenti dei rinnovi contrattuali sono pari al valore calcolato sulla base delle indicazioni ministeriali, ricevute in sede di IV Trimestre 2020.

Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi da FS indistinto finalizzato

Per l'anno 2021 gli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi da FS indistinto finalizzato sono pari a quanto rilevato in sede di IV Trimestre 2020, al netto della quota rilevata per effetto dell'emergenza da COVID-19.

Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati

Per l'anno 2021 l'accantonamento è pari prudenzialmente al valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020, ad eccezione della voce BA2790 che è pari a quanto iscritto nel bilancio preventivo 2021.

Variazione delle rimanenze

Per l'anno 2021 la variazione delle rimanenze è pari, prudenzialmente, al valore registrato al IV Trimestre 2020.

Medicina di base

Per l'anno 2021 il costo della medicina di base è pari al valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020 maggiorato dell'effetto della proiezione lineare del costo sostenuto per le nuove convenzioni al 28 febbraio 2021 fino al 31/12/2021.

Farmaceutica convenzionata

Per l'anno 2021 il costo relativo all'attività farmaceutica convenzionata è pari, prudenzialmente, al valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020.

Prestazioni da privato assistenza ospedaliera

Per l'anno 2021 il costo delle prestazioni da privato per assistenza ospedaliera è, prudenzialmente, pari al valore dei tetti di spesa per l'anno 2020 (di cui alla DGR 621/2020), comprensivi della quota per l'alta specialità per le Case di Cura private e dei PACC.

Prestazioni da privato assistenza specialistica

Per l'anno 2021 il costo per le prestazioni da privato per assistenza specialistica, è prudenzialmente pari al valore dei tetti di spesa per l'anno 2020 (di cui alla DGR 450/2020).

Prestazioni da specialisti ambulatoriali

Per l'anno 2021 il costo delle prestazioni da specialisti ambulatoriali è pari al valore del IV Trimestre 2020 maggiorato dell'importo previsto dal DL 104/2020 per l'incremento del monte ore degli specialisti ambulatoriali da dedicare all'abbattimento delle liste d'attesa (pari a ca. 2,2 €/mln).

Trasporti sanitari da privato

Per l'anno 2021 il costo dei trasporti sanitari da privato è pari al valore del IV Trimestre 2020.

Assistenza protesica e integrativa

Per l'anno 2021 il costo per l'assistenza protesica e integrativa è pari al valore relativo al IV Trimestre 2020.

Assistenza Psichiatrica Residenziale E Semiresidenziale Da Privato

Per l'anno 2021 il costo per l'assistenza psichiatrica residenziale e semiresidenziale da privato è prudenzialmente pari al valore rilevato in sede di IV trimestre 2020.

Distribuzione di farmaci File F

Per l'anno 2021 Il costo per la distribuzione di farmaci File F è prudenzialmente pari al valore del IV Trimestre 2020.

Assistenza termale da privato

Per l'anno 2021 il costo dell'assistenza termale da privato è prudenzialmente pari al 100% del valore dei tetti definitivi previsti per l'anno 2019 (ci cui al DCA 73/2019).

Assistenza socio-sanitaria da privato

Per l'anno 2021 il costo per l'assistenza socio-sanitaria è pari al valore rilevato in sede di IV Trimestre 2020.

Componenti fiscali, finanziarie e straordinarie

Svalutazione crediti e rivalutazioni

Per l'anno 2021 la svalutazione crediti è pari al valore rilevato al IV Trimestre 2020.

Saldo della gestione finanziaria

Per l'anno 2021 il saldo della gestione finanziaria è pari al valore rilevato al IV Trimestre 2020.

IRES

Per l'anno 2021 l'IRES è pari al valore rilevato al IV Trimestre 2020.

IRAP

Per l'anno 2021 l'IRAP è pari al valore rilevato al IV Trimestre 2020, a cui è stata aggiunta la quota dell'8,5% della variazione registrata del costo del personale tra il modello programmatico 2021 e il modello programmatico 2020.

Oneri Fiscali

Per l'anno 2021 tali oneri sono, prudenzialmente, pari al valore rilevato al IV Trimestre 2020.

Componenti straordinarie attive

Per l'anno 2021 le componenti straordinarie attive sono pari al IV Trimestre 2020, al netto degli effetti economici che si ritiene non abbiano carattere ripetitivo nel 2021 e dei proventi per donazione registrati dalle Aziende Sanitarie al IV Trimestre 2020.

Componenti straordinarie passive

Per l'anno 2021 le componenti straordinarie passive sono pari al valore rilevato al IV Trimestre 2020, al netto degli effetti economici che si ritiene non abbiano carattere ripetitivo nel 2021.

Schema sintetico conto economico per gestione dell'emergenza Covid-19

€/000 VOCE	di cui		di cui	
	Totale CE Anno 2020	codice "COV 20" Anno 2020	Totale CE Anno 2021	codice "COV 20" Anno 2021
contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	11.066.649	330.358	11.167.389	184.162
rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	(139.139)	(45.808)	(93.332)	-
contributi da regione a titolo di copertura LEA	-	-	-	-
contributi da regione a titolo di copertura extra LEA	-	-	-	-
utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti	70.380	-	236.722	166.342
altri contributi in conto esercizio	124.939	77.689	143.470	93.717
compartecipazioni	36.885	-	36.885	-
payback	141.659	-	59.100	-
altre entrate	76.272	-	76.272	-
rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi	(764)	(300)	(464)	-
costi capitalizzati	150.480	767	144.216	-
mobilità attiva intraregionale	-	-	-	-
mobilità attiva extraregionale	133.295	-	133.295	-
TOTALE RICAVI	11.660.654	362.706	11.903.553	444.220
personale	2.760.009	78.496	2.912.089	218.756
Personale ruolo sanitario	2.273.948	67.122	2.399.245	187.059
Personale ruolo professionale	12.825	-	13.532	-
Personale ruolo tecnico	233.923	10.050	246.813	28.008
Personale ruolo amministrativo	162.518	318	171.473	886
indennità " de maria"	76.796	1.006	81.027	2.804
irap	208.346	6.451	227.801	18.459
beni	2.034.365	169.295	2.054.293	119.339
beni sanitari	2.010.599	166.437	2.030.527	116.481
beni non sanitari	23.766	2.858	23.766	2.858
servizi	1.238.898	84.233	1.366.081	133.184
servizi sanitari	300.143	56.807	424.692	114.721
servizi non sanitari	938.755	27.426	941.389	18.463
prestazioni da privato	3.912.658	16.830	4.006.633	103.344
medicina di base	666.686	15.623	751.028	99.965
farmaceutica convenzionata	789.854	-	789.854	-
sumai - specialistica convenzionata interna	226.860	301	229.032	2.473
assistenza specialistica da privato	565.439	-	564.976	-
assistenza riabilitativa da privato	304.337	-	302.430	-
assistenza ospedaliera da privato	858.742	-	861.168	-
altre prestazioni da privato	500.739	906	508.145	906
prestazioni da pubblico	3.083	-	3.078	-
accantonamenti	814.722	213.603	617.864	-
oneri finanziari	10.660	-	10.660	-
oneri fiscali (netto irap)	15.964	-	15.964	-
ammortamenti	164.695	767	161.819	-
mobilità passiva intraregionale	-	-	-	-
mobilità passiva extraregionale	484.355	-	484.355	-
saldo poste straordinarie	5.950	(8.317)	35.256	-
rivalutazioni e svalutazioni	7.179	-	7.179	-
saldo intramoenia	(1.866)	-	(1.866)	-
TOTALE COSTI con poste a saldo	11.659.018	561.359	11.901.205	593.082
Schema sintetico conto economico per gestione dell'emergenza Covid-19 - Risultato di Esercizio				
RISULTATO DI ESERCIZIO	1.636	(198.653)	2.347	(148.862)