



PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE
ASSISTENZA TERRITORIALE
REGIONE ABRUZZO
D.L. N. 34 DEL 19/05/2020
L. N. 77 DEL 17/07/2020

Giunta Regionale di Abruzzo



INDICE

1. INTRODUZIONE E OBIETTIVI GENERALI (Art. 1, commi 1 e 2).....	3
2. POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (Art.1, commi 3 e 4)	4
3. POTENZIAMENTO DELLE CURE PRIMARIE (Art.1, comma 5)	10
4. UNITÀ SPECIALI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (Art.1, comma 6)	12
5. CENTRALI OPERATIVE - UNITA' DI COORDINAMENTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE (Art.1, comma 8).....	16
6. INFERMIERE DI FAMIGLIA/DI COMUNITA' (Art. 1, comma 5)	19
7. SORVEGLIANZA SANITARIA E CONTACT TRACING	22
8. SORVEGLIANZA STRUTTURE RESIDENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENTI	30
9. DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE PER IL POTENZIAMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI – ACQUISIZIONE DI RISORSE UMANE – INCENTIVI AL PERSONALE	32
9.1 FOCUS PER ASL: SCHEDE SINOTTICHE DELLE AZIENDE SANITARIE	33
9.2 INCENTIVI PER IL PERSONALE	45
10. SISTEMA INFORMATIVO COVID -19	46
Tabella riepilogativa	50
Appendice	51
Allegato 1	52



1. INTRODUZIONE E OBIETTIVI GENERALI (Art. 1, commi 1 e 2)

La regione Abruzzo, in ragione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e per la fase emergenziale di progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale, ha predisposto, in attuazione delle disposizioni dell'art. 1 del D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77 del 17 luglio 2020, uno specifico Piano di Potenziamento e riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale. Il Piano viene adottato con specifiche finalità:

- implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2, dei casi confermati e dei loro contatti;
- intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus;
- assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario;
- organizzare l'attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici di Continuità Assistenziale, nonché con le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.), indirizzate a un monitoraggio costante e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell'isolamento e del trattamento.

Con il presente Piano, la Regione, attraverso misure definite, intende, tra l'altro, incrementare ed indirizzare le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare con l'obiettivo di:

- assicurare le accresciute attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza epidemiologica;
- garantire il massimo livello di assistenza in favore dei pazienti in isolamento domiciliare o quarantenati, identificati attraverso le attività di monitoraggio;
- rafforzare i servizi di assistenza domiciliare per tutti i soggetti fragili le cui condizioni risultano aggravate dall'emergenza in corso, ovvero per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, bisognosi di cure palliative/terapia del dolore e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

Sulla base di tali premesse, il rationale degli interventi è rappresentato, da una parte, dal potenziamento, con la componente infermieristica, dell'assistenza domiciliare e della sorveglianza attiva per i pazienti affetti da SARS-CoV-2 non ospedalizzati, supportando le U.S.C.A., e, dall'altra, dal rafforzamento della assistenza ai soggetti fragili e cronici, anche attraverso la collaborazione rafforzata con i medici di medicina generale, riducendo così il carico di prestazioni e servizi del livello ambulatoriale. A tal fine vengono definiti, in una specifica sezione, ruoli e responsabilità della figura professionale dell'infermiere di famiglia o di comunità.

Altro aspetto peculiare recepito nella rete territoriale abruzzese, in linea con gli indirizzi nazionali, è che i medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni possono entrare a far parte delle U.S.C.A., già attualmente composte da: medici titolari o supplenti di continuità assistenziale, medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale e, in via residuale, laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza.

Con il rafforzamento delle U.S.C.A., la Regione organizza un ulteriore potenziamento dell'attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e le altre strutture



residenziali, garantendo anche la collaborazione e la consulenza di medici specialisti in relazione alle esigenze di salute delle persone assistite.

Le U.S.C.A., inoltre, vengono supportate dagli assistenti sociali nella valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e nell'integrazione con i servizi sociali e socio-sanitari territoriali e, nell'autonoma facoltà delle Aziende Sanitarie, da professionisti del profilo di psicologo.

Infine, per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, così come implementate nel Piano regionale, la Regione provvede all'attivazione di una Centrale Operativa regionale, con sedi distaccate, che svolge la funzione di raccordo fra i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza. Le Unità di Coordinamento Territoriale (UCAT), dotate di apposito personale e di apparecchiature per il telemonitoraggio e la telemedicina, ricopriranno un ruolo centrale per il monitoraggio dei soggetti posti in sorveglianza attiva o in quarantena precauzionale, sia a domicilio sia negli immobili individuati con finalità alberghiera, coordinandosi, in caso di peggioramento delle condizioni cliniche, con i servizi di emergenza-urgenza per una tempestiva ospedalizzazione.

In conclusione, il rafforzamento strutturale dell'assistenza territoriale trova le sue componenti costitutive qualificanti nell'incremento delle azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare sia per i pazienti in isolamento domiciliare o quarantenati sia per i soggetti cronici e disabili, nella garanzia di una più ampia funzionalità delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale, nel rafforzamento dei servizi infermieristici, nella funzione di raccordo con tutti i servizi mediante l'attivazione di Centrali Operative regionali. Tale piano assistenziale, nel rispetto della normativa nazionale, viene recepito nel Programma Operativo Regionale per la gestione dell'emergenza COVID-19 previsto dall'art. 18, comma 1 del D.L. 18/2020.

Giunta Regionale d'Abruzzo

Si rappresenta, infine, che il D.L. 34/2020 ha provveduto alla definizione degli incrementi del livello del finanziamento del fabbisogno nazionale standard cui concorre lo Stato, al fine di dare concreta attuazione alle disposizioni in esso contenute. In particolare, l'Allegato A al D.L. medesimo assegna all'Abruzzo, per l'anno 2020, l'importo di euro 28.932.787 per l'attuazione dell'art. 1 (commi 2,3,4,5,6,7,8 e 9). L'Allegato B, con specifico riferimento alla spesa per il personale territoriale, assegna all'Abruzzo, per l'anno 2020, l'importo di euro 14.098.772 e a decorrere dall'anno 2021 l'importo di euro 15.677.708. Di converso, per le norme relative all'assistenza ospedaliera, l'Allegato D assegna invece all'Abruzzo, per l'anno 2020, l'importo di euro 29.047.242, e l'Allegato C, concernente incentivi e assunzioni personale, l'importo di euro 9.437.503.

2. POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (Art.1, commi 3 e 4)

La regione Abruzzo con un precedente provvedimento¹ ha recepito il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, in merito al Capo IV artt. 21-22-23, approvando il Documento Tecnico *"Autorizzazione e Accreditamento delle cure domiciliari"*, con cui sono stati caratterizzati in via prioritaria i livelli di intensità assistenziale delle cure domiciliari e definiti altresì, i criteri di eleggibilità dei soggetti nei differenti livelli di intensità assistenziale.

La regione Abruzzo ha previsto che l'erogazione dell'assistenza avvenga tramite percorsi assistenziali secondo il seguente modello:

¹ D.G.R. 693 del 18 settembre 2018

Accesso Raccolta della domanda² Art. 21 comma 2 DPCM LEA	L'accesso all'assistenza avviene attraverso il Punto Unico Accesso (PUA), definito come una modalità organizzativa concordata tra Distretto ed Ambito Sociale. Le funzioni principali che il PUA deve assolvere sono: - accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari territoriali; - informazione, educazione, orientamento e gestione della domanda; - presa in carico ed attivazione della rete dei servizi integrati. In particolare il PUA deve: - ricevere la segnalazione che può giungere sia da una struttura ospedaliera, sia dal MMG/PLS dell'assistito o dall'assistito o un suo delegato; - decodificare la domanda ed eseguire una prima valutazione del bisogno; - registrare l'accesso con la creazione di un data-set minimo di informazioni; - individuare i percorsi, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno e sostenendo l'attività del Case manager.
Definizione del problema Individuazione del bisogno Art. 21 comma 4 DPCM LEA	La valutazione multidimensionale è la metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell'utente, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche. Pertanto, attraverso competenze professionali specifiche ed apposite scale di valutazione, individua il bisogno soggettivo del singolo paziente e definisce le attività di cura e di risposta per utilizzare al meglio il ventaglio dell'offerta sanitaria, definendo gli obiettivi, consente la presa in carico, valuta gli esiti intermedi e finali del percorso di cura e di assistenza.
Produzione del Piano di Assistenza Individuale Art. 21 comma 3 DPCM LEA	Il P.A.I. è lo strumento operativo con cui l'UVM individua, per ciascun assistito, gli interventi necessari a raggiungere specifici obiettivi e bisogni di salute. Per ogni assistito deve essere redatto il P.A.I., tramite il quale viene identificata l'intensità assistenziale in funzione della natura e complessità del bisogno, con l'individuazione dei: - bisogni sanitari e gli interventi previsti, con l'individuazione delle figure professionali coinvolte, dei loro compiti e della periodicità dei trattamenti; - i bisogni sociali e le azioni previste, con l'individuazione delle parti coinvolte e degli strumenti necessari; - Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato (<i>case-manager</i>); - il "<i>caregiver</i>"; - gli obiettivi e la durata del trattamento; - la periodicità della verifica intermedia dell'applicazione del P.A.I. con l'individuazione degli indicatori specifici; - le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi; - il P.A.I. deve essere sottoscritto dal Paziente e/o da un familiare.

² DGR n. 224 del 13/03/2007; Legge Regionale n.5 del 21/03/2008



A garanzia della continuità assistenziale, la programmazione regionale ha definito la riorganizzazione del sistema cure domiciliari per livelli di intensità assistenziale o prevedendo sia le Dimissioni Protette da reparti ospedalieri per pazienti che necessitano di ulteriore assistenza, sia le modalità di coinvolgimento dei servizi territoriali per facilitare una precoce dimissione dalle unità di degenza ospedaliera al domicilio.

Tabella 1. Schema riassuntivo organizzazione sistema delle cure domiciliari.

PROFILO DI CURA	NATURA DEL BISOGNO	INTENSITÀ	DURATA MEDIA	COMPLESSITÀ	
		(CIA= GEA/GDC)		Mix delle figure professionali / impegno assistenziale Figure professionali previste in funzione del P.A.I. e tempo medio in minuti per accesso domiciliare	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
CD di base	Clinico Funzionale	CIA inferiore a 0,14	180 giorni	Infermiere (15-30') Professionisti della Riabilitazione (30') Medico (30')	5 giorni su 7 con una fascia oraria di 8 ore die
CD Integrate di Primo Livello	Clinico Funzionale Sociale	CIA minore di 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 con una fascia oraria di 8 ore die
CD Integrate di Secondo Livello	Clinico Funzionale Sociale	CIA compreso tra 0,31 e 0,50,	90 giorni	Infermiere (30-45') Professionisti della Riabilitazione (45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60-90')	6 giorni su 7 con una fascia oraria di 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CD Integrate di Terzo Livello	Clinico Funzionale Sociale	CIA maggiore di 0,50	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore sociosanitario (60-90')	7 giorni su 7 con una fascia oraria di 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica ore 8/20

CD= Cure Domiciliari; CIA= Coefficiente di Intensità Assistenziale; GEA= Giornate Effettive di Assistenza; GDC= Giornate Di Cura

I pazienti candidati alla dimissione protetta sono soggetti ospedalizzati, indipendentemente dall'età, affetti da patologie che, superata la fase acuta, necessitano ancora di particolari prestazioni sanitarie, socio-assistenziali e riabilitative, effettuabili a domicilio, ma in maniera coordinata e continuativa. La dimissione a domicilio in questi casi deve avvenire previo accertamento dell'attivazione dell'assistenza domiciliare. La richiesta va effettuata dal medico ospedaliero, che ha in cura il paziente, al P.U.A. del distretto di riferimento dell'assistito, almeno 2 giorni lavorativi antecedenti la data prevista per la dimissione, tramite l'apposita scheda.



AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Nel corso dell'attuale pandemia, la regione Abruzzo intende mettere in capo misure che garantiscono ai cittadini da un lato la prevenzione del rischio infettivo e dall'altro la garanzia di una continuità dell'assistenza ai pazienti cronici, fragili o dimessi dagli ospedali. Le priorità dell'offerta delle cure domiciliari in emergenza COVID-19 devono:

- a) Prevenire l'infezione da COVID-19 per pazienti fragili, anche attraverso attività informativa nei confronti del nucleo familiare, coinvolgendo familiari e i caregiver nei processi assistenziali e relazionali;
- b) Gestire i pazienti nel setting domiciliare, al fine di garantire la stabilità clinica e assistenziale, controllare i sintomi e prevenire forme di aggravamento della condizione clinica;
- c) Garantire la rapida presa in carico da parte della rete locale di Cure Domiciliari supportando la dimissione dalle strutture sanitarie o sociosanitarie verso il territorio;
- d) Formare e informare il personale sanitario e socio-sanitario delle Cure Domiciliari, non specificamente operante nella rete assistenziale COVID;
- e) Integrare le attività di Case Management già previste per la presa in carico del malato cronico.

Le procedure organizzative caratterizzanti le Cure Domiciliari in emergenza COVID-19 devono prevedere:

- 1) Il colloquio di Presa In Carico (PIC) che può avvenire per via telefonica;
- 2) L'accesso domiciliare della figura professionale medica con cadenza temporale definita dal PAI;
- 3) L'estensione della pronta disponibilità medico-infermieristica;
- 4) Il monitoraggio telefonico quotidiano, nei giorni in cui non avviene l'accesso domiciliare, dell'equipe U.S.C.A. - Cure Domiciliari. Tutti i colloqui telefonici devono essere tracciati nella documentazione clinica;
- 5) La garanzia per i pazienti della tipologia paziente COVID complesso, cronico e fragile, dell'accesso ai farmaci con obbligo di piano terapeutico a carico del SSR, secondo la normativa vigente e la fornitura diretta di presidi e degli ausili necessari;
- 6) Lo specialista di riferimento della struttura dimettente, che ha richiesto la PIC, garantisce al medico dell'U.S.C.A. l'attività consulenziale, anche telefonica, per la durata della presa in carico;
- 7) Qualora emergano bisogni di Cure Palliative nei pazienti assistiti nella tipologia paziente COVID complesso, cronico e fragile, l'eventuale passaggio alla modalità assistenziale avviene con valutazione congiunta da parte del medico delle Cure Palliative e dello specialista di riferimento per la patologia prevalente;
- 8) Si ritiene necessario attivare e implementare la Cartella assistenziale/clinica informatizzata³, per garantire la comunicazione tra i diversi setting assistenziali ed una visualizzazione immediata delle informazioni relative al Piano Assistenziale Individuale;
- 9) Nell'ambito delle Cure Domiciliari si raccomanda anche la valorizzazione degli interventi di Teleassistenza⁴ per la presa in carico della persona anziana o fragile a domicilio, tramite la gestione di allarmi, di attivazione dei servizi di emergenza, di chiamate di "supporto" da parte di un centro servizi.

³ A tal fine sono importanti anche gli interventi diretti all'implementazione e la messa a regime del Fascicolo Sanitario Elettronico previsto dal D.L. 18 ottobre 2012, n. 179

⁴ la Teleassistenza non rientra tra le attività di supporto di prestazioni a carico del Fondo Sanitario Nazionale



I servizi di Telemedicina si classificano in:

CLASSIFICAZIONE		AMBITO	PAZIENTI		RELAZIONE
TELEMEDICINA SPECIALISTICA	TELE VISITA	sanitario	Può essere rivolta a patologie acute, croniche, a situazioni di post-acuzie	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
	TELE CONSULTO			Assenza del Paziente	B2B
	TELE COOPERAZIONE SANITARIA			Presenza del Paziente, <i>in tempo reale</i>	B2B2C
TELE SALUTE		sanitario	E' prevalentemente rivolta a patologie croniche	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
TELE ASSISTENZA		socio-assistenziale	Può essere rivolta ad anziani e fragili e diversamente abili		

* B2B: individua la relazione tra medici

B2B2C: individua la relazione tra un medico e un paziente mediata attraverso un operatore sanitario

B2C: individua la relazione tra medico e paziente

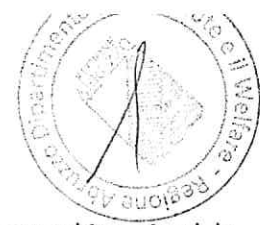
Relativamente alla condivisione di informazioni tra gli operatori, risulta particolarmente importante la possibilità che tale patrimonio informativo sia a disposizione del servizio di continuità assistenziale nell'ambito distrettuale. Nelle more della messa a regime del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), rimane in utilizzo la Cartella Domiciliare Integrata Regionale prevista dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010 e disciplinata dalla DGR n. 23/2012, la quale, tuttavia dovrà essere informatizzata e contenere tutte le informazioni acquisite in tutto il percorso del paziente assistito in Cure Domiciliari Integrate.

Tenuto conto delle possibilità derivanti dallo sviluppo della tecnologia mobile è opportuno valutare la possibilità che l'équipe di assistenza domiciliare possa aggiornare e visualizzare in tempo reale tale cartella, anche con dispositivi mobili, al fine di consentire la maggior diffusione possibile delle condizioni del paziente a tutti soggetti interessati (U.S.C.A., MMG/PLS, operatori di Pronto Soccorso, medici di continuità assistenziale, medici specialisti convenzionati, ecc.).

INTERVENTI

Il DL 34/2020 all'articolo 1 comma 4, autorizza le regioni e le province autonome ad incrementare la spesa del personale da destinare alle cure in favore dei soggetti contagiati identificati attraverso le attività di monitoraggio del rischio sanitario, nonché di tutte le persone fragili la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso, tramite un incremento delle azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare. La somma identificata e riportata nella tabella di cui all'allegato B del citato Decreto, per la regione Abruzzo è di € 4.041.654,21.

La Relazione Tecnica di accompagnamento al DL 34/2020, per il comma 4, considerando l'attuale situazione pandemica generatasi nel nostro Paese e l'impatto da essa procurato in termini di casi positivi COVID da assistere e monitorare a domicilio, anche al fine di decongestionare le strutture ospedaliere e di favorirne un deflusso monitorato, ipotizza di portare la percentuale degli assistiti presi in carico, per la popolazione di età superiore ai 65 anni dal 4% al 6,7% e per la popolazione da 0 a 64 anni dall'attuale 0,15% allo 0,30%.



Per tale finalità, sulla base della popolazione residente al 1° gennaio 2019 e distinta per ambito aziendale, (dati ISTAT), stando alle stime delle fasce di popolazione under 65 e over 65, sono stati calcolati i valori dei bacini di utenza come illustrati nella tabella seguente.

Tabella 2. Pazienti eleggibili.

	PRESE IN CARICO ATTUALI		PRESE IN CARICO DA RELAZIONE TECNICA		POTENZIAMENTO	
	0,15%	4,00%	0,30%	6,70%	0,15%	2,70%
	UNDER 65	OVER 65	UNDER 65	OVER 65	UNDER 65	OVER 65
ASL 201	340,9	2.870,70	681,79	4.808,42	340,9	1.937,72
ASL 202	435,52	3.809,61	871,04	6.381,10	435,52	2.571,49
ASL 203	366,9	2.972,23	733,81	4.978,49	366,9	2.006,26
ASL 204	355,34	2.846,40	710,68	4.767,72	355,34	1.921,32
TOTALE REGIONALE	1498,66	12498,94	2997,32	20935,73	1498,66	8436,79

La regione Abruzzo, nel ripartire la somma ad essa assegnata tra le quattro ASL, che insistono sul suo territorio, ha adottato la medesima metodologia riportata nella Relazione Tecnica al DL 34/2020.

Nel dettaglio, il numero delle prese in carico derivanti dalle variazioni nelle percentuali sopra riportate e tendente a evidenziare lo scostamento nel numero dei pazienti assistiti a domicilio under 65 e over 65 è inteso quale criterio di riparto del fondo di cui al comma 4, per ogni singola ASL. Il risultato della suddetta elaborazione, è riportato nella tabella seguente.

Tabella 3. Risultato ripartizione fondi art.1 comma 4.

ASL	PAZIENTI UNDER 65	PAZIENTI OVER 65	TOTALE PAZIENTI	RIPARTIZIONE ART.1 C.4
ASL 201	340,90	1.937,72	2.278,62	926.921,73 €
ASL 202	435,52	2.571,49	3.007,01	1.223.225,33 €
ASL 203	366,90	2.006,26	2.373,16	965.381,88 €
ASL 204	355,34	1.921,32	2.276,66	926.125,27 €
Totale	1.498,66	8.436,79	9.935,45	4.041.654,21 €



POTENZIAMENTO DELLE CURE PRIMARIE (Art.1, comma 5)

La regione Abruzzo intende sviluppare le cure primarie riconoscendo nel MMG/PLS la figura di riferimento per il paziente nelle diverse fasi del percorso di cura, rappresentando il primo contatto dell'assistito e costituendo il setting assistenziale più idoneo alla presa in carico del paziente cronico. La Regione di recente ha già trasmesso al Ministero della Salute, per la preventiva valutazione, il documento tecnico "Linee di Indirizzo per il Riordino Rete Territoriale – Regione Abruzzo", dando avvio alla riorganizzazione delle cure primarie attraverso la diffusione delle forme associative dei MMG, PLS e Specialisti ambulatoriali.

In linea con la Circolare del Ministero della Salute n. 7865 del 25 marzo 2020, il modello organizzativo di gestione dell'assistenza territoriale che la regione Abruzzo intende adottare, per il piano di emergenza COVID-19, consiste nell'implementare i sistemi di sorveglianza sanitaria in tema di uniformità ed equità di accesso, attraverso la responsabilizzazione e la definizione dei ruoli di tutti gli attori e delle necessarie azioni di sorveglianza.

Con OPGR n. 53 del 3 maggio 2020 è stato recepito il modello di assistenza territoriale indicato, stabilendo che, in merito alle competenze del SIESP, i MMG/PLS collaborano con i medici CA e le U.S.C.A. per la sorveglianza clinica dei pazienti in quarantena o isolamento o in fase di guarigione dimessi precocemente dagli ospedali. La presa in carico e il monitoraggio del paziente COVID-19 potrà essere assicurata anche a distanza attraverso sistemi di telemedicina⁵. Il monitoraggio clinico dei soggetti in sorveglianza domiciliare e dei pazienti positivi al COVID-19 avviene quotidianamente attraverso triage telefonico ed è finalizzato a:

1. Precoce individuazione dei casi sintomatici, inviando al Dipartimento di Sanità Pubblica le segnalazioni riguardanti l'insorgenza dei sintomi nei propri assistiti e la richiesta, d'intesa con il SIESP, dell'esecuzione del test diagnostico molecolare, utilizzando l'apposito modello (allegato 1 dell'OPGR 53/2020);
2. Attivazione della U.S.C.A. competente per territorio, utilizzando il modello attivazione U.S.C.A. (Allegato 1);
3. Triage telefonico fino al termine della quarantena.

Escluso il sospetto di positività, il MMG o il PLS, alla luce dell'attuale contesto assistenziale, valuta la possibilità di gestire il paziente tramite telemonitoraggio. La presa in carico del paziente avviene sulla base dei singoli bisogni, ed in particolare con specifiche modalità

- a) Telemonitoraggio anche attraverso sistemi audiovisivi/videochiamata;
- b) Assistenza programmata in ADI, qualora lo ritenga necessario;
- c) Assistenza infermieristica domiciliare e attività di consulenze specialistiche domiciliari. Le prestazioni infermieristiche nel setting domiciliare per i pazienti COVID negativi seguono la prassi organizzativa ordinaria, così come le prestazioni specialistiche, sempre per i pazienti COVID negativi, seguono la prassi organizzativa ordinaria, secondo quanto è previsto dalle singole ASL;
- d) Attivazione dei servizi sociali, quando necessario.

In caso di soggetto dimesso dal Presidio Ospedaliero, il MMG/PLS:

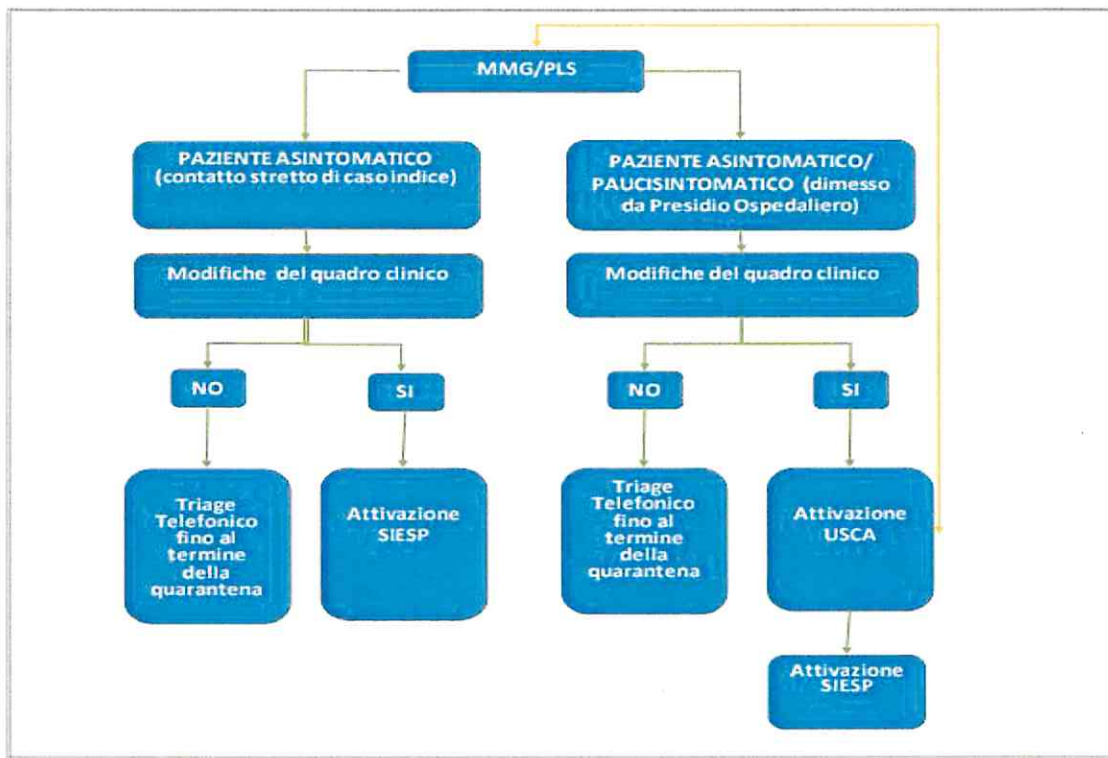
1. Prende in carico il paziente, qualora clinicamente guarito, attivando il Triage telefonico quotidiano fino al termine della quarantena;
2. Richiede al SIESP, a mezzo di posta elettronica, l'esecuzione dei tamponi di controllo;
3. In caso di ricomparsa dei sintomi segnala il caso all'U.S.C.A.

I MMG/PLS possono prescrivere i farmaci necessari secondo le disposizioni Nazionali e Regionali vigenti.

In considerazione dell'assenza attuale di terapia di provata efficacia per il COVID-19, si ritiene indispensabile, per ciascun farmaco utilizzato, che la prescrizione tenga conto del rapporto tra i benefici e i rischi sul singolo paziente secondo le specifiche indicazioni dell'AIFA.

⁵ DGR n. 468 del 24 giugno 2015 "Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Telemedicina Linee di Indirizzo Nazionali "Rep. Atti 16/CSR del 16 febbraio 2014".

Nella flow chart sottostante si rappresentano le azioni da intraprendere in presenza di paziente asintomatico (contatto stretto di caso indice) o di paziente asintomatico/paucisintomatico (dimesso da Presidio Ospedaliero).



Giunta Regionale d'Abruzzo

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

1. Consolidare e diffondere forme di aggregazione che coinvolgono i medici convenzionati con il SSN, opportunamente organizzate e dimensionate in rapporto alle specifiche caratteristiche del contesto.
2. Coinvolgimento dei medici dipendenti del SSN nella gestione dell'assistenza medica, attraverso team di assistenza primaria, in conformità a quanto stabilito dalla Legge n. 135/2012.
3. Migliorare e potenziare l'assistenza attraverso team multiprofessionali che possono avvalersi di adeguati kit di monitoraggio dei pazienti a domicilio e in RSA e adeguata attrezzatura diagnostica (es. ecografici e ECG portatili).
4. Favorire l'integrazione multiprofessionale attraverso l'impiego della telemedicina non solo per il monitoraggio dei pazienti, ma anche per la diagnostica e la promozione del teleconsulto tra MMG e specialisti dell'Azienda Sanitaria.
5. Implementazione della Telesalute intesa come un insieme di servizi che consentono la gestione e la presa in carico del paziente cronico: la Telesalute può comprendere quindi il Telemonitoraggio, ma anche lo scambio e la gestione dei dati rilevati, con la verifica dell'aderenza alle terapie e le attività di formazione e educazione del paziente. Nello specifico le attività di Telesalute potrebbero inserirsi in percorsi assistenziali, pacchetti di prestazioni, o altri modelli innovativi, già ad oggi previsti per la presa in carico del paziente cronico.

4. UNITÀ SPECIALI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (Art.1, comma 6)

Nella gestione dell'emergenza sanitaria per l'epidemia da COVID-19, sono state istituite presso le Aziende USL le U.S.C.A., con finalità di consentire al medico di medicina generale, al pediatra di libera scelta e al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività ordinaria, in attuazione a quanto previsto all'articolo 8 del Decreto Legge 9 marzo 2020 n. 14 (GU n. 62 del 09/03/2020). Le U.S.C.A. garantiscono l'assistenza domiciliare a favore di pazienti affetti da COVID-19, che non necessitano di ricovero ospedaliero, assicurando la somministrazione e il monitoraggio delle terapie domiciliari.

Il presente Piano provvede al rafforzamento delle U.S.C.A. con un ampliamento delle funzionalità, garantendo la collaborazione e la consulenza di medici specialisti ambulatoriali convenzionati in rapporto alle esigenze delle persone assistite ed estendendo il concetto di gestione domiciliare, in questa fase, anche alle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e alle strutture di ricovero intermedie, comunque denominate.

Da una ricognizione effettuata al 30 giugno 2020, sulla base dei dati pervenuti dalle Aziende USL, la attivazione regionale delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale è delineata come da tabella seguente e dall'immagine grafica di georeferenziazione.



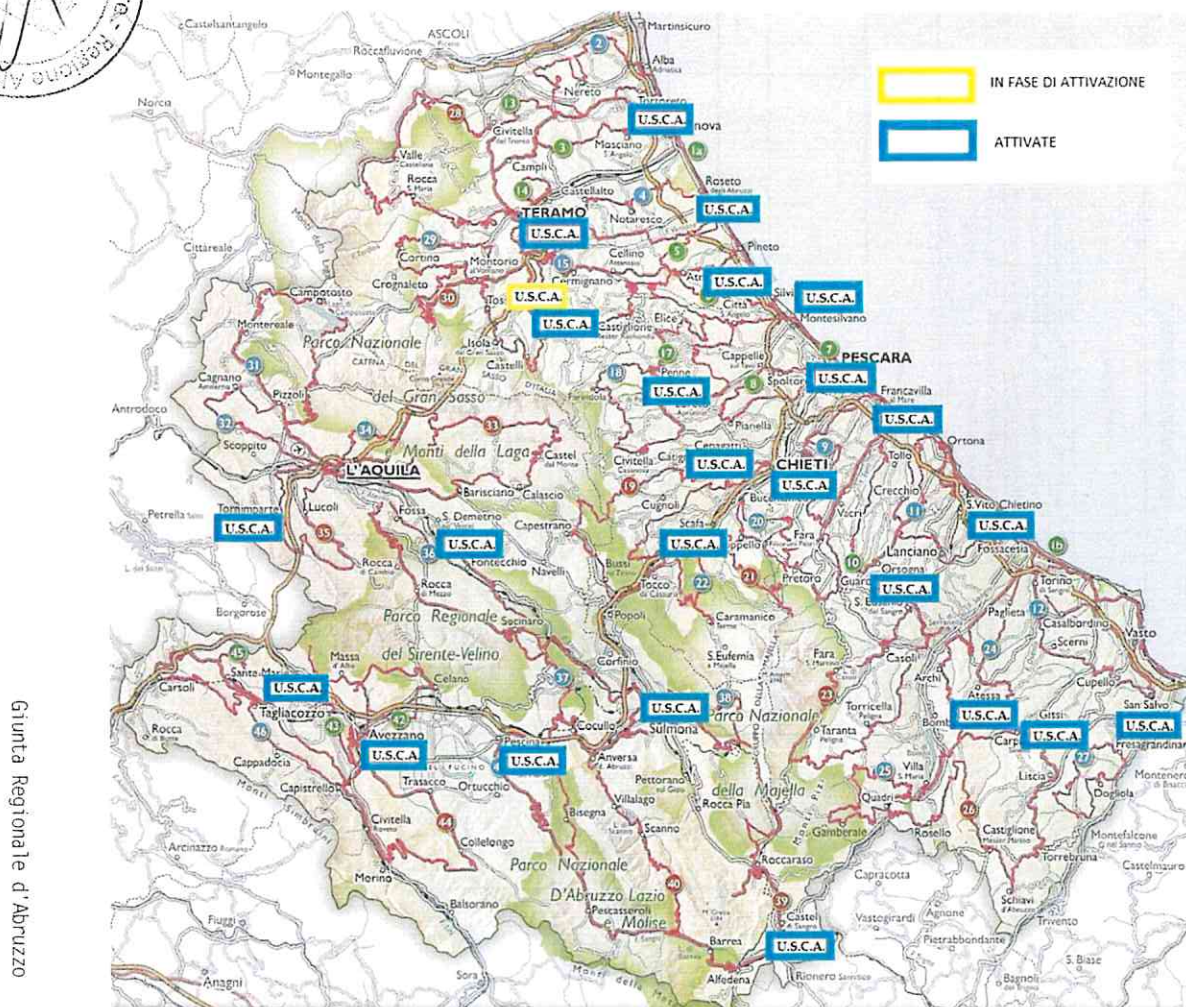


PROGRAMMATO (OPGR n.11 del 20 marzo 2020)				ATTIVATO DA RICOGNIZIONE IN DATA ODIERNA			
SEDE	AREA/COMUNI AFFERENTI	N. U.S.C.A.	SEDE	AREA/COMUNI AFFERENTI	N. U.S.C.A.		
TORNIMPARTE S. DEMETRIO NÉ VESTINI	Area L'Aquila	2	TORNIMPARTE S. DEMETRIO NÉ VESTINI	Area L'Aquila	2		
AVEZZANO	Area Marsica	3	AVEZZANO	Avezzano, Luco dei Marsi, Trasacco, Colledara, Villavallelonga, Celano, Alatri, Bisegna, Cerchio, Collarmele, Gioia dei Marsi, Lecce dei Marsi, Ortona dei Marsi, Orsogna, Pescina, San Benedetto dei Marsi	3		
PESCINA			PESCINA	Tagliacozzo, Baisano, Carrozzano, Capodocia, Carsoli, Castellafiume, Civita D'Antino, Civitella Roveto, Magliano dei Marsi, Massa D'Alba, Oricola, Pereto, Rocca di Botte, Santa Maria, S. Vincenzo Valle Roveto, Scurolo Marsicana			
TAGLIACCOZZO			TAGLIACCOZZO				
SULMONA	Area Peligno Sangrigna	2	SULMONA	Area Peligno Sangrigna	2		
CASTEL DI SANGRO			CASTEL DI SANGRO				
			CHIETI				
	Distretto 1	3	ORSOGNA	Distretto 1	3		
			FRANCAVILLA AL MARE				
	Distretto 2	2	S.VITO	Distretto 2	2		
			ATESSA				
			S. SALVO				
	Distretto 3	2	GISSI	Distretto 3	2		
			SEDE 1				
			SEDE 2				
PESCARA - 1	Pescara	2	SEDE 1	Pescara	2		
PESCARA - 2			SEDE 2				
MONTESILVANO			MONTESILVANO	Montesilvano			
PENNE	Città S. Angelo, Elice, Picciano, Penne, Farindola, Montebello di Bertona, Collecchio, Cappelletta sul Tavo, Villa Cellara, Loreto Aprutino	1	PENNE	Città S. Angelo, Elice, Picciano, Penne, Farindola, Montebello di Bertona, Collecchio, Cappelletta sul Tavo, Villa Cellara, Loreto Aprutino	1		
CEPAGATTI			CEPAGATTI	Spoltore, Moscufo, Pianella, Cepagatti, Catignano, Civitella Casanova, Vicoi, Carpineto della Nora, Civitaquana, Britoli, Nocciano			
SCAFA			SCAFA	Scfa, Manoppello, Popoli, Cugnoli, Pietrantonio, Alanno, Corvara, Turrialgiani, Torre de Passeri, Pescosansone, Castiglione a Casauria, Bussi sul Tirino, S. Valentino in A.C., Rosciano, Serramonacesca, Bolognaro, Letomanoppello, Abbatteggio, Roccamorice, Tocco da Casauria, Salle, Caramanico Terme, S. Eufemia a Maiella			
TERAMO	Teramo, Castellalto, Camano	1	TERAMO	Teramo, Basciano, Campi, Camano, Castel Castagna, Castellalto, Castelli, Colledara, Cortino, Crognaleto, Fano Adriano, Isola del Gran Sasso, Montorio al Vomano, Penna S. Andrea, Pietracamela, Rocca S. Maria, Tossicia, Valle Castellana, Torricella Sicura	1		
MONTORIO AL VOMANO	Basciano, Castel Castagna, castelli, Colledara, Cortino, Crognaleto, Fano Adriano, Isola del Gran Sasso, Montorio al Vomano, Penna S. Andrea, Pietracamela, Rocca S. Maria, Tossicia, Torricella Sicura	1	TORTORETO	Martinsicuro, Alba Adriatica, Tortoreto, Colonnella, Controguerra, Corropoli, Nereto, S. Omero, Torano Nuovo, Ancarano, S. Egidio alla V., Civitella del Tronto	1		
MARTINSICURO	Alba Adriatica, Colonnella, Controguerra, Corropoli, Martinsicuro, Tortoreto	1	ROSETO	Roseto, Giulianova, Mosciano S.A., Notaresco, Morro D'Oro, Bellante	1		
S. EGIDIO ALLA VIBRATA	Ancarano, Bellante, Campi, Civitella del Tronto, Mosciano S. Angelo, Nereto, S. Egidio alla Vibrata, S. Omero, Torano Nuovo, Valle Castellana	1	SILVI	Silvi, Pineto, Atri	1		
ROSETO	Giulianova, Morro d'Oro, Notaresco, Roseto degli Abruzzi	1	BISENTI	Bisenti, Castelli, Arista, Castiglione M.R., Montefino, Cellino Attanasio, Cermignano	1		
ATRI	Arista, Atri, Bisenti, Castelli, Castiglione M.R., Cellino Attanasio, Cermignano, Montefino, Pineto, Silvi	1	CASTEL CASTAGNA*	Montorio, Castel Castagna, Isola G.S., Colledara, Castelli, Crognaleto, Fano Adriano, Pietracamela, Tossicia	1		

*In fase di attivazione



Unità Speciali di Continuità Assistenziale - Regione Abruzzo



In coerenza con gli indirizzi indicati dalla Commissione Salute, il numero di Unità da attivare e lo standard di 50.000 abitanti, sebbene indicativi, devono intendersi comunque direttamente proporzionali alla situazione emergenziale della diffusione del virus SARS-CoV-2, così come l'individuazione prioritaria delle sedi delle U.S.C.A. viene correlata alla valutazione della necessità di sorveglianza di un numero congruo rispetto alla casistica. Ne consegue che, il numero e la esatta dislocazione delle sedi sono stati individuati da ogni Azienda Sanitaria sulla base di una pianificazione costantemente aggiornata, che tiene conto della casistica e del bisogno di assistenza domiciliare per le persone affette da COVID-19. Pertanto, ogni ASL ha provveduto per livelli di priorità crescente, in relazione alle necessità di sorveglianza, ad organizzare le U.S.C.A. per il proprio ambito territoriale di competenza.

La regione Abruzzo ha disposto, con OPR n. 53/2020, che le ASL devono dotarsi per ogni sede U.S.C.A. di un indirizzo e-mail dedicato. Ogni sede U.S.C.A. deve essere dotata di collegamento telefonico (cellulare aziendale) con numero noto ai MMG, PLS, CA del territorio di competenza e al responsabile dell'UCAT, con possibilità di comunicare con il servizio di Pronto Soccorso, 118, servizio di Prevenzione e Igiene, Malattie Infettive e altri.

Ogni U.S.C.A. è attiva dalle ore 8.00 alle ore 20.00, sette giorni su sette e, per ogni turno, saranno presenti un medico, attinto dalle graduatorie della continuità assistenziale, secondo le modalità indicate



dall'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 11/2020⁶ e un infermiere. Ogni sede deve essere dotata di autovettura aziendale (sanificata da una ditta specializzata, giornalmente e comunque al termine di ogni turno), di un P.C., dispositivi di protezione individuale, saturimetro, sfigmomanometro, termometro frontale, fonendoscopio e di quanto altro previsto dalla normativa vigente.

I medici U.S.C.A. possono prescrivere i farmaci necessari secondo le disposizioni Nazionali e Regionali vigenti.

I MMG/PLS e CA inviano alla casella di posta dedicata dell'U.S.C.A. e dell'UCAT (Unità di Coordinamento dell'Assistenza Territoriale) il modulo di attivazione dell'U.S.C.A. (Allegato 1).

Le ASL devono assicurare, a cura dei responsabili della sicurezza:

- spazi e modalità di vestizione e svestizione degli operatori al fine di evitare contaminazioni;
- modalità e tempi dei processi di sanificazione.

Il paziente rimane sempre in carico al MMG/PLS.

Alla U.S.C.A., in conformità con le indicazioni del D.L. 34/2020, devono essere segnalati i seguenti pazienti.

Tabella 4. Tipologia di pazienti a cui viene garantita assistenza delle U.S.C.A.

1	Paziente in isolamento domiciliare obbligatorio, paziente cronico, paziente in condizione di fragilità (Capo IV DPCM 12 gennaio 2017)
2	Paziente positivo con sintomi respiratori lievi (febbre $>37,5^{\circ}\text{C}$; tosse e sintomi da raffreddamento, senza dispnea)
3	Paziente positivo con sintomi respiratori lievi, ma con età > 70 anni e/o presenza di comorbidità o rischio di aumentata mortalità (febbre $>37,5^{\circ}\text{C}$; tosse da lieve a moderata o incremento progressivo della tosse)
4	Pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero o dimessi con patologia COVID-19 diagnosticata e con sintomatologia come da punto precedente
5	Paziente con sintomi respiratori anche modesti, ma febbre che perdura oltre 4° gg o presenza di dispnea con positività COVID-19

Il medico U.S.C.A., una volta ricevuta la richiesta da parte del MMG/PLS, deve, per valutare la tipologia di intervento, contattare telefonicamente il paziente da visitare per verificarne le condizioni di salute e programmare l'intervento stesso. Il Medico U.S.C.A., dopo ogni visita, deve inviare al MMG/PLS e all'UCAT il modulo (Allegato 1), debitamente compilato.

Il medico U.S.C.A., in base ai parametri e al quadro clinico evidenziato, alla presenza di segnali di allarme (RED FLAGS) e al punteggio del NEWS2 score dispone, previa consultazione con il MMG/PLS, il monitoraggio clinico e la permanenza al domicilio con supporto terapeutico o il ricovero ospedaliero.

In considerazione del ruolo attribuito alle predette Unità Speciali di Continuità Assistenziale ogni Unità è tenuta a redigere apposita rendicontazione trimestrale dell'attività da consegnare all'Ente Sanitario di competenza che la trasmette alla regione di appartenenza. Il Ministero della Salute e il MEF, in sede di monitoraggio dei Piani di assistenza territoriale, possono richiedere le relazioni necessarie.

⁶ Possono far parte dell'unità speciale: i medici titolari o supplenti di continuità assistenziale; i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale; in via residuale, i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza.



AZIONI DI MIGLIORAMENTO

- Fino al 31/12/2020 si estende l'attività delle U.S.C.A. anche ai pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti che, soprattutto, a seguito dell'emergenza epidemiologica costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione. Le attività assistenziali dell'U.S.C.A., avviate con criteri uniformi come da modulo allegato 1 dovranno, inoltre, integrarsi funzionalmente con l'attività infermieristica domiciliare.
- Nel corso dell'attività assistenziale sia i MMG/PLS/CA, sia i Medici U.S.C.A. potranno avvalersi della consulenza, anche telefonica, di medici specialisti, sia ospedalieri sia convenzionati. Presso l'UCAT è depositato un elenco degli specialisti individuati con numeri di telefono e orari di ricezione. Sarà cura dell'operatore dell'UCAT mettere in contatto il MMG/PLS/CA o Medico U.S.C.A. col Medico Specialista della branca richiesta. I medici specialisti convenzionati possono prescrivere i farmaci necessari secondo le disposizioni Nazionali e Regionali vigenti.
- A supporto dell'attività delle U.S.C.A., al fine di favorire la valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e l'integrazione con i servizi sociali e socio-sanitari territoriali, le Aziende USL possono conferire (in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165) fino al 31 dicembre 2020, incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a professionisti del profilo di assistente sociale, in numero non superiore ad un assistente sociale ogni due U.S.C.A.
- Fino al 31 dicembre 2021, le aziende del SSR hanno facoltà di conferire incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a professionisti del profilo di psicologo regolarmente iscritti nell'albo professionale. Il conferimento di incarichi avviene in deroga alla normativa vigente. Gli incarichi sono conferiti a supporto delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale, in numero non superiore ad uno psicologo ogni due Unità per un monte settimanale massimo di 24 ore. Gli incarichi di lavoro sono conferiti nel rispetto dei tetti di spesa per il personale del SSN.
- La riabilitazione respiratoria nella fase post-acuta, promuove la ripresa delle abilità funzionali presenti, riattiva le potenzialità residue e favorisce l'autonomia nella vita quotidiana. Il protrarsi dell'allettamento determina quadri di deficit muscolari e diventa quindi cruciale il ruolo della riabilitazione con percorsi differenziati multidisciplinari e interprofessionali, incentrati sulle caratteristiche individuali di ogni singolo utente. Il MMG/PLS invia richiesta di presa in carico riabilitativa, al SIESP e all'UCAT, per tutti quei soggetti che possono beneficiare dell'auto-trattamento tramite contatti telefonici volti al controllo delle attività, anche attraverso video-tutorial, per addestramento alla corretta riabilitazione respiratoria e motoria. Per i soggetti con maggiore complessità riabilitativa, che dovessero avere necessità di trattamento specifico individuale e non possono beneficiare di teleassistenza, il MMG/PLS invia richiesta, al SIESP e all'UCAT, di intervento da parte del medico specialista Fisiatra che redige il Programma Riabilitativo Individuale (PRI) e lo trasmette, per via telematica all' UVM per l'autorizzazione e la successiva presa in carico domiciliare (ADI o strutture accreditate).

5. CENTRALI OPERATIVE - UNITA' DI COORDINAMENTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE (Art.1, comma 8)

La Centrale Operativa regionale, che nella regione Abruzzo viene istituita presso il Dipartimento Sanità, con quattro sedi distaccate, una per ogni ambito aziendale, costituisce l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto svolge una funzione di coordinamento, assumendo un ruolo di raccordo tra tutte le componenti della rete assistenziale, sia ospedaliera che territoriali.



Essa non si sostituisce alle funzioni proprie delle strutture e dei servizi, ma ha un ruolo esclusivo di coordinamento, in quanto rappresenta lo strumento di raccolta e classificazione del bisogno sanitario e socio-sanitario di attivazione delle risorse più appropriate della rete assistenziale e di monitoraggio dei percorsi attivati.

In conformità con le linee di indirizzo organizzative dei servizi territoriali, definite dalla Circolare del Ministero della Salute n.7865 del 25 marzo 2020, che pone in capo ai distretti l'opportunità di istituire un riferimento centrale che coadiuvi i MMG, PLS, CA, il modello organizzativo della Regione Abruzzo prevede, per il contrasto all'emergenza COVID, l'istituzione per ogni ambito aziendale di una Unità di Coordinamento dell'Assistenza Territoriale, di seguito denominata UCAT, con lo scopo di: a. individuare il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio; b. aggiornare tempestivamente sull'evoluzione del quadro clinico del paziente domiciliato; c. interagire con gli ospedali COVID ed in particolare con i dipartimenti medici dei Presidi (Medicine, Malattie Infettive, Pneumologia ecc.).

L'UCAT si avvale di personale debitamente formato e opera sotto la responsabilità di un dirigente medico dell'Azienda Sanitaria, con attività nei servizi territoriali e una adeguata esperienza nella loro organizzazione, indicato dalla Direzione Generale. Le ASL sono tenute a comunicare il nominativo del Responsabile UCAT al Referente Sanitario per le Maxi-Emergenze e al Dipartimento Sanità.

Sulla base degli indirizzi dell'OPGR n.53/2020, l'UCAT deve essere istituita in ciascuna Azienda Sanitaria, con attività di servizio di durata sovrapponibile a quella delle U.S.C.A., e ad essa spetta, nel contrasto all'emergenza COVID-19, il coordinamento generale dell'assistenza territoriale assicurata dal SIESP, dai MMG, PLS, CA e dalle U.S.C.A. e l'implementazione dei sistemi di sorveglianza sanitaria in termini di uniformità, di equità d'accesso, di responsabilizzazione e definizione dei ruoli di tutti i soggetti coinvolti.

Nella tabella sottostante viene rappresentato lo stato dell'arte della organizzazione delle UCAT nella regione Abruzzo, in riferimento alla sede, organizzazione, personale e dotazione informatica.

STATO DELL'ARTE DELLE UCAT

	ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila	ASL Lanciano-Vasto-Chieti	ASL Pescara	ASL Teramo
Sede	Struttura poliambulatoriale Distrettuale di Bazzano (Comune di L'Aquila)	Presidio di Atezza	UOC di Medicina Legale Palazzina H, via R. Paolini - Pescara	Presidio Sanitario Territoriale di C.da Casalena (Teramo)
Afferenza gerarchica	Direzione Sanitaria Aziendale	Direttore Sanitario Aziendale, che si avvale dei Direttori di Distretto e del Direttore del Dipartimento di Prevenzione	Direzione Sanitaria Aziendale	Dipartimento di Assistenza Territoriale
Personale	- Coordinatore - Referente delle relazioni con i MMG/PLS/CA e U.S.C.A. - Referente SIESP - Referente del Servizio attività Professioni Sanitarie	- Medici U.S.C.A. - Dirigente medico - Responsabile integrazione Ospedale-territorio - Dirigenti Medici di organizzazione (n. 7) - Coordinatore infermieristico (n. 1) - Infermieri (n. 4) - Dirigente Medico Prevenzione (n. 1) - Dirigente Medico Responsabile dei rapporti con i MMG/PLS e Specialisti ambulatoriali interni - MMG/PLS/Specialisti Ambulatoriali Interni - Responsabili ambiti socio-sanitari (n. 4)	- Coordinatore - Responsabile CERS Montesilvano - Direttore SIESP f.f. - Incarico organizzativo Gestione Attività Infermieristico Territoriale - Medici e amministrativi della UOC Medicina Legale - Medici e Amministrativi IESP - Medici Medicina del Lavoro - Amministrativi del servizio veterinario (n. 2)	- Medico responsabile (n. 1) - Medici della Continuità Assistenziale (n. 2) - Operatori EDP (n. 4) - Infermieri (n. 2)
Piattaforma informatica	Piattaforma software di comunicazione di tipo CRM	Modulo "Gestione Covid-19" su piattaforma Sm@rt test	Modulo "Gestione Covid-19" sulla piattaforma Quick WebConnect	Piattaforma informatica SYSWEB



L'UCAT svolge le seguenti funzioni:

1. Attività di collegamento con il SIESP e con gli operatori di sanità pubblica;
2. Supporto ai MMG, PLS e CA per la risoluzione di eventuali problematiche gestionali che coinvolgono le persone sottoposte a sorveglianza sanitaria o quarantena obbligatoria;
3. Interazione con il sistema territoriale del 118;
4. Monitoraggio delle attività delle U.S.C.A. territorialmente competenti, finalizzato alla elaborazione di report settimanali;
5. Punto di raccolta delle informazioni da parte dei MMG, PLS, CA e U.S.C.A.;
6. Monitoraggio dell'attività del numero unico aziendale o altro sistema di accesso informativo da parte dell'utenza ai servizi della Azienda Sanitaria;
7. Attività di facilitazione del rapporto tra MMG/PLS/CA e medici U.S.C.A. con gli specialisti ambulatoriali convenzionati;
8. Consulenza e proposta in merito a protocolli operativi aziendali e eventuali soluzioni tecnologiche di teleassistenza;
9. Rapporto con l'Unità di Crisi Aziendale con compiti di monitoraggio e consulenza.

L'UCAT prevede almeno le seguenti figure professionali, che ciascuna Azienda individua nell'ambito dei Dirigenti Medici/Responsabili del territorio con competenze/attitudini a svolgere i compiti e le funzioni sopraesposte:

- 1) Coordinatore dell'UCAT: Dirigente Medico;
- 2) Referente delle relazioni con i MMG/PLS/CA e U.S.C.A.: Dirigente Medico organizzazione servizi sanitari di base;
- 3) Referente SIESP: Dirigente Medico Sanità pubblica;
- 4) Referente servizio Attività Professioni Sanitarie.

L'Azienda può avvalersi di Medici di Medicina Generale, in formazione, al fine di supportare l'attività del coordinatore dell'UCAT.

Il Coordinatore garantisce le seguenti funzioni:

- 1) assicura i rapporti tra le componenti operative del sistema, come sopra indicato, e i Distretti Sanitari di base;
- 2) assicura i rapporti con la Direzione Generale e l'Unità di Crisi Aziendale;
- 3) elabora il report settimanale sull'attività svolta dalle componenti del sistema, da trasmettere alla Direzione Sanitaria Aziendale e al Dipartimento Sanità;
- 4) propone aggiornamenti o correttivi delle procedure adottate alla Direzione Sanitaria e all'Unità di Crisi Aziendale.

Il Referente dei rapporti col SIESP dovrà:

- 1) Trasmettere all'UCAT, con cadenza quotidiana, l'elenco aggiornato delle persone sottoposte a sorveglianza attiva o a isolamento domiciliare obbligatorio;
- 2) Trasmettere all'UCAT, con cadenza quotidiana, l'elenco aggiornato delle attività relative all'esecuzione dei tamponi;
- 3) Monitorare i soggetti che devono essere sottoposti a tampone di controllo (primo e secondo);
- 4) verificare l'attività di comunicazione degli esiti dei tamponi diagnostici (positivi e negativi) Sars-CoV-2 ai diretti interessati e alle autorità competenti;
- 5) Trasmettere, all'UCAT, con cadenza settimanale, i report dei tempi di comunicazione.

Il Referente dei rapporti con i MMG/PLS/CA e U.S.C.A. dovrà:

- 1) Fornire ai MMG/PLS/CA e U.S.C.A., l'aggiornamento dell'elenco relativo ai soggetti posti in



- sorveglianza attiva o a isolamento domiciliare obbligatorio;
- 2) Svolgere una funzione di raccordo con i MMG/PLS/CA e U.S.C.A. ai fini della risoluzione degli aspetti critici dell'attività assistenziale.

In conformità con le indicazioni del D.L. n. 34/2020, le Centrali Operative devono essere dotate di apposito personale e di apparecchiature per il telemonitoraggio e la telemedicina, avendo un ruolo centrale per il monitoraggio dei soggetti posti in sorveglianza attiva o in quarantena precauzionale, coordinandosi in caso di peggioramento delle condizioni cliniche, con i Servizi di Emergenza Urgenza per una tempestiva ospedalizzazione.

Inoltre le Centrali saranno responsabili della fornitura ai pazienti dei saturimetri (per la misurazione della saturazione di ossigeno nel sangue) e delle altre apparecchiature necessarie per il controllo a distanza dei parametri vitali.

Per l'applicazione della telemedicina nel periodo emergenziale si rinvia al documento dell'Istituto Superiore di Sanità Rapporto ISS-COVID-19 n. 12/2020 "Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19" pubblicato il 13 aprile 2020, che fornisce supporto alla realizzazione di servizi di telemedicina durante l'emergenza COVID-19 con l'obiettivo di garantire uniformità di procedure e di prestazioni.

Giunta Regionale d'Abruzzo

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

- 1) Supporto informativo per utenti MMG/PLS, servizi territoriali e reparti ospedalieri al fine di indirizzare le richieste di bisogno al servizio di competenza.
- 2) Supporto nella presa in carico dei problemi socio-sanitari dei pazienti in quarantena o in isolamento fiduciario, programmando e attivando i servizi a supporto (a titolo di esempio: consegna farmaci a domicilio e consegna pasti tramite le articolazioni organizzative della protezione civile).
- 3) Supporto alla programmazione dei tamponi a domicilio, negli ambulatori COVID dedicati, ove presenti, e in tutte le strutture, rivolta sia agli ospiti che ai dipendenti dell'SSN.
- 4) Facilitazione della revisione e dell'aggiornamento di procedure e modalità operative aziendali, alla luce delle criticità riscontrate in corso di monitoraggio.
- 5) Raccolta dei bisogni espressi e inespressi di carattere non solo sanitario e socio-sanitario ma anche sociali, trasmettendo le informazioni utili a garantire dimissioni e cambio setting con modalità protetta.

6. INFERMIERE DI FAMIGLIA/DI COMUNITA' (Art. 1, comma 5)

L'Azienda Sanitaria individua la figura dell'Infermiere di famiglia/comunità per il monitoraggio dello stato di salute degli assistiti e garantire in condivisione con gli altri professionisti una appropriata presa in carico dei bisogni sanitari e socio-sanitari.

L'infermiere di famiglia/comunità (IFeC) è definito dall'associazione di categoria (AIFeC) come il professionista sanitario che, attraverso un idoneo percorso formativo, sviluppa competenze specifiche nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali e della comunità, nonché nella presa in carico, dal punto di vista infermieristico, delle persone nel loro ambiente familiare e di vita. La sua azione è orientata sia a sostenere lo sviluppo della capacità personali sia a potenziare le risorse disponibili nelle comunità.



Il modello assistenziale dell'Infermiere di famiglia/comunità, programmato di recente nella regione Abruzzo in altri atti programmatori in corso di validazione da parte del Ministero della Salute, rappresenta sul territorio l'evoluzione di funzioni professionali già svolte per la salute della collettività e che il mutamento dei bisogni socio-sanitari dei cittadini rende necessaria per la qualità delle cure. Il modello è basato su alcuni concetti portanti, tra cui quello della prossimità con la persona, la famiglia e il suo contesto di riferimento sociale. Ne consegue che ogni infermiere di famiglia/comunità opera nel territorio e nella popolazione di riferimento, identificabile di norma nell'ambito distrettuale, interagendo con i medici e i pediatri di famiglia, anche in forma associativa e con le altre figure professionali coinvolgibili nella presa in carico.

Nell'ambito delle funzioni, in linea generale, l'Infermiere di famiglia/comunità promuove un'assistenza di natura preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa differenziata per bisogno e per fascia d'età, attraverso interventi domiciliari e/o ambulatoriali, in risposta ai bisogni di salute dei soggetti cronici, non autosufficienti, disabili, con disturbi mentali e per le situazioni di fragilità tutelate dal capo IV del DPCM 12 gennaio 2017, nonché i pazienti in isolamento domiciliare o quarantenati per il SARS-CoV-2. In tal modo, l'obiettivo degli interventi è, da una parte, potenziare, con la componente infermieristica, l'assistenza domiciliare e la sorveglianza attiva per i pazienti da SARS-CoV-2 non ospedalizzati, anche in collaborazione con le USCA e i servizi offerti dalle cure primarie e dall'altra rafforzare l'assistenza ai soggetti fragili e cronici, anche attraverso la collaborazione rafforzata con i medici di medicina generale, riducendo così il carico di prestazioni e servizi ambulatoriali.

L'Infermiere di famiglia/comunità, in rapporto con il medico di fiducia del paziente, cura il monitoraggio dello stato di salute degli assistiti, mediante visite domiciliari, follow up telefonici, dispositivi e strumenti di e-health (telemedicina), in modo da evitare, ove possibile, che il paziente, soprattutto in fase di emergenza pandemica, sia costretto a rivolgersi ai servizi sanitari quando già presenti riacutizzazioni o complicanze patologiche. Si evidenzia, inoltre, che la figura dell'Infermiere di Comunità non si sovrappone né contrasta con l'abituale attività di ambulatorio, che viene organizzata tenendo conto del numero e della gravità delle persone prese in carico.

In materia di ruoli, funzioni e responsabilità, l'infermiere di famiglia svolge attività sia presso gli ambulatori infermieristici della cronicità sia presso il domicilio dei pazienti non già presi in carico dall'ADI, ribadendo che l'infermiere di famiglia non sostituisce l'infermiere dell'equipe ADI, ma lo integra. A titolo esemplificativo, ma non esaustivo si ritiene delineare l'attività in alcuni specifici ambiti:

- a) l'infermiere di famiglia contribuisce a garantire la continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione dei servizi distrettuali, ospedalieri, dei Dipartimenti di prevenzione, lavorando in sinergia con i MMG e gli altri professionisti del team, anche partecipando alle Unità di Valutazione Multidimensionali dei Distretti;
- b) l'infermiere di famiglia garantisce prestazioni infermieristiche di educazione sanitaria e terapeutica con adozione di interventi di counselling e di sostegno al paziente e alla famiglia, provvedendo al monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed alla segnalazione di anomalie al MMG;
- c) l'infermiere di famiglia gestisce i processi assistenziali infermieristici nell'ambito degli ambulatori della cronicità e collabora con i MMG, con riferimento alle attività professionali previste dai PDTA, attraverso la presa in carico, le verifiche di follow up, e al front office sanitario;
- d) l'infermiere di famiglia effettua visite domiciliari anche su richiesta del MMG a pazienti non già in carico alle équipe infermieristiche di Cure domiciliari dell'Azienda ULSS;
- e) l'infermiere di famiglia contribuisce alla valutazione della evoluzione sintomatica delle condizioni cliniche in caso di malattia, acuta o cronica, in collaborazione con gli altri professionisti coinvolti;
- f) l'infermiere di famiglia svolge progetta ed attiva iniziative di promozione della salute rivolte alla comunità mediante strumenti di partecipazione attiva e avvalendosi ove possibile della collaborazione delle associazioni di volontariato.

Lo standard di riferimento della presenza dell'infermiere di famiglia è individuato in un valore non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti. In ottemperanza all'art. 1 comma 5 del D.L.34/2020, le attività sopra



elencate sono a integrazione dei servizi offerti dalle cure primarie, delle U.S.C.A., ma possono essere svolte anche in collaborazione con i MMG, soprattutto dove non siano presenti già dei team di assistenza primaria organizzati. L'infermiere di famiglia opera in appositi locali individuati nei Distretti Sanitari o in strutture dedicate ed afferisce ai Dipartimenti delle Professioni Sanitarie, ove presenti.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

1. Previsione di idonea documentazione infermieristica in relazione al setting assistenziale di riferimento e integrata con gli altri sistemi informativi.
2. L'implementazione del modello organizzativo del Servizio dell'IdF sarà supportato da un processo formativo aziendale (step di avvio ed in itinere), al fine di integrare le competenze richieste e le conoscenze innovative legate ai modelli di assistenza primaria plasmata sulla demografia e caratteristiche del territorio, sulla prossimità, sull'Information Technology ed e-Health, al fine di contestualizzare un'assistenza appropriata alle esigenze del territorio. Il DL 34/2020 all'articolo 1 comma 5, identifica per la regione Abruzzo la somma, riportata nella tabella di cui all'allegato B del suddetto DL, pari a € 7.284.159,95.
3. Previsione di una attività di coordinamento e di monitoraggio delle attività assistenziali infermieristiche con la finalità di garantire risposte efficaci e tempestive alle richieste dirette ed indirette delle persone fragili e dei pazienti COVID-19 positivi.

La Regione, nel ripartire la somma assegnata tra le quattro ASL che insistono sul suo territorio, ha adottato la medesima metodologia indicata nel Decreto e nella Relazione Tecnica allegata.

Applicando lo standard di n. 8 unità di infermieri ogni 50.000 abitanti, ai fini della ripartizione delle risorse secondo la tabella di cui all'allegato B del D.L. 34/2020, sono stati utilizzati i criteri illustrati nel decreto stesso e nella relativa relazione tecnica di accompagnamento, come di seguito.

Tabella 5. Unità di infermieri e ripartizione fondi art. 1 comma 5.

ASL	INFERMIERI	RIPARTIZIONE ART.1 C.5
ASL 201	48	1.663.200,00 €
ASL 202	62	2.148.300,00 €
ASL 203	51	1.767.150,00 €
ASL 204	49	1.697.850,00 €
Totale	210	7.276.500,00 €

Si prevede altresì che per le finalità sopra evidenziate, nella medesima proporzione di un massimo di otto unità ogni 50.000 abitanti, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le Aziende del Servizio Sanitario Regionale possono procedere al reclutamento di infermieri, attraverso assunzioni a tempo indeterminato, ad un costo unitario annuale di 50.000 euro.



7. SORVEGLIANZA SANITARIA E CONTACT TRACING

La regione Abruzzo, in attuazione dell'art.1 del D.L. 34/2020, intende rafforzare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale, soprattutto in una fase di progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale, con l'obiettivo di implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS – CoV-2.

In linea con i contenuti del rapporto ISS COVID-19 n. 53/2020, l'attività di sorveglianza territoriale è affidata ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, coordinati dalla Regione secondo indirizzi condivisi a livello nazionale, con l'articolazione nei distretti sanitari definiti per ciascuna ASL. Il MMG/PLS, professionista convenzionato col Servizio Sanitario Nazionale (SSN), rappresenta il primo contatto tra il cittadino e il SSN ed è dunque un elemento fondamentale della sorveglianza sul territorio, soprattutto per l'identificazione tempestiva dei casi. In linea generale, nella pianificazione e organizzazione di ogni raccolta dati, gli operatori della sanità pubblica raccolgono le informazioni richieste dal livello regionale e aziendale, da acquisire per gli specifici obiettivi di tutela della salute, in considerazione che una corretta raccolta dei dati prevede l'ottimizzazione del flusso informatico necessario alla loro elaborazione e strumenti di condivisione con altri gruppi, quali USCA, UCAT, Distretti e ordini professionali.

Nelle condizioni di emergenza, il ruolo di tutti gli operatori di sanità pubblica presenti a livello territoriale diventa essenziale affinché siano rilevati e resi disponibili tempestivamente i dati utili e, per questo, il personale, con la responsabilità delle Direzioni Aziendali, deve essere appositamente formato e messo in condizione di agire coerentemente all'interno di un sistema complesso che deve rispondere a regole chiare e condivise.

Inoltre nell'attività di sorveglianza legata al contact tracing, per la gestione del rischio epidemico, oltre a identificare rapidamente i casi sospetti, testarli, isolarli, e trattare i casi confermati, è prioritaria l'individuazione dei soggetti che abbiano avuto contatti stretti con i casi confermati, affinché si possa provvedere alle misure preventive di quarantena e di interruzione della catena di trasmissione.

Il tracciamento "manuale" dei contatti (o contact tracing), svolto dal personale delle autorità sanitarie, è uno strumento fondamentale della sanità pubblica, per la prevenzione e il controllo della diffusione delle malattie trasmissibili da persona a persona.

Il contact tracing consiste nell'identificazione e gestione delle persone che possono essere state esposte ad un caso probabile o confermato di malattia nelle 48 ore precedenti l'insorgenza dei sintomi del caso (o precedenti la raccolta del campione positivo se il caso è asintomatico), fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso, per evitare che queste persone (i contatti) che sono ad alto rischio di avere acquisito l'infezione, possano a loro volta trasmettere l'infezione. In linea con gli aggiornamenti delle circolari ministeriali, si definisce contatto stretto una persona che ha avuto una esposizione ad alto rischio, come ad esempio una persona che vive nella stessa casa di un caso di COVID-19 o una persona che ha avuto un contatto con un caso a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti. In considerazione che la trasmissione di COVID-19 può verificarsi anche durante la fase pre-sintomatica della malattia, o da persone che rimangono asintomatiche, è importante identificare i contatti stretti molto rapidamente e assicurarsi che osservino la quarantena per il periodo di incubazione della malattia. Il contact tracing per il COVID-19 si svolge attraverso le seguenti attività:

1. identificare i contatti attraverso un colloquio con i casi di COVID-19 e una indagine epidemiologica dettagliata;
2. comunicare con i contatti, per informarli che potrebbero essere venuti in contatto con un caso di infezione/malattia da SARS-CoV-2 e per confermare le informazioni raccolte;
3. classificare preferibilmente i contatti nella tipologia ad alto o basso rischio, in base al tipo di esposizione, e testare i casi sospetti;



4. fornire ai contatti informazioni sui comportamenti da tenere e misure preventive da attuare per evitare la trasmissione dell'infezione, inclusa la quarantena se si tratta di un contatto stretto;
5. monitorare i contatti stretti per 14 giorni dopo l'esposizione per identificare rapidamente eventuali casi secondari.

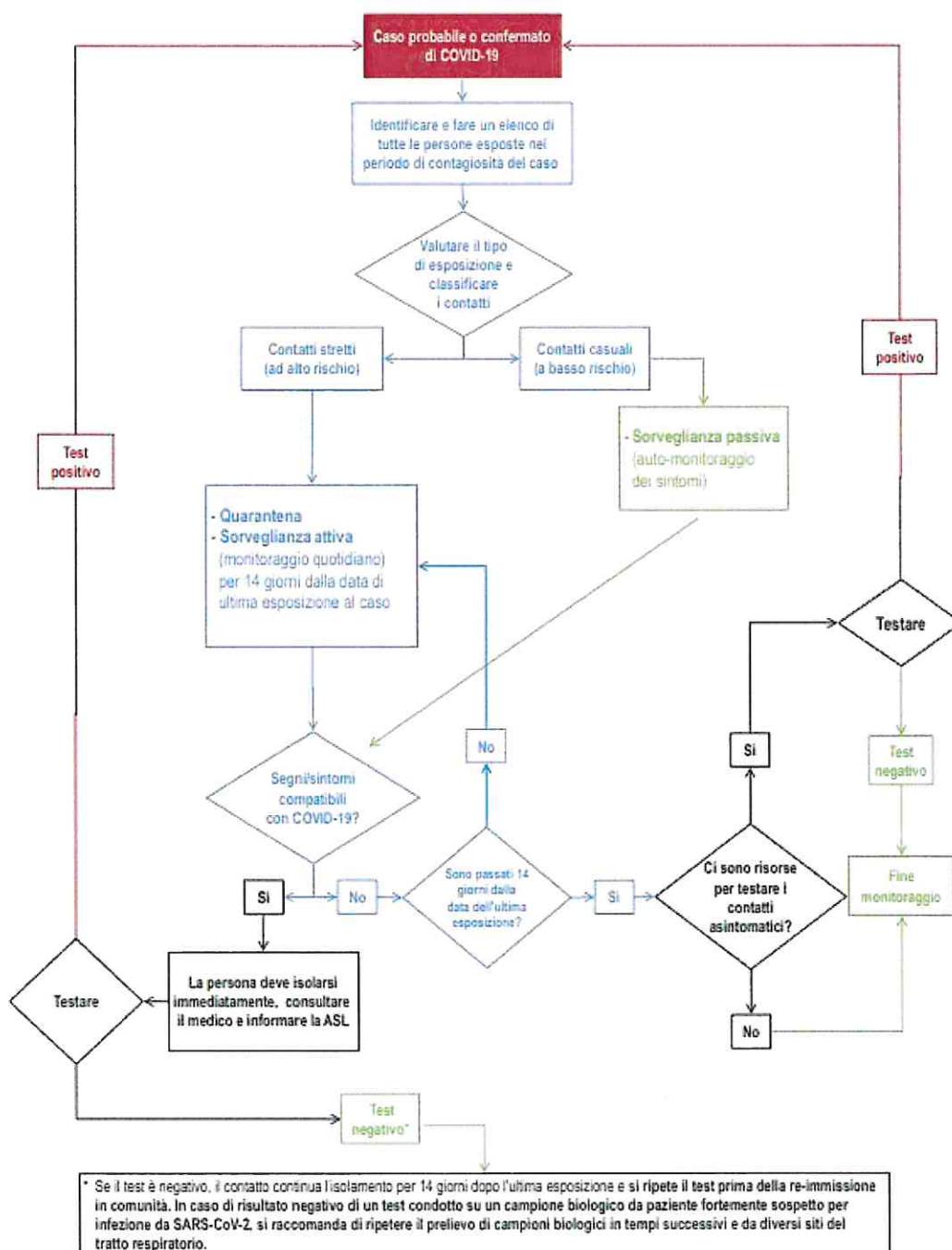
L'uso di applicazioni digitali può facilitare la ricerca dei contatti, ma non sostituiscono il contact tracing tradizionale effettuato dalle ASL. In particolare possono aiutare a ricostruire in maniera rapida il quadro dei contatti sociali avuti da un caso confermato nel periodo epidemiologicamente rilevante.

Di seguito, viene indicato l'algoritmo, tratto dal Rapporto ISS COVID-19 n.53/2020, per l'identificazione e il monitoraggio dei contatti dei casi probabili e confermati di COVID-19, che la regione Abruzzo detta come indicazione uniforme alle Aziende Sanitarie e ai Dipartimenti di Prevenzione delle stesse.



Figura 1. Algoritmo per l'identificazione, la classificazione e il monitoraggio dei contatti dei casi probabili e confermati di COVID-19⁷

Giunta Regionale d'Abruzzo



⁷ Tratto dal Rapporto ISS COVID-19 n.53/2020.

Identificazione dei contatti

Per identificare i contatti è necessario condurre una indagine epidemiologica dettagliata, incluso un colloquio con le persone identificate come casi probabili o confermati di COVID-19, appena possibile dopo la diagnosi. Pertanto, è necessario: **a)** considerare i contesti specifici identificati dove possano essersi verificate esposizioni con il caso, e per ogni contesto (es. comunità residenziale, struttura sanitaria, mezzo di trasporto, scuola, ambiente di lavoro), considerare le modalità più appropriate per identificare tutti i potenziali contatti; **b)** cercare di individuare rapidamente tutte le persone che potrebbero essere state esposte all'infezione durante il periodo di contagiosità del caso; **c)** ricostruire le attività del caso durante il periodo a partire da 48 ore prima e fino a due settimane dopo l'insorgenza dei sintomi o la raccolta del campione positivo, fino all'isolamento; **d)** identificare le persone esposte, raccogliendo i loro dati anagrafici, indirizzo, numero di telefono e valutando il loro livello di esposizione (Tabella 6)

Tabella 6. Definizioni di contatto stretto (con esposizione ad alto rischio) e contatto casuale (con esposizione a basso rischio).

Tipologia di contatto	Definizione
Contatto stretto (esposizione ad alto rischio)*	- una persona che vive nella stessa casa di un caso di COVID-19 - una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (es. la stretta di mano) - una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (es. toccare a mani nude fazzoletti di carta usati) - una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti - una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (es. aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19, in assenza di DPI idonei - un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei - una persona che ha viaggiato seduta in treno, aereo o qualsiasi altro mezzo di trasporto entro due posti in qualsiasi direzione rispetto a un caso COVID-19; sono contatti stretti anche i compagni di viaggio e il personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto.
Contatto casuale (esposizione a basso rischio)	qualsiasi persona esposta al caso, che non soddisfa i criteri per un contatto stretto.

* Sulla base di valutazioni individuali del rischio, è possibile ritenere che alcune persone, a prescindere dalla durata e dal contesto in cui è avvenuto il contatto, abbiano avuto un'esposizione ad alto rischio.

Gestione e monitoraggio dei contatti

A seconda del livello di rischio dell'esposizione, vengono stabilite le modalità di gestione e monitoraggio dei contatti, in particolare riguardo a:

- Effettuazione tempestiva con refertazione urgente del tampone per la ricerca di SARS-CoV-2 nei contatti di casi confermati o probabili;
- Quarantena e isolamento;
- Monitoraggio/Sorveglianza dei contatti;
- Rientro in comunità alla fine del periodo di quarantena o isolamento.



La Tabella successiva elenca le azioni chiave individuali e quelle di sanità pubblica per la gestione dei contatti ad alto o basso rischio di caso di infezione da SARS-CoV-2. Al termine del periodo di sorveglianza, il Dipartimento di Prevenzione comunica ai contatti l'esito della sorveglianza.

Tabella 7. Azioni chiave per la gestione dei contatti ad alto o basso rischio di caso di infezione da SARS-CoV-2.

Contatti stretti (ad alto rischio)	Contatti casuali (a basso rischio)
Azioni individuali • Per 14 giorni dopo la data dell'ultima esposizione con il caso:	
▪ Rimanere in quarantena a casa, con divieto assoluto di mobilità dalla propria abitazione o dimora e di contatti sociali ▪ Automonitoraggio per la comparsa di segni/sintomi compatibili con COVID-19 ▪ Misurare e registrare la temperatura corporea due volte al giorno ▪ Evitare l'uso di farmaci che riducono la febbre (es. paracetamolo) per alcune ore prima di misurare la temperatura. Se è necessario assumere questi farmaci, avvisare la ASL. ▪ Rimanere raggiungibile dalle autorità di sanità pubblica per le attività di sorveglianza ▪ Seguire le buone pratiche respiratorie e una rigorosa igiene delle mani. ▪ Rispettare le misure di distanziamento fisico tenendo una distanza di almeno 2 metri dalle altre persone. ▪ In caso di insorgenza di sintomi, isolarsi immediatamente e consultare il proprio medico, preferibilmente telefonicamente, seguendo le raccomandazioni delle autorità di sanità pubblica locali e contattare la ASL per ulteriori indicazioni. Seguire le indicazioni riportate nel foglio informativo.	▪ Non è necessario rimanere in quarantena. ▪ Automonitoraggio per segni/sintomi compatibili con COVID-19. ▪ Rispettare le misure di distanziamento fisico ed evitare viaggi. ▪ Seguire le buone pratiche respiratorie e una igiene rigorosa delle mani ▪ In caso di insorgenza di segni/sintomi compatibili, isolarsi immediatamente e consultare il proprio medico telefonicamente, seguendo le raccomandazioni delle autorità di sanità pubblica locali.
Azioni di sanità pubblica	
▪ Indicare la necessità di rimanere in quarantena per 14 giorni dalla data dell'ultima esposizione con il caso. ▪ Fornire ai contatti le indicazioni per l'automonitoraggio dei sintomi. ▪ Sorveglianza attiva mediante telefonate, e-mail o messaggi di testo, per verificare lo stato di salute del contatto e assicurarsi che la persona stia osservando la quarantena in maniera sicura, sostenibile ed efficace per impedire la trasmissione dell'infezione. ▪ Testare i contatti sintomatici (anche con sintomi lievi) ▪ Informare i contatti sulle misure di prevenzione dell'infezione e consegnare a ciascuno un foglio informativo. ▪ Informare MMG e PLS.	▪ Informare i contatti sulla necessità di automonitorare i propri sintomi, e sulle misure da intraprendere in caso di insorgenza di sintomi.

Giunta Regionale d'Abruzzo

Quarantena e isolamento

L'isolamento dei casi di COVID-19 e la messa in quarantena dei contatti dei casi sono misure di sanità pubblica fondamentali che, evitano l'insorgenza di casi secondari e quindi interrompono la catena di trasmissione. Quarantena e isolamento indicano situazioni diverse, ma i due termini vengono spesso utilizzati erroneamente in maniera interscambiabile.

La **quarantena** si riferisce alla restrizione dei movimenti e separazione di persone che non sono ammalate, ma che potrebbero essere state esposte ad un agente infettivo o ad una malattia contagiosa.

L'**isolamento**, invece, si riferisce alla separazione delle persone infette o malate, contagiose, dalle altre persone, per prevenire la diffusione dell'infezione e la contaminazione degli ambienti.

I contatti stretti, se asintomatici, devono rimanere in quarantena al proprio domicilio (o in struttura dedicata in caso di domicilio inadeguato) per 14 giorni a partire dalla data di ultima esposizione con il caso, misurare la temperatura corporea due volte al giorno ed essere monitorati per la comparsa di sintomi di COVID-19. Per i contatti casuali non è richiesta la quarantena ma viene richiesto l'automonitoraggio dei sintomi. In caso di comparsa di sintomi o segni compatibili con COVID-19, anche lievi, come febbre, tosse,



faringodinia, rinorrea/congestione nasale, dispnea, mialgie, astenia, diarrea, o insorgenza improvvisa di anosmia/ageusia/disgeusia, la persona esposta deve:

- telefonare immediatamente al proprio medico e al Dipartimento di Prevenzione della ASL;
- auto-isolarsi, ovvero rimanere in una specifica stanza con porta chiusa o in una zona lontano da altre persone o animali domestici, garantendo un'adeguata ventilazione naturale, e utilizzare un bagno separato, se disponibile (Appendice A6 del Rapporto ISS n.53/2020);
- se la sintomatologia lo consente, indossare una mascherina chirurgica.

Per il corretto svolgimento della quarantena e dell'isolamento, possono essere necessarie, per alcune persone, misure di sostegno sociale e l'attivazione di servizi di assistenza domiciliare integrata o equivalenti. A tal fine, l'integrazione con i servizi sociali, per il tramite dei professionisti del profilo assistente sociale⁸, provvede a:

- Garantire un supporto per le attività di ristorazione e di erogazione dei servizi essenziali (soprattutto per le persone sole e prive di supporto), incluso il supporto psicologico;
- Verificare le condizioni abitative (es. disponibilità di una stanza privata e bagno) e consegna di mascherine chirurgiche o altri dispositivi (es. termometri);
- Verificare che le persone in quarantena/isolamento siano in grado di rimanere a casa, di osservare il distanziamento fisico e di rispettare le disposizioni per evitare il contagio di altre persone.

Nel caso in cui le condizioni adeguate per la quarantena/isolamento non possano essere garantite presso l'abitazione, si raccomanda di proporre il trasferimento in strutture di tipo alberghiero/residenziale appositamente dedicate, con un adeguato supporto sanitario per il monitoraggio e l'assistenza.

La **sorveglianza attiva** prevede un monitoraggio quotidiano da parte delle autorità sanitarie locali (mediante telefonate, e-mail o messaggi di testo), per ottenere informazioni sulle condizioni cliniche del contatto. Si effettua generalmente per i contatti stretti (con esposizione ad alto rischio). Le aziende sanitarie locali programmano risorse sufficienti per monitorare quotidianamente tutti i contatti stretti e, laddove necessario, ricorrere a metodi alternativi per monitorare i contatti.

La **sorveglianza passiva** prevede che ai contatti venga chiesto di auto-monitorare i propri sintomi e di segnalare alle autorità sanitarie locali l'eventuale insorgenza di sintomi compatibili. In genere si utilizza per i contatti casuali (con una esposizione a basso rischio).

In caso di comparsa di sintomi compatibili con COVID-19 (anche se lievi), il contatto (stretto o casuale) è tenuto a mettersi immediatamente in isolamento e consultare il MMG/PLS telefonicamente, sempre seguendo le raccomandazioni delle autorità sanitarie locali.

La persona che sviluppa sintomi, anche lievi, diventa un caso sospetto e deve essere gestito come tale, inclusa l'effettuazione di un tampone per confermare la diagnosi. Se il test è negativo è necessario continuare le azioni individuali per un periodo di 14 giorni dopo la comparsa dei sintomi.

Se è necessario il trasferimento di un contatto sintomatico (diventato un caso) dalla comunità o abitazione a una struttura di assistenza, la USCA territorialmente competente provvede ad avvisare la struttura ricevente per assicurarsi che siano predisposte e in atto adeguate misure di controllo e prevenzione dell'infezione.

In uno scenario di trasmissione diffusa, per contribuire a rallentare la diffusione dell'infezione e ridurre la pressione sul sistema sanitario, si possono prioritizzare le attività di ricerca e gestione dei contatti, iniziando con i contatti a maggior rischio di ogni caso, che di solito sono i più facili da trovare, compresi i contatti familiari, gli operatori sanitari o il personale sanitario che lavora con popolazioni vulnerabili, le comunità

⁸ Art.1, comma 7, del D.L. 34/2020.



chiuse ad alto rischio (strutture per lungodegenti, RSA, ecc.) e i gruppi di popolazione vulnerabile, seguito dalla ricerca del maggior numero possibile di contatti a basso rischio di esposizione.

La ricerca e la gestione dei contatti, per essere condotta in modo efficace deve prevedere un adeguato numero di risorse umane, quali operatori sanitari e di sanità pubblica e personale amministrativo. Sulla base delle stime dell'ECDC, per garantire in modo ottimale questa attività essenziale, dovrebbero essere messe a disposizione nelle diverse articolazioni locali non meno di una persona ogni 10.000 abitanti includendo le attività di indagine epidemiologica, il tracciamento dei contatti, il monitoraggio dei quarantenati, l'esecuzione dei tamponi, preferibilmente da eseguirsi in strutture centralizzate (drive in o simili), il raccordo con l'assistenza primaria, il tempestivo inserimento dei dati nei diversi sistemi informativi.

Si ricorda, in ultimo, che i test diagnostici per SARS-CoV-2 sono considerati uno strumento fondamentale per il contrasto della diffusione dell'infezione da COVID-19 nel periodo di convivenza con il virus. La Circolare del Ministero della Salute del 3 aprile 2020 sottolinea come la diagnosi molecolare per casi di infezione da SARS-CoV-2 va eseguita presso il Laboratorio di Riferimento regionale e i laboratori aggiuntivi individuati dalle regioni, secondo le modalità concordate con il laboratorio di Riferimento Nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità e le procedure da ultimo riportate nella Circolare n. 9774 del 20 marzo 2020. I laboratori indicati dispongono di strumentazione validata e personale formato/qualificato per eseguire protocolli di estrazione del genoma virale e test di RT-PCR. Inoltre, i campioni biologici su cui effettuare la diagnosi SAR-CoV-2 devono essere manipolati in accordo alle normative di bio-contenimento indicate dall'OMS per evitare rischi di contaminazione degli operatori e dell'ambiente.

Tabella 8. Rete Regionale Laboratori COVID.

Laboratorio	Qualifica	Sede
UOC di Microbiologia e Virologia Clinica a valenza regionale*	Laboratorio Regionale di Riferimento	P.O. "Spirito Santo" - Pescara
IZS Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise Giuseppe Caporale*	Laboratorio aggiuntivo	Teramo
Laboratorio di Genetica Molecolare del Centro di Tecnologie avanzate (CAST)*	Laboratorio aggiuntivo	Università G. D'Annunzio- Chieti
UOC Laboratorio analisi	Laboratorio aggiuntivo	P.O. L'Aquila
UOC Laboratorio analisi – area Marsica/Peligno/Sangrino	Laboratorio aggiuntivo	P.O. di Avezzano
Laboratorio Specializzato per la gestione del SARS-CoV-2: Soc. Dante Labs**	Laboratorio aggiuntivo	L'Aquila

*Circolare Ministeriale n.11715 del 3 aprile 2020

** Determina Dirigenziale n. DPF009/37 del 22 maggio 2020

I laboratori di microbiologia così individuati hanno l'obbligo di trasmettere i referti positivi dei test molecolari per infezione da SARS-CoV-2 al Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente. La Regione, ricevuti i dati relativi ai casi positivi riscontrati, li trasmette all'Istituto Superiore di Sanità, mediante la Piattaforma istituita ai fini della sorveglianza epidemiologica integrata del COVID-19, ai sensi dell'art.1 dell'Ordinanza n. 640 del 27 febbraio 2020 del Capo della Protezione Civile.

In materia di coordinamento di misure di sorveglianza attiva, la regione Abruzzo, con OPR n. 3/2020, ha inoltre già disposto per ogni Azienda Sanitaria l'istituzione e l'attivazione dell'Unità di Crisi Aziendale con il



compito di valutare la definizione delle fasi operative e le misure da intraprendere per il contrasto all'emergenza epidemiologica. Successivamente, con OPGR n. 53/2020 sono state attivate le Unità di Coordinamento dell'Assistenza Territoriale (UCAT) con funzioni rilevanti sui sistemi di sorveglianza e coordinamento della rete di prevenzione e presa in carico dell'assistenza territoriale.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

a) **Potenziamento dell'assetto organizzativo dei Dipartimenti di Prevenzione.** I Dipartimenti di Prevenzione sono stati sottoposti a un notevole aggravio di lavoro per le attività di indagine epidemiologica, contact tracing e sorveglianza attiva dei casi in isolamento con la riorganizzazione durante il periodo emergenziale di molte attività ordinarie dei servizi.

La riorganizzazione deve agire nelle migliori condizioni attraverso un potenziamento delle dotazioni organiche dei Dipartimenti di Prevenzione, nell'ambito del più ampio programma di interventi per il potenziamento dell'assistenza territoriale previsti dal D.L. n.34 del 19/05/2020.

Per quanto riguarda specificatamente le attività di indagine epidemiologica, rintraccio e sorveglianza dei contatti ed esecuzione dei test, la regione Abruzzo conferma l'adeguamento alle disposizioni del Decreto del Ministero della Salute del 30/04/2020 che prevede uno standard di risorse umane dedicate o dedicabili pari ad almeno una persona ogni 10.000 abitanti, in linea con le indicazioni dello European Center for Disease Control (ECDC).

b) **La formazione** rappresenta una delle principali risorse utilizzabili nelle strategie di prevenzione attraverso la conoscenza diffusa e approfondita degli scenari di rischio, delle procedure organizzative e dei comportamenti più idonei da adottare in emergenza. Pertanto, il personale dovrà seguire percorsi formativi specifici, trasversali finalizzati a rafforzare ed uniformare le conoscenze e le competenze, considerando comunque i diversi ruoli e profili professionali.

In attuazione dell'art.1 del D.L. 34/2020, la regione Abruzzo predispone le risorse tecnologiche più appropriate per aiutare una gestione più efficace ed efficiente delle attività di contact tracing, con il corretto impiego di risorse umane.

c) Tra le **risorse tecnologiche** raccomandate è essenziale che ogni ASL abbia una **piattaforma informatica** per la gestione dei casi e dei contatti, la raccolta delle variabili minime e la visualizzazione delle catene di trasmissione. In particolare, le informazioni sui contatti devono essere inserite in un database che includa un link al caso fonte e ai dati di monitoraggio. Il database dovrebbe essere aggiornato quotidianamente con i dati raccolti attraverso il monitoraggio dei contatti stretti.

d) **Registro Regionale Epidemiologico della Fragilità.** Risulta un dato acquisito che, durante la pandemia da SARS-CoV-2, la maggioranza delle persone che hanno sviluppato una sindrome Covid-19 severa o letale è rappresentata da pazienti fragili: persone di età avanzata, con patologie croniche (quali ad esempio BPCO o scompenso) e/o fattori rischio multipli, quali ipertensione e diabete, o persone con patologie oncologiche o malattie rare. Per tale motivo, per consentire una tempestiva ed efficace gestione della emergenza epidemiologica, si ritiene utile attivare sistemi di sorveglianza sanitaria dedicati specificatamente ai soggetti fragili, che prevedano quale primo passaggio essenziale l'attivazione di un Registro Regionale Epidemiologico della Fragilità.



Il Registro, attivabile presso la Agenzia Sanitaria Regionale, già sede di diversi registri di patologia, può essere realizzato tramite l'analisi dei flussi sanitari già esistenti (anagrafica, esenzioni ticket, SDO, Farmaceutica territoriale, Registro Tumori e Registro delle Malattie Rare, flusso territoriale sulla residenzialità), ed eventualmente implementato, aumentandone il livello di completezza e qualità dei dati, con il supporto dei Medici di Medicina Generale.

Sul piano metodologico, una volta completata la raccolta dei dati, vi sono diversi algoritmi di identificazione dei pazienti fragili e modelli predittivi di rischio già sviluppati e validati, che possono essere utilizzati riducendo tempi e criticità delle fasi progettuali. I flussi già attivi e nella disponibilità della Regione e delle Aziende Sanitarie consentono di raggruppare all'interno di un primo database del Registro fonti informative importanti che potrebbero essere raccolte e analizzate in tempi ragionevolmente brevi, fornendo elementi utili anche per la programmazione di misure di sorveglianza e contrasto a eventuali recrudescenze della emergenza pandemica.

8. SORVEGLIANZA STRUTTURE RESIDENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENTI

Il rafforzamento dell'attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le Residenze Sanitarie Assistite e le altre strutture residenziali richiede, tra l'altro, il rispetto integrale delle indicazioni contenute nella versione del 17 aprile del Rapporto ISS-COVID-19 n. 4/2020. L'applicazione dei contenuti del Rapporto consente una corretta definizione delle principali misure che permettono alle strutture residenziali sociosanitarie e alle strutture sociali in ambito territoriale di fornire un servizio di assistenza, con il minor rischio possibile di infezione da COVID-19 negli ospiti e negli operatori. La regione Abruzzo ha avviato sin dalle prime fasi emergenziali, con le Ordinanze Presidenziali n. 16, 32 e 45/2020, un programma di tutela del rischio di diffusione epidemica con specifiche azioni:

- Identificazione da parte della Struttura di un referente sanitario COVID-19 con responsabilità di coordinamento e controllo.
- Limitazione dell'accesso alla struttura da parte di familiari e conoscenti, per tutta la durata dell'emergenza.
- Divieto di accesso a persone con sintomi respiratori e similinfluenzali.
- Limitazione di nuovi ingressi di ospiti in strutture residenziali sociosanitarie, soltanto all'esito di valutazione dello stato salute e tampone (OPGR n. 32 del 10 aprile 2020). I nuovi ingressi devono essere limitati ai casi urgenti e improcrastinabili per consentire una riduzione del numero dei residenti necessaria a poter gestire i casi in isolamento.
- Area di isolamento per i nuovi accessi. Le strutture prevedono l'allestimento di un modulo di accoglienza temporanea dedicato ai nuovi ospiti o l'adozione di misure idonee a garantire adeguato distanziamento sociale fra gli ospiti.
- Screening operatori sanitari.
- Tamponi per test molecolari, con codice di urgenza, ai residenti in caso di sospetto (e relativo isolamento).

A garanzia della sicurezza e del benessere psico-fisico delle persone ricoverate e a tutela della sicurezza del personale impiegato vengono adottate le seguenti ulteriori misure:

- Evitare per quanto possibile l'invio dei residenti in ospedale, per visite specialistiche ed esami strumentali.
- Sospensione delle attività di gruppo e della condivisione di spazi comuni all'interno della struttura.
- Accesso di operatori sanitari (U.S.C.A., MMG/PLS, Cure Palliative), evitando sovrapposizioni.

- Utilizzo di dispositivi di protezione individuali appropriati.
- Richiesta di uso di mascherina chirurgica e accurata igiene delle mani a fornitori, manutentori e/o altri operatori.
- Disposizione corretta degli strumenti per igiene mani.
- Disponibilità di termometri senza contatto.
- Formazione del personale per la corretta adozione delle precauzioni standard e procedure di isolamento.
- Precauzioni standard per l'assistenza a tutti i residenti: igiene delle mani e respiratoria.
- Promuovere la responsabilizzazione degli operatori per autocontrollo sintomatologia.
- Misurazione febbre a inizio turno per OS e OSS.
- Monitorare nel tempo l'eventuale comparsa di febbre e segni e sintomi di infezione respiratoria acuta o di difficoltà respiratoria e altri fattori di rischio (ad esempio contatto con casi di COVID-19) nei residenti nella struttura.

In tema di linee guida a specifici protocolli aziendali devono essere rispettate le seguenti direttive.

La gestione dei casi sospetti, con isolamento in attesa dei risultati dei tamponi, prevede obbligatoriamente che il caso sospetto COVID-19, immediatamente posto in isolamento, deve essere segnalato al Servizio di Igiene Pubblica ed essere sottoposto a tampone naso-faringeo per ricerca di SARS-CoV-2, attivando l'U.S.C.A. Se positivo, ciò comporterà il temporaneo isolamento in stanza singola e il successivo trasferimento del paziente in ambiente ospedaliero o in altra struttura adeguata all'isolamento, per ulteriore valutazione clinica e le cure necessarie.

Pertanto, per il caso sospetto COVID-19, se positivo, il Dipartimento di prevenzione dovrà verificare la fattibilità in piena sicurezza di un isolamento efficace presso la stessa struttura. In caso di impossibilità ad effettuare un efficace isolamento, il paziente sarà trasferito in ambiente ospedaliero o in altra struttura adeguata all'isolamento, come ad esempio in una struttura dedicata a pazienti COVID-19, in linea con quanto disposto dall'art.1 comma 2 del D.L. 34/2020.

Inoltre, deve essere effettuata immediatamente la sanificazione accurata degli ambienti dove il residente soggiornava e dove è stato esaminato. Infine, è importante effettuare una tempestiva ed attenta valutazione del rischio di esposizione al caso degli operatori e altri residenti. In caso di identificazione di una tale condizione di rischio, i soggetti esposti dovranno essere considerati contatti di caso di COVID-19 e seguire le procedure di segnalazione, sorveglianza e quarantena stabilite dalle autorità sanitarie locali ai sensi della circolare ministeriale del 25 marzo 2020.

Nei casi di sospetta/probabile/accertata infezione da COVID-19 attivando le U.S.C.A., le stesse si avvalgono della consulenza/collaborazione degli infettivologi, secondo protocolli specifici emanati dalle Direzioni delle Aziende Sanitarie e recepiti dal Responsabile sanitario delle strutture. Deve essere garantita, laddove siano presenti ospiti COVID-19 sospetti o accertati, anche in attesa di trasferimento, la presenza di infermieri h24 e supporto medico.

Inoltre, la sorveglianza attiva di quadri clinici di infezione respiratoria acuta tra gli operatori deve prevedere obbligatoriamente le seguenti misure:

- Promuovere la responsabilizzazione degli operatori per autocontrollo sintomatologia.
- Misurazione febbre a inizio turno per OS e OSS.
- Monitorare l'eventuale comparsa di febbre e segni e sintomi di infezione respiratoria acuta o di difficoltà respiratoria e altri fattori di rischio (ad esempio contatto con casi di COVID-19) nei residenti nella struttura.



Screening Operatori sanitari con test molecolare in caso di sospetto.

Deve essere disposta la restrizione dall'attività lavorativa degli operatori sospetti o risultati positivi al test per SARS-CoV-2 nel rispetto delle disposizioni vigenti.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Le strutture residenziali vengono equiparate ai Presidi Ospedalieri ai fini dell'accesso, con massima priorità alla fornitura dei Dispositivi di Protezione Individuale e di ogni altro dispositivo utile alla gestione dell'emergenza epidemiologica. Ne consegue che, nella regione Abruzzo, l'attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le RSA e le strutture residenziali comunque denominate si articola a livello regionale su due livelli. Nel primo livello, la sorveglianza ordinaria comprende obbligatoriamente le misure, le condizioni organizzative e i requisiti specifici di contrasto all'emergenza epidemiologica, inclusa l'individuazione per ogni struttura di un referente sanitario con responsabilità di vigilanza, già attivi e vigenti sulla base delle Ordinanze Presidenziali n. 16/2020, n.32/2020 e n. 45/2020. Inoltre il rafforzamento delle USCA, ai sensi dell'art.1 comma 1 del D.L. 34, consente alla regione di potenziare l'attività di sorveglianza presso le strutture residenziali sanitarie, garantendo la collaborazione e la consulenza di medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni, in relazione alle esigenze di salute delle persone assistite.

Nel secondo livello, la sorveglianza in condizioni di riacutizzazione dell'epidemia COVID-19, nel garantire il rispetto della strategia organizzativa già in atto, prevede in aggiunta un piano straordinario di azione che si qualifica ulteriormente con:

- a) L'individuazione, da parte di ogni Direzione Aziendale, entro il 30 settembre 2020, di una figura direzionale con profilo sanitario e con attività di indirizzo e vigilanza, per gli aspetti igienico-sanitari-organizzativi che assume la responsabilità di monitorare l'andamento epidemiologico delle singole unità di offerta dell'area residenziale sanitaria.
- b) La disponibilità di disporre temporaneamente di strutture con finalità alberghiere o di altri immobili, individuati dalle Aziende Sanitarie, con caratteristiche di idoneità finalizzati alla gestione dell'isolamento di contagiati da SARS-CoV-2 afferenti alle strutture residenziali per anziani.

9. DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE PER IL POTENZIAMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI – ACQUISIZIONE DI RISORSE UMANE – INCENTIVI AL PERSONALE

L'obiettivo di potenziare l'offerta territoriale mediante l'incremento delle risorse umane prevede l'attuazione di azioni e misure, che la regione Abruzzo ha programmato nel rispetto di quanto previsto dal D.L. 34/2020 e dalla Relazione Tecnica di accompagnamento allegata al decreto.

In effetti, le risorse di cui all'Articolo 1 del DL 34/2020, spettanti alla regione Abruzzo, sono state ripartite tra le quattro Aziende Sanitarie Locali insistenti nel territorio e riguardano nello specifico:



- comma 4 - potenziamento dell'ADI, quale necessità di implementare ed indirizzare le azioni terapeutiche e assistenziali sempre più a livello domiciliare, anche al fine di decongestionare le strutture ospedaliere e favorirne un deflusso monitorato;
- comma 5 - potenziamento della componente infermieristica, motivato dall'esigenza di garantire la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti, nonché affette da COVID-19;
- comma 6 – rafforzamento delle U.S.C.A., al fine di garantire una più ampia funzionalità delle stesse;
- comma 7 – assunzione di professionisti del profilo di assistente sociale, per le persone affette da COVID-19, a supporto della valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e dell'integrazione con i Servizi Sociali e socio-sanitari;
- comma 8 - centrale operativa, per le funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza, ovvero per il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali.

In relazione a questi riferimenti normativi, le misure e le azioni programmate dalle quattro ASL Abruzzesi, come illustrate in dettaglio nei singoli Focus di seguito riportati, risultano essere del tutto coerenti, conformi e compatibili con le finalità e con gli importi degli stanziamenti di cui al D.L. 34/2020.

9.1 FOCUS PER ASL: SCHEDE SINOTTICHE DELLE AZIENDE SANITARIE

Scheda – ASL 201 Avezzano – Sulmona – L'Aquila

Art. 1, comma 4, DL 34/2020. Personale per potenziamento ADI - Anno 2020

Organizzazione: integrazione entro il cd. *quinto d'obbligo* del contratto stipulato per l'erogazione di prestazioni sanitarie non mediche nel sistema delle cure domiciliari (aggiudicazione con deliberazione ASL Pescara n. 824/2015). Relativamente alla quota riservata all'ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila, la frazione anzidetta è pari – su base annuale – ad € 792.000,00. Inoltre, si prevede l'impiego di € 134.921,00 per la remunerazione di prestazioni mediche.

Art. 1, comma 6, DL 34/2020. Medici - Anno 2020

Organizzazione: potenziamento di una Equipe Multidisciplinare operativa 7 giorni su 7, h 12 diurne con eventuale attivazione di pronta disponibilità nelle restanti ore (ai costi stabiliti dall'ACN Specialistica Ambulatoriale Interna 1° aprile 2020). L'Equipe, incardinata all'interno dell'UCAT e da essa coordinata, è di supporto alle 7 USCA istituite nell'ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila e al potenziamento attività ADI.

Per ogni branca è previsto il reclutamento di una unità medica, eventualmente elevabile a tre, per un monte ore settimanale complessivo pari a 38 ore cd.

Le branche necessarie per la formazione dell'Equipe sono individuate come segue:



BRANCA	UNITA'	ORE SETTIMANALI	MESI	COSTO ORARIO	COSTO SETTIMANALE	COSTO COMPLESSIVO
GERIATRIA	1,7	102	3,5	40,00 €	4.080,00 €	57.120,00 €
CARDIOLOGIA	3	180	3,5	40,00 €	7.200,00 €	100.800,00 €
CHIRURGIA	1	60	3,5	40,00 €	2.400,00 €	33.600,00 €
FISIATRIA	1	60	3,5	40,00 €	2.400,00 €	33.600,00 €
PNEUMOLOGIA	2	120	3,5	40,00 €	4.800,00 €	67.200,00 €
NEUROLOGIA	1	60	3,5	40,00 €	2.400,00 €	33.600,00 €
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1	60	3,5	40,00 €	2.400,00 €	33.600,00 €
IMPORTO COMPLESSIVO	10,7				25.680,00 €	359.520,00 €

Art. 1, comma 5, DL 34/2020. Infermiere di famiglia o di comunità - Anno 2020 ed anno 2021

Organizzazione: potenziamento dotazione infermieristica distrettuale con reclutamento temporaneo di 48 unità da dislocare in ambito distrettuale in proporzione alla densità di popolazione ivi computata, con copertura del servizio h 12 diurne dal lunedì al venerdì con turnazione mattino/pomeriggio nel massimale di 35 ore settimanali; le unità saranno di supporto alle USCA, nel rispetto del distretto di afferenza, nonché al potenziamento delle attività ADI. Con riguardo alle funzioni svolte nell'ambito del supporto USCA, il coordinamento degli infermieri è demandato all'UCAT. Il numero di unità minimo assegnato a ciascuna area distrettuale dovrà garantire la turnazione mattino/pomeriggio su 5 giorni. Il costo massimo annuo per ciascuna unità non sarà superiore ad Euro 34.650,00, inclusi oneri aziendali, con un compenso base orario pari ad Euro 30,00 inclusi gli oneri riflessi.

Il costo complessivo massimo per 7,5 mesi per nr. 48 unità è pari ad € 1.663.200,00.

Il costo effettivo, non superiore al limite anzidetto, potrà variare in relazione alla modalità di reclutamento del personale.

Competenze: infermiere di famiglia o di comunità.

Art. 1, comma 7, DL 34/2020. Assistente sociale - Anno 2020

Organizzazione: potenziamento dotazione personale USCA con reclutamento temporaneo di 3 unità, con impegno pari a 24 ore settimanali; le unità saranno di supporto alle USCA (1 UNITÀ ogni 2 USCA). Il costo orario per ciascuna unità è pari ad Euro 30,00 inclusi oneri riflessi.

La previsione di spesa per n. 3 unità, per la durata di 7,5 mesi è stimata in € 71.280,00, inclusiva di oneri.

Competenze: valutazione della quota sociale e socioassistenziale del bisogno del paziente e del suo nucleo familiare, integrando le valutazioni dei professionisti sanitari.

Art. 1, comma 8, DL 34/2020. Centrale operativa - Anno 2020

Organizzazione: costituzione Centrale Operativa territoriale con reclutamento temporaneo di 6 unità: 1 infermiere, 4 tecnici, 1 amministrativo. Il costo annuo per infermieri è pari ad € 50.000,00 per ciascuna unità, il costo annuo per tecnici è pari ad € 45.000,00 per ciascuna unità; il costo annuo per amministrativi è pari ad € 35.000,00 per ciascuna unità.



Il costo complessivo annuo massimo per nr. 6 unità è pari ad € 265.000,00.

Competenze: la Centrale Operativa territoriale dovrà garantire, avvalendosi delle indicate risorse umane, il coordinamento tra la Centrale Operativa Regionale e le attività sanitarie e sociosanitarie nell'ambito territoriale provinciale, con funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza, utilizzando anche strumenti informativi e telemedicina.

Apparecchiature e Kit: acquisti per importo pari ad € 85.468,91.

Infrastruttura: costo piattaforma applicativa per la gestione delle componenti tecnologiche e relativo supporto agli utilizzatori pari ad € 375.000.

UCAT. Afferenza ed aspetti organizzativi.

Sede: struttura poliambulatoriale distrettuale di Bazzano (Comune di L'Aquila).

Composizione:

- *Coordinatore:* Dott. Giuliano Mancinella Resp.le UOSD Cure Primarie Area Distrettuale "L'Aquila";
- *Referente delle Relazioni con i MMG/PLS/CA e USCA:* D.ssa Stefania Viscogliosi Resp.le UOSD Cure Primarie Area Distrettuale "Marsica";
- *Referente SIESP:* Dott. Enrico Giansante Direttore f.f. UOC Servizio Igiene Epidemiologia e Salute Pubblica;
- *Referente del Servizio Attività Professioni Sanitarie* la cui individuazione è demandata al Coordinatore.

Piattaforma informatica: sistema informatico istituito dal Dipartimento di Prevenzione che raccoglie dati su sorveglianza e gestione casi COVID-19 in rete con tutti gli attori interessati (SIESP, USCA, UCAT, Direttori Distretti e Responsabili Cure Primarie, MMG, PLS, CA, Sindaci, Prefettura) ciascuno per le parti di competenza e remote credenziali personali di accesso.

Personale medico – infermieristico – assistente sociale: ambiti di attività.

Potenziamento presa in carico pazienti USCA e cure domiciliari popolazione fragile (popolazione anziana nelle diverse fasce di età da 65 anni a 74, da 75 anni ad 84, oltre 84 anni; terminali oncologici; controllo dolore; ventilazione; ossigeno terapia; etc.).

Target:

- intera popolazione COVID-19;
- aumento attività ADI con presa in carico del paziente fragile e con tendenza alla copertura integrale dei fabbisogni standard della popolazione di riferimento alla data corrente.

Obiettivi di outcome:

- *outcome* migliori sia in termini di mortalità e qualità di vita sia in termini di riduzione della spesa sanitaria legata a ospedalizzazioni e accesso ai servizi emergenziali;



identificazione dei bisogni di formazione nella popolazione e collaborazione nella rilevazione epidemiologica dei bisogni di salute della popolazione.

Azioni di miglioramento:

A. Educazione dell'anziano (o altra popolazione fragile) e della famiglia:

- nella comprensione del proprio stato di salute e dell'importanza dei trattamenti farmacologici e non farmacologici;
- nella comprensione del significato di segni e sintomi che possono rappresentare una riacutizzazione della/e malattia/e;
- nelle azioni da intraprendere nel caso in cui compaiano particolari segni e sintomi, anche al fine di formare il cd. *"paziente competente"*.

B. Formazione personale RSA e Case di cura per il trattamento paziente COVID-19.

Scheda – ASL 202 Lanciano – Vasto – Chieti

Giunta Regionale d'Abruzzo

Art. 1, Comma 2, DL n.34/2020. Beni Immobili/strutture gestione isolamento

Si conferma che l'Azienda dispone di strutture proprie da destinare allo scopo di cui all'art.1, comma 2, del DL n.34/2020.

Art. 1, Commi 3 e 4, DL n.34/2020. ADI

Il potenziamento dell'ADI prevede la presa in carico del paziente fragile con un aumento percentuale dei casi da gestire in Assistenza Domiciliare Integrata tendente a:

- per i pazienti under 65 dallo 0,15% allo 0,30%;
- per i pazienti over 65 dal 4% al 6,7% .

Secondo la ripartizione regionale, la ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti accederà ad un fondo di €1.223.225,33, da destinare al fabbisogno del personale (n. 30 unità infermieristiche e n. 06 unità amministrative).

Art. 1, Comma 6, DL n.34/2020. USCA

Si conferma l'attivazione delle restanti due USCA che saranno ubicate come già indicato nella Delibera del Direttore Generale n. 276 del 26 marzo 2020.

Area Distrettuale 1

- Confermata la terza sede a Francavilla al Mare

Area Distrettuale 3

- Confermata la seconda sede a Gissi

Organizzazione: potenziamento equipe multidisciplinare operativa 6 giorni su 7, dal lunedì al sabato, h12 diurne che sarà di supporto alle 7 USCA istituite nella ASL Lanciano-Vasto-Chieti e al potenziamento attività ADI.

Per ogni branca o disciplina è previsto il reclutamento di due unità mediche per un monte ore settimanale complessivo pari a massimo 38 ore cd.

Branche o discipline: le branche o discipline necessarie, per la formazione dell'equipe, sono individuate come segue:

BRANCA	ORE TOTALI	UNITA'	ORE TOTALI	SETTIMANE	COSTO ORARIO	COSTO SETTIMANALE	COSTO PERIODO
GERIATRIA	38	3	114	15	40,00 €	4.560,00 €	68.400,00 €
CARDIOLOGIA	38	2	76	15	40,00 €	3.040,00 €	45.600,00 €
CHIRURGIA CON COMPETENZE VULNOLOGICHE	29	1	29	15	40,00 €	1.160,00 €	17.400,00 €
PNEUMOLOGIA	38	2	76	15	40,00 €	3.040,00 €	45.600,00 €
NEUROLOGIA	38	2	76	15	40,00 €	3.040,00 €	45.600,00 €
NUTRIZIONISTA	38	2	76	15	40,00 €	3.040,00 €	45.600,00 €
MEDICINA INTERNA	38	2	76	15	40,00 €	3.040,00 €	45.600,00 €
DIABETOLOGIA	38	1	38	15	40,00 €	1.520,00 €	22.800,00 €
ANESTESIA/RIANIMAZIONE CON COMPETENZE IN TERAPIA DEL DOLORE	38	1	38	15	40,00 €	1.520,00 €	22.800,00 €
TOTALE UNITA'	333	16				23.960,00 €	359.400,00 €

Il costo stimato per un periodo di 3,5 mesi è pari a circa € 359.400,00.

Art. 1, Comma 5, DL 34/2020. Infermieri di famiglia o di comunità - Anno 2020 e anno 2021

Per l'anno 2020, la previsione di spesa per n. 62 unità per n. 33 settimane x 35h/sett. è stimata in € 2.148.300,00.

La previsione di spesa per l'anno 2021 dovrà essere riproporzionata in ragione di anno.

Art. 1, comma 7, DL 34/2020. Assistente sociale – Anno 2020 e 2021

Per l'anno 2020, la previsione di spesa per n. 3 unità per n. 33 settimana x 24h/sett. è stimata in € 71.280,00. La previsione di spesa per l'anno 2021 dovrà essere riproporzionata in ragione di anno.

Art. 1, comma 8, DL 34/2020. CENTRALE OPERATIVA

Fabbisogno personale - n. 03 infermieri, n. 2 tecnici informatici n. 01 amministrativo: per una stima di costo pari a € 275.000,00.

Nella istituenda Centrale Operativa si conferma la ripartizione dei fondi per "Apparecchiature e kit" pari a € 112.897,78 e la "Ripartizione infrastruttura" € 375.000,00. Si prevede l'utilizzo di una piattaforma informatica per la gestione delle attività di competenza dell'UCAT.



UCAT

Responsabile: Direttore Sanitario Aziendale che si avvale dei Direttori di Distretto in cui sono incardinate le USCA e del Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

Sede: Ospedale di Atessa.

Personale:

- Medici USCA
- Dirigente Medico - Responsabile Integrazione Ospedale Territorio
- n. 07 Dirigenti Medici di organizzazione (n. 1 per n. 7 USCA)
- n. 01 Coordinatrice infermieristica - Amalia Palumbo
- n. 04 Infermieri
- n. 01 Dirigente Medico Prevenzione
- n. 01 Dirigente Medico Responsabile dei rapporti con i MMG/PLS e Specialisti ambulatoriali Interni
- MMG/PLS/Specialisti Ambulatoriali Interni
- N. 04 Responsabili Ambiti socio- sanitari

Ambito di attività

- Potenziamento presa in carico pazienti USCA e Cure domiciliari pazienti fragili (popolazione over 65, pluripatologici, terminali oncologici, controllo dolore, ventilazione, ossigenoterapia ecc.).
- Target: intera popolazione COVID-19, incremento attività ADI con presa in carico del paziente fragile.
- Obiettivi di outcome: miglioramento qualità della vita, riduzione mortalità; riduzione spesa sanitaria in termini di riduzione accesso ai servizi di emergenziali e riduzione ospedalizzazione pazienti.
- Progetti da implementare: educazione dell'anziano (in generale della popolazione fragile) e della famiglia nella comprensione del proprio stato di salute e delle terapie farmacologiche; nella comprensione del significato di segni e sintomi che possono rappresentare una riacutizzazione della/e malattia/e; nelle azioni da intraprendere nel caso in cui compaiano particolari segni e sintomi.

Formazione personale RSA e Case di Cura per il trattamento pazienti COVID-19, per il personale all'interno delle Aziende del territorio abruzzese ed all'interno del domicilio per le badanti.

Azioni di miglioramento

Un aspetto importante ed imprescindibile, per la riorganizzazione ed il potenziamento della rete assistenziale territoriale sono le strutture territoriali, che devono essere adeguate alle attività da svolgere ed alle risorse tecnologiche e di personale necessarie all'erogazione dell'assistenza.

Saranno potenziate e implementate sul territorio, tutte le azioni terapeutiche e assistenziali e di teleassistenza domiciliare a garanzia delle attività di sorveglianza attiva, in collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.

Altresì, sul territorio sarà aumentata la funzionalità delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) deputate al supporto dei servizi di assistenza domiciliare.

Scheda – ASL 203 Pescara

Art. 1, comma 6, DL 34/2020. Potenziamento USCA – Personale aggiuntivo medici - Anno 2020

Organizzazione: potenziamento equipe multidisciplinare operativa 7 giorni su 7, dal lunedì alla domenica, h 12 diurne (alla domenica la presenza è garantita con reperibilità al costo stabilito dal CCNL Area Sanità in modo da garantire il riposo settimanale); l'unica equipe sarà di supporto alle 6 USCA istituite in ASL Pescara e al potenziamento attività ADI.

Per ogni branca o disciplina è previsto il reclutamento di due unità mediche per un monte ore settimanale complessivo fino ad un massimo di 38 ore cd. Il reclutamento del personale medico avverrà prioritariamente attraverso utilizzo delle procedure previste per l'ambito della specialistica ambulatoriale interna, con riserva, in via residuale, di far ricorso ad avvisi di manifestazione di interesse all'incarico, attraverso conferimento incarichi di lavoro autonomo, anche in co.co.co, fino a concorrenza del fabbisogno sopra stimato, a medici specializzati o specializzandi nel rispetto delle previsioni ex articolo 1 decreto 14/2020 come successivamente modificato. Il costo orario, per entrambe le tipologie di reclutamento, è valutato nel rispetto delle tariffe indicate nella relazione tecnica allegata al DL 34/2020, pag. 6, pari a 40 euro ogni ora, coerentemente con le tariffe applicate ai medici di continuità assistenziale utilizzato per le USCA.

Branche o discipline: le branche o discipline necessarie, per la formazione dell'equipe, sono individuate come segue:

BRANCA	ORE	UNITA'	ORE TOTALI	SETTIMANE	COSTO ORARIO	COSTO SETTIMANALE	COSTO PERIODO
GERIATRIA	36	1	36	15	40,00 €	1.440,00 €	21.600,00 €
CARDIOLOGIA	36	2	72	15	40,00 €	2.880,00 €	43.200,00 €
ORTOPEDIA	36	2	72	15	40,00 €	2.880,00 €	43.200,00 €
CHIRURGIA CON COMPETENZE VULNOLOGICHE	36	2	72	15	40,00 €	2.880,00 €	43.200,00 €
FISIATRIA	36	2	72	15	40,00 €	2.880,00 €	43.200,00 €
INTERNISTA CON ESPERIENZA IN DIAGNOSTICA ECOGRAFICA	36	1	36	15	40,00 €	1.440,00 €	21.600,00 €
NEUROLOGIA	38	2	76	15	40,00 €	3.040,00 €	45.600,00 €
ANESTESIA/RIANIMAZIONE CON COMPETENZE IN TERAPIA DEL DOLORE	38	2	76	15	40,00 €	3.040,00 €	45.600,00 €
TOTALE UNITA'	292	14				20.480,00 €	307.200,00 €



Art. 1, comma 5, DL 34/2020. Infermiere di famiglia o di comunità - Anno 2020 ed anno 2021

Organizzazione: potenziamento dotazione infermieristica distrettuale con reclutamento temporaneo di 51 unità da dislocare in ambito distrettuale in proporzione alla densità di popolazione ivi computata, con copertura del servizio h 12 diurne dal lunedì al venerdì con turnazione mattino pomeriggio nel massimale di 35 ore settimanali; le unità saranno di supporto alle USCA, nel rispetto del distretto di afferenza, nonché al potenziamento delle attività ADI. Il numero di unità minimo assegnato a ciascuna area distrettuale dovrà garantire la turnazione mattino/pomeriggio su 5 giorni. Il costo massimo annuo per ciascuna unità non sarà superiore ad Euro 34.650,00, inclusi oneri aziendali, con un compenso base orario pari ad Euro 30,00 inclusi gli oneri riflessi.

Il costo complessivo annuo massimo per nr. 51 unità è pari ad € 1.767.150,00.

Il costo effettivo, non superiore al limite anzidetto, potrà variare in relazione alla modalità di reclutamento del personale. Il reclutamento del personale infermieristico per l'anno 2020 avverrà prioritariamente attraverso reclutamento a tempo determinato con utilizzo di graduatorie utili o attraverso il conferimento incarichi di lavoro autonomo, anche in co.co.co, previo avvisi di manifestazione di interesse all'incarico, fino alla concorrenza del fabbisogno. In via residuale, in carenza di personale disponibile, si farà ricorso al personale somministrato temporaneo.

Competenze: infermiere di famiglia o di comunità.

Per l'anno 2021, previo avvio di procedure concorsuali nel 2020, le 51 unità infermieristiche saranno reclutate a tempo indeterminato con applicazione delle tariffe da CCNL in full time.

Art. 1, comma 7, DL 34/2020. Assistente sociale

Organizzazione: potenziamento dotazione personale USCA con reclutamento temporaneo di 3 unità, con impegno pari a 24 ore settimanali; le unità saranno di supporto alle USCA (1 UNITÀ ogni 2 USCA). Il costo orario per ciascuna unità è pari ad Euro 30,00. La previsione di spesa per n. 3 unità, per 33 settimane, è stimata in € 71.280,00, inclusiva di oneri. Il reclutamento dell'assistente sociale per l'anno 2020 avverrà prioritariamente attraverso il conferimento incarichi di lavoro autonomo, anche in co.co.co, previo avvisi di manifestazione di interesse all'incarico, fino alla concorrenza del fabbisogno. In via residuale, in carenza di personale disponibile, si farà ricorso al personale somministrato temporaneo onde procedere in via sollecita al reclutamento evitando tempi e costi di gestione delle procedure concorsuali ove in carenza di graduatorie utili

Competenze: valutazione della quota sociale e socioassistenziale del bisogno del paziente e del suo nucleo familiare, integrando le valutazioni dei professionisti sanitari.

Ambito di attività personale medico – infermieristico – assistente sociale

Potenziamento della presa in carico dei pazienti da parte delle USCA e cure domiciliari popolazione fragile (popolazione anziana nelle diverse fasce di età da 65 anni a 74, da 75 anni ad 84, oltre 84 anni; terminali oncologici; controllo dolore; ventilazione; ossigenoterapia; etc.).

Target: intera popolazione Covid-19; incremento della qualità assistenziale dell'ADI con presa in carico del paziente fragile elevando la percentuale per la fascia di età over 65 da 4 a 6,7 e per la fascia under 65 da 0,15 a 0,30.



Obiettivi di outcome: controllo e trattamento intensivo domiciliare della morbidità/comorbidità dei pazienti fragili e, quindi, miglioramento sia in termini di qualità di vita sia in termini di riduzione della spesa sanitaria legata ad ospedalizzazioni ed accesso ai servizi emergenziali. Identificazione e presa in carico dei bisogni di formazione nella popolazione e collaborazione nella rilevazione epidemiologica dei bisogni di salute della popolazione.

Progetti da implementare: educazione dell'anziano (o altra popolazione fragile) e della famiglia nella comprensione del proprio stato di salute e dell'importanza dei trattamenti farmacologici e non farmacologici; comprensione del significato di segni e sintomi che possono rappresentare segno di allarme per una riacutizzazione della/e malattia/e; azioni da intraprendere nel caso in cui compaiano particolari segni e sintomi. Formazione personale RSA e Case di cura per i trattamenti paziente COVID-19.

Art. 1, comma 4, DL 34/2020. Potenziamento ed estensione dei servizi ADI esternalizzati.

Attivazione coordinamento/monitoraggio attività ADI esternalizzata con 3 medici a tempo determinato per 38 ore settimanali (1 per area distrettuale) per rilevazione fabbisogni, miglioramento dei servizi, elaborazione protocolli percorsi assistenziali COVID-19 e post COVID-19, per un costo complessivo annuo di € 182.735,10 (€ 60.911,70 *3). Inoltre, si potenzia il servizio esternalizzato di ADI per un importo pari a € 782.646,78.

Art. 1, comma 8, DL 34/2020. Centrale operativa regionale

Modulo organizzativo. Unità centrale istituita presso Ente Regione con istituzione di 4 sedi periferiche su base provinciale, una presso ciascuna ASL territoriale con allocazione presso l'UCAT.

Il percorso della centrale di raccordo si rende maggiormente fluido ed agile mediante elaborazione di linee guida – o percorsi operativi – direttamente elaborati presso ciascuna sede periferica. Gli stessi, conseguentemente, si rendono direttamente applicabili su contesti ed ambiti territoriali fortemente diversificati tra loro, specie con riferimento alla densità di popolazione, indice quest'ultimo di più alto rischio per la diffusione dei contagi.

Per converso, un'unica sede operativa di livello regionale, determinerebbe rallentamenti dovuti all'analisi ed elaborazione di linee guida necessariamente da contestualizzare per ciascuna provincia, con possibile ritardo degli interventi.

Il modulo organizzativo come sopra descritto consente l'allocazione ripartita del personale sulle 4 sedi periferiche.

I reclutamenti, complessivamente intesi sulla singola sede periferica, potranno avvenire entro il budget espressamente assegnato a tal fine dall'ente regione a ciascuna ASL. Si prevede il reclutamento di n. 3 figure tecniche e n. 4 figure amministrative per un importo pari a € 275.000,00.

Si segnala la necessità di effettuare acquisti di apparecchiature e kit per un importo pari a € 88.926,28, oltre al costo della piattaforma applicativa per la gestione delle componenti tecnologiche e relativo supporto agli utilizzatori (infrastruttura) pari a € 375.000,00.



Azioni di miglioramento

Potenziamento attività di telemedicina e di teleconsulto da piattaforma informatica.

Sanificazione periodica auto aziendali e strutture alberghiere di proprietà.

Potenziamento dell'attività del Laboratorio di riferimento regionale per l'emergenza COVID, identificato nella UOC di Microbiologia e Virologia:

- personale aggiuntivo Tecnici di laboratorio biomedico nr. 8 unità;
- kit tamponi (8.000-10.000 / mese);
- test sierologici (8.000-10.000/mese).

Riattivazione a pieno regime delle attività assistenziali ambulatoriali, con conseguente attività di "recall" degli utenti già prenotati in classe P nel periodo pre-COVID-19, con assegnazione di personale dedicato, al fine di garantire un rafforzamento dell'offerta sanitaria territoriale.

Scheda – ASL 204 Teramo

Art. 1, comma 6, DL 34/2020. Potenziamento USCA – Personale aggiuntivo

Le USCA della ASL di Teramo (attualmente 5 e una in via di apertura) sono già operanti h12, 7 giorni su 7, con la presenza contemporanea di medici (reclutati attraverso le procedure stabilite dal punto 4 dell'allegato all'Ordinanza del Presidente Della Giunta Regionale n. 11/2020) e infermieri professionali già in carico ai Distretti che nel periodo di chiusura delle prestazioni differibili e programmate erano a disposizione per tale servizio.

Le USCA, pertanto, dovranno essere potenziate con l'apporto di attività specialistica (attualmente assicurata solo come consulenza telefonica).

Si prevedono due equipe (una per l'Area Distrettuale Gran Sasso Laga e una per l'Area Distrettuale Adriatico) che assicureranno l'attività alle USCA presenti nel territorio di competenza dell'Area.

BRANCA	ORE TOTALI	SETTIMANE	COSTO ORARIO	COSTO SETTIMANALE	COSTO PERIODO
GERIATRIA	60	15	40,00 €	2.400,00 €	36.000,00 €
CARDIOLOGIA	60	15	40,00 €	2.400,00 €	36.000,00 €
PNEUMOLOGIA	57	15	40,00 €	2.280,00 €	34.200,00 €
CHIRURGIA CON COMPETENZE VULNOLOGICHE	30	15	40,00 €	1.200,00 €	18.000,00 €
NEUROLOGIA	56	15	40,00 €	2.240,00 €	33.600,00 €
FISIATRIA	56	15	40,00 €	2.240,00 €	33.600,00 €
TERAPIA DEL DOLORE	36	15	40,00 €	1.440,00 €	21.600,00 €
NUTRIZIONISTA	30	15	40,00 €	1.200,00 €	18.000,00 €
ORTOPEDIA	48	15	40,00 €	1.920,00 €	28.800,00 €
UROLOGIA	20	15	40,00 €	800,00 €	12.000,00 €
MALATTIE INFETTIVE	30	15	40,00 €	1.200,00 €	18.000,00 €
MEDICINA INTERNA	30	15	40,00 €	1.200,00 €	18.000,00 €
TOTALE UNITA'				20.520,00 €	307.800,00 €



Art. 1, comma 5, DL 34/2020. Infermiere di famiglia o di comunità

La ASL di Teramo ha già in corso di perfezionamento una delibera di attivazione del Servizio Infermieri di Famiglia con lo scopo di garantire la piena copertura dei bisogni assistenziali in un'ottica di integrazione ospedale-territorio.

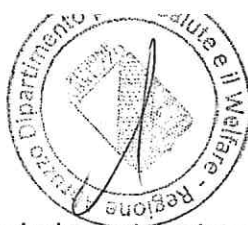
Gli obiettivi del Servizio possono essere così sintetizzati:

1. **Identificare** nuovi setting assistenziali ed organizzativi, nuova compliance e nuovo rapporto costo-efficacia.
2. **Assicurare** elevati livelli di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure in favore dei soggetti contagiati.
3. **Attivare** una nuova geografia dei servizi di prossimità sul territorio.
4. **Testare** con mirata estensione dei tamponi l'individuazione dei soggetti asintomatici (testing).
5. **Tracciare** strategie di tracciatura dei casi con le attività di monitoraggio del rischio sanitario, le persone fragili la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso (tracing).
6. **Trattare** le persone nelle case e nelle comunità nel rispetto delle misure preventive e di sicurezza e loro adeguato isolamento (treatment).
7. **Implementare** il Servizio dell'infermiere di famiglia all'interno delle USCA della ASL di Teramo.
8. **Garantire** omogeneità dell'assistenza infermieristica a tutti i cittadini del territorio presi in carico dalle USCA.
9. **Disporre** a lungo termine e con il superamento dell'esigenze legate alle attività delle USCA, di IdF sul territorio interno distribuito per le diverse aree distrettuali.
10. **Favorire** programmi di educazione sanitaria e promozione della salute in generale e per il contenimento del contagio COVID 19.
11. **Promuovere** un'infermieristica di iniziativa per garantire che i problemi di salute degli assistiti e famiglie siano individuati precocemente o curati al loro insorgere.
12. **Sviluppare** le conoscenze finalizzate a passare dal paradigma dell'assistenza infermieristica prestazionale reattiva ad un'assistenza infermieristica progettuale, di presa in carico, proattiva.
13. **Fornire** un'assistenza qualitativamente elevata nei confronti di tutti i cittadini sulla base delle migliori evidenze scientifiche.

Sulla base del rapporto di 8 unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti residenti nella ASL (come da art.1 comma 5 del DL 34/2020), il numero di infermieri necessari è pari a 49 unità per una spesa complessiva pari a € 1.697.850,00 (49 infermieri X € 210 giornaliero X 5 giorni la settimana X 33 settimane).

Art.1, comma 7, DL 34/2020. Assistenti sociali

La nuova organizzazione delle USCA e l'istituzione dell'infermiere di famiglia devono trovare completamento, per poter veramente diventare un servizio multidisciplinare, in una fattiva integrazione socio-sanitaria e con i servizi sociali degli Enti d'ambito sociale che viene assicurata dalla presenza di Assistenti Sociali.



La norma prevede due assistenti sociali a 24 ore settimanali ogni due USCA assunti con le modalità indicate dal comma 7 e, pertanto, nella ASL di Teramo dovranno essere assunti 3 Assistenti Sociali con una previsione di spesa 33 settimane, stimata in € 71.280,00 (3 X 24 X 33 settimane x € 30,00 l'ora inclusivo di oneri).

Art. 1, comma 4, DL 34/2020. Potenziamento ADI

La ASL di Teramo, come d'altra parte le altre tre aziende abruzzesi, ha esternalizzato il servizio infermieristico e fisioterapico dell'assistenza domiciliare integrata per una spesa annua che si aggira attorno ai 4 milioni di Euro.

La governance è strettamente in mano alla ASL che ha attivato una UOSD A.D.I. Aziendale. Anche il personale medico e specialistico è assicurato direttamente dalla ASL sia da Dirigenti Medici (distrettuali e ospedalieri) sia da Specialisti Convenzionati.

La somma a disposizione, prevista dalla ripartizione dell'allegato al citato DL, e ripartita per popolazione assistibile per un importo di € 926.125,27 permetterà di acquisire dalla Ditta aggiudicatrice della gara d'appalto ulteriori 2.500 pacchetti assistenziali (tra infermieristici e riabilitativi), che consentiranno di rispondere alle aumentate esigenze rappresentate dall'assistenza a domicilio di pazienti affetti da COVID 19 sia di incrementare la platea di soggetti affetti da patologie croniche assistiti a domicilio.

Giunta Regionale d'Abruzzo

Art. 1, comma 8, DL 34/2020. Centrale operativa

Con delibera n. 696 del 6.5.2020 la ASL di Teramo ha istituito, al fine di dare risposte coordinate tra le varie componenti aziendali interessate dalla gestione domiciliare dell'epidemia COVID 19, l'Unità di Coordinamento delle Attività Territoriali (U.C.A.T.) che al suo interno comprende una vera e propria "Centrale Operativa".

L'UCAT ha iniziato l'attività in data 14.5.2020 e la struttura resterà attiva anche dopo il termine dell'emergenza da SARS-CoV-2 mantenendo la funzione di coordinamento e integrazione delle attività territoriali.

La Centrale Operativa UCAT è stata ubicata nei locali del Presidio Sanitario Territoriale di Contrada Casalena a Teramo.

Al momento sono stati addetti alla centrale operativa 1 medico responsabile, 2 medici della continuità assistenziale a tal fine assunti a tempo determinato, 4 operatori EDP al momento presi dalla cooperativa che gestisce il CUP, e due infermieri prestatati part time dalle aree distrettuali.

Con la ripartizione del finanziamento cui al comma 8, pari a € 275.000,00, si possono assumere due medici come Dirigenti di Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base, 4 EDP attraverso il ricorso (come da norma) delle Graduatorie del Centro per l'impiego, 2 infermieri.

La spesa annua è così ripartita:

- 2 medici, € 120.000,00
- 4 operatori EDP, € 106.000,00
- 2 infermieri, € 49.000,00



Per ciò che riguarda l'acquisizione dei kit e l'infrastruttura occorre precisare che con deliberazione n. 857 del 4.6.2020 la ASL di Teramo si è dotata di un sistema di telemedicina e telemonitoraggio comprensivi di kit (terminali mobili, pulsossimetri, sfigmomanometri, elettrocardiografi e holter portatili, spirometri, misuratori della frequenza respiratoria) nonché di una piattaforma informatica. La centrale, inoltre, utilizza per le altre attività la piattaforma SYSWEB. Ha un numero unico dedicato con centralino a 4 vie e sistema di registrazione delle telefonate.

Le somme derivanti dalla ripartizione del fondo previsto dal comma 8 (€ 85.285,02 per apparecchiature e kit e € 375.000,00 per l'infrastruttura) copriranno quasi per intero le necessità economiche.

Azioni di miglioramento

1. Integrazione dei PLS nell'ambito delle USCA con la creazione di USPED (Unità Speciali Pediatri che). L'attuale situazione epidemiologica che vede un progressivo incremento, rispetto al passato, di casi COVID19 positivi nell'età pediatrica e adolescenziale ci ha spinto a una riflessione sul tema. Tra l'altro la ripresa delle attività scolastiche si accompagnerà ad una ripresa delle consuete epidemie influenzali (da adenovirus, rinovirus, ecc.) che richiedono trattamento e diagnosi differenziale precoce. Al fine di evitare il ricorso dei familiari dei bambini e adolescenti al Pronto Soccorso si intende istituire ambulatori pediatri ci adiacenti alle USCA ai quali ci si potrà rivolgere anche in urgenza e dove oltre alla visita pediatrica potrà essere eseguito contemporaneamente anche il tampone per la ricerca del SARS-COV-2.

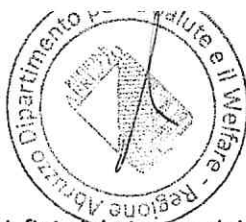
2. Incremento dell'attività assistenziale anche di tipo socio-sanitario, soprattutto nelle aree interne, dove risiedono persone per lo più anziane con carenze assistenziali e/o con ridotte capacità assistenziali.

9.2 INCENTIVI PER IL PERSONALE

L' art. 1 (*Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale*) del D.L. 19.05.2020 n. 34 (pubblicato nella Gazz. Uff. 19 maggio 2020, n. 128, S.O.) prevede quanto segue:

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

In considerazione del fatto che la quota di accesso della Regione Abruzzo all'importo di cui sopra è pari a 2,19% (cfr. All.to A del D.L. n. 34/2020), il fondo - di cui all'articolo 46 dell'ACN 23 marzo 2005 e ss.mm.ii. - per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale risulta incrementato di € 219.000,00 nell'anno 2020 per la retribuzione dell'indennità di personale infermieristico di cui all'articolo 59, comma 1, lettera b), dello stesso Accordo Collettivo Nazionale.



Ai fini del riparto del suddetto importo tra le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo, si propone di utilizzare il criterio del numero degli abitanti residenti nelle quattro province abruzzesi alla data del 1° gennaio 2019, dati ISTAT:

Popolazione residente al 1° gennaio

Periodo 2019		
Territorio	N. residenti	Incremento Fondo ex art. 1, comma 9, D.L. n. 34/2020
<i>Abruzzo</i>	1.311.580	€ 219.000,00
<i>L'Aquila</i>	299.031	€ 49.930,46
<i>Teramo</i>	308.052	€ 51.436,73
<i>Pescara</i>	318.909	€ 53.249,57
<i>Chieti</i>	385.588	€ 64.383,24

10. SISTEMA INFORMATIVO COVID -19

Il comma 8, dell'art. 1 del D.L. n. 34/2020, che disciplina l'attivazione di Centrali Operative regionali, prevede anche l'implementazione degli strumenti informativi e di telemedicina, al fine di garantire un raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, dotandosi di una piattaforma applicativa, mediante Centro di Supporto Tecnologico per la gestione delle componenti tecnologiche e relativo supporto agli utilizzatori.

La regione Abruzzo, con OPGR n. 39 del 18 aprile 2020, ha disposto l'impiego obbligatorio dell'Applicativo ATTRA (Applicativo di Tracciatura Tamponi della Regionale Abruzzo) con lo scopo di garantire la tracciatura dei campioni biologici e la tempestiva comunicazione dei risultati del test COVID. L'applicativo, predisposto dal Servizio Informatico Regionale di concerto con il Servizio Flussi Informativi del Dipartimento Sanità, è stato realizzato in modo da facilitare al massimo l'operazione di registrazione dei dati anagrafici essendo collegato all'anagrafe regionale. L'applicativo consente di:

- generare un codice identificativo unico regionale del campione che deve essere riportato sullo stesso prima della spedizione in laboratorio, insieme al cognome nome e data di nascita dell'assistito;
- all'atto dell'accettazione del campione, da parte del laboratorio, di reperire tutte le informazioni raccolte in fase di prelievo, manualmente o tramite interfacciamento fra il software di laboratorio e l'applicativo regionale;
- riportare sullo stesso il risultato del test che sarà visibile agli utenti abilitati, con la precisazione che i SIESP avranno accesso all'elenco completo dei tamponi richiesti dalla propria ASL.

L'Applicativo ATTRA, che consente la generazione di un codice tampone unico regionale facilitando la gestione dei campioni sui laboratori presenti sul territorio, è dotato di interfacce web accessibili sia da PC che da dispositivi mobili, garantisce una corretta gestione dei dati sensibili, consente l'integrazione con



l'anagrafe sanitaria regionale, con i software di laboratorio, con i software di reparto delle ASL e delle strutture private, con il portale del medico per la tempestiva comunicazione degli esiti dei tamponi ai Medici di Medicina Generale, con il fascicolo del cittadino e con il sistema di messaggistica regionale per la comunicazione multicanale con i cittadini (servizio WEB e SMS). In tal modo, l'applicativo risponde alle esigenze informative del Dipartimento Sanità e della protezione civile costruendo una base informativa statistica per analisi informative ed epidemiologiche.

Sono state altresì implementate dalle ASL abruzzesi azioni sui sistemi informativi per gestire l'emergenza COVID-19, al fine di soddisfare i bisogni conoscitivi, evidenziando, come di seguito riportato, le principali azioni messe in campo a livello aziendale.

ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA

La ASL è dotata di una piattaforma informatica istituita dal Dipartimento di Prevenzione, che raccoglie i dati su sorveglianza e gestione dei casi COVID-19, in rete con tutti gli attori interessati (SIEPS, U.S.C.A., UCAT, Direttori dei Distretti, Responsabili delle Cure Primarie, MMG, PLS, CA, Sindaci e Prefettura), ciascuno per le parti di competenza, con credenziali personali di accesso.

La piattaforma software di comunicazione è di tipo CRM (in osservanza di tutte le procedure e regole per la gestione della privacy, attraverso il coinvolgimento del DPO aziendale), sulla quale vengono sistematicamente registrate tutte le chiamate e tutte le informazioni/risposte fornite al cittadino, tempestivamente o in differita e sono registrate, da parte degli operatori SIESP addetti, secondo i diversi profili abilitativi, anche tutte le attività di contact-tracing effettuate.

Inoltre, al fine di ottimizzare i flussi informativi sono stati attivati dei web-services di interfaccia con i softwares Sis-Web ed ATTRA. Pertanto, allo stato attuale, su sezione dedicata convergono, in quanto trasferiti dall'ATTRA, i referti analitici dei tamponi eseguiti, richiesti sia dal Dipartimento di Prevenzione sia dai reparti ospedalieri. In tal modo il Dipartimento di Prevenzione (leggi SIESP) mantiene in modo puntuale il pieno controllo epidemiologico sul territorio di competenza, anche in considerazione che dalla piattaforma CRM è possibile richiedere direttamente l'esecuzione di un tampone ottenendo immediatamente il codice univoco regionale generato dal software ATTRA.

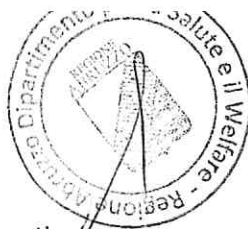
ASL CHIETI

La ASL è provvista di una piattaforma, che prevede 4 diverse modalità di gestione dei tamponi come di seguito riportato:

1) Modalità di gestione tamponi sul territorio MMGIPLS

Il MMG/PLS inserisce e registra la richiesta tramite il modulo web richiesta tamponi sul sistema ASL "Gestione Covid 19 (Sm@rt test)". Le richieste sono visibili tramite una lista al personale del 118. Il personale del 118 addetto ai prelievi territoriali, dopo aver ricevuto notifica, seleziona e accetta la richiesta sul sistema gestionale ASL "Gestione Covid 19". La richiesta viene automaticamente registrata sull'Applicativo Tracciamento Tamponi Regione Abruzzo (ATTRA) che assegna ad ogni richiesta un codice univoco, con data esecuzione tampone, e che deve essere stampato dal 118 assieme alla richiesta prima dell'esecuzione del tampone. Il 118 effettua il prelievo a domicilio del paziente e invia il campione al Laboratorio di riferimento. Il laboratorio registra l'esito del tampone sull'Applicativo ATTRA, che a sua volta notifica l'esito sul sistema gestionale ASL "Gestione Covid 19". Il referto, una volta accessibile sul sistema gestionale ASL "Gestione Covid 19 (Sm@rt test)", viene automaticamente inoltrato dal sistema informatico:

- al MMG/PLS richiedente tramite PEC o, in mancanza, via email;



- al paziente tramite email solo se negativo.

L'esito del tampone viene trasmesso:

- al MMG/PLS richiedente tramite SMS;
- al paziente tramite SMS solo se negativo.

Tutti i referti sono visionabili dal SIESP direttamente su sistema.

2) Modalità di gestione tamponi sul territorio SIESP

Il personale del SIESP inserisce e registra la richiesta direttamente sul sistema ASL "Gestione Covid 19 (Sm@rt test)". Le richieste sono visibili tramite una lista al personale del 118. Il personale del 118 addetto ai prelievi territoriali, dopo aver ricevuto notifica, seleziona e accetta la richiesta sul sistema gestionale ASL "Gestione Covid 19 (Sm@rt test)". La richiesta viene automaticamente registrata sull'Applicativo ATTRa che assegna ad ogni richiesta un codice univoco, con data esecuzione tampone, e che deve essere stampato dagli utenti del 118 assieme alla richiesta prima dell'esecuzione del tampone. Il 118 effettua il prelievo a domicilio del paziente e invia il campione al Laboratorio di riferimento. Il laboratorio registra l'esito del tampone sull'Applicativo ATTRa, che a sua volta notifica l'esito sul sistema gestionale ASL "Gestione Covid 19 (Sm@rt test)". Il referto, una volta accessibile sul sistema gestionale ASL "Gestione Covid 19 (Sm@rt test)", viene inoltrato:

- al MMG/PLS del paziente tramite PEC o, in mancanza, via email;
- al paziente tramite email solo se negativo.

L'esito del tampone viene trasmesso:

- al MMG/PLS richiedente tramite SMS;
- al paziente tramite SMS solo se negativo.

Tutti i referti sono visionabili dal SIESP direttamente su sistema.

3) Modalità di gestione tamponi degenti

L'Unità Operativa richiedente invia la richiesta direttamente sul sistema ASL "Gestione Covid 19 (Sm@rt test)". La richiesta viene quindi registrata sull'Applicativo ATTRa che assegna ad ogni richiesta un codice univoco, con data esecuzione tampone, e che deve essere stampato dal personale di UO assieme alla richiesta prima dell'esecuzione del tampone. Una volta effettuato il tampone il campione viene inviato al Laboratorio di riferimento. Il laboratorio registra l'esito del tampone sull'Applicativo ATTRa, che a sua volta notifica l'esito sul sistema gestionale ASL "Gestione Covid 19 (Sm@rt test)". Il referto, una volta pronto, è accessibile direttamente sul sistema gestionale ASL "Gestione Covid 19 (Sm@rt test)" alla UO richiedente e al SIESP.

4) Modalità di gestione tamponi personale dipendente

Le DMO/Direttori di Distretto/Direttori Dipartimento richiedenti effettuano la richiesta direttamente sul sistema ASL "Gestione Covid 19 (Sm@rt test)". La richiesta viene quindi registrata sull'Applicativo ATTRa che assegna ad ogni richiesta un codice univoco, con data esecuzione tampone, e che deve essere stampato assieme alla richiesta prima dell'esecuzione del tampone. Una volta effettuato il tampone il campione viene inviato al Laboratorio di riferimento. Il laboratorio registra l'esito del tampone sull'Applicativo ATTRa, che a sua volta notifica l'esito sul sistema gestionale ASL "Gestione Covid 19 (Sm@rt test)". Il referto, una volta pronto, è accessibile direttamente sul sistema gestionale ASL "Gestione Covid 19 (Sm@rt test)" al SIESP e



alle DMO/Direttori di Distretto/Dipartimento di Prevenzione/Salute Mentale. Il referto è inoltrato direttamente dal sistema all'operatore tramite email.

ASL PESCARA

Nella ASL, tutti gli attori coinvolti nel "Percorso per Assistenza in corso di Emergenza COVID19", quali MMG, PLS, U.S.C.A., IESP-SISP, Medico Legale, Microbiologi e Virologi, Infettivologi, Operatori di Area Distrettuale, ecc., dispongono, sulla piattaforma *Quick WebConnect*, attivata dal mese di giugno e pubblicata sui server ASL, del "Modulo Gestione Covid-19", che permette di realizzare un efficace coordinamento ed interscambio di informazioni e comunicazione all'interno del complesso dei servizi territoriali di assistenza, dall'igiene pubblica alle cure primarie, alla medicina di famiglia.

La piattaforma *Quick WebConnect* è in grado di favorire il coordinamento e l'interscambio di informazioni e comunicazioni tra gli attori di percorso per la gestione delle patologie croniche (es.: *Diabete, Ipertensione, BPCO, Scompenso*, ecc.), la gestione delle fragilità (es.: *Alzheimer, Dolore cronico*, ecc.), la gestione delle Campagne vaccinali, ecc.

Inoltre, secondo quanto definito dal "Protocollo U.S.C.A. ASL 203", per la raccolta dei dati è stato progettato un modulo o "form" attraverso l'applicazione di Google Moduli (Google LLC) che rende vantaggiosa la raccolta dati anche direttamente a casa del paziente. I dati immessi vengono mandati dal medico U.S.C.A., che ha effettuato l'intervento sulla mail creata sul telefono aziendale (gmail.com), al medico curante (MMG/PLS) ed all'Unità Operativa Complessa Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica (servizio.igiene@ausl.pe.it); grazie all'implementazione con l'add-on "Email Notificazion for Google Form". I dati raccolti sono disponibili solo tramite visualizzazione ai medici U.S.C.A.

ASL TERAMO

Con deliberazione n. 857 del 4.6.2020, la ASL si è dotata di un sistema di telemedicina e telemonitoraggio, nonché di una piattaforma informatica. La centrale operativa, inoltre, utilizza per le altre attività la piattaforma SIYWEB. Ha un numero unico dedicato con centralino a 4 vie e sistema di registrazione delle telefonate.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Dovranno essere progressivamente implementati e completati specifici moduli software attraverso, tra l'altro, l'applicazione per il sistema di biosorveglianza, per la gestione dei casi confermati e dei casi in isolamento, in modo da avere uno stato aggiornato in tempo reale dell'evoluzione dell'epidemia, mappare i soggetti contagiati e rilevare la presenza di cluster che richiedono elevata attenzione.

Al riguardo, verranno assicurate le principali funzionalità:

- Analisi georeferenziata dei test effettuati sul territorio, l'esito, l'analisi del contesto familiare, abitativo e lavorativo del soggetto esaminato;
- Una mappa georeferenziata dei casi positivi aggregati per incidenza territoriale;
- Strumenti per l'identificazione immediata di cluster che richiedono elevata attenzione (residenze per anziani, nuclei familiari positivamente). I dati dovranno indicare la data di esecuzione del tampone, la data di consegna al laboratorio e la data del referto del test molecolare;
- Strumenti per effettuare simulazioni epidemiologiche sui dati reali dell'evoluzione dell'epidemia;
- Il monitoraggio dello stato di operatività di tutte le strutture regionali.

Tabella riepilogativa

Art. 1 DL 34/2020

L. 77/2020



RIPARTIZIONE SPESA PERSONALE ED ASSISTENZA TERRITORIALE - ANNO 2020											
ASL	PERSONALE					TERRITORIO					TOTALE Allegato A (art. 1, comma 11)
	Comma 4 - ADI	Comma 5 - Infermieri	Comma 6 - U.S.C.A.	Comma 7 - Assistenti sociali	Comma 8 - Centrale Operativa	Comma 8 - Apparecchiature e kit	Comma 8 - Infrastruttura	Comma 9 - Incentivi	Comma 4 bis	Potenziamento assistenza territoriale	
201	926.921,00 €	1.663.200,00 €	359.520,00 €	71.280,00 €	265.000,00 €	85.468,91 €	375.000,00 €	49.930,46 €			
202	1.223.225,33 €	2.148.300,00 €	359.400,00 €	71.280,00 €	275.000,00 €	112.897,78 €	375.000,00 €	64.383,24 €			
203	965.381,88 €	1.767.150,00 €	307.200,00 €	71.280,00 €	275.000,00 €	88.926,28 €	375.000,00 €	53.249,57 €			
204	926.125,27 €	1.697.850,00 €	307.800,00 €	71.280,00 €	275.000,00 €	85.285,02 €	375.000,00 €	51.436,73 €			
TOTALE REGIONALE	4.041.653,48 €	7.276.500,00 €	1.333.920,00 €	285.120,00 €	1.090.000,00 €	372.578,00 €	1.500.000,00 €	219.000,00 €	547.500,00 €	12.194.936,87 €	
FONDO D.L. 34/20	4.041.654,21 €	7.284.159,95 €	1.335.779,69 €	312.178,28 €	1.125.000,00 €	372.578,00 €	1.500.000,00 €	219.000,00 €			28.932.787,00 €

Per la Regione Abruzzo, la ripartizione complessiva delle somme per l'articolo 1, annualità 2020, da ripartire a valere sul FSN, è pari a 28.932.787 € come riportato nella tabella di cui all'allegato A, del DL 34/2020, convertito in legge n. 77 del 17/07/2020, che costituisce parte integrante del presente documento tecnico.

Nell'ambito dello sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute, afferenti alle reti territoriali, la regione provvede a gestire ed impegnare tutte le risorse incrementali, nella quota di riparto assegnata, attraverso un centro di costo dedicato, al fine di rafforzare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica da SAR-COV-2, assicurando integralmente le accresciute attività di assistenza domiciliare per tutti i soggetti fragili e per i soggetti affetti da malattie croniche e incrementando le azioni assistenziali del livello territoriale.



Appendice

L'articolo 1 del D.L. n. 34/2020, coordinato con la legge n. 77 del 17 luglio 2020, al comma 4-bis prevede che *"Al fine di realizzare gli obiettivi di cui ai commi 3 e 4, il Ministero della salute, sulla base di un atto di intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, coordina la sperimentazione, per il biennio 2020-2021, di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro. I progetti proposti devono prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti, anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità"*.

L'articolo 1 comma 11 quantifica l'ammontare di risorse statali per l'intervento di cui sopra per un importo su base nazionale pari a 25 milioni di euro. In considerazione che la quota di accesso al fondo della regione Abruzzo è pari al 2,19%, per l'anno 2020 si considera l'importo di € 547.500,00 in favore del sopra richiamato intervento.



La presente copia è conforme all'originale
e si compone di fogli 06 e di 52
facciate ciascuna vidimata da apposito
timbro recante la dicitura «Regione Abruzzo
Dipartimento per la Salute e il Welfare»



Allegato 1

MODULO PER ATTIVAZIONE USCA UNITÀ SPECIALE di CONTINUITÀ ASSISTENZIALE DI _____

Medico: (nome e cognome) _____
Ruolo: (MMG, PLS) _____
Luogo: (città, indirizzo) _____
Telefono: _____
Indirizzo e-mail: _____
Data di compilazione: ____/____/____

DATI PAZIENTE

Nome e Cognome: _____

Luogo di nascita _____ **data di nascita:** ____/____/____

Residenza: (via, n. civico, comune, CAP) _____

Telefono: (fisso e/o mobile) _____

Classificazione:

- ☐ Paziente in isolamento domiciliare obbligatorio, paziente cronico, paziente in condizione di fragilità (Capo IV DPCM 12 gennaio 2017);
- ☐ Paziente positivo con sintomi respiratori lievi (febbre $>37,5^{\circ}\text{C}$; tosse e sintomi da raffreddamento, senza dispnea);
- ☐ Paziente positivo con sintomi respiratori lievi, ma con età > 70 anni e/o presenza di comorbidità o rischio di aumentata mortalità (febbre $>37,5^{\circ}\text{C}$; tosse da lieve a moderata o incremento progressivo della tosse);
- ☐ Pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero o dimessi con patologia COVID-19 diagnosticata e con sintomatologia come da punto precedente;
- ☐ Paziente con sintomi respiratori anche modesti, ma febbre che perdura oltre 4° gg o presenza di dispnea con positività COVID-19;

Numero conviventi: _____

Tampone Positivo eseguito il: ____/____/____

Patologie concomitanti: _____

Terapia in atto: _____