

CONSIGLIO REGIONALE DEL PIEMONTE - Deliberazione del Consiglio

**Deliberazione 27 ottobre 2021, n. 167 - 18079.**

**Approvazione Relazione finale sull'indagine conoscitiva in merito alla gestione dell'emergenza sanitaria Covid-19 sul territorio piemontese, ai sensi della deliberazione dell'Ufficio di Presidenza n. 108 del 2020.**

**(Proposta di deliberazione n. 193).**

*La deliberazione n. 167 - 18079 del 27 ottobre 2021 è stata pubblicata in data 18 novembre 2021 sul 1° supplemento al Bollettino Ufficiale n. 46 senza allegato. Si ripubblica qui di seguito la summenzionata deliberazione con l'allegato (ndr).*

( o m i s s i s )

Tale deliberazione, nel testo che segue, è posta in votazione: **il Consiglio approva.**

### **Il Consiglio regionale**

**premesse:**

- che l'articolo 32 del Regolamento interno prevede che il Consiglio regionale possa demandare alle commissioni consiliari permanenti lo svolgimento di indagini conoscitive dirette ad acquisire notizie, informazioni e documenti relativi a materie di loro competenza, riservando all'Ufficio di Presidenza la definizione delle modalità di svolgimento delle indagini;
- che con la mozione n. 328 approvata in data 2 luglio 2020 il Consiglio regionale impegnava la IV Commissione a svolgere una indagine conoscitiva diretta ad acquisire notizie, informazioni e documenti relativi alla gestione dell'emergenza sanitaria COVID-19 sul territorio piemontese con particolare riguardo: a) all'analisi delle statistiche e dei dati raccolti dal Sistema sanitario regionale in materia di contagio da COVID-19; b) all'analisi storica delle politiche sanitarie regionali degli ultimi decenni che hanno determinato lo scenario nel quale l'emergenza COVID-19 si è sviluppata; c) al confronto con le strutture organizzative coinvolte nella gestione dell'emergenza;
- che con deliberazione dell'Ufficio di Presidenza del 16 luglio 2020, n. 108, si demandava alla IV Commissione consiliare permanente lo svolgimento delle indagini e delle relative audizioni, costituendo un gruppo di lavoro sulla base delle designazioni effettuate da ciascun gruppo consiliare, con la conclusione dell'approfondimento dell'indagine conoscitiva entro e non oltre il 30 giugno 2021 e con la stesura di un apposito documento, sulla base di quanto emerso nel gruppo di lavoro, recante le acquisizioni, le conclusioni delle indagini e le opportune proposte volte a fronteggiare futuri scenari;
- che con successive deliberazioni dell'Ufficio di Presidenza 3 agosto 2021, n. 137 e 23 settembre 2021 n. 152 la durata dell'indagine conoscitiva veniva prorogata al 30 ottobre 2021, al fine di consentire, alla IV Commissione, la predisposizione di relazioni che diano conto delle acquisizioni e delle conclusioni dell'indagine condotta;

**rilevato** che la IV Commissione ha provveduto allo svolgimento dell'indagine conoscitiva demandata, procedendo, nel corso di numerose sedute, al lavoro di analisi ed approfondimento di atti e provvedimenti, con lo svolgimento di audizioni e incontri dedicati;

**preso atto** che la IV Commissione in data 25 ottobre 2021 ha concluso la propria attività ed ha trasmesso le conseguenti risultanze al fine di riferire al Consiglio ai sensi dell'articolo 32, comma 3 del Regolamento interno

### **d e l i b e r a**

- di approvare, ai sensi dell'articolo 32 del Regolamento interno del Consiglio regionale, la relazione, allegata al presente provvedimento per farne parte integrante, relativa all'indagine conoscitiva sulla gestione dell'emergenza sanitaria COVID-19 sul territorio piemontese, svolta dalla IV Commissione consiliare permanente, in ottemperanza all'incarico conferito con deliberazione dell'Ufficio di Presidenza n. 108/2020.

(omissis)



***IV Commissione Consiliare permanente***

*Sanità; assistenza; servizi sociali; politiche degli anziani.*

***Gruppo di lavoro per l'indagine conoscitiva  
in merito alla gestione dell'emergenza da  
Covid-19***

*ai sensi della deliberazione dell'Ufficio di Presidenza  
n. 108/2020*

*"Relazione di Maggioranza, sottoscritta dai Gruppi  
Consiliari di Lega, FDI e FI"*

## INDICE

### 1- PREMESSA -pp.7

- Perché un'indagine conoscitiva sulla gestione dell'emergenza sanitaria Covid-19 sul territorio piemontese -pp.7
- Quadro riepilogativo delle audizioni -pp.8

### 2- AUDIZIONI -pp.8

- L'OPERATIVITA' DELLA DIREZIONE SANITA' E WELFARE NELL'EMERGENZA -pp.8  
*Audizione del direttore Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte, Fabio Aimar*
- IL GIUDIZIO DEI SINDACATI DEI MEDICI -pp.12  
*Audizione delle organizzazioni sindacali mediche SMI Piemonte, FIMMG Piemonte e SNAMI Piemonte*
- IL CONTRIBUTO STRATEGICO DEI DATI CONTRO L'EPIDEMIA -pp.14  
*Audizione del CSI Piemonte piattaforma "COVID 19 Regione Piemonte"*
- L'ORGANIZZAZIONE DELL'EMERGENZA -pp.15  
*Audizione del primo coordinatore dell'Unità di crisi per la gestione dell'emergenza Covid, Mario Raviolo*
- IL POTENZIAMENTO STRUTTURALE DELL'UNITA' DI CRISI -pp.17  
*Audizione secondo coordinatore dell'Unità di crisi per la gestione dell'emergenza Covid, Vincenzo Coccolo, e il commissario giuridico-amministrativo, Antonio Rinaudo*
- L'EMERGENZA NELLE RSA -pp.18  
*Audizione rappresentanti di ANASTE (Associazione Nazionale Strutture Terza Età), Confindustria, Confcooperative Piemonte e AGCI Piemonte (Associazione Generale Cooperative Italiane)*
- RSA, LA NECESSITA' DI RIORGANIZZARE IL SISTEMA -pp.19  
*Audizione dei rappresentanti di Fondazione Promozione Sociale e del Comitato vittime RSA*
- LA SCARSITA' DI INFERMIERI E OSS -pp.20  
*Audizione dei rappresentanti delle organizzazioni sindacali delle professioni infermieristiche*

- IL FRONTE DEI TAMPONI -pp.21  
*Audizione dell'Assessore Matteo Marnati*
- I MEDICI SUL FRONTE DELLA PANDEMIA NEGLI OSPEDALI -pp.22  
*Audizioni dei rappresentanti delle organizzazioni sindacali dei medici ospedalieri ANAAO, AAROI e CIMO*
- LA PANDEMIA IN CARCERE -pp.23  
*Audizione con il Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale al fine di ricostruire la gestione dell'emergenza Covid negli istituti penitenziari a decorrere da marzo 2020*
- IL MALESSERE PSICOLOGICO ED EMOTIVO DEL PERSONALE SANITARIO -pp.25  
*Audizione con il Presidente dell'Ordine degli Psicologi*
- IL RUOLO STRATEGICO DEL TRASPORTO SANITARIO -pp.26  
*Audizione dei responsabili delle Associazioni di trasporto sanitario comparto*
- LA FRAGILITÀ DEI SERVIZI DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA -pp.27  
*Audizione con i responsabili dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle Asl Città di Torino, TO3, TO4 e TO5 al fine di ricostruire l'attività durante l'emergenza*
- L'ANDAMENTO DELLA CURVA PANDEMICA -pp.28  
*Audizione del Direttore del Servizio di Epidemiologia di riferimento regionale al fine di ricostruire l'andamento della curva pandemica a decorrere dallo scorso marzo 2020, con particolare riferimento alle fasce fragili della popolazione*
- I RITARDI DEL PIANO ARCURI E IL PIANO PANDEMICO -pp.29  
*Audizione dei responsabili dell'Area sanitaria e della Rete ospedaliera dell'Unità di Crisi, al fine di approfondire gli interventi regionali di attuazione del piano di realizzazione di posti letto per pazienti Covid*
- PROGETTO SCUOLA SICURA -pp.29  
*Audizione con i responsabili del contact tracing scolastico della Regione Piemonte*
- L'EMERGENZA NEGLI OSPEDALI METROPOLITANI -pp.30  
*Audizione dei Direttori Generali e Sanitari delle Aziende Ospedaliere Universitarie Città della Salute e della Scienza di Torino e San Luigi di Orbassano, nonché dell'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino*
- L'EMERGENZA NEGLI OSPEDALI HUB DI NOVARA, CUNEO E ALESSANDRIA -pp.32  
*Audizione dei Direttori Generali e Sanitari dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carità di Novara nonché delle Aziende Ospedaliere Santa Croce e Carle di Cuneo e SS Antonio, Biagio e C. Arrigo di Alessandria*

- CONTINUITA' ASSISTENZIALE E PERSONALE SOCIOSANITARIO -pp.32  
*Approfondimento sulla gestione dell'emergenza da Covid-19 per le parti di competenza dell'Assessore alle Politiche sociali*
- LA COPERTURA DELLE SPESE -pp.33  
*Approfondimento sulla tematica dei fondi nazionali Covid spesi e avanzati ai sensi del decreto 104/2020 e dei decreti n. 14, 18 e 34 del 2020*

### **3- VALUTAZIONI RIASSUNTIVE -pp.34**

- LA SANITA' DELLA REGIONE PIEMONTE ALLA VIGILIA DELLA PANDEMIA -pp.34  
*Criticità storiche e forze in campo*
- LA CATENA DI COMANDO -pp. 36  
*Struttura e competenze della gestione emergenziale*
- L'EPIDEMIA SARS-COV2 IN PIEMONTE -pp.39  
*L'andamento della pandemia, dal primo caso alla quarta ondata*

### **COSA È STATO FATTO -pp.58**

#### **L'organizzazione della Sanità in emergenza**

- Istituzione dell'Unità di Crisi -pp.58
- Potenziamento dei SISP e miglioramento del contact tracing -pp.59
- Gestione dei percorsi Covid-19 -pp.61
- Potenziamento dell'assistenza ospedaliera -pp.63
- Piattaforma informatica Covid-19 Regione Piemonte -pp.65
- Potenziamento rete dei laboratori, costruzione di software per l'integrazione -pp.68
- Supporto alle ASR mediante il coordinamento degli acquisti -pp.68
- Avvio procedure di acquisto da parte di SCR -pp.70
- Potenziamento delle risorse umane per fronteggiare l'emergenza Covid-19 -pp.71
- Piano di ripresa delle attività (maggio 2020) -pp.88

- Istituzione del Dirmei -pp.88
- Il piano pandemico operativo COVID -pp.90
- Piano per l'acquisto diretto delle apparecchiature per la terapia intensiva -pp.91
- Attuazione interventi "Piano Arcuri" -pp.91
- Disciplina delle aree sanitarie temporanee -pp.92
- Potenziamento dell'assistenza territoriale -pp.93
- Protocollo operativo per la presa in carico dei pazienti Covid a domicilio -pp.96
- Nuova legge regionale per il potenziamento della medicina territoriale -pp.96
- Rafforzamento dei servizi infermieristici -pp.97
- Telemedicina -pp.98
- Area Validazione, logistica e distribuzione DPI -pp.99
- Riforma della medicina territoriale e della rete ospedaliera -pp.101
- Piano vaccinale -pp.102
- Ristoro di RSA, strutture psichiatriche e strutture per dipendenze -pp.107
- Incremento dell'1,3 per cento delle tariffe riconosciute alle RSA -pp.107

#### **COSA SI STA FACENDO -pp.108**

##### **La Sanità del post pandemia -pp.108**

- Recupero delle liste di attesa -pp.108
- Fondi della legge regionale per favorire nuove aggregazioni fra i medici di base -pp.109
- Investimenti PNRR su Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità -pp.109
- Il piano nazionale di recupero e resilienza (PNRR) nella Regione Piemonte -pp.110
- Rinnovo delle attrezzature obsolete come previsto dal PNRR -pp.111
- Interventi di miglioramento/adequamento antisismico -pp.119

- Digitalizzazione degli ospedali DEA di I e II livello come previsto dal PNRR -pp.119
- Dalla medicina di attesa alla medicina d’iniziativa -pp.120
- Miglioramenti alla piattaforma software Covid-19 della Regione Piemonte -pp.120
- Azioni concordate con la Commissione Salute presso la Conferenza delle Regioni (a livello nazionale) -pp.123
- Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PANFLU) -pp.124
- Completamento dello studio per la riforma dei Dipartimenti di Prevenzione -pp.125

#### **4- CONSIDERAZIONI FINALI -pp.126**

#### **5- ALLEGATI -pp.128**

- ✓ Protocollo per la presa in di carico dei pazienti Covid-19 a domicilio -pp.130
- ✓ Estratti dai documenti “Giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione Piemonte per l’esercizio finanziario 2020” -pp.161 e correlata “Memoria del Procuratore regionale Quirino Lorelli” -pp.183

## **PREMESSA**

### **Perché un'indagine conoscitiva sulla gestione dell'emergenza sanitaria Covid-19 sul territorio piemontese**

Il 31 gennaio 2020, a causa della diffusione dell'epidemia da Sars Cov2, è stato dichiarato lo stato di emergenza in Italia e la Regione Piemonte, a partire dal 23 febbraio 2020, dopo aver registrato sul proprio territorio la presenza di 6 casi di contagio da Covid-19, ha adottato misure straordinarie allo scopo di contenere lo sviluppo del contagio sul territorio regionale.

I dati forniti dal Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei ministri e dall'Istituto Superiore di Sanità restituiscono una drammatica fotografia che vede in Italia migliaia di persone che hanno perso la vita, in maniera tragica, in una condizione di totale isolamento. Altrettanto drammatici sono i dati che vengono forniti con specifico riferimento al personale sanitario: gli operatori sanitari che hanno infatti contratto il Covid-19 sono un altro numero estremamente elevato e significativo della categoria più esposta al rischio di contagio che, a partire dall'inizio dell'emergenza, si è trovata faccia a faccia con il virus stesso nel tentativo strenuo di combatterlo.

Conclusa la fase più critica, quando i contagi in Piemonte sono progressivamente decresciuti, il 2 luglio 2020 è stata approvata dal Consiglio regionale la mozione n. 328, mediante la quale si impegna la IV Commissione consiliare permanente a svolgere una indagine conoscitiva diretta ad acquisire notizie, informazioni e documenti relativi all'emergenza sanitaria Covid-19 sul territorio piemontese.

Con la Delibera del 16 luglio 2020, n. 108, l'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale ha autorizzato lo svolgimento dell'indagine stabilendo che, ai fini dello svolgimento delle indagini e delle relative audizioni, sia costituito un apposito gruppo di lavoro in seno alla IV Commissione, sulla base delle designazioni effettuate da ciascun Gruppo consiliare.

Successivamente, il Presidente del Consiglio regionale, con propria nota prot. n. 11650 del 20 luglio 2020, ha chiesto ai Presidenti di ogni Gruppo consiliare di designare i componenti del Gruppo di lavoro.

Nel corso della seduta del 27 luglio viene designato il Consigliere Daniele Valle a ruolo di Coordinatore del Gruppo di lavoro.

La sopraccitata delibera ha stabilito che, come previsto dalla mozione n. 328/2020, la Commissione dovrà esaurire l'indagine conoscitiva entro e non oltre il 30 giugno 2021, con la stesura di un apposito documento, sulla base di quanto emerso nel gruppo di lavoro, con cui riferire al Consiglio le acquisizioni, le conclusioni delle indagini e le opportune proposte conseguenti volte a fronteggiare futuri scenari, presentando entro il 31 dicembre 2020 una prima analisi delle risultanze dell'attività svolta.

### **Quadro riepilogativo delle audizioni**

Il gruppo di lavoro si riunisce per la prima volta il 27 luglio 2020. Nel corso della riunione, il Consigliere Daniele VALLE, viene nominato coordinatore del gruppo di lavoro sull'emergenza Covid.

Nel corso della seconda riunione tenutasi il 3 agosto 2020, il gruppo procede alla programmazione dei lavori.

Il 14 settembre 2020 iniziano le audizioni, qui di seguito sintetizzate.

## **LE AUDIZIONI**

### **L'OPERATIVITA' DELLA DIREZIONE SANITA' E WELFARE NELL'EMERGENZA**

*Audizione del direttore Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte, Fabio Aimar*

Affinché gli organi amministrativi potessero muoversi con maggiore fluidità, a livello nazionale merita di essere ricordata l'ordinanza n. 630 del 3 febbraio 2020 della Protezione Civile, che contiene disposizioni a favore dei soggetti attuatori, con l'indicazione di modalità di gestione degli acquisti, privacy e numerose altre procedure operative.

#### **Azioni preliminari e istituzione dell'Unità di crisi**

Prima che vi fosse il primo caso italiano, il caso di Codogno, la Regione aveva già costituito, con il professor De Rosa, la dottoressa Chiara Pasqualini, il dottor Mario Raviolo e altri, un Gruppo di lavoro che aveva tenuto cinque riunioni di approfondimento con i Direttori generali e i Direttori sanitari delle Aziende sanitarie, proprio sulla tematica del Covid. Questi cinque incontri erano finalizzati a dare luogo, dentro le Aziende sanitarie, ad una revisione delle procedure interne; i Direttori sanitari, fra i loro compiti, avrebbero dovuto verificare che i beni essenziali, fra cui i DPI, fossero presenti nelle aziende.

Ad epidemia iniziata vi erano difficoltà nell'approvvigionamento di DPI.

Quando in Lombardia è stato identificato il primo soggetto affetto da Covid, la Regione Piemonte ha immediatamente istituito la sua Unità di crisi, attivata ufficialmente con il DPGR n.20 del 22 febbraio. Si stabiliva che l'Unità di crisi doveva lavorare 24 ore su 24 in corso Marche n. 79 a Torino, presso la cosiddetta "Centrale operativa della Protezione civile". Il coordinamento dell'Unità di crisi veniva affidato a Mario Raviolo, direttore della maxi-emergenza e del Dipartimento regionale 118.

### **Difficoltà di approvvigionamento DPI sul mercato mondiale**

La Protezione civile nazionale inviava alle strutture operative di Protezione civile locali, quindi anche alla nostra Unità di crisi, una rilevazione del fabbisogno di DPI e tentando, nelle fasi iniziali, di fornire tutto il fabbisogno. Ben presto, tuttavia, ci si accorse che i beni consegnati erano solo una frazione del necessario.

Intanto, sul mercato mondiale, alla fine di febbraio, i DPI e le attrezzature per le terapie intensive e semi intensive venivano rastrellati e la Protezione civile nazionale procedeva attraverso le requisizioni ad approvvigionarsi dei beni che venivano importati.

Questo complicava ulteriormente le possibilità di approvvigionamento autonomo da parte delle strutture regionali. Il Governo, infatti, aveva una prelazione su tutta la produzione nazionale, vi erano divieti di esportazione e una facoltà di requisizione di tutto quello che veniva importato. La Protezione civile si approvvigionava mediante le requisizioni che avvenivano in dogana.

Purtroppo la qualità di alcuni beni che le singole Unità di crisi ricevettero dalla Protezione civile nazionale, a volte, non fu quella attesa.

### **Potenziamento dell'Unità di crisi**

Il 6 marzo 2020 si procede con una nuova ordinanza a potenziare l'Unità di crisi. Quel giorno, quindi, viene disposta la seconda versione dell'Unità di crisi, che lavorerà sempre 7 giorni su 7, h24 e disporrà di un Comitato operativo composto da 3 membri della Sanità e 2 della Protezione civile, con una designazione strutturata nell'ambito del DPGR n. 27.

In questa nuova organizzazione, il confronto di esperienze, punti di vista e visioni diverse, la collegialità e la multi-professionalità potevano essere un vantaggio nell'assumere le decisioni, in particolare in una situazione di sostanziale imprevedibilità, con dati e posizioni che cambiavano improvvisamente, a livello nazionale e internazionale. L'OMS e l'Istituto Superiore di Sanità, infatti, hanno aggiornato le loro posizioni nel tempo.

### **Ufficio acquisti beni e servizi**

Considerato che la Protezione civile nazionale non è riuscita – diversamente da quanto inizialmente tentato – a fornire il fabbisogno di DPI e che le ASL erano in difficoltà nell'approvvigionamento diretto, nell'Unità di crisi veniva istituito un Ufficio acquisti beni e servizi, diretto dalla Dottoressa Ceravolo, secondo la convenzione con l'ASL TO3 per il 118.

Affinché gli approvvigionamenti procedessero anche secondo i canali ordinari (senza che un solo ufficio dovesse provvedere a 18 Aziende Sanitarie regionali) l'8 marzo viene inviata dalla Regione alle diverse ASR una lettera in cui si precisa che le ASR dovevano continuare ad acquistare i farmaci, i reagenti, i tamponi e devono cercare di acquistare anche i DPI e quant'altro necessario.

### **Risorse umane e comunicazione flussi**

L'Unità di crisi, inoltre, si avvaleva di un Ufficio acquisizione risorse umane, diretto dalla dottoressa Renata Molinar, che – fermo restando che le Aziende Sanitarie Regionali potevano assumere anche singolarmente in procedure di selezione in proprio – si è occupato di emettere dei bandi comuni per le ASL e di curare gli aspetti comuni alla contrattualizzazione di migliaia di medici ed operatori sanitari.

Venne istituito un Ufficio Comunicazione flussi, diretto dalla dottoressa Pasqualini del SEREMI, con l'incarico di fornire, quotidianamente, i dati che venivano richiesti dalla Protezione civile nazionale e dal Ministero.

Infine, per favorire le attività di segreteria in forma strutturata nelle 24 ore di operatività continua, venne istituita una funzione di segreteria amministrativa.

### **Comitato Tecnico Scientifico e catena di comando sanitaria**

In ultimo, è stato istituito il Comitato Tecnico Scientifico, presieduto dal medico legale dottor Roberto Testi, Direttore del Dipartimento di Prevenzione della ASL di Torino, e avente come vicepresidente il dottor Franco Ripa, responsabile del settore Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari della Regione.

Sempre il DPGR del 6 marzo 2020, stabilì che i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Regionali devono obbedire ai Direttori sanitari che, per legge, secondo le ordinanze di Protezione civile, dovevano obbedire all'Unità di crisi, affinché vi fosse una sola volontà aziendale.

Anche il CSI era presente dentro l'Unità di crisi. Nella prima fase la raccolta dei dati avvenne in Excel; poi, fu necessario disporre di un database per gestire prima centinaia e poi migliaia di registrazioni informatiche.

Sono state attivate, inoltre, 90 squadre di USCA, unità speciali a supporto dei medici di base che le Asl hanno utilizzato per varie attività legate al Covid.

### **Commissario straordinario e nuove Aree operative**

Con il decreto n. 32 del 16 marzo l'Unità di crisi viene affidata al dottor Vincenzo Coccolo, in qualità di Commissario Straordinario. Compito del Commissario Straordinario è coordinare e sovrintendere a tutte le funzioni dell'Unità di crisi; disporre le iniziative necessarie alla gestione dell'emergenza e coordinare tutte le attività di competenza della Regione Piemonte, dirette e indirette, necessarie al superamento dell'emergenza Covid.

Sono istituite nuove aree, che sono ingrandite rispetto a quelle del 6 marzo; il sistema 118 e maxi-emergenza si avvale della direzione del dottor Raviolo; si attiva un Ufficio di coordinamento delle degenze, diretto da un anestesista di esperienza, il dottor Maurizio Turello. Questo ufficio aveva principalmente il compito di controllare e programmare le disponibilità di tutti i posti letto di terapia intensiva e semintensiva in ambito regionale.

Viene formalizzato anche l'Ufficio distribuzione, perché era essenziale gestire anche la distribuzione dei beni che arrivavano dalla Protezione civile, dagli acquisti che avvenivano da

parte dell'Unità di Crisi (mediante la convenzione con l'ASL TO3), da parte delle ASL, donati o in qualunque modo messi a disposizione del SSR.

#### **Medicina territoriale Rsa e laboratori di microbiologia**

Si rende operativo un Ufficio di medicina territoriale RSA, che si avvale della collaborazione della Direzione Sanità e Welfare, del dottor Livio Tesio della Direzione Sanità e Welfare, del dottor Tegani dell'Asl Città di Torino e di Gianluca Vignale per gestire al meglio le attività relative ai monitoraggi sulle RSA, ai tamponi nelle RSA.

Nella gestione dell'emergenza, la Regione anticipò molte delle indicazioni nazionali, che pervennero spesso successivamente (es. circolari nazionali del 25 marzo/ 3 aprile).

Per via degli effetti dovuti anche alla riforma dei laboratori attuata nel lungo piano di rientro regionale, si arrivò, all'inizio dell'emergenza con soli due laboratori che svolgevano l'attività di microbiologia: uno presso la Città della Salute e della Scienza e un altro presso l'ASL Città di Torino.

La Regione ha potenziato le attività dei laboratori, dotando le ASL di nuove macchine che consentivano una sempre maggiore automazione. Si è arrivati a 26 laboratori attivi per processare i tamponi.

#### **Area giuridica e coordinamento degenze**

Venne istituita un'area giuridica, coordinata dal dottor Antonio Rinaudo, e, per le attività di segreteria amministrativa vennero individuati ulteriori dirigenti.

Il CSI venne chiamato a garantire il funzionamento delle soluzioni informatiche necessarie all'operatività dell'Unità di crisi per l'Ufficio flussi e, in particolare, anche per l'Ufficio coordinamento e degenze. Intanto la Regione, attraverso il CSI, stava realizzando un desk in cui gestire tutti i posti letto di terapia intensiva, semi intensiva e ricovero ordinario associati al COVID.

#### **Picco pandemico e terapie intensive**

Il picco di occupazione delle terapie intensive si è avuto il 20 marzo, quando l'anestesista cominciava il suo turno di notte all'Unità di crisi e aveva pochissimi posti letto disponibili a livello piemontese. Grazie alle azioni di adeguamento, a livello regionale, si è riusciti a non negare le cure ospedaliere a chiunque ne avesse bisogno. Quanto si è riusciti ad allestire come posti letto di terapia intensiva e semintensiva è stato sufficiente a coprire tutte le esigenze che abbiamo avuto.

Si partiva da 327 posti letto complessivi di terapia intensiva, alcuni non erano utilizzabili per assistere pazienti Covid, quindi ve ne erano in pratica 287. Da quei 287 posti, si è riusciti poi ad arrivare ad oltre 450 posti di terapia intensiva allestiti, funzionanti e dedicati al Covid. Si è riusciti, quindi, a realizzare un incremento molto importante nella nostra offerta.

#### **Piattaforma dati Covid-19 Regione Piemonte**

L'applicativo del CSI nasceva all'inizio per la comunicazione dei flussi. L'incremento dei numeri ha comportato che la piattaforma dovesse servire ai Sindaci, ai Prefetti, ai Presidenti di Provincia, alle Forze dell'Ordine, ai medici di base, ai 1.161 Comuni e via dicendo.

Il CSI ha realizzato questa piattaforma particolarmente completa che è un po' il cuore attorno al quale ruotano oggi tutti i dati relativi al Covid. Tutte le sere, quando si comunica il numero degli assistiti in trattamento domiciliare, quanti sono i ricoverati, quanti sono in terapia intensiva, quanti sono i pazienti guariti, quanti sono quelli che risultano deceduti, questi dati vengono estrapolati dalle elaborazioni presenti in questo database.

#### **Nasce il Dipartimento inter-aziendale regionale emergenza e malattie infettive**

A giugno è stato istituito il Dipartimento emergenza e malattie infettive per dare alla nostra Regione, che non aveva questo tipo di risorsa, una struttura di tipo aziendale a valore regionale, per dedicarsi stabilmente alla prevenzione e alla gestione delle emergenze e delle malattie infettive. In un mondo globalizzato, infatti, in futuro potrebbero presentarsi nuove minacce: dovremo essere pronti con una team di professionisti che si dedichi a queste tematiche stabilmente, che studi, sia aggiornato, eroghi attività formative; il Dirmei quale strumento aziendale, a livello regionale, gestisce le emergenze e malattie infettive.

Il compito del Dipartimento è quello di coordinare e supportare nella gestione operativa tutte le Aziende Sanitarie Regionali, dando istruzioni e coordinando nel dettaglio tutte le attività. È stato previsto, come indicato anche dal DL n. 34, che il Dipartimento emergenze e malattie infettive svolga le funzioni di centrale operativa regionale.

#### **Obiettivi raggiunti, Sanità rafforzata**

In definitiva, oggi la rete dei laboratori è stata migliorata. Si sono svolte procedure per l'approvvigionamento di beni e servizi, è stata costruita la piattaforma regionale Covid per dialogare con i medici di base e migliaia di persone sono state contrattualizzate nella sanità, oltre a 90 USCA schierate sul territorio. Vi sono protocolli condivisi per il trattamento domiciliare e di pretrattamento per evitare che i soggetti che incorrono nel contagio si aggravino e arrivino in ospedale.

### **IL GIUDIZIO DEI SINDACATI DEI MEDICI**

*Audizione delle organizzazioni sindacali mediche SMI Piemonte, FIMMG Piemonte e SNAMI Piemonte*

Dalle organizzazioni sindacali dei medici viene riconosciuto il grande valore della sanità pubblica, che ha deciso di riconvertire gli ospedali pubblici per farli diventare posti letto Covid. In questa audizione si sottolinea come la Regione Piemonte non ha riscontrato i grossi problemi che hanno registrato invece altre regioni maggiormente colpite, perché ha un sistema sanitario pubblico che, con grande senso di dovere e di responsabilità nonché di appartenenza istituzionale, ha saputo dare il massimo.

#### **Assenza di normative nazionali**

Secondo i Sindacati medici, per quanto riguarda la medicina generale, un impianto normativo a livello nazionale è stato inizialmente totalmente assente e, poi, insufficiente; i provvedimenti del

Governo, infatti, non hanno preso in considerazione minimamente la realtà dei MMG. Pertanto, i sindacati dei medici si sono costruiti autonomamente alcune linee guida, dando poi indicazioni precise a tutti i medici.

L'errore principale che è stato effettuato è stato quello di scambiare un problema che rimane un problema di sanità pubblica - perché una viremia, un'epidemia è un problema di sanità pubblica - con un problema di assistenza sanitaria. Quindi, tale situazione va affrontata prevalentemente nei territori e non solo in ambito ospedaliero; per cui occorre intensificare l'opera di identificazione e di contenimento dei focolai.

### **Carenze della Sanità territoriale e integrazione con gli ospedali**

Infine, emerge una mancanza di integrazione tra l'ospedale e i servizi di medicina territoriale mai risolta dalle legislature precedenti. I MMG sono quotidianamente, e lo erano anche nel periodo precedente alla pandemia, a contatto con molti problemi, come ad esempio il fatto che si trovino a prescrivere esami che non sanno né quando saranno fatti, né come verranno fatti e nemmeno se verranno fatti. Questi sono problemi che si portano avanti da molto tempo, poiché da più di quindici anni non viene fatto alcun investimento sulla sanità territoriale, e che il Covid ha fatto esplodere nella sua gravità e nella sua criticità.

### **Rsa, tamponi, vaccinazioni e omogeneizzazione delle norme**

Emergono al tavolo dei lavori le difficoltà delle RSA, nel mancato accordo regionale ADP (Assistenza Domiciliare Programmata) con un nuovo inquadramento e difficoltà dell'assistenza per un deficit normativo ereditato.

Si sottolinea, pertanto, la necessità di un'omogeneizzazione delle norme e delle regole, in modo tale che tutti i cittadini che hanno un fabbisogno abbiano un uguale trattamento e, in particolare, è importante che si rivaluti la situazione dei tamponi per i pazienti privati e convenzionati che entrano in una RSA.

Emerge la necessità di chiarezza e di strategie più precise per le vaccinazioni a livello nazionale da far ricadere sul territorio.

Molti limiti sono arrivati a livello nazionale: inizialmente l'indicazione era di fare tamponi a chi arrivava dalla Cina mentre il personale sanitario e, in particolare, i medici e i paramedici, che sono quelli più a contatto diretto con i cittadini non accedeva al tampone. In quel primo periodo, infatti, vi era una norma nazionale che prevedeva che il personale sanitario asintomatico non dovesse essere sottoposto a tampone. A livello nazionale, inoltre, non esisteva alcun piano pandemico efficace.

### **Sisp, medici di famiglia**

Viene poi denunciata l'inefficienza e l'inadeguatezza dei SISP, per come erano stati fino ad allora pensati e il mancato rapporto, tra SISP e i medici di famiglia.

Inoltre, nella prima ondata mancavano indicazioni ministeriali per l'isolamento di un paziente positivo dai propri famigliari, con il rischio di contagiare i conviventi.

Il sindacato sottolinea le difficoltà, anche economiche e di riconoscimento delle prestazioni, per le attività dei medici presso le RSA.

Si chiede maggiore collaborazione con delle mini unità di crisi a livello locale, poi messe in campo dalle Prefetture con collaborazione tra i MMG e la struttura pubblica, le ASL e, in particolare, i SISP.

### **L'importanza delle infrastrutture sanitarie sul territorio**

Inoltre, questa epidemia non ha colpito in maniera uguale i vari territori. Il fatto di aver "smantellato" in parte l'aspetto pubblico del servizio sanitario, o indebolito per lo meno, depauperando il territorio, ha prodotto i risultati che abbiamo visto. È assolutamente necessario, da un po' di tempo, il potenziamento di una infrastruttura territoriale. Infatti, in Veneto, dove si sono sempre mantenuti i servizi territoriali efficienti, i risultati sono stati decisamente meno catastrofici con collegamenti tra strutture sanitarie come l'Azienda ZERO.

## **IL CONTRIBUTO STRATEGICO DEI DATI CONTRO L'EPIDEMIA**

### *Audizione del CSI Piemonte piattaforma "COVID 19 Regione Piemonte"*

Il Piemonte è stata la prima regione in Italia con una *dashboard* di proprietà che ha collegato enti e istituzioni, attori fondamentali a contrasto della pandemia.

Vi è stata la necessità di mettere in campo una progettazione molto complessa; infatti, si dovevano orientare volumi sempre crescenti di soggetti interessati all'utilizzo della piattaforma, con diversificate modalità di accesso in condizioni diverse, quindi da dispositivi mobili, da dispositivi fissi, accesso in mobilità e accesso da reti pubbliche e private.

### **La necessità di conservare e governare l'informazione**

La progettazione del tutto è stata certamente finalizzata a conservare e governare l'informazione, quindi tendenzialmente con il soggetto-paziente al centro, con tutte le sue correlazioni che pian piano si andavano ad arricchire.

L'attenzione che è stata posta alla progettazione è stata riconosciuta a livello nazionale, perché la piattaforma stessa, che, essendo in *open source*, è stata messa a disposizione per il riuso, è già stata anche richiesta da altre Amministrazioni, il che è, innegabilmente, un risultato positivo.

Sul *database* creato, al di là delle operazioni gestionali che venivano effettuate quotidianamente, era necessario far uscire i dati in una forma leggibile, quindi in termini di informazione, per tutti i decisori che ruotavano intorno a questo argomento, e per fornirli allo Stato. Pertanto, è stata realizzata una reportistica anche operativa che consentisse ai laboratori, alle Aziende sanitarie e all'Unità di crisi di tenere sotto controllo il fenomeno in maniera semplificata.

Fin dalle prime settimane, nell'ottemperare agli obblighi della Regione nei confronti del CSI, il Piemonte è stata una delle prime Regioni a fornire i dati all'Istituto Superiore di Sanità, nella forma in cui l'Istituto Superiore li voleva (tracciati XML e quant'altro in forma strutturata).

### **Tracciatura contagi, gestione posti letto e servizio ai sindaci**

La piattaforma creata è divisa in diversi moduli. Il primo modulo è la "Gestione pazienti", in uso presso i SISP e presso tutte le 18 Aziende sanitarie regionali, quindi anche presso le strutture ospedaliere. È utile, soprattutto, per la tracciatura dei soggetti e le relative richieste di tampone.

Vi è, poi, una *dashboard* che riguarda i posti letto, grazie alla quale le diverse aziende, ma anche la Regione a livello centrale, possono vedere il numero di posti letto occupati, quelli ancora liberi, e tutte le informazioni necessarie relative a questo tema.

Vi sono poi le liste che vengono fornite ai Sindaci di tutti i 1181 comuni del Piemonte. Tutti i sindaci, grazie a questa piattaforma, possono vedere quanti sono i domiciliati nel comune che sono in quel momento positivi, quanti sono in quarantena, quanti sono in isolamento fiduciario, perché magari non risultano positivi, ma sono venuti a contatto e quindi sono in isolamento fiduciario, eccetera.

## **L'ORGANIZZAZIONE DELL'EMERGENZA**

### *Audizione del primo coordinatore dell'Unità di crisi per la gestione dell'emergenza Covid, Mario Raviolo*

Viene sottolineato come già prima che venisse aperta ufficialmente l'Unità di Crisi Regionale, vi furono alcune riunioni in videoconferenza con la Protezione civile nazionale e l'Assessorato alla Sanità, durante le quali si era cercato di capire come le strutture delle Aziende sanitarie regionali potessero adattarsi per fronteggiare l'emergenza.

Il 22 febbraio, al termine di una teleconferenza con la Protezione civile nazionale, il dottor Raviolo consigliò un innalzamento del livello di attenzione e, il pomeriggio stesso, venne istituita l'Unità di crisi. A questa decisione seguì, poi, l'atto formale del presidente Cirio, che nominò Raviolo coordinatore dell'unità di crisi e individuò i primi compiti della stessa.

### **La carenza di laboratori e il gravoso iter burocratico dei tamponi**

Per quanto riguarda i tamponi, è doveroso ricordare che inizialmente questi potevano essere processati soltanto presso 2 strutture: l'Ospedale Amedeo di Savoia e l'Ospedale Molinette, a Torino. Queste due strutture, aumentando anche gli orari della loro attività rispetto a quelli standard, si sono efficientate per arrivare a gestire il maggior numero di tamponi possibili, ma erano ben lontane dai fabbisogni del Piemonte in pandemia. In un percorso di sviluppo questi due laboratori sono stati affiancati da altre strutture in tutto il Piemonte.

Si sottolinea il gravoso iter iniziale della burocrazia dei tamponi: la richiesta di tampone doveva essere, inizialmente, autorizzata dall'infettivologo sempre presente in unità di crisi, sulla base delle motivazioni inserite nella richiesta.

### **Definizione di "caso sospetto" e mutazione delle linee guida**

Inizialmente erano state emanate delle linee guida da parte del Ministero della Salute che definivano un "caso sospetto", al quale poteva essere fatto il tampone, come un individuo febbricitante e che aveva trascorso un periodo di tempo in Cina o a Codogno. Queste linee guida, quindi, hanno impedito di eseguire un tampone a chi non aveva avuto contatti con quelle zone.

Solo dopo aver constatato il diffondersi di pazienti con quadro clinico da polmonite, si è iniziato a considerare come sospetti anche coloro che non avevano avuto contatti con quei luoghi.

### **DPI introvabili e coordinamento con Asl e Comuni**

Per quanto riguarda i DPI, invece, Raviolo afferma che aveva previsto che ci sarebbe stata una mancanza di questi dispositivi a livello nazionale, comunicandolo al coordinatore nazionale della Protezione civile Angelo Borrelli, ma i DPI risultavano introvabili in tutto il mondo a causa dell'enorme richiesta.

In unità di crisi da subito si lavorò con un pieno coordinamento delle Aziende sanitarie regionali; a turno erano presenti alcuni Direttori Sanitari delle ASL, che potevano così recepire istantaneamente le indicazioni che venivano fornite. Vi erano, inoltre, contatti costanti con l'unità di crisi nazionale, grazie a riunioni tenute in teleconferenza.

Infine, viene ricordato che i Sindaci per comunicare con l'Unità di Crisi avevano un numero dedicato per richiedere informazioni, che veniva gestito all'interno dell'unità di crisi da alcuni agenti di Polizia Municipale.

## **IL POTENZIAMENTO STRUTTURALE DELL'UNITÀ DI CRISI**

*Audizione secondo coordinatore dell'Unità di crisi per la gestione dell'emergenza Covid, Vincenzo Cocco, e il commissario giuridico-amministrativo, Antonio Rinaudo*

A partire dal 16 marzo, data della nomina del Dottor Cocco a Coordinatore dell'unità di crisi, egli ha lavorato per mettere a punto un sistema organizzativo volto a coordinare tutte le azioni che potessero minimizzare gli effetti della pandemia. L'unità di crisi, infatti, è stata suddivisa in diverse aree.

### **Area giuridica e coordinamento sanitario**

Una prima area è stata quella giuridico-amministrativa, coordinata dal dottor Rinaudo; è stata creata poi un'area di supporto alla pianificazione strategica, assegnata al professor Paolo Vineis.

Vi era, inoltre, un'area di coordinamento sanitario, avente come coordinatore il dottor Flavio Boraso, Direttore generale dell'ASL TO3, che aveva il compito, in quella prima fase dell'emergenza, di coordinare tutti gli aspetti di natura sanitaria, in particolare l'area ospedaliera. All'interno di quest'area, vi era un Ufficio di coordinamento delle degenze, un Ufficio di coordinamento delle terapie intensive e sub-intensive, un Ufficio di coordinamento DEA e un Ufficio per i percorsi Covid free, assegnati – nell'ordine – al dottor Turello, al dottor Livigni, al dottor Cibinel e al dottor Balagna.

### **Controllo flussi, aspetti informatici e acquisto beni e servizi**

Inoltre, era di estrema importanza tenere sotto controllo i flussi e gli aspetti informatici; questa attività è stata assegnata alla dottoressa Pasqualini, con il supporto del CSI-Piemonte. Altra area di notevole rilevanza era quella del coordinamento delle risorse, con l'Ufficio acquisti beni e servizi assegnato alla dottoressa Ceravolo, l'Ufficio distribuzione assegnato alla dottoressa Rolle e al dottor Pavanelli, l'Ufficio risorse umane alla dottoressa Molinar e l'Ufficio allestimento strutture al dottor Vacca. Altra area è stata quella territoriale, il cui Ufficio di medicina territoriale è stato assegnato al dottor Ripa.

### **Coordinamento delle Rsa**

Altro aspetto sul quale l'Unità di crisi ha inteso dare un'organizzazione particolarmente robusta è l'area del coordinamento delle RSA; il dottor Tegani, dopo un periodo in cui il dottor Cocco si è occupato personalmente di quest'area, è stato nominato coordinatore di quest'area, che è stata oggetto di particolari attenzioni.

I funzionari di quest'area, ad esempio, si sono occupati di richiedere a tutte le ASL se avessero, al loro interno, un luogo adatto all'isolamento dei pazienti non autosufficienti che venivano dimessi

dagli ospedali. I pazienti Covid dimessi dagli ospedali, infatti, dovevano rimanere rigorosamente separati dagli altri ospiti delle RSA durante tutto il percorso, a partire dal riconoscimento della malattia sino alla guarigione completa. Successivamente, sono state date indicazioni per individuare alcuni luoghi, come hotel, caserme, eccetera, dove far trascorrere la quarantena ai pazienti Covid ospiti delle RSA.

#### **Coordinamento laboratori e attività anti-truffa**

Di grande rilevanza, infine, è stata l'area del coordinamento dei laboratori, assegnata al professor Dianzani. I laboratori, segnatamente per il problema tamponi, hanno rappresentato fin da subito una grandissima criticità, sulla quale si è molto investito con un notevole incremento della capacità di processare i tamponi.

L'area giuridico-amministrativa si occupava di fornire supporto in tutti gli aspetti burocratici e di tenere i rapporti con l'autorità giudiziaria.

Inoltre, importantissimo è stato il supporto che tale area ha fornito per quanto riguarda gli acquisti che sono stati effettuati in questo periodo. Infatti, nel periodo di maggiore emergenza, in cui molti beni risultano introvabili sul mercato con il rischio di incontrare venditori inaffidabili che proponevano di vendere DPI oppure macchinari che poi, in realtà, non avevano. Anche grazie a tale supporto, la Regione Piemonte è riuscita ad evitare di imbattersi in queste truffe.

#### **L'EMERGENZA NELLE RSA**

*Audizione rappresentanti di ANASTE (Associazione Nazionale Strutture Terza Età), Confindustria, Confcooperative Piemonte e AGCI Piemonte (Associazione Generale Cooperative Italiane)*

Viene sottolineato come il modello organizzativo delle RSA risalga ormai a 10 anni fa e, per questo motivo, non sia più adeguato alle nuove necessità.

Negli ultimi anni, il ragionamento che è stato fatto sul tema della sanità è stato quello di porre gli ospedali al centro, trascurando la medicina territoriale e il ruolo delle RSA. Nella primissima fase di pandemia, è risultato non sempre possibile ricoverare alcuni pazienti malati di Covid ospiti delle RSA, negli ospedali.

#### **Ritardo dei riferimenti normativi nazionali, carenze DPI e personale**

I riferimenti normativi nazionali per la gestione della pandemia all'interno delle RSA sono arrivati soltanto nella seconda metà del mese di marzo, mentre tale pandemia è presente nel nostro Paese almeno da febbraio.

C'era, inoltre, nella prima fase, un grande problema nel reperimento di DPI. Ad oggi, persiste il grande problema relativo alla mancanza di operatori sanitari, e di infermieri in particolare. Per

poter assicurare alcuni servizi in maniera adeguata, a fronte delle maggiori spese sarebbe necessario un maggior contributo economico pubblico.

### **Seconda fase: superamento delle criticità e funzionalità della piattaforma digitale**

Nella seconda fase il fatto di conoscere meglio il comportamento di questo virus, totalmente sconosciuto nella fase iniziale dell'emergenza, ma senza dubbio aiutato molto a contenere la pandemia, anche a livello delle RSA. Inoltre, la decisione della Regione Piemonte di acquistare un elevato numero di tamponi rapidi e destinarli, in gran parte, ai pazienti delle RSA è un'altra scelta importante e saggia.

Emergeva la funzionalità della piattaforma digitale, ad esempio, funziona bene, e la celerità i tamponi rapidi acquistati.

### **Eterogeneità del sistema, riqualificazione Oss e problemi assicurativi**

Dal gruppo di lavoro emergevano alcune difformità e differenze tra ciò che avviene in provincia di Torino e ciò che avviene, invece, nelle altre zone del Piemonte. A conferma eterogeneità del sistema delle residenze piemontesi che da troppi anni non viene aggiornato.

Inoltre, si è creata nell'ultimo periodo una grande emergenza di personale, che viene "catturato" dalle ASL a discapito delle RSA. Propongono una riqualificazione degli Oss con modello di funzioni integrate in assenza di infermieri, problematica soggetta a normativa nazionale.

Infine, si segnalava il fatto che tutte le compagnie italiane di assicurazioni stiano inviando disdette alle RSA per la copertura del rischio pandemia nella loro polizza.

## **RSA, LA NECESSITA' DI RIORGANIZZARE IL SISTEMA**

Audizione dei rappresentanti di Fondazione Promozione Sociale e del Comitato vittime RSA

Negli ultimi anni, a causa dei tagli che sono stati effettuati nei confronti delle strutture ospedaliere e dei posti di riabilitazione di lungodegenza, molti pazienti vengono dimessi precocemente, e inviati nelle RSA con acuzie da curare. È necessario, quindi, che venga messo in moto di un processo radicale di cambiamento delle cure che riguardano i malati cronici non autosufficienti.

### **Inadeguatezza dei servizi territoriali e governo delle Rsa**

Il Coronavirus, infatti, ha fatto emergere che c'è stata una grossa inadeguatezza dei servizi territoriali che non sono stati sviluppati, a fronte dei tagli degli ultimi anni, e ha fatto inoltre emergere il fatto che il sistema di cura delle RSA va riorganizzato completamente, proprio per rispondere ai bisogni complessi di questi malati.

Una delle questioni più importanti riguarda chi governa all'interno delle RSA. È emerso infatti che, se la struttura ha meno di 40 posti letto, non vi è l'obbligo della presenza di un Direttore sanitario.

Questi problemi non riguardano solamente la Regione Piemonte, ma sono problemi che devono essere affrontati anche con il Governo e con il Parlamento, per riorganizzare completamente il sistema delle RSA a livello nazionale. È necessario porre la questione anche a Roma, all'interno della Conferenza Stato-Regioni, affinché il Governo predisponga degli indirizzi e delle politiche a sostegno di strutture sanitarie che siano in grado di governare e di curare questi malati, e quindi di intervenire anche in modo adeguato in caso di un'eventuale nuova epidemia.

#### **Difficoltà di consulto nelle Rsa e importanza delle visite dei parenti**

Vi è poi il problema della comunicazione e dell'informazione tra medici esterni alla struttura e personale interno alla RSA (infermieri, operatori socio-sanitari ed, eventualmente, direttore sanitario). Anche per le citate difficoltà di riconoscimento contrattuale delle prestazioni normative vi sono difficoltà ad avere consulti nelle RSA.

Emerge l'importanza delle visite dei parenti, oltre ad essere fondamentale supporto psicologico per gli ospiti, sono anche importanti per avere un riferimento da parte di un parente.

Esiste un problema nazionale diffuso di gestione da parte delle RSA di eventi come quello pandemico che si è rivelato in tutta la sua difficoltà nell'emergenza.

#### **LA SCARSITA' DI INFERMIERI E OSS**

*Audizione dei rappresentanti delle organizzazioni sindacali delle professioni infermieristiche Cisl Fp Sanità Piemonte, Cgil Fp Piemonte, Fsi Usae Piemonte, Uil Fpl Piemonte, Coina Piemonte e Nursind Piemonte*

Anche le sigle sindacali sottolineano come sanità piemontese è una sanità ancora troppo "ospedalocentrica", poiché non si è riusciti, negli anni, ad organizzare una sanità forte sul territorio.

Emerge la necessità di cabine di regia che vedano rappresentanti di tutte le categorie nei processi decisionali.

Le sigle infermieristiche sottolineano come il depauperamento per malattia e la scarsità di organico siano state problematiche serie per alcune attività.

Molti operatori, inoltre, si sono dimessi in questo periodo a causa delle pessime condizioni in cui si trovavano a lavorare.

Viene ribadito il fatto che vi è una grande mancanza di personale specializzato, specialmente di infermieri e OSS. Molti infermieri si sono dovuti recare all'interno delle RSA in seguito ai numerosi bandi che hanno sottratto personale alle RSA.

Si indicano come necessari i tamponi rapidi, in precedenza non ancora approvati a livello nazionale e che avrebbero permesso di individuare con certezza i pazienti negativi, alleviando il carico di lavoro per i laboratori che processano i tamponi molecolari standard.

## **IL FRONTE DEI TAMPONI**

### *Audizione dell'Assessore Matteo Marnati*

Nella fase 1, cioè fino a luglio, vi era una richiesta massima di 8.000 tamponi molecolari al giorno. Nella fase 2, invece, si è arrivati ad una richiesta di circa 11.000 tamponi al giorno, che corrispondono a 250 tamponi/die ogni 100.000 abitanti. La Commissione guidata dal Professor Fazio, invece, ha stimato una necessità di 15.000 tamponi al giorno per rendere pienamente funzionante attività di contact-tracing.

### **Da 250 a 10.000 tamponi al giorno**

Nella prima fase, inoltre, l'indicazione dell'ISS era di effettuare tamponi solo ai soggetti sintomatici gravi; inoltre, la Regione Piemonte aveva scarsa disponibilità di laboratori, per cui il numero di tamponi eseguito era, necessariamente, basso.

Già a settembre, poi, vi era un potenziale massimo di 10.000 tamponi giornalieri, ma il numero di tamponi poi effettuati dipende anche dal lavoro delle ASL, dei SISP, e dei MMG.

Al momento, in Piemonte sono presenti ed attivi 15 laboratori pubblici del SSR e 8 laboratori privati-accreditati. Viene ricordato che, inizialmente, erano presenti soltanto 2 laboratori in grado di processare tamponi.

### **Moltiplicazione dei laboratori, fabbisogno esaudito**

I laboratori del SSR a maggiore produttività sono stati quelli dell'Amedeo di Savoia di Torino (25,6% dei test) e dell'ASO CN (14,4%). Viene indicato in 13.448 il numero massimo di tamponi giornalieri eseguibili, di cui 5.000 eseguiti da laboratori privati. Sono presenti, inoltre, 46 laboratori privati nei quali il cittadino può recarsi per effettuare un tampone a pagamento.

L'andamento settimanale del numero di tamponi effettuati è stato, praticamente, sempre crescente, fino ad arrivare ad un numero che, ad oggi, si attesta intorno ai 18.000/19.000, contando sia i tamponi molecolari sia i tamponi rapidi.

### **Hotspot e test rapidi**

In Piemonte sono presenti 49 hotspot per tamponi molecolari che vengono utilizzati principalmente dai MMG, i quali vi indirizzano i pazienti con quasi certa positività a CoVid-19 in base all'analisi da loro effettuata telefonicamente. Se, invece, i sintomi dei pazienti non sono pienamente compatibili con quelli da CoVid-19, i MMG indirizzano i pazienti verso gli hotspot che eseguono tamponi rapidi, 21 sul suolo regionale.

Ricorda che il DIRMEI ha acquistato 1.000.000 di test rapidi che vengono poi distribuiti alle diverse RSA. Ad ogni ASL, invece, è stato indicato di acquistare un tampone rapido ogni 11.000 abitanti nel primo ordine, e uno ogni 5.000 nel secondo ordine; ogni ASL, quindi, ha il quantitativo adeguato di tamponi rapidi.

### **Caricamento esiti automatizzato**

Ad oggi, nel complesso, sono stati eseguiti 100.000 tamponi rapidi. Il tampone rapido viene utilizzato alternativamente al test molecolare in alcune circostanze, come le RSA e i Pronto Soccorso, in quanto si è notato che essi sono affidabili praticamente al 100% anche in caso di esito positivo, al contrario di ciò che si pensava inizialmente.

Per quanto riguarda il caricamento degli esiti, questo – inizialmente – veniva effettuato manualmente, mentre oggi tale processo è stato automatizzato, nonostante sia stato molto complicato arrivare a disporre di un sistema informatico unico per le diverse ASL.

## **I MEDICI SUL FRONTE DELLA PANDEMIA NEGLI OSPEDALI**

*Audizioni dei rappresentanti delle organizzazioni sindacali dei medici ospedalieri ANAAO, AAROI e CIMO*

La principale difficoltà emersa dai medici ospedalieri nella prima ondata è stata la carenza di DPI.

Per quanto riguarda i DPI, la rappresentanza afferma che, inizialmente, vi era una grande mancanza. Tale mancanza, tuttavia, è stata riscontrata in maniera omogenea anche nelle altre regioni, e anzi alcune regioni si trovavano in situazioni anche peggiori rispetto al Piemonte. Inoltre, viene sottolineato come le indicazioni contraddittorie date inizialmente da ISS e OMS abbiano creato confusione sull'uso dei DPI.

### **Limiti nazionali al tamponamento massivo degli operatori sanitari nella fase iniziale**

Anche i medici segnalano una difficoltà legata ai tamponi, che dovevano inizialmente essere autorizzati dall'Unità di crisi. Inoltre, ancora al 9 marzo, con un numero elevatissimo di contagi a livello nazionale, per eseguire il tampone, secondo le regole nazionali, bisognava avere avuto un contatto con la Cina o con Codogno, nonostante il quadro clinico fosse compatibile con il virus.

La campagna massiva di effettuazione tamponi degli operatori sanitari di tutte le ASL è partita con i limiti imposti a livello nazionale ed è stata influenzata dai pochi tamponi effettuabili ai sanitari in sede domiciliare.

Anche secondo i medici la rete dei laboratori pubblici piemontesi tagliata negli anni era inadeguata per la pandemia. Durante la prima ondata, la carenza di specializzati ha creato difficoltà, poi gli accordi con l'università hanno migliorato la situazione.

### **Necessità di valorizzare e proteggere il medico ospedaliero**

Tema importante la valorizzazione del medico ospedaliero per evitare che tra pandemia e turni si preferisca abbandonare il SSN tema da gestire a livello nazionale per evitare il progressivo deterioramento del SSN anche per i turni di straordinario non retribuito.

Secondo i sindacati dei medici sarebbe stato utile creare ospedali dedicati ai soli pazienti Covid, in modo da riuscire ad offrire cure più adeguate sia ai pazienti Covid sia ai pazienti con altre patologie.

Emerge prima della campagna vaccinale che l'ospedale era un luogo ad elevato rischio di contagio e si sottolinea la necessità di sottoporre a tampone non solo sui ricoverati ma anche il personale.

Viene ribadita la necessità di porre molta attenzione agli episodi da sindrome del burnout, che sorgono non solo per un elevato carico di lavoro, anche per altri fattori psicologici che vanno opportunamente gestiti.

### **Terapie intensive e durata degli ospedali**

Secondo il sindacato anestesisti ogni unità di terapia intensiva per essere ottimizzata deve avere posti tra 8 e 12. Inoltre, vi sono molti problemi strutturali e di edilizia in alcuni ospedali, che sono ormai obsoleti e, a causa di ciò, non sono stati in grado di modulare al meglio percorsi puliti e percorsi sporchi. Gli ospedali, infatti, dovrebbero avere una struttura moderna e modulabile in base alle patologie che, in un determinato periodo di tempo, colpiscono maggiormente la popolazione. La durata di vita degli ospedali, secondo gli esperti, non dovrebbe superare i 30-40 anni, soprattutto considerando il fatto che la medicina, rispetto al passato, continua a fare progressi enormi in tempi molto brevi.

## **LA PANDEMIA IN CARCERE**

*Audizione con il Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale al fine di ricostruire la gestione dell'emergenza Covid negli istituti penitenziari a decorrere da marzo 2020*

In apertura, il Garante si dice soddisfatto della possibilità di audizione e per questo ringrazia sia la Commissione sia il gruppo di lavoro. Nella gestione della pandemia Covid, infatti, l'interesse

---

generale e delle istituzioni si è riversato in prevalenza su altri contesti, tralasciando la questione relativa alle strutture chiuse. Non solo le carceri hanno avuto momenti difficili tra tensioni e gestione, ma si citano anche il Centro di Permanenza per il Rimpatrio di corso Brunelleschi (Torino), l'unica struttura sul Piemonte gestita direttamente dal Ministero dell'Interno, e le REMS, Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza.

### **Gestione del sovraffollamento nei penitenziari**

In Italia gli istituti penali attualmente attivi sono 189 con a febbraio, cioè all'inizio della pandemia, 61 mila detenuti (a fronte di una capienza di circa 50 mila posti certificata dall'Amministrazione penitenziaria). La pandemia è venuta a sovrapporsi, come comprensibile, a una situazione già complicata. Soprattutto nelle carceri sovraffollate è stato più complicato gestire le fasi critiche e i focolai sviluppatisi, nonché talvolta impossibile gestire le procedure così come venivano raccomandate dai livelli internazionali e nazionali, quali l'isolamento e il distanziamento sociale. L'emergenza ha sottolineato, in molti casi, le difficoltà che erano già connesse all'applicazione della deliberazione n.26 del 2016; si sono registrate, infatti, risposte anche molto differenziate e non coerenti fra Asl diverse e fra presidi sanitari diversi nelle 13 carceri del Piemonte. L'OMS ha dichiarato la pandemia e l'emergenza sanitaria a fine gennaio, ma solo il 22 febbraio vi è stata una prima presa di posizione ufficiale dell'Amministrazione penitenziaria, con le raccomandazioni su come muoversi. Con il DPCM dell'8 marzo 2020, art. 2, comma 8, si sono sospesi i colloqui fra le persone detenute e i parenti.

### **Fragilità della popolazione carceraria**

Almeno all'inizio, c'è stata difficoltà nel reperire i dispositivi di protezione individuali. Questo in un contesto in cui le carceri piemontesi avevano 4.500 detenuti, per una capienza regolamentare di 3.900 posti e per una capienza effettiva, decurtata dei posti attualmente in restauro, di 3.700 posti. Quindi, si aveva una consapevolezza di essere in un contesto di grande rischio di contagio, per non poter garantire il necessario distanziamento, e in un contesto in cui la popolazione detenuta è tendenzialmente fragile e a rischio. Facendo un ragionamento molto diretto, in molti casi, si tratta di persone con più patologie; quelli che hanno condanne medio-lunghe hanno in genere patologie legate all'anzianità e al contesto di vita, sicuramente non tra i più salutari in generale, quindi già con delle difese immunitarie più basse. Dall'altro punto di vista, la popolazione più giovane, in molti casi è legata al consumo e allo spaccio di droga, ma soprattutto, per quanto riguarda questo momento, al consumo, quindi con un forte rischio legato già a malattie come l'epatite C, l'HIV e altre malattie immunodepressive. Pertanto, una popolazione a rischio in modo oggettivo. Nella prima fase, che possiamo indicare da marzo all'estate, a livello italiano, vi sono stati 290 detenuti riscontrati positivi al Covid.

### **Monitoraggio e consulenza negli istituti più colpiti**

Per quanto riguarda il Piemonte, nella prima fase vi sono stati 107 detenuti positivi. Il carcere di Torino è stato quello più contagiato.

Il Garante riferisce che alcune Asl hanno fatto più tamponi e hanno gestito anche il rischio connesso all'incertezza, alle paure e alle dinamiche che un passaparola interno in un istituto può provocare, facendo una larga campagna di monitoraggio e, quindi, assicurando i compagni di cella o le persone che sono venute a contatto con la persona che ha avuto i sintomi.

Fra maggio e giugno 2020, dopo un accordo tra Amministrazione penitenziaria, Regione Piemonte Assessorato alla sanità e Medici Senza frontiere, è stato avviato un lavoro di monitoraggio e di consulenza negli istituti (Torino, Saluzzo e Alessandria) che erano stati particolarmente colpiti dal Covid nei mesi di marzo e aprile.

L'articolo 123 del "Cura Italia", che dava uno strumento eccezionale in mano alla Magistratura di Sorveglianza per un affidamento ai servizi o ai domiciliari in gran parte con il supporto del braccialetto elettronico, è stata una risposta che non ha avuto granché successo di applicazione.

### **Dall'emergenza ai progetti di lungo periodo**

Dopo alcune segnalazioni, lettere e richieste di intervento, l'Unità di crisi ha strutturato una presa in carico più diretta del contesto penitenziario; il 24 e il 25 aprile 2020 c'è stato un inizio di dialogo molto serrato fra Unità di crisi e Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria, proprio per innescare una presa in carico condivisa. Il Garante ritiene molto positivo l'incontro tra il Provveditore dell'Amministrazione penitenziaria e la Regione Piemonte in cui si sono valutate problematiche, ma anche progetti a lungo periodo, come la telemedicina.

## **IL MALESSERE PSICOLOGICO ED EMOTIVO DEL PERSONALE SANITARIO**

### *Audizione con il Presidente dell'Ordine degli Psicologi*

L'esperienza consistente in un supporto professionale da parte di psicologi è durata fino alla fine dell'Unità di crisi, con l'istituzione del Dirmei.

Il mandato più forte è consistito nel rilevare il benessere o il malessere psicologico del personale sanitario. È stato organizzato uno studio esplorativo, coinvolgendo tutte le 18 aziende sanitarie locali ospedaliere, con lo scopo di valutare quante persone avessero indicato o espresso il bisogno di un sostegno psicologico. Si sottolinea che questo studio, a differenza di quelli fatti dalla comunità internazionale, ha voluto focalizzare l'attenzione sulla richiesta esplicita.

Sono emerse complessità del lavoro, problematiche organizzative, dover fare nuovi reparti, ampliare i posti Covid, modificare l'equipe per aggiungere personale, tutto ciò in un contesto di velocità, crea ovviamente disagio, malcontento, incertezza, confusione; quindi, oltre al sentimento della fatica a fare un lavoro non spesso premiato perché le morti sono state tante anche in questa fase, dall'altro c'è un livello di rabbia e di malcontento, perché l'organizzazione o le difficoltà organizzative impattano anche sulla qualità del lavoro.

### **Inserire la figura dello psicologo nei livelli decisionali**

Si sottolinea che un supporto psicologico è opportuno ove si organizza, quindi anche all'interno delle Unità di crisi delle Direzioni sanitarie, che non sempre ne dispongono. Si ipotizza che inserire

la figura dello psicologo nei livelli decisionali potrebbe essere utile rispetto a certe situazioni che si creano.

In conclusione, si aggiunge l'importanza di percorsi psicologici dei pazienti ricoverati in rianimazione e poi dimessi, perché ai postumi fisici ci sarebbero da rilevare anche cadute psicologiche, trattandosi di persone che sono state intubate, sedate e ricoverate a lungo.

## **IL RUOLO STRATEGICO DEL TRASPORTO SANITARIO**

*Audizione dei responsabili delle Associazioni di trasporto sanitario Croce Rossa Piemonte, Anpas Piemonte, Sogit Piemonte e Aresa Piemonte*

La Croce Rossa italiana è presente in Piemonte con 95 comitati territoriali, che hanno sede in 173 Comuni differenti e sviluppa la sua attività grazie al lavoro di oltre 22 mila volontari, 608 unità di personale dipendente e può contare su una dotazione complessiva di 1.907 automezzi, di cui 760 ambulanze.

### **Presenza in Unità di crisi e assistenza ai senza fissa dimora**

Da febbraio a giugno 2020 sono state garantite una presenza presso l'Unità di crisi di 1-2 unità al giorno h12 e l'assistenza ai senza fissa dimora.

Da ottobre la Croce Rossa si è resa disponibile al supporto presso alcuni presidi ove sono state installate le tende esterne per l'ampliamento dei posti letto di pronto soccorso; da novembre 2020 è stato garantito, inoltre, il supporto logistico e operativo per la creazione dell'ospedale temporaneo presso il Valentino.

### **Forniture DPI e screening del personale**

Nella prima parte dell'emergenza si è provveduto, anche grazie alle donazioni pervenute, all'approvvigionamento di guanti, mascherine, tute, calzari, cuffie e occhiali alle associazioni: materiale difficile da reperire al tempo. Da metà marzo/aprile l'Unità di crisi ha supplito alle esigenze della CRI ogni settimana/dieci giorni. Per il periodo da novembre 2020 a marzo 2021, la Regione Piemonte si è assunta l'impegno di fornitura diretta di DPI.

Per quanto riguarda lo screening del personale, grazie a un accordo con l'Assessorato alla Ricerca della Regione, nel mese di dicembre sono stati assegnati dalla Croce Rossa 10 mila tamponi rapidi: 2797 di questi, dal 15 dicembre ad oggi, sono stati eseguiti ai volontari, contando solo 22 persone positive al tampone molecolare, con un'incidenza di positività dello 0,78%. Si riporta la massima disponibilità da parte dei vari settori delle Asl.

### **Usura delle ambulanze**

Si propone l'indizione di un bando per il triennio 2021-2023 per contributi a fondo perduto per l'acquisto di ambulanze e mezzi sanitari poiché molte ambulanze si sono usurate più velocemente per le continue sanificazioni con agenti talvolta invasivi.

Nelle audizioni è emerso il supporto degli assessori Icardi, Gabusi e Marnati.

## **LA FRAGILITÀ DEI SERVIZI DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA**

*Audizione con i responsabili dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle Asl Città di Torino, TO3, TO4 e TO5 al fine di ricostruire l'attività durante l'emergenza*

La seconda ondata (ottobre e novembre) è stata molto importante e impattante in termini di attività sui Servizi di Igiene e Sanità Pubblica. Alcuni SISP hanno sofferto le esigue dimensioni e la mancanza di personale; poche persone al SISP, infatti, significava conseguentemente ritardi sul contact tracing, sull'isolamento e sulle quarantene dei soggetti positivi.

### **Rimodulazione dei Sisp**

Le problematiche si sono risolte rimodulando i SISP stessi in funzione della pandemia, tanto che l'intero dipartimento di prevenzione è progressivamente aumentato. Al momento dell'audizione si riescono a prendere in carico i positivi il giorno dopo, mentre durante l'ondata del mese di ottobre i tanti casi erano smaltiti in un lasso di tempo più lungo, tanto che il contact tracing diventava inutile.

Il settore RSA che conta oltre 100 strutture sul territorio, mostra esigenze che al momento sono soddisfatte dalla ASL.

### **Infezioni nelle Rsa e mantenimento in servizio del personale a tempo determinato**

L'Asl di Asti ha registrato 1.700 casi durante la prima ondata, che sostanzialmente è stata gestita con risorse interne al Dipartimento di Prevenzione e con l'aiuto di professionisti provenienti da altri servizi. Nel mese di novembre sono aumentate le risorse, tra cui una trentina introdotte a tempo pieno a supporto dell'attività di contact tracing. In questa prima fase le strutture socio-sanitarie e le residenze per anziani hanno comportato un grosso bacino di infezioni; nella seconda ondata, invece, si sono avuti meno casi in percentuale. Interrogativo sulla possibilità di mantenere in servizio il personale contrattualizzato a tempo determinato, in particolar modo gli specializzandi che sono difficilmente sostituibili.

### **Mobilizzazione del personale amministrativo**

Si nota che a Vercelli, per esempio, il personale amministrativo provinciale si è mobilitato sia per l'attività di tipo amministrativo sia per la formazione all'attività di contact tracing. A Biella, invece, sono stati arruolati anche volontari, perlopiù pensionati. Anche in questo caso si sottolinea una buona collaborazione da parte dell'ente provinciale. Ad Alessandria, nella prima fase, è stato raggiunto un accordo con i medici di medicina generale affinché ci fosse una loro partecipazione attiva nella gestione dei casi e nella sorveglianza sui pazienti. Stesse situazioni e criticità espresse precedentemente anche per l'Asl del Vco, dove si è cercato di mantenere differenziato il personale addetto al tracciamento e quello addetto alle vaccinazioni.

## **L'ANDAMENTO DELLA CURVA PANDEMICA**

*Audizione del Direttore del Servizio di Epidemiologia di riferimento regionale al fine di ricostruire l'andamento della curva pandemica a decorrere dallo scorso marzo 2020, con particolare riferimento alle fasce fragili della popolazione*

Il virus ha colpito una speranza e attesa di vita in salute che era in continua crescita. In confronto alla Germania, per esempio, l'Italia ha due anni e mezzo di speranza di vita in più.

La popolazione italiana, quindi, ha molti super anziani. La sanità piemontese chiamata a fronteggiare il Sars-Cov2 è stata quella reduce dalla crisi economica del 2008 e del debito pubblico del 2012, per cui con una mancata crescita del Fondo Sanitario Regionale e con la necessità di mettere i conti in ordine.

### **Nella seconda ondata, migliorata la capacità di tracciare i casi**

Per quanto riguarda il contagio, la determinante è la mobilità. Da qui il conseguente andamento dei ricoveri ordinari in terapia intensiva. Nella seconda ondata è migliorata la capacità di tracciare i casi, ma l'impatto in termini di ricoveri è lo stesso della prima ondata.

Le due ondate si somigliano anche in riferimento alle fasce d'età colpite; le persone più fragili non ce l'hanno fatta e, in qualche caso, la mortalità di alcune persone è stata anticipata di qualche mese. La campagna vaccinale, già a partire dai mesi di febbraio-marzo, si è dimostrata un beneficio per le persone anziane ricoverate in RSA.

### **Soggetti a rischio e ricoveri ordinari**

L'impatto della pandemia ha avuto tra le determinanti l'età. La probabilità di ricovero infatti cresce con l'aumentare dell'età, arrivando a triplicarsi tra gli uomini e a quintuplicarsi tra le donne. Un'altra questione è legata alle malattie croniche (anche respiratorie): in questo caso non solo il rischio di ricovero aumenta, ma raddoppia quello di morte. Se si considerano i ricoveri ordinari, si è verificato un crollo degli accessi; pensiamo all'infarto di cuore: potrebbe essersi innescata la paura di cercare aiuto per un infarto durante la pandemia. Questo potrebbe aver portato a presentare tardivamente i segni, i sintomi e quindi le cure. Situazione analoga in ambito ortopedico, per esempio: la ripresa delle cure è iniziata solo nel mese di giugno.

In vista di miglioramenti e piani di azioni, la priorità va data alla copertura vaccinale. Seguono l'innovazione nel tracciamento, nel confinamento e nello scrutinare le disuguaglianze.

### **Strategici il piano vaccinale e il contact tracing**

È un dato di fatto che il piano vaccinale potrebbe essere in grado di ridurre del 75% il rischio di ricovero e del 70% quello di passaggio in terapia intensiva per la fascia degli ultra sessantacinquenni. Alle stesse condizioni si sarebbero ridotti del 90% anche i decessi attribuiti a

Covid-19. Il piano vaccinale strategico prevedeva questi aspetti già il 10 dicembre, ma il modo in cui è stato attuato, considerando le dosi disponibili, secondo le disposizioni nazionali ha privilegiato categorie importanti ma forse non centrali.

Altra innovazione importante è la ricerca delle vie di contagio. Non si sa nulla a riguardo, in quanto il modo in cui viene fatto il contact tracing da parte dei servizi di igiene pubblica vale per il singolo caso e i suoi contatti, ma non viene messo in condivisione e perciò non può essere oggetto di un'analisi.

Lo stato dell'epidemiologia piemontese è buono dal punto di vista delle competenze, ma purtroppo il virus ha impattato su una situazione che doveva essere riordinata; un paio di anni fa, viene ricordato, si era proposto di trasformare questa rete di epidemiologia in un dipartimento regionale e funzionale, con maggiore capacità di coordinamento e con una distribuzione regionale più omogenea in modo da valorizzare tutte le risorse.

### **Revisione della rete di epidemiologia, sostegno psicologico e contesto scolastico**

Per quanto riguarda l'accesso al sostegno psicologico, non si ha a disposizione un sistema informativo adeguato. In molte Asl, però, ci sono stati interventi di arricchimento della capacità di sostegno psicologico.

Contesto scolastico: il parere è che con le formule di isolamento, d'igiene degli ambienti, di distanziamento e di protezione individuale la scuola è stata resa abbastanza sicura.

Si conclude affermando che se queste iniziative, dalla revisione della rete di epidemiologia al lavoro sul contagio, potessero ripartire sarebbe un aiuto.

### **I RITARDI DEL PIANO ARCURI E IL PIANO PANDEMICO**

*Audizione dei responsabili dell'Area sanitaria e della Rete ospedaliera dell'Unità di Crisi, al fine di approfondire gli interventi regionali di attuazione del piano di realizzazione di posti letto per pazienti Covid*

La riunione con i direttori sanitari fa emergere che il piano Arcuri ha avuto notevoli ritardi e si sono ottenuti solo una parte di posti che erano già in anagrafe prima della pandemia. Il fatto che ci sia un piano pandemico regionale è stato un grande valore aggiunto; la Regione ha investito per 22 milioni in materiale di qualità e con un minor dispendio di fondi del 20 per cento.

Si nota che a livello ministeriale i modelli organizzativi sono poco integrati, per cui occorre partecipare anche a livello nazionale per definire meglio tali.

### **PROGETTO SCUOLA SICURA**

*Audizione con i responsabili del contact tracing scolastico della Regione Piemonte*

Gli interventi ricostruiscono l'azione di progettazione del sistema di contact tracing scolastico e forniscono indicazioni rispetto alle adesioni (e ai motivi di quelle mancate). Il progetto Scuola

sicura era uno screening modulare su cluster che mirava ad offrire un contributo in più al contact tracing.

A fine dicembre, nell'ipotesi della ripresa dell'attività scolastica in presenza dal 7 gennaio, la Giunta volle coinvolgere il gruppo di lavoro di epidemiologi; i numeri della partecipazione non sono stati quelli attesi, in quanto l'eventuale test positivo avrebbe comportato anche la quarantena, ovviamente dei familiari, ma anche della classe.

### **Bambini e giovani, l'importanza dello screening**

Il motivo per cui è stato proposto uno screening è che bambini e giovani sono meno suscettibili alle manifestazioni cliniche del Covid-19 rispetto ad altre fasce d'età, ma, certamente, sono veicoli del contagio e possono contribuire alla diffusione della malattia; le scuole poi sono certamente un luogo di aggregazione che può essere tenuto facilmente sotto controllo. L'attuazione dello screening e l'applicazione tempestiva delle misure preventive ad un più vasto numero di classi ha un potenziale importante per contrastare la diffusione del contagio e potrebbe contribuire a sostenere la didattica in presenza in questa fascia d'età, proprio perché riesce ad intervenire il più precocemente possibile, individuando appunto casi asintomatici.

### **Capacità di monitoraggio e test salivari**

Per quel che riguarda, invece, la capacità di monitoraggio, nella settimana del 25 gennaio abbiamo raggiunto intanto 1.000 test a settimana, mentre i 3.000 test a settimana sono stati raggiunti nella settimana del 22 febbraio (come descrizione di quanto succedeva).

Emerge l'intenzione della Regione di dotarsi di test salivari per uso scolastico, provvedimento recentemente approvato a livello nazionale. Si sottolinea che la Regione ha fatto piani scuola sicura sempre aggiornati con le linee guida nazionali del ISS.

## **L'EMERGENZA NEGLI OSPEDALI METROPOLITANI**

*Audizione dei Direttori Generali e Sanitari delle Aziende Ospedaliere Universitarie Città della Salute e della Scienza di Torino e San Luigi di Orbassano, nonché dell'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino*

Città della Salute ha risposto, così come tutte le altre Aziende, nella prima ondata in maniera abbastanza puntuale, anche tenendo conto di quella che era la situazione. La prima ondata, arrivata a febbraio-marzo dell'anno scorso, nonostante le indicazioni dell'Unità di crisi cliniche-organizzative, approvvigionamenti e quant'altro, ha trovato l'Azienda spiazzata di fronte a un virus pandemico, che naturalmente, era tutto da conoscere, con quello che comportava anche nel tema di gestione clinica.

### **Vantaggi delle strutture a silos e criticità conversione dei reparti**

Vi sono state alcune criticità, che all'interno della Città della Salute abbiamo trovato, soprattutto nel presidio Molinette; più semplice negli altri presidi, che sono un po' più a silos verticali, quindi Regina Margherita, Sant'Anna e, soprattutto, CTO, in cui la possibilità di individuare percorsi separati era un po' più snella, mentre molto più complessa era all'interno dell'ospedale Molinette. Altra criticità è stata quella di individuare immediatamente dei reparti dedicati Covid, quindi conversione di reparti, soprattutto all'area medica, in reparti da non Covid a Covid.

Altra criticità/necessità emersa è stata quella di garantire il flusso e il percorso per i pazienti no Covid per le altre patologie, comprese quelle ad altissima complessità. Conciliare le due attività, quindi, non è stata cosa agevole. L'altra problematica significativa è stata l'approvvigionamento di dispositivi di protezione individuale. Nonostante le grosse difficoltà, nell'Azienda non sono mai mancati i dispositivi di protezione individuale.

### **Differenze tra la prima e la seconda ondata**

La seconda ondata è stata diversa dalla prima: concomitanza di arrivo pazienti Covid con la contestuale non riduzione di arrivo di pazienti no Covid. Questo, naturalmente in termini gestionali ha creato la difficoltà a gestire i due flussi in maniera puntuale, cercando di ridurre al minimo quelli che erano i disagi per i pazienti che arrivavano.

I percorsi Covid e non Covid erano già consolidati, procedure di sicurezza, dispositivi di protezione individuale che, dopo le indicazioni sia dell'Unità di crisi che Dirmei, erano stati approvvigionati. Anche nella seconda parte ha inciso l'assenza di personale per malattia e per quarantene per contatti vari, ma abbiamo anche superato la seconda ondata.

Città della Salute ha avuto in carico, durante la seconda ondata, quindi nel mese di novembre e dicembre fino al 31 gennaio, anche la struttura sanitaria temporanea Valentino, quindi ospedale da campo.

### **Terza ondata, piano Arcuri e contributo del Dirmei**

È arrivata poi la terza ondata nel mese di marzo, ancora diversa dalla seconda. Un paziente più giovane, un paziente più complesso, con un'età media di 40-50 anni.

La prima fase ha visto la riconversione di numerosi reparti in Covid. Il nostro ospedale aveva un reparto di terapia intensiva con 8 posti letto in media occupati; siamo passati, sin dalla prima fase, a 24 letti di terapia intensiva.

Con i lavori del cosiddetto "Piano Arcuri", per il raddoppio delle terapie intensive dovrebbero iniziare entro l'estate, ma vi sono stati ritardi legati alla struttura commissariale nazionale.

Il contributo del DIRMEI è stato fondamentale. Per quanto riguarda la campagna vaccinale, si è riscontrata un'alta adesione su tutti i presidi rappresentati.

Corretto approccio della Regione a estendere a tutti la vaccinazione e non solo ai dipendenti in senso stretto.

## **L'EMERGENZA NEGLI OSPEDALI HUB DI NOVARA, CUNEO E ALESSANDRIA**

*Audizione dei Direttori Generali e Sanitari dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carità di Novara nonché delle Aziende Ospedaliere Santa Croce e Carle di Cuneo e SS Antonio, Biagio e C. Arrigo di Alessandria*

All'ospedale Maggiore della Carità c'è stata una risposta particolarmente efficiente rivolta nella prima fase pandemica a riorganizzare nell'arco di 48 - 72 ore l'intera attività ospedaliera. La risposta è stata rapida e importante lo strascico reale per il futuro sarà calibrare con la risposta molto prolungata rispetto a ospedali che in realtà sono degli Hub. Qui il primo laboratorio di microbiologia. La criticità non è stata tanto di ordine tecnico, quanto di reperire personale.

Per quanto riguarda Cuneo, a metà marzo 2020 c'erano circa 60 posti COVID. Le problematiche sono state, nella prima ondata, i presidi e i dispositivi medici e i problemi di personale, con nella prima fase 80 operatori positivi al COVID. La pandemia ha rappresentato una emergenza che costringerà a modificare anche gli aspetti professionali e organizzativi; fondamentale l'unità di crisi aziendale istituita già il 24 febbraio.

L'emergenza è stata governata dalla cabina di regia istituita nel marzo 2020 in linea con il Dime per tutte le Aziende ospedaliere. Il piano pandemico regionale, si ricorda, è uno dei pochi presenti in Italia; il Piemonte, quindi, già a inizio del mese agosto aveva illustrato i contenuti del Piano pandemico e aveva dato ulteriori indicazioni su come prepararsi alla seconda ondata.

## **CONTINUITA' ASSISTENZIALE E PERSONALE SOCIO SANITARIO**

*Approfondimento sulla gestione dell'emergenza da Covid-19 per le parti di competenza dell'Assessore alle Politiche sociali*

Sono state adottate disposizioni di carattere straordinario per la sostituzione del personale per garantire la continuità assistenziale.

Per le RSA la deliberazione di Giunta inerente alla sostituzione del personale delle strutture residenziali socio sanitarie socio assistenziali per garantire i servizi essenziali sospende le regole relative all'utilizzo di personale Oss di cui le strutture presenti sul territorio regionale erano carenti a seguito della migrazione degli stessi verso le ASR.

L'apertura agli allievi dei corsi Oss è stata impugnata due volte al Tar, impugnazione sempre respinta. Abbiamo approvato lo schema di protocollo d'intesa con l'Unità di crisi regionale per costruire un tavolo di lavoro congiunto; abbiamo istituito l'osservatorio regionale delle RSA, lavorando sulle misure urgenti per la continuità delle prestazioni residenziali di carattere sanitario. Abbiamo agito sul fronte del welfare abitativo con le misure del Riparti Piemonte articolo 30 moratoria per la metà dell'importo delle restituzioni dovute annualmente.

## **LA COPERTURA DELLE SPESE**

*Approfondimento sulla tematica dei fondi nazionali Covid spesi e avanzati ai sensi del decreto 104/2020 e dei decreti n. 14, 18 e 34 del 2020*

I fondi provengono da tre decreti legislativi: il n. 18, il n. 34 e il n. 104 (quello delle liste d'attesa). Il primo decreto legislativo ha dato 104 milioni di parte corrente e 3 milioni di investimenti (articolo 20). Il secondo decreto ha assegnato 122 milioni e il decreto delle liste d'attesa ha assegnato 35 milioni.

Lo stato dell'arte a oggi è che lo Stato, per le spese dal 1° gennaio all'8 aprile 2020, ha mantenuto l'impegno preso da parte del Commissario Arcuri di rimborsare. Adesso c'è in discussione un riparto: lo Stato ha messo da parte un miliardo. Nessuna copertura dallo Stato per i DPI. Si è cercato di coprire la spesa dei DPI relativa al periodo 31 maggio - 31 dicembre; è stato attivato il POR-FESR e un finanziamento attuale, già impegnato e già accertato nel corso del 2020, pari a 40 milioni.

Attualmente, è arrivato un finanziamento di 40 milioni e questo è servito a coprire le prime due domande ricevute: Torino Città e e ASL CN1.

## VALUTAZIONI RIASSUNTIVE

### LA SANITA' DELLA REGIONE PIEMONTE ALLA VIGILIA DELLA PANDEMIA Criticità storiche e forze in campo

La Regione Piemonte soffre, storicamente, di un grande ritardo nell'ammodernamento del parco tecnologico e nella costruzione di nuovi ospedali.

I tagli a cui è stata sottoposta la Regione Piemonte nel piano di rientro (29 luglio 2010-21 marzo 2017) hanno ulteriormente indebolito l'offerta sanitaria piemontese.

In particolare, con la DGR 1-600 del 27 novembre 2014, la nostra Regione, diversamente da altre realtà territoriali, **ha ridotto i posti letto ospedalieri** per anticipare i rigidi parametri del successivo DM 70 2015.

In questa situazione la Regione si vedeva costretta, di anno in anno, ad adottare misure straordinarie per assicurare le cure ordinarie anche in caso degli annuali picchi influenzali, proprio per una ridotta disponibilità di posti letto nell'ordinario.

I tagli non si sono fermati all'offerta dei posti letto, alla riduzione dei pronto soccorso, alla chiusura delle sale operatorie (con impatto sulla limitazione dei posti letto di terapia intensiva), ma hanno interessato anche la **dotazione organica del personale sanitario**.

La carenza di risorse ha colpito duramente anche la capacità di investimento della Regione, che non ha potuto rinnovare i propri **ospedali (che presentano strutture obsolete e non adeguate ad una medicina moderna)** né procedere ad un adeguato piano di investimento per il rinnovo delle attrezzature sanitarie (es. **mancata sostituzione di tac, risonanze ecc**).

La rete dei laboratori è stata falciata da provvedimenti che, per ridurre i costi, hanno lasciato sui territori una struttura insufficiente a gestire situazioni di emergenza. **Pochi laboratori, pochi tecnici di laboratorio, poche strutture pubbliche, sottodotate.**

In una condizione di progressivo invecchiamento della popolazione e di progresso tecnologico mondiale, il bisogno di sanità cresce ogni anno. La Regione Piemonte, per i vincoli imposti dalla spending review (che si sono innestati sul piano di rientro!) **al DL 95 2012, non ha potuto incrementare la spesa presso le strutture private, per cui il valore di produzione è stato sostanzialmente congelato ai valori del 2011.**

**L'offerta pubblica e privata, di posti letto, ambulatori e laboratori era quindi ridotta ai minimi termini e senza la possibilità, secondo i rigidi vincoli di spesa nazionali, di cambiare la situazione.**

La situazione di equilibrio appena ritrovato dei conti della Regione Piemonte è presto peggiorata: quando il nuovo Governo regionale si è insediato, a giugno 2019, la situazione dei conti ha subito destato preoccupazione. Non a caso il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha certificato i conti 2019 della Regione Piemonte come in "disavanzo strutturale", per l'impossibilità di coprire i costi ordinari con i ricavi ordinari. **La situazione ereditata era quindi una situazione di perdurante difficoltà anche dal punto di vista economico.**

Non disponendo di risorse, il piano di investimenti del Governo Chiamparino, di cui alla Deliberazione del Consiglio regionale n. 286 - 18810 dell'8 maggio 2018, prevedeva un piano di edilizia sanitaria tramite lo strumento del PPP in un contesto però di forte indebitamento, per i nuovi ospedali del Piemonte. La costruzione di un nuovo ospedale richiede dai 7 ai 9 anni, se l'opera o il costruttore non incorrono in imprevisti.

La costruzione di un nuovo ospedale richiede dai 7 ai 9 anni, se l'opera o il costruttore non incorrono in imprevisti.

Se l'assistenza ospedaliera non poteva brillare, in assenza di investimenti e con un organico ridotto, lo stesso va detto per l'assistenza territoriale.

La situazione del Piemonte rivelava una **grande frammentazione dell'offerta sanitaria erogata dai medici di medicina generale**, costretti ad operare in modalità isolate, sparsi su un territorio caratterizzato da grandi difficoltà di trasporto. La mancata aggregazione dei medici di base non era nemmeno incentivabile, in quanto **anche i fondi per avviare nuovi studi in forma associata risultavano esauriti**. Le Case della Salute rappresentavano un apprezzabile tentativo di superare questa frammentazione, ma purtroppo solo una soluzione assai parziale alle problematiche della cronicità e della fragilità.

In questo contesto la telemedicina, che avrebbe potuto consentire, attraverso la tecnologia, grandi miglioramenti, era agli albori, incagliata fra problematiche relative all'elezione degli strumenti tecnologici da utilizzare, privacy e aspetti giuridici relativi al riconoscimento della prestazione medica erogata nelle nuove modalità.

L'area della Prevenzione scontava il mancato ammodernamento del modello previsto dal dlgs 502/1992. **I Dipartimenti di Prevenzione**, le cui strutture ed il cui personale erano stato ugualmente ridotti dal piano di rientro, **erano in grado di assolvere ai soli compiti ordinari**.

Non esistevano strutture di prevenzione in grado di operare su tutto il territorio, con una specializzazione funzionale sulle malattie infettive in ambito emergenziale. Le forme aggregative, fra cui l'Epi Piemonte ed il Seremi, o si occupavano di altre tematiche, come nel caso degli studi epidemici o **disponevano di una dotazione di personale, come nel caso del Seremi, limitatissima**.

La mancanza di strutture di aggregazione trasversale e di specializzazione funzionale in grado di operare a livello regionale in area di prevenzione si accompagnava alla mancanza di software e di strumenti operativi.

**I SISP**, che non erano più stati oggetto di interventi organizzativi nemmeno da parte dello Stato, in questo contesto, **non erano assolutamente in grado di assolvere ai compiti che improvvisamente lo Stato assegnava loro**.

Non esistevano strumenti in grado di gestire, su un unico desk, tutta l'offerta dei posti letto di ricovero ordinario e di terapia intensiva in Piemonte (**mancanza di software e procedure per gestire l'offerta sanitaria in tempo reale**).

**Non esistevano procedure operative per il coinvolgimento, in parallelo, della Protezione civile e della Sanità**.

La situazione dei conti della Regione aveva prodotto anche una sotto-dotazione delle strutture dell'Assessorato alla Sanità, che, negli anni, avevano dimezzato il numero di funzionari e ridotto il numero dei dirigenti presenti, portando la struttura regionale a valori di molto inferiori a quelli di altre Regioni di analoga popolazione (per una comparazione, si vedano Veneto o Emilia Romagna).

**Mancavano strutture in grado di operare trasversalmente a favore delle Aziende Sanitarie Locali, fatta eccezione per il CSI, per la parte informatica e per SCR per l'effettuazione delle procedure di acquisto di beni e servizi.**

L'unica struttura che operava, in ambito sanitario, a livello regionale, con un coordinamento fra tutte le Aziende Sanitarie regionali, era il Dipartimento 118, che ricomprendeva anche la Struttura per la Maxi Emergenza, i cui dirigenti avevano già operato in situazioni di grande emergenza.

## **LA CATENA DI COMANDO**

### **Struttura e competenze della gestione emergenziale**

In Piemonte la catena di comando dell'emergenza è stata strutturata su più livelli di responsabilità, con la progressiva creazione di sei organismi funzionali: l'Unità di Crisi della Regione Piemonte, il Comitato Tecnico Scientifico, il Gruppo per la riorganizzazione della Medicina territoriale guidato da Ferruccio Fazio, il Gruppo di lavoro sulla riorganizzazione ospedaliera presieduto da Giovanni Monchiero, il D.I.R.M.E.I. ed il nuovo settore regionale "Emergenza Covid-19".

Il 22 febbraio 2020, appena prima che il governo decidesse di attribuire un ruolo particolare alle Regioni, il Piemonte ha iniziato a strutturare la macchina dell'emergenza istituendo l'Unità di Crisi Regionale (U.C.R.).

In questa prima fase, si era trattato di un organo leggero, anche se l'atto istitutivo prevedeva che il coordinatore dell'unità provvedesse poi a successive nomine. In ogni caso, il Decreto del presidente della Regione Piemonte n. 22/2020 si limita a indicare esplicitamente solo 6 membri. All'Assessore Luigi Icardi viene attribuita la "supervisione relativa alla verifica dell'operatività dell'unità di crisi".

Due sono i componenti dell'Amministrazione: il segretario generale della Regione Paolo Frascisco, con il "ruolo di referente generale delle attività svolte presso l'unità di crisi", e Sandra Beltramo dirigente del settore protezione civile della Regione. Oltre a questi, gli altri componenti appartengono tutti al servizio emergenza del 118. Primo tra tutti Mario Raviolo, direttore della maxiemergenza 118 e come tale referente sanitario regionale, ovvero l'anello di congiunzione con la struttura nazionale della protezione civile. A lui è demandato il ruolo di coordinatore generale delle attività dell'Unità di Crisi.

Per adattare l'U.C.R. già istituita al nuovo quadro definito a livello nazionale, il 6 marzo, un nuovo decreto (D.P.G.R. n. 27/2020) ha ridefinito la struttura dell'U.C.R. ed istituito il Comitato Tecnico Scientifico.

Con questo atto il governatore Cirio ha anche delegato le sue funzioni di soggetto attuatore a due dirigenti regionali. Si tratta di Salvatore Femia, direttore generale delle opere pubbliche, difesa del suolo e protezione civile, e di Fabio Aimar direttore generale della Sanità.

Entra a far parte dell'Unità anche Marco Gabusi, assessore con deleghe alla protezione civile, che assume gli stessi compiti già assegnati a Icardi.

Con questo decreto, inoltre, sono attribuite nuove competenze all'U.C.R. e viene istituito il Comitato Tecnico Scientifico, un organo consultivo con il compito di rilasciare pareri su richiesta del presidente dell'Unità di Crisi, composto per la maggior parte da professionisti del settore sanitario, ma non solo.

A presiederlo il dottor Roberto Testi, dell'Asl Città di Torino, e alla vicepresidenza Franco Ripa, dirigente della direzione Sanità e welfare della Regione.

Il 16 marzo, con un nuovo decreto (D.P.G.R. n. 32/2020), Vincenzo Michele Cocco viene nominato commissario straordinario per l'emergenza covid-19.

Il nuovo commissario assume poteri superiori rispetto al coordinatore dell'U.C.R.

Viene infatti stabilito che il commissario coordina e sovrintende a tutte le funzioni dell'Unità di Crisi. Inoltre, se da un lato la normativa nazionale riserva al referente sanitario regionale il raccordo con la centrale remota operazioni soccorso (Cross), dall'altro il nuovo decreto indica il commissario come rappresentante operativo unico della Regione Piemonte nei confronti degli organi nazionali preposti.

In aggiunta, Cocco è incaricato del commissariamento straordinario del sistema regionale di protezione civile. Per assisterlo nello svolgimento dei suoi compiti sono inoltre indicate una serie di strutture e figure aggiuntive, tra cui lo stesso Raviolo.

Cocco provvede, intanto, a nuove nomine all'interno dell'Unità: verso fine marzo, Flavio Boraso, direttore generale dell'Asl To3, è stato nominato coordinatore sanitario dell'U.C.R.

Elide Azzan, dell'Asl di Novara, già componente del comitato tecnico scientifico, prende il posto di Raviolo. Oltre a lei, entra nell'Unità di crisi anche Paolo Vineis, vicepresidente del Consiglio Superiore di Sanità e membro della Task force dati per l'emergenza Covid-19, a cui viene affidata la "nuova area di supporto alla pianificazione strategica dell'unità di crisi".

Il 21 aprile si insedia il gruppo per la gestione della fase 2 e la riorganizzazione della Medicina territoriale sotto la guida di Ferruccio Fazio (D.G.R. n. 1-1252 del 20 aprile 2020).

L'obiettivo che la Regione ha assegnato al gruppo di lavoro è analizzare e certificare le carenze strutturali che l'emergenza Coronavirus ha messo in luce sul sistema sanitario piemontese e da lì ripartire per costruire una strategia che rivolga particolare attenzione alla medicina di territorio e al corretto rapporto tra assistenza ospedaliera e territoriale.

A circa 10 giorni di distanza (D.G.R. n. 32-1309 del 30 aprile 2020), su impulso dell'assessore Icardi, nasce un altro Gruppo di lavoro, questa volta incentrato sulla riorganizzazione ospedaliera. A presiederlo Giovanni Monchiero. Oltre a lui fanno parte del Gruppo altri 10 membri, tutti provenienti dalle ASL o dalle aziende ospedaliere. Di questi, 2 fanno anche parte del comitato tecnico scientifico e una, Elide Azzan, sia del comitato che dell'Unità di Crisi.

Il gruppo Fazio e quello di Monchiero si distinguono dunque per competenza: il primo si occupa di medicina territoriale, il secondo di organizzazione ospedaliera.

Con deliberazione n. 16-1481 del 5 giugno 2020, la Giunta regionale ha istituito il Dipartimento interaziendale funzionale, a valenza regionale, denominato "Malattie ed Emergenze Infettive" –

D.I.R.M.E.I., costituito dall'aggregazione di una molteplicità di Strutture delle diverse Aziende del SSR.

Al D.I.R.M.E.I. viene assegnato il coordinamento nell'ambito della gestione dell'emergenza COVID-19, senza soluzione di continuità rispetto a quanto svolto dalle competenti aree funzionali dell'U.C.R.

In data 13 luglio 2020, sulla base dell'evoluzione della situazione epidemiologica piemontese, il commissario straordinario per l'emergenza COVID-19 ha rimodulato l'operatività dell'U.C.R. prevedendo che la gestione delle competenze sanitarie, già in capo alla stessa, siano ricondotte al D.I.R.M.E.I. e quelle di protezione civile al Settore Protezione civile della Regione Piemonte.

Il DPGR n. 93 del 8 settembre 2020, nel ridefinire il funzionamento dell'U.C.R., conferma il direttore ad interim del D.I.R.M.E.I. quale coordinatore-commissario per la gestione delle politiche sanitarie per l'emergenza COVID-19.

Nella nuova configurazione, a coadiuvare il commissario generale Vincenzo Cocco, a cui continuano a fare capo il coordinamento dell'U.C.R. e i rapporti con il Governo di gestione operativa della pandemia, sono Carlo Picco e Antonio Rinaudo: al primo è affidata la gestione delle politiche sanitarie in qualità di direttore del Dirmei, all'interno del quale erano già confluite le diverse funzioni sanitarie dell'Unità di Crisi, con l'obiettivo di metterne a sistema in modo permanente l'esperienza; al secondo l'area giuridico-amministrativa, che accanto al coordinamento legale si occuperà della scuola, degli stranieri e della popolazione senza fissa dimora, delle carceri e dei comizi elettorali. A Cocco faranno capo direttamente le due aree funzionali della Protezione civile e della Comunicazione istituzionale.

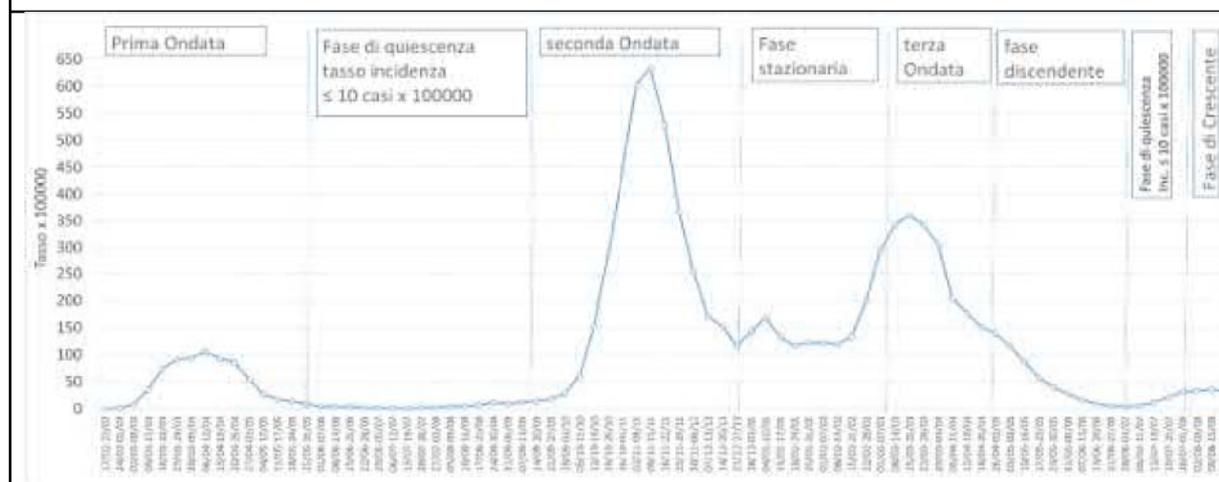
La Direzione dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte, dal mese di ottobre 2020, ha un nuovo Settore dedicato all'emergenza Covid-19, nato per potenziare la Direzione sanitaria e per concentrare il più possibile l'attenzione sull'emergenza, con il compito di verifica della puntuale applicazione della programmazione regionale e di sovrintendere le attività sanitarie dell'U.C.R. e del Dirmei, accanto a quella delle Aziende sanitarie del territorio.

## L'EPIDEMIA SARS-COV2 IN PIEMONTE

### L'andamento della pandemia, dal primo caso alla quarta ondata

Il primo caso di COVID-19 in Piemonte fu confermato il 22 febbraio 2020 in un uomo di 40 anni. Da allora, dopo 86 settimane, alla data del 10 ottobre 2021 nella nostra regione sono stati diagnosticati 384.576 casi, circa 11.774 decessi segnalati alla protezione civile e in attesa di conferma da parte dell'ISTAT. Al momento dall'andamento è possibile riconoscerne nove distinte fasi (grafico 1.a), le cui caratteristiche verranno descritte in seguito in questo documento.

**Grafico1a: Andamento giornaliero complessivo dei casi COVID-19 dal 17.02.2020 al 11.10.2021**

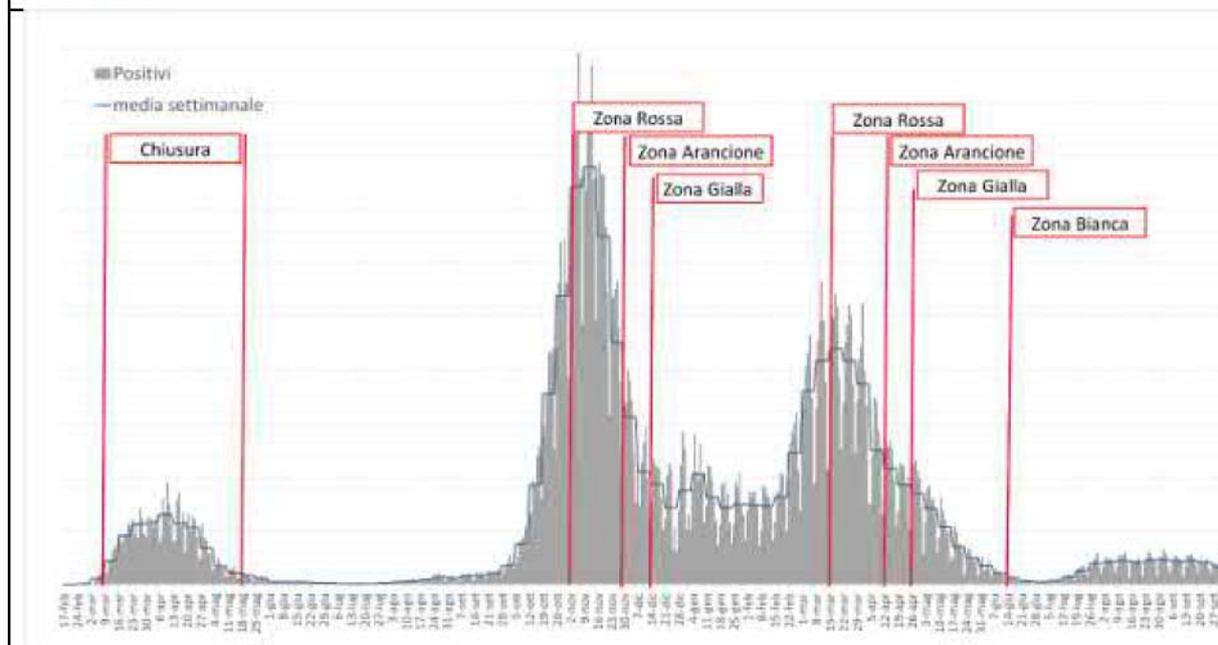


RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

Su queste fasi hanno anche inciso i diversi provvedimenti attuati a partire da marzo 2020 con la chiusura e a partire da novembre 2020 con la successioni dei provvedimenti restrittivi rappresentati nel prospetto 1 e nel grafico 1b.

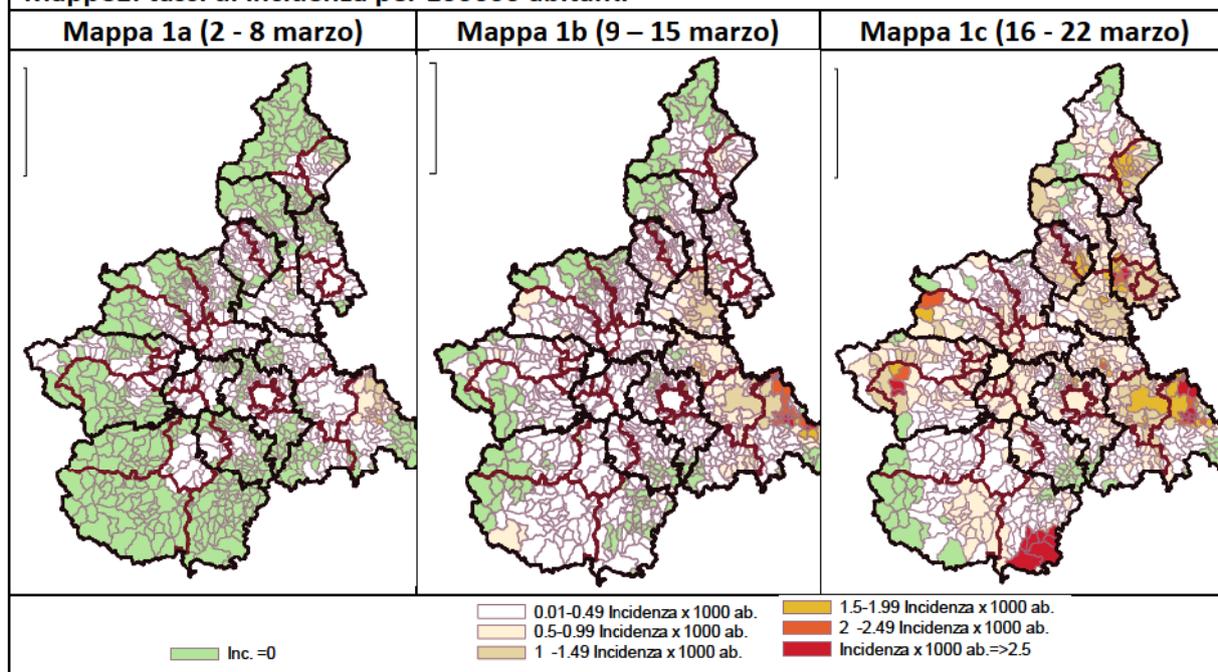
Prospetto 1:				
Zona	Data Inizio	Data fine	Normative	Regioni ricomprese nella normativa
Rossa	06/11/2020	28/11/2020	Circolare 7 Novembre Ministero Interno - ORDINANZA 19 novembre 2020	Calabria, Lombardia e Valle d'aosta - Puglia e Sicilia
Arancione	29/11/2020	12/12/2020	Ministero della salute 27 Novembre	Calabria, Liguria, Lombardia e Sicilia
Giallo	13/12/2020	23/12/2020	ORDINANZA 11 Dicembre 2020	Abruzzo, Basilicata, Calabria e Lombardia
Rossa	24/12/2020	27/12/2020	Decreto Natale 18/12/2020	Tutte le regioni
Arancione	28/12/2020	30/12/2020	Decreto Natale 18/12/2020	Tutte le regioni
Rossa	31/12/2020	03/01/2021	Decreto Natale 18/12/2020	Tutte le regioni
Arancione	04/01/2021	04/01/2021	Decreto Natale 18/12/2020	Tutte le regioni
Rossa	05/01/2021	06/01/2021	Decreto Natale 18/12/2020	Tutte le regioni
Giallo	07/01/2021	16/01/2021		
Arancione	17/01/2021	31/01/2021	ORDINANZA 16 Gennaio 2020	Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche , Puglia, Umbria e Valle d'Aosta
Giallo	01/02/2021	13/03/2021		
Rosso	14/03/2021	11/04/2021	Ordinanza 12/03/2021 - ORDINANZA 2/04/2021	Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Lombardia e Veneto - Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Puglia, Toscana e Valle d'Aosta.
Arancione	12/04/2021	25/04/2021	ORDINANZA 9 aprile 2021	Calabria, Emilia Romagna, Friuli-Venezia,Giulia, Lombardia e Toscana
Gialla	26/04/2021	13/06/2021	DGR 29 Aprile 2021	
Bianca	14/06/2021		ORDINANZA 11 giugno 2021	Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia
<a href="https://www.regione.piemonte.it/web/temi/coronavirus-piemonte/archivio-ordinanze-coronavirus-piemonte">https://www.regione.piemonte.it/web/temi/coronavirus-piemonte/archivio-ordinanze-coronavirus-piemonte</a>				

**Grafico1b: Andamento giornaliero complessivo dei casi COVID-19 dal 17.02.2020 al 11.10.2021**

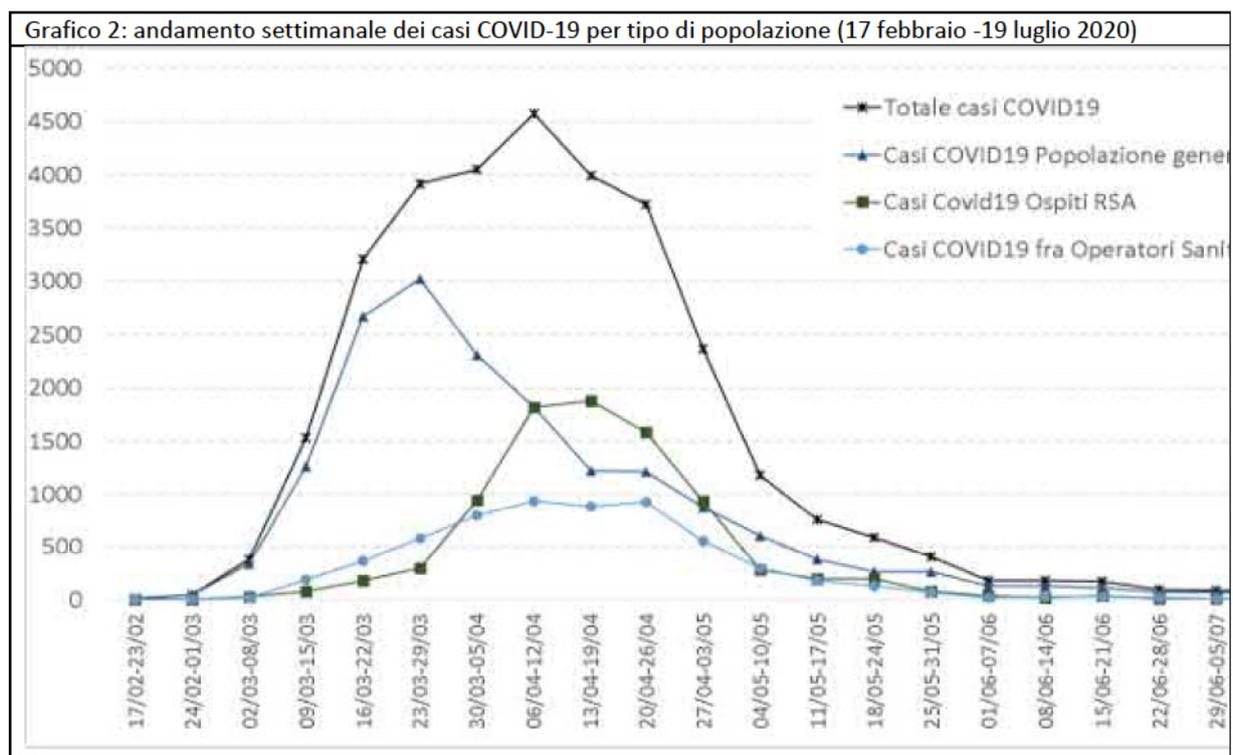


La prima ondata epidemica ha avuto la sua fase crescente nel periodo nel periodo 17 febbraio – 23 marzo (grafico 1a , 1b), i primi casi hanno interessato le province piemontesi ad est (mappe 1a 1b 1c).

**Mappe1: tassi di incidenza per 100000 abitanti**



Questa prima fase dell'epidemia ha avuto il suo culmine nella settimana 6-13 aprile 2020. Tuttavia ciò che in quel periodo (grafico 1) appare come un'unica curva epidemica, in realtà è il risultato della somma di almeno due differenti epidemie distanziate di poche settimane: l'epidemia nella popolazione generale che ha avuto il suo culmine nella settimana 23-29 marzo 2020 e quella nella popolazione dei pazienti RSA, il cui apice si osserva 3 settimane dopo (13-19 aprile 2020; grafico2).



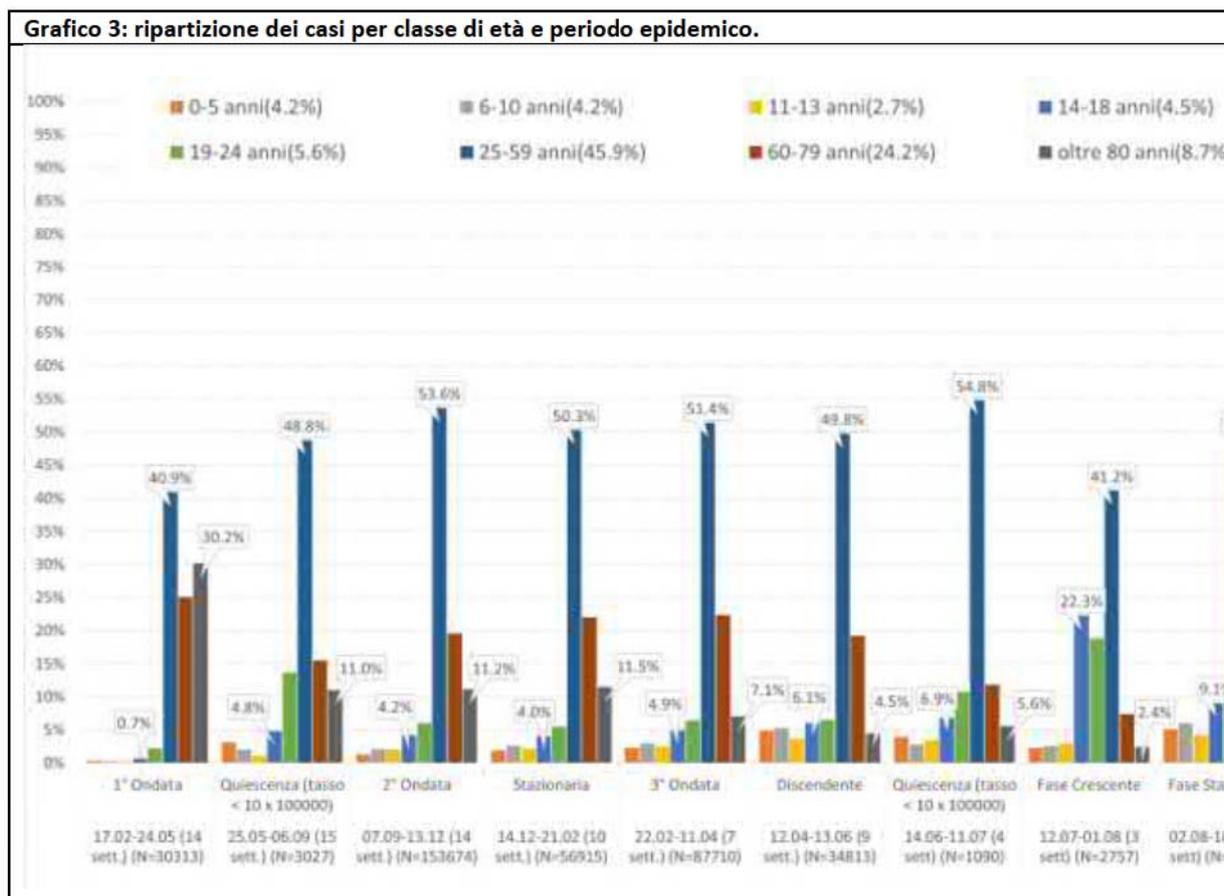
Tra la settimana 17-23 febbraio e 18-24 maggio del 2020, complessivamente 14 settimane, sono stati diagnosticati 30.313 casi di cui il 52% sintomatici (grafico 3 tabella 1a Tabella 1b).

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

Tabella 1a: casi COVID-19 per classe di età e periodi dell'epidemia									
	0-5 anni	6-10 anni	11-13 anni	14-18 anni	19-24 anni	25-59 anni	60-79 anni	oltre 80 anni	totale
Prima Ondata 17.02-24.05 (14 sett.)	109	89	69	205	670	12410	7609	9152	30313
Fase Quiescenza 25.05-06.09 (15 sett.)	95	62	32	146	413	1476	469	334	3027
Seconda Ondata 07.09-13.12 (14 sett.)	1930	3230	3093	6466	9304	82411	30072	17168	153674
Fase Stazionaria 14.12-21.02 (10 sett.)	1068	1488	1217	2303	3132	28617	12544	6546	56915
Terza Ondata 22.02-11.04 (7 sett.)	2001	2628	2214	4330	5668	45074	19600	6195	87710
Fase Discendente 12.04-13.06 (9 sett.)	1700	1846	1279	2116	2280	17330	6699	1563	34813
Fase Quiescenza 14.06-11.07 (4 sett.)	43	30	38	75	117	597	129	61	1090
Fase Crescente 12.07-01.08 (3 sett.)	63	71	82	615	520	1135	204	67	2757
Fase Stazionaria 02.08-10.10 (10 sett.)	728	858	601	1290	1308	7010	1807	643	14245

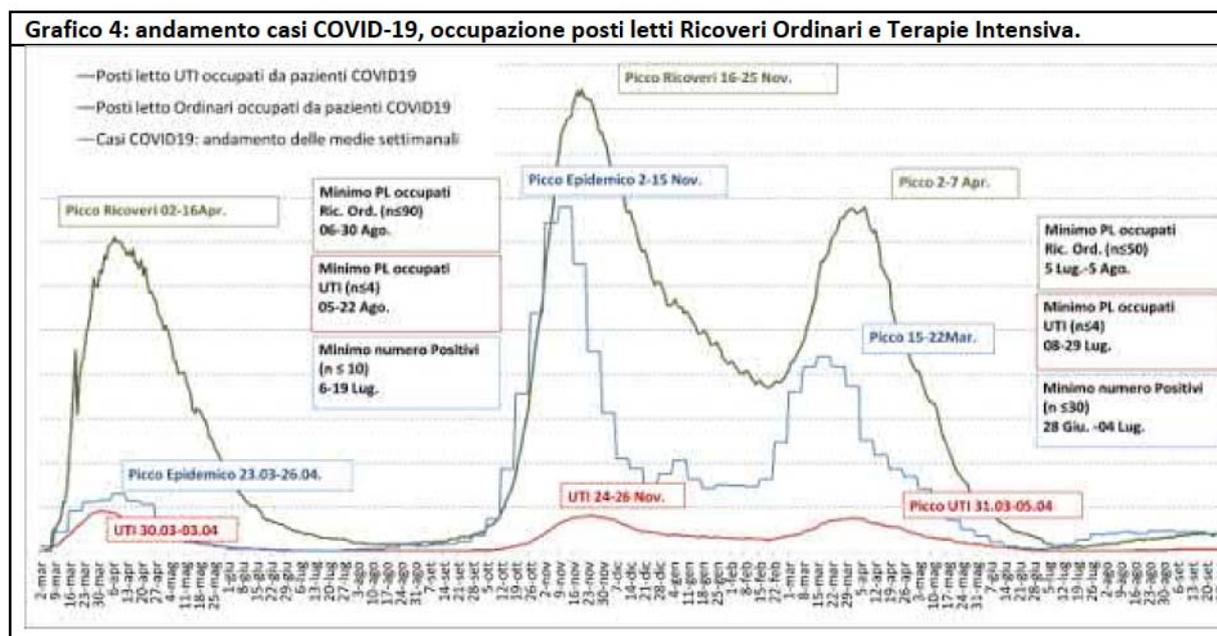
Tabella 1b: percentuali di riga casi covid-19 per classi di età e periodi dell'epidemia									
Fase dell'epidemia	0-5 anni (4.2%)	6-10 anni (4.2%)	11-13 anni (2.7%)	14-18 anni (4.5%)	19-24 anni (5.6%)	25-59 anni (45.9%)	60-79 anni (24.2%)	oltre 80 anni (8.7%)	Totale (100%)
Prima Ondata 17.02-24.05 (14 sett.)	0.4%	0.3%	0.2%	0.7%	2.2%	40.9%	25.1%	30.2%	100%
Fase Quiescenza 25.05-06.09 (15 sett.)	3.1%	2.0%	1.1%	4.8%	13.6%	48.8%	15.5%	11.0%	100%
Seconda Ondata 07.09-13.12 (14 sett.)	1.3%	2.1%	2.0%	4.2%	6.1%	53.6%	19.6%	11.2%	100%
Fase Stazionaria 14.12-21.02 (10 sett.)	1.9%	2.6%	2.1%	4.0%	5.5%	50.3%	22.0%	11.5%	100%
Terza Ondata 22.02-11.04 (7 sett.)	2.3%	3.0%	2.5%	4.9%	6.5%	51.4%	22.3%	7.1%	100%
Fase Discendente 12.04-13.06 (9 sett.)	4.9%	5.3%	3.7%	6.1%	6.5%	49.8%	19.2%	4.5%	100%
Fase Quiescenza 14.06-11.07 (4 sett.)	3.9%	2.8%	3.5%	6.9%	10.7%	54.8%	11.8%	5.6%	100%
Fase Crescente 12.07-01.08 (3 sett.)	2.3%	2.6%	3.0%	22.3%	18.9%	41.2%	7.4%	2.4%	100%
Fase Stazionaria 02.08-10.10 (10 sett.)	5.1%	6.0%	4.2%	9.1%	9.2%	49.2%	12.7%	4.5%	100%

I casi di COVID-19 diagnosticati nelle 14 settimane della prima ondata per il 30% erano in ultra ottantenni, pari a meno del 9% della popolazione totale piemontese, mentre il 96% dei casi aveva più di 24 anni (grafico3 tabella 1a tabella 1b).



Il tasso di incidenza negli ultra ottantenni ha raggiunto il suo apice con 493.8 casi x 100.000 abt. (06-12 aprile 2020), mentre il tasso di incidenza per i 60-79 anni è stato di 131.3 casi x 100000 (23-29 marzo 2020), infine per i 19-59 anni il picco di incidenza è stato di 82.5 casi x 100.000 abt. (30 marzo – 5 aprile 2020) (grafico 5).

Il numero di posti letto occupati da pazienti COVID-19 ha raggiunto il suo apice tra il 2 e il 16 aprile del 2020 con una media giornaliera di 3.400 posti letto occupati, mentre il picco dei ricoveri in terapia intensiva tra il 30 marzo il 3 aprile 2020 registrava una media giornaliera di 453 posti letto occupati. Il picco dei ricoveri ordinari ha seguito di due settimane il picco nella popolazione generale, mentre il picco dei ricoveri in terapia intensiva ha seguito di una settimana il picco nella popolazione generale (grafico 4).

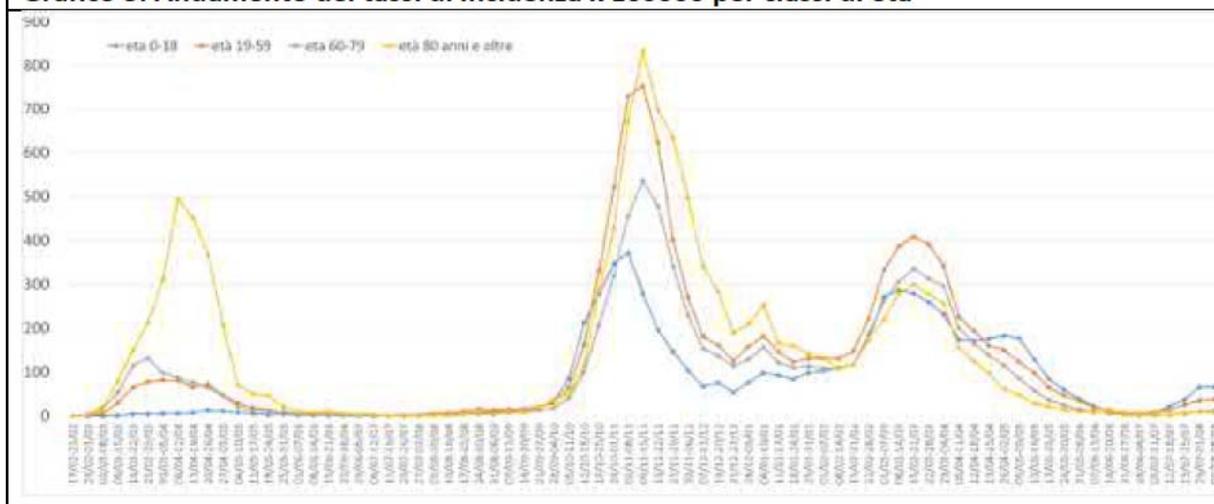


Il periodo successivo di 15 settimane (dal 25 maggio al 6 settembre 2020), è stato caratterizzato da una bassa circolazione virale (fase di quiescenza), complessivamente sono stati diagnosticati 3.027 casi (grafico 3 tabella 1a, tabella 1b), di questi quasi il 50% concentrati nella classe di età 25-59 anni, ossia la classe di età più popolosa, infatti, circa il 46% dei piemontesi ha età compresa fra i 25-59 anni, e di conseguenza la più rappresentata in termini di casi diagnosticati in tutte le fasi dell'epidemia. In questa fase di "quiescenza" la forte riduzione dei casi fra ultra sessantenni (grafico 3) fa emergere solo per "contrasto" le classi di età dei più piccoli (0-5 anni) e le classi di età scolastiche (6-18 anni). Il tasso regionale su base settimanale era inferiore ai 9 casi x 100.000 abt., corrispondente a meno di 56 casi al giorno, la proporzione dei sintomatici era attorno al 31%. Il numero di posti letto occupati in regime di ricovero ordinario ha raggiunto il minimo con meno di 90 posti letto occupati (minimo 75, massimo 88) nel periodo 6 -30 agosto 2020, mentre per l'occupazione dei posti letto in terapia intensiva il minimo è stato raggiunto nel periodo 5 – 22 agosto 2020 con meno di 4 posti letto occupati (minimo 3) (grafico 4).

In questo periodo le prime 8 settimane presentavano andamento decrescente terminato il 19 luglio 2020. Le successive 7 settimane presentavano un andamento crescente lento e lineare sino al 7 settembre 2020. Infine, a partire dalla settimana 7- 13 settembre 2020 il tasso di incidenza settimanale supera i 10 casi x 100.000 abt. (in media poco meno 480 casi alla settimana). Nelle ultime tre settimane 17 agosto - 6 settembre 2020, sebbene ancora in condizione di bassa circolazione virale, una frazione significativa dei casi erano "importati", cioè soggetti che risultavano positivi al test ma infettati fuori della regione Piemonte. La frazione dei casi importati sul totale era intorno al 35% nella prima settimana di settembre (31 agosto-06 settembre 2020) fino ridursi al 7% nella settimana (21-27 settembre 2020).

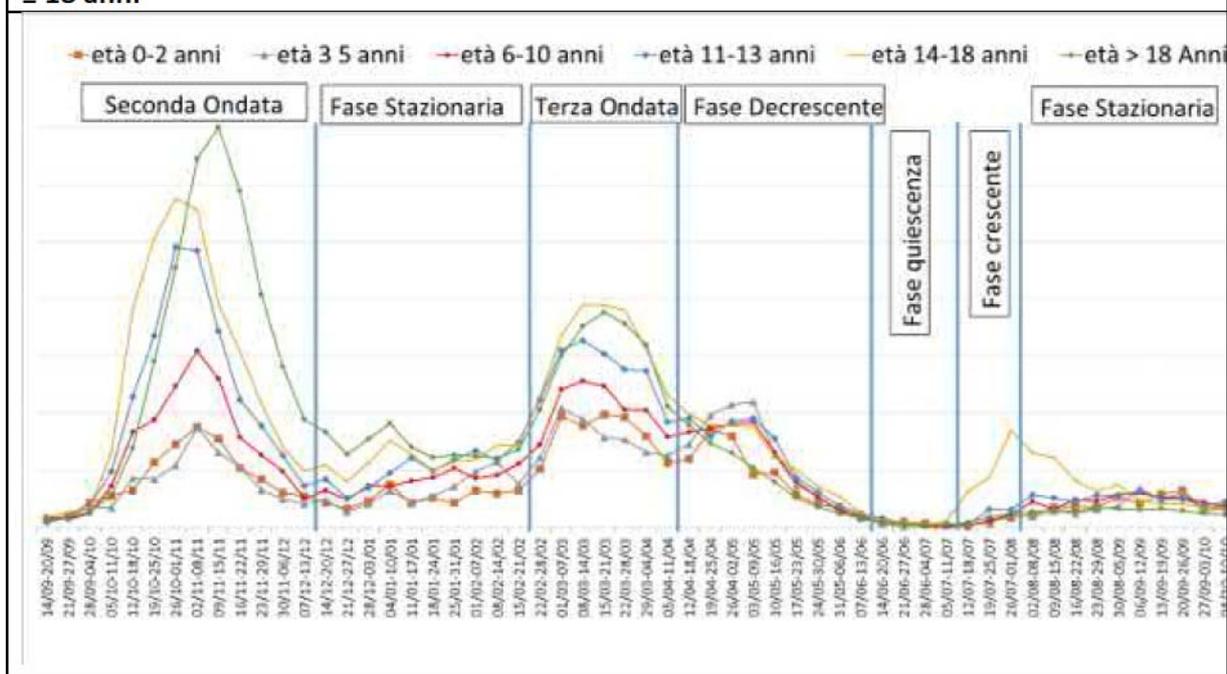
Nella settimana 14-20 settembre 2020 il tasso di incidenza risultava di 13.6 casi per 100.000 abt., in due settimane il suo valore è raddoppiato; da questa settimana il trend passa da lineare a esponenziale segnando l'inizio della seconda ondata epidemica (grafico 1, grafico 5).

**Grafico 5: Andamento dei tassi di incidenza x 100000 per classi di età**



Complessivamente, la seconda ondata ha coperto le 14 settimane dal 14 settembre al 13 dicembre 2020 e sono stati diagnosticati 153.674 casi di COVID-19 (tabella 1a, tabella1b, grafico 3) di cui il 53% sintomatici; questa ondata ha raggiunto il suo apice fra il 2 e il 15 novembre con il picco tra il 9 e il 15 novembre 2020. Al picco epidemico si sono contati in media di 3.896 casi al giorno. Il picco di occupazione dei posti letto in regime di ricovero ordinario si è osservato con una settimana di ritardo rispetto al picco delle diagnosi, ovvero tra il 16 e il 25 novembre 2020 con una media giornaliera di 5.141 posti letto occupati (grafico 4), mentre il picco di occupazione dei posti letto in terapia intensiva è stato osservato tra il 24 e il 26 novembre 2020 con una media di 404 posti letto occupati.

**Grafico 6: andamento settimanale dei tassi di incidenza x 100000 abitanti dei casi COVID-19 ≤ 18 anni**



In questa seconda ondata il maggior numero dei casi diagnosticati rispetto alla prima ondata (grafico 3) non è dovuto ad una maggiore aggressività del virus, ma all'incremento del numero dei laboratori abilitati all'esecuzione dei test molecolari e all'introduzione dei test rapidi (novembre 2020). A questi si aggiungono i provvedimenti assunti a partire da maggio 2020, quali le strategie di tracciamento dei contatti e campagne di screening nelle RSA, tra gli operatori sanitari, che hanno complessivamente incrementato la capacità diagnostica. Pertanto, il confronto fra la prima ondata e le fasi successive dell'epidemia, ma più in generale fra le diverse fasi dell'epidemia, è possibile solo entro certi limiti, soprattutto tenendo presente quali sono le differenti condizioni epidemiologiche in cui si sviluppano le varie fasi dell'epidemia.

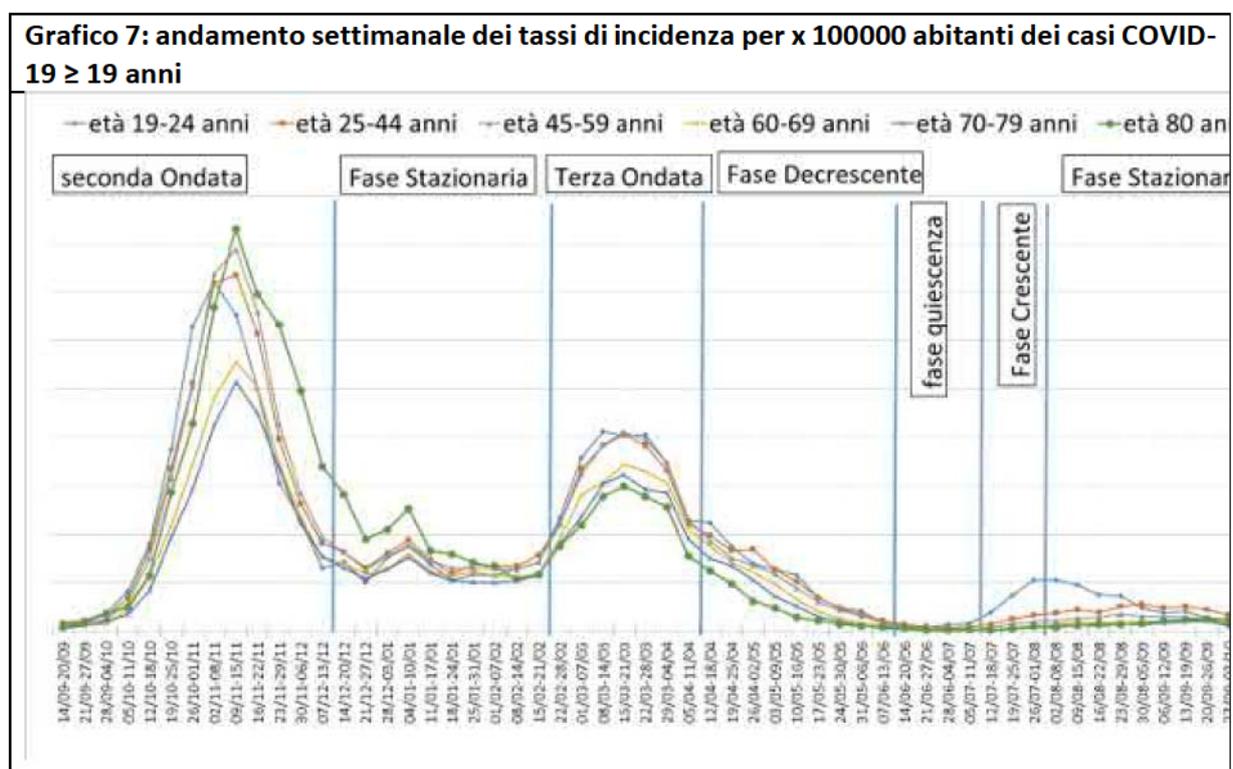
La maggiore capacità diagnostica ha consentito, già nella fase di quiescenza, ma soprattutto in questa seconda ondata, di fare emergere più chiaramente i casi nelle fasce di età inferiori ai 19 anni (tabella 1, grafico 3, grafico 5).

Nel periodo fra il 14 settembre e l'11 ottobre 2020 si nota come la crescita esponenziale abbia riguardato tutte le classi di età (grafico 5, grafico 6) e non solo quelle anziane, tuttavia gli andamenti dei tassi incidenza (grafico 5 settimane tra il 5 e il 8 ottobre) presentano alcune differenze. Infatti, mentre le altre curve salgono quasi in linea retta la curva dei 0-18 anni flette dopo la seconda settimana (grafico 5).

Il diverso andamento dei tassi di incidenza delle classi di età inferiori a 18 anni (grafico 5), in particolare la classe di età 14-18 anni rispetto alle altre (grafico 6 grafico 7), può essere giustificato dall'effetto combinato dei diversi provvedimenti adottati durante la fase crescente dell'epidemia per la scuola secondaria di secondo grado, come i provvedimenti di quarantena degli studenti contatti di caso, attuati nei giorni precedenti e lungo il periodo in cui si registrava

la rapida salita dei casi. Inoltre, a partire dal 26 ottobre 2020 è stata disposta la DAD (didattica a distanza) al 50% nelle classi dalla seconda alla quinta della scuola secondaria di secondo grado, per giungere al 6 novembre 2020 con la messa in didattica distanza anche delle classi seconda e terza della scuola secondaria di primo grado. I provvedimenti presi precocemente sui ragazzi più grandi, come le misure di contenimento, possono aver svolto un effetto protettivo anche nelle fasce di età più giovani, riducendo i contagi fra fratelli. Stabilire il contributo del singolo provvedimento alla riduzione dei casi nelle età scolari non è possibile, poiché nel tempo tali provvedimenti si sono sovrapposti in modo sinergico, estendendosi e combinando gli effetti con i provvedimenti presi per le altre classi di età.

La seconda ondata termina tra il 13 e il 27 dicembre 2020, periodo durante il quale si osserva un numero di casi di poco superiore ai 5.000 casi, anche per effetto delle zone rosse istituite dal 24- al 27 dicembre 2020. Il punto di minimo della serie si è raggiunto nella settimana 21-27 dicembre 2020 con 5.026 casi alla settimana, corrispondenti ad una media giornaliera di 718 casi.



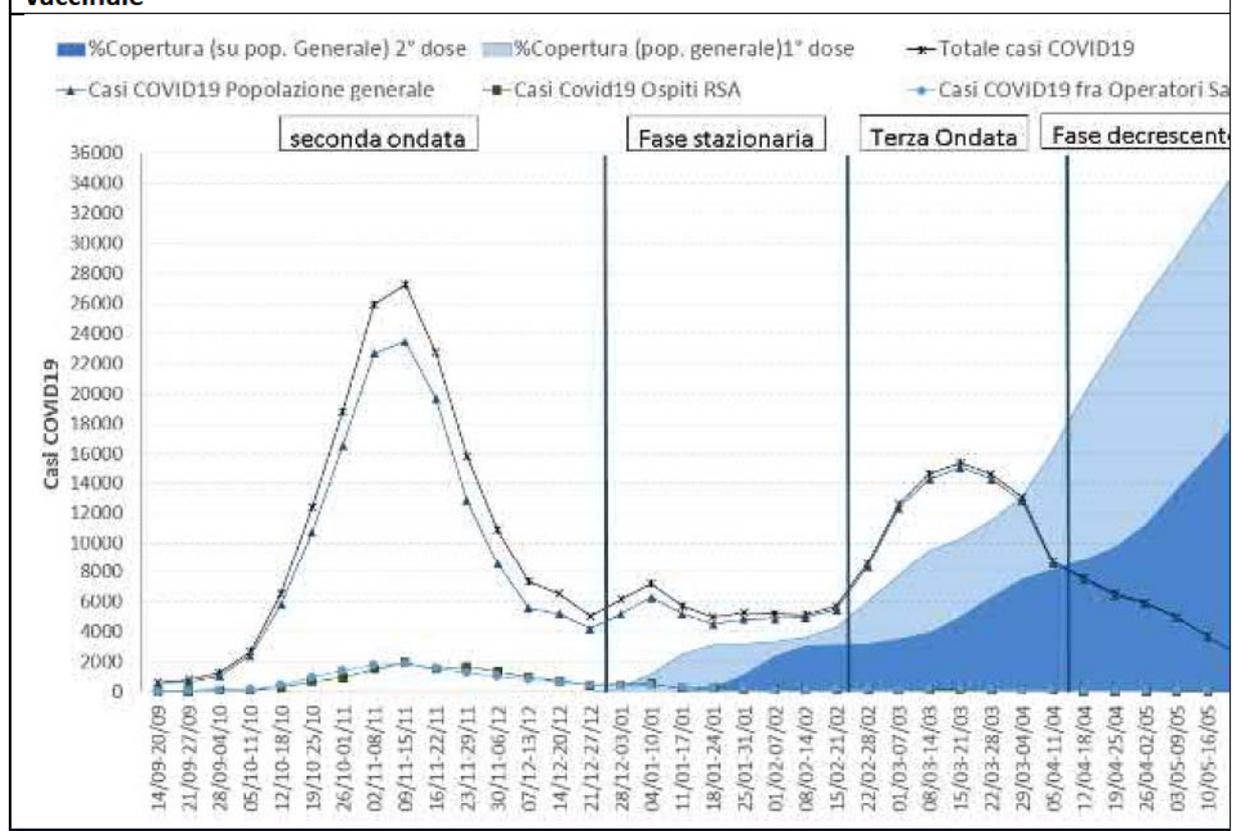
Il periodo dal 14 dicembre 2020 al 21 febbraio 2021, 10 settimane, presenta una distribuzione dei casi per classe di età sovrapponibile a quella osservata durante la seconda ondata (grafico 3) in cui vengono diagnosticati 56915 casi. Tuttavia, questo periodo è caratterizzato da un trend stazionario del numero settimanale dei casi, in media 5.690 casi a settimana, ossia circa 800 casi al giorno.

Il periodo stazionario è caratterizzato da una lenta ma progressiva salita delle classi di età ≤ 18 anni (grafico 6). L'incremento complessivo fra il 28 dicembre 2020 e il 21 febbraio 2021 risulta marcato nelle classi di età 0-2 anni (+39.9%), 3-5 anni (+84.2%), 6-10 anni (+52.6%) e 11- 13 anni

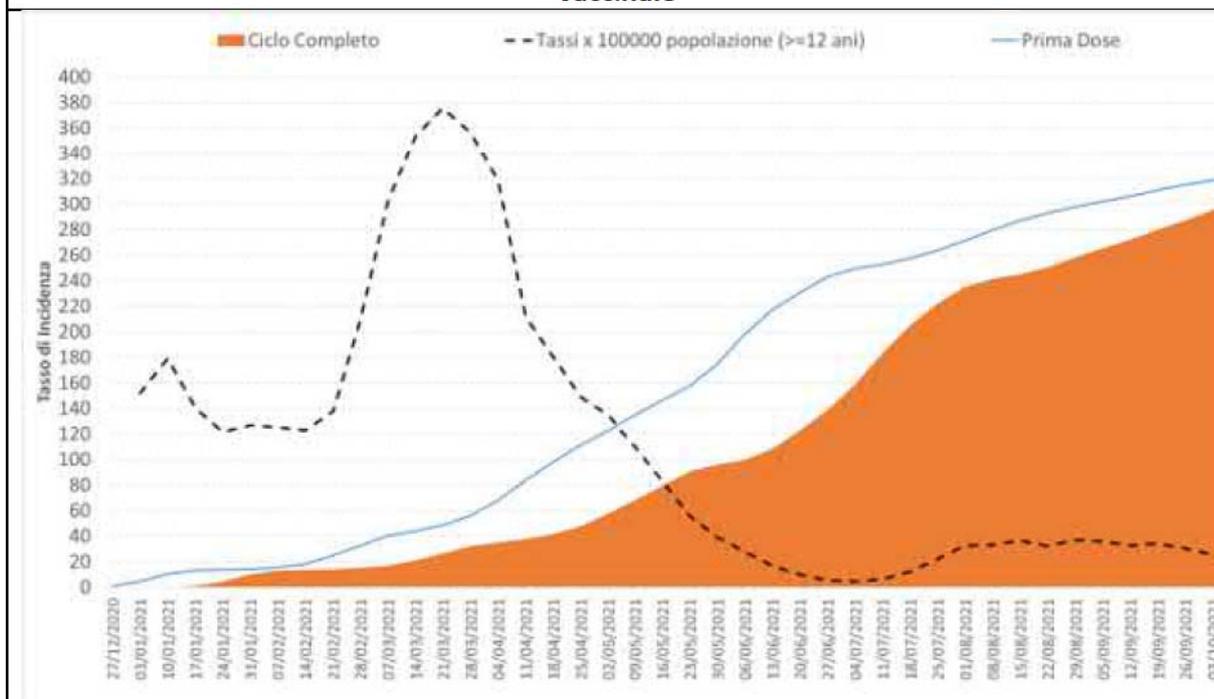
(+114.2%), mentre risulta più contenuto per la classe di età 14-18 anni (+27.9%). Nel periodo successivo al 6 gennaio 2021 le attività scolastiche hanno ripreso in presenza fino alla terza classe della scuola secondaria di primo grado, mentre le classi della secondaria di secondo grado sono rimaste in DAD al 100% fino al 16 gennaio 2021, per poi passare al 50% e 75%. Sempre nel periodo stazionario, invece, si osserva una progressiva discesa delle classi di età >18 anni (-12%) e una riduzione più marcata nella classe di età degli ≥80 anni (-44.0%). Bisogna sottolineare che in questa fase dell'epidemia, a partire dal 27 dicembre 2020 è stata avviata la campagna vaccinale iniziata dapprima nelle case di riposo (RSA) e, parallelamente, fra gli operatori sanitari (grafico 8a, grafico 8b). Inoltre, cominciava a circolare una nuova variante del SARS-Cov2 nota come "variante inglese", isolata per la prima volta in Piemonte a metà gennaio 2021, ma già da fine febbraio 2021 risultava prevalente in Italia, ovvero superiore al 54% dei casi positivi [1]. La variante Inglese ora etichettata come "variante Alfa" (B.1.1.7) è stata identificata per la prima volta nel Regno Unito nel settembre 2020 ed è risultata più infettiva e diffusiva della variante precedente [2]; probabilmente grazie a queste caratteristiche ha velocemente sostituito il virus originario circolante nel 2020. A metà aprile la variante Alfa veniva identificata in oltre il 90% dei pazienti positivi in Italia [3].

Nella settimana tra il 22 e il 28 febbraio 2021 il tasso di incidenza risultava di 201.4 casi per 100.000 abt., pari ad un incremento del 50% rispetto al valore della settimana precedente, segnando l'inizio della terza ondata epidemica (grafico 5, 6, 7, 8).

**Grafico 8a: andamento settimanale dei casi COVID-19 per tipo di popolazione e copertura vaccinale**



**Grafico 8b: andamento settimanale dei casi COVID-19 per popolazione ≥12 anni e copertura vaccinale**



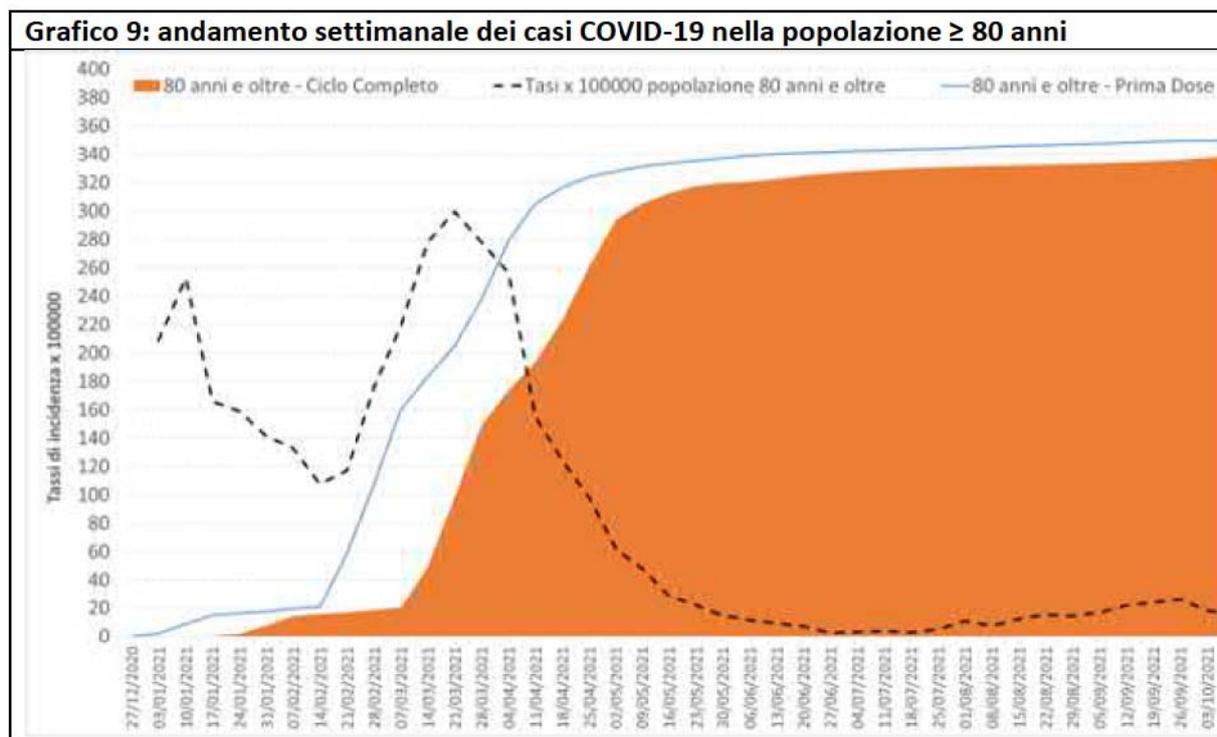
La terza ondata ha interessato il periodo, di 7 settimane, che va dal 22 febbraio al 11 aprile 2021, seguita dal periodo 12 aprile – 13 giugno 2021 di discesa, pressoché lineare, del numero dei casi. Complessivamente, in entrambi i periodi sono stati diagnosticati 122.523 casi (grafico 3), di cui 51% nella classe di età 25-59 anni, il 12% nella classe di età 6-18 anni e il 6% nella classe di età ≥ 80 anni. La frazione di sintomatici nella terza ondata era il 62% dei 87.676 casi diagnosticati e nella fase discendente il 46% dei 34.013 casi diagnosticati.

Ricordiamo che lo scenario epidemiologico nel quale si sviluppano queste ultime due fasi dell'epidemia è radicalmente diverso da quello delle fasi precedenti, sia per il progredire della campagna vaccinale (grafico 8), sia per il diffondersi della variante inglese.

In questa terza ondata osserviamo anzitutto la drastica riduzione del numero di casi di COVID-19 diagnosticati tra gli operatori sanitari e tra gli ospiti di RSA (grafico 8). Infatti, nelle 15 settimane della seconda ondata (14 settembre - 27 dicembre 2020) sono stati diagnosticati fra gli operatori sanitari 12.304 casi di COVID-19 e 12.177 casi fra gli ospiti di RSA, mentre nelle 15 settimane successive (28 dicembre 2020 – 11 aprile 2021, fase stazionaria e terza ondata) a campagna vaccinale avviata si contano 3.029 casi fra operatori sanitari e 2.949 casi fra ospiti di RSA, pari ad una riduzione del 75% dei casi (grafico 8).

Rispetto alla seconda ondata osserviamo una riduzione anche per le classi di età vulnerabili, infatti al suo apice (15-21 marzo) il tasso di incidenza nella popolazione ≥80 anni è stato di 299.4 casi per 100.000 abt., corrispondente ad una riduzione del 64% rispetto al valore registrato all'apice della seconda ondata (9-15 novembre 2020) che aveva raggiunto i 831.4 casi per 100.000

abt (grafico 7 e grafico 9). Osserviamo una riduzione inferiore, ma altrettanto rilevante, nella fascia di età 60 -79 anni dove il tasso di incidenza al suo apice (15-21 marzo 2020) era di 334.5 casi per 100.000 abt corrispondente ad una riduzione del 37.5% rispetto al valore di apice della seconda ondata (9-15 novembre 2020) di 535.2 casi x 100.000 abt..

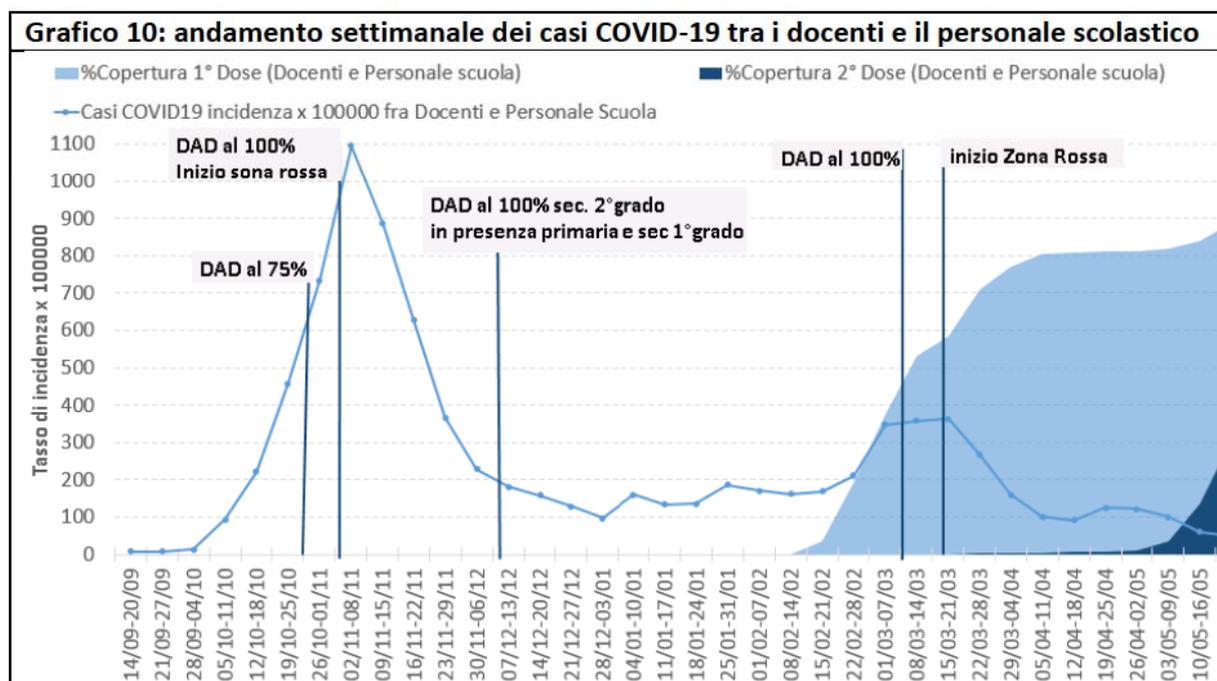


Infine, nella fascia di età 19-59 anni, che rappresenta sia le classi lavoratrici (25-44 anni e 45-59 anni) sia gli studenti universitari (19-24 anni), si rileva, soprattutto nelle ultime tre fasi dell'epidemia, un andamento sincrono delle tre fasce di età (grafico 7) e una riduzione complessiva pari a -44.2% da 728.9 casi x 100.000 abt. nella settimana 2-8 novembre 2020 (picco seconda ondata) a 407.0 casi x 100.000 abt. nella settimana 15-21 marzo 2021 (picco terza ondata; grafico 5).

Più eterogenei fra loro si presentano gli andamenti dei tassi di incidenza analizzati per fasce di età giovanili <19 anni. Per le classi di età 0-2 anni e 3-5 anni il picco nella terza ondata è stato raggiunto nella settimana 1-7 marzo 2021 con i valori di 201.2 casi x 100.000 abt. e 206.8 casi x 100.000 abt., rispettivamente questi valori risultano il 13% e il 18% più alti dei rispettivi picchi raggiunti durante la seconda ondata (grafico 6). Inoltre, per la classe di età 3-5 anni si osserva proseguire il trend crescente per raggiungere i 227.7 casi x 100.000 abt. la prima settimana di maggio (grafico 6), nello stesso periodo anche gli andamenti delle classi di età 0-2 anni e 6-10 anni mostrano un trend crescente fino alla prima settimana di maggio 2021.

Riguardo i casi diagnosticati fra i docenti e il personale scolastico si osserva un riduzione del 59% del numero dei casi fra la settimana di picco 9 -15 novembre 2020 e la settimana di picco 15 21

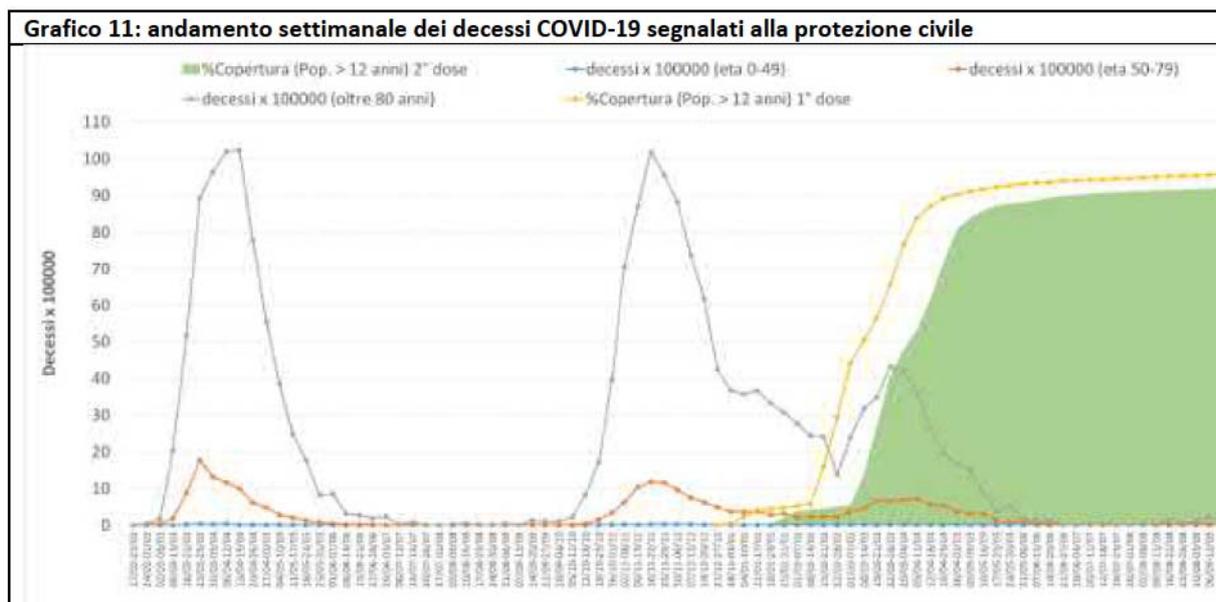
marzo 2021. Molto probabilmente, in questa particolare popolazione di lavoratori l'effetto protettivo della messa a distanza delle classi si è sommato a quello della vaccinazione.



Un confronto degli andamenti dell'epidemia fra le diverse ondate è possibile solo tenendo conto delle differenti condizioni epidemiologiche, quali: la capacità diagnostica, il diverso tipo di virus circolante e l'avvio della campagna vaccinale. Infatti, se da un lato a causa della maggiore infettività della nuova variante (variante alfa o nota anche come variante inglese) i casi stavano crescendo più velocemente, altrettanto rapidamente stava salendo la copertura vaccinale dei piemontesi, soprattutto per la fascia di età superiore agli 80 anni. In questa parte della popolazione da fine febbraio a metà giugno 2021, la copertura per la prima dose di vaccino è passata da 27% a 85%, mentre per il ciclo completo da 5% a 80%. La progressione della copertura vaccinale nel segmento di popolazione più fragile, poiché più a rischio delle sequele gravi della malattia e a maggior rischio di decesso, ha contribuito senza alcun dubbio a prevenire in quella classe di età un elevato numero di casi di COVID-19 e di conseguenza di ricoveri e di decessi ad essi correlati.

Il picco di massima occupazione di posti letto in terapia intensiva (31 marzo 5 aprile) è stato di 378 (grafico2), inferiore a quelli registrati nelle due ondate precedenti,. Inoltre, riguardo alla mortalità osserviamo che per la classe ultra ottantenni il picco di decessi segnalati COVID-19 durante la prima ondata è stato di 102 casi x 100.000 abt. (periodo 6-19 aprile 2020), valore sovrapponibile al picco osservato durante la seconda ondata di 101.8 casi x 100.000 abt. (16-22 novembre 2020) (grafico 11 e tabella 2). Durante la terza ondata il picco di decessi segnalati tra gli ultra ottantenni è stato tra 43.2 e 42.1 casi x 100.000 abt. (22 marzo 4 aprile 2021), corrispondente ad una riduzione del 57%. In quel periodo il livello di copertura vaccinale, ossia la frazione di popolazione ultra ottantenne vaccinata, era tra il 45% e il 59% per la prima dose di vaccino e tra l'11% e il 36% per la seconda dose di vaccino.

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19



Simile osservazione è possibile per fascia di età 50-79 anni, nella prima ondata il picco è stato raggiunto tra il 23 e il 29 marzo 2020 con 17.8 casi x 100.000 abt., mentre nella seconda ondata il picco nel periodo 16-29 novembre è stato pari a 12 casi x 100.000 abt.. Infine, nella terza ondata il valore di picco è stato tra i 6 e i 7 casi x 100.000 abt. nel periodo 15 marzo 11 aprile 2021 (grafico 12 tabella 2).

**Tabella 2: decessi segnalati alla protezione civile (in attesa di conferma da parte dell'ISTAT).**

		Tassi x 100000		
		Età 0-49 Anni	Età 50-79 Anni	Età Oltre 80 Anni
Prima Ondata 2020	23/03-29/03	0.4	17.8	89.4
	30/03-05/04	0.3	13.2	96.4
	06/04-12/04	0.4	11.7	102.0
	13/04-19/04	0.1	10.1	102.3
Seconda Ondata 2020	09/11-15/11	0.1	10.4	87.0
	16/11-22/11	0.2	12	101.8
	23/11-29/11	0.2	11.5	95.6
	30/11-06/12	0.2	9.7	88.3
Terza Ondata 2021	15/03-21/03	0	6.7	34.9
	22/03-28/03	0.1	6.5	43.2
	29/03-04/04	0.1	6.9	42.1
	05/04-11/04	0.1	7.2	36.2
Fase stazionaria 2021	23/08-29/08	0	0.2	0.5
	30/08-05/09	0	0.3	1.1
	06/09-12/09	0	0.2	2.1
	13/09-19/09	0	0.2	1.3

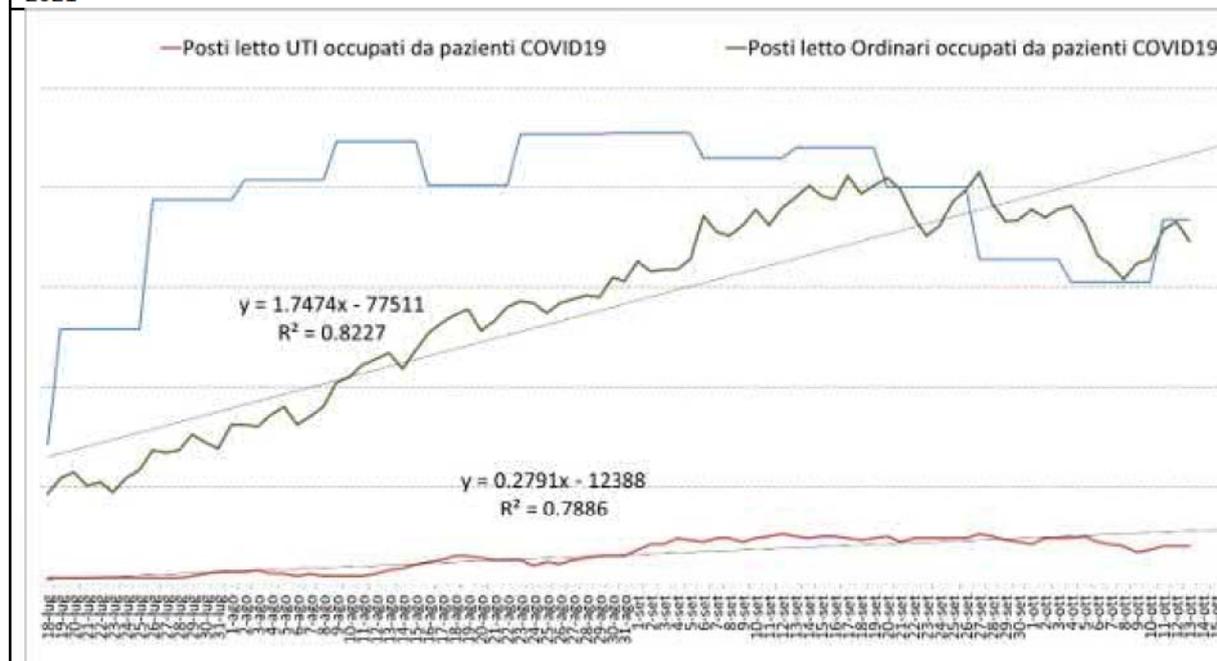
La terza ondata si chiude con una lunga fase discendente che termina a metà giugno con l'ingresso nella fase di quiescenza (tasso di incidenza settimanale inferiore a 10 casi x 100000). Il mese di maggio del 2021 vede l'affacciarsi in Italia e in Piemonte di due ulteriori varianti, la "variante Brasiliana" (P.1) ora denominata "variante Gamma", e la "variante Indiana" (B.1.167.1 e B.1.167.2) ora denominata "variante Delta" [4]. La variante Delta COVID-19 (B.1.617.2), è stata rilevata per la prima volta in India nel dicembre 2020, ma già alla fine di maggio 2021 nel Regno

Unito (UK) aveva superato la variante Alfa (B.1.1.7) per diventare il ceppo dominante [5], attualmente il 100% delle infezioni in UK sono variante Delta [6]. In Piemonte i primi casi di variante Delta sono stati identificati tra maggio a giugno 2021 [7]. In Italia nel mese di giugno si stimava che circa uno ogni sei positivi fosse da variante Delta [8], ora risulta dominante, prossima al 100% [9]. Ciò che caratterizza la variante Delta è un maggior rischio di ricovero e una maggiore infettività e diffusività [6,11], rispetto al ceppo originario arrivato in Europa all’inizio del 2020 e anche rispetto alla variante Alfa. Infatti, il numero di riproduzione di base è stimato fra 5 e 8 [10], in altri termini un soggetto positivo alla variante Delta può infettare da 5 a 8 persone.

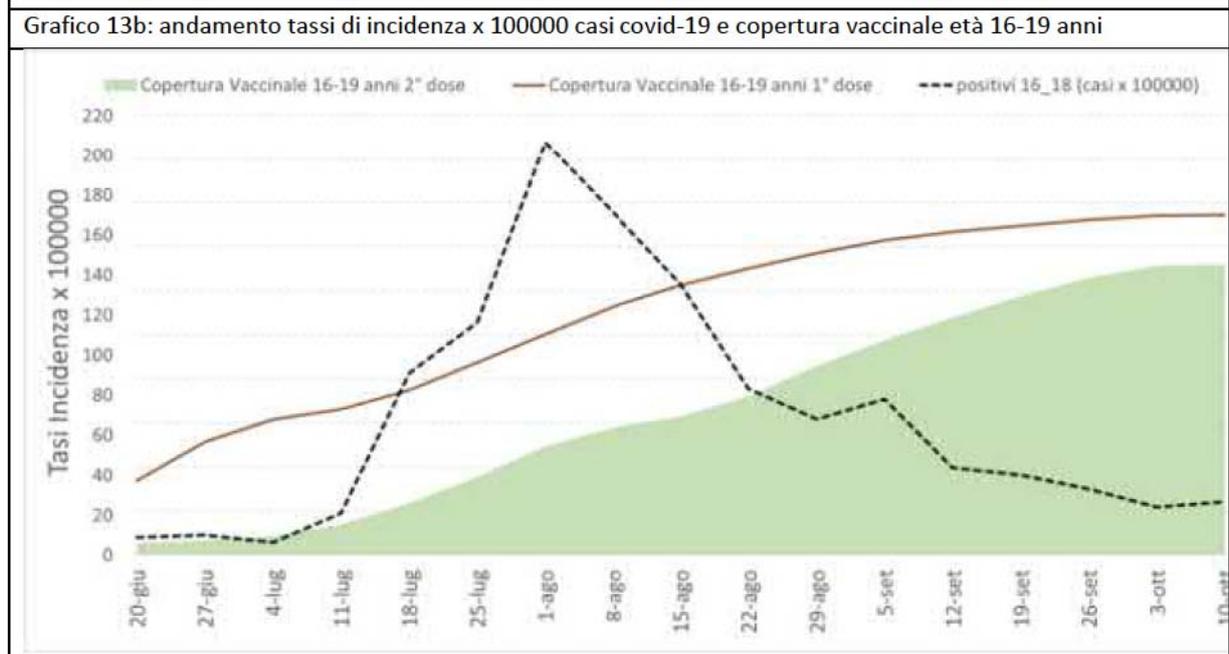
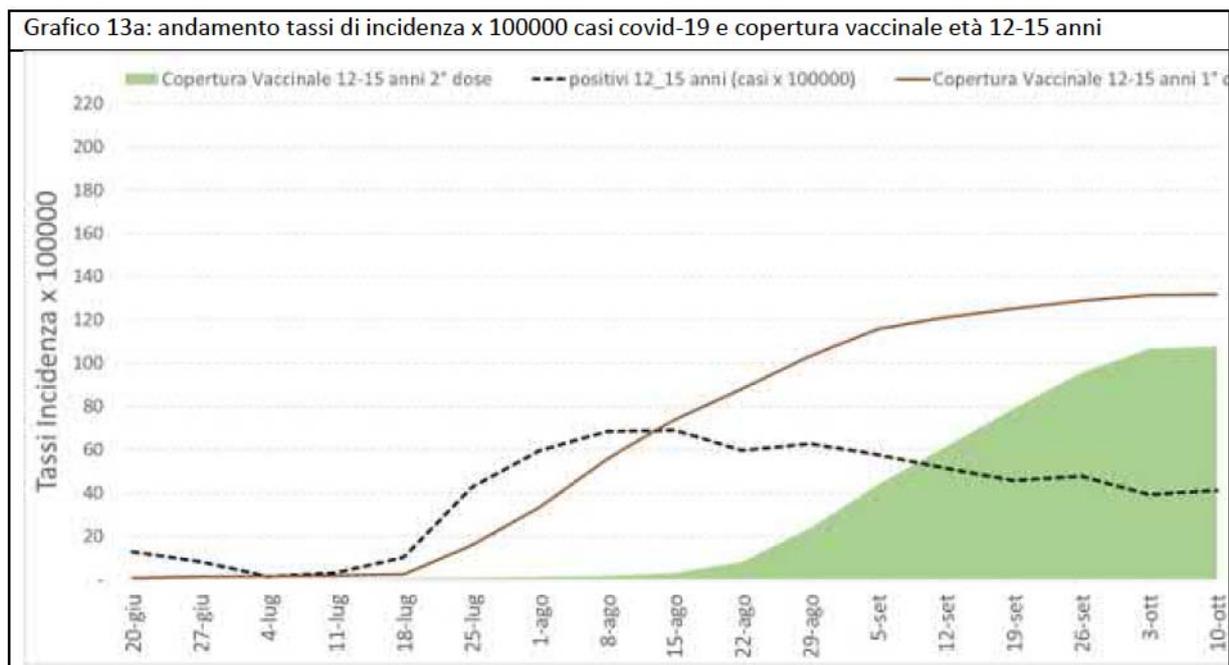
Le ultime 17 settimane, metà giugno a metà ottobre, possono essere suddivise in tre fasi distinte: la prima è la fase di quiescenza con tassi inferiori ai 10 casi x 100000 durata 4 settimane, la seconda è una nuova fase crescente di 3 settimane tra metà luglio e inizio agosto che ha portato il tasso di incidenza regionale a circa 32 casi x 100000, ascrivibile al periodo estivo e di socializzazioni dovute alle vacanze soprattutto fra i giovani 16-19 anni (grafico 3), infine, terza è la recente fase stazionaria di 10 settimane dove i valori di incidenza risultano attorno i 33 casi x 100000.

L’andamento dell’occupazione dei posti letto per ricoveri in regime di degenza ordinaria si è mostrato crescente (in media di 3-4 posti letto in più ogni giorno) fino a metà settembre per poi assumere un andamento apparentemente decrescente, mentre per quanto riguarda l’occupazione dei posti letto in terapia intensiva il trend da metà luglio è lentamente crescente con un incremento pari a circa 3 posti letto in più ogni 10 giorni (grafico12).

Grafico 12: andamento occupazione posti letto in ricovero ordinario e in terapia intensiva (18 luglio – 11 ottobre 2021)



In questo ultimo periodo si osserva anche l’incremento della copertura vaccinale nelle classi di età scolastiche 12-15 anni e 16-19 anni (grafico 13 a e 13b).



Inoltre, dai dati presenti nella piattaforma COVID-19 della Regione Piemonte è possibile contare quanti positivi risultano vaccinati e non vaccinati, secondo i criteri adottati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Il periodo preso in considerazione come da criteri dell'ISS è di 30 giorni e va dal 06/09/2021 al 06/10/2021.

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

Classe di Età	Positivi Non Vaccinati	Positivi Vaccinati con ciclo Incompleto	Positivi Vaccinati con ciclo completo	Copertura vaccinale con ciclo completo Periodo 06/09 – 06/10	Popolazione Target
12-39 anni	890 (69.4%)	28 (2.2%)	365 (28.4%)	50.6% a 63.6%	1245209
40-59 anni	591 (53%)	18 (1.6%)	507 (45.4%)	66.0% a 71.7%	1331071
60-79 anni	127 (24%)	2 (0.4%)	401 (75.7%)	78.8% a 82.4%	1065763
80 e oltre	25 (11.7%)	2 (0.9%)	187 (87.4%)	83.4% a 92.3%	407385
<b>Totale</b>	<b>1633 (52%)</b>	<b>50 (1.6%)</b>	<b>1460 (46.5%)</b>	<b>66.4% a 74.1%</b>	<b>4049428</b>

**Non vaccinati:** positivi senza nessuna precedente vaccinazione, o positivi entro 14° giorno dopo la prima dose o dal vaccino mono dose. **Vaccinati con ciclo incompleto:** positivi dal 15° giorno dopo la prima dose o entro il 14° giorno dopo la seconda dose. **Vaccinati con ciclo completo:** positivi dal 15° giorno dopo la seconda dose o dopo il vaccino mono dose.

Per le fasce di età dove la frazione della popolazione che risulta vaccinata con ciclo completo è prevalente, come 60-79 anni e 80 anni e oltre, risulta superiore al 50% la frazione dei positivi fra i vaccinati con ciclo completo sul totale dei positivi. La corretta lettura della tabella prevede di confrontare la quota dei vaccinati risultati positivi, verso la quota dei non vaccinati risultati positivi. Dai dati presentati complessivamente la frazione dei vaccinati con ciclo completo successivamente risultati positivi risulta pari a 0.051% (considerando una copertura vaccinale del periodo a pari 70%), mentre la frazione dei non vaccinati risultati positivi nel medesimo periodo risulta pari a 0.134% ovvero circa 3 volte più grande.

### Referenze

- [1] Istituto Superiore Sanità comunicato stampa N° 14/2021. ISS 2 marzo 2021. [https://www.iss.it/primo-piano/-/asset\\_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/comunicato-stampa-n%25C2%25B0-14-2021-in-italia-il-54%2525-delle-infezioni-dovute-a-variante-inglese-il-4-3%2525-a-quella-brasiliana-e-lo-0-4%2525-a-quella-sudafricana-](https://www.iss.it/primo-piano/-/asset_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/comunicato-stampa-n%25C2%25B0-14-2021-in-italia-il-54%2525-delle-infezioni-dovute-a-variante-inglese-il-4-3%2525-a-quella-brasiliana-e-lo-0-4%2525-a-quella-sudafricana-)
- [2] Estimated transmissibility and impact of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 in England. <https://www.science.org/doi/full/10.1126/science.abg3055>
- [3] Istituto Superiore Sanità comunicato stampa N° 24/2021 - Covid-19: ISS 30 aprile 2021. [https://www.iss.it/web/guest/primo-piano/-/asset\\_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/5714341](https://www.iss.it/web/guest/primo-piano/-/asset_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/5714341)
- [4] Istituto Superiore Sanità. Prevalenza delle varianti VOC (Variant Of Concern) appartenenti ai lignaggi B.1.1.7, P.1, B.1.17.2 e B.1.351 e di altre varianti in Italia (Indagine del 18/5/2021) <https://www.iss.it/documents/20126/0/Indagine++rapida+varianti+28+maggio.pdf/4d338780-a6d6-12ad-820c-521e6152e7c3?t=1622209613712>
- [5] Covid-19: Delta variant is now UK's most dominant strain and spreading through schools. <https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1445>
- [6] Public Health England. SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England. 17 September 2021. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/1018547/Technical\\_Briefing\\_23\\_21\\_09\\_16.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1018547/Technical_Briefing_23_21_09_16.pdf)
- [7] Piemonte Informa. Regione Piemonte 26 giugno 2021. <https://www.regione.piemonte.it/web/pinforma/comunicati-stampa/42394-vaccini-contro-covid-comunicati-oggi>
- [8] Istituto Superiore Sanità comunicato stampa N° 34/2021-Covid-19: ISS. 25 giugno 2021. [https://www.iss.it/web/guest/primo-piano/-/asset\\_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/5782175](https://www.iss.it/web/guest/primo-piano/-/asset_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/5782175)
- [9] Istituto Superiore Sanità comunicato stampa N°42/2021 - COVID-19, ISS 3 settembre 2021. [https://www.iss.it/web/guest/primo-piano/-/asset\\_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/5832836](https://www.iss.it/web/guest/primo-piano/-/asset_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/5832836)
- [10] Centres for Diseases Control and Prevention. Delta Variant: What We Know About the Science. CDC 26 Agosto 2021. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/delta-variant.html>
- [11] Ministero della Salute. Che cosa sappiamo sulle varianti del SARS-CoV-2. 3 Settembre 2021. Ministero della Salute. [https://www.salute.gov.it/portale/p5\\_1\\_2.jsp?lingua=italiano&id=250](https://www.salute.gov.it/portale/p5_1_2.jsp?lingua=italiano&id=250)

## **COSA E' STATO FATTO**

### **L'organizzazione della Sanità in emergenza**

#### **Istituzione dell'Unità di Crisi**

**Il 22 febbraio 2020 è stata costituita l'Unità di Crisi della Regione Piemonte per la gestione della infezione da coronavirus (prot. 8430 del 23.02.2020)**

La sala operativa della Protezione civile della Regione Piemonte è stata la sede della "Unità di crisi" e rimane aperta h.24. Agisce prevalentemente sul fronte organizzativo, centralizzando le direzioni operative dei servizi occupate a monitorare e gestire l'evolversi della crisi.

L'Unità di crisi è servita anche a mettere in rete le unità operative delle varie Forze dell'Ordine eventualmente attivabili, a seconda delle necessità. Ne hanno fatto parte rappresentanti della Direzione Sanità dell'Assessorato, delle Direzioni Sanitaria, delle Unità di Malattie infettive, delle Unità dei SISP, delle Unità delle Anestesi e Rianimazioni, delle Unità delle Medicine di Urgenza.

A supporto della Unità di Crisi sono stati quindi costituiti l'Ufficio Acquisti Beni e Servizi, l'Ufficio Acquisizione Risorse Umane e l'Ufficio Comunicazione Flussi. Altresì con lo stesso provvedimento è stato individuato il Comitato Tecnico- Scientifico, che rilascia pareri su specifica richiesta degli organi istituzionali (Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 27 del 06.03.2020). L'Unità di Crisi ha operato in supporto alle ASR, ma non in sostituzione delle stesse. Pertanto tutte le attività di coordinamento dell'Unità di Crisi sono state volte a massimizzare la risposta regionale, fermo restando la libertà, per le ASR, di procedere in autonomia per le forniture (compresi i DPI), le attrezzature ed il personale.

Successivamente è stato nominato il Commissario della Unità di Crisi, con le relative aree funzionali (Decreto del Presidente della Giunta regionale n.32 del 16.03.2020).

La Regione Piemonte, inoltre, ha potenziato il numero verde 800.333.444, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20 per fornire chiarimenti sulle misure di natura non sanitaria (raggiungibile anche per e-mail scrivendo a 800333444@regione.piemonte.it)

E' stato quindi istituito il numero verde sanitario 800.19.20.20, attivo 24 ore su 24, a disposizione di tutti i cittadini che abbiano il dubbio di aver contratto il virus. Al telefono risponde personale specializzato, che esegue una prima valutazione e, sulla base di una serie di domande e risposte, indica al paziente cosa fare o dove recarsi per ottenere la risposta assistenziale più appropriata. Il servizio è stato organizzato presso i presidi dell'Emergenza sanitaria regionale di Grugliasco per alleggerire i numeri dedicati normalmente all'emergenza dal grande flusso di chiamate per i centralini del 112 e 118, con il rischio di rallentare i soccorsi. Il 112 rimane il numero di riferimento per le emergenze sanitarie e altri tipi di emergenze.

## **Potenziamento dei SISP e miglioramento del contact tracing**

### **Disposizioni alle Aziende sanitarie regionali**

Tenuto conto della complessità dell'epidemia e delle difficoltà che inevitabilmente hanno caratterizzato la fase 1, al fine di disporre delle informazioni necessarie a supportare le attività decisionali per il passaggio alla fase 2 dell'epidemia da COVID-19, l'Assessorato della Sanità ha istituito 2 gruppi di esperti (gruppo di lavoro territorio e gruppo di lavoro ospedali) in grado di assicurare, in sinergia con l'Unità di crisi, i contributi delle migliori professionalità.

La Direzione Sanità e Welfare con risorse interne ha provveduto inoltre, al fine di ottemperare alle indicazioni pervenute dal Governo nazionale mediante la emanazione di DPCM, Decreti Legge e Protocolli condivisi con le parti sociali, ad organizzare incontri con le parti sociali e ad assicurare i rapporti con le Prefetture e gli organi di controllo individuati per la verifica del rispetto da parte delle imprese delle misure di contenimento dell'infezione, sia per quelle rimaste in attività, sia in vista della ripresa produttiva da parte di nuovi settori.

Sulla base dei contributi preliminari di questi gruppi di lavoro e dalle attività svolte dai settori della Direzione Sanità e Welfare dell'Assessorato della Sanità, sono state adottate, con la D.G.R. 31-1381 del 15.5.2020 successivamente integrata con indicazioni operative, misure per:

- il miglioramento delle capacità di sorveglianza attiva dei casi e dell'individuazione di nuovi focolai mediante un sistema (ormai a punto) di indagini epidemiologiche, consentito da una corretta gestione dei dati;
- l'aumento della capacità di laboratorio, sia per le attuali tecniche diagnostiche (tamponi naso faringei), sia per l'adozione di nuovi metodi (test sierologici, sulla saliva, ecc.);
- l'individuazione delle modalità e delle risorse necessarie ad una corretta gestione dei casi di nuova infezione (isolamento, quarantena, cure domiciliari, ospedalizzazione, ecc.) in modo da ridurre i rischi di diffusione dell'infezione;
- la definizione di specifici protocolli per la prevenzione delle infezioni nell'ambito delle strutture sanitarie sia pubbliche che private (ospedali, ambulatori, RSA, ecc.) anche in relazione alle esigenze di ripresa delle attività sanitarie istituzionali;
- aggiornamento continuo dei protocolli terapeutici più efficaci per la cura della COVID 19 e loro applicazione, sia a livello domiciliare che ospedaliero;
- la definizione delle risorse umane necessarie per realizzare il punto precedente, la loro allocazione, l'inquadramento organizzativo, la formazione e l'aggiornamento;
- reperire e rendere disponibili idonei dispositivi di protezione individuale per tutte le figure coinvolte nelle attività sanitarie;
- la definizione di modalità di controllo di gestione e di verifica, da parte della Direzione Sanità e Welfare, sull'applicazione delle procedure e dei protocolli operativi e di prevenzione da parte delle strutture del SSR, degli altri enti pubblici (es. scuole) e delle imprese private;

- individuare le modalità di reperimento delle risorse economiche necessarie per assicurare adeguato finanziamento, sia per i fabbisogni di risorse umane che per gli approvvigionamenti di beni e servizi.
- la definizione di modalità di controllo di gestione e di verifica, da parte della Direzione Sanità e Welfare, sull'applicazione delle procedure e dei protocolli operativi e di prevenzione da parte delle strutture del SSR, degli altri enti pubblici (es. scuole) e delle imprese private;
- le modalità di reperimento delle risorse economiche necessarie per assicurare adeguato finanziamento, sia per i fabbisogni di risorse umane che per gli approvvigionamenti di beni e servizi.

Sono state inoltre fornite indicazioni organizzative per:

- la sorveglianza dei rientri dall'estero
- la gestione delle riaperture dei diversi settori economico/produttivi/sociali/ricreativi
- la gestione delle strutture sanitarie per anziani e delle strutture assistenziali (centri per disabili, minori, ecc.)
- la ripresa delle attività scolastiche; in questo campo sono state predisposte delle linee guida condivise con MMG e PLS ed è stato attivato, in collaborazione con l'Assessorato dell'Istruzione, un programma di screening denominato "Scuola Sicura", prorogato sino al 31/12/2021.

La Direzione Sanità e Welfare con il supporto dell'Unità di Crisi emergenza COVID 19 e del Dipartimento regionale per le malattie e le emergenze infettive (DIRMEI) ha fornito, inoltre, indicazioni alle ASR per un efficace svolgimento delle attività di sorveglianza epidemiologica, di ricerca attiva dei casi di COVID 19 e di contact tracing (ricerca dei contatti stretti di soggetti risultati positivi alla COVID 19).

In tale contesto le misure hanno riguardato:

- l'organizzazione da parte delle ASR di attività finalizzate all'effettuazione di tamponi sia in strutture fisse che mediante modalità di accesso drive-in, drive-through, mediante centri mobili (autovetture o camper) o, ove necessario, direttamente presso il domicilio dei soggetti interessati;
- aggiornamenti sull'impiego dei diversi test disponibili: sierologici, test molecolari o antigenici di 1°, 2°, 3° generazione basati su prelievo mediante tampone rino-oro-faringeo; sono utilizzati di recente per piani di sorveglianza presso i disabili e le scuole elementari test antigenici basati su prelievo di saliva (test salivari);
- la gestione dei test diagnostici per la COVID-19 rivolti oltre che al settore pubblico (centri prelievo e laboratori delle ASR) anche al settore privato (centri prelievo, laboratori e in ultimo anche alle farmacie):
  - impiego dei tamponi molecolari
  - impiego dei test sierologici per la ricerca di IgG e IgM
  - impiego dei test antigenici
  - impiego dei test salivari.

- i diversi approcci legati ai differenti setting considerati: ospiti RSA/RAF, pazienti in ingresso presso strutture di diagnostica e cura, operatori sanitari, operatori scolastici, studenti, lavoratori, turisti e persone al rientro da viaggi in altri Paesi.

Per soddisfare il fabbisogno diagnostico sono stati individuati mediante apposite gare dei laboratori privati che stanno fornendo una integrazione alla capacità di laboratorio del SSR.

In ottemperanza alle indicazioni nazionali, per contrastare la diffusione delle varianti del virus SARS-CoV-2 (le ultime a destare preoccupazione sono la "Delta" e la "Lambda"), è stato individuato sempre mediante gara un unico laboratorio che è in grado di analizzare il patrimonio genetico del virus arrivando ad individuare la variante; sulla base del tipo di variante possono essere previste misure di controllo (durata isolamento/quarantena dei contatti, effettuazione o meno di un tampone molecolare o antigenico al termine del periodo di isolamento/quarantena) più o meno severe.

## **Gestione dei percorsi Covid-19**

### **Disposizioni operative alle ASR circa la gestione dei percorsi per i pazienti COVID e per i pazienti ordinari;**

L'infezione da SARS COV 2 e la patologia COVID ha comportato la necessità di mettere in atto già nelle fasi iniziali specifici adeguamenti per quanto riguarda i percorsi dei pazienti a livello regionale e aziendale. Il progressivo incremento del numero dei pazienti con bisogni di assistenza ospedaliera di media intensità, di terapia semintensiva e di terapia intensiva ha quindi creato i presupposti per rivedere l'organizzazione ospedaliera.

Già nei primi giorni della emergenza è stato disposto l'allestimento presso tutti i Pronto soccorso del Piemonte di tende pneumatiche della Protezione civile per le attività di pre-triage, affinché gli eventuali casi sospetti di contagio possano accedere a un percorso differenziato, a tutela delle norme di prevenzione che impediscono la diffusione del virus. In pratica, prima di entrare nel Pronto soccorso la persona assistita viene sottoposta alla misurazione della febbre e alle domande necessarie a indirizzare il paziente verso il percorso sanitario più appropriato.

Dal 4 marzo 2020 è stata sospesa l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali di classe D e P, garantendo comunque le U e le B (prot. 13220 del 4.3.2020).

Successivamente dal 5 marzo 2020 è stata disposta la sospensione dell'attività chirurgica negli Ospedali della rete pubblica, fatta eccezione per gli interventi urgenti, salvavita e di tipo oncologico (prot. 11054 del 5 marzo 2020).

Dal 19 marzo 2020 è stata disposta la sospensione dell'attività di pronto soccorso e dei punti di primo intervento a minor numero di accessi (Giaveno, Venaria, Borgosesia, Nizza, Bra, Lanzo, Ceva, Omegna). Nella stessa nota è stata ribadita la conversione del 40% dei posti letto negli Ospedali, richiedendo per le Aziende Ospedaliere una conversione più contenuta del 25%. Altresì è stata definita una destinazione del 10% dei posti letto ospedalieri alle terapie semintensive. E' stato anche determinato che sia destinato almeno un blocco operatorio per terapia intensiva in ogni Ospedale (prot. 14480 del 19.03.2020).

Altresì per la gestione del carico dei pazienti è stato definito lo schema tipo di contratto per la stipula delle specifiche convezioni con le strutture private ai fini della fornitura di supporto di assistenza sanitaria (DGR 2-1110 del 10.03.2020).

La nota ministeriale prot. 7865-25/03/2020-DGPROGS-MDS-P è stata trasmessa alle ASR insieme all'aggiornamento prot. 0008076-30/03/2020-DGPROGS-MDS-P, quale integrazione della precedente programmazione regionale.

Si richiamano altresì:

- la nota della Unità di Crisi prot.11029 del 04.03.2020 avente per oggetto: "Indicazioni in merito alla gestione dei pazienti ambulatoriali in ambito ospedaliero a seguito della emergenza epidemiologica COVID-19";
- la nota della Unità di Crisi prot. 20938 del 28.04.2020 avente per oggetto "Richiesta azioni propedeutiche fase 2" a seguito della quale tutte le Aziende Sanitarie Regionali hanno trasmesso alla Unità di Crisi i propri piani di riorganizzazione per quanto riguarda l'area ospedaliera e l'area territoriale a livello aziendale e di quadrante.
- la nota della Unità di Crisi prot. 23445 del 11.05.2020 avente per oggetto: "Fase 2. Recupero attività ambulatoriale e di ricovero precedentemente sospesa";
- la D.G.R. 29-1379 del 15 maggio 2020 avente per oggetto "Indirizzi alla ASR e alle strutture sanitarie private per la ripresa e l'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'epidemia da COVID 19",
- la nota del Settore Prevenzione e Veterinaria della Direzione Sanità e Welfare prot. n. 18410 del 05.06.2020, inerente al riavvio del Programma regionale di screening oncologici denominato "Prevenzione Serena";

Con la nota prot. 18497/A1400A del 5 giugno 2020 la Direzione Sanità e Welfare ha quindi trasmesso alle Aziende sanitarie le indicazioni tecnico-operative per la ripresa delle attività sanitarie sospese o ridotte a seguito del lockdown della fase 1) della situazione emergenziale COVID, richiedendo tra l'altro l'adozione di un Piano organizzativo aziendale per la ripresa delle attività.

Per quanto riguarda invece la seconda ondata epidemica:

- con nota prot. 2020/01511613 del 07.10.2020 avente per oggetto "Disposizioni alle ASR sui posti letto COVID da rendere immediatamente disponibili. Invio tabella a supporto, da aggiornare settimanalmente", è stata richiesta alle Aziende Sanitarie una ulteriore pianificazioni dei posti letto ospedalieri.
- con nota prot. 2020/01511613 del 07.10.2020 avente per oggetto "Disposizioni alle aziende sanitarie Regionale sui posti letto da rendere immediatamente disponibili per i pazienti COVID" è stata richiesta la rimodulazione dei posti letto in relazione ai bisogni assistenziali previsti.
- con nota prot. 2020/0164885 del 22.10.2020 avente per oggetto "Disposizioni per la riprogrammazione delle attività ospedaliere e ambulatoriali" sono state ridefinite le attività da erogare, con la conservazione delle attività urgenti ed oncologiche.
- con nota prot. 2020/0167635 del 26.10.2020 avente per oggetto "Impegno personale medico in aree COVID in fase epidemica", sono state formulate indicazioni specifiche per la situazione emergenziale.

- con nota prot. 2020/0171156 del 28.10.2020 avente per oggetto “Risposta all’emergenza pandemica COVID 19 - disposizioni urgenti” sono state date disposizioni sulla revisione della attività nei PS/DEA”.
- con nota prot. 2020/0169688 del 27.11.2020 avente per oggetto “Disposizioni per l’attivazione immediata di posti letto terapia intensiva” è stata ripianificata l’attivazione di letti di terapia intensiva sul territorio regionale.

## **Potenziamento dell’assistenza ospedaliera**

Tra gli atti formulati riguardo al potenziamento dell’area ospedaliera in ambito di emergenza COVID sono particolarmente rilevanti i seguenti:

- DGR 13 marzo 2020, n. 12-1124 Emergenza da covid 19. Variazione temporanea nella dotazione dei posti letto nell’ambito delle strutture pubbliche e disposizioni transitorie per la contrattualizzazione di eventuali prestazioni aggiuntive con le strutture private autorizzate ed accreditate a supporto del sistema pubblico
- DGR 6 aprile 2020, n. 2-1205. Emergenza epidemiologica da COVID-19. Approvazione accordo tra Regione Piemonte, Prefettura di Torino, Comune di Torino e Società consortile per azioni O.G.R.-CRT per la realizzazione e l’avvio di un’area sanitaria temporanea all’interno del complesso denominato Officine Grandi Riparazioni (O.G.R.) ai sensi dell’art.4 del D.L.18/2020.
- DGR 12 giugno 2020, n. 7-1492. Emergenza da COVID-19. Approvazione del “Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19” da proporre all’approvazione del Ministero della salute, ai sensi dell’art. 2 del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020.

Nello specifico la Regione Piemonte ha adottato, secondo un processo di perfezionamento incrementale, specifiche modalità organizzative volte al coinvolgimento delle strutture pubbliche e private per la gestione dei pazienti Covid positivi secondo l’andamento epidemiologico. In base al suddetto andamento, le strutture sono state via via dedicate in modo esclusivo alla gestione dei pazienti Covid-19 positivi. Alcune di esse sono successivamente diventate, all’attenuarsi dell’epidemia, a gestione mista, oppure si sono riconvertite nuovamente alle loro attività ordinarie pre-Covid, per poi riconvertirsi in Covid con la seconda ondata dell’epidemia.

Nell’ambito pubblico sono state identificate durante la prima ondata dell’epidemia, le seguenti strutture interamente dedicate alla gestione esclusiva dei pazienti affetti da COVID-19 (COVID Hospital”):

- l’Ospedale di Tortona dell’ASL di Alessandria;
- l’Ospedale di Verduno dell’ASL CN2;
- la struttura sanitaria temporanea OGR a Torino.

L’Ospedale di Tortona dell’ASL AL è stato attivato nella fase iniziale della emergenza, a partire dai primi giorni di marzo come Ospedale COVID; la configurazione di base dei posti letto dell’Ospedale prevede 110 posti letto, suddivisi in 12 di Terapia intensiva e 98 di Medicina generale.

Il 30 marzo 2020 si è proceduto all’attivazione del nuovo Ospedale di Verduno presso la ASL CN2, di recente ultimazione. L’Ospedale presenta una potenziale recettività di 70 posti letto di Medicina generale, 3 posti di Terapia intensiva e 9 di Terapia semintensiva.

Con DGR n. 2-1205 del 6 aprile 2020 è stato approvato l'accordo tra la Regione Piemonte, la Prefettura di Torino, il Comune di Torino e la Società consortile per azioni OGR-CRT per la realizzazione e l'avvio di un'area sanitaria temporanea, ai sensi dell'art. 4 del D.L. 18/2020, area sita a Torino all'interno del complesso denominato Officine Grandi Riparazioni; gli oneri dell'intero progetto sono assunti direttamente dalla Compagnia San Paolo. La struttura sanitaria temporanea ex OGR è stata attiva dal 10 aprile u.s. sotto la gestione dell'ASL Città di Torino; l'area presenta 92 posti letto, suddivisi in 38 di Medicina generale, 50 di Terapia semi intensiva e 4 di Terapia intensiva.

Successivamente il Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34 recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", c.d. "Decreto Rilancio" ha approvato una serie di misure destinate ad avere un importante impatto anche sul versante sanitario.

La Regione Piemonte, in esecuzione del disposto dell'art.2 del citato D.L. 34/2020, in data 12 giugno 2020 ha adottato la DGR n. 7-1492 "Emergenza da COVID-19. Approvazione del "Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19" da proporre all'approvazione del Ministero della salute, ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020."

Il Ministero della Salute ha comunicato, con nota prot. 15026 del 22 luglio 2020, che con Decreto Direttoriale in data 17 luglio 2020 era stato approvato il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza COVID\_19 presentato dalla Regione Piemonte.

Nel Piano sopra citato vengono ulteriormente articolati una serie di interventi; in particolare:

- l'implementazione di posti letto di terapia intensiva;
- la creazione di posti letto di terapia semintensiva, attraverso la riqualificazione di p.l. di area medica, il 50% dei quali convertibili, all'occorrenza, in intensiva;
- l'individuazione degli Ospedali COVID;
- l'individuazione dell'area per la collocazione di una struttura movimentabile di terapia intensiva;
- la ristrutturazione dei Pronto Soccorso e il consolidamento della separazione dei percorsi;
- l'implementazione dei mezzi da dedicare ai trasferimenti interospedalieri;
- le unità di personale aggiuntive rispetto alle vigenti dotazioni organiche.

Il Piano approvato prevede, in linea con l'ammontare complessivo previsto dal D.L. 34/2020 e dalla circolare ministeriale attuativa, un costo complessivo, di euro 111.222.717, per gli interventi di cui ai commi 1, 2, 4 e 5, di euro 3.150.000,00, per l'attuazione delle misure di cui al comma 5, terzo periodo, e di euro 13.537.931,37, per l'attuazione delle misure di cui ai commi 1 e 7.

In armonia con quanto atteso dall' art 2 comma 5 del succitato decreto sono state previste anche specifiche azioni relative alla implementazione dei mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari per pazienti Covid-19, dimissioni protette e trasporti interospedalieri per pazienti non affetti da COVID-19.

Altresì sempre in chiave di potenziamento dell'assistenza ospedaliera si richiama la DGR 16 novembre 2020, n. 1-2297 Emergenza epidemiologica da COVID-19. Approvazione protocollo d'intesa fra Prefettura di Torino, Città di Torino, Regione Piemonte. Incarico all'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, per la realizzazione e gestione di un'area sanitaria temporanea ai sensi dell'art. 4 del

D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito in Legge 24 aprile 2020, all'interno del V Padiglione di Torino Esposizioni.

## **Piattaforma informatica Covid-19 Regione Piemonte**

**Implementazione di un software per la gestione dei casi positivi, degli isolamenti, delle quarantene, dei posti letto di ricovero ordinario e di terapia intensiva presso le strutture pubbliche e private, dei posti presso le strutture alberghiere in tempo reale;**

Nel primo periodo, in assenza di soluzioni tecnologiche adeguate per far fronte alla situazione emergenziale COVID-19 si è reso necessario adottare modalità di trasmissione delle informazioni attraverso procedura di accesso FTP (Protocollo internet di Trasferimento Dati). Detta modalità, tuttavia non era coerente con la necessità emergenziale che richiedeva di rendere disponibili dati tempestivi relativi alla pandemia in atto e l'assenza di soluzioni alternative adeguate ha richiesto la realizzazione e messa in esercizio della piattaforma regionale COVID19.

L'**obiettivo** della piattaforma, infatti, è monitorare in tempo reale i processi di analisi dei tamponi, la presa in carico dei pazienti in ospedale, le loro dimissioni e i trasferimenti a domicilio o in altre strutture per il post ricovero, le acquisizioni straordinarie di personale, i servizi e presidi medici, lo stato di occupazione dei letti suddivisi per ogni struttura tra terapia intensiva, subintensiva e ordinaria. Si tratta di un sistema gestionale completo e flessibile, con soluzioni tecnologiche open source in cui le informazioni sono fruibili facilmente anche in mobilità e con dispositivi diversi.

Nello specifico, in virtù della convenzione quadro stipulata da Regione Piemonte per gli affidamenti di servizi in regime di esenzione IVA, sottoscritta in data 14.1.2019 e con scadenza 31.12.2021 verso il CSI Piemonte, proprio ente strumentale per la realizzazione e gestione dei servizi informatici, il 9 marzo 2020 il CSI Piemonte è stato chiamato a fornire supporto alle attività dell'Unità di Crisi in attività di assistenza agli operatori a vario titolo coinvolti nella gestione della crisi. Tali attività che presupponevano un trattamento di dati personali da parte dell'ente affidatario, sono state svolte nell'ambito della nomina generale a Responsabile Esterno del trattamento previsto dalla richiamata Convenzione.

In seguito con successivo Decreto del Presidente della Giunta regionale n°32 del 16 marzo 2020, viene nominato il Commissario e definita l'articolazione degli uffici dell'Unità di Crisi U.C.R e le relative competenze incluse quelle degli Enti strumentali e delle società partecipate senza limitazioni circa la tipologia dei profili professionali necessari. Nell'ambito di tale decreto il CSI Piemonte viene identificato come soggetto deputato alla realizzazione delle soluzioni applicative a supporto dell'Unità di Crisi.

Da questo momento tutte le procedure preventivamente messe in campo in condizioni di emergenza e che si erano dimostrate inadeguate vengono progressivamente abbandonate. In particolare, ai fini della gestione dell'emergenza con modalità integrata, l'Amministrazione Regionale ha chiesto il supporto del Consorzio per lo sviluppo della "Piattaforma COVID19" composta da applicazioni finalizzate alla rilevazione delle informazioni necessarie all'Unità di Crisi /Regione per assolvere alle proprie funzioni, con i soggetti attuatori ed il coinvolgimento graduale delle Aziende sanitarie e medici di medicina generale deputati alla gestione delle finalità di cura.

## RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

Lo sviluppo della “Piattaforma COVID19 ha portato al rilascio continuo di nuove funzionalità, tra cui quella progettata per la fruizione da parte dei Sindaci (soggetto attuatore), rilasciata ai rispettivi utenti il 30 marzo 2020 che ad oggi consente quanto segue:

- Enti di erogazione delle prestazioni sanitarie (strutture che eseguono le prestazioni relative ai tamponi e esami sierologici): Laboratori analisi e Farmacie. Per queste strutture che trasmettono gli esiti dei tamponi/sierologici si applicano le specifiche di integrazione pubblicate al seguente link:

<http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/38-fascicolo-sanitario-elettronico/3587-specifiche-d-integrazione-con-la-piattaforma-covid>

- Soggetti che accedono per la consultazione delle informazioni disponibili in Piattaforma Covid: Per detti soggetti si applicano specifiche regole di consultazione per ciascuna delle seguenti finalità:

- **CURA:** In tal caso attraverso la piattaforma “gestione pazienti” è possibile richiedere/consultare i dati clinici del paziente preso in carico.

RUOLO	DATI ANAGRAFICI	DATI AMMINISTRATIVI	DATI PRESCRITTIVI (Richiesta Tampone)	DATI CLINICI	
Direzione sanitaria strutture sanitarie, socio sanitarie	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	
Ospedale - Medici di reparto pubblico	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	
Ospedale - Medici di reparto privato con PL COVID	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	
Ospedale - Medici di reparto privato senza PL COVID	LETTURA	LETTURA	LETTURA	LETTURA	
Ospedale - Coordinatori sanitari di reparto	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	
Medico Competente	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	
SISP	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	
MMG/PLS	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	1)
USCA - Medici	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	2)
USCA - Coordinatori sanitari	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	2)
USCA: Medici 118	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	3)
USCA: Coordinatori sanitari 118	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	3)
Medici della continuità assistenziale	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	LETTURA/SCRITTURA	4)

1) I Dati personali e particolari consultabili sono quelli dei pazienti assistiti

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

- 2) I Dati personali e particolari consultabili sono relativi ai pazienti del distretto USCA di appartenenza
  - 3) I Dati personali e particolari consultabili sono relativi ai pazienti del quadrante di competenza della Centrale Operativa 118
  - 4) Dati personali e particolari in chiaro relativi ai pazienti dell'ASL di competenza
- **SORVEGLIANZA EMERGENZIALE COVID:** In tal caso con riferimento alla situazione emergenziale COVID la piattaforma COVID permette la consultazione dei dati clinici e personali dei pazienti per le seguenti finalità:
- 1) Sorveglianza sanitaria emergenziale Enti del SSR: Unità di crisi/Dirmei/Seremi. In particolare l'accesso si rende necessario per Trasmissione flussi a Istituto Superiore Sanità.
  - 2) Sorveglianza sanitaria emergenziale Enti esterni al SSR: attraverso specifico modulo della piattaforma COVID è possibile far consultare i dati dei pazienti COVID ai seguenti Enti:

ENTE	RUOLO	DATI ANAGRAFICI	DATI AMMINISTRATIVI	DATI PRESCRITTIVI (Richiesta Tampone)	DATI CLINICI
Prefettura	Prefetto o suo delegato	LETTURA	LETTURA	LETTURA	LETTURA
		SU INTERROGAZIONE	SU INTERROGAZIONE	SU INTERROGAZIONE	SU INTERROGAZIONE
Comune	Sindaco	LETTURA	LETTURA	LETTURA	LETTURA
	Polizia Municipale	LETTURA	LETTURA	LETTURA	LETTURA
Questura	Questore o suo delegato	LETTURA	LETTURA	LETTURA	LETTURA
		SU INTERROGAZIONE	SU INTERROGAZIONE	SU INTERROGAZIONE	SU INTERROGAZIONE
	Polizia	LETTURA	LETTURA	LETTURA	LETTURA
		SU INTERROGAZIONE	SU INTERROGAZIONE	SU INTERROGAZIONE	SU INTERROGAZIONE
Forze dell'ordine	Carabinieri - VV.FF. -	LETTURA	LETTURA	LETTURA	LETTURA
	GdF	SU INTERROGAZIONE	SU INTERROGAZIONE	SU INTERROGAZIONE	SU INTERROGAZIONE
INAIL	Dirigente di direzione provinciale	LETTURA	LETTURA	LETTURA	LETTURA
		SU INTERROGAZIONE	SU INTERROGAZIONE	SU INTERROGAZIONE	SU INTERROGAZIONE
	Funzionario	LETTURA	LETTURA	LETTURA	LETTURA
		SU INTERROGAZIONE	SU INTERROGAZIONE	SU INTERROGAZIONE	SU INTERROGAZIONE

- **GOVERNO o RICERCA:** In tal caso attraverso il DWH regionale è possibile consultare dati aggregati e non riconducibili al paziente per attività di programmazione e controllo. Le eventuali autorizzazioni per finalità di ricerca (su dati anonimi o pseudonimizzati) sono autorizzati dal Dirigente responsabile Settore programmazione socio sanitaria o dalle Strutture pubbliche del SSR che svolgono ricerca epidemiologica (esempio: Seremi, SEPI).

### **Potenziamento rete dei laboratori, costruzione di software per l'integrazione**

Al momento dell'inizio della Pandemia COVID 19, in Piemonte solo 2 laboratori disponevano delle apparecchiature e delle competenze per la ricerca del virus SARS COV 2 su tamponi rino-oro-faringei.

Al fine di far fronte al crescente fabbisogno diagnostico, con il supporto del DIRMEI, è stato richiesto alle ASR di attivare nuovi processi diagnostici acquisendo competenze ed apparecchiature necessarie a processare un numero sempre maggiore di tamponi per la ricerca del virus.

Con un finanziamento privato sono stati creati 2 nuovi laboratori diagnostici: uno da parte dell'ARPA ed un secondo da parte dell'Università del Piemonte Orientale (UPO).

In parallelo allo sviluppo dei laboratori del settore pubblico, mediante una gara SCR, sono stati reclutati anche dei partner privati che hanno contribuito nei momenti di maggiore criticità ad assicurare risultati in tempi accettabili per il contact tracing e l'adozione dei provvedimenti di isolamento e quarantena.

Con un'ulteriore gara è stato affidato al laboratorio del Centro Tumori di Candiolo il compito di tipizzare il materiale genetico ottenuto dai tamponi al fine di poter individuare precocemente le nuove varianti di SARS COV 2 ed assicurare un approccio modulare ai provvedimenti di isolamento e quarantena in relazione alle caratteristiche di diffusività e gravità del virus.

Il collegamento tra i laboratori e le strutture sanitarie deputate al contact tracing ed alla predisposizione dei provvedimenti di controllo dell'infezione, è stata assicurata mediante la progressiva implementazione della piattaforma COVID 19 – Regione Piemonte che ha consentito, mediante una struttura di web services, di rendere disponibili anche i risultati delle analisi svolte presso i laboratori privati.

### **Supporto alle ASR mediante il coordinamento degli acquisti**

Con riferimento agli acquisti dei Beni e Servizi, fermo restando la possibilità delle Aziende sanitarie del SSR (di seguito ASR) di approvvigionarsi in proprio, nel corso del 2020 sono state previste (ove possibile) ad integrazione forme di coordinamento e di razionalizzazione dei fabbisogni espressi dai medesimi Enti sanitari e Unità di crisi regionale finalizzate a fronteggiare l'emergenza epidemiologica attraverso la valorizzazione delle competenze di aggregazione e razionalizzazione delle forniture e servizi dell'ASL TO3 (sino luglio 2020) e successivamente dell'ASL Città di Torino.

In particolare, l'ASL TO3 a seguito del ruolo di centrale acquisti e distribuzione ai sensi del DPGR 27 del 6/3/2020 nell'ambito dell'emergenza Covid-19, ha provveduto preliminarmente, nella prima quindicina di marzo 2020, ad acquisire le richieste trasmesse dall'Unità di Crisi attingendo in prima istanza dai contratti in corso.

La normativa di riferimento, con la dichiarazione dello stato di emergenza a livello Europeo e Nazionale nella specifica funzione di Centrale Acquisti dell'Unità di Crisi è così schematizzata:

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

ATTO	ESTREMI	RIFERIMENTO
Codice dei contratti	D.Lgs. 50/2016 e smi	combinato disposto artt. 63 comma 2 lett. c 3 163 comma 7
Ordinanze Protezione Civile	630 del 3/2/2020	ART. 3 "Deroghe" punto 2 punto 3 punto 4 punto 5 punto 7
	638 del 22/2/2020	ART. 1 modifica art 3 dell'ordinanza 630 (anche senza previa consultazione di almeno 5 operatori e quindi ai sensi art 63, procedura senza bando)
	639 del 25/2/2020	art 1 comma 2 Acquisti DPI
	641 del 28/2/2020	art 1 estensione dell'art 1 comma 2 della 639/2020 si applicano anche per gli strumenti e dei dispositivi di ventilazione invasiva e non
D.L.	18 del 17/03/2020	Art. 91 Anticipazione
Comunicazione Commissione Europea del 1/4/2020	01/04/2020	Orientamento Commissione Europea

Sulla base della normativa sopra richiamata il Provveditorato dell’A.S.L. TO3, per far fronte alla gravissima carenza di DPI e altro materiale necessario a fronteggiare l’emergenza e per poter reperire lo stesso, basandosi sulla disponibilità immediata di forniture da parte degli operatori economici, ha attivato i seguenti bandi aperti a tutti gli operatori economici:

- BANDO 1\_pompe\_infusionali
- BANDO 2\_mat\_cons\_pompe\_siringa
- BANDO 3\_mascherine chir e FFP
- Bando 4\_gel igienizzante e alcool denat
- Bando 5\_Camici in TNT e altri materiali DPI
- BANDO 6\_ASPIRATORI CHIRURGICI
- BANDO 7\_TAMPONI
- Bando 8\_VENTILATORI POLMONARI
- Bando 9\_pulsossimetri saturimetri
- BANDO 10\_vedi POCT OGR
- BANDO 11\_vedi CASCHI CPAP OGR
- BANDO 12\_vedi FLUSSIMETRI OGR
- BANDO 13\_ATTREZZATURE OGR
- BANDO 14\_Arredi Vari OGR e Rivoli
- BANDO 15\_REAGENTI PER ATTREZZATURE DUE LABORATORI

pubblicati nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito istituzionale dell’A.S.L. TO3.

## Avvio procedure di acquisto da parte di SCR

Contestualmente è stato richiesto alla Centrale Acquisti Regionale (SCR Piemonte) di indire una gara per reperire i dispositivi di protezione individuale e i DM (mascherine chirurgiche) nel medio periodo.

Gli operatori economici aggiudicatari della gara di SCR (gara 39/2020-46/2020) non sempre hanno onorato gli impegni nei tempi definiti nel bando e questo ha determinato una spasmodica ricerca di dispositivi indispensabili, di difficile reperimento a prezzi congrui.

Gli elementi di attenzione della prima fase emergenziale, sulla base delle informazioni disponibili, sono riassumibili come segue:

- Incremento esponenziale dei quantitativi necessari che hanno portato alcune ditte a dichiarare la loro indisponibilità a soddisfare la richiesta, che ha richiesto l'attivazione di procedure di ricerca sul mercato dei medesimi prodotti in urgenza con adozione di criteri basati su immediata disponibilità fisica e offerta economicamente più vantaggiosa.
- Disomogeneità del rapporto domanda/offerta, che in particolare nei primi 3-6 mesi 2020 è stato fortemente sbilanciato verso la domanda. Detta disomogeneità ha creato di fatto una situazione di aggrottaggio, tanto che una maschera FFP2 con un prezzo di gara antecedente alla crisi pari a € 1,5 (per un fabbisogno annuo di 1000 pezzi), è stata offerta nei primi 10 giorni del mese di febbraio a minimo 5 euro. Analogamente, le mascherine chirurgiche, acquistate in fase di gara a 0,10 centesimi di euro, venivano ora vengono offerte tramite vari intermediari in tutto il mondo a non meno di 0,45 centesimi di euro. (*fonte: ASL TO3*)
- Alta "volatilità" del materiale ordinato che ha determinato richieste di pagamento anticipato dalla maggior parte dei fornitori, subordinando l'evasione degli ordini al ricevimento dell'accredito su conto bancario. Sono state pertanto attivate dall'ASL TO 3 procedure di pagamento in urgenza, emettendo carta contabile inviata via PEC all'Istituto Tesoriere, successivamente regolarizzata con mandato di pagamento. L'Istituto Tesoriere "Intesa San Paolo" ha fornito la massima collaborazione, fornendo il supporto tecnico on line anche in giorni ed orari straordinari.
- In data 28 marzo è avvenuta l'aggiudicazione della procedura negoziata per i DPI a livello di Società di Committenza Regionale (SCR), in maniera tale da standardizzare il processo di trattativa e di acquisto. Si precisa che soprattutto in assenza di materiale sul mercato le ASR hanno provveduto, anche, ad affidamenti diretti alle ditte che si proponevano disponibili, anche estere. Per le forniture dei dispositivi della Gara SCR non è previsto il pagamento anticipato, ma alla consegna, previa verifica della conformità del prodotto e comunque non oltre 30 gg.

## **Potenziamento delle risorse umane per fronteggiare l'emergenza Covid-19**

Le ASR per fronteggiare l'emergenza Covid-19 hanno fatto ricorso alle seguenti tipologie di contratti:

- contratti libero professionali ex art. 2 bis D.L. 18/2020, quasi esclusivamente personale medico;
- rapporti di lavoro a tempo determinato ex art. 2 ter D.L. 18/2020;
- rapporti di lavoro a tempo indeterminato;
- contratti di somministrazione di lavoro temporaneo;
- COCOCO;
- incarichi a titolo gratuito;
- personale da cooperative;
- personale trattenuto in servizio (dato poco significativo);
- personale con titolo di studio conseguito all'estero ex art. 13 D.L. 18/2020;

Il personale con contratto di lavoro autonomo e con rapporto di lavoro a tempo determinato è stato reclutato per la gran parte attraverso i bandi dell'Unità di Crisi.

Nell'ambito dell'emergenza Covid-19, l'Unità di Crisi della Regione Piemonte ha iniziato il reclutamento di risorse umane a partire dal mese di marzo; l'acquisizione è continuata fino ad oggi senza soluzione di continuità.

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

In particolare, nella prima ondata della pandemia, sono state avviate le seguenti procedure di reclutamento:

OGGETTO	data pubblicazione	data scadenza	n. domande	stato procedura	durata contratto
Manifestazione interesse Infermiere di famiglia e di comunità	25/05/2020	10/06/2020	50	Concluso	fino a fine emergenza
Manifestazione interesse Assistente Sociale USCA	25/05/2020	10/06/2020	100	Concluso	fino a fine emergenza
Avviso pubblico per titoli, reclutamento di personale nel profilo di ASSISTENTE SANITARIO-COVID-19.	16/05/2020	21/05/2020	80	Concluso	1 anno
Avviso pubblico per titoli, reclutamento di personale nel profilo di TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO-COVID-19.	04/05/2020	09/05/2020	275	Concluso	1 anno
Avviso pubblico per titoli, reclutamento di personale nel profilo di INFERMIERE PROFESSIONALE-COVID-19.	15/04/2020	20/04/2020	523	Concluso	1 anno
Avviso pubblico per titoli, reclutamento di personale nel profilo di OPERATORE SOCIO SANITARIO-COVID-19.	15/04/2020	20/04/2020	1.064	Concluso	1 anno
Avviso pubblico per titoli per reclutamento di personale nel profilo di OPERATORE SOCIO SANITARIO - COVID 19 da destinare all'ASL CN2	06/04/2020	11/04/2020	449	Concluso	1 anno
Avviso pubblico per titoli, reclutamento di personale nel profilo di INFERMIERE PROFESSIONALE-COVID-19.	23/03/2020	28/03/2020	727	Concluso	1 anno
Avviso pubblico per titoli, reclutamento di personale nel profilo di OPERATORE SOCIO SANITARIO-COVID-19.	22/03/2020	27/03/2020	1.046	Concluso	1 anno
Manifestazione di interesse - formazione di un elenco di Medici disponibili a prestare attività assistenziale nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte	15/03/2020	19/10/2020	750	Concluso	fino a fine emergenza

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

Nella seconda ondata di pandemia, l'Unità di Crisi ha avviato le seguenti procedure di reclutamento:

TIPOLOGIA	OGGETTO	data pubblicazione	data scadenza	n. candidature	durata contratto
PSICOLOGI	Manifestazione di interesse per la formazione di elenchi di PSICOLOGI specialisti in psicoterapia per il potenziamento del supporto psicologico a favore delle ISTITUZIONI SCOLASTICHE in relazione all'emergenza Covid-19 nell'ambito del territorio regionale	28/07/2021	Sempre aperta	424	fino a fine emergenza
PSICOLOGI	Manifestazione di interesse per la formazione di elenchi di PSICOLOGI SPECIALISTI in psicoterapia disponibili a prestare la propria attività connesse alla pandemia Covid - 19 nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte	14/07/2021	Sempre aperta	624	fino a fine emergenza
FARMACISTI	Manifestazione di interesse per la formazione di elenchi di Farmacisti disponibili a prestare la propria attività nell'ambito della campagna di vaccinazione anti Covid - 19 nelle sedi vaccinali della Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte	11/05/2021	Sempre aperta	123	fino a fine emergenza
MEDICI/INFERMIERI	Manifestazione di interesse di professionisti in possesso delle qualifiche professionali sanitarie di Medico Chirurgo e Infermiere, che intendano esercitare in via temporanea sul territorio regionale la professione conseguita in Italia o all'estero e regolata da specifiche Direttive dell'Unione Europea, in attuazione dell'art. 13 del Decreto Legge del 17 marzo 2020 n. 18	21/11/2020	Sempre aperta	527	fino a fine emergenza
MEDICI	Manifestazione di interesse - formazione di un elenco di Medici disponibili a prestare attività assistenziale nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte	20/10/2020	Sempre aperta	2.119	fino a fine emergenza

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

INFERMIERI	Manifestazione di interesse - Formazione di elenchi di infermieri disponibili a prestare attività assistenziale nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte	05/11/2020	Sempre aperta	719	fino a fine emergenza
INFERMIERI	Avviso pubblico per titoli, per il reclutamento di personale a tempo determinato da impiegare nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte. PROFILO: COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE (durata 36 mesi)	05/11/2020	05/12/2020	2.776	36 mesi
INFERMIERI	Avviso pubblico per il reclutamento di personale a tempo determinato nell'ambito dell'emergenza COVID 19 da impiegare nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte. PROFILO: COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE	17/11/2020	22/11/2020	546	1 anno
FISIOTERAPISTA	Avviso pubblico per il reclutamento di personale a tempo determinato nell'ambito dell'emergenza COVID 19 da impiegare nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte. PROFILO: COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - FISIOTERAPISTA	30/10/2020	08/11/2020	232	1 anno
INFERMIERI	Avviso pubblico per il reclutamento di personale a tempo determinato nell'ambito dell'emergenza COVID 19 da impiegare nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte. PROFILO: COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE	04/11/2020	09/11/2020	118	1 anno

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

OSTETRICA	<p>Avviso pubblico per il reclutamento di personale a tempo determinato nell'ambito dell'emergenza COVID 19 da impiegare nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte.          PROFILO:          COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - OSTETRICA</p>	02/11/2020	08/11/2020	430	1 anno
TEC. PREV. AMBIENTE	<p>Avviso pubblico per il reclutamento di personale a tempo determinato nell'ambito dell'emergenza COVID 19 da impiegare nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte.          PROFILO:          COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO</p>	30/10/2020	04/11/2020	184	1 anno
TECNICI RX	<p>Avviso pubblico per il reclutamento di personale a tempo determinato nell'ambito dell'emergenza COVID 19 da impiegare nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte.          PROFILO:          COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA</p>	30/10/2020	04/11/2020	125	1 anno
INFERMIERI PED.	<p>Avviso pubblico per il reclutamento di personale a tempo determinato nell'ambito dell'emergenza COVID 19 da impiegare nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte.          PROFILO: Collaboratore Professionale Sanitario - INFERMIERE PEDIATRICO</p>	26/10/2020	01/11/2020	66	1 anno
OSS	<p>Avviso pubblico per il reclutamento di personale a tempo determinato nell'ambito dell'emergenza Covid 19 da impiegare nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte.          PROFILO: OPERATORE SOCIO SANITARIO</p>	26/10/2020	01/11/2020	1.564	1 anno

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

TEC. LABORATORIO	Avviso pubblico per il reclutamento di personale a tempo determinato nell'ambito dell'emergenza COVID 19 da impiegare nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte. PROFILO: COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	26/10/2020	01/11/2020	140	1 anno
INFERMIERI	Avviso pubblico per titoli, reclutamento di personale nel profilo di INFERMIERE - Emergenza infezione SARS Cov-2	20/10/2020	25/10/2020	589	1 anno
MEDICI	Avviso pubblico per il reclutamento di personale a tempo determinato nell'ambito dell'emergenza COVID 19 da impiegare nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte con la funzione specifica di "CONSULENTE TECNICO PER LA FORMAZIONE E GLI ASPETTI DI CARATTERE IGIENICO-SANITARIO E ORGANIZZATIVO" nelle Residenze Sanitarie Assistenziali - PROFILO: DIRIGENTE MEDICO	16/10/2020	25/10/2020	5	secondo le necessità aziendali
MEDICI	Manifestazione di interesse - formazione di un elenco Medici per attività nelle ASL (prevenzione e controllo infezione SARS- CoV-2 nelle Scuole	18/09/2020	25/09/2020	594	9 mesi indicativi
ASS. SANITARI	Avviso pubblico per titoli, reclutamento di personale nel profilo di ASSISTENTE SANITARIO- Prevenzione infezione SARS CoV-2 nelle Scuole.	18/09/2020	25/09/2020	97	9 mesi indicativi

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

AMMINISTRATIVI	Avviso pubblico per titoli, reclutamento di personale nel profilo di ASSISTENTE AMMINISTRATIVO - Emergenza COVID	18/09/2020	25/09/2020	2.951	a seconda delle necessità
INFERMIERI	Avviso pubblico per titoli, reclutamento di personale nel profilo di INFERMIERE - Prevenzione infezione SARS Cov-2 nelle Scuole.	18/09/2020	25/09/2020	323	9 mesi indicativi
MEDICI USCA	Bandi aperti dalle singole aziende sanitarie	dalla primavera/estate 2020			fino a fine emergenza
OSTETRICHE	AOU Città della Salute quale capofila per alcune aziende del torinese - Graduatoria utilizzabile a livello regionale	14/06/2019	10/07/2022	293	tempo indeterminato.
OSS	ASL Città di Torino in qualità di capofila per le aziende del torinese - Graduatoria utilizzabile a livello regionale	05/03/2018	29/10/2021	614	tempo indeterminato.
INFERMIERI	n. 4 GRADUATORIE a tempo indeterminato promosse da AOU Città della Salute, ASL VC, AO AL, ASL CN1 disponibili per tutte le aziende del Piemonte fino ad esaurimento candidati		25/02/2022	4.836	tempo indeterminato.
INFERMIERI	Avviso mobilità Infermiere	03/07/2020	02/08/2020	11	tempo indeterminato.
INFERMIERI	Manifestazione interesse Infermiere di famiglia e di comunità	25/05/2020	10/06/2020	50	fino a fine emergenza
ASS. SOCIALI	Manifestazione interesse Assistente Sociale USCA	25/05/2020	10/06/2020	100	fino a fine emergenza

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

ASS. SANITARI	Avviso pubblico per titoli, reclutamento di personale nel profilo di ASSISTENTE SANITARIO-COVID-19.	16/05/2020	21/05/2020	80	1 anno
TEC. LABORATORIO	Avviso pubblico per titoli, reclutamento di personale nel profilo di TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO-COVID-19.	04/05/2020	09/05/2020	275	1 anno
INFERMIERI	Avviso pubblico per titoli, reclutamento di personale nel profilo di INFERMIERE PROFESSIONALE-COVID-19.	15/04/2020	20/04/2020	523	1 anno
OSS	Avviso pubblico per titoli, reclutamento di personale nel profilo di OPERATORE SOCIO SANITARIO-COVID-19.	15/04/2020	20/04/2020	1.064	1 anno
OSS	Avviso pubblico per titoli per reclutamento di personale nel profilo di OPERATORE SOCIO SANITARIO - COVID 19 da destinare all'ASL CN2	06/04/2020	11/04/2020	449	1 anno
INFERMIERI	Avviso pubblico per titoli, reclutamento di personale nel profilo di INFERMIERE PROFESSIONALE-COVID-19.	23/03/2020	28/03/2020	727	1 anno
OSS	Avviso pubblico per titoli, reclutamento di personale nel profilo di OPERATORE SOCIO SANITARIO-COVID-19.	22/03/2020	27/03/2020	1.046	1 anno

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

MEDICI	Manifestazione di interesse - formazione di un elenco di Medici disponibili a prestare attività assistenziale nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte	15/03/2020	19/10/2020	750	fino a fine emergenza
--------	---	------------	------------	-----	-----------------------

I suddetti avvisi sono stati indetti secondo le modalità indicate dagli artt. 2-bis e 2-ter del D.L. 18/2020, che prevedono procedure semplificate in relazione all'emergenza Covid.

Le procedure sono completamente informatizzate e sono state effettuate mediante utilizzo della Piattaforma Concorsi dell'ASL Città di Torino, sede del Dipartimento Interaziendale a valenza Regionale "Malattie ed Emergenze Infettive". Le risorse dedicate a tale attività sono quelle assegnate al Settore Concorsi dell'A.S.L. Città di Torino.

Ai suddetti bandi si aggiungono quelli indetti dalle singole aziende sanitarie.

Infine le aziende sanitarie hanno inserito anche risorse reclutate attraverso bandi indetti dal Dipartimento della Protezione Civile, specifiche per il contact tracing.

Riguardo alla durata dei contratti, gli stessi sono stati attivati per tutta la durata dell'emergenza COVID, salvo che il dipendente/incaricato si sia dimesso.

Per gli infermieri, invece, la durata dei contratti è pari a 36 mesi e la relativa procedura è stata gestita dall'ASL Città di Torino in qualità di capofila per tutta la Regione.

A partire dal mese di febbraio 2021 le aziende sanitarie locali hanno inserito anche personale con contratto di somministrazione (medici, infermieri, assistenti sanitari) reclutato dalla gestione commissariale per l'emergenza Covid, attraverso propri bandi e destinato ad implementare le risorse dedicate alla campagna vaccinale.

Nel mese di marzo 2021 sono state avviate le seguenti nuove procedure di reclutamento di personale per l'emergenza Covid, con particolare riferimento alla campagna vaccinale:

- avviso pubblico a tempo determinato per il reclutamento di personale nel profilo di Operatore Professionale Sanitario – Infermiere;
- avviso di manifestazione di interesse per il reclutamento di medici specializzandi a partire dal 1° anno, da impiegare nella campagna vaccinale.
- avviso di manifestazione di interesse per il reclutamento Odontoiatri da impiegare nella campagna vaccinale.
- avviso di manifestazione di interesse per il reclutamento Biologi da impiegare nella campagna vaccinale.
- avviso di manifestazione di interesse per il reclutamento Ostetriche da impiegare nella campagna vaccinale.

- avviso di manifestazione di interesse per il reclutamento di Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione della Prevenzione da impiegare nella campagna vaccinale.

Azienda	ASSUNZIONI COVID AL 02/07/2020				ASSUNZIONI COVID AL 30/07/2020				ASSUNZIONI COVID AL 03/09/2020			
	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI
ASL Città di Torino	333	30	161	142	303	44	119	140	295	37	119	139
ASO Città Salute	72	22	24	26	333	30	157	146	333	30	157	146
AO Ordine Mauriziano	121	33	42	46	72	22	24	26	65	16	23	26
AO San Luigi	239	80	85	74	118	33	40	45	125	31	45	49
ASL TO 3	174	30	57	87	247	80	89	78	239	80	84	75
ASL TO 4	158	26	49	83	181	29	56	96	167	24	53	90
ASL TO 5	166	45	76	45	151	26	50	75	160	25	51	84
ASL AL	57	10	36	11	185	46	85	54	206	48	104	54
ASL AT	171	16	129	26	57	9	36	12	78	15	45	18
ASL CN 1	62	24	23	15	171	16	129	26	171	16	129	26
ASL CN 2	74	14	45	15	42	8	21	13	35	2	21	12
AO CN	62	12	32	18	74	14	45	15	74	14	45	15
ASL BI	148	23	52	73	62	12	32	18	51	10	25	16
ASL VC	83	6	36	41	142	23	49	70	144	25	49	70
ASL VCO	46	9	18	19	88	6	37	45	98	7	40	51
ASL NO	98	13	45	40	47	9	19	19	49	6	23	20
AO AL	156	35	49	72	89	13	36	40	66	14	19	33
AO NO	0				156	35	49	72	150	33	44	73
<b>TOTALE</b>	<b>2.220</b>	<b>428</b>	<b>959</b>	<b>833</b>	<b>2.518</b>	<b>455</b>	<b>1.073</b>	<b>990</b>	<b>2.506</b>	<b>433</b>	<b>1.076</b>	<b>997</b>

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

Azienda	ASSUNZIONI COVID AL 24/09/2020					ASSUNZIONI COVID AL 22/10/2020					ASSUNZIONI COVID AL 05/11/2020				
	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI
ASL Città di Torino	307	26	111	170	316	18	105	193	511	76	116	319			
ASO Città Salute	333	30	157	146	333	30	147	156	333	24	163	146			
AO Ordine Mauriziano	58	11	21	26	54	7	21	26	86	15	34	37			
AO San Luigi	109	20	45	44	116	13	48	55	142	16	57	69			
ASL TO 3	236	78	84	74	228	75	81	72	228	75	81	72			
ASL TO 4	166	23	52	91	188	21	50	117	226	45	49	132			
ASL TO 5	157	23	51	83	189	25	56	108	236	43	62	131			
ASL AL	214	52	108	54	226	48	121	57	232	52	124	56			
ASL AT	72	12	43	17	95	15	56	24	130	17	65	48			
ASL CN 1	171	16	129	26	249	27	176	46	301	29	216	56			
ASL CN 2	38	3	23	12	44	3	24	17	58	15	23	20			
AO CN	74	14	45	15	104	15	68	21	123	22	80	21			
ASL BI	46	9	22	15	46	9	22	15	54	7	26	21			
ASL VC	132	21	43	68	95	12	31	52	95	10	33	52			
ASL VCO	99	6	41	52	95	4	39	52	109	11	39	59			
ASL NO	51	5	23	23	66	7	30	29	102	22	33	47			
AO AL	63	11	19	33	59	8	17	34	71	8	30	33			
AO NO	142	28	42	72	142	28	42	72	147	27	42	78			
<b>TOTALE</b>	<b>2.468</b>	<b>388</b>	<b>1.059</b>	<b>1.021</b>	<b>2.645</b>	<b>365</b>	<b>1.134</b>	<b>1.146</b>	<b>3.184</b>	<b>514</b>	<b>1.273</b>	<b>1.397</b>			

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

Azienda	ASSUNZIONI COVID AL 26/11/2020					ASSUNZIONI COVID AL 10/12/2020					ASSUNZIONI COVID AL 17/12/2020					
	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI
ASL Città di Torino	710	162	131	417	819	186	144	489	819	185	144	490	819	185	144	490
ASO Città Salute	394	31	195	168	462	55	189	218	505	63	192	250	505	63	192	250
AO Ordine Mauriziano	116	21	43	52	138	25	52	61	145	25	55	65	145	25	55	65
AO San Luigi	215	42	79	94	251	62	78	111	252	61	78	113	252	61	78	113
ASL TO 3	345	159	66	120	399	178	72	149	425	181	81	163	425	181	81	163
ASL TO 4	325	69	62	194	396	72	73	251	402	73	73	256	402	73	73	256
ASL TO 5	302	77	76	149	313	79	78	156	334	82	87	165	334	82	87	165
ASL AL	254	53	128	73	298	62	140	96	305	62	142	101	305	62	142	101
ASL AT	158	19	82	57	174	20	86	68	177	22	85	70	177	22	85	70
ASL CN 1	229	39	130	60	224	41	121	62	227	41	127	59	227	41	127	59
ASL CN 2	118	23	23	72	126	27	26	73	122	26	26	70	122	26	26	70
AO CN	108	16	55	37	112	20	55	37	114	20	55	39	114	20	55	39
ASL BI	77	18	24	35	89	19	27	43	93	21	27	45	93	21	27	45
ASL VC	150	20	40	90	190	21	59	110	190	21	59	110	190	21	59	110
ASL VCO	144	20	43	81	157	23	47	87	169	23	52	94	169	23	52	94
ASL NO	146	38	38	70	176	39	48	89	185	43	48	94	185	43	48	94
AO AL	98	12	48	38	114	16	49	49	118	16	49	53	118	16	49	53
AO NO	184	52	49	83	215	47	74	94	217	46	73	98	217	46	73	98
<b>TOTALE</b>	<b>4.073</b>	<b>871</b>	<b>1.312</b>	<b>1.890</b>	<b>4.653</b>	<b>992</b>	<b>1.418</b>	<b>2.243</b>	<b>4.799</b>	<b>1.011</b>	<b>1.453</b>	<b>2.335</b>	<b>4.799</b>	<b>1.011</b>	<b>1.453</b>	<b>2.335</b>

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

Azienda	ASSUNZIONI COVID AL 14/01/2021				ASSUNZIONI COVID AL 18/02/2021				ASSUNZIONI COVID AL 11/03/2021			
	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI
ASL Città di Torino	856	187	167	502	913	204	186	523	934	207	181	546
ASO Città Salute	520	62	200	258	482	56	199	227	473	51	196	226
AO Ordine Mauriziano	157	22	58	77	179	24	67	88	192	24	73	95
AO San Luigi	277	61	96	120	266	54	94	118	265	51	93	121
ASL TO 3	426	157	70	199	441	132	90	219	502	148	101	253
ASL TO 4	392	62	73	257	443	55	118	270	465	54	140	271
ASL TO 5	369	94	91	184	428	105	111	212	449	106	121	222
ASL AL	335	59	156	120	342	52	169	121	356	54	180	122
ASL AT	199	25	96	78	207	22	100	85	209	21	102	86
ASL CN 1	229	35	134	60	235	34	139	62	246	35	142	69
ASL CN 2	116	26	24	66	101	27	27	47	99	29	30	40
AO CN	117	24	53	40	119	26	53	40	124	23	60	41
ASL BI	113	25	35	53	127	28	35	64	134	18	35	81
ASL VC	194	15	64	115	187	18	53	116	184	18	59	107
ASL VCO	191	24	51	116	194	18	52	124	205	24	56	125
ASL NO	177	40	40	97	184	43	49	92	200	51	55	94
AO AL	126	18	51	57	140	24	53	63	149	27	53	69
AO NO	253	48	93	112	266	43	100	123	277	41	100	136
<b>TOTALE</b>	<b>5.047</b>	<b>984</b>	<b>1.552</b>	<b>2.511</b>	<b>5.254</b>	<b>965</b>	<b>1.695</b>	<b>2.594</b>	<b>5.463</b>	<b>982</b>	<b>1.777</b>	<b>2.704</b>

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

Azienda	ASSUNZIONI COVID AL 16/03/2021					ASSUNZIONI COVID AL 23/04/2021					ASSUNZIONI COVID AL 28/05/2021					
	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI
ASL Città di Torino	1021	246	207	568	1188	295	252	641	1205	241	261	703				
ASO Città Salute	468	51	190	227	489	52	203	234	483	38	213	232				
AO Ordine Mauriziano	191	25	70	96	196	27	70	99	193	25	70	98				
AO San Luigi	272	50	100	122	274	52	107	115	266	41	108	117				
ASL TO 3	530	151	116	263	636	172	147	317	663	190	153	320				
ASL TO 4	489	67	145	277	503	68	146	289	500	57	143	300				
ASL TO 5	475	119	121	235	547	147	139	261	576	153	139	284				
ASL AL	378	65	184	129	382	56	183	143	396	55	187	154				
ASL AT	210	23	102	85	219	23	102	94	231	21	115	95				
ASL CN 1	273	43	150	80	305	43	171	91	321	39	178	104				
ASL CN 2	100	16	40	44	141	40	54	47	140	35	59	46				
AO CN	126	24	60	42	130	24	65	41	126	20	66	40				
ASL BI	141	22	39	80	161	21	53	87	158	17	51	90				
ASL VC	185	15	60	110	194	15	61	118	189	19	55	115				
ASL VCO	205	28	55	122	228	32	64	132	265	48	77	140				
ASL NO	221	59	60	102	225	59	59	107	218	50	52	116				
AO AL	151	29	52	70	153	33	54	66	166	30	61	75				
AO NO	273	40	99	134	263	38	96	129	258	35	105	118				
<b>TOTALE</b>	<b>5.709</b>	<b>1.073</b>	<b>1.850</b>	<b>2.786</b>	<b>6.234</b>	<b>1.197</b>	<b>2.026</b>	<b>3.011</b>	<b>6.354</b>	<b>1.114</b>	<b>2.093</b>	<b>3.147</b>				

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

Azienda	ASSUNZIONI COVID AL 25/06/2021					ASSUNZIONI COVID AL 16/07/2021					ASSUNZIONI COVID AL 06/08/2021					
	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI
ASL Città di Torino	1170	242	266	662	1142	258	265	619	1138	258	264	616	1138	258	264	616
ASO Città Salute	537	34	224	279	395	14	149	232	388	10	151	227	388	10	151	227
AO Ordine Mauriziano	192	26	68	98	191	24	68	99	196	25	70	101	196	25	70	101
AO San Luigi	263	39	107	117	259	36	106	117	258	35	106	117	258	35	106	117
ASL TO 3	675	191	157	327	688	189	156	323	657	181	157	319	657	181	157	319
ASL TO 4	515	54	146	315	509	43	149	317	509	42	149	318	509	42	149	318
ASL TO 5	594	156	141	297	600	160	139	301	599	167	142	290	599	167	142	290
ASL AL	402	56	187	159	415	55	185	175	420	53	187	180	420	53	187	180
ASL AT	224	18	114	92	215	16	109	90	214	14	110	90	214	14	110	90
ASL CN 1	324	38	179	107	325	37	179	109	332	34	184	114	332	34	184	114
ASL CN 2	143	40	58	45	133	37	58	38	129	35	56	38	129	35	56	38
AO CN	126	20	65	41	125	20	66	39	123	20	65	38	123	20	65	38
ASL BI	164	17	50	97	156	15	51	90	128	14	34	80	128	14	34	80
ASL VC	186	20	54	112	193	21	55	117	193	20	55	118	193	20	55	118
ASL VCO	276	50	81	145	277	52	82	143	279	53	80	146	279	53	80	146
ASL NO	244	49	51	144	242	45	50	147	246	50	50	146	246	50	50	146
AO AL	168	29	66	73	168	27	67	74	171	30	67	74	171	30	67	74
AO NO	287	35	134	118	277	28	127	122	263	27	107	129	263	27	107	129
<b>TOTALE</b>	<b>6.490</b>	<b>1.114</b>	<b>2.148</b>	<b>3.228</b>	<b>6.290</b>	<b>1.077</b>	<b>2.061</b>	<b>3.152</b>	<b>6.243</b>	<b>1.068</b>	<b>2.034</b>	<b>3.141</b>	<b>6.243</b>	<b>1.068</b>	<b>2.034</b>	<b>3.141</b>

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

Azienda	ASSUNZIONI COVID AL 17/09/2021					ASSUNZIONI COVID AL 01/10/2021						
	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI
ASL Città di Torino	1055	195	259	601	1058	203	256	599	1058	203	256	599
ASO Città Salute	378	14	147	217	388	13	154	221	388	13	154	221
AO Ordine Mauriziano	195	24	69	102	199	23	74	102	199	23	74	102
AO San Luigi	245	33	105	107	240	31	104	105	240	31	104	105
ASL TO 3	649	180	155	314	651	180	157	314	651	180	157	314
ASL TO 4	501	45	147	309	496	50	146	300	496	50	146	300
ASL TO 5	593	173	141	279	593	173	141	279	593	173	141	279
ASL AL	423	53	190	180	425	54	190	181	425	54	190	181
ASL AT	165	16	61	88	164	16	62	86	164	16	62	86
ASL CN 1	339	35	189	115	333	29	189	115	333	29	189	115
ASL CN 2	131	36	57	38	132	35	59	38	132	35	59	38
AO CN	120	22	64	34	118	21	63	34	118	21	63	34
ASL BI	106	12	34	60	94	12	29	53	94	12	29	53
ASL VC	195	22	55	118	192	21	53	118	192	21	53	118
ASL VCO	280	57	79	144	280	57	79	144	280	57	79	144
ASL NO	269	67	48	154	267	66	46	155	267	66	46	155
AO AL	169	32	64	73	166	31	64	71	166	31	64	71
AO NO	261	31	103	127	249	29	102	118	249	29	102	118
<b>TOTALE</b>	<b>6.074</b>	<b>1.047</b>	<b>1.967</b>	<b>3.060</b>	<b>6.045</b>	<b>1.044</b>	<b>1.968</b>	<b>3.033</b>	<b>6.045</b>	<b>1.044</b>	<b>1.968</b>	<b>3.033</b>

## **Piano di ripresa delle attività (maggio 2020)**

In base alle evidenze scientifiche disponibili e all'analisi dei dati registrati nella piattaforma COVID della Regione Piemonte sono state trasmesse alle Aziende Sanitarie Regionali in data 29/04/2020 da parte dell'Unità di Crisi le indicazioni preliminari per la ripresa delle attività sanitarie.

Le Aziende Sanitarie hanno elaborato i piani per la ripresa delle attività sanitarie e i piani di emergenza COVID-19 e li hanno trasmessi tra il 03/05 e l'11/05/2020 all'Unità di Crisi. I gruppi di lavoro disciplinari hanno prodotto documenti tecnici per i diversi ambiti di competenza, con particolare attenzione alla dimensione di quadrante.

E' stata quindi approvata la già citata DGR 15 maggio 2020, n. 29-1379 Indirizzi alle ASR e alle strutture sanitarie private per la ripresa e l'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia da COVID-19.

Successivamente la D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980, titolata "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2", oltre ad approvare il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, ha previsto specificamente di:

"[...]ripartire il limite di spesa rappresentato dall'importo riportato nell'allegato B per la Regione Piemonte del DL 14 agosto 2020, n. 104, in proporzione all'incidenza percentuale dei setting assistenziali desumibili nell'allegato A del medesimo decreto [...]", dettagliando le risorse da assegnare per il recupero delle prestazioni di ricovero per DRG tipo C e tipo M, nonché le risorse da assegnare per il recupero delle prestazioni ambulatoriali, di cui una parte da destinarsi all'incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna.

Nel mese di settembre 2020, le Aziende Sanitarie hanno provveduto ad aggiornare i propri Piani Operativi di recupero delle liste di attesa, sulla base delle disposizioni nazionali e regionali già citate e tenendo conto delle risultanze dell'istruttoria in merito effettuata dagli uffici competenti di questa Direzione.

Le ondate epidemiche che si sono quindi succedute a livello nazionale e regionale, con la necessità di osservare le specifiche disposizioni di carattere igienico sanitario, non hanno permesso di dare piena applicazione ai piani, anche se sono state salvaguardate le attività urgenti ed indifferibili.

## **Istituzione del Dirmei**

**Istituzione del Dirmei quale struttura che opera, a livello aziendale, a favore di tutte le ASR, per guidarle e supportarle in tutte le attività, dalla prevenzione alla cura, coordinando anche la vaccinazione**

E' stato quindi istituito il Dipartimento di Malattie Emergenze Infettive (DGR 5 giugno 2020, n. 16-1481 Istituzione del Dipartimento interaziendale funzionale a valenza regionale "Malattie ed Emergenze Infettive". Definizione piano per l'organizzazione regionale di risposta alle infezioni ed approvazione della convenzione).

Il Dipartimento Regionale Malattie ed Emergenze infettive (DIRMEI) è stato ed è attualmente il riferimento principale per la risposta alla pandemia nella Regione Piemonte.

La sede è stata collocata nell'ex Ospedale Valdese, in capo all'ASL Città di Torino (già sede della Struttura complessa Malattie infettive a direzione universitaria e Centro di riferimento regionale per le attività di diagnosi e cura delle malattie infettive e per la diagnostica infettivologica) ed è costituito dall'aggregazione dei Servizi di igiene e sanità pubblica (Sisp) dei Dipartimenti di prevenzione, dei Servizi di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, delle Unità di gestione del rischio sanitario e delle Unità di malattie infettive istituiti presso le aziende sanitarie, del Servizio di riferimento regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive (SEREMI) dell'ASL di Alessandria e del Servizio sovrazonale di Epidemiologia (SEPI) dell'ASL TO3.

Raccordandosi con la direzione Sanità e Welfare e i settori regionali competenti sui sistemi di monitoraggio ed informativi legati all'attuale situazione emergenziale, si fa carico delle iniziative necessarie alla gestione delle malattie infettive e disporrà di una Centrale operativa regionale. Quest'ultima assumerà, altresì, tutte le iniziative necessarie al coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali, in raccordo con tutti i servizi ed il Sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.

Il Dipartimento è costituito dalle specifiche aree di coordinamento.

Con la nota prot. 2020/01664655 del 22.10.2020 avente per oggetto "Istituzione Unità di Crisi" è stata comunicata la riattivazione della Unità di crisi regionale COVID presso l'Ospedale Valdese di Torino, in relazione alla nuova emergenza epidemiologica in atto.

## **Il piano pandemico operativo COVID**

### **Presentazione di un nuovo piano pandemico COVID (5 agosto 2020, quindi 2 DGR di aggiornamento) per il potenziamento e l'organizzazione dell'assistenza sanitaria**

Nell'ambito della emergenza COVID la Regione Piemonte ha formulato, nel corso dell'anno 2020, una serie di atti finalizzati al potenziamento dell'assistenza sanitaria, riassunti negli specifici "Piani pandemici" per la organizzazione e gestione della epidemia a livello territoriale ed ospedaliero.

Il 5 agosto 2020 gli elementi salienti del nuovo piano pandemico operativo COVID-19 sono stati presentati alle direzioni sanitarie e generali delle ASR.

Con la D.G.R. n. 1-1979 del 23.09.2020 "Approvazione dell'aggiornamento del piano pandemico operativo COVID-19 territoriale e ospedaliero e formulazione di ulteriori indicazioni al Dipartimento interaziendale a valenza regionale "Malattie ed Emergenze Infettive" e alle Aziende Sanitarie e alle Strutture del SSR" si sono aggiornati i precedenti Piani e si è illustrata, per ognuna delle fasi pandemiche dichiarate dall'OMS, l'implementazione operativa delle ulteriori azioni per la gestione della emergenza COVID-19, tenendo conto sia le azioni sanitarie sia gli interventi che coinvolgono strutture non sanitarie

Successivamente, con la D.G.R. n. 21-2701 del 29.12.2020 "Approvazione dell'aggiornamento del Piano pandemico operativo COVID-19 territoriale e ospedaliero e formulazione di ulteriori indicazioni al Dipartimento interaziendale a valenza regionale "Malattie ed Emergenze Infettive" e alle Aziende Sanitarie e alle Strutture del SSR", si è provveduto ad aggiornare ulteriormente il Piano Pandemico in vigore, in vista di una possibile ripresa dei contagi con una "terza ondata" epidemica.

Con la D.G.R. 23 Aprile 2021, n. 7-3122 Recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)" (Rep. Atti n. 11/CSR del 25 gennaio 2021); approvazione del "Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)".

Nel documento è stato recepito l'Accordo 25 gennaio 2021 ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)». (Rep. Atti n. 11/CSR del 25 gennaio 2021), Supplemento ordinario 29.01.2021 n.7 alla Gazzetta Ufficiale serie generale n. 23, allegato sub A al presente atto ed è stato approvato il "Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)" della Regione Piemonte, in linea con il Piano Nazionale.

E' stata dato altresì atto che il Dipartimento Interaziendale Funzionale a valenza regionale "Malattie ed Emergenze Infettive" dovrà procedere secondo le funzioni e gli obiettivi di cui all'allegato A art. 1 della schema di convenzione interaziendale approvata con D.G.R. n. 16-1481 del 05.06.2020 e nella funzione di programmazione operativa, sentita la Direzione Sanità e nel rispetto del Piano di attività annuale

Altresì è stato stabilito che le Aziende Sanitarie Regionali e le altre Strutture del SSR sono tenute a mettere in atto le indicazioni del Piano.

## **Piano per l'acquisto diretto delle apparecchiature per la terapia intensiva**

Sull'implementazione dei posti letto di terapia intensiva, la Sanità regionale ha compiuto uno sforzo gigantesco. Nella prima fase della pandemia ha triplicato le disponibilità, passando da 327 a 614 posti immediatamente attivabili.

Visti poi i ritardi derivanti dalla struttura commissariale nazionale, con il Piano Livigni-Manno la Regione Piemonte ha acquistato in proprio le attrezzature necessarie ad attivare ulteriori 160 letti di rianimazione nei principali ospedali piemontesi, con un investimento di circa 22 milioni di euro.

Sono così 774 i posti letto in terapia intensiva che il sistema sanitario regionale potrà mettere in campo nell'ipotesi che alla seconda seguano altre ondate epidemica da coronavirus Covid-19.

In particolare, i 160 nuovi posti di terapia intensiva vanno ad aggiungersi alla dotazione di 327 posti strutturali disponibili all'inizio dell'epidemia e agli ulteriori 287 provvisori che gli ospedali sono stati in grado di allestire in fase emergenziale.

Tutto ciò, prima ancora che vengano realizzati i 299 posti del piano Arcuri, per i quali la Regione è stata autorizzata a procedere soltanto ad ottobre 2020.

Parallelamente, sempre la Regione ha provveduto ad acquistare le apparecchiature per allestire ulteriori 120 posti di terapia subintensiva, che si aggiungeranno ai 135 esistenti e ai 305 del piano Arcuri, per un totale di 560 posti letto.

## **Attuazione interventi "Piano Arcuri"**

Premesso che attualmente i posti letto presenti ed attivati/attivabili all'interno dei presidi ospedalieri afferenti alle diverse Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, suddivisi in terapia intensiva e terapia semi-intensiva, delineano una risposta concreta e fattiva all'assorbimento della domanda di ricovero emergenziale in caso di riacutizzarsi della pandemia COVID-19, si dà atto dello stato di attuazione degli interventi per ciascuna Azienda Sanitaria Locale (ASL), Azienda Ospedaliera (AO) e Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU), di seguito "Aziende Sanitarie", relativamente al Piano di cui all'art. 2 del D.L. 34/2020.

Considerato infatti il D.L. 19 maggio 2020 n. 34 "Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19", c.d. "Piano Arcuri", ed in particolar modo l'art. 2 indicante i relativi principi e modalità di attuazione, a seguito di opportuni incontri effettuati presso la sede della Direzione Sanità Regione Piemonte ed alla presenza del Dr. Mario Minola (Direttore Direzione Sanità e Welfare Regione Piemonte), del Dr. Franco Ripa (Vicedirettore Direzione Sanità e Welfare Regione Piemonte), del Dr. Emilpaolo Manno (Direttore D.I.R.M.E.I. Regione Piemonte e Commissario Area Sanitaria unità di crisi Covid-19) e dell'Arch. Leonello Sambugaro (Dirigente Settore Politiche degli investimenti Direzione Sanità e Welfare Regione Piemonte), le diverse Aziende Sanitarie presenti all'interno del territorio regionale hanno relazionato circa l'attuale stato di fatto delle opere in fase di realizzazione ed in particolare in merito a:

- nuovi posti letto di terapia intensiva;

- nuovi posti letto di terapia semi-intensiva;
- ristrutturazione e separazione dei percorsi di accesso dei reparti di Pronto Soccorso.

Di seguito, quindi, il quadro riassuntivo dello stato di attuazione degli interventi, secondo quanto dichiarato da ogni Azienda Sanitaria:

ATTUAZIONE INTERVENTI ex art. 2 D.L. 34/2020 - PIANO STRAORDINARIO RIORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA						
PERIODI DI RIFERIMENTO	TERAPIA INTENSIVA		TERAPIA SEMI-INTENSIVA		PRONTO SOCCORSO	
	PARZIALI	PROGRESSIVI	PARZIALI	PROGRESSIVI	PARZIALI	PROGRESSIVI
30/06/2021	29	29	64	64	7	7
31/12/2021	48	77	65	129	4	11
30/06/2022	144	221	115	244	18	29
31/12/2022	26	247	18	262	3	32
SUCCESSIVI	52	299	43	305	3	35
<b>TOTALE</b>	<b>299</b>	<b>299</b>	<b>305</b>	<b>305</b>	<b>35</b>	<b>35</b>

## Disciplina delle aree sanitarie temporanee

In riferimento al D.L. 17 marzo 2020 N. 18, G.U. n. 70 del 17 marzo 2020, art. 4 “Disciplina delle aree sanitarie temporanee”, l’assegnazione da parte dello Stato dell’importo è definito nell’allegato B, che costituisce parte integrante del citato decreto, sulla base del quale alla Regione Piemonte sono stati assegnati complessivi euro 3.692.564,00.

La quota del finanziamento statale, pari ad euro 3.692.564,00, corrisponde al 95% dell’importo complessivo mentre la quota del finanziamento regionale, pari a euro 194.346,00, che trova copertura con risorse previste dalla missione Tutela della Salute, programma 01, capitolo 157318/2016 del Bilancio regionale, corrisponde al 5% dell’importo complessivo che è quindi pari ad euro 3.886.910,00.

La Giunta Regionale, per far fronte all’emergenza epidemiologica COVID-19 con D.G.R. n. 11 – 1193 del 3 aprile 2021, ha approvato:

- 1) il “Piano degli interventi – Tecnologie e arredi” per far fronte all’emergenza epidemiologica COVID-19 per un importo che ammonta ad euro 2.510.194,00, di cui euro 2.384.684,00 (corrispondenti alla quota a carico dello Stato pari al 95%) ed euro 125.510,00 (quota del 5% a carico della Regione Piemonte), redatto e finanziato ai sensi dell’art.4 del Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18, allegato alla succitata deliberazione;

2) il “Piano degli interventi - Lavori edilizi” per un importo che ammonta ad euro 1.376.716,00, di cui euro 1.307.880,00 (corrispondenti alla quota a carico dello Stato pari al 95%) ed euro 68.836,00 (quota del 5% a carico della Regione Piemonte), redatto ai sensi dell’art.4 del Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18, allegato alla succitata deliberazione.

La Regione Piemonte, inoltre, ha cofinanziato il Piano di Interventi di cui ai precedenti punti 1 e 2 con un importo di euro 194.346,00 (pari al 5% dell’importo complessivo), disponibile nei residui passivi liberi della GSA e trova copertura nelle risorse previste dalla missione Tutela della Salute, programma 01, capitolo 157318/2016 del Bilancio regionale.

Il Ministero della Salute con comunicazione, ns. prot. n. 19130 del 11.06.2020, ha approvato il piano degli interventi presentato dalla Regione, come da tabelle allegate alla D.G.R. n.11-1193 del 3 aprile 2020, costituito da nn. 14 interventi relativi a tecnologie ed arredi per un importo a carico dello Stato di euro 2.384.684,00 e nn. 10 interventi relativi a lavori edilizi per un importo a carico dello Stato di euro 1.307.880,00 per un importo complessivo a carico dello Stato di euro 3.692.564.

Allo stato attuale il Ministero della Salute, dei n. 24 interventi complessivi approvati, ha ammesso a finanziamento n. 14 interventi così suddivisi:

- n. 6 interventi relativi al “Piano degli interventi – Tecnologie e arredi”;
- n. 8 interventi relativi al “Piano degli interventi - Lavori edilizi”;

restano ancora da ammettere a finanziamento, complessivamente n. 10 interventi relativamente ai quali sono in corso le istruttorie per la trasmissione al Ministero della Salute delle relative richieste di ammissione a finanziamento.

Si sottolinea, inoltre, che alle strutture ospedaliere esistenti si sono affiancate, altresì, delle strutture temporanee, quali le OGR, successivamente, sostituite in ambito operativo, dall’ospedale Sperino Oftalmico di Torino, e dal V Padiglione di Torino Esposizioni.

## **Potenziamento dell’assistenza territoriale**

Anche l’area territoriale e dell’assistenza primaria è stata oggetto di una importante serie di provvedimenti, tra i quali:

- DGR 15 maggio 2020, n. 30-1380. Recepimento AIR COVID-19 stipulato in data 13 maggio 2020 tra la Regione Piemonte e le OOSS dei Medici di Medicina Generale.
- DGR 15 maggio 2020, n. 31-1381. Approvazione sistema gestione fase 2 epidemia Covid-19 mediante indicazioni organizzative per il tracciamento attivo dei contatti e contenimento COVID-19, per il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Covid-19 e per sorveglianza epidemiologica.
- DGR 19 giugno 2020, n. 38-1563. Approvazione Piano territoriale regionale per la riattivazione delle strutture semiresidenziali e delle attività educative territoriali/domiciliari, ivi comprese quelle per persone con disabilità e minori con problematiche psico-socio-relazionali di cui all’art. 9 del DPCM 11 giugno 2020.

- DGR 5 agosto 2020, n. 1-1820. Approvazione “Piano territoriale regionale per la riattivazione dei Centri Diurni, Centri Diurni Integrati, Centri Diurni Alzheimer (Autonomi o Integrati) per anziani non autosufficienti”
- DGR 5 agosto 2020, n. 2-1821- Approvazione “Linee di indirizzo per le strutture residenziali e semiresidenziali per disabili, minori, anziani, area dipendenze, di prevenzione e contrasto alla violenza nella fase di emergenza Covid-19”.
- DGR 9 ottobre 2020, n. 21-2070. Proroga del termine di validità dell’AIR COVID, sottoscritto in data 13 maggio 2020, tra la Regione Piemonte e le OOSS dei medici di medicina generale, recepito con D.G.R. n. 30- 1380 del 15 maggio 2020.
- DGR 3 novembre 2020, n. 1-2188, “LR 27 del 24.04.2020 e L n.77 del 17.07.2020. Piani di potenziamento territoriale: linee di indirizzo sul ruolo e sulle funzioni delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) nella rete dei servizi distrettuali delle ASL del Piemonte nell’abito delle emergenza epidemiologia da COVID 19 e criteri di riparo delle risorse”.
- DGR 29 dicembre 2020, n. 20-2700 Ulteriori misure di contenimento nell’ambito dell’emergenza COVID-19. Recepimento del Protocollo e del verbale d’intesa per la presa in carico dei pazienti COVID a domicilio sottoscritto fra i soggetti coinvolti nel percorso di assistenza territoriale a livello domiciliare.

Nello specifico la Regione Piemonte ha emanato la DGR 15 maggio 2020, n. 30-1380. Recepimento AIR COVID-19 stipulato in data 13 maggio 2020 tra la Regione Piemonte e le OOSS dei Medici di Medicina Generale. Per far fronte alla situazione emergenziale, si è provveduto infatti a sottoscrivere un accordo con i MMG per la gestione del paziente COVID, denominato AIR COVID. Detto accordo prevede il seguente trattamento economico:

Con la DGR 2 2189 del 03.11.2020 avente per oggetto “Recepimento dell’accorso integrativo regionale COVID raggiunto tra la Regione Piemonte e le OO.SS dei MMG. Modifica ed integrazione dell’accorso di cui alla DGR n. 30 1380 del 15.05.2020 prorogata dalla DGR n.21 2070 del 9 ottobre 2020” e stato rivisto l’accordo integrativo COVID per la migliore gestione dei pazienti a livello domiciliare.

Per quanto concerne gli interventi volti a integrare il personale infermieristico a supporto del MMG, di cui all’art. 1, comma 9, del D.L 34/2020, con DGR n. 3-2299 del 16 novembre 2020 è stato recepito “l’Accordo Integrativo Regionale per il rafforzamento delle attività territoriali di diagnostica di primo livello e di prevenzione della trasmissione di SARS-COV.2, sottoscritto in data 12 novembre 2020, tra la Regione Piemonte e l’ OS FIMMG Piemonte”.

In ottemperanza all’art. 8 del D.L. n. 14 del 9.3.2020, confluito nella L. n. 27 del 24.4.2020, al fine di supportare le azioni e gli interventi medicina territoriale destinati a fronteggiare e a prevenire il diffondersi dell’epidemia da Covid 19, sono state istituite presso le Aziende Sanitarie Locali le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA.) con i seguenti atti:

- nota prot. 9152 del 17.03.2020 avente per oggetto “Emergenza da COVID. Attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistentenziale
- nota prot. 19958 del 20.04.2020 avente per oggetto: “Emergenza COVID. Ulteriori indicazioni operative per le attività delle USCA”.

L'obiettivo prioritario della rete territoriale, della quale le USCA fanno parte nella fase emergenziale, è quello di individuare, isolare e curare precocemente la patologia da Covid-19

Per integrare la rete territoriale nel perseguimento di tale obiettivo, le USCA sono state attivate a partire dal mese di aprile e sono state implementate secondo i parametri previsti dalla normativa nazionale nel mese di maggio 2020.

La loro mission principale è stata quella di supportare la rete delle cure primarie nella gestione dell'emergenza sanitaria sul territorio distrettuale per l'epidemia da COVID-19, attraverso l'interazione operativa con i MMG/PDLS e gli ordinari servizi di continuità assistenziale, per garantire la presa in carico precoce, la cura ed il monitoraggio sia dei pazienti affetti da Covid19, non ospedalizzati e in isolamento domiciliare, sia dei pazienti con sintomatologia clinica tipica da infezione Covid e/o a rischio di contrarre l'infezione a causa di recenti contatti con persone che hanno contratto il virus.

Come risulta dai monitoraggi regionali condotti mensilmente, le USCA., in raccordo con i MMG/PDLS di riferimento dei cittadini, hanno garantito pertanto la presa in carico e l'assistenza territoriale dei pazienti:

- affetti da COVID-19 non necessitanti di ricovero ospedaliero, in isolamento obbligatorio a livello domiciliare e in RSA;
- sintomatici e a rischio Covid-19 per contatti evidenziali, in isolamento fiduciario e in attesa di tampone, secondo le indicazioni di cui alla circolare del Ministero della Salute prot. n. 7865 del 25.3.2020, come recepite nell'Allegato 1 alla D.G.R. n. 2-1181 del 14.4.2020 e secondo le linee guida operative contenute nella circolare regionale prot. n. 19598 del 20.4.2020.

Il numero e la dislocazione delle sedi USCA sono state individuate dalle ASL sulla base delle indicazioni nazionali e di una programmazione definita sulla base della casistica esistente sul territorio e del bisogno di assistenza primaria domiciliare per le persone affette e/o a rischio Covid.

Le U.S.C.A. sono attive sul territorio distrettuale e sub distrettuale sette giorni su sette, con un orario minimo che va dalle ore 8.00 alle ore 20.00, estendibile secondo i bisogni territoriali.

Le USCA rimarranno attive per tutta la durata dello stato di emergenza epidemiologica.

Con la DGR 3 novembre 2020, n. 1-2188 "L n. 27 del 24.04.2020 e L. n. 77 del 17.07.2020. "Piani di potenziamento territoriale. Linee di indirizzo sul ruolo e sulle funzioni delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) nella rete dei servizi distrettuali delle ASL del Piemonte nell'ambito della emergenza epidemiologica da COVID 19 e criteri di riparto delle risorse" sono state ribaditi l'organizzazione e il funzionamento delle USCA.

Allo scopo di fronteggiare il continuo fabbisogno di ricoveri, è stato formalizzato per le RSA l'utilizzo di posti letto non COVID e di posti letto COVID (DGR n. 14-1150 del 20.03.2020).

E' stata altresì ribadita la necessità di sviluppare un piano operativo COVID, presso ciascuna struttura RSA, per una adeguata gestione degli ospiti (prot. 15863 del 27.03.2020), richiedendo alle ASL di vigilare sulla presenza di detto piano, anche per quanto riguarda le attività di effettuare dei tamponi.

Si segnalano inoltre i seguenti atti:

- DGR 11 novembre 2020, 1-2253. Aggiornamento DGR n. 2-1821 del 5 agosto 2020 Approvazione linee di indirizzo per strutture residenziali e semiresidenziali per disabili, minori, area dipendenze, di prevenzione e contrasto alla violenza nella fase 4 di emergenza da COVID-19;
- DGR 11 novembre 2020, 2-2254. Aggiornamento e revisione delle linee di indirizzo per il reperimento di strutture residenziali “alberghiere”, extra-alberghiere”, “sociali”, “socio-sanitarie” e “sanitarie”, per offrire risposta a pazienti asintomatici o paucisintomatici colpiti dal virus Covid-19 ed altre misure finalizzate alla Continuità Assistenziale. Revoca della DGR 20 marzo 2020, n. 14-1150”.

## **Protocollo operativo per la presa in carico dei pazienti Covid a domicilio**

### **Stipula del protocollo di assistenza domiciliare condiviso con le Prefettura e i medici di medicina generale**

Un passaggio fondamentale per la gestione dei pazienti COVID a livello territoriale è stato rappresentato dalla prima edizione del “Protocollo per la presa in di carico dei pazienti Covid-19 a domicilio da parte delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta”, con l’obiettivo di gestire i pazienti a casa in stretta collaborazione e sinergia tra medici di assistenza primaria, medici USCA, servizi domiciliari dei Distretti e con una presa in cura tempestiva, all’esordio dei sintomi, attraverso l’applicazione condivisa dai medici di procedure diagnostiche e terapeutiche individualizzate sul paziente.

Il documento è del 6 novembre 2020, aggiornato a dicembre 2020 dopo la Sentenza del Consiglio di Stato che permetteva l'utilizzo di idrossiclorochina off label in un setting di cure domiciliari precoci.

La più recente edizione, la numero 5, è del 26 marzo 2021 (VEDASI DOCUMENTO ALLEGATO) e contiene le indicazioni in merito all’impiego degli anticorpi monoclonali, indicando criteri di arruolamento, sedi e moduli di segnalazione.

Il verbale d’intesa sulle indicazioni operative relative all’assistenza domiciliare è stato approvato da Regione Piemonte, Direzione Sanità e Welfare, Dipartimento interaziendale regionale malattie ed emergenze infettive (Dirmei), Unità di crisi covid-19 regionale, Prefettura di Torino (anche per le altre prefetture del Piemonte), tutte le Aziende sanitarie locali, le Organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e gli Ordini professionali.

## **Nuova legge regionale per il potenziamento della medicina territoriale**

### **Legge regionale 5 del 9 marzo 2021 per incrementare le risorse per il potenziamento delle forme di aggregazione della medicina di base**

La legge è volta a superare la cronica carenza di risorse finanziarie utilizzabili per l’attivazione delle forme di medicina associativa fra i medici di base. La necessità di una norma di tipo regionale nasce per superare i limiti nazionali relativi alle risorse destinabili.

Con questo provvedimento viene implementato di 10 milioni di euro lo specifico fondo previsto dall'Accordo collettivo nazionale della Medicina generale vigente (ACN 2005 e successive modifiche e integrazioni).

Tale legge dispone lo sviluppo dell'associazionismo dei medici, nelle forme di "medicina di gruppo" e "medicina in rete", perseguendo così un modello di assistenza primaria che non è più di attesa, ma prevalentemente di iniziativa, al fine di consentire, nel medio-lungo periodo, una gestione ottimale delle patologie croniche e, nel breve periodo, la tempestiva intercettazione sul territorio dei pazienti sospetti Covid, con conseguente riduzione dell'impatto sugli ospedali.

**In particolare, la modalità di lavoro in gruppo** consente le maggiori sinergie ed economicità di scala (ad es. permette di sommare i singoli rimborsi per personale di studio e infermiere e di suddividere le varie spese) e nel contempo offre ai cittadini proposte di medicina proattiva e un medico disponibile per più ore, durante l'arco della giornata (h12).

**La modalità di medicina in rete**, invece, potrà essere preferibilmente attivata nei territori molto ampi, con popolazione scarsa e ambulatori medici più dispersi, in quanto non prevede l'obbligo di una sede unica, ma consente ai medici di mantenere i loro ambulatori, per non compromettere la capillarità dell'assistenza e favorire l'accessibilità agli assistiti.

Il potenziamento della medicina di gruppo ed in rete è propedeutico allo sviluppo e consolidamento del modello delle Case della Salute nella sua tipologie strutturale-funzionale (hub & spoke), ed alla sua evoluzione verso un modello organizzativo di aggregazione funzionale delle cure primarie sempre più prossimo ed accessibile al cittadino in orari estesi nell'arco dell'intera giornata.

## **Rafforzamento dei servizi infermieristici**

### **Rafforzamento dei servizi infermieristici distrettuali ed implementazione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFeC)**

Gli adempimenti regionali attuativi dell'art. 1, comma 5 della L. n 77/2020, rappresentano un importante impulso verso il consolidamento del modello regionale delle Case della Salute e verso la sua capillare diffusione territoriale attraverso la rete delle strutture di prossimità.

Nell'ambito di tali reti funzionali a carattere multi professionale, la figura dell'IFeC svolge infatti il ruolo fondamentale di "trade union" fra le diverse competenze professionali e aree disciplinari; rappresenta inoltre un importante anello di congiunzione tra sociale e sanitario per l'integrazione dei rispettivi livelli di assistenza.

Fra le attività erogate nella rete regionale delle Case della Salute emerge infatti la centralità della funzione infermieristica: tutte le CS sono dotate di ambulatorio infermieristico e nell'80% delle stesse è presente o previsto l'inserimento la figura dell'IFeC.

Proprio con riferimento alla gestione dei PDTA per le cronicità è emerso come determinante il ruolo dell'IFeC, unitamente al MMG, nell'espletamento di un servizio innovativo e di tipo pro-attivo, svolto in un'ottica di prevenzione e di collaborazione complementare con gli infermieri del territorio, con i medici e le altre figure professionali coinvolte, nonché tutte le risorse specifiche del territorio.

2 luglio 2021, n. 6-3472 Art. 1, co. 5, del D.L. n. 34/2020, convertito nella L. n. 77/2020 – Approvazione del documento “Linee di indirizzo regionali in materia di infermiere di famiglia e di comunità”, per il potenziamento dell’assistenza sanitaria territoriale.

## Telemedicina

Con DGR n. 6-1613 del 3 luglio 2020 si è provveduto all’attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza, ai sensi dell’Intesa del 20 febbraio 2014, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle “Linee di indirizzo nazionali di telemedicina” (repertorio atti n.16/CSR).

Il provvedimento, in particolare, ha stabilito che le Aziende sanitarie pubbliche e gli erogatori privati accreditati e contrattualizzati ai sensi del D.Lgs. 502/1992 possano erogare le medesime specialità assistenziali ad oggi erogate con la modalità tradizionale attraverso la Televisita, nel rispetto delle condizioni declinate nel provvedimento. E’ stato, altresì, stabilito che ai servizi ambulatoriali erogati in telemedicina, nelle more di eventuali atti nazionali, si applichino le medesime tariffe ed il medesimo sistema di remunerazione disciplinati per l’erogazione delle prestazioni in modalità “tradizionale”, ivi inclusa l’eventuale quota di compartecipazione – ticket e quota aggiuntiva – a carico del cittadino. La deliberazione suddetta, facendo esplicito riferimento al **Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2020 e tenendo conto delle disposizioni in esso contenute, prevede che** i servizi ambulatoriali in Televisita possano essere erogati dalle Aziende sanitarie pubbliche del SSR e da erogatori privati accreditati e contrattualizzati ai sensi del D.Lg.vo 502/1992, sia nella fase di emergenza da COVID, sia in fasi successive, a precisa tutela dei pazienti, in presenza delle seguenti condizioni:

- il paziente è inserito in un percorso di follow up da patologia nota
- il paziente è inserito in un PDTA formalizzato in Azienda, o a livello regionale
- il paziente necessita di monitoraggio, conferma, aggiustamento, o cambiamento della terapia in corso (es. rinnovo piano terapeutico o modifica dello stesso)
- il paziente necessita di valutazione anamnestica per la prescrizione di esami di diagnosi, o di stadiazione di patologia nota, o sospetta
- il paziente necessita di spiegazione, da parte del medico, degli esiti di esami di diagnosi o stadiazione effettuati, cui può seguire la prescrizione di eventuali approfondimenti, o di una terapia

Va precisato che la televisita non deve essere utilizzata per eseguire trattamenti medici a domicilio su persone con quadri gravi di malattia che richiedano invece cure ospedaliere di tipo intensivo.

Con la D.G.R. 16 Ottobre 2020, n. 13-2103 “Estensione del numero di prestazioni ambulatoriali della branca 8 Cardiologia erogabili in regime di esenzione alla compartecipazione della spesa sanitaria e inserimento nel Nomenclatore Tariffario di una nuova prestazione della branca di cardiologia per il controllo e il monitoraggio, anche a distanza, di particolari patologie cardiologiche” è stata introdotta la possibilità di utilizzare gli strumenti della telemedicina in ambito cardiologico per quanto riguarda il controllo remoto di pacemaker, defibrillatore, loop recorder CCM.

Con la DGR 20 novembre 2020, n. 17-2318 D.G.R. n. 27-6517 del 23 febbraio 2018: Intervento 5) Realizzazione del Centro Servizi di Telemedicina. Approvazione indirizzi per l'attuazione, con la previsione di un'unica piattaforma applicativa di Telemedicina da mettere a disposizione degli specialisti delle aziende sanitarie, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta al fine di offrire prestazioni di sorveglianza e monitoraggio da remoto nell'ambito all'emergenza COVID e per garantire la continuità della presa in carico anche all'utenza "non-COVID correlata", in particolare ai pazienti "fragili" e cronici.

### **Area Validazione, logistica e distribuzione DPI**

Dall'esperienza acquisita dalla ex asl capofila TO3 nei primi mesi del 2020, da luglio è stata istituita presso il DIRMEI (dipartimento interaziendale malattie ed emergenze infettive incardinato nell'ASL Città di Torino) l'Area Validazione, logistica e distribuzione DPI.

Detta area, tutt'oggi in funzione, è finalizzata a garantire la continuità delle forniture, in base ai potenziali incrementi della pandemia, di risorse strutturali tecnologiche quali: dispositivi di protezione individuale (DPI), ossigeno, dispositivi medici, diagnostici in vitro, ecc... sia realizzando un'adeguata scorta a livello regionale sia indirizzando le Aziende Sanitarie regionali a provvedere in proprio, e la sua attività consiste principalmente in:

- Indicazione ai Direttori delle ASR per la costituzione delle scorte semestrali per la riacutizzazione della pandemia e rivisitazione della scorta regionale;
- Indicazioni ai Direttori delle ASR e alle commissioni di vigilanza aziendali per l'approvvigionamento di D.P.I., medicinali ed ossigeno nelle RSA per emergenza COVID;
- Collaborazione alla stesura del piano pandemico con redazione di scheda sulle attività di validazione, gestione e logistica D.P.I. per la realizzazione del fabbisogno scorta D.I.R.M.E.I. e delle scorte semestrali previste per le ASR. Stesura linee guida e collaborazione alla definizione degli obiettivi per le direzioni generali delle ASR;
- Collaborazione e supporto alle gare S.C.R. in termini di valutazione dei fabbisogni richiesti dalle ASR e stesura capitolati tecnici. Partecipazione alle commissioni tecniche di SCR ;
- TEST SIEROLOGICI – acquisizione e adesione alle indicazioni Ministeriale circa la distribuzione dei test sierologici al personale scolastico regionale;
- Gestione tecnica ed amministrativa della logistica dei magazzini D.I.R.M.E.I. Rendicontazione in contabilità analitica delle movimentazioni di magazzino. Responsabilità contabile delle giacenze di magazzino. Giacenza mensile di circa n.30 milioni di pezzi;

- Procedura di registrazione nella “WHITE LIST” delle Dogane, registrazione dei soggetti delegati alle operazioni doganali e attivazione procedure di svincolo doganale su piattaforma informatica;
- Procedure di validazione D.P.I e D.M. con sopralluoghi nei siti di stoccaggio D.I.R.M.E.I., campionatura e stesura dei relativi verbali di conformità;
- Pianificazione della distribuzione alle A.S.R. dei D.P.I. in eccedenza rispetto alle scorte previste per il D.I.R.M.E.I. Definizione dei criteri di ripartizione e di erogazione dei DPI tra le varie ASR;
- Distribuzione dei test antigenici rapidi ad anziani, disabili, psichiatria, minori, altri enti pubblici e privati;
- Monitoraggio settimanale delle ASR per scorte e consumi test antigenici rapidi con /senza strumentazione, DPI, farmaci, ossigeno. Elaborazione di flussi informativi e rendicontazione periodica alla direzione del dipartimento, alla presidenza della Regione. Controlli incrociati con la piattaforma COVID;
- Monitoraggio periodico dei MMG/PLS aderenti al programma di somministrazione dei test antigenici rapidi ed invio dei dati ad AGENAS;
- Rapporti con INVITALIA per fabbisogni di DPI, gestione arrivi e distribuzione DPI. Distribuzione DPI sai MMG/PLS;
- Visite ispettive presso le ASR per la verifica delle modalità di conservazione, gestione delle scorte di DPI presso i loro magazzini;
- Partecipazione alla Commissione Vaccini Covid.

Gli acquisti per beni e servizi effettuati nel 2020 dalle ASR per far fronte alla situazione emergenziale COVID sono state:

- CALZARI/SOVRASCARPE
- CUFFIE COPRICAPO
- GUANTI in LATTICE
- GUANTI in NITRILE (SINGOLI)
- GUANTI in VINILE
- MASCHERINE CHIRURGICHE
- MASCHERINE FFP2
- MASCHERINE FFP3
- OCCHIALI PROTETTIVI
- OCCHIALI PROTETTIVI MODELLO A MASCHERA

- TAMPONI PER CAMPIONI RINOFARINGEI
- TERMOMETRI LASER PER MISURAZIONE TEMPERATURA
- TUTE di PROTEZIONE
- VISIERE di PROTEZIONE
- TAMPONI/TEST/DIAGNOSTICA
- VENTILATORI E OSSIGENOTERAPIA
- IGIENIZZAZIONE-SERVIZI/LAVORI

e ogni altro bene necessario e non prevedibile prima.

In ultimo, tutte le ASR conformemente a quanto previsto dall'art. 18 comma 1 del decreto legge n.18/2020 hanno attivato la contabilità separata per la rilevazione dei costi e dei ricavi (ivi inclusi gli acquisti di dispositivi di protezione ed attrezzature sanitarie relativi all'Emergenza Sanitaria COVID 19).

### **Riforma della medicina territoriale e della rete ospedaliera**

La gestione dell'emergenza COVID-19 ha comportato una riorganizzazione del sistema sanitario piemontese per poter far fronte alla pandemia e le necessità di riprogrammare le modalità di gestione per permettere ai servizi sanitari di tornare alla normalità; , e opportuno, in tale contesto, analizzare le carenze strutturali storicamente presenti ed evidenziate dall'emergenza del Coronavirus, in particolare sull'assistenza territoriale, al fine di programmare immediate azioni ed interventi mirati sul territorio piemontese, definendo, in particolar modo il rapporto ospedale-territorio, la continuità assistenziale, i percorsi di cura degli assistiti cronici\fragili, per garantire adeguate prestazioni sanitarie a tutti i cittadini.

Si è ritenuto quindi di costituire due gruppi di esperti, scelti sulla base delle esperienze maturate a livello regionale e nazionale e dei ruoli di rappresentanza da essi rivestiti, a cui far analizzare e valutare i bisogni territoriali ed ospedalieri e a cui rimettere la formulazione di proposte di intervento da sottoporre alla valutazione dell'Assessorato alla Sanità e Welfare.

Gli atti di riferimento sono di seguito riportati.

- DGR 20 aprile 2020, n. 1-1252. Emergenza COVID-19. Costituzione di un gruppo di lavoro di esperti a supporto dell'Assessore alla Sanità e per valutazioni e formulazione di proposte finalizzate al miglioramento dell'organizzazione dell'assistenza territoriale.
- DGR 30 aprile 2020, n. 32-1309 Emergenza COVID-19. Costituzione di un gruppo di lavoro di esperti a supporto dell'Assessore alla Sanità per valutazioni e formulazione di proposte finalizzate al miglioramento dell'assistenza ospedaliera.
- DGR 12 febbraio 2021, n. 21-2874 Emergenza COVID-19. Disposizioni per la prosecuzione delle attività del gruppo di lavoro costituito con D.G.R. n. 1-1252 del 20 aprile 2020 e del gruppo di lavoro costituito con D.G.R. n. 32-1309 del 30 aprile 2020.

I gruppi hanno formulato un primo documento di integrazione per l'area territoriale ed ospedaliera, propedeutico alla implementazione degli stessi con i contenuti degli emanandi atti ministeriale di revisione dell'area ospedaliera, dell'area territoriale e dell'area socio-sanitaria.

## **Piano vaccinale**

La Regione Piemonte, alla luce della gestione centralizzata nazionale della campagna vaccinale caratterizzata da indicazioni in continua evoluzione (fasce di popolazione, vaccini da utilizzare, ecc.), non ha ritenuto opportuno adottare, con un provvedimento legislativo, un piano regionale ma emanare provvedimenti di tipo organizzativo (caratteristiche hub vaccinali, implementazione di hub aziendali, modalità per la vaccinazione presso gli studi dei MMG o presso le farmacie, ecc.).

Il Piano strategico dell'Italia per la vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 (elaborato a cura di Ministero della Salute, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Istituto Superiore di Sanità, Agenas, AIFA), adottato con DM del 2 Gennaio 2021, nella fase iniziale di disponibilità limitata di vaccini contro COVID-19, ha definito delle priorità in modo chiaro e trasparente, tenendo conto delle raccomandazioni internazionali ed europee.

La Regione Piemonte ha seguito e si è attenuta alle indicazioni riportate nel documento di cui sopra e ai suoi successivi aggiornamenti.

Le categorie target da vaccinare e le relative tempistiche sono state definite sulla base delle indicazioni nazionali e rimodulate, in alcuni casi, sulla base della disponibilità delle dosi con appositi atti formali dal DIRMEI della Regione Piemonte e dal Commissario Straordinario Nazionale per l'emergenza COVID.

- Operatori Sanitari e non sanitari dipendenti del SSR con le seguenti modalità operative: preadesione a carico del dipendente sul sito aziendale o tramite convocazione diretta da parte del medico competente e successiva calendarizzazione sul Sistema Informativo Regionale per le Vaccinazioni del Piemonte (SIRVA).
- Altri Operatori Sanitari e non Sanitari non dipendenti, quali: MMG, PLS, Guardia Medica, Sumaisti, Medici, Infermieri, Veterinari, Biologi, Odontoiatri, Chimici, Fisici, Personale Tecnico Sanitario, Farmacisti, Personale Tecnico, Psicologi, Studenti Universitari, Personale con funzioni Riabilitative (ad. es. Fisioterapisti, Educatori Professionali, Logopedisti, etc), Personale Amministrativo e Dirigenziale, Personale di Vigilanza ed Ispezione, Personale Alberghiero, Personale di Trasporto e Manutenzione, Informatori Farmaceutici, Personale Volontario, inquadrati a qualunque titolo (Det/Indeterminato, Libero Professionale, Borsisti, Contratto di Ricerca, Volontariato) che operano presso le seguenti strutture: ASL, AO, AOU, IRCSS, Strutture sanitarie e socio-sanitarie, enti di ricerca in ambito medico o sanitario pubbliche e private (accreditate, convenzionate, autorizzate), compresi ambulatori, laboratori analisi, farmacie territoriali, associazioni e strutture socio-assistenziali, ARPA, attività avviata mediante invio della preadesione degli operatori ai propri ordini professionali, successiva trasmissione degli elenchi alle ASL e conseguente calendarizzazione su SIRVA.
- Ospiti ed Operatori delle RSA e RA, attività avviata mediante comunicazione degli elenchi con le preadesioni da parte delle singole Strutture alla ASL di competenza e successiva calendarizzazione e vaccinazione nella sede della Struttura.

- Forze dell'ordine, attività avviata con le seguenti modalità:
  - ☒ In alcuni contesti la vaccinazione è stata eseguita autonomamente utilizzando il proprio personale sanitario;
  - ☒ In altre situazioni è stato previsto l'invio degli elenchi delle pre adesioni da parte dei Responsabili dei Comandi alle ASL con successiva calendarizzazione degli appuntamenti sul programma SIRVA e vaccinazione a cura della ASL.
- Personale scolastico e universitario, attività avviata con preadesione sulla piattaforma regionale ([www.ilpiemontetivaccina.it](http://www.ilpiemontetivaccina.it)) a carico del singolo operatore e successiva calendarizzazione degli appuntamenti su SIRVA da parte delle ASL.
- Strutture Residenziali per Disabili, attività avviata mediante comunicazione degli elenchi con le preadesioni da parte delle singole Strutture alle ASL con successiva calendarizzazione e vaccinazione nella sede della Struttura.
- Popolazione Generale Over 80, attività avviata con inserimento delle preadesioni su piattaforma regionale da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) con indicazione per ciascun paziente di priorità alta o normale (a seconda delle condizioni cliniche), successiva calendarizzazione degli appuntamenti su SIRVA da parte delle ASL.
- Pazienti "estremamente vulnerabili", caregiver e conviventi come individuati dalle linee guida del Ministero della Salute del 10.03.2021 - pubblicato su Gazzetta Ufficiale, Serie Ord. n. 72 del 24.03.2021, attività avviata con inserimento delle preadesioni su piattaforma regionale da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG), successiva calendarizzazione degli appuntamenti su SIRVA.
- Popolazione Generale di età compresa tra 70 e 79 anni, attività avviata con preadesione sulla piattaforma regionale ([www.ilpiemontetivaccina.it](http://www.ilpiemontetivaccina.it)) a carico del singolo utente, e successiva calendarizzazione degli appuntamenti su SIRVA da parte delle ASL.
- Popolazione Generale di età compresa tra 60 e 69 anni, attività avviata con preadesione sulla piattaforma regionale ([www.ilpiemontetivaccina.it](http://www.ilpiemontetivaccina.it)) a carico del singolo utente, e successiva calendarizzazione degli appuntamenti su SIRVA da parte delle ASL.
- Persone con comorbidità di età <60 anni, senza quella connotazione di gravità riportata per le persone estremamente vulnerabili: attività avviata con preadesione sulla piattaforma regionale ([www.ilpiemontetivaccina.it](http://www.ilpiemontetivaccina.it)) a carico del singolo utente, e successiva calendarizzazione degli appuntamenti su SIRVA da parte delle ASL.
- Popolazione generale di età compresa tra 55-59 anni: preadesione dal 4 maggio sulla piattaforma regionale ([www.ilpiemontetivaccina.it](http://www.ilpiemontetivaccina.it)) a carico del singolo utente, e successiva calendarizzazione degli appuntamenti su SIRVA da parte delle ASL.
- Popolazione generale di età compresa tra 50-54 anni: preadesione dall'11 maggio sulla piattaforma regionale ([www.ilpiemontetivaccina.it](http://www.ilpiemontetivaccina.it)) a carico del singolo utente, e successiva calendarizzazione degli appuntamenti su SIRVA da parte delle ASL.

- Popolazione generale di età compresa tra 45-49 anni: preadesione dal 25 maggio sulla piattaforma regionale ([www.ilpiemontetivaccina.it](http://www.ilpiemontetivaccina.it)) a carico del singolo utente, e successiva calendarizzazione degli appuntamenti su SIRVA da parte delle ASL.
- Popolazione generale di età compresa tra 40-44 anni: preadesione dal 1° giugno sulla piattaforma regionale ([www.ilpiemontetivaccina.it](http://www.ilpiemontetivaccina.it)) a carico del singolo utente, e successiva calendarizzazione degli appuntamenti su SIRVA da parte delle ASL.
- Popolazione generale di età compresa tra 30-39 anni: preadesione dall'8 giugno sulla piattaforma regionale ([www.ilpiemontetivaccina.it](http://www.ilpiemontetivaccina.it)) a carico del singolo utente, e successiva calendarizzazione degli appuntamenti su SIRVA da parte delle ASL.
- Popolazione generale di età compresa tra 16-29 anni: preadesione dal 15 giugno sulla piattaforma regionale ([www.ilpiemontetivaccina.it](http://www.ilpiemontetivaccina.it)) a carico del singolo utente, e successiva calendarizzazione degli appuntamenti su SIRVA da parte delle ASL.
- Popolazione fragili e generale compresa tra i 12-15 anni: preadesione dal 12 giugno (per i fragili, dal 19 per il resto della popolazione) sulla piattaforma regionale ([www.ilpiemontetivaccina.it](http://www.ilpiemontetivaccina.it)) a carico dei genitori o del pediatra di libera scelta o del medico di medicina generale, e successiva calendarizzazione degli appuntamenti su SIRVA da parte delle ASL.

La Regione Piemonte ha ottemperato, alle indicazioni nazionali, attivando specifiche iniziative che hanno riguardato:

- montagne COVID free
- priorità nella vaccinazione presso le scuole
- vaccinazioni da parte degli MMG
- vaccinazioni presso le farmacie
- indicazioni per la creazione di hub aziendali
- indicazioni per la gestione della vaccinazione obbligatoria
- indicazioni per il rilascio e la verifica del green pass.

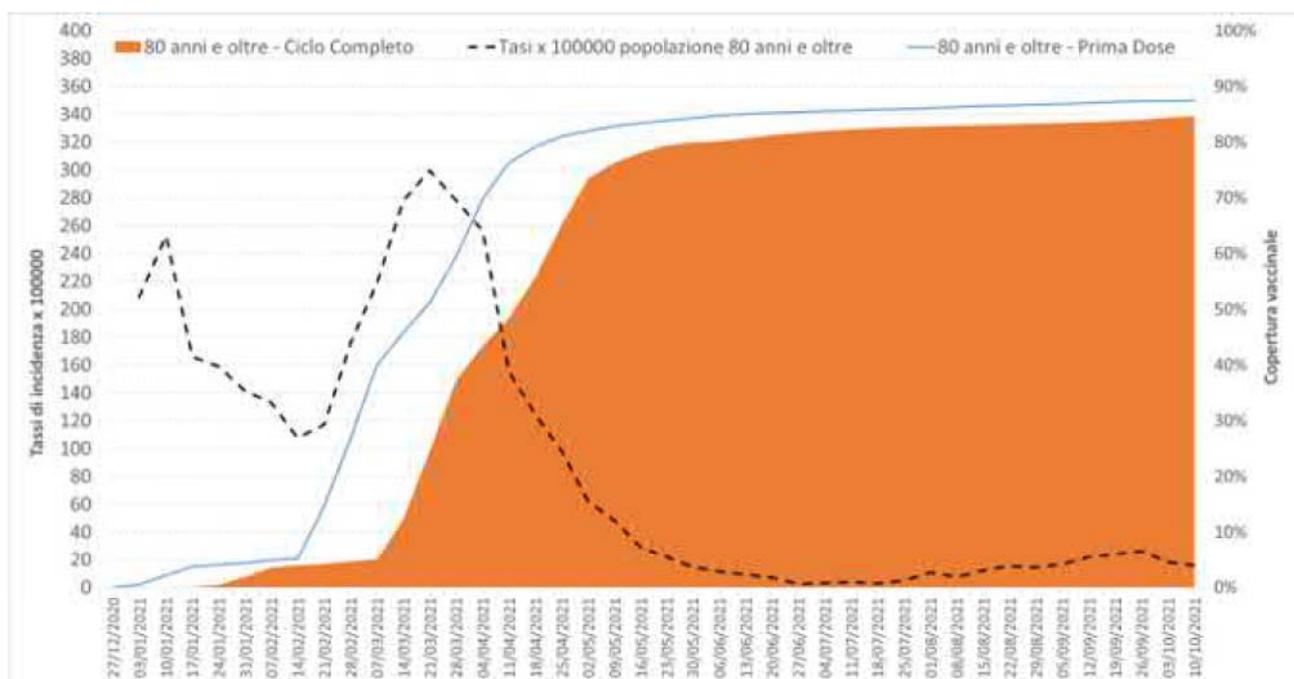
La gestione regionale è stata assicurata mediante una sinergia tra l'Assessorato della Sanità e L'Unità di Crisi/DIRMEI; in particolare l'Assessorato ha svolto, con il DIRMEI, un ruolo prevalente nella predisposizione di documenti interpretativi tecnico scientifici mentre l'Unità di Crisi ha curato i rapporti con la struttura commissariale assicurando l'approvvigionamento e la distribuzione dei vaccini sul territorio regionale.

Grazie a questo approccio integrato la campagna vaccinale anti COVID 19, come si evince dal grafico sotto riportato, ha visto la regione Piemonte sempre ai primi posti per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla struttura Commissariale sia per le diverse fasce di età che per la popolazione generale.

Ad esempio, per la fascia di popolazione a maggior rischio di contrarre forme gravi o mortali di COVID 19, individuata nei soggetti con età uguale o maggiore di 80 anni, il grafico permette di valutare come a partire dal mese di marzo (mese nel quale hanno iniziato ad essere disponibili le dosi di vaccino da parte

della struttura Commissariale nazionale), in poco più di un mese la Regione Piemonte ha vaccinato oltre il 75% della popolazione target.

**Andamento settimanale dei casi COVID 19 e della copertura vaccinale nella popolazione over 80 anni**



Nella tabella: HUB aziendali creati in Piemonte

		Azienda Associazione	Data apertura	Data chiusura
ASL AL	1	Confindustria Comune Basaluzzo	03/06/2021	22/06/2021
	2	Confindustria Spineta Marengo	03/06/2021	14/06/2021
	3	Confindustria Castellazzo Bormida	03/06/2021	20/06/2021
	4	Bulgari	09/06/2021	09/06/2021
	5	Buzzi Unicem presso Hub ASL Palafiea Via Padre Pio da Montalcina Casale Monferrato	23/06/2021	23/06/2021
	6	Zerbinati srl e BOBST ITALIA SPA	29/06/2021	02/07/2021
	7	PPG Industries Italia s.r.l.	01/07/2021	non ancora definito
ASL BI	8	Zegna (inclusa sede di San Pietro Mossezzo - Novara)	03/06/2021	11/06/2021
	9	Banca Sella presso HUB ASL Via Corradino Sella	21/06/2021	25/06/2021
ASL AT	10	Confindustria	03/06/2021	21/06/2021
	11	Cassa di Risparmio in HUB ASL	15/06/2021	15/06/2021
ASL CN1	12	Gruppo Merlo	03/06/2021	08/06/2021
	13	Confartigianato	03/06/2021	12/06/2021
	14	Multitel Pagliero SPA Via Galimberti 80 Manta		19/06/2021
	15	Confindustria Saluzzo in Hub pubblico	21/06/2021	30/06/2021
	16	Enel Cuneo Via Roncata 94	21/06/2021	26/06/2021
	17	Confindustria Borgo San D'Almazzo in Hub pubblico	01/07/2021	08/07/2021
	18	Confindustria Mondovì in Hub pubblico	02/07/2021	02/07/2021
19	Finder S.p.A. San Front	02/07/2021	02/07/2021	
ASL CN2	20	Confindustria Cherasco	03/06/2021	02/07/2021

## **Ristoro di RSA, strutture psichiatriche e strutture per dipendenze**

La Regione Piemonte ha destinato oltre 40 milioni di euro di risorse proprie a favore delle strutture residenziali private.

In particolare, con la Legge regionale 26 gennaio 2021, n. 3 “Misure urgenti per la continuità delle prestazioni residenziali di carattere sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale per anziani, persone con disabilità, minori, persone affette da tossicodipendenza o da patologie psichiatriche” sono state previste integrazioni tariffarie (a carico della Sanità) per 30 milioni di euro e ulteriori forme contributive e sgravi per ulteriori 10 milioni di euro.

## **Incremento dell'1,3 per cento delle tariffe riconosciute alle RSA**

### **Stanziamiento aggiuntivo di 3 milioni e 500 mila euro per le prestazioni di assistenza residenziale**

Con DGR 24 del 6 agosto 2021, è stato approvato, a partire dal 1 gennaio 2021, un incremento delle tariffe per le prestazioni di assistenza residenziale del 1,3 per cento, con l'incremento solo sulla quota a carico del SSR e non su quella a carico dell'utente, per uno stanziamento totale di 3 milioni 500 mila euro.

Il provvedimento ha fatto seguito all'accordo raggiunto il 1 luglio 2021 tra la Regione Piemonte e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative (AGCI Solidarietà, AgeSpi, ANSDIPP, API Sanità, Confindustria Piemonte Sanità, Federsolidarietà Confocooperative, Legacoopsociali Piemonte).

Sono oggetto di integrazione tariffaria anche le rette di nuclei di sollievo, NAT Nuclear Alzheimer Temporaneo, NSV Nuclei Stati Vegetativi, NAC Nuclei di Alta Complessità neurologica cronica assimilabili, a seconda dei casi, ad attività rese in favore di anziani e/o persone con disabilità.

## COSA SI STA FACENDO

### La Sanità del post pandemia

#### 1) Recupero delle liste di attesa

A seguito della nota della Direzione Sanità e del Dipartimento Interaziendale Malattie ed Emergenze Infettive (prot. DIRMEI 0126147/2021 del 09.04.2021) avente per oggetto “Ripristino delle attività ordinarie e attività di screening. Pianificazione del recupero delle liste di attesa. Programmi operativi di cui all’art. 1 del DL 17 marzo 2020, n. 18 convertito con modificazioni della Legge 24 aprile 2020 n. 27. Richiesta aggiornamento piani operativi aziendali per il recupero dei tempi di attesa”, le Aziende Sanitarie hanno provveduto ad un nuovo aggiornamento dei propri Piani operativi.

Sono stati quindi convocati ed effettuati, in modalità videoconferenza, gli incontri di monitoraggio e approfondimento con le Direzioni ed i referenti dei tempi della Aziende Sanitarie nelle seguenti date: - 20 aprile 2021, con specifico riferimento all’operatività del CUP regionale, in relazione al piano di governo dei tempi di attesa; - 21 aprile 2021; - 10 maggio 2021; - 21 giugno 2021.

Il più recente D.L. 25 maggio 2021, n. 73, titolato “Misure urgenti connesse all’emergenza da COVID-19”, ed in particolare l’art. 26 “ Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse”, precisa quanto segue:

“[...]1) Per le finalità del Piano di cui all’articolo 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, al fine di consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriali non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate nel 2020, a causa dell’intervenuta emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono ricorrere, dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2021:

*a)* per il recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione, agli istituti già previsti dall’articolo 29, comma 2 lettere *a)*, *b)* e *c)* del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104 convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n.126;

*b)* per il recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, agli istituti già previsti dall’articolo 29, comma 3, lettere *a)*, *b)* e *c)* del decreto-legge 14 agosto 2020, n 104 convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n.126.

Posto tutto quanto sopra, nell’ambito del proseguimento delle azioni aziendali intraprese per il recupero delle liste di attesa, saranno da utilizzare i finanziamenti già assegnati a valere sul residuo di quanto già speso, ai sensi della normativa nazionale e regionale di cui ai paragrafi precedenti.

In data 18 giugno 2021 è stato siglato l’accordo con gli erogatori privati per l’anno 2021, che prevede la destinazione dell’importo massimo di circa 7 Milioni di euro per l’anno 2021 (ai sensi dell’art. 26 commi 2 e 3 del D.L. 73/2021), al fine del recupero di ricoveri e prestazioni ambulatoriali e relative liste di attesa.

In attuazione dell'art. 26 commi 2 e 3 del D.L. 25.05.2021 n. 73, e AA.SS.LL. le Aziende Sanitarie sono state quindi invitate ad avviare i rapporti convenzionali necessari, anche per conto delle Aziende Ospedaliere, al fine del recupero delle liste di attesa di ricoveri e prestazioni ambulatoriali, nonché per far fronte alle maggiori esigenze di cura derivanti dalla necessità di gestire un maggior numero di patologie conseguenti al Covid.

Successivamente sono stati emanati i seguenti atti:

- DGR 22-3690 del 6 agosto 2021. Approvazione dell'aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. Ulteriori indicazioni in applicazione del D.L. 14 agosto 2020, n. 104 e del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, ad integrazione ed aggiornamento della D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980”;

- DGR 51-3662 del 30 luglio 2021. Costituzione della Commissione regionale per il recupero ed il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, di cui al D.L. 17 marzo 2020, n. 18 ed al D.L. 14 agosto 2020, n. 104, a supporto del Gruppo di Coordinamento del Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di Ricovero, di cui alla D.G.R. 16 maggio 2019 n. 110-9017.

I piani aziendali per il recupero delle liste di attesa sono in fase di attuazione nelle Aziende Sanitarie.

## **2) Fondi della legge regionale per favorire nuove aggregazioni fra i medici di base**

I fondi elargiti ogni anno dalla legge regionale 5 del 9 marzo 2021 consentiranno l'avvio di ulteriori forme di aggregazione fra medici di base.

Fino a questo momento, le risorse per riconoscere le indennità previste per le forme associative non consentivano il rilascio di tutte le autorizzazioni richieste per la messa in rete dei medici di medicina generale e della relativa dotazione di collaboratori di studio o infermieri.

In particolare, risultavano sospese 591 istanze di associazionismo (322 per indennità collaboratore studio, 118 per infermiere, 77 medicina in rete, 74 medicina in gruppo), che, con l'applicazione dell'accordo integrativo regionale sottoscritto il 7 luglio 2021, sono state totalmente evase e messe a regime entro ottobre 2021.

## **3) Investimenti PNRR su Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità**

L'Unione Europea ha risposto alla crisi pandemica con il Next Generation EU (NGEU). Si tratta di un programma prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale, migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori; e conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è un intervento che intende riparare i danni economici e sociali della crisi pandemica, contribuire a risolvere le debolezze strutturali dell'economia italiana e accompagnare il Paese su un percorso di transizione ecologica e ambientale.

I modelli organizzativi di riferimento in ambito territoriale sono i seguenti:

- Casa della Comunità: struttura in cui opera un'équipe multiprofessionale di: MMG, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e può ospitare anche assistenti sociali.
- Centrale Operativa Territoriale: strumento organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza-urgenza.
- Ospedale di Comunità: struttura della rete territoriale a ricovero breve e destinati a pazienti che necessitano interventi sanitari a bassa intensità clinica, intermedia tra la rete territoriale e l'ospedale, di norma dotata di 20 posti letto (max. 40 posti letto).

A livello regionale sono programmate per il 2026:

- 90 case della comunità (come risulta dalla riformulazione ministeriale che destina il 40% delle risorse al Mezzogiorno);
- 43 centrali operative territoriali;
- 27 Ospedali di Comunità

Quanto sopra potrà comportare un investimento stimato in oltre 200 milioni per la Regione Piemonte.

## **Il piano nazionale di recupero e resilienza (PNRR) nella Regione Piemonte**

La Missione 6 (M6C1) del PNRR tratta di Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Gli interventi in tale ambito intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità) e strutture di raccordo (le Centrali Operative Territoriali), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Quanto sopra comporta una serie di adeguamenti da sviluppare entro il 2026.

Nella Regione Piemonte sono previsti 90 Case di Comunità.

La Casa della Comunità è una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. È finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la presa in carico della comunità di riferimento.

Nella Regione Piemonte sono previsti 27 Ospedali di Comunità.

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata, di norma dotato di 20 posti letto (con un massimo di 40 posti letto), tale da contribuire a una maggiore appropriatezza delle cure e determinare una sostanziale riduzione di accessi impropri ad altre prestazioni

(come quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero). L’Ospedale di Comunità può anche facilitare la transizione dalle cure ospedaliere acute a quelle domiciliari, consentendo alle famiglie e alle strutture di assistenza di avere il tempo necessario per adeguare l’ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

Nella Regione Piemonte sono previsti 43 Centrali Operative Territoriali.

La COT svolge un ruolo di integratore e di facilitatore tra l’Ospedale ed il Territorio. Dispone della mappa delle disponibilità e delle soluzioni offerte dal territorio e garantisce la continuità assistenziale nel percorso del paziente, organizzando le attività post dimissione e riducendo la percentuale di nuovi ricoveri non necessari, anche attraverso il coordinamento delle attività di telemedicina.

#### **4) Rinnovo delle attrezzature obsolete come previsto dal PNRR;**

La ricognizione promossa dal Ministero della Salute con scadenza 30 luglio u.s., per l'individuazione dei piani di investimento per l'ammodernamento del parco tecnologico prevista dal PNRR, ha consentito di rilevare, a livello regionale, un fabbisogno complessivo di 199 grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico in sostituzione di attrezzature caratterizzate da una vetustà maggiore di 5 anni. Più della metà delle apparecchiature richieste (52%) sono per la radiodiagnostica digitale (TAC, RM, Mammografi, Angiografi, apparecchiature di radiologia); il 37% riguarda gli ecotomografi e le restanti quote sono relative ad attrezzature per la radioterapia (Acceleratori Lineari) e la medicina nucleare (Sistemi integrati TC/Gamma Camere e PET/TC).

L'importo complessivo dell'investimento previsto è di circa 79.000.000 Euro, pari all'11% della quota assegnata alle Regioni del Nord Italia per l'ammodernamento del parco tecnologico.

Sono tuttora in corso interlocuzioni con il Ministero della Salute, Consip e le Aziende Sanitarie Regionali per la rilevazione di alcune informazioni specifiche sulle apparecchiature richieste.



## RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

SELEZIONE NAZIONALE COLLABORATORI AFFIDECCHIATURE ELETTRONICHE E DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - PNRG		AN 708		AN 707		AN 81		AN 80		
Numero		Numero		Numero		Numero		Numero		
Numero appalti/lotte		Numero appalti/lotte		Numero appalti/lotte		Numero appalti/lotte		Numero appalti/lotte		
Numero appalti/lotte		Numero appalti/lotte		Numero appalti/lotte		Numero appalti/lotte		Numero appalti/lotte		
<b>Tecnologie di apparecchiature radiante (large equipment)</b>										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 128 slices										
Tecnologie a Risonanza Magnetica (MRI) - 1.5 T/3.0T										
Acceleratori lineari										
Gamma Camera										
Gamma Camera/CT										
PET/CT										
Multimodalità per cardiologia										
<b>Totale</b>		<b>18</b>		<b>2</b>		<b>1</b>		<b>8</b>		
<b>Tecnologie di apparecchiature radianti (diagnostica)</b>										
Cattedrangi										NO
Rivoltatori										NO
<b>Totale</b>		<b>18</b>		<b>0</b>		<b>2</b>		<b>1</b>		
<b>Tecnologie di apparecchiature radianti (diagnostica)</b>										
Mucositi per radioterapia										NO
Cattedrangi										NO
Cattedrangi 2D										NO
Stereotaxio 3D										
<b>Totale</b>		<b>12</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>2</b>		
<b>Tecnologie di apparecchiature di radiologia (Fluoro &amp; X-Ray System)</b>										
Teleconferenze digitali per esami di reparto										
Teleconferenze digitali per esami di pronto soccorso										
<b>Totale</b>		<b>11</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		
<b>Numero complessivo di apparecchiature PNRG:</b>		<b>188</b>		<b>0</b>		<b>2</b>		<b>3</b>		<b>8</b>
<b>Altre apparecchiature</b>										
Tecnologie Tomografi (CT Scans) - 128 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 64 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 128 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 192 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 320 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 400 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 512 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 625 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 800 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 1000 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 1200 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 1500 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 1600 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 1700 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 1800 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 1900 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 2000 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 2100 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 2200 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 2300 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 2400 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 2500 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 2600 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 2700 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 2800 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 2900 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 3000 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 3100 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 3200 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 3300 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 3400 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 3500 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 3600 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 3700 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 3800 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 3900 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 4000 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 4100 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 4200 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 4300 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 4400 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 4500 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 4600 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 4700 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 4800 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 4900 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 5000 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 5100 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 5200 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 5300 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 5400 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 5500 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 5600 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 5700 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 5800 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 5900 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 6000 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 6100 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 6200 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 6300 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 6400 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 6500 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 6600 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 6700 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 6800 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 6900 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 7000 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 7100 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 7200 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 7300 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 7400 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 7500 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 7600 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 7700 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 7800 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 7900 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 8000 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 8100 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 8200 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 8300 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 8400 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 8500 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 8600 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 8700 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 8800 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 8900 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 9000 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 9100 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 9200 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 9300 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 9400 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 9500 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 9600 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 9700 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 9800 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 9900 slices										
Tecnologie Condensatori (CT Scans) - 10000 slices										
<b>Totale altre apparecchiature</b>		<b>120</b>		<b>5</b>		<b>2</b>		<b>6</b>		<b>11</b>
<b>Numero complessivo di apparecchiature per le quali è richiesto il proprio software</b>										
<b>Totale</b>		<b>120</b>		<b>5</b>		<b>2</b>		<b>6</b>		<b>11</b>

Note: \* dato successivamente rilevato dall'azienda e riferito a TAC L33a

RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

RILEVAZIONE NAZIONALE DEL FABBISOGNO DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI E DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - PNR8	Piemonte	ASL VUB		ASL CNI				ASL CND	
		Numero apparecchiature	Numero apparecchiature Il fabbisogno riferito ad eventuali procedure di gara già avviate o in corso di avvio, oppure in fase di avvio, o in fase di completamento?	Numero apparecchiature	Il fabbisogno riferito ad eventuali procedure di gara già avviate o in corso di avvio, oppure in fase di avvio, o in fase di completamento?	Se si, data pubblicazione gara (appalti/contratti) entro gennaio	Se si, data pubblicazione gara (appalti/contratti) entro gennaio	Se si, data pubblicazione gara (appalti/contratti) entro gennaio	Se si, data pubblicazione gara (appalti/contratti) entro gennaio
<b>Tecnologie di apparecchiature rischiose (Large anatomy equipment)</b>									
Tomografi Computerizzati (CT Scans) - 128 strati	10			1	10/11/2018	1/10/2021			1
Tomografi a Risonanza Magnetica (MR) - 1,5 Tesla	5								
Acceleratori lineari	10	4							
Gamma camera	5								
Camera Gamma/CT	2								
Ami TC	2								
Mammografi con tomosintesi	10	1		1	10/11/2018	15/10/2021			2
<b>Totale</b>	<b>54</b>	<b>5</b>		<b>2</b>					<b>3</b>
<b>Tecnologie di angiografia (Interventional)</b>									
Cardiologico	8								
Vascolare	0								
<b>Totale</b>	<b>8</b>	<b>0</b>		<b>0</b>					<b>0</b>
<b>Tecnologie di radiologia (Interventional)</b>									
Cardiologico	22	1							
Cardiologico II	9	2							
Cardiologico III	17	1							
Chirurgico TD	2	1							
<b>Totale</b>	<b>50</b>	<b>5</b>		<b>0</b>					<b>0</b>
<b>Tecnologie di apparecchiature di radiologia (Fluor &amp; X-ray System)</b>									
Telecamere digitali per esami di radiologia	4								
Telecamere digitali per esami di pediatra oncologica	7			1					
<b>Totale</b>	<b>11</b>	<b>0</b>		<b>1</b>					<b>0</b>
<b>Numero complessivo di apparecchiature PNR8</b>	<b>113</b>	<b>5</b>		<b>3</b>					<b>3</b>
<b>Sistemi di apparecchiature</b>									
Tomografi Computerizzati (CT Scans) - 16 strati	0								
Tomografi Computerizzati (CT Scans) - 64 strati*	1	1		1	01/11/18				
Tomografi Computerizzati (CT Scans) - 256 strati**	1								
Tomografi Computerizzati (CT Scans) - 512 strati	0								
Tomografi Computerizzati (CT Scans) - simulatore Big Bore	2	1							
Tomografi Computerizzati TC Integrale	0								
Tomografi a Risonanza Magnetica (MR) - 1,5 Tesla	1								
Camere Gamma/CT	0								
Acceleratori lineari	0								
Acceleratori lineari per radiologia digitale diretta (DR)	0								
Sistemi per radiologia digitale diretta (DR) per esami di ortopedica	10	2							
Sistemi di radiologia digitale diretta con tavolo radiologico	10	1							
Ami e T. Cardiovascolare	1								
Ami e T. Vascolare	1								
Portatili radiologia digitale per imaging (Ami e T)	0								
AMC/AS 6.80 per ortofilia ortopedica	0								
Acceleratori lineari con IMRT integrata	0								
Sistemi di radioterapia	0								
Mammografi 3D/2D	0								
Mammografi 2D/3D/4D/5D	0								
Mammografi 2D/3D/4D/5D/6D	0								
Mammografi 2D/3D/4D/5D/6D/7D	0								
<b>Totale sistemi apparecchiature</b>	<b>28</b>	<b>4</b>		<b>2</b>					<b>0</b>
<b>Numero complessivo di apparecchiature per le quali si è dichiarato il presente fabbisogno</b>	<b>139</b>	<b>14</b>		<b>4</b>					<b>3</b>

Nota: \* dati rivedutamente restituiti dall'azienda e riferiti a TAC 128i







## RELAZIONE GRUPPO DI LAVORO COVID-19

RILEVAZIONE NAZIONALE DEL FABBISOGNO DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI E DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - PNRR	AO MAURIZIANO TO		AOU CDS	
<b>Tipologie di apparecchiature richieste (Large sanitary equipment)</b>	Numero apparecchiature	Il fabbisogno riferisce ad eventuali procedure di gara già avviate dalla centrale di acquisti regionale o/o dalle singole Amministrazioni?	Numero apparecchiature	Il fabbisogno riferisce ad eventuali procedure di gara già avviate dalla centrale di acquisti regionale o/o dalle singole Amministrazioni?
Tomografi Computerizzati (CT Scans) - 128 strati	2	nessuna procedura avviata	1	no
Tomografi a Risonanza Magnetica (MRI) - 1,5 Tesla				
Acceleratori lineari	1	nessuna procedura avviata	3	no
Gamma Camera			1	no
Gamma Camera/CT				
PET TC				
Mammografi con tomosintesi				
<b>Totale</b>	<b>3</b>		<b>5</b>	
<b>Tipologia di angiografi richiesti (Angiograph)</b>	Numero apparecchiature	Il fabbisogno riferisce ad eventuali procedure di gara già avviate dalla centrale di acquisti regionale o/o dalle singole Amministrazioni?	Numero apparecchiature	Il fabbisogno riferisce ad eventuali procedure di gara già avviate dalla centrale di acquisti regionale o/o dalle singole Amministrazioni?
Cardiologici	1	nessuna procedura avviata		
Vascolari	1	nessuna procedura avviata	2	no
<b>Totale</b>	<b>2</b>		<b>2</b>	
<b>Tipologia di ecotomografi richiesti (Ectomographic devices)</b>	Numero apparecchiature	Il fabbisogno riferisce ad eventuali procedure di gara già avviate dalla centrale di acquisti regionale o/o dalle singole Amministrazioni?	Numero apparecchiature	Il fabbisogno riferisce ad eventuali procedure di gara già avviate dalla centrale di acquisti regionale o/o dalle singole Amministrazioni?
Multidisciplinari/Internistici			8	no
Cardiologici			3	no
Cardiologici 3D				
Ginecologici 3D				
<b>Totale</b>	<b>0</b>		<b>9</b>	
<b>Tipologia di apparecchiature di radiologia (Fixed X-Ray System)</b>	Numero apparecchiature	Il fabbisogno riferisce ad eventuali procedure di gara già avviate dalla centrale di acquisti regionale o/o dalle singole Amministrazioni?	Numero apparecchiature	Il fabbisogno riferisce ad eventuali procedure di gara già avviate dalla centrale di acquisti regionale o/o dalle singole Amministrazioni?
Telecomandati digitali per esami di reparto			0	
Telecomandati digitali per esami di pronto soccorso			0	
<b>Totale</b>	<b>0</b>		<b>0</b>	
<b>Numero complessivo di apparecchiature PNRR:</b>	<b>5</b>		<b>16</b>	
<b>Ulteriori apparecchiature</b>	Numero apparecchiature	Il fabbisogno riferisce ad eventuali procedure di gara già avviate dalla centrale di acquisti regionale o/o dalle singole Amministrazioni?	Numero apparecchiature	Il fabbisogno riferisce ad eventuali procedure di gara già avviate dalla centrale di acquisti regionale o/o dalle singole Amministrazioni?
Tomografi Computerizzati (CT Scans) - 16 strati				
Tomografi Computerizzati (CT Scans) - 64 strati*				
Tomografi Computerizzati (CT Scans) - 256 strati*				
Tomografi Computerizzati (CT Scans) - 512 strati				
Tomografi Computerizzati (CT Scans) - simulatore Big Bore				
Tomografi Computerizzati TC Intraoperatorio	1	nessuna procedura avviata		
Tomografi a Risonanza Magnetica (MRI) - articolare				
Tomografi a Risonanza Magnetica (MRI) - 3 Tesla				
Cone Beam CT				
Ortopantomografo				
Portatile radiologico digitale				
Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta (DR)	1	nessuna procedura avviata	2	no
Sistemi polifunzionali per radiologia digitale diretta (DR) per esami di pronto soccorso			2	no
Sistema di radiologia digitale diretta con tavolo telecomandato				
Arco a C Cardiologico				
Arco a C Vascolare				
Portatile radiologico digitale per scopia (arco a C)				
ARCO A C 3D per chirurgia ortopedica				
Acceleratore lineare con RM integrata				
Sistema di tomoterapia				
Angiografi biplani				
Angiografi cardiologici biplani				
Angiografi Vascolari Neuro biplani				
Ecotomografo urologico				
<b>Totale ulteriori apparecchiature</b>	<b>3</b>		<b>4</b>	
<b>Numero complessivo di apparecchiature per le quali si è dichiarato il proprio fabbisogno:</b>	<b>7</b>		<b>20</b>	

Note: \* dato successivamente rivisto dall'Azienda e riferito a TAC 128.

## **Interventi di miglioramento/adequamento antisismico**

Con nota prot. 28138 del 08.09.2020 la Regione Piemonte ha comunicato la rilevazione del fabbisogno di edilizia sanitaria per interventi di adeguamento sismico ed antincendio, ammodernamento, ristrutturazione e sostituzione delle strutture ospedaliere in risposta alla nota prot. n. 17157 del 21.08.2020 del Ministero della Salute. Con nota prot. n. 5307/2021 del 11/02/2021, la Regione Piemonte ha comunicato gli interventi di edilizia sanitaria di adeguamento sismico di strutture ospedaliere in risposta alla nota prot. n. 1958 del 28.01.2021 del Ministero della Salute.

Il Ministero della Salute, con nota datata 26 luglio 2021 prot. n. 0014875 DGPROGS-MDS-P, ha comunicato che alla Regione Piemonte sarebbero stati assegnati complessivamente euro 139.130.349,24, di cui euro 42.551.367,31 a valere sul PNRR e euro 96.578.981,93 a valere sul Fondo complementare, per realizzare n. 6 interventi.

La Direzione Sanità e Welfare, in collaborazione con IRES Piemonte, ha provveduto ad effettuare ulteriori approfondimenti tecnici relativamente agli interventi individuati dal Ministero della Salute con la nota prot. 0014875 del 26.07.2021, nonché a fare un ulteriore ricognizione chiedendo alle Aziende Sanitarie Regionali interessate di verificare e comunicare gli importi e la tempistica complessiva degli interventi individuati.

Con nota del 4 agosto 2021, prot n. 2901/SAE l'Assessorato alla Sanità, Livelli essenziali di assistenza, Edilizia sanitaria ha definito con riferimento all'importo complessivo dei finanziamenti previsti, pari a euro 139.130.348,00 di cui euro 42.551.367,00 a valere sul PNRR ed euro 96.578.981,00 a valere sul Fondo complementare, gli interventi previsti: n. 6 interventi con il finanziamento PNRR e n. 7 interventi con il Finanziamento Complementare.

Infine, in data 27 agosto 2021, con DGR 1-3727, è stata deliberata la proposta al Consiglio Regionale per l'approvazione del Programma di investimenti di edilizia sanitaria relativo all'adequamento sismico di strutture ospedaliere da sottoporre al Ministero della Salute per complessivi euro 139.130.348,00, di cui euro 42.551.367,00 a valere sul PNRR per realizzare n. 6 interventi ed euro 96.578.981,00 a valere sul Fondo Complementare per realizzare n. 7 interventi, e inoltre di dare atto che l'assunzione delle obbligazioni giuridiche conseguenti al presente provvedimento sono subordinate all'approvazione da parte del Ministero della proposta di Programma e, pertanto, alla variazione di bilancio regionale 2021-2023 (Missione 13 Programma 5), finalizzata a recepire gli stanziamenti dei fondi per euro 42.551.367,00 a valere sulle risorse del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza e per euro 96.578.981,00 sulle risorse del Fondo Complementare al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, per complessivi euro 139.130.348,00, in entrata ed in uscita delle correlate spese.

## **5) Digitalizzazione degli ospedali DEA di I e II livello come previsto dal PNRR**

Sono state condotte le attività per la definizione del piano di digitalizzazione degli ospedali DEA di I e II Livello come previsto dal PNRR, e finalizzati per assicurare che le strutture ospedaliere siano dotate di: LISS, RIS-PACS, sistema informativo per la gestione dell'attività clinica di Pronto Soccorso, sistema informativo per la gestione dell'attività clinica dei blocchi operatori, ADT e MPI servizi di farmacia

informatizzati, prescrizione e somministrazione farmaci con sistema informatizzato, cartella clinica elettronica ospedaliera, repository e orde entry.

Le attività ad oggi in corso di consolidamento prevedono interventi definiti a:

- livello centrale: reingegnerizzazione dell'anagrafe regionale e locale degli assistiti, unica applicazione di PS, centralizzazione ADT, soluzione per la collaborazione clinica interaziendale e la gestione delle immagini radiologiche da implementare per quadrante, unica applicazione di Trasfusionale (SIMT), Sistema applicativo multiente per la gestione del consenso informato alla prestazione sanitaria e apposizione della firma grafonometrica del paziente predisposto all'integrazione con i sistemi aziendali di RDC per archiviazione e conservazione della modulistica; è altresì prevista la fornitura della strumentazione per apposizione della firma (indicativamente 200 dispositivi)
- livello locale: evoluzione delle cartelle cliniche elettroniche integrate, potenziamento e sostituzione degli apparati, cablaggi e hotspot, Reingegnerizzazione del sistema informativo per la gestione dei blocchi operatori (comprensivo dei sistemi audio e video), Palmari, PC desktop Portatili, PC sanificabili, ecc.

## **6) Dalla medicina di attesa alla medicina d'iniziativa**

**Potenziamento dell'area di Prevenzione attraverso un approccio one-health, attraverso le attività di prevenzione erogate sul territorio**

Nell'ambito della stesura del nuovo Piano Regionale per la Prevenzione, un notevole impegno è stato profuso nel coinvolgimento di tutti gli attori del SSR che possono fornire un contributo "verso la salute" nei diversi ambiti di attività.

L'intento è quello di assicurare un approccio trasversale tra i 3 pilastri del sistema sanitario: Ospedale, Territorio e Prevenzione per i diversi setting in modo da assicurare un continuo scambio di informazioni che consenta di promuovere comportamenti in grado di ridurre l'impatto dei determinanti di rischio tra la popolazione.

## **7) Miglioramenti alla piattaforma software Covid-19 della Regione Piemonte**

La piattaforma COVID è stata ulteriormente evoluta per assicurare una migliore integrazione delle richieste dei tamponi con i rispettivi esiti, prevedendo specifiche tecniche per la gestione delle seguenti tipologie di richieste:

- **00 =SORVEGLIANZA TERRITORIALE:** Effettuazione del TEST a seguito di richiesta dell'ASL ai fini di accertamento/sorveglianza territoriale (es. richiesta del SISP).

- **01 =SORVEGLIANZA MEDICO COMPETENTE:** Effettuazione del TEST a seguito di richiesta del medico competente ai dipendenti di enti o aziende pubbliche e private.
- **02 =SCREENING O ACCERTAMENTI A PAZIENTI OSPEDALIZZATI O RICOVERATI:** Effettuazione del TEST a seguito di richiesta per fini di controllo e prevenzione all'interno delle strutture di ricovero o residenze sanitarie, ove applicabile dalle vigenti normative include le richieste dei PS e le eventuali misure di screening sistematico dei pazienti per l'accesso al ricovero.
- **03 =PROGRAMMA SCREENING REGIONALE:** Effettuazione del TEST in attuazione a programmi di screening regionali (es. Effettuazione del TEST sierologico presso laboratorio a personale del SSN).
- **04 =PROGRAMMA SCREENING NAZIONALE:** Effettuazione del TEST in attuazione a programmi di screening nazionali (es. Effettuazione del TEST sierologico presso laboratorio ai cittadini).
- **08 =SCREENING VOLONTARI ENTI O AZIENDE:** Effettuazione del TEST in attuazione a programmi di screening promossi da un ente o azienda pubblica o privata.
- **09 =ESAMI VOLONTARI CITTADINO:** Effettuazione del TEST sierologico presso laboratorio a cittadino pagante.

Inoltre, sono previste attività di governance e supporto che tiene conto dell'erogazione delle attività nei giorni di sabato, domenica e festivi, oltre che dell'orario esteso nonché della reperibilità notturna;

La natura di questa tipologia di servizio si è resa necessaria ad oggi per avere la garanzia della disponibilità di risorse specializzate per interventi, non pianificabili a priori, atti ad assicurare il corretto e continuativo funzionamento della Piattaforma COVID-19. Si precisa a titolo indicativo che la piattaforma è utilizzata da circa 11.000 utenti: tutte le ASR regionali, 25 laboratori analisi e laboratori privati convenzionati, i servizi SISP, i Medici USCA, i Medici di medicina generale (MMG) e Pediatri di libera scelta (PLS), i Medici di Emergenza e Continuità assistenziale, i Sindaci, ecc.

Il servizio di supporto di secondo livello prevede le seguenti tipologie di assistenza (in particolare per MMG/PLS, USCA, Sindaci, RSA e laboratori):

Servizio			Supporto di secondo livello			
			Assistenza agli utenti, TD, etc.	Configurazione piattaforma	Monitoraggio integrazioni	Reperibilità
I Semestre	Lun-Ven	09.00 - 18.00	x			
	Lun-Ven	18.00 - 08.00				x
	Lun-Ven	18.00 - 20.00	x			
	Sabato	08.00 - 20.00	x			
	Sabato	09.00 - 18.00			x	
	Sabato, Domenica Festivi	H24				x
	Domenica Festivi	08.00 - 20.00	x			
	Domenica Festivi	09.00 - 18.00			x	
II Semestre	Lun-Ven	09.00 - 18.00	x			
	Lun-Ven	18.00 - 08.00				x
	Lun-Ven	18.00 - 20.00				
	Sabato	08.00 - 20.00				
	Sabato	09.00 - 18.00			x	
	Sabato, Domenica Festivi	H24				x
	Domenica Festivi	08.00 - 20.00				
	Domenica Festivi	09.00 - 18.00			x	

Inoltre, si è provveduto a realizzare gli interventi a supporto della campagna vaccinale antiCOVID-19 finalizzati a titolo esemplificativo e non esaustivo a:

- Rafforzamento dei servizi infrastrutturali, in particolare risorse elaborative e per la gestione della sicurezza specifiche per l'ambito vaccinazioni.
- Assicurare procedure di elaborazione, di scarico e monitoraggio tempestive della campagna vaccinale antiCOVID 19 (ivi incluso un sistema di monitoraggio degli obiettivi di inoculazione vaccinale a supporto delle attività Regionale/Unità di crisi).
- Procedure di gestione della preadesione e somministrazione da parte del MMG
- Procedure di prenotazione e somministrazione da parte delle Farmacie
- Evoluzione della piattaforma regionale di preadesione per gestire la platea dei soggetti vaccinabili (esempio estremamente vulnerabili, preadesioni aziendali massive, ecc).

- Un sistema on line di self tracking di previsione e consultazione degli appuntamenti.
- Un'attività di monitoraggio, alert e ulteriori servizi SMS
- La realizzazione del sistema SIRVA Light finalizzato alla gestione del piano vaccinale da parte delle Imprese, delle ASR per eventi, etc (da prenotazione a somministrazione)

I servizi di supporto di primo e secondo livello per le vaccinazioni assicurano quanto segue:

Servizio a catalogo	Dettaglio	Risorse in presenza aggiuntive									
		I Semestre					II Semestre				
		Lun-Ven 08.00 18.00	Lun-Ven 18.00 20.00	Sab-Dom-Festivi 08.00 20.00	Lun-Ven 20.00- 08.00	Sab-Dom-Festivi 20.00 08.00	Lun-Ven 08.00 20.00	Lun-Ven 18.00 20.00	Sab-Dom-Festivi 08.00 20.00	Lun-Ven 20.00- 08.00	Sab-Dom-Festivi 20.00 08.00
Supporto di secondo livello (*)	Estensione assistenza Vaccinazioni	2	2	2			2				
	Estensione assistenza Servizi on Line ai cittadini	1					1				
	Reperibilità - senza interventi			X					X		
	Reperibilità - interventi (20 gg/u)			X					X		
Supporto continuativo (BPO)	Produzione reportistica ed indicatori	2					2				

*Si aggiungono inoltre: 80gg/uu per coordinamento sull'intero anno 2021; 40gg/uu per gestione identità digitale- credenziali; 4gg/uu per supporto BPO Team Leader; 13 gg/uu per monitoraggio e architettura di deployment specifica per servizi ai cittadini*

(\*) Supporto agli operatori dell'applicazione SIRVA interessati dalla gestione della vaccinazione COVID 19; il supporto agli operatori dell'applicazione ma interessati dalla gestione delle altre vaccinazioni è già previsto nella Configurazione Tecnica Economica 2021 inviata con prot. 19312 del 15/12/2020.

## 8) Azioni concordate con la Commissione Salute presso la Conferenza delle Regioni (a livello nazionale)

Contributo della Regione Piemonte alla definizione del nuovo quadro normativo ospedaliero con aggiornamento del DM 70/2015 (standard per l'assistenza ospedaliera), emanazione del cosiddetto Dm 71 (standard per l'assistenza territoriale), contributo per la ridefinizione delle RSA, contributo per stilare e mettere in opera il nuovo patto per la salute (attività in ambito nazionale)

A seguito dell'incontro dalla Commissione Salute il 20 gennaio 2021, alla presenza del Ministro Speranza, le Regioni hanno scelto i componenti per i tavoli di lavoro che dovranno lavorare su:

- Cabina di Regia Programmazione e coordinamento attività;
- Gruppo Assistenza Ospedaliera (revisione DM 70/2015);

- Gruppo Assistenza Territoriale;
- Gruppo Riforma RSA

Il Piemonte partecipa alle attività attraverso i propri rappresentanti presenti nella Cabina di Regia (il cui compito è coordinare le attività dei gruppi) e nel gruppo specifico dell'Assistenza Ospedaliera.

Nella Cabina di Regia sono state affrontate anche alcune tematiche relative al PNRR, di cui il Piemonte coordina l'apposita area tecnica nell'ambito della Commissione Salute.

Le attività di proposta di miglioramento del quadro normativo nazionale stanno procedendo con le strutture ministeriali in modo da poter disporre di un Servizio Sanitario Nazionale più forte e in grado di affrontare al meglio le sfide che ci attendono nei prossimi anni.

## **9) Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PANFLU)**

Il "Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale" approvato con Accordo in Conferenza Stato-Regioni il 9 febbraio 2006 e stilato secondo le indicazioni dell'OMS del 2005 si sviluppa secondo le sei fasi pandemiche dichiarate dall'OMS, prevedendo per ogni fase e livello obiettivi e azioni. Il Piano nazionale sopra citato individua le azioni chiave per le Autorità Sanitarie nazionali e regionali e per gli altri attori coinvolti ed elenca le misure che devono essere adottate per ogni fase, riconducendole ai Livelli essenziali di Assistenza (LEA).

In coerenza con quanto previsto dal Piano nazionale a livello della Regione Piemonte con DGR n. 10-11769/2009. Approvazione "Piano per l'organizzazione regionale della risposta alle emergenze infettive" è stato approvato il Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale, il quale ha assunto principi e obiettivi generali del Piano nazionale con la finalità di disporre di uno strumento operativo per declinare nella specifica realtà organizzativa regionale le indicazioni contenute nel Piano nazionale.

Con la DGR n. 1-1979 del 23.09.2020. Approvazione dell'aggiornamento del Piano pandemico operativo COVID-19 territoriale e ospedaliero e formulazione di ulteriori indicazioni al Dipartimento interaziendale a valenza regionale "Malattie ed Emergenze Infettive" e alle Aziende Sanitarie e alle Strutture del SSR, è stato approvato l'aggiornamento al Piano pandemico operativo COVID-19 "territoriale e ospedaliero", che era già stato oggetto di illustrazione ed esposizione alle ASR nella presentazione alle Direzioni Generali e Sanitarie il 5 agosto 2020.

Successivamente con la DGR n. 21-2701 del 27.12.2020 "Approvazione dell'aggiornamento del Piano pandemico operativo COVID-19 territoriale e ospedaliero e formulazione di ulteriori indicazioni al Dipartimento interaziendale a valenza regionale "Malattie ed Emergenze Infettive" e alle Aziende Sanitarie e alle Strutture del SSR", si è provveduto ad un ulteriore aggiornamento.

Un ulteriore aggiornamento del piano è stato effettuato con D.G.R. 7-3122 del 23.04.2021 sulla base dell'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)". (Rep. Atti n. 11/CSR del 25 gennaio 2021).

Il Piano rappresenta il riferimento regionale in base al quale sono riaggiornati i Piani operativi aziendali, anche attraverso le Unità di gestione COVID-19.

## **10) Completamento dello studio per la riforma dei Dipartimenti di Prevenzione**

La Regione Piemonte, a differenza della maggior parte delle altre Regioni, non ha apportato modifiche significative al Dipartimento di Prevenzione che mantiene un assetto organizzativo definito dalla legge regionale 10/1995.

Alla luce delle difficoltà emerse nel corso della crisi e del progressivo depauperamento delle risorse legato alla presenza del Piano di Rientro, nell'ottica di disporre di proposte per il PNRR, è stato attivato uno studio per valutare l'opportunità e gli indirizzi per una revisione del modello organizzativo.

I lavori hanno previsto:

- una valutazione dei modelli organizzativi adottati dalle altre Regioni e di quelli presenti a livello internazionali; in tale contesto sono stati analizzati anche studi che in passato la Regione, attraverso ARESS, aveva commissionato a soggetti privati;
- un'analisi delle risorse presenti nei Dipartimenti di Prevenzione sul territorio della Regione Piemonte

Sono in corso le valutazioni per la definizione di un nuovo modello organizzativo che tenga conto:

- del nuovo approccio alla prevenzione previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione
- della nuova declinazione dei gruppi dei Livelli essenziali di Assistenza nell'ambito della Prevenzione
- della distribuzione degli indicatori caratterizzanti le attività di prevenzione (popolazione, lavoratori, imprese, popolazione zootecnica, ecc.) sul territorio regionale.

Parallelamente, sono allo studio degli strumenti per la quantificazione delle risorse umane necessarie ad assicurare l'erogazione delle prestazioni previste dai LEA in modo uniforme ed omogeneo sull'intero territorio regionale.

## CONSIDERAZIONI FINALI

La Sanità piemontese ha fronteggiato la pandemia Covid con un grande impegno da parte del personale sanitario e di tutte le strutture pubbliche e private coinvolte.

La situazione di grande svantaggio iniziale del nostro servizio sanitario regionale, figlia del piano di rientro, misurabile nella ridotta disponibilità di posti letto, di laboratori, nella carenza di risorse umane, su una medicina territoriale da migliorare, su una prevenzione da ripensare, sulla mancanza di software e procedure idonee a fornire una risposta strutturata, nella mancanza di personale anche negli organici della Regione stessa, ha richiesto attività urgenti di riorganizzazione, investimento e riqualificazione.

Il quadro normativo nazionale si è rivelato, più volte, carente, tanto da necessitare di numerosi aggiornamenti (dalle indicazioni troppo stringenti per effettuare i tamponi, fino alle forniture della Struttura commissariale affidata ad Arcuri).

La risposta della Regione è stata una risposta corale, che ha coinvolto tutti i professionisti disponibili, istituendo Unità di Crisi, Uffici di coordinamento, Task force, il Dirmei e Gruppi di lavoro in ambito clinico assistenziale.

Queste attività hanno permesso di garantire l'assistenza Covid a tutti i cittadini, secondo criteri di adeguatezza, come peraltro certificato anche dalla Relazione della Corte dei Conti sulla parificazione del bilancio sanitario 2020 della Regione Piemonte.

La grande campagna vaccinale contro il Covid si è quasi conclusa, con risultati particolarmente incoraggianti per il Piemonte e oggi il numero di posti letto occupati da pazienti Covid è particolarmente contenuto.

Il quadro normativo nazionale e, quindi, regionale, è in forte evoluzione per garantire nuovi standard assistenziali (medicina d'iniziativa attraverso la prevenzione e la medicina territoriale da erogarsi attraverso le Case della Comunità ed una maggior ricorso all'assistenza domiciliare, alla telemedicina ecc).

Le risorse di cui dovrà disporre il Servizio Sanitario Nazionale dovranno essere adeguate al recupero di tutte le prestazioni non rese durante il Covid ed ai nuovi bisogni di assistenza in corso di definizione.

Il Pnrr, grazie ai fondi europei destinati agli investimenti, sarà l'occasione per una vera ripresa ed una rinnovata capacità di resilienza del nostro Servizio Sanitario.

Le attività di programmazione e monitoraggio proseguono e presto la Regione potrà sottoscrivere il proprio Contratto Istituzionale di Sviluppo per la Sanità.

La sfida, per il futuro, sarà anche quella di disporre di un numero adeguato di professionisti sanitari e operatori di interesse sanitario per l'erogazione dei nuovi standard assistenziali: la Regione chiederà ancora la collaborazione alle proprie prestigiose Università, collaborazione che si è confermata essenziale anche durante il Covid (es. accordi per gli specializzandi...), nonché a tutto il mondo della Formazione (es. Oss).

Terminata questa fase della pandemia, come alla fine di una scalata, tutti i soggetti coinvolti sono stati duramente provati; sono però anche consapevoli delle proprie possibilità, nella ritrovata centralità dei valori del nostro Servizio Sanitario.

E a questa grande comunità di professionisti ed operatori la Regione si rivolge, con gratitudine e ammirazione, per individuare nuove modalità di confronto e collaborazione, dai sindacati del personale dipendente a quelli dei medici convenzionati, senza dimenticare le associazioni di categoria, il cui dialogo continuo ha consentito, e consentirà, di individuare le migliori soluzioni organizzative, dalla riorganizzazione delle RSA, secondo i nuovi standard nazionali, al nuovo ruolo, sempre più importante, delle farmacie, quali presidi sanitari sul territorio.

## **ALLEGATI**

- **Protocollo cure domiciliari**
- **Giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione Piemonte per l'esercizio finanziario 2020" e correlata "Memoria del Procuratore regionale Quirino Lorelli"**





DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE  
FUNZIONALE A VALENZA REGIONALE  
"MALATTIE ED EMERGENZE INFETTIVE"  
Via Silvio Pellico 19  
10125 Torino  
Telefono: 011.5662888  
e-mail: [dirmei@aslcitytorino.it](mailto:dirmei@aslcitytorino.it)

## PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI COVID A DOMICILIO DA PARTE DELLE UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE, DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA: **REVISIONE**

### VERSIONE 5

26 Marzo 2021

(in rosso le modifiche introdotte)

(in blu le modifiche introdotte con Revisione 4)

### SOMMARIO

1. FINALITA' DEL DOCUMENTO
  2. CRITERI GENERALI
  3. ORGANIZZAZIONE, PERSONALE, SEDI E DOTAZIONI
  4. TIPOLOGIA DI INTERVENTI PER GESTIONE DEI PAZIENTI COVID A DOMICILIO
  5. COMPITI DEL MEDICO U.S.C.A.
  6. PRESA IN CARICO: INTERAZIONE MMG/PLS/USCA/CURE DOMICILIARI/FARMACIA
  7. INTEGRAZIONE TERRITORIO E OSPEDALE
  8. IMPLEMENTAZIONE DEL PROTOCOLLO E VERIFICA DELL'APPLICAZIONE
- ALLEGATI

GIOVANNI DI PERRI

Gruppo di Lavoro:

Firmato il 29/03/2021

Prof. Giovanni Di Perri

Direttore del Dipartimento di Malattie Infettive dell'Ospedale Amedeo di Savoia e della Scuola di Specializzazione in Malattie Infettive dell'Università degli Studi di Torino

Dott. Emilpaolo Manno

Direttore DIRMEI Commissario Unità di Crisi COVID 19

Firmato digitalmente da: Emilpaolo Manno  
Organizzazione: AZIENDA SANITARIA LOCALE CITTA' DI TORINO/11632570013  
Data: 29/03/2021 16:15:12

Dott. Antonio Rinaudo

Commissario DIRMEI Area Giuridico-Amministrativa

ANTONIO RINAUDO  
REGIONE PIEMONTE  
29.03.2021 13:11:46  
UTC

Dott. Gianfranco Zulian

Coordinatore Emergenza COVID Regione Piemonte

GIANFRANCO ZULIAN  
REGIONE PIEMONTE  
29.03.2021 13:53:03 UTC

Dott. Franco Ripa

Dirigente Settore Programmazione Sanitaria

RP1FNC59P081480J/  
RIPA/FRANCO  
Digitally signed by  
RP1FNC59P081480J/RIPA/FRANCO  
Date: 2021.03.29 14:05:53 +02'00'

Dott. Claudio Sasso

Coordinatore DIRMEI Area Medicina Territoriale

CLAUDIO CAMILLO SASSO  
ASL ALESSANDRIA  
29.03.2021 10:53:59 UTC

Dott. Guido Giustetto

Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Torino

Firmato digitalmente da: GIUSTETTO GUIDO  
Data: 29/03/2021 15:00:13

Dott.ssa Laura Poggi

Responsabile Settore Assistenza Farmaceutica Integrativa Protesica

PGGLRA59B50C62  
1M/POGGI/LAURA  
Digitally signed by  
PGGLRA59B50C621M/POGGI/LAURA  
Date: 2021.03.29 13:38:27 +02'00'

# **PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI COVID A DOMICILIO DA PARTE DELLE UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE, DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA: REVISIONE**

## **1. FINALITA' DEL DOCUMENTO**

La finalità del presente documento, formulato da un gruppo di lavoro del Dipartimento Interaziendale "Malattie ed Emergenze Infettive" e dalla Unità di Crisi è di aggiornare il protocollo per la presa in carico dei pazienti COVID 19 a domicilio da parte delle Unità di Continuità Assistenziale, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta emesso il 31.10.2020

Quanto sopra al fine della sua implementazione operativa con decorrenza immediata e delle verifiche sistematiche della sua applicazione.

## **2. CRITERI GENERALI**

In ottemperanza all'art. 8 del D.L.9.3.2020, n.14, al fine di consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria, sono istituiti nelle Aziende Sanitarie le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.) volte ad implementare la gestione dell'emergenza sanitaria per l'epidemia da COVID-19.

## **3. ORGANIZZAZIONE, PERSONALE, SEDI E DOTAZIONI**

Le Unità Speciali garantiscono l'assistenza nei confronti di:

- pazienti con infezione accertata da SARS-CoV-2 - Covid-19 in isolamento domiciliare, che non necessitano di ricovero ospedaliero ma di assistenza a domicilio;
- pazienti con infezione accertata da SARS-CoV-2 - Covid-19 dimessi dall'Ospedale a domicilio o in strutture socio-sanitarie e che necessitano di assistenza domiciliare o residenziale;
- pazienti che si configurano come "casi sospetti" Covid-19 anche in attesa di esecuzione di tampone diagnostico e che necessitano di assistenza a domicilio.

L'U.S.C.A. è attiva sette giorni su sette, in orario 8-20, fino a decisioni ministeriali che ne determinino la cessazione.

In ogni ASL è attivata una funzione di Centrale USCA col compito di coordinare a livello aziendale, garantire uniformità di criteri e di gestione dell'attività a livello distrettuale assicurata da:

- un Coordinatore USCA aziendale (individuato tra uno dei Direttori dei Distretti o suo delegato)
- un dirigente medico per ciascun Distretto con compiti di coordinamento locale - operatori
- supporto amministrativo tramite personale dei Distretti.

La Centrale USCA, anche tramite le sue articolazioni distrettuali,

- assicura i rapporti con i MMG/PLS, in particolare, con i Referenti EAT e le UCAD, tramite i Direttori di Distretto, con i quali programma l'effettuazione di riunioni periodiche; con il SISP e con gli altri servizi aziendali;
- assicura la fornitura dei DPI – Dispositivi di Protezione Individuale, dei test rapidi, delle attrezzature e del materiale necessario a tutte le sedi USCA distrettuali;
- monitora l'attività delle USCA e raccoglie giornalmente ed elabora i report d'attività;

Ogni USCA è costituita da un team integrato composto da:

- almeno due medici USCA per turno;
- infermieri domiciliari dedicati all'ADI Covid-19 Sintomatici per l'effettuazione di accertamenti diagnostici (prelievo emato-chimico, ECG, tampone naso-faringeo, ecc.) e l'assistenza a domicilio;

- infermieri/OSS in sede che coadiuvino i medici USCA nella gestione del monitoraggio dei pz presi in carico;
- un assistente sociale part-time con compiti di affiancamento nella valutazione e nel monitoraggio sociale dei pazienti e dei loro familiari;
- personale amministrativo che coadiuvi i medici nelle pratiche amministrative di inserimento dati, richieste e stampa ID tamponi e altre prestazioni di tipo amministrativo.

Ogni USCA dispone di:

- sede adeguata costituita da almeno due locali attigui, uno adibito a studio medico e un altro come ufficio per attività amministrativa e di monitoraggio, dotati di postazioni informatiche (pc, tablet, stampanti, ...); le sedi sono, inoltre, dotate dei corretti sistemi di smaltimento dei rifiuti e soggette a sanificazione periodica e frequente degli ambienti di lavoro;
- un'auto di servizio dedicata e messa a disposizione di ulteriori auto in rapporto alle necessità;
- test rapidi per la ricerca dell'antigene su tampone naso-faringeo;
- concentratori di O2 ad alto flusso per la gestione delle emergenze;
- strumenti informatici (pc, tablet, smartphone) e di attrezzatura diagnostica (saturimetro, saturimetro pediatrico, termometro, fonendoscopio, sfigmomanometro, ecografo portatile ove disponibile farmaci ed ogni altro presidio medico necessario per gli interventi).

Le Aziende Sanitarie tramite i Direttori dei Distretti assicurano presso le sedi distrettuali l'assegnazione dei locali e la dotazione degli strumenti di cui sopra.

I Medici dell'USCA utilizzeranno nello svolgimento delle loro attività che prevedono un contatto diretto con il paziente i seguenti dispositivi di protezione individuale (DPI):

1. n. 1 mascherina di tipo FFP2/FFP3;
2. n. 1 camice monouso/grembiule monouso idrorepellente/tuta in tyvek;
3. n. 1 occhiale di protezione/occhiale a mascherina/visiera;
4. n. 2 paia di guanti;
5. n. 1 copricapo;
6. n. 1 paio di copricalzare.

Una mascherina chirurgica sarà fornita e fatta indossare al paziente.

L'ASL provvede, tramite la Struttura aziendale preposta, in relazione alle forniture richieste e pervenute, a fornire ogni USCA di un quantitativo di DPI sufficiente a svolgere l'attività.

Con il sistema informatizzato "Piattaforma Covid-19 della Regione Piemonte" sono gestite tutte le procedure di segnalazione, presa in carico, interventi, monitoraggio dei pazienti con infezione SARS-CoV-2 accertata o sospetta.

I medici dell'U.S.C.A., per lo svolgimento delle specifiche attività, sono dotati di ricettario del Servizio Sanitario Nazionale che dovrà essere utilizzato esclusivamente per la gestione, in acuto, dei pazienti da trattare.

#### **4. TIPOLOGIA DI INTERVENTI PER GESTIONE DEI PAZIENTI COVID A DOMICILIO**

A scopo esemplificativo, non esaustivo:

1. paziente positivo a Covid-19 asintomatico: nessun intervento, sorveglianza telefonica del MMG/PLS;
2. paziente positivo con sintomi respiratori lievi (febbre >37,5° C, tosse, e sintomi da raffreddamento, senza dispnea): contatto telefonico quotidiano del MMG/PLS e valutazione caso per caso in relazione ad età del paziente e comorbidità note;
3. paziente positivo con sintomi respiratori lievi ma con età > 70 anni e/o comorbidità o rischio di aumentata mortalità (febbre >37,5° C, tosse lieve o moderata o incremento progressivo di tosse): attivazione USCA;

4. paziente positivo che non necessita di ricovero o paziente dimesso con patologia Covid-19 diagnosticata e con sintomi respiratori lievi ma con età > 70 anni e/o comorbidità o rischio di aumentata mortalità (febbre >37,5°C, tosse lieve o moderata o incremento progressivo di tosse): attivazione USCA;
5. paziente con sintomi respiratori anche modesti ma con febbre che perdura da oltre 3 giorni o presenza di dispnea anche senza una positività: attivazione USCA;
6. paziente con sintomi severi (ARDS o insufficienza respiratoria globale, scompenso emodinamico, insufficienza multiorgano): attivazione 118.
7. Paziente Covid-19 sospetto o confermato per il quale vengono attivate le Cure Palliative Domiciliari

Il medico USCA potrà, prima di effettuare l'intervento, contattare il paziente da visitare per verificare le condizioni di salute e programmare l'intervento; spetterà al medico USCA decidere, in base alle richieste ricevute e a quelle eventualmente rimaste inevase nei giorni precedenti quali priorità assegnare all'attività.

## **5. COMPITI DEL MEDICO U.S.C.A.**

---

Il medico dell'USCA interviene, effettuando visite domiciliari e presso strutture socio-sanitarie su richiesta del medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta, dal medico di continuità assistenziale, per:

- pazienti con infezione accertata da SARS-CoV-2 in isolamento domiciliare, che non necessitano di ricovero ospedaliero ma di assistenza a domicilio;
- pazienti con infezione accertata da SARS-CoV-2 dimessi dall'Ospedale a domicilio o in strutture socio-sanitarie e che necessitano di assistenza domiciliare o residenziale;
- pazienti che configurano "casi sospetti" di infezione da SARS-CoV-2 anche in attesa di esecuzione di tampone diagnostico e che necessitano di assistenza a domicilio.

Il medico attivo in ogni USCA ha il compito di:

- recepire le segnalazioni telefoniche da parte dei MMG, dei PLS, dei MCA, relativamente ai casi da visitare a domicilio;
- condividere con il medico richiedente le modalità di presa in carico, dopo aver analizzato e verificato la presenza dei previsti criteri clinici e anamnestici;
- assumere dal medico richiedente la formalizzazione dell'incarico mediante segnalazione sul portale informatizzato Covid-USCA ad attivare la presa in carico del paziente;
- effettuare la visita a domicilio; previo contatto telefonico con il paziente da visitare per verificarne le condizioni di salute e programmare l'intervento;
- collaborare con le Cure Domiciliari del Distretto di competenza;
- rendicontare sul sistema informatizzato le attività svolte, le visite effettuate, anche attraverso la raccolta di questionari utili a profilare la tipologia dei casi sottoposti a visita domiciliare.

Il medico USCA in relazione al quadro clinico evidenziato, potrà disporre permanenza al domicilio con supporto terapeutico o ricovero in caso di necessità di ulteriore approfondimento diagnostico o di condizioni cliniche critiche con attivazione del 118 e comunicazione al medico curante.

In situazioni particolari ove non sia possibile l'attivazione da parte del MMG/MCA/PLS l'intervento USCA può essere attivato direttamente dal Distretto.

In tale ambito sono progressivamente attivati gli strumenti della telemedicina, secondo gli specifici atti della Regione Piemonte.

## **COMPITI DEL DELL'ASSISTENTE SOCIALE U.S.C.A.**

---

L'assistente sociale dell'USCA interviene affiancando il medico nei suoi compiti e svolgendo le seguenti specifiche attività:

- valutazione sociale del caso segnalato dal MMG/PLS al medico USCA;
- primo colloquio con persone sottoposte a isolamento fiduciario in attesa dell'esito tampone (considerando che le tempistiche per avere gli esiti si sono allungate di oltre 72 ore);
- supporto dei nuclei famigliari nella gestione del corretto isolamento;
- presa in carico dei nuclei con pazienti positivi fino alla negativizzazione;
- attivazione servizi di supporto (consegna farmaci tramite vari enti, raccordo con i servizi sociali)
- ascolto, sostegno emotivo, chiarificazioni di eventuali dubbi/perplexità espressi dalle persone su specifiche situazioni (rinnovo permessi di soggiorno, rientro al lavoro, evoluzione della situazione, informazioni sulle normative/procedure in evoluzione);
- visite domiciliari ove necessarie (in particolare quando si ravvisano situazioni con esigenze a carattere sociale; persone sole, soggetti fragili, nuclei multiproblematici o situazioni che necessitano di approfondimento valutativo);
- sostegno per pratiche di scelta/revoca MMG/PLS;
- interventi/relazioni sul portale;
- supporto ai medici e agli infermieri nelle procedure previste;
- supporto organizzativo al drive e hot spot scolastico;
- attivazione ADI COVID con MMG (paziente dimesso con conseguente rientro a domicilio con necessità di supporto assistenziale ed eventuale attivazione della rete territoriale);
- inserimento in struttura protetta di persone autosufficienti e non autosufficienti;
- pianificazione e organizzazione trasferimenti dei pazienti in abitazioni diverse dalla propria;
- costruzione/implementazione della rete territoriale con Protezione Civile, Sindaci, Enti Gestori, Terzo Settore;
- monitoraggio del paziente ricoverato e confronto con la rete ospedaliera;
- coordinamento con SAD e ADI;
- coordinamento con SISP;
- collaborazione/supporto in caso di criticità all'interno di RP, RSA, comunità e strutture varie.

## **6. PRESA IN CARICO: INTERAZIONE MMG/PLS/USCA/CURE DOMICILIARI/FARMACIA**

---

**Il processo di presa in carico del paziente è definito con le seguenti modalità:**

1. il MMG/PLS/MCA in caso di sospetto Covid, sulla base dei sintomi riferiti e riscontrati, valuta per primo il paziente e segnala il caso sulla Piattaforma Covid-19, disponendo l'isolamento fiduciario temporaneo fino ad esito tampone
2. negli orari di continuità assistenziale, il MCA dispone l'isolamento fiduciario su sulla Piattaforma Covid-19 e al termine del servizio provvede ad informare il MMG/PLS del paziente;

### **Paziente paucisintomatico deambulabile**

1. nel caso in cui le condizioni cliniche del paziente possano consentire un accesso autonomo dello stesso presso il drive-through il medico concorda con il paziente l'effettuazione del tampone presso tale sede, nonché l'eventuale effettuazione della visita e degli accertamenti a livello ambulatoriale, ove possibile.
  - il MMG/PLS effettua, quindi, l'identificazione dei contatti stretti concentrandosi prioritariamente sull'esposizione di conviventi ed eventuali familiari. Informano il SIPS di riferimento per l'eventuale allargamento ad altri contatti ai fini del contenimento della diffusione del virus in ambiente lavorativo, scolastico, ecc. Nelle attività di rintraccio dei contatti applica la definizione di contatto stretto relativamente alle 48 ore precedenti l'insorgenza dei sintomi o alle 48 ore antecedenti la data di esecuzione del test nel caso di positivo asintomatico (Circolare prot. n. 7922 e del 9 marzo 2020 e ss.mm. ii.; Circolare prot. n. 9774 del 20 marzo 2020 e ss. mm. ii.); i PLS in particolare tracciano i contatti stretti conviventi;
  - dispone preventivamente l'isolamento fiduciario per 14 giorni sulla Piattaforma Covid-19 della Regione Piemonte; se richiesto, provvedono a rilasciare copia del provvedimento indicando i termini di inizio e fine dell'isolamento o della quarantena;
  - in caso di necessità ai fini INPS, sulla base del provvedimento contumacialeso rilasciano le certificazioni previste per legge per l'assenza dal lavoro.
3. il MMG/PLS, anche in collaborazione l'assistente sociale USCA:
  - a. approfondisce/verifica le condizioni abitative per permettere un isolamento efficace del caso dal resto del nucleo familiare e di eventuali conviventi, presenza di persone in condizioni di fragilità per i quali deve essere valutata la possibilità di un trasferimento in una abitazione più idonea (eventuale seconda casa, albergo, ecc.);
  - b. raccomanda la messa in atto delle misure di prevenzione;
  - c. attua direttamente il monitoraggio del decorso clinico anche a distanza con utilizzo di telefono, sms, whatsapp, servizi web-based, ecc. e con l'eventuale uso di dispositivi consegnati direttamente tramite l'assistenza domiciliare per rilevare saturazione, pressione arteriosa, temperatura corporea, frequenza respiratoria e altri parametri;
  - d. segnala al SISP le mutate condizioni cliniche per la chiusura dell'isolamento
  - e. attiva eventualmente USCA in caso di insorgenza di necessità' di accesso domiciliare

### **Paziente con necessità di monitoraggio domiciliare**

1. Il MMG/MCA/PLS segnala in piattaforma il paziente per la presa in carico da parte del medico USCA;
2. i colleghi medici condividono per telefono l'effettiva necessità di procedere a seguito di analisi e verifica dei previsti criteri clinici e anamnestici e definiscono insieme, anche avvalendosi della valutazione della scheda MEWS, i provvedimenti diagnostici e terapeutici da effettuare (in allegato: consigli sulla scelta di strategia gestionale);
3. nel caso in cui il piano di cura preveda l'effettuazione di accertamenti diagnostici (prelievo emato-chimici, ECG, tampone naso-faringeo, ecc.) il medico USCA concorda con Medico e Cure Domiciliari la programmazione nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 24/48 ore, degli interventi in base alle necessità assistenziali; le Cure Domiciliari provvedono,

inoltre, a fornire i materiali e gli strumenti necessari (provette, ECG portatile, tamponi, ecc.) per effettuare gli accertamenti diagnostici;

4. il medico USCA prima di effettuare la visita contatta telefonicamente il paziente da visitare per verificarne le condizioni di salute e programmare l'intervento a domicilio congiunto medico-infermiere, se previsto;
5. nel caso in cui le condizioni cliniche del paziente possano consentire un accesso autonomo dello stesso medico può concordare con il paziente l'effettuazione della visita e degli accertamenti a livello ambulatoriale, ove possibile.
6. il MMG, dopo la conferma della positività, comunica l'esito all'assistito attivando, se il paziente è sintomatico, l'ADI-COVID Sintomatici, compilando l'apposita scheda sulla Piattaforma Covid-19 della Regione Piemonte e sul gestionale comunemente in uso per la rendicontazione aziendale delle ADI come previsto dall'AIR COVID;
7. il MMG/PLS effettua, quindi, l'identificazione dei contatti stretti e dispone preventivamente l'isolamento fiduciario per 14 giorni sulla Piattaforma Covid-19 della Regione Piemonte;
8. il MMG/PLS, in collaborazione con il medico USCA o l'assistente sociale USCA ove presente:
  - a. approfondisce/verifica le condizioni abitative per permettere un isolamento efficace del caso dal resto del nucleo familiare e di eventuali conviventi, presenza di persone in condizioni di fragilità per i quali deve essere valutata la possibilità di un trasferimento in una abitazione più idonea (eventuale seconda casa, albergo, ecc.);
  - b. raccomanda la messa in atto delle misure di prevenzione;
  - c. attua il monitoraggio del decorso clinico anche a distanza con utilizzo di telefono, sms, whatsapp, servizi web-based, ecc. e con l'eventuale uso di dispositivi consegnati direttamente tramite l'assistenza domiciliare per rilevare saturazione, pressione arteriosa, temperatura corporea, frequenza respiratoria e altri parametri;
  - d. segnala al SISP le mutate condizioni cliniche per la chiusura dell'isolamento
9. in caso di aggravamento o di rivalutazione delle condizioni cliniche il MMG/PLS contatta telefonicamente il medico USCA, condivide con lo stesso i provvedimenti da intraprendere, programmando una nuova visita domiciliare/ambulatoriale del medico USCA; in caso di urgenza attiva i medici di emergenza sanitaria territoriale;
10. il medico USCA dopo ogni prestazione effettuata (visita, accertamenti diagnostici, provvedimenti terapeutici, ecc.) registra tale attività sul portale informatico; a seguito di registrazione il portale provvede automaticamente tramite notifica ad informare il MMG/PLS dell'effettuazione dell'intervento;
11. nel caso in cui il paziente sia ospite di una struttura socio-sanitaria (RSA, RA, RAF) il medico USCA, in accordo con il MMG concorda con il personale sanitario della struttura l'effettuazione della visita e degli accertamenti diagnostici;
12. il paziente guarito, ricoverato, deceduto è dimesso dalle cure domiciliari con chiusura della cartella ADI-COVID da parte del MMG/PLS e dalla Scheda Covid USCA dal medico USCA.
13. I provvedimenti di revoca dell'isolamento sono disposti dal SISP.

### **Richiesta tamponi**

Per la richiesta dei tamponi si rimanda alla nota prot. 2020/0183254 del 06.11.2020, avente per oggetto: "Note esplicative sui percorsi per assistiti sintomatici. asintomatici COVID 19".

I MMG e PLS accedono alla piattaforma COVID e attivano sia i tamponi molecolari sia i tamponi rapidi.

### **Il processo di fornitura dei farmaci al paziente è definito con le seguenti modalità:**

1. i farmaci sono prescritti nel piano di cura dal MMG/PLS con indicazione sulla Cartella ADI e dal medico USCA con indicazione sulla scheda informatizzata, sulle quali dovrà essere anche registrata l'acquisizione del consenso informato del paziente (qualora la terapia lo richieda);
2. la S.C. Farmacia, provvede ad approvvigionare attraverso la consueta richiesta informatizzata le Cure Domiciliari del Distretto dei farmaci necessari, attribuendoli ai Centri di costo indicati

sulla richiesta. L'attività di erogazione dei farmaci ai singoli pazienti sarà oggetto di rendicontazione sul Flusso F.

3. le Cure Domiciliari sulla base del piano di cura prescritto provvedono a consegnare al paziente i farmaci direttamente tramite il medico USCA nel corso della visita domiciliare o indirettamente tramite altre modalità procedurali;
4. una piccola scorta di farmaci sarà messa a disposizione dell'USCA per far fronte a necessità nei giorni pre-festivi e festivi. L'utilizzo per i pazienti di tale scorta dovrà, anch'essa, essere oggetto di valorizzazione sul flusso F come indicato al precedente punto 2;
5. il medico USCA e i MMG/PLS sono dotati di strumenti per la prescrizione a carico del SSN (ricettari e/o ricetta dematerializzata) con i quali possono prescrivere i farmaci da ritirare presso le farmacie aperte al pubblico sia in convenzionata che in DPC (distribuzione per conto);

### **Il percorso di presa in carico del paziente candidabile al trattamento con anticorpi monoclonali**

1. Il trattamento con anticorpi monoclonali è rivolto ai **soggetti di età  $\geq 12$  anni, peso  $\geq 40$  Kg positivi per SARS-CoV-2, non ospedalizzati, non in ossigenoterapia per COVID-19, con sintomi di grado lieve-moderato di recente insorgenza** (preferibilmente nei primi 5 giorni dall'esordio e, comunque, non oltre 10 giorni) con almeno uno dei seguenti sintomi: febbre, tosse, anosmia, ageusia/disgeusia, faringodinia, astenia, cefalea, sintomi gastrointestinali, mialgie, dispnea, tachipnea.

**e in presenza di almeno uno dei fattori di rischio (o almeno 2 se uno di essi è l'età  $\geq 65$ anni) elencati nella seguente tabella:**

- BMI  $> 35$
- soggetti cronicamente sottoposti a dialisi peritoneale o emodialisi
- diabete mellito non controllato ( $HbA1c \geq 9.0\%$  75 mmol/mol) o con complicanze croniche
- immunodeficienze primitive
- immunodeficienze secondarie con particolare riguardo ai pazienti onco-ematologici in trattamento con farmaci mielo/immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure
- $\geq 65$  anni (in questo caso deve essere presente almeno un ulteriore fattore di rischio)
- $\geq 55$  anni con
  - malattia cardio-cerebrovascolare (inclusa ipertensione con concomitante danno d'organo)
  - BPCO e/o altre malattie respiratorie croniche (soggetti affetti da fibrosi polmonare o che necessitano di O<sub>2</sub>-terapia per ragioni differenti da SARS-CoV-2)
- 12-17 anni con:
  - BMI 85esimo percentile per età e genere;
  - anemia falciforme;
  - malattie cardiache congenite o acquisite;
  - malattia del neurosviluppo;
  - dipendenza da dispositivo tecnologico (p.es. soggetti con tracheotomia, gastrostomia, etc);
  - asma, o altre malattie respiratorie che richiedono medicazioni giornaliere per il loro controllo.

2. **L'individuazione dei pazienti sintomatici positivi per SARS-CoV-2 candidabili alla terapia con anticorpi monoclonali è compito del Medico di Medicina Generale (MMG) o del**

## **Pediatra di Libera scelta (PLS) e del Medico delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale;**

3. Il MMG/PLS segnala in piattaforma il paziente per la presa in carico da parte del medico USCA;
4. i colleghi **medici condividono per telefono l'effettiva necessità di procedere a seguito di analisi e verifica dei previsti criteri clinici ed anamnestici;**
5. il medico USCA nel più breve tempo possibile contatta telefonicamente il paziente per verificarne le condizioni di salute, lo informa del possibile trattamento e programma entro 12-24 ore l'intervento a domicilio per effettuare visita ed accertamenti diagnostici (in particolare, tampone naso-faringeo molecolare o, se disponibile, test antigenico rapido di III generazione);
6. il Medico USCA, dopo conferma di positività a SARS-CoV-2, comunica l'esito al Medico curante e compila con il suo contributo la scheda di arruolamento (ALLEGATO H);
7. il Medico USCA contatta immediatamente al numero di telefono dedicato il Medico Specialista Infettivologo del Centro Specialistico aziendale di riferimento ed invia contemporaneamente la scheda di arruolamento mediante e-mail all'indirizzo istituzionale del Centro per la valutazione delle condizioni di eleggibilità;
8. lo Specialista M.I., valutate le condizioni cliniche del paziente e verificata la sussistenza dei presupposti per l'eleggibilità, in relazione alla disponibilità del farmaco, definisce, secondo un ordine di priorità basato sulla co-presenza di fattori di rischio, la modalità di presa in carico del paziente da parte del Centro e conferma al Medico USCA il reclutamento;
9. il medico USCA, ottenuta la conferma ed informato il MMG/PLS, contatta il paziente e lo invita telefonicamente all'appuntamento con le indicazioni per raggiungere il Centro Specialistico nel rispetto delle condizioni di sicurezza; inoltre, invia tramite e-mail l'elenco dei pazienti prenotati alla Centrale USCA che provvede ad informare il SISP / la Prefettura / il Sindaco della necessità per comprovate esigenze sanitarie del trasferimento del paziente casa/presidio sanitario/casa specificando giorno ed orario;
10. la somministrazione della terapia con anticorpi monoclonali è effettuata in ambiente ospedaliero e, alla luce dei dati clinici oggi disponibili, dovrebbe avvenire entro 5 giorni dalla comparsa dei sintomi [Chen,NEJM 2021], e comunque entro un massimo di 10 giorni;
11. lo specialista, prima di procedere alla somministrazione del farmaco, è tenuto ad acquisire il consenso informato e a compilare il Registro AIFA, secondo le indicazioni fornite dalla stessa Agenzia.

### **Somministrazione, logistica e stoccaggio**

L'approvvigionamento e la logistica del farmaco saranno gestite dal Ministero della Salute; le sedi nella Regione Piemonte dedicate allo stoccaggio dei farmaci sono i 4 HUB indicati di seguito:

- Ospedale Amedeo di Savoia - Corso Svizzera, 164- 10149 Torino
- Ospedale SS. Croce e Carle di Cuneo - Via Antonio Carle, 5 Confreria Cuneo
- Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo - Via S.Pio V, 44 Alessandria
- Azienda Ospedaliera -Universitaria Maggiore della Carità di Novara - Corso Mazzini 18, 28100, Novara (c/o farmacia)

Inoltre per la somministrazione sono state identificate le Aziende aventi il reparto Malattie Infettive ovvero:

- CITTÀ DELLA SALUTE
- ASL ASTI
- ASL BIELLA
- ASL VCO
- ASL VERCELLI

Le ASL identificate per la prescrizione e la somministrazione degli anticorpi monoclonali COVID-19 per i pazienti individuati dovranno fare richiesta della terapia agli HUB di riferimento territorialmente presenti individuati per lo stoccaggio.

## Il processo di fornitura di ossigeno:

La scelta tra ossigeno gassoso o liquido viene fatta, tanto in RSA che al domicilio, dal prescrittore in base al flusso necessario: litri/ minuto e ore giornaliere.

Le farmacie convenzionate erogano solo il gassoso su prescrizione SSN del MMG, del medico USCA o dello Specialista.

I Servizi di Farmacia Territoriale delle ASL erogano sia il gassoso che il liquido attraverso la ditta aggiudicataria del servizio.

Solo per il periodo emergenziale il piano terapeutico, oltre che dallo specialista, potrà essere redatto dal MMG, dal medico USCA, in collaborazione con il MMG, o dal medico di Distretto.

Il piano dovrà riportare dati anagrafici del paziente, recapito telefonico, luogo di consegna, diagnosi e flusso in litri minuto e numero di ore die (modello allegato).

La durata del piano è di un mese rinnovabile.

Sul modulo prescrittivo deve essere annotata l'urgenza, in tal caso la consegna da parte della Ditta avviene nel più breve tempo possibile, come da disposizioni di capitolato di gara per le urgenze (entro 6 ore).

Le USCA sono dotate di concentratori di O<sub>2</sub> ad alto flusso per la gestione delle emergenze in attesa della consegna da parte dell'azienda ma anche per valutare l'efficacia della somministrazione nei casi dubbi sulla base dei dati di saturazione.

## L'ambulatorio Covid-19 USCA

Al fine di ridurre il rischio di ritardi associati o causati da una difficoltà di programmazione degli accessi domiciliari, consentire il controllo dei pazienti a cadenza regolare ed **offrire un pacchetto di prestazioni per una diagnosi e una stadiazione più appropriata della malattia** possono essere attivati "AMBULATORI COVID-USCA" ospedalieri/distrettuali nei quali può essere effettuata da medici USCA ed infermieri attività diagnostica consistente nell'effettuazione di accertamenti per pazienti con diagnosi accertata o sospetta di infezione da SARS-CoV-2 presi in carico dall'USCA.

Ciò offre a chi vi affersce la possibilità di effettuare gli accertamenti previsti per la diagnosi della patologia altrimenti non eseguibili o difficilmente eseguibili al domicilio, **ottimizzando le risorse professionali e materiali disponibili**, in modo da permettere di affrontare adeguatamente e senza ritardi la situazione di emergenza causata dalla pandemia in corso.

Le prestazioni ambulatoriali sono riconducibili a:

- **visita medica;**
- **prelievo di sangue:** VES, emocromo, PCR, creatinina, procalcitonina, CPK, LDH, AST, ALT, GGT, ferritina, PT, PTT, D-dimero, glicemia;
- consegna e ritiro urine per esame completo;
- **monitoraggio saturazione** ed eventuale **EGA** - emogasanalisi;
- **EKG;**
- **ETG torace** (ove disponibile);
- tamponi naso-faringei per test molecolari e antigenici;
- attivazione **percorso** preferenziale con invio diretto in Radiologia per eseguire **RX torace/TAC torace.**

L'accesso all'ambulatorio è modulato dal Medico USCA per i pazienti in carico segnalati dal MMG/PLS/MCA e in accordo con lo stesso.

Il MMG/PLS/USCA verifica la possibilità che il pz. possa accedere autonomamente all'ambulatorio per eseguire gli accertamenti ed informa il collega (MMG/PLS>USCA o USCA>MMG/PLS);

Il medico USCA sulla base dell'agenda giornaliera contatta il paziente e lo invita telefonicamente all'appuntamento con le indicazioni per raggiungere l'ambulatorio nel rispetto delle condizioni di sicurezza; inoltre, invia tramite e-mail l'elenco dei pazienti prenotati alla Centrale USCA che provvede ad informare il SISP / la Prefettura / il Sindaco della necessità per comprovate esigenze sanitarie del trasferimento del paziente casa/presidio sanitario/casa specificando giorno ed orario.

In ambulatorio il medico USCA è coadiuvato da un infermiere per l'effettuazione degli accertamenti diagnostici (prelievo venoso/arterioso, invio del campione biologico al laboratorio di riferimento, ECG e altri atti di competenza).

Dopo l'inquadramento diagnostico del paziente, se questi risulta stabile o comunque a basso rischio di evoluzione clinica rapida, pur sintomatico, in accordo con il medico di assistenza primaria (da consultare telefonicamente):

- viene avviata la terapia iniziale o rimodulata la terapia se già in atto;
- vengono consegnati i farmaci per il primo ciclo terapeutico.

### **Il supporto psicologico**

Considerando che una parte della popolazione positiva al Covid-19 vive in una condizione di isolamento all'interno delle proprie mura domestiche, è presumibile che molte persone vivano sentimenti di ansia se non di angoscia, di incertezza e confusione, oltre al timore di essere veicolo di contagio.

Di fronte a questa condizione di sofferenza pervasiva è opportuno promuovere una rete di sostegno e di assistenza psicologica mediante la figura dello Psicologo in collaborazione con le Unità Speciali di Continuità Assistenziali (USCA) che opererà in stretto contatto con gli operatori sanitari e socio-assistenziali, prima antenna di rilevamento del bisogno di una presa in carico psicologica del paziente e/o del nucleo familiare.

Il supporto psicologico, svolto in modalità remoto, utilizzando le postazioni di telemedicina attivate in sede distrettuale, sarà costituito esclusivamente da colloqui in videochiamata con il paziente e/o con il nucleo familiare.

Di seguito si riepilogano alcune conoscenze e/o informazioni di base in merito all'intervento dello psicologo in ambito emergenziale su due livelli di intervento con obiettivi differenti:

• **Un primo livello** che si declina in un contatto telefonico finalizzato a:

- a) comprendere al meglio la domanda espressa
- b) mitigare livello di stress
- c) ridurre l'eventuale impatto emotivo
- d) valorizzare le risorse individuali, familiari e comunitarie se presenti e utilizzabili
- e) effettuare eventuale analisi dei bisogni psicologici per valutare l'intervento più appropriato ed efficace,
- f) riconoscimento e valorizzazione delle risorse individuali e collettive

• **Un secondo livello** di intervento più strutturato volto primariamente a ristabilire il funzionamento precedente senza voler risolvere compromissioni precedenti all'emergenza.

L'attivazione dell'intervento è conseguenziale alla compilazione del modulo segnalazione per intervento psicologico (all. 1)

In accordo con le raccomandazioni emanate dal CNOP si definisce che gli Psicologi all'interno delle USCA siano in numero non superiore a uno psicologo per due unità USCA e per un monte ore settimanale massimo di ventiquattro ore.

## **7. INTEGRAZIONE TERRITORIO E OSPEDALE**

---

### **Pronto soccorso DEA:**

In caso di invio in PS/DEA comunicazione preventiva da parte del MMG/PLS/MCA/medico USCA attraverso un numero di telefono dedicato per garantire la risposta.

In PS/DEA, valutazione clinico-strumentale; in base al quadro di presentazione, se condizioni stabili, inizio del trattamento e dimissioni del paziente in isolamento fiduciario con comunicazione preventiva da parte del DEA al MMG/PLS/MCA/medico USCA e consegna della terapia per 3 giorni successivi alla dimissione.

### **Radiologie**

Attivazione di spazi delle Radiologie per la gestione dei pz Covid-19 con realizzazione di una corsia preferenziale per esecuzione di ETG Torace e/o RX torace ed eventuale TC torace come esame di seconda istanza.

### **Consulenze specialistiche**

Specialisti ambulatoriali interni (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ORL, dermatologo, ...):

- attivazione di orari e numeri telefonici dedicati per fornire ai medici USCA/MMG/PLS consulenze specialistiche nella gestione dei casi;
- visite specialistiche a domicilio o con modalità di tele visita.

### **Malattie infettive, pneumologia e medicina interna**

Attivazione di orari e numeri telefonici dedicati per fornire ai medici USCA/MMG/PLS consulenze specialistiche nella gestione dei casi con modalità di teleconsulto;

## **8. IMPLEMENTAZIONE DEL PROTOCOLLO E VERIFICA DELL'APPLICAZIONE**

---

La implementazione del presente protocollo compete al Dipartimento Interaziendale Emergenze Infettive e Unità di Crisi COVID 19, Aziende Sanitarie (Direzioni Sanitarie e Direzioni dei Distretti), USCA, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta.

Tra le diverse modalità sono da considerare le seguenti:

- diffusione del documento;
- informazione formazione, anche con incontri formativi interattivi;
- reminders (manuale o computerizzato);
- audit e feedback;
- interventi multipli;
- ecc.

La verifica dell'applicazione del presente protocollo compete al Dipartimento Interaziendale Emergenze Infettive e Unità di Crisi COVID 19, Aziende Sanitarie (Direzioni Sanitarie e Direzioni dei Distretti), USCA, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, con le periodiche attività di audit clinico-assistenziale, in cui sono definite le eventuali criticità e viene pianificato e quindi attuato il piano di miglioramento.

Le attività di verifica sono verbalizzate e tenute agli atti della direzione aziendale.

Gli indicatori sono illustrati da tabella Allegato "F".

La rilevazione viene alimentata in via prioritaria tramite piattaforma regionale ed altri data base regionali/aziendali.

## **ALLEGATI:**

**ALLEGATO “A” - DIAGRAMMA DI FLUSSO DELL’ATTIVAZIONE DELL’UNITÀ SPECIALE**

**ALLEGATO “B” - SCHEDA DI ARRUOLAMENTO E GESTIONE PAZIENTE COVID-19**

**ALLEGATO “C” - PROTOCOLLO DIRMEI “GESTIONE TERAPEUTICA DOMICILIARE DEL PAZIENTE CON COVID 19”**

**ALLEGATO “D” - RACCOMANDAZIONE PER LE PERSONE IN ISOLAMENTO DOMICILIARE E PER I FAMILIARI CHE LI ASSISTONO**

**ALLEGATO “E” - RICHIESTA DI ATTIVAZIONE PRATICA OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE**

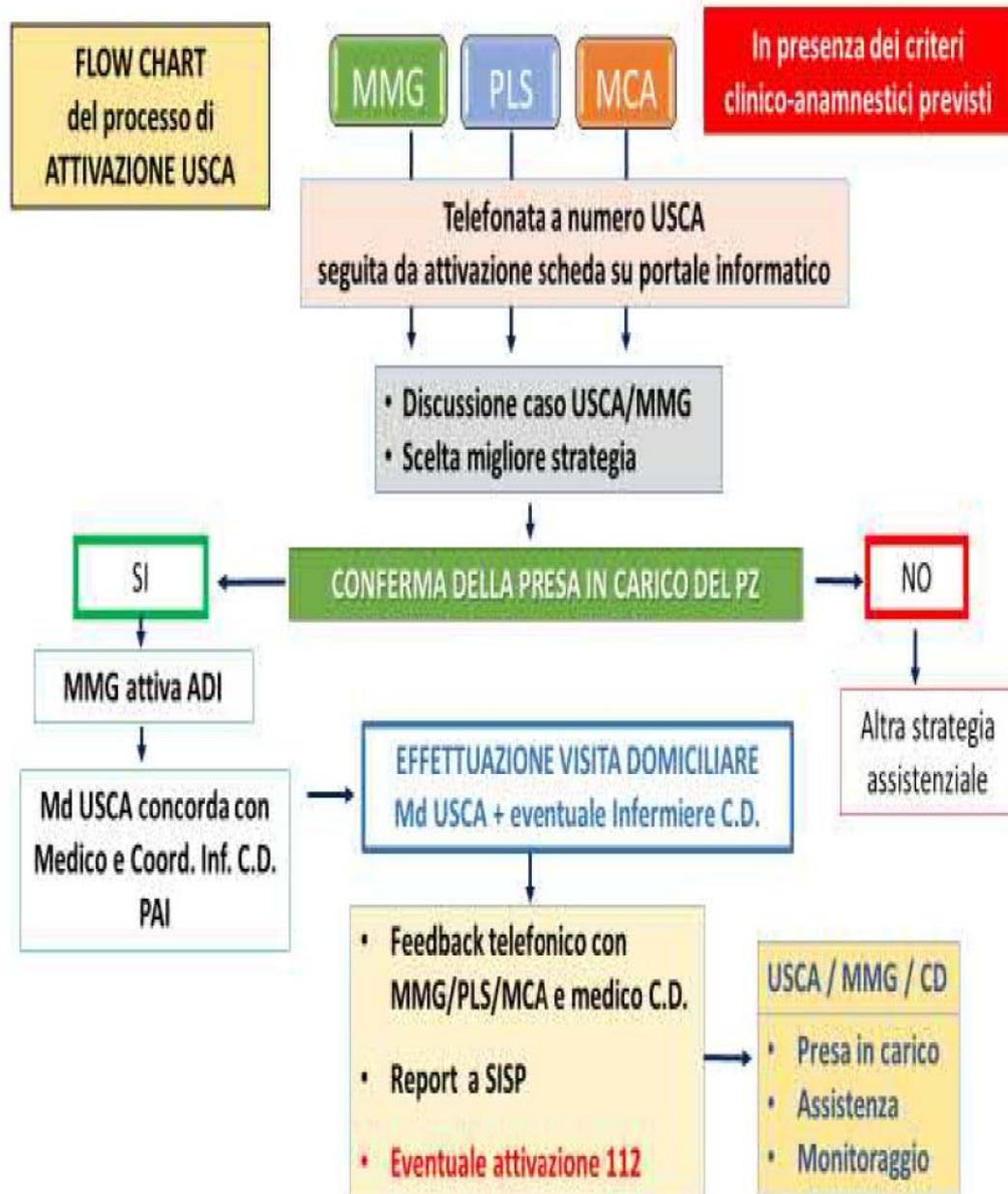
**ALLEGATO “F” – INDICATORI PER LA VERIFICA DELL’APPLICAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE COVID 19**

**ALLEGATO “G” – INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO INFORMATO HCQ**

**ALLEGATO “H” – SCHEDA DI ARRUOLAMENTO AL TRATTAMENTO CON ANTICORPI MONOCLONALI**

ALLEGATO "A"

DIAGRAMMA DI FLUSSO DELL'ATTIVAZIONE DELL'UNITA' SPECIALE



**ALLEGATO "B"****SCHEDA DI ARRUOLAMENTO E GESTIONE PAZIENTE COVID-19**

Eventuale utilizzo a supporto decisionale dello **Score di MEWS (Modified Early Warning Sign)** in grado di misurare il rischio di deterioramento delle condizioni del paziente:

**Parametri da valutare:**

- Pressione arteriosa (in particolare PA sistolica)
- Frequenza cardiaca
- Temperatura corporea
- Frequenza respiratoria
- Stato di coscienza
- Saturimetria (ove possibile altrimenti test del cammino)

Con i parametri vitali calcolare il **MEWS** e vedere il punteggio:

**Modified Early Warning Score**

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Età								
.....	.....	.....	.....	.....								
					3	2	1	0	1	2	3	Valore
Frequenza Respiratoria		< 9		9 - 14	15 - 20	21 - 29	> 30					.....
Frequenza Cardiaca		< 40	41 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 129	> 130					.....
Pressione Arteriosa Sistolica	< 70	71 - 80	81 - 100	101 - 199		> 200						.....
Livello di Coscienza				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde					.....
Temperatura corporea (°C)		< 35		35 - 38,4		> 38,5						.....
Comorbidity											Totale .....	

- 0 – 2 paziente stabile
- 3 – 4 paziente instabile
- ≥ 5 paziente critico

## **SCELTA DELLA STRATEGIA GESTIONALE**

Se si considera il paziente ad **ALTO RISCHIO CLINICO** sulla base di:

---

- GIUDIZIO CLINICO COMPLESSIVO e/o
- MEWS  $\geq 3$
- e/o
- SATURAZIONE O<sub>2</sub>  $\leq 92$  mmHg ( $\leq 88$  se BPCO)

→ ALLERTARE 112/118

Se si considera il paziente a **INTERMEDIO /BASSO RISCHIO CLINICO**

---

ARRUOLAMENTO IN USCA / GESTIONE DIRETTA IN ADI COVID DA PARTE MMG

### **PROVVEDIMENTI DIAGNOSTICI CONSIGLIATI**

SCREENING PER COMORBIDITÀ E TERAPIE IN ATTO (Patologie: cardiovascolari, BPCO, diabete, obesità, insufficienza renale, neoplasie attive, terapie con immunomodulanti e immunosoppressori, deficit G6PD)

#### **PRIMA VISITA A DOMICILIO**

- ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO
- rilevamento parametri vitali: T, PA, FC, FR, SaO<sub>2</sub>,
- saturimetria e test del cammino\*
- esecuzione tampone rino-faringeo per SARS-CoV-2 con test rapido

e in base al piano di cura concordato con MMG/PLS:

- prelievo venoso per: emocromo, LDH, PCR e D-Dimero, funzione renale ed epatica, indici di flogosi;
- ECG
- ecografia toracica (se disponibili tecnologia e competenze)
- attivazione percorso preferenziale per eseguire RX torace ed eventuale TAC polmonare

#### **\* Test del cammino**

INDICAZIONI: pazienti con COVID-19 sospetto o accertato e con saO<sub>2</sub> > 94-95% a riposo in aa

EFFETTUAZIONE: deambulazione a passo veloce per 20-50 m, o per 2-3', oppure ascesa di una rampa di scale

INTERPRETAZIONE - CRITERI TEST POSITIVO: diminuzione della saO<sub>2</sub> al di sotto del 92%, oppure diminuzione della saO<sub>2</sub> di almeno 5 punti percentuali

Il test punta ad evidenziare la riduzione della riserva respiratoria, in pazienti che hanno una saO<sub>2</sub> normale a riposo e che a volte non accusano dispnea malgrado la desaturazione durante sforzi modesti > con test positivo è opportuno considerare l'osservazione stretta del paziente, eventualmente in ambito ospedaliero.

## **PROVVEDIMENTI TERAPEUTICI CONSIGLIATI**

**A)** Per i soggetti con **sintomatologia lieve** si rimanda al

PROTOCOLLO DIRMEI "GESTIONE TERAPEUTICA DOMICILIARE DEL PAZIENTE CON COVID 19" (ALLEGATO "E")

**B)** Se riscontro di positività o in presenza di dati anamnestici tipici, esami di laboratorio con profilo significativo per infezione da SARS-Cov-2 (>LDH, PCR, <GB con linfopenia, D-dimero aumentato), iniziare terapia con:

- **EPARINA BPM 4000-6000 unità una fiala/die** sia nei pazienti con fattori di rischio come pregressa TVP, trauma, immobilizzazione, sia in pazienti anche giovani senza miglioramento clinico dopo 6-7 giorni (valutare piastrine) o FONDAPARINUX (in base a dato di insufficienza renale)

Valutare sempre peso corporeo e funzionalità renale, terapie concomitanti e controindicazioni.

Terapia: per almeno 15 -20 giorni.

Valutare caso per caso (con eventuale test di flogosi), **MAI PRIMA DI 72H DALL'INIZIO DEI SINTOMI** in presenza di **dispnea, broncospasmo, distress respiratorio, tosse e febbre persistenti in pazienti che necessitano di una supplementazione di ossigeno:**

- **STEROIDI** indicati in presenza di dispnea, broncospasmo, distress respiratorio, tosse e febbre persistente nei pazienti che necessitano una supplementazione di ossigeno:

- **desametasone** 4-6 mg (64-96 gtt/die) fino a 10 giorni;

oppure

- **prednisone** con dosaggio variabile tra 25 a 50 mg/die di (fino a dosaggio 1mg/kg/die).

*Nei pazienti con broncospasmo utili steroidi inalatori (nota da procedure regionali del 6.4.2020): secondo alcuni studi è segnalato un miglioramento clinico in casi con infezione iniziale da COVID 19, con mometasone, budesonide talora in associazione con glicopirronio o formoterolo, in quanto potrebbero inibire la replicazione del coronavirus HCoV-229E (Yamaya et al. 2020).*

*Nota AIFA: L'uso di corticosteroidi a domicilio può essere considerato in quei pazienti il cui quadro clinico non migliora entro le 72 ore, se in presenza di un **peggioramento dei parametri pulsossimetrici che richieda l'ossigenoterapia.***

*L'uso dei corticosteroidi è raccomandato nei soggetti ospedalizzati con malattia COVID19 grave che necessitano di supplementazione di ossigeno, in presenza o meno di ventilazione meccanica (invasiva o non invasiva). Sulla base delle attuali conoscenze, nella popolazione suddetta l'uso dei corticosteroidi dovrebbe essere considerato uno standard di cura in quanto è l'unico trattamento che ha dimostrato un beneficio in termini di riduzione della mortalità. Per quanto riguarda la tipologia di corticosteroidi, sebbene le evidenze più robuste siano state ottenute con il desametasone, è ipotizzabile un effetto di classe.*

*(RECOVERY trial: nessun beneficio di sopravvivenza tra i pazienti che non richiedevano ossigeno supplementare al reclutamento)*

- **ANTIBIOTICI\***: la copertura va prescritta solo in caso in presenza di sovrapposizione batterica e va sempre valutata caso per caso. Non raccomandata di routine. Consigliati:

- AMOXICILLINA + ACIDO CLAVULANICO;

oppure

- CEFTRIAXONE;

oppure

- AZITROMICINA\*\*

*\* Le indicazioni sull'impiego di specifici antibiotici è solo orientativo e si riferisce genericamente alla terapia empirico/razionale delle infezioni respiratorie batteriche contratte in comunità. Sarà cura del singolo Medico di valutare le specifiche condizioni individuali e di intervenire in termini di terapia antibiotica come riterrà maggiormente utile.*

*\*\* L'impiego di Azitromicina, o di altro macrolide, è qui da intendersi esclusivamente riferito alle proprietà antibatteriche ed a nessun titolo come possibile agente terapeutico attivo contro l'infezione da SARS-CoV-2. Le sperimentazioni cliniche sull'uso di Azitromicina nei pazienti affetti da COVID-19 non hanno mostrato alcun beneficio del farmaco come antivirale.*

**- FANS:** se il paziente ha mialgia/artralgia o altri sintomi dolorosi, si consiglia di somministrare farmaci antinfiammatori non steroidei.

**- VITAMINA D\*** (la prescrizione nei singoli casi si configurerebbe come uso *off label*)

*\* Benchè la supplementazione vitaminica D sia già parte dell'opera medica, in particolare nelle fasce più spesso in carenza, la segnalazione in merito si giustifica per alcuni rilievi clinico-scientifici a proposito della carenza vitaminica D misurata nei pazienti affetti da COVID-19, specie se anziani, e nei quali veniva circostanzialmente valorizzata l'opportunità di correggerne i livelli attraverso la supplementazione.*

Per tutta la durata della presa in carico domiciliare deve essere effettuato il monitoraggio delle condizioni cliniche e della saturazione dell'ossigeno.

Con valori di saturazione di ossigeno (SpO2) inferiori al 94% (in assenza di BPCO e insufficienza respiratoria preesistenti), qualora venga esclusa la necessità di ospedalizzazione, potrà essere attivata, anche con eventuale supporto di valutazione specialistica, la fornitura di ossigenoterapia domiciliare.

Nel caso di aggravamento delle condizioni cliniche deve essere eseguita una rapida e puntuale rivalutazione generale per verificare la necessità di una ospedalizzazione.

Raccomandare al paziente di:

- areare, per quanto possibile, l'ambiente di vita per ridurre la re-inoculazione virale;
- mobilizzarsi / deambulare il più possibile per evitare la stasi polmonare;
- effettuare ciclo di pronazione diurna (se si sta a letto) o di dormire proni.

---

---

A seguito dell'Ordinanza del 11.12.2021 con cui il Consiglio di Stato sospende l'efficacia della nota del 22 luglio 2020 di AIFA con riferimento alla scheda dell'idrossiclorochina e consente la prescrizione, sotto precisa responsabilità e dietro stretto controllo del medico, dell'idrossiclorochina ai pazienti affetti da SARS-CoV-2 nella fase iniziale della malattia secondo quanto precisato in motivazione. Tale Ordinanza, nel rispetto dei vincoli specificati, ne permette quindi la somministrazione **nella fase iniziale della malattia. Il medico prescrittore potrà quindi in tal senso procedere, valutando caso per caso il rapporto rischio/beneficio, e** considerando in particolare:

- **le patologie associate:** si dovrà prestare particolare cautela nei pazienti con patologie cardiovascolari, (sindrome del QT lungo, aritmie maggiori), insufficienza epatica o renale, disturbi elettrolitici;
- **le associazioni farmacologiche:** in particolare l'associazione a farmaci che allungano il QT.;
- **l'anamnesi di favismo (deficit di G6PD)** o comunque elementi anamnestici sospetti per tale deficit congenito.

**Il Medico quindi, potrà prescrivere, sotto sua precisa responsabilità e dietro stretto suo controllo, all'interno di un progetto assistenziale domiciliare diagnostico e terapeutico:**

**- IDROSSICLOROCHINA:** 1° giorno 400 mg x 2/die, dal 2° giorno 200 mg x 2 /die

La durata del trattamento dovrà essere di 5 - 7 giorni, da stabilire secondo evoluzione clinica.

**NOTE:**

**1. AIFA non raccomanda l'utilizzo dell'idrossiclorochina; pertanto,**

**- la prescrizione nei singoli casi si configurerebbe come uso *off label*;**

**- la prescrizione è scelta del medico che è tenuto a informare il paziente sulle modalità di assunzione, sui possibili effetti collaterali ed è tenuto a acquisire un consenso informato (di cui si fornisce in allegato un modello);**

**2. si raccomanda un'attenta raccolta dati sulla piattaforma COVID-19 regionale, ai fini di redigere rendicontazioni istituzionali AIFA/Ministero della Salute ed eventuali pubblicazioni scientifiche.**

## ALLEGATO "C"

# PROTOCOLLO DIRMEI "GESTIONE TERAPEUTICA DOMICILIARE DEL PAZIENTE CON COVID 19"

## VEDI DOCUMENTO "GESTIONE TERAPEUTICA DOMICILIARE DEL PAZIENTE CON COVID 19 (Versione 2.0 del 21 ottobre 2020).



DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE  
FUNZIONALE A VALENZA REGIONALE  
"MALATTIE ED EMERGENZE INFETTIVE"  
Via Silvio Pellico 19  
10125 Torino  
Telefono: 011.5662888  
e-mail: dirmei@aslcittaditorino.it

Tabella riassuntiva della gestione terapeutica domiciliare/RSA del paziente con COVID-19

Tipologia di paziente	Presentazione clinica	Gestione	Terapia farmacologica	Note
Paziente asintomatico		- Nessun intervento, sorveglianza sanitaria e contatto con il MMG (telefonico o telemedicina) - Isolamento come da disposizione DISP	Nessuna	
Paziente con sintomi lievi in assenza di fattori di rischio: - età < 50 anni e assenza di comorbidità (ipertensione, patologia cardiovascolare, diabete, obesità, insufficienza renale cronica, immunodepressione, fumatore, tumore attivo, patologia polmonare)	- Febbre > 37,5° - tosse - sintomi da raffreddamento - eupnoico (SpO2 > 95%) - P.A. e F.C. normali - non alterazioni coscienza	- Monitoraggio clinico telefonico ogni 24h- 48h (telefonico o telemedicina) - Controllo temperatura corporea e atti respiratori 2 volte al dì - Segnalazione al DISP e isolamento del paziente come da indicazioni - Isolamento dei contatti asintomatici per 10 gg (con test antigenico o molecolare negativo) o 14 giorni (senza test) dall'ultimo contatto con il caso	- Paracetamolo sino a 1g x 3/die. - Idratazione e cura dell'alimentazione - Sedativi della tosse periferici (levodropropizina) e/o centrali (cloperastina, diltrocodeina ecc)	Se sono necessari FANS, usarli alla minima dose efficace
Paziente con sintomi lievi in presenza di fattori di rischio: - età > 50 anni e/o comorbidità (ipertensione, patologia cardiovascolare, diabete, obesità, insufficienza renale cronica, immunodepressione, fumatore, tumore attivo, patologia polmonare)	- Febbre > 37,5° - tosse - sintomi da raffreddamento - eupnoico (SpO2 > 95%) - P.A. e F.C. normali - non alterazioni coscienza	Come sopra + -Eventuale attivazione Unità Speciali di Continuità Assistenziale	Come sopra + Terapia antibiotica: - Si può considerare amox/clav 1 gr x 3, per 7 gg oppure ceftriaxone 2 gr/die per 7 gg +/- azitromicina 500 mg/die per 5 giorni  - Enoxaparina 4 -6.000 UI-die in profilassi per eventi trombo-embolici. Valutare utilizzo nei pazienti con fattori di rischio come pregressa TVP, trauma, immobilizzazione. -Non modificare la terapia antipertensiva in atto con ACE-inibitori o sartani - particolare attenzione all'aderenza alla terapia cronica, in particolare	La terapia antibiotica per sospetta sovrainfezione va valutata e scelta sulla base del quadro clinico. Non è raccomandata di routine.  se già in terapia anticoagulante non modificare. Prestare cautela nell'uso di farmaci antiaggreganti

## INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE DI SOGGETTO PEDIATRICO SOSPETTO DI COVID-19

Presenza di 2 dei seguenti sintomi per almeno 24 ore: Febbre superiore a 37,5 °C

- Tosse secca/grassa persistente o dispnea
- Faringodinia
- Diarrea, vomito o dolori gastrici
- Anosmia e/o Ageusia

## **ALLEGATO “D”**

### **RACCOMANDAZIONE PER LE PERSONE IN ISOLAMENTO DOMICILIARE E PER I FAMILIARI CHE LI ASSISTONO**

1. La persona con sospetta o accertata infezione COVID-19 deve stare lontana dagli altri familiari, se possibile, in una stanza singola ben ventilata e non deve ricevere visite. 2. Chi l'assiste deve essere in buona salute e non avere malattie che lo mettano a rischio se contagiato.
2. I membri della famiglia devono soggiornare in altre stanze o, se non è possibile, mantenere una distanza di almeno 1 metro dalla persona malata e dormire in un letto diverso.
3. Chi assiste il malato deve indossare una mascherina chirurgica accuratamente posizionata sul viso quando si trova nella stessa stanza. Se la maschera è bagnata o sporca per secrezioni è necessario sostituirla immediatamente e lavarsi le mani dopo averla rimossa.
4. Le mani vanno accuratamente lavate con acqua e sapone o con una soluzione idroalcolica dopo ogni contatto con il malato o con il suo ambiente circostante, prima e dopo aver preparato il cibo, prima di mangiare, dopo aver usato il bagno e ogni volta che le mani appaiono sporche.
5. Le mani vanno asciugate utilizzando asciugamani di carta usa e getta. Se ciò non è possibile, utilizzare asciugamani riservati e sostituirli quando sono bagnati.
6. Chi assiste il malato deve coprire la bocca e il naso quando tossisce o starnutisce utilizzando fazzoletti possibilmente monouso o il gomito piegato, quindi deve lavarsi le mani.
7. Se non si utilizzano fazzoletti monouso, lavare i fazzoletti in tessuto utilizzando sapone o normale detergente con acqua.
8. Evitare il contatto diretto con i fluidi corporei, in particolare le secrezioni orali o respiratorie, feci e urine utilizzando guanti monouso.
9. Utilizzare contenitori con apertura a pedale dotati di doppio sacchetto, posizionati all'interno della stanza del malato, per gettare guanti, fazzoletti, maschere e altri rifiuti.
10. Nel caso di isolamento domiciliare va sospesa la raccolta differenziata per evitare l'accumulo di materiali potenzialmente pericolosi che vanno invece eliminati nel bidone dell'indifferenziata.
11. Mettere la biancheria contaminata in un sacchetto dedicato alla biancheria sporca indossando i guanti. Non agitare la biancheria sporca ed evitare il contatto diretto con pelle e indumenti.
12. Evitare di condividere con il malato spazzolini da denti, sigarette, utensili da cucina, asciugamani, biancheria da letto, ecc.
13. Pulire e disinfettare quotidianamente le superfici come comodini, reti e altri mobili della camera da letto del malato, servizi igienici e superfici dei bagni con un normale disinfettante domestico, o con prodotti a base di cloro (candeggina) alla concentrazione di 1 % di cloro attivo oppure con alcol 70%, indossando i guanti e indumenti protettivi (es. un grembiule di plastica).
14. Utilizzare la mascherina quando si cambiano le lenzuola del letto del malato.
15. Lavare vestiti, lenzuola, asciugamani, ecc. del malato in lavatrice a 60-90°C usando un normale detersivo oppure a mano con un normale detersivo e acqua, e asciugarli accuratamente.
16. Se un membro della famiglia mostra i primi sintomi di un'infezione respiratoria acuta (febbre, tosse, mal di gola e difficoltà respiratorie), contattare il medico curante, la guardia medica o i numeri regionali.
17. Evitare il trasporto pubblico per raggiungere la struttura sanitaria designata; chiamare un'ambulanza o trasportare il malato in un'auto privata e, se possibile, aprire i finestrini del veicolo.
18. La persona malata dovrebbe indossare una mascherina chirurgica per recarsi nella struttura sanitaria e mantenere la distanza di almeno 1 metro dalle altre persone.
19. Qualsiasi superficie contaminata da secrezioni respiratorie o fluidi corporei durante il trasporto deve essere pulita e disinfettata usando un normale disinfettante domestico con prodotti a base di cloro (candeggina) alla concentrazione di 1% di cloro attivo oppure con alcol 70%.

<b>RICHIESTA DI ATTIVAZIONE PRATICA OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE</b>
---

<b>Richiesta di attivazione pratica ossigenoterapia domiciliare</b>
---

Si richiede la fornitura di ossigeno \_\_\_\_\_ (liquido o gassoso) per il/la Sig./Sig.ra:

\_\_\_\_\_ (Cognome e nome)

\_\_\_\_\_ (Codice fiscale)

\_\_\_\_\_ (Data di nascita)

\_\_\_\_\_ (residente in)

<b>CONSEGNA ENTRO IL GIORNO _____</b>
---------------------------------------

<b>URGENTE/NON URGENTE (cancellare la voce che non interessa)</b>
---

**LUOGO DI CONSEGNA DELL'OSSIGENO**

Struttura residenziale \_\_\_\_\_

Indirizzo di consegna \_\_\_\_\_

(oppure)

Domicilio \_\_\_\_\_

Indirizzo di consegna \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Recapiti telefonici)

\*\*\*\*\*

**PRESCRIZIONE**

<b>Diagnosi:</b> _____
------------------------

<b>Prescrizione - posologia:</b> _____
--

Contenitore portatile: <b>SI/NO</b>
-------------------------------------

Validità della prescrizione: _____ mesi
---

Medico Prescrittore: <b>Dott./Dott.ssa</b> _____
--

Codice Fiscale Medico Prescrittore: _____
---

Data \_\_\_\_\_

FIRMA MMG/MEDICO USCA/MEDICO DISTRETTO

INDICATORI PER LA VERIFICA DELL'APPLICAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE COVID 19

N.	Tipologia	setting	totale	di cui (provenienza)				
				domicilio	RSA strutture	Reparto Covid	PS/DEA	altro
1	n. pz in carico	a domicilio a domicilio in ADI-Covid in RSA/strutture						
2	n. pz con monitoraggio clinico domiciliare	a domicilio a domicilio in ADI-Covid in RSA/strutture						
3	n. pz con monitoraggio telefonico	a domicilio a domicilio in ADI-Covid in RSA/strutture						
4	n. pz in O2 terapia	a domicilio a domicilio in ADI-Covid in RSA/strutture						
5	n. pz presi in carico nel periodo di rilevazione	a domicilio a domicilio in ADI-Covid in RSA/strutture						
	Tipologia	setting	guariti	trasferiti PS/DEA	trasferiti Reparto Covid	trasferiti Reparto post-Covid	Deceduti	altro
6	n. pz dimessi nel periodo di rilevazione	a domicilio a domicilio in ADI-Covid in RSA/strutture						

RILEVAZIONE: GIORNALIERA PER USCA - SETTIMANALE PER MMG/PLS

La rilevazione viene alimentata in via prioritaria tramite piattaforma regionale ed altri data base regionali/aziendali

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO**

AL TRATTAMENTO

CON IDROSSICLOROCHINA

IN GESTIONE DOMICILIARE

# TRATTAMENTO CON IDROSSICLOROCHINA

## MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Nome e Cognome: .....	
Data di nascita: .....	Luogo di nascita: .....
Residenza: .....	Telefono: .....

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa in Allegato 1, di cui ricevo copia.

In presenza di due Professionisti Sanitari ho posto domande in merito al trattamento sanitario e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici ed i rischi del trattamento sanitario, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento del trattamento sanitario.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

### **Acconsento ed autorizzo la somministrazione dell'idrossiclorochina**

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma della Persona che riceve il trattamento o del suo Rappresentante legale

Firma \_\_\_\_\_

### **Rifiuto la somministrazione dell'idrossiclorochina**

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma della Persona che rifiuta il trattamento o del suo Rappresentante legale

Firma \_\_\_\_\_

### **Professionisti sanitari dell'equipe**

1. Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

Confermo che il Paziente ha espresso il suo consenso al trattamento, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_

2. Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

Confermo che il Paziente ha espresso il suo consenso al trattamento, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA SUI DATI PERSONALI

Tutti i Suoi dati personali potrebbero essere raccolti per uno studio osservazionale ed elaborati in modo confidenziale, in conformità al Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto Legislativo n. 196/03).

Per ulteriori dettagli la preghiamo di consultare il "Foglio Informativo e modulo di consenso al trattamento dei dati personali" della ASL che costituisce parte integrante del presente foglio informativo e modulo di consenso informato.

Il personale incaricato raccoglierà i suoi dati personali e informazioni mediche e personali che la riguardano (come data nascita, sesso, parametri ematochimici, risposta al farmaco in studio, eventuali effetti collaterali manifestatisi e i risultati di tutti i test eseguiti durante lo studio).

Le informazioni saranno raccolte nella sua cartella delle cure domiciliari e i suoi dati rielaborati da data managers.

Le persone e gruppi di persone che avranno accesso alla sua documentazione clinica per lo studio sono:

- Autorità sanitarie di regolamentazione (agenzie governative impegnate nel mantenimento della sicurezza della ricerca per le persone, Regione)
- Medici curanti e funzionari di AZIENDA SANITARIA

I dati verranno gestiti in formato elettronico e presentati solo in forma aggregata (statistica); i risultati dello studio potranno essere oggetto di pubblicazione su riviste specialistiche e/o presentate nel corso di convegni scientifici

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Per presa visione .....

**NOTA INFORMATIVA DI CONSENSO INFORMATO****TERAPIA CON IDROSSICLOROCHINA IN GESTIONE DOMICILIARE PRECOCE DEL PAZIENTE AFFETTO DA INFEZIONE ACUTA SINTOMATICA DA SARS-CoV-2**

Gentile Sig.ra/ Sig. (nome e cognome del paziente) \_\_\_\_\_

La informo che Lei è affetto da infezione da coronavirus COVID 19 (SARS-Cov2), per la quale non esistono ancora medicine di provata efficacia normalmente disponibili in commercio, soprattutto nella fase precoce e al domicilio.

Se le viene proposto questo approccio di cura, significa che il suo Medico di famiglia o il Medico ospedaliero di PS o il Medico USCA, ritengono che, pur in presenza di sintomi, il suo quadro clinico sia stabile e non richieda il ricovero in ospedale, anche se necessita di cure ulteriori rispetto ai solo farmaci sintomatici.

Lei sarà preso in carico comunque dalle cure domiciliari e verrà trattato in base ai protocolli attualmente in uso e approvati da vari comitati scientifici: paracetamolo o antinfiammatori, desametasone (non prima di 72 ore da inizio dei sintomi) o prednisone, enoxaparina, antibiotici in caso di sovrapposizione batterica.

In aggiunta alla presa in carico standard, dal 11.12.2020 con Ordinanza del Consiglio di Stato è nuovamente possibile prescrivere IDROSSICLOROCHINA, dopo una sospensione avviata da AIFA per l'infezione acuta da SARS-CoV-2.

L'idrossiclorochina nella prima fase della pandemia era stata valutata e autorizzata dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e resa prescrivibile e rimborsabile anche per trattare i pazienti COVID tramite pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del 17 marzo 2020. In data 22.7.2020 AIFA ha confermato la sospensione definitiva dell'utilizzo del farmaco al di fuori di sperimentazioni.

In particolare, ai fini della completezza delle informazioni che Lei deve ricevere, Le riportiamo di seguito il parere dell'AIFA sull'utilizzo dell'Idrossiclorochina nei pazienti affetti da infezione da SARS-CoV-2, aggiornato al 22 Dicembre 2020: *“Alla luce delle evidenze che si sono progressivamente accumulate nell'uso terapeutico su pazienti ricoverati e che dimostrano la completa mancanza di efficacia a fronte di un aumento di eventi avversi, seppur non gravi, AIFA non raccomanda l'utilizzo dell'idrossiclorochina nei pazienti con COVID-19 in ospedale. AIFA inoltre non ritiene utile né opportuno autorizzare nuovi studi clinici nei pazienti ricoverati”. “Nei pazienti – prosegue AIFA – con infezione da Sars-Cov-2 gestiti a domicilio, di bassa gravità e nelle fasi iniziali della malattia, esistono evidenze più limitate che dimostrano la mancanza di efficacia a fronte di un aumento degli eventi avversi, seppur non gravi, pertanto AIFA non raccomanda l'utilizzo dell'idrossiclorochina. Una eventuale prescrizione nei singoli casi si configurerebbe quindi come uso off label. In tale setting può ancora essere consentita l'esecuzione di studi clinici randomizzati controllati al fine di rendere conclusive le conoscenze disponibili”.*

I protocolli di cura considerano criteri di inclusione ed esclusione all'utilizzo del singolo medicinale, le controindicazioni, le avvertenze ed ogni fattore di rischio noto in relazione alla sua condizione clinica attuale.

Prima di accettare la terapia, La invitiamo a leggere la scheda allegata; inoltre, Lei può richiedere maggiori dettagli scientifici sul farmaco che Le viene proposto.

**SCHEMA DI TERAPIA**

Considerata la sua condizione clinica dovuta all'infezione virale COVID-19, che attualmente non rende necessario il ricovero in ospedale, Le proponiamo il medicinale

**IDROSSICLOROCHINA compresse 200mg**

secondo la seguente posologia e modalità d'uso:

- 1° giorno: 2 compresse (400mg) due volte al giorno
- dal 2° giorno: 1 compressa (200mg) due volte al giorno

**Durata del trattamento: 5 - 7 giorni, da stabilire secondo evoluzione clinica**

Assumere il medicinale possibilmente alla stessa ora, mattino e sera.

## Informazioni ed avvertimenti essenziali per utilizzare questo medicinale riducendo al minimo il rischio di effetti avversi

Prima di prescrivere questo medicinale, il Suo medico curante ha dovuto fare alcune verifiche per controllare se le Sue condizioni cliniche ed eventuali terapie in atto fossero compatibili con il nuovo trattamento.

### EFFETTI COLLATERALI NOTORIAMENTE ASSOCIATI A IDROSSICLOROCHINA

Idrossiclorochina è un farmaco già impiegato in alcune patologie infiammatorie e gli effetti collaterali registrati sono vari:

#### Effetti collaterali comuni:

- Inappetenza, labilità affettiva, offuscamento della vista, nausea, dolori addominali, diarrea, vomito, arrossamenti cutanei, prurito.

#### Effetti collaterali NON comuni o rari o di frequenza non nota.

- Alterazioni della conta delle cellule del sangue come riduzione dei globuli rossi, dei globuli bianchi e delle piastrine. Anemia emolitica in persone affette da favismo (che è una controindicazione all'uso del farmaco).
- Riduzione della glicemia
- Disturbi neurologici o del comportamento come nervosismo, irritabilità, capogiri, alterazioni del movimento e tremori, riduzione dei riflessi.
- Disturbi dell'udito come ronzii e riduzione dell'udito
- Alterazioni dell'elettrocardiogramma con potenziale rischio di alterazioni del ritmo cardiaco
- Anomalie epatiche con alterazioni degli esami epatici
- Reazioni allergiche e alla cute: reazioni cutanee come ad esempio dolore, rossore, gonfiore o prurito, aggravamento della psoriasi (che è una controindicazione al farmaco). In casi estremamente rari, è stata segnalata una grave patologia cutanea, potenzialmente mortale, nota come Sindrome di Stevens-Johnson (SJS) o sindrome di DREES.
- Reazioni allergiche orticaria, angioedema, broncospasmo.
- Altri disturbi come stanchezza e perdita di peso (nel lungo periodo).

In ogni caso è utile che Lei sottoponga le informazioni e gli avvertimenti contenuti nella seguente scheda a eventuali altri medici che dovessero visitarla per diversi motivi.

IDROSSICLOROCHINA INFORMAZIONI PER EVENTUALI ALTRI MEDICI CHE DOVESSERO VISITARLA	
<b>Tossicità</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Allungamento QT (rischio aritmie cardiache), Ipoglicemia, Retinopatia</li></ul>
<b>Controindicazioni:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Presenza di prolungamento dell'intervallo QT congenito o acquisito e/o con fattori di rischio noti che possono prolungare tale intervallo come: scompenso cardiaco, IMA, bradicardia (&lt;50 bpm), precedenti aritmie ventricolari, ipopotassiemia e/o ipomagnesemia non corrette</li><li>▪ Ipoglicemia anche in assenza di terapia ipoglicemizzante (avvisare i pazienti di tale rischio)</li><li>▪ Insufficienza epatica o renale</li><li>▪ Deficit di glucosio-6-fosfato deidrogenasi (G6PD), porfiria, psoriasi, deficit G6PDH (favismo)</li></ul>
<b>Interazioni da evitare:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ digossina (aumenta le concentrazioni plasmatiche)</li><li>▪ ipoglicemizzanti (diminuisce la glicemia)</li><li>▪ farmaci che prolungano il QT (in particolare antiaritmici, antidepressivi triciclici, antipsicotici, alcuni antifettivi, lopinavir/ritonavir, darunavir/cobicistat)</li><li>▪ antiepilettici</li><li>▪ ciclosporina</li></ul>
<b>Uso in gravidanza:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ possibile</li></ul>
<b>Allattamento:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ possibile</li></ul>

In tutto il mondo milioni di pazienti vengono trattati con idrossiclorochina per anni per malattie reumatiche e il farmaco in genere è molto ben tollerato.

**Va inoltre considerato che la stessa infezione di COVID 19 può causare infarti, vasculiti, danno cardiaco e pertanto Lei dovrà segnalare al Suo medico ogni pregresso cardiologico o familiarità.**

#### Valutazione proporzionale dei rischi e dei benefici

La terapia che Le viene proposta dovrebbe avere un rapporto beneficio/rischio favorevole per il Suo attuale stato di malattia. Tuttavia, non si può escludere la possibilità di insorgenza di effetti avversi al farmaco, collaterali o tossici, anche gravi e non ancora conosciuti.

#### Rischi per stato di gravidanza

Il rischio dei farmaci per il COVID-19 per la donna gravida e per il suo feto è solo parzialmente noto. In ogni caso, se Lei è una donna incinta, deve comunicarlo ed avvisare subito il medico curante, che provvederà a valutazioni cliniche sui rischi aggiuntivi legati al Suo stato.

#### Libertà del consenso

**La partecipazione a questo programma terapeutico è totalmente volontaria.**

## SCHEDA ARRUOLAMENTO PAZIENTI DA SOTTOPORRE A TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI

Dati del paziente

Nome ..... Cognome .....

Data di nascita ...../...../..... Luogo di nascita .....

Residente in .....

Codice Fiscale .....

Numero di telefono ..... E-mail .....

Scheda Eleggibilità e Dati Clinici		
Positività tramite test molecolare o test antigenico di terza generazione per SARS-CoV-2	SI	NO
Data del test	___/___/___	
Data esordio dei sintomi da COVID-19	___/___/___	
Sintomi da COVID-19 di grado lieve-moderato?	SI	NO
Selezionare almeno uno di questi sintomi da COVID-19	Febbre	
	Tosse	
	Ageusia/disgeusia	
	Anosmia	
	Faringodinia	
	Astenia	
	Cefalea	
	Mialgie	
	Sintomi gastrointestinali	
	Dispnea	
Tachipnea		
Saturazione O <sub>2</sub> (SpO <sub>2</sub> ) in aria ambiente		
Paziente già sottoposto a vaccinazione per SARS-CoV-2	SI	NO
<i>Se Sì</i> , specificare il vaccino somministrato	Pfizer-BioNTech	
	Moderna	
	Astra Zeneca	
	altro	
<i>Se Sì</i> , effettuate entrambe le dosi previste	SI	NO
<i>Se Sì</i> , indicare la data di somministrazione del vaccino (se effettuate entrambe le somministrazioni, indicare la data della seconda)	___/___/___	
Paziente ospedalizzato per COVID-19	SI	NO
Il paziente necessita di ossigenoterapia cronica per sottostanti comorbidità non correlate al COVID-19	SI	NO
<i>Se Sì alla domanda sopra</i> , ha avuto bisogno di un incremento di ossigeno a seguito dell'insorgenza del COVID-19	SI	NO
Paziente in ossigenoterapia e/o soggetto a procedure di ventilazione meccanica per condizione correlata al COVID-19	SI	NO

Se età <18 anni	
Presenza di almeno una delle seguenti comorbidità	<input type="checkbox"/> BMI ≥85° percentile per età e genere
	<input type="checkbox"/> soggetto cronicamente sottoposto a dialisi peritoneale o emodialisi
	<input type="checkbox"/> diabete mellito non controllato (HbA1c ≥9.0% o 75 mmol/mol) o con complicanze croniche
	<input type="checkbox"/> immunodeficienza primitiva
	<input type="checkbox"/> immunodeficienza secondaria (con particolare riguardo a paziente onco-ematologico in trattamento con farmaci mielo/immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure)
	<input type="checkbox"/> anemia falciforme
	<input type="checkbox"/> malattia cardiaca congenita o acquisita
	<input type="checkbox"/> malattia del neurosviluppo
	<input type="checkbox"/> dipendenza da dispositivo tecnologico (p.es. soggetto con tracheotomia, gastrostomia, etc.)
	<input type="checkbox"/> asma o altra malattia respiratoria che richiede medicazioni giornaliere per il suo controllo
Se età ≥18 anni	
Presenza di almeno una delle seguenti comorbidità <i>(selezione multipla)</i>	<input type="checkbox"/> BMI ≥35 Kg/m <sup>2</sup>
	<input type="checkbox"/> soggetto cronicamente sottoposto a dialisi peritoneale o emodialisi
	<input type="checkbox"/> diabete mellito non controllato (HbA1c ≥9.0% o 75 mmol/mol) o con complicanze croniche
	<input type="checkbox"/> immunodeficienza primitiva
	<input type="checkbox"/> immunodeficienza secondaria (con particolare riguardo a paziente onco-ematologico in trattamento con farmaci mielo/immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure)
	<input type="checkbox"/> malattia cardio-cerebrovascolare (inclusa ipertensione arteriosa con danno d'organo)
	<input type="checkbox"/> BPCO e/o altra malattia respiratoria cronica (fibrosi polmonare o paziente che necessita di O <sub>2</sub> -terapia per ragioni differenti da SARS-CoV-2)

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_





**CORTE DEI CONTI**

**SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER IL PIEMONTE**

**GIUDIZIO DI PARIFICAZIONE DEL  
RENDICONTO GENERALE DELLA REGIONE  
PIEMONTE PER L'ESERCIZIO FINANZIARIO 2020**

**Introduzione del Presidente  
Maria Teresa Polito**

**Sintesi della relazione annessa alla deliberazione di parifica  
del rendiconto 2020**

**Torino, udienza del 28 luglio 2021**



**CORTE DEI CONTI**





**CORTE DEI CONTI**

---

**SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER IL PIEMONTE**

**GIUDIZIO DI PARIFICAZIONE DEL  
RENDICONTO GENERALE DELLA REGIONE  
PIEMONTE PER L'ESERCIZIO FINANZIARIO 2020**

**Relazione introduttiva del Presidente  
Maria Teresa Polito**

**Sintesi della relazione annessa alla deliberazione di parifica  
del rendiconto 2020**

**Torino, udienza del 28 luglio 2021**



# **MAGISTRATI ISTRUTTORI**

## **GESTIONE FINANZIARIA**

**Laura Alesiani**

## **CONTO DEL PATRIMONIO (Analisi della gestione patrimoniale)**

**Diego Maria Poggi**

## **CONTROLLI INTERNI- PERSONALE**

**Stefania Calcari**

## **GESTIONE DEI FONDI COMUNITARI**

**Laura Alesiani**

## **IL TRASPORTO PUBBLICO LOCALE**

**Rosita Liuzzo**

## **I.E. PARTECIPAZIONI SOCIETARIE**

**Marco Mormando**

## **GESTIONE DEL SETTORE SANITARIO**

**Luigi Gili**

# **ANALISI ECONOMICO-FINANZIARIA E GESTIONALE**

## **GESTIONE FINANZIARIA**

**Clara Cerruti, Mauro Croce, Andrea Cardarelli, Santa Agosto, Fabio Coccia,  
Daniela Geraldini, Patrizia Benvenuti**

## **CONTO DEL PATRIMONIO (Analisi della gestione patrimoniale)**

**Daniela Geraldini**

## **CONTROLLI INTERNI**

**Jessica Orlarey**

## **IL PERSONALE DELLA REGIONE PIEMONTE**

**Fabio Coccia**

## **GESTIONE DEI FONDI COMUNITARI**

**Mauro Croce**

## **IL TRASPORTO PUBBLICO LOCALE**

**Margherita Ragonese**

## **GESTIONE DEL SETTORE SANITARIO**

**Barbara Barattelli, Antonella Levanto**

## Sommario

<b>Relazione introduttiva del Presidente .....</b>	<b>1</b>
<b>Premessa.....</b>	<b>7</b>
<b>Gestione finanziaria .....</b>	<b>11</b>
<b>Conto del patrimonio (Analisi della gestione patrimoniale).....</b>	<b>29</b>
<b>I controlli interni .....</b>	<b>31</b>
<b>Il personale della Regione Piemonte .....</b>	<b>37</b>
<b>La gestione dei Fondi comunitari .....</b>	<b>45</b>
<b>Il Trasporto Pubblico Locale.....</b>	<b>49</b>
<b>Le partecipazioni societarie.....</b>	<b>51</b>
<b>Gestione del settore sanitario .....</b>	<b>59</b>

## Gestione del settore sanitario

1. L'istruttoria condotta dalla Sezione, nell'ambito del giudizio di parifica, sulle risorse destinate al settore sanitario, non ha potuto non tener conto dell'emergenza sanitaria e delle conseguenze finanziario/economiche che hanno influito non poco sull'assetto sanitario regionale.

La violenza dell'epidemia sanitaria, che ha colpito il nostro Paese, ha fatto aumentare improvvisamente la domanda di tutela della salute da parte dei cittadini.

Durante i periodi di emergenza sanitaria, gli enti del S.S.R. sono stati chiamati a svolgere il ruolo fondamentale di garantire ai propri cittadini servizi adeguati rispetto alla crisi sanitaria ed economica che nel 2020 hanno investito il Paese e che ancora non sono del tutto risolte.

Per questo motivo sono state adottate misure straordinarie inerenti i servizi sanitari, con uno sforzo straordinario di tutti gli attori coinvolti, quali:

- l'istituzione delle USCA (Unità Speciali per la Continuità Assistenziale);
- la trasformazione della geografia dei servizi ospedalieri, con il massiccio reclutamento del personale sanitario e l'incremento delle tecnologie;
- la diffusione della digitalizzazione e dei servizi di telemedicina e l'imponente organizzazione della campagna di prevenzione e vaccinazione.

La gestione dell'emergenza, inoltre, ha comportato effetti collaterali per la forzosa sospensione e la necessaria riorganizzazione di molte attività sanitarie non Covid; tra queste, in primis, deve ricordarsi la rilevante riduzione dei volumi degli screening oncologici.

Nei primi sei mesi del 2020, peraltro, risulta che i ricoveri ospedalieri siano calati del 26% rispetto all'anno precedente e che le visite in strutture analoghe si siano ridotte del 28%.

Peraltro, l'attività ordinaria, programmabile e differibile, è stata sospesa, per far fronte alla cura dei pazienti COVID.

Questo ha comportato un peggioramento nella gestione delle liste di attesa che ha richiesto un intervento legislativo in materia.

Infatti, il D.L. n. 104/2020 ha previsto risorse, che per il Piemonte ammontano a 35 milioni di euro circa, per il recupero delle attività di ricovero e ambulatoriali non rese nel periodo di emergenza sanitaria.

In realtà, al detto fine, è stata liquidata alle Aziende sanitarie piemontesi la minore somma di euro 28 milioni circa: di conseguenza, l'80% circa delle assegnazioni è stato erogato alle Aziende, ma le somme, spese da queste ultime (pari a 2,7 milioni di euro circa), rappresentano appena il 10% delle risorse ricevute (euro 28 milioni di euro circa): simile conclusione è comprovata dalla rendicontazione - trasmessa dalle Aziende - delle spese sostenute per il recupero delle attività - non Covid - di ricovero ed ambulatoriali non rese a causa della pandemia.

Del resto, l'arrivo della seconda e della terza ondata della pandemia da COVID-19 non hanno permesso, sulla base di quanto rappresentato dalla Regione, di rispettare quanto previsto in termini di recupero delle liste di attesa, determinando, inevitabilmente, e nuovamente, l'attività delle Aziende Sanitarie nella cogente direzione del contenimento e della gestione dei contagi.

Di fatto, non si è verificato l'auspicato abbattimento delle liste di attesa dal momento che il settore sanitario è risultato ampiamente sovraccaricato dagli inevitabili stop and go che hanno scandito le prime due ondate dell'epidemia in Piemonte.

Ovviamente, il maggiore impegno richiesto agli Enti sanitari in conseguenza della pandemia non è dissociabile dalla disponibilità delle risorse apprestate al riguardo.

Non a caso, e da tempo, a trainare il peso sulle finanze pubbliche delle Regioni, risulta proprio il settore della sanità che costituisce la funzione di spesa maggiormente onerosa nel nostro paese ed è, quasi per l'intero, devoluta alle Regioni.

La situazione di emergenza non è risultata scevra da criticità che la Regione Piemonte ha dovuto affrontare e che possono riassumersi così sinteticamente:

- l'incremento esponenziale dei quantitativi necessari delle misure di protezione, ha portato alcune ditte a dichiarare la loro indisponibilità a soddisfare le richieste corrispondenti, circostanza che ha richiesto l'attivazione di procedure di ricerca sul mercato dei medesimi necessari prodotti in situazione di urgenza aggravata dalla particolare pressoché improvvisa criticità;
- la significativa disomogeneità del rapporto domanda/offerta ha creato, di fatto, una situazione nella quale, in assenza di una normativa diretta a calmierare i prezzi, si sono sviluppate condotte assimilabili ad abusi o, comunque, a pratiche tendenzialmente speculative;
- la diffusa elevata "volatilità" del materiale ordinato ha determinato anche richieste di pagamento anticipato ad opera della maggior parte dei fornitori;
- l'assenza o, comunque, la particolare difficoltà di reperimento del materiale - anche terapeutico - necessario a fronteggiare l'epidemia, ha costretto le Aziende a ricorrere anche ad affidamenti diretti attraverso ditte, pure estere, che si rendevano disponibili.

Questa Sezione di controllo ha focalizzato la propria attenzione sulle principali disposizioni normative di carattere emergenziale, che si sono susseguite in tutto il 2020, unitamente all'analisi dell'evoluzione dell'organizzazione dei servizi sanitari di natura emergenziale che ne è derivata.

L'analisi ha, in concreto, riguardato principalmente quattro aspetti principali:

- a. l'incremento della dotazione di personale sanitario.

Il D.L. n.14 del 9 marzo 2020, successivamente, abrogato e sostituito con il D.L. n. 18/2020, convertito con modificazioni, dalla L. n. 27/2020, ha previsto la possibilità per le Regioni e gli enti del SSN di rideterminare i propri piani di fabbisogno del personale, procedendo al reclutamento ed all'assunzione delle necessarie figure professionali sanitarie e/o all'aumento del monte ore della specialistica ambulatoriale convenzionata interna.

Ulteriori stanziamenti sono stati, inoltre, previsti dal D.L. n. 34/2020 per dotare le nuove strutture sanitarie, istituite ad hoc per fronteggiare l'emergenza sanitaria, del personale necessario per il loro funzionamento.

Alla Regione Piemonte, ai sensi della normativa sopra citata, sono state assegnate risorse destinate al potenziamento del personale sanitario, sia in ambito territoriale che ospedaliero, per un importo pari a circa 174 milioni di euro.

Tali risorse sono state accertate e impegnate nel bilancio regionale.

Di queste risorse risulta ripartita alle Aziende la minor somma di 162 milioni di euro circa.

Sotto il profilo dell'acquisizione di personale, la Regione Piemonte ha comunicato di aver reclutato, al 26 marzo 2021: 1073 medici, 1850 infermieri e 2786 altri profili di personale, per un totale di 5709 persone.

Il personale è stato reclutato, per la gran parte, attraverso i bandi dell'Unità di Crisi, a cui si aggiungono quelli indetti dalle singole Aziende Sanitarie e quelli indetti dal Dipartimento della Protezione Civile, per il Contact Tracing.

b. L'acquisto di dispositivi e di attrezzature per l'allestimento di posti di terapia intensiva e subintensiva.

Parallelamente all'incremento degli operatori sanitari, il D.L. n. 14/2020, fin dall'inizio dell'emergenza sanitaria, ha previsto anche misure di semplificazione per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale e dei prodotti medicali necessari per fronteggiare l'emergenza epidemiologica nonché disposizioni per l'acquisto di dispositivi di assistenza ventilatoria necessari per la cura dei pazienti covid.

c. Il potenziamento della rete territoriale.

Per dare supporto alla rete ospedaliera, la normativa, fin dal D.L. n. 14/2020, ha fornito disposizioni per il potenziamento della rete assistenziale territoriale.

Con il D.L. n. 14/2020 si sono, infatti, istituite le unità speciali di continuità assistenziale (USCA), presso una sede di continuità assistenziale già esistente, in proporzione di una ogni 50.000 abitanti, per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero.

In Piemonte dette unità speciali sono state attivate, a partire dal mese di aprile 2020 e, poi, implementate, secondo i parametri previsti dalla normativa nazionale, nel mese di maggio 2020.

Al 31 dicembre 2020 ne risultano operative 88.

Dai dati forniti, a tutto il 2020, le USCA hanno effettuato 87.852 visite a domicilio ed hanno rendicontato 95.179 ore lavorate.

Inoltre, la Regione ha stipulato accordi con i medici di medicina generale ed i pediatri per la gestione ed il monitoraggio dei pazienti in isolamento domiciliare.

Dall'attività rendicontata dai MMG (Medici di Medicina generale) risultano 9.000 casi di aperture di assistenza domiciliare - ADI - per malati Covid e 1.132 accessi (intendendosi per accesso ogni contatto, per lo più in forma di telemedicina, nonché di costante monitoraggio dei pazienti).

Infine, un ulteriore supporto alla rete ospedaliera è stato garantito dalle strutture private accreditate e non, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie o, al bisogno, la messa a disposizione del proprio personale e dei propri locali.

Il D.L. n. 18/2020 ha stanziato risorse come indennizzo per il personale ed i locali reperiti presso le strutture private accreditate e non, che sono risultate pari ad 11,8 milioni di euro per il Piemonte.

Tale importo è stato accertato ed impegnato nel bilancio regionale e risulta in capo alla GSA.

A remunerazione delle prime prestazioni, erogate a pazienti COVID dalle strutture private, la Regione ha riconosciuto un importo di 1,5 milioni di euro, a valere sulle donazioni ricevute sul conto corrente appositamente istituito per far fronte all'emergenza sanitaria.

d. Il potenziamento della rete ospedaliera.

Anche la rete ospedaliera ha subito una profonda modifica strutturale, che ha avuto un impatto sulla situazione sanitaria della Regione soprattutto in termini di incremento di posti letto da adibire alle terapie intensive ed alla pneumatologia.

Ciò si è tradotto sia nell'allestimento di nuove strutture che nell'adattamento di strutture esistenti.

Infatti, le strutture pubbliche e private esistenti sono state, dapprima, dedicate in modo esclusivo alla gestione dei pazienti Covid-19 positivi e, all'attenuarsi dell'epidemia, alcune di esse sono diventate a gestione mista.

Nelle stesse strutture sono stati riconvertiti posti letto ordinari per destinarli alla terapia intensiva e semi intensiva, utilizzando i posti letto delle sale operatorie nonché di reparti non utilizzati, incrementando fin da subito, i posti letto destinati ai pazienti Covid.

Tuttavia, la normativa, introdotta dal D.L. n. 34/2020 e la circolare ministeriale n. 11254 del 29 maggio 2020, hanno fissato, quale obiettivo per la Regione Piemonte, un incremento di 299 posti letto di terapia intensiva, in modo da poter disporre di un complessivo di 626 posti letto.

Per la terapia semi intensiva è stato fissato l'obiettivo di disporre di ulteriori 305 posti letto. A tal fine, sono state assegnate risorse alla Regione Piemonte per 111 milioni di euro.

Gli interventi da realizzare, per dare attuazione alla normativa sopra citata, sono stati previsti nel Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19, approvato con DGR 12 giugno 2020, n. 7-1492.

Le Aziende sanitarie sono state designate soggetti attuatori con Ordinanza n. 29/2020 del 9 ottobre 2020.

Il ritardo nella loro nomina ha, presumibilmente, comportato un ritardo nella realizzazione degli interventi previsti dal Piano, dal momento che nessuna spesa è stata rendicontata dalle Aziende Sanitarie Regionali al 31 dicembre 2020.

D'altra parte, la Regione ha comunicato che sono stati realizzati solo 27 dei 299 posti letto di terapia intensiva e 54 dei 305 posti letto di terapia semi intensiva.

Alle strutture ospedaliere esistenti si sono affiancate, altresì, delle strutture temporanee, quali le OGR, successivamente, sostituite in ambito operativo, dall'ospedale Sperino Oftalmico di Torino, e dal V Padiglione di Torino Esposizioni.

I costi di realizzazione di dette strutture temporanee sono stati sostenuti senza aggravio alcuno per la Regione.

Per fronteggiare l'emergenza sanitaria, sono state accertate ed impegnate risorse per 319,9 milioni di euro, comprensive delle donazioni e liberalità, ammontanti ad euro 16 milioni di euro, ricevute sul conto corrente appositamente istituito dalla Regione e delle somme, pervenute attraverso gli appositi fondi europei, pari a 40 milioni di euro.

Gli accertamenti corrispondenti sono stati incassati per 278 milioni di euro circa mentre i correlati impegni sono stati pagati per 224 milioni di euro circa.

Inoltre, gli ulteriori impegni, emersi per la somma di 39,9 milioni di euro, sono stati finanziati con le risorse del FSR indistinto.

Le risorse, complessivamente impegnate, risultanti nel rendiconto all'esame, sono, dunque, risultate pari a 359,9 milioni di euro.

2. Il bilancio di previsione 2020 è stato adottato con Legge regionale 31 marzo 2020, n. 8 e la sua articolazione in capitoli, nonché il prospetto relativo al perimetro sanitario, sono stati approvati con la D.G.R. n. 16-1198 del 3 aprile 2020.

I capitoli del perimetro sanitario sono stati ricondotti alle grandezze previste dal D.Lgs. n. 118/2011, con l'aggiunta, nelle entrate, della categoria "coperture a carico del bilancio regionale".

Dal bilancio gestionale risultano stanziamenti correnti, comprensivi delle risorse della categoria "copertura a carico del bilancio regionale", per circa 8,667 miliardi di euro e stanziamenti in conto capitale per 50 milioni di euro.

Le previsioni delle spese correnti (8,666 miliardi di euro) sono risultate lievemente inferiori agli stanziamenti correnti mentre le previsioni in conto capitale (50,100 milioni di euro) lievemente superiori agli stanziamenti in conto capitale.

L'analisi del perimetro sanitario ha dunque evidenziato che, già in sede previsionale, alcune entrate correnti sono state destinate a coprire spese di investimento.

Tale tendenza è risultata confermata dalle previsioni definitive post assestamento.

3. Quanto ai dati del rendiconto 2020, la perimetrazione dei capitoli riguardanti il settore sanitario è, come per gli esercizi precedenti, contenuta in un allegato al disegno di legge di approvazione.

Si dà atto dello sforzo della Regione di adeguarsi alle prescrizioni dettate dalla normativa, di cui al D.Lgs. n. 118/2011, già in precedenza oggetto di richiamo da parte di questa Sezione, in materia di perimetrazione.

Infatti, come già riscontrato nel 2019, la Regione ha ricondotto le spese e, per lo più tutte le entrate, alle grandezze previste dal D.Lgs. n. 118/2011, effettuando un'analisi sui singoli capitoli del bilancio, ed eliminando, già in sede previsionale, alcuni capitoli che, da diversi anni, non risultano movimentati.

Il percorso intrapreso, tuttavia, non appare concluso: infatti, risultano ancora numerosi capitoli con importi tutti uguali a zero, anch'essi non movimentati da diversi anni.

Infine, anche sul 2020, si sono individuati dei capitoli di spesa non presenti nella perimetrazione, allegata al DDL, il cui oggetto è inerente al settore sanitario.

4. Dai dati comunicati dalla Regione, viene confermato il trend in aumento della spesa sanitaria, già rilevato nel precedente biennio: 8,56 miliardi di euro circa nel 2018, 8,88 miliardi di euro nel 2019 e 9,2 miliardi di euro nel 2020.

L'incidenza della spesa sanitaria sul totale della spesa regionale passa 72,54% del 2018 al 72,87% del 2019, al 71,94% del 2020.

Lo stesso andamento è confermato aggiungendo, alla spesa comunicata dalla Regione, l'incidenza degli ulteriori impegni di spesa, che questa Sezione ritiene inerenti al settore sanitario: la spesa 2018 risulta pari a 8,62 miliardi di euro nel 2018, a 8,96 miliardi nel 2019 e a 9,3 miliardi nel 2020, con un'incidenza sulla spesa complessiva regionale che passa dal 73,10% del 2018, al 73,51% nel 2019, al 72,37% nel 2020.

Anche con riferimento alla spesa sanitaria corrente si rileva un aumento rispetto al biennio precedente, e ciò sia sulla base dei dati comunicati dalla Regione, sia sulla base di quelli rielaborati da questa Sezione.

Al contrario, torna a ridursi la spesa per investimenti, dopo l'inversione di tendenza registrata nel 2019: i relativi impegni passano, infatti, dai 3,2 milioni di euro del 2018 (7,7 milioni di euro se si considera la riclassificazione effettuata dalla Sezione) ai 245 milioni di euro del 2019 a 103 milioni di euro del 2020, con un'incidenza rispetto alla complessiva spesa regionale per investimenti (pari a 975 milioni di euro), sempre sotto il profilo degli impegni, dell'1,22% del 2018, del 24,54% del 2019 e del 10,60% del 2020.

Peraltro, la spesa per investimenti sanitari, nel 2020 pari a 103 milioni di euro, rappresenta appena l'1,1% degli impegni complessivi del perimetro sanitario, pari a 9,22 miliardi di euro.

Rispetto alle somme impegnate a titolo di investimento, non risultano pagamenti delle spese d'investimento.

Gli unici pagamenti della categoria, pari a 8.329.157,56 euro, riguardano i residui passivi. I pagamenti dei capitoli in conto capitale si sono ulteriormente ridotti passando da 25.686.045,16 di euro del 2018 ai 10.129.598,10 di euro del 2019, a 8.329.157,56 euro del 2020.

Nell'ambito dei sopracitati investimenti, corre l'obbligo di segnalare come risulti confermata la particolare lentezza nella realizzazione dei lavori programmati, già rilevata nei precedenti giudizi di parificazione.

5. Particolare attenzione è stata posta anche alla gestione dei residui.

Il valore dei residui attivi al 31/12/2020, afferenti al settore sanitario, è pari a 4,069 miliardi di euro, derivanti per l'80% dalla gestione in conto residui e per il 20% dalla gestione in conto competenza.

L'analisi finanziaria ha evidenziato la presenza di poste puramente contabili che non genereranno movimentazioni finanziarie,<sup>6</sup> tali da ridurre il valore dei residui attivi al 31/12/2020 ad un valore pari a 633.071.358,36 euro.

I residui passivi risultano pari a circa 5,48 miliardi di euro, importo che aumenta a circa 5,61 miliardi di euro, se si aggiungono i capitoli esclusi dalla perimetrazione, ma il cui oggetto è di equivoca pertinenza della sanità.

Il 78% dei residui passivi deriva dalla gestione in conto residui ed il restante 22% deriva dalla gestione in conto competenza.

Come per i residui attivi, depurando i residui passivi delle poste puramente contabili, il valore dei residui passivi al 31/12/2020 si riduce ad un valore pari a 2,04 miliardi di euro circa.

Come già rilevato nei precedenti anni, i residui attivi continuano ad essere significativamente inferiori ai residui passivi: le risorse da ricevere non appaiono, quindi,

---

<sup>6</sup> Parte delle riscossioni delle risorse relative al FSR indistinte sono state erogate dal MEF senza precisare su quale capitolo imputarle. Per questo motivo è stato istituito un capitolo di entrata 68250 "anticipazione mensile di tesoreria" tra le partite di giro che risulta accertato e riscosso per l'importo di 1.650.761.355,21 euro (con residui, a fine anno, pari a zero). In contropartita al capitolo 68250 è stato istituito il capitolo 485232 "erogazioni di fondi alle ASL e ASO", sempre tra le partite di giro, che risulta impegnato per euro 1.650.761.355,21 e pagato in conto competenza per euro 1.062.359.330,70 (con residui, a fine esercizio, pari a euro 3.436.788.300,69, di cui 2.848.386.276,18 euro, provenienti dalla gestione in conto residui e 588.402.024,51 euro dalla gestione di competenza).

sufficienti ad estinguere le obbligazioni ancora non definite, e questa differenza incide sul risultato di amministrazione.

6. Gli incassi complessivi, sulla base dei capitoli presenti nella perimetrazione, sono risultati pari a 10.878.686.257,13 euro, mentre i pagamenti ammontano a 11.008.874.102,43 euro.

Gli importi differiscono, se pur rispettando lo stesso ordine di grandezza, dai prospetti rilevati dal SIOPE (Sistema informativo sulle operazioni degli enti pubblici), in cui risultano riscossioni per euro 10.855.667.678,35 e pagamenti pari a 10.859.697.143,45 euro. Peraltro, sempre dal SIOPE si rileva un fondo cassa al 31/12/2020 pari a euro 75.266.988,94, che deriva dal fondo di cassa iniziale (euro 79.296.056,04), a cui sono state aggiunte le riscossioni (euro 9.793.308.347,65) e sottratti i pagamenti effettuati nel 2020 (euro 9.797.337.414,75), con un'evidente incongruenza dei dati relativi agli incassi ed ai pagamenti tra prospetti del SIOPE.

7. La Gestione Sanitaria Accentrata è stata attivata dalla Regione Piemonte, a partire dal 1° gennaio 2012, secondo le modalità stabilite dal D.Lgs. n. 118/2011, in considerazione della gestione diretta di una quota del finanziamento del S.S.R.

Già nelle precedenti relazioni, annesse al giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione Piemonte, erano state segnalate criticità in merito sia all'attuazione del dettato normativo, sia alla tenuta delle scritture e dei libri contabili della GSA.

Era stata inoltre segnalata la mancata trasmissione a questa Sezione delle relazioni, ai sensi dell'art. 1, comma 170 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266, relative al bilancio della GSA, relazione che peraltro, continua a non essere trasmessa.

Tali criticità anche nell'esercizio 2020 non risultano superate, come si evince dalla lettura dei verbali del collegio dei revisori, da ultimo, il verbale n. 5 del 25 marzo 2021.

Continua a persistere l'assenza di un regolamento disciplinante in maniera dettagliata le modalità di tenuta delle registrazioni della GSA e le procedure per la redazione dei relativi documenti, per garantire l'affidabilità dei dati e del monitoraggio dei conti e dei capitoli del bilancio regionale.

Risultano approvati con delibera di Giunta regionale soltanto i bilanci degli esercizi dal 2012 al 2016.

Per gli esercizi successivi deve continuare a registrarsi la presenza di numerose problematiche rispetto alla certificazione dei bilanci 2017-2018, tra cui la difficoltà a venire in possesso della documentazione necessaria per procedere a tale adempimento, compresi gli esiti degli adempimenti effettuati sull'anno 2017, dal precedente collegio dei revisori.

Anche rispetto alle verifiche di competenza dell'esercizio 2019 sono state rappresentate difficoltà di tipo documentale, legate anche a problematiche informatiche e di carenza di organico.

Più precisamente, il collegio dei revisori ha dichiarato di non essere stato messo in condizioni di effettuare la riconciliazione dei dati della gestione accentrata con le risultanze del bilancio finanziario e quella dei dati di cassa, e neppure la verifica della coerenza dei dati dei modelli ministeriali inviati con le risultanze della contabilità.

Il collegio inoltre ha evidenziato l'assenza della formalizzazione di procedure per i controlli trimestrali della GSA, previsti dalla normativa vigente.

La Regione al riguardo ha dichiarato che "...è in essere uno studio di fattibilità per andare verso un sistema contabile integrato con le Aziende sanitarie e di armonizzazione delle scritture contabili".

L'ente regionale ha, comunque, confermato che manca del tutto, allo stato, l'approvazione dei bilanci consolidati delle Aziende sanitarie per gli esercizi 2018 e 2019, non essendo ancora stati adottati i relativi bilanci della GSA.

Il bilancio della GSA relativo all'esercizio 2017 risulta adottato dalla direzione Sanità con Determinazione Dirigenziale n. 241 del 04/04/2019, successivamente modificata con Determinazione Dirigenziale n. 508 del 25/06/2019, ma lo stesso bilancio non è mai stato approvato dalla Giunta regionale, mancando la certificazione del collegio dei revisori.

Anche i controlli trimestrali effettuati dal collegio per i primi tre trimestri del 2020 hanno evidenziato criticità.

Infatti, rispetto alla regolare tenuta dei libri contabili è risultata mancante la stampa del libro inventari, che non può essere effettuata a causa della mancata chiusura dei bilanci 2018 e 2019.

La contabilità, invece, risulta aggiornata al 31/12/2020, in quanto la struttura è stata impegnata nel recupero delle registrazioni pregresse.

Il collegio dei revisori, tuttavia, come documentalmente comprovato, non ha potuto effettuare la riconciliazione dei dati della gestione accentrata con le risultanze del bilancio finanziario.









**CORTE DEI CONTI**

PROCURA REGIONALE PER IL PIEMONTE

**GIUDIZIO DI PARIFICAZIONE  
DEL RENDICONTO GENERALE  
DELLA REGIONE PIEMONTE  
2020**

**Memoria del Procuratore regionale Quirino Lorelli**

UDIENZA DEL 28 LUGLIO 2021

PRESIDENTE MARIA TERESA POLITO







# CORTE DEI CONTI

---

**Hanno collaborato:**

“Il quadro finanziario generale regionale”

Quirino LORELLI

“La gestione sanitaria regionale”

Quirino LORELLI, Letizia DAINELLI, Massimo VALERO, Emanuela ROTOLO

“Il quadro della gestione di Finpiemonte ed Arpea”

Quirino LORELLI, Alessandro NAPOLI, Carlo Alberto MARTINI

“La spesa per locazioni passive del Consiglio e della Giunta regionale”

Quirino LORELLI

**Nucleo di revisione amministrativo della Procura regionale**

Coordinamento: Elisa SOLITARIO; Cinzia DE LUNA, Gaetano Livio PALMIERI, Giuliangela PROIETTI  
BOCCHINI, Alessandra SQUARTINI

**CAPITOLO SECONDO**  
**LA GESTIONE SANITARIA REGIONALE**

## **2.1 Premessa**

Nel 2020 sono stati adottati numerosi provvedimenti che hanno attribuito alle regioni le risorse necessarie per contrastare la diffusione della pandemia da Covid-19.

I provvedimenti intervenuti in corso d'anno per far fronte all'emergenza sanitaria hanno autorizzato nel 2020 per il Servizio sanitario nazionale (SSN) una maggiore spesa per 3,7 miliardi. Nel contempo, vi è stata una diminuzione dei ricavi (-1,3 miliardi), imputabile prevalentemente alla flessione della domanda di servizi sanitari non Covid (sospensione delle normali visite specialistiche) con relativa riduzione delle entrate per ticket (per circa 500 milioni), delle prestazioni di *intra-moenia* (circa 300 milioni) e delle entrate per mobilità internazionale (circa 200 milioni), importi portati in riduzione della spesa (cfr. *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2021 Corte dei conti*).



## **2.2 Strumenti e metodi**

Questa Procura ha ritenuto di aprire un *focus* sulle risorse stanziato dallo Stato per fronteggiare l'emergenza, al fine di dare evidenza delle maggiori risorse affluite e rese disponibili per l'emergenza da Covid-19. Sono state esaminate anche le risorse stanziato dall'Unione europea, nonché le somme ricevute dalla Regione Piemonte a titolo di donazione da parte di privati e utilizzate per interventi sanitari.

Non sono invece oggetto di esame nel dettaglio le risorse del Fondo per le emergenze nazionali di cui all'art. 44 *codice della protezione civile* gestite dalla Struttura commissariale di cui all'art. 122 del d.l. n.18

del 2020 o dalla Protezione civile, anche se destinate ad interventi per l'emergenza sanitaria con ricadute SSR. Sono state acquisite una serie di relazioni inviate dalla Giunta<sup>4</sup>.

Sono, inoltre, state utilizzate per la trattazione le memorie della Corte dei conti Sezioni riunite in sede di controllo sul d.l. n. 18 del convertito con modificazioni nella l. n. 27 del 2020; d.l. n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla l. n. 77 del 2020, d.l. n. 104 del 2020, convertito con modificazioni dalla l. n. 126 del 2020, d.l. n. 41 del 2021 coordinato con la l. di conversione 21 maggio 2021, n. 69; l. n. 178 del 2020 nonché il “*Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica*” (Corte dei conti) e le “*Linee guida per le relazioni del collegio dei revisori dei conti sui rendiconti delle regioni per l'anno 2020*” (Corte dei conti Sezione delle Autonomie); Dossier parlamentari.

Nell'ambito dell'istruttoria dedicata alla gestione dell'emergenza da Covid-19, in via preliminare, si è dato conto delle risorse che sono state stanziare dallo Stato per la Regione Piemonte (Tabella 17).

Nella Tabella 18, si è dato conto del trasferimento di tali risorse al SSR - Aziende sanitarie regionali e Gestione sanitaria accentrata (GSA).

---

<sup>4</sup> relazione acquisita al prot. 3144 del 14 maggio 2021 e relativi allegati, inviata dalla Regione Piemonte in risposta alla nota prot. n. 7969 del 25 febbraio 2021 della Sezione regionale di controllo; relazione sanitaria acquisita al prot. n. 3561 del 4 giugno 2021 trasmessa dalla Regione Piemonte in risposta alla nota istruttoria della Procura prot. n.11427 dell'11 maggio 2021; integrazioni acquisite al prot. n. 12758 del 2 luglio 2021; disegno di legge regionale denominato “*Rendiconto generale per l'esercizio finanziario 2020*” approvato dalla Giunta regionale in data 30 aprile 2021 ed individuato quale disegno di legge n. 142; relazione dell'organo di revisione sulla proposta di legge al rendiconto generale per l'anno finanziario 2020.

### ***2.3 Quadro normativo emergenziale: dettaglio delle misure emergenziali Covid-19 e relativo rifinanziamento del Servizio sanitario nazionale e regionale***

Nella Tabella 17 si riportano gli incrementi del finanziamento del Fondo sanitario disposti con provvedimenti legislativi statali emanati con carattere di urgenza per fronteggiare e contrastare la pandemia nel 2020:

Solo per la spesa relativa all'esecuzione di tamponi rapidi da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, è stato previsto il ricorso al finanziamento sanitario corrente già accordato, disposto e assegnato per l'anno 2020 ai sensi della legislazione vigente. Tale attività viene prevista dall'art. 18 del d.l. n. 137 del 2020, convertito in l. n. 176 del 2020. Il provvedimento, oltre a convertire in legge con modificazioni il c.d. *Decreto Ristori* (d.l. n. 137 del 2020), abroga espressamente i Decreti Ristori *bis* (d.l. n. 149 del 2020), Ristori *ter* (d.l. n. 154 del 2020) e Ristori *quater* (d.l. n. 157 del 2020), facendo salvi gli atti e i provvedimenti adottati, nonché gli effetti prodotti e i rapporti giuridici sorti, nel frattempo, sulla base degli stessi.

Nella Tabella 17 si evidenzia che la maggiore spesa prevista per l'anno 2020, pari a 3.886 milioni, è stata quasi totalmente coperta da maggiori risorse attribuite (3.856 milioni). Nell'ultima colonna è stata evidenziata la quota parte destinata alla Regione Piemonte, a seguito del riparto tra le regioni dei finanziamenti aggiuntivi.

LE MISURE PER LA SANITA' NEI DECRETI LEGGE PER L'EMERGENZA COVID				
	maggior spesa prevista in milioni	maggiori risorse attribuite in milioni	Dettaglio delle misure	di cui per Regione Piemonte
<b>Misure e incrementi disposti con d.l. 18/2020</b>	2020	2020	2020	2020
<b>articolo 18 comma 1 di cui</b>	<b>1.410</b>	<b>1.410</b>		<b>104.130.307</b>
remunerazione delle prestazioni di lavoro straordinario del personale sanitario (art.1 c.1)	250			18.462.820
Decreto-legge n. 14/2020 riparto con Decreto RGS 37473 del 10/03/2020 (reclutamento di medici in formazione specialistica e di personale medico sanitario in quiescenza art. 1 (co 1 specializzandi e c. lett. a e c. 6 pers. san in quiescenza), art.2 (incaichi personale sanitario e medico), art.5 (ore specialistica ambulatoriale.) art.8 (USCA)	660			48.741.846
reclutamento personale delle professioni sanitarie, degli operatori socio-sanitari, nonché di medici specializzandi, e dirigenti medici, veterinari e sanitari nonché personale del ruolo sanitario del comparto sanità, collocati in quiescenza (art.1 c. 3)	100			7.385.128
potenziamento delle reti di assistenza attraverso contratti con strutture private (articolo 3, c. 1 e 2)	240			17.724.308
utilizzo di personale in servizio presso privati con attrezzature presenti nelle strutture private (articolo 3, c. 3)	160			11.816.205
<b>Misure e incrementi disposte con il d.l. 34/2020</b>				
<b>articolo 1 comma 11</b>	<b>1.257</b>	<b>1.257</b>		<b>91.088.212</b>
requisizione in uso di immobili per la gestione dei pazienti in sorveglianza attiva ed isolamento c.2 (stima costi per strutture territoriali COVID19 - dossier parlamentare dl 34/2020)	33		<i>Incremento spesa per finanziamenti o misure previste all'articolo 1 commi 2, 3, 4).</i>	31.316.878
implementazione assistenza domiciliare integrata (stima costi per il potenziamento dell'attività di assistenza domiciliare c.3 e c.4 dossier parlamentare dl 34/2020)	734			
<i>di cui personale c.4 tab B dl</i>	265		<i>incremento spesa del personale ADI cfr. Allegato B dl comma 4</i>	25.131.703
reclutamento personale infermieristico e introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità (8 unità ogni 50.000 per un totale di 9.600) nei limiti dell'Allegato B dl comma 5	333			24.498.200
rafforzamento Usca (personale) Allegato B DL comma 6	61			4.492.515
assunzione di assistenti sociali di supporto (personale) Allegato B dl comma 7	14			1.049.923
Retribuzione dell'indennità del personale infermieristico impegnato nella presa in carico dei pazienti affetti da Covid-19 e nell'assistenza ai soggetti fragili (indennità personale infermieristico art.1 c.9)	10			736.478
istituzione e potenziamento delle centrali operative regionali (c. 8) cfr. Allegato A e B dl 34/2020	12			3.862.515
<i>di cui personale allegato B dl comma 8</i>	24			1.125.000
<b>articolo 2 comma 10</b>	<b>431</b>	<b>431</b>		<b>31.740.355</b>
<i>di cui personale ambulanze c. 5 terzo periodo</i>	52			3.827.844
<i>di cui personale terapie intensive (c. 1 e 7)</i>	189			13.993.079
<i>di cui risorse per incentivi al personale c. 6 lett.a)</i>	190			13.919.432
<b>articolo 5 c.1</b>	<b>105</b>	<b>105</b>		

Incremento fabbisogno sanitario nazionale standard per aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici	105			da ripartire
articolo 103 c. 24	170	170		
Incremento del livello finanziamento fondo sanitario o per la copertura degli oneri sanitari conseguenti all'emersione e alla regolarizzazione di rapporti di lavoro	170			da ripartire
articolo 104 comma 3-bis	5	5		
Incremento dotazione Fondo sanitario Nazionale per erogazione degli ausili, ortesi e protesi per rimuovere gli ostacoli che impediscono la piena inclusione sociale delle persone con disabilità	5			da ripartire
<b>Misure e incrementi disposti con il d.l. 104/2020</b>				
articolo 29 comma 9*	478	478		
compensi per il riassorbimento liste d'attesa (limite max ALL B)	478			35.219.754
<i>di cui recupero ricoveri ospedalieri (c.2 art.29) (ALL. A v.di c.4)</i>	112			10.824.697
<i>di cui recupero prestazioni di specialistica ambulatoriale c.3 lett.a) e b) netti di 10 milioni della colonna 3 (all. A v.di c.4)</i>	356			28.219.185
<i>Incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna c.3 lett.c) in proporzione ai dati IV trimestre 2019 All. A v.di c.4)</i>	10			706.338
<b>Misure disposte con il d.l. 137/2020</b>				
articolo 18 commi 1 e 2	30			
esecuzione di tamponi rapidi da parte dei MMG e PLS	30			2.209.434
<b>Totale</b>	<b>3.886</b>	<b>3.856</b>		<b>264.388.062</b>
<i>Nota: Eventuali imprecisioni derivano da arrotondamenti</i>				
<i>Fonte tratta con modifiche dalla elaborazione Corte dei conti su dati MEF contenuta nella Memoria sul bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021</i>				
<i>*n.b. la somma del parziale è superiore al totale ai sensi del c.4 vale tot. ALL. B) va preso per la somma il solo totale</i>				

Tabella 17

Il d.l. n. 18 del 2020 assegna alla sanità 1.410 milioni che vanno ad incrementare il fondo sanitario per il 2020 per aumentare il potenziale di risposta all'emergenza sanitaria con il personale alle dipendenze delle strutture pubbliche ovvero ampliando le convenzioni con le strutture private. Si tratta di risorse destinate a finanziare gli interventi disposti con gli artt. 1 e 3 (750 milioni) e a reintegrare le risorse a copertura delle misure già previste con il d.l. n. 14 del 2020 pari a 660 milioni di euro ripartiti tra le regioni (applicando le quote di accesso al fabbisogno sanitario indistinto rilevate per l'anno 2019) con decreto Ministero dell'economia e delle finanze del 10 marzo 2020.

Rispetto ai 660 milioni, alla Regione Piemonte spettano euro 48.741.846,00 per far fronte alle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del Covid-19 e per garantire i livelli

essenziali di assistenza, nonché per assicurare un incremento dei posti letto per la terapia intensiva e *sub* intensiva necessari alla cura dei pazienti affetti dal virus, consentendo, tra l'altro, alle aziende e agli enti del SSN di procedere al reclutamento di personale sanitario, di conferire incarichi temporanei di lavoro autonomo e di conferire incarichi individuali a tempo determinato e, qualora ciò non fosse possibile, di trattenere in servizio i dirigenti medici e sanitari, nonché il personale del ruolo sanitario del comparto sanità e gli operatori socio-sanitari, anche in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza, nei limiti delle risorse assegnate. Inoltre, l'art. 5, nei limiti delle risorse assegnate, autorizza le aziende sanitarie locali e gli enti del SSN a procedere, per l'anno 2020, ad un aumento del monte ore della specialistica ambulatoriale convenzionata interna e al fine di consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria, permette alle regioni di istituire, presso una sede di continuità assistenziale già esistente, una unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero (Unità speciali di continuità assistenziale - USCA).<sup>5</sup>

I 750 milioni di euro sono stati ripartiti tra le Regioni secondo le quote di accesso al fabbisogno sanitario anno 2019. Nella Tabella A allegata al d.l. n. 18 del 2020, euro 55.388.461,00 sono attribuiti alla Regione Piemonte con la definizione dei seguenti tetti/limiti/vincoli di spesa:

---

<sup>5</sup> art.8 d.l. n. 14 del 2020 confluito nell'art. 4-*bis* del d.l. n. 18 del 2020

- euro 18.462.820,00 (art. 1, c. 1) incrementa per l'anno 2020 la remunerazione delle prestazioni di lavoro straordinario del personale sanitario dipendente delle aziende e degli enti del SSN direttamente impiegato nelle attività di contrasto alla emergenza epidemiologica, aumentando nei limiti fissati i fondi contrattuali per le condizioni di lavoro della dirigenza medica e sanitaria dell'area della sanità, nonché i fondi contrattuali per le condizioni di lavoro e incarichi del personale del comparto sanità nonché, per la restante parte, i relativi fondi incentivanti. Tale importo può essere incrementato, dalle Regioni<sup>6</sup>, per un ammontare aggiuntivo, il cui importo non può essere superiore al doppio degli stessi, con proprie risorse, a condizione che sia salvaguardato l'equilibrio economico del sistema sanitario regionale. La Regione Piemonte si è avvalsa di tale possibilità e con l'art. 5 della l. reg. n. 12 del 2020<sup>7</sup> ha autorizzato l'ulteriore spesa di euro 37.000.000,00 a valere sul finanziamento sanitario corrente regionale di cui alla missione 13, (tale importo non è presente nella Tabella 17), per la remunerazione del trattamento economico legato al sistema premiante del personale dipendente

---

<sup>6</sup> (art. 1, c. 2 d.l. n. 18 del 2020) tali importi possono essere incrementati di un ammontare aggiuntivo il cui importo non può essere superiore al doppio degli stessi, dalle regioni . . . , con proprie risorse disponibili a legislazione vigente, a condizione che sia salvaguardato l'equilibrio economico del sistema sanitario della regione), modifica apportata con art. 2 c. 6 del d.l. n. 34 del 2020

<sup>7</sup> Art. 5. (Misure per incentivi in favore del personale del Servizio sanitario regionale e interventi in materia sanitaria)

1. Al fine di incrementare gli importi delle voci del trattamento economico legate al sistema premiante del personale dipendente delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale direttamente impiegato nelle attività di contrasto all'emergenza epidemiologica determinata dal diffondersi del COVID-19, è autorizzata la spesa di euro 37.000.000 in incremento rispetto ai vincoli previsti dalla normativa vigente in materia di spesa di personale ed in particolare per la definizione dei fondi contrattuali dall'articolo 23, comma 2 del decreto legislativo 25 maggio 2017 n. 75. 2. I criteri e le modalità per l'erogazione, per l'anno 2020, degli incentivi di cui al comma 1 sono definiti mediante accordo integrativo regionale approvato con deliberazione della Giunta regionale e stipulato successivamente all'approvazione di apposito provvedimento autorizzativo a livello nazionale ovvero decorsi sessanta giorni dalla approvazione della presente legge. 3. È fatta salva l'applicazione di quanto previsto dall'articolo 1 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 (Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19), per un importo pari ad euro 18.462.820. 4. La Giunta regionale è autorizzata, previa applicazione delle procedure regolamentari previste, a destinare ulteriori euro 37.000.000 del FESR, in base al regolamento (UE) 2020/460 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 30 marzo 2020, che modifica i regolamenti (UE) n. 1301/2013, (UE) n. 1303/2013 e (UE) n. 508/2014, per misure specifiche volte a mobilitare gli investimenti nei sistemi sanitari degli Stati membri. 5. Alla copertura finanziaria della spesa di cui al comma 1 si provvede per euro 37.000.000 a valere sul finanziamento sanitario corrente regionale di cui alla missione 13 "Tutela della salute"- programma 01 "Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei L.E.A - titolo 1 'Spese correnti' del bilancio regionale 2020-2022.

delle aziende e degli enti del SSR direttamente impiegato nelle attività di contrasto alla emergenza epidemiologica facendo comunque salva l'applicazione di quanto previsto all'art. 1 c. 1 del d.l. n.18 del 2020 (euro 18.462.820,00).

- euro 7.385.128,00 (art. 1 c. 3), incrementa la quota del finanziamento sanitario corrente per il 2020 che può essere destinata al conferimento, da parte degli enti ed aziende del SSN, di incarichi di lavoro autonomo (anche di collaborazione coordinata e continuativa) ad iscritti agli albi delle professioni sanitarie, ivi compresi i medici, e di incarichi di lavoro autonomo a personale medico ed infermieristico collocato in quiescenza.

- euro 17.724.308,00 (art. 3 commi 1 e 2) incrementa la quota del finanziamento sanitario corrente per il 2020, sia per aumentare le attività assistenziali conseguenti alle ulteriori disponibilità di posti letto, attribuendo alle regioni e alle aziende sanitarie la facoltà di stipulare contratti con le strutture accreditate per l'acquisto di ulteriori prestazioni sanitarie, in deroga al limite di spesa della normativa vigente. Tale facoltà può essere esercitata in attuazione del piano finalizzato ad aumentare i posti letti in terapia intensiva e nelle unità operative di pneumologia e di malattie infettive e qualora dal piano emerga l'impossibilità di perseguire gli obiettivi di potenziamento dell'assistenza (c. 1) e nel caso in cui le strutture pubbliche e private accreditate individuate dal piano regionale non siano in grado di soddisfare il fabbisogno stimato, autorizza le regioni, e le aziende sanitarie a sottoscrivere contratti con strutture private non accreditate (c. 2).

- euro 11.816.205,00 (art. 3 c. 3) incrementa la quota del finanziamento sanitario corrente per il 2020, per far fronte alla

carenza di personale medico e sanitario, disponendo che le strutture, private accreditate e non, siano tenute a mettere a disposizione il personale sanitario in servizio nonché i locali e le apparecchiature presenti nelle proprie strutture private.

Il d.l. n. 34 del 2020, convertito in l. n. 77 del 2020, prevede per il sistema sanitario interventi per 3,2 miliardi nel 2020 e 1,7 miliardi nel 2021 (al lordo degli oneri riflessi), che si vanno ad aggiungere a quelli già stanziati con il d.l. n. 18 del 2020 (1,4 miliardi).

Si tratta di misure che riguardano l'assistenza territoriale (1,256 miliardi nel 2020 - art. 1 c. 11), il riordino degli ospedali e l'incremento dei posti di terapia intensiva (1,467 miliardi - art. 2 c. 11), gli incentivi per il personale ospedaliero e le altre assunzioni (430,9 milioni - art. 2 c. 10), la sanità militare (87 milioni), i contratti di specializzazione medica (105 milioni - art. 5 per finanziare 3.800 contratti di specializzazione medica in più), la copertura degli oneri sanitari conseguenti all'emersione e alla regolarizzazione di rapporti di lavoro (art. 103 c. 24 prevede risorse per 170 milioni), l'incremento della spesa per ausili per disabili (art. 104 c. 3-bis prevede 5 milioni).

Il d.l. n.34 del 2020 all'art. 1 detta disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale prevedendo le relative risorse secondo il riparto e i limiti fissati negli allegati A e B. L'art. 2 riordina la rete ospedaliera in relazione all'emergenza da Covid-19, tale riparto delle risorse è definito negli allegati C, D.

L'art. 1 al c. 1, per l'anno 2020, prevede che le regioni adottino piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale. I predetti piani devono essere recepiti nei programmi operativi richiamati dall'articolo 18, c. 1, del d.l. n. 18 del 2020.

Rispetto alle risorse destinate all'assistenza territoriale che per tutte le Regioni ammontano ad euro 1,256 milioni, il riparto (cfr. Allegato A al d.l. n. 34 del 2020 art. 1 c. 11) di euro 1.184,4 milioni è stato definito in proporzione alla quota di accesso al fabbisogno indistinto anno 2020, mentre le risorse destinate alle centrali operative sono state ripartite sulla base della distribuzione delle apparecchiature/piattaforma centrali operative (72 milioni).

Il c. 10 della disposizione autorizza le regioni e le province autonome, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente, ad incrementare la spesa del personale, per l'anno 2020 dando come limiti/tetti/vincoli gli importi indicati nell'allegato B annesso al decreto e riportati nella Tabella 17.

In particolare, per la Regione Piemonte risulta:

- euro 25.131.703,00 incremento spesa del personale per Assistenza domiciliare integrata (c. 4);

- euro 24.498.200,00 incremento spesa personale per rafforzare i servizi infermieristici, presenti sul territorio, anche in funzione di supporto delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) di cui all'art. 4-*bis* del d.l. n. 18 del 2020, istituendo la figura dell'infermiere di famiglia o di comunità. A tale scopo, le aziende e gli enti del SSN possono conferire, dal 15 maggio fino al 31 dicembre, incarichi di lavoro autonomo, anche di co.co.co., in numero non superiore a 8 unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti, ad infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate. Dal 1° gennaio 2021 si può procedere ad assunzioni a tempo indeterminato per gli importi indicati nella tabella di cui all'allegato B;

- euro 4.492.515,00 incremento spesa personale per rafforzamento funzionalità delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA c. 6);

- euro 1.049.923,00 incremento spesa personale anche per rafforzamento USCA con il reclutamento dell'assistente sociale (c. 7), cui le aziende e gli enti del SSN potranno conferire incarichi di lavoro autonomo fino alla fine dell'anno 2020;

- euro 1.125.000,00 incremento spesa personale per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali mediante attivazione delle centrali operative regionali (c. 8);

- euro 736.478,00 incremento spesa personale, per il solo anno in corso, per la retribuzione dell'indennità del personale infermieristico impegnato nella presa in carico dei pazienti affetti da Covid-19 e nell'assistenza ai soggetti fragili (c. 9).

Per la Regione Piemonte le risorse destinate all'assistenza territoriale ammontano complessivamente ad euro 91.088.212,00 (Allegato A) di cui:

- euro 57.033.818,00 per incremento spesa personale<sup>8</sup>;

- euro 31.316.879,00 per l'implementazione delle attività di assistenza domiciliare integrata (ADI art. 1 commi 2, 3, e 4 *bis* ad esclusione del personale di cui al c. 4) o equivalenti, nei confronti dei pazienti in isolamento anche ospitati presso le strutture alberghiere e dei soggetti contagiati o in quarantena, così come delle persone fragili<sup>9</sup> la cui condizione si è aggravata a seguito dell'isolamento;

---

<sup>8</sup> (euro 56.297.340,00 destinate alla spesa del personale come indicato nell'Allegato B del medesimo d.l. n. 34 del 2020 art. 1 commi 4, 5, 6, 7 e 8, a cui si aggiungono euro 736.478,00 art. 1 c. 9)

<sup>9</sup> (con patologie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti)

- euro 2.737.515,00 per centrali operative (esclusa spesa per personale indicata negli allegati A e B del d.l. n. 34 del 2020).

L'art. 2 dispone il riordino della rete ospedaliera per ridefinire e rendere strutturale la risposta alla domanda di aumento delle necessità assistenziali nel prosieguo della situazione pandemica, e, al contempo per ripristinare gradualmente le attività ordinarie. Ciò, contestualmente alla previsione di una adeguata rete logistica, organizzata per la rotazione e distribuzione delle attrezzature e strumentazioni.

Le Regioni dovranno garantire l'incremento di attività in regime di ricovero in terapia intensiva, tramite un apposito Piano di riorganizzazione che va recepito nel programma operativo previsto dall'art. 18, c. 1, d.l. n. 18 del 2020.

Riguardo alle risorse destinate all'assistenza ospedaliera, per l'anno 2020, l'incremento del finanziamento per tutte le Regioni è di euro 1.898.466.667,00 di cui:

- euro 1.467.491.667,00 quali risorse trasferite alla contabilità speciale intestata al *Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19*; di questi euro 1.413.145.000,00 sono ripartiti a livello regionale secondo la Tabella di cui all'Allegato D annesso al decreto ed euro 54.346.667,00 destinati alle strutture movimentabili;

- euro 430.975.000,00 quali risorse destinate a tutte le regioni e province autonome, finalizzate al personale ospedaliero. Il limite di spesa regionale per l'anno 2020 è riportato nella tabella riparto di cui

all'Allegato C, annesso al decreto, che per la Regione Piemonte è di euro 31.740.355,00 così suddiviso:

- euro 3.827.844,00 per assumere personale dipendente medico, infermieristico e operatore tecnico per l'operatività dei mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti Covid-19, per le dimissioni protette e per i trasporti interospedalieri per pazienti non affetti da Covid-19 (c. 5, terzo periodo);

- euro 13.919.432,00 ad integrazione delle somme previste dal d.l. n. 18 del 2020 per le assunzioni del personale ospedaliero necessario al rafforzamento dei posti di terapia intensiva (commi 1 e 7);

- euro 13.993.079,00 ad integrazione delle risorse previste per la remunerazione del lavoro straordinario e come riconoscimento di un'indennità per le condizioni di lavoro più gravose (art. 2 c. 6).

Il d.l. n. 104 del 2020 convertito con modificazioni dalla l. n. 126 del 2020, all'art. 29 ha previsto misure destinate al comparto sanitario che mirano ad incidere sul fenomeno delle liste di attesa per ricoveri ospedalieri e visite specialistiche non urgenti, sul quale ha pesato il blocco dell'attività nel periodo più acuto dell'emergenza sanitaria. L'art. 29 mira ad accelerare il riassorbimento delle richieste di *screening*, di prestazioni ambulatoriali e di ricovero ospedaliero rimaste inevase. Per tale obiettivo le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e gli enti del SSN possono avvalersi di strumenti straordinari, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa del personale. In particolare, per il recupero dei ricoveri ospedalieri è consentito ricorrere alle prestazioni aggiuntive di cui all'art. 115, c. 2, del c.c.n.l. 2016-2018 della dirigenza medica (la tariffa oraria fissata dall'art. 24, c. 6, del

medesimo c.c.n.l. è aumentata, in deroga alla contrattazione, da 60 euro a 80 euro lordi omnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione) e alle prestazioni aggiuntive di cui all'art. 6, c. 1, lettera d), del c.c.n.l. 2016-2018 del personale del comparto sanità (con un aumento della tariffa oraria a 50 euro lordi omnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione). È prevista, inoltre, la possibilità di reclutare il personale, attraverso assunzioni a tempo determinato, anche in deroga ai vigenti c.c.n.l. di settore, o attraverso forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, nonché impiegare anche le figure professionali previste in incremento ai sensi delle disposizioni di cui agli articoli 2-*bis* e 2-*ter*, del d.l. n. 18 del 2020<sup>10</sup>. Per l'attuazione di tali interventi è stata stimata una spesa complessiva di 478,2 milioni ricostruita per ciascuna regione e provincia autonoma (al lordo degli oneri riflessi a carico delle Amministrazioni), come specificato nell'allegato A al decreto legge (che rappresenta un tetto di spesa per il personale, per un massimo di risorse stabilite nell'Allegato B del medesimo d.l.). Se tale importo (quello dell'Allegato A) fosse superiore a quello che sarebbe corrisposto alla regione in base alla quota di riparto del fabbisogno corrente specificato nell'allegato B, il limite massimo di spesa sarebbe comunque rappresentato dall'importo riportato nell'allegato B. Per la Regione Piemonte tale importo è pari a 35.219.754,00 (riportato nella Tabella 17). Per l'accesso a tali risorse le regioni devono presentare al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del programma operativo

---

<sup>10</sup> Per ampliare le possibilità operative, è inoltre prevista anche la possibilità di ricorrere ai medici iscritti all'ultimo anno del corso di formazione specialistica nonché, qualora questo abbia durata quinquennale, al penultimo anno del relativo corso, per la predisposizione dei referti delle visite, degli esami e delle prestazioni specialistiche con esclusivo riferimento alle sole visite, esami e prestazioni di controllo ambulatoriali (la refertazione delle prime visite, esami e prestazioni specialistiche è invece riservata al medico specialista)

previsto dall'art. 18 del d.l. n. 18 del 2020, un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, con la specificazione dei modelli organizzativi prescelti, dei tempi di realizzazione e della destinazione delle risorse. È stato previsto che la realizzazione dei Piani sia oggetto di monitoraggio.

Il d.l. n. 137 del 2020, convertito con modificazioni dalla l. n. 176 del 2020, con gli artt. 18 e 19 ha autorizzato per l'anno 2020 la spesa di 30 milioni di euro complessivi finalizzata a sostenere ed implementare il sistema diagnostico dei casi di positività al virus SARS-CoV-2 attraverso l'esecuzione di tamponi antigenici rapidi da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, secondo le modalità definite dagli Accordi collettivi nazionali di settore. Il finanziamento è stato ripartito secondo la quota di accesso anno 2020 e alla Regione Piemonte spetta euro 2.209.433,59 a valere sul finanziamento sanitario corrente già disposto e assegnato per l'anno 2020 ai sensi della legislazione vigente.

La tabella 17 non contiene comunque tutte le risorse assegnate<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Nella Tabella 17 non compaiono le risorse, in conto capitale, previste dall'art. 4, come ripartite nella Tabella B allegata al d.l. n. 18 del 2020, che stanziava per la Regione Piemonte euro 3.692.564,00. Tale importo è destinato ad attivare, anche in deroga ai requisiti autorizzativi e di accreditamento, aree sanitarie anche temporanee sia all'interno che all'esterno di strutture di ricovero, cura, accoglienza e assistenza, pubbliche e private, o di altri luoghi idonei, per la gestione dell'emergenza Covid-19, fino al termine dello stato di emergenza. Si tratta di opere edilizie la cui spesa complessiva di 50 milioni grava sui fondi destinati all'edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della l. n. 67 del 1988. Nella tabella 17 non compaiono le ulteriori risorse, per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19, destinate all'assistenza ospedaliera pari complessivamente ad euro 1.413.145.000,00 (di cui si è già accennato e che per la Regione Piemonte ammontano ad euro 111.222.717,00 cfr. Allegato D art. 2 c. 11 d.l. n. 34 del 2020) poiché l'art. 2, c. 11, del d.l. n. 34 del 2020 ha disposto che per l'attuazione del Piano regionale di riorganizzazione ospedaliera provvede il Commissario straordinario, nell'ambito dei poteri conferitigli dall'art. 122 del d.l. n. 18 del 2020, avvalendosi delle risorse finanziarie a tal fine trasferitegli. Per accedere a tali risorse, finalizzate essenzialmente all'allestimento di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, per l'organizzazione del pronto soccorso e per l'acquisto di ambulanze automediche, le Regioni debbono presentare ed attuare i già menzionati piani di riorganizzazione ospedaliera. A seguito della loro approvazione, tali risorse, che per la Regione Piemonte ammontano ad euro 111.222.717,00, previa rendicontazione delle spese sostenute saranno trasferite dalla contabilità speciale del Commissario straordinario ai soggetti attuatori come individuati

## 2.4 *Il finanziamento nazionale del Servizio Sanitario regionale in base all'impatto Covid-19*

Questa Procura ha richiesto alla Regione Piemonte di fornire una tabella nella quale fossero riportati i dati relativi all'avvenuta erogazione al SSR, entro la fine dell'anno 2020, delle somme che la Regione ha incassato, a titolo di finanziamento per l'emergenza

---

dalle Regioni. Qualora le regioni abbiano già provveduto alla realizzazione delle opere prima dell'entrata in vigore del decreto, il Commissario provvede a finanziarle. Per la realizzazione delle opere edilizie, che sono proprietà delle rispettive aziende del SSN, si può procedere in deroga alle disposizioni di cui al d.p.r. n. 380 del 2001, dei piani regolatori e dei regolamenti edilizi locali e, sino alla fine dello stato di emergenza agli obblighi del d.p.r. n. 151 del 2011. Per la Regione Piemonte tali risorse non transitano per il bilancio regionale poiché i soggetti attuatori sono le Aziende sanitarie regionali. Nella Tabella 17 non compare il finanziamento previsto dal d.l. n. 41 del 2021, convertito in l. n. 69 del 2021, che all'art. 24 prevede un fondo con una dotazione complessiva di 1.000 milioni di euro, quale concorso, a titolo definitivo, al rimborso delle spese sostenute dalle regioni e province autonome nell'anno 2020 per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale e altri beni sanitari inerenti all'emergenza. *Il comma 3 prevede che il Ministero dell'economia e delle finanze provvede all'erogazione in favore delle Regioni e delle Province autonome delle relative spettanze. Le somme acquisite dalle Regioni e Province autonome a valere sul fondo di cui al comma 1 concorrono alla valutazione dell'equilibrio dell'anno 2020 dei rispettivi servizi sanitari.* Il 24 giugno è stata sancita l'intesa Stato-Regioni sul decreto per il riparto tra le regioni e province autonome del fondo di cui all'art. 24 c. 1 e alla Regione Piemonte spettano euro 82.250.000,00. Nell'Intesa si legge *“Al riguardo, si rappresenta che le risorse di cui al comma 1 concorrono all'equilibrio economico-finanziario dell'anno 2020 dei Servizi sanitari regionali e pertanto devono essere rilevate nei bilanci d'esercizio 2020 delle Aziende sanitarie. Stante la normativa vigente, tali bilanci devono essere infatti adottati entro il 30 giugno 2021. La Conferenza esprime, pertanto, forte preoccupazione sulla possibilità di rispettare puntualmente il termine del 30 giugno, in quanto il decreto non è ancora formalmente adottato, gli importi assegnati sono di fatto stati resi noti solo il 21 giugno u.s. e, solo a seguito dell'intesa siglata in data odierna, si potrà avviare l'iter per l'iscrizione delle somme sia nei bilanci delle Regioni, sia nei bilanci delle Aziende sanitarie.”*. Nella Tabella 17 non compaiono le risorse già trasferite dal Commissario straordinario per l'emergenza alla Regione Piemonte a riconoscimento parziale delle spese sostenute per fronteggiare l'emergenza e pari ad euro 773.084,00. Nella Tabella 17 non compare il finanziamento previsto dall'art.1 c. 413 della l. n. 178 del 2020 *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023* ripartito tra le regioni con Intesa CSR n. 45 del 15 aprile 2021 destinato all'esercizio 2020, tale stanziamento è stato finalizzato alle prestazioni correlate alle particolari condizioni di lavoro del personale dipendente delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale direttamente impiegato nelle attività di contrasto dell'emergenza epidemologica determinata dal diffondersi del Covid-19. Alla Regione Piemonte spettano euro 2.954.051,00, trasferita dallo Stato nel 2021 ed è in fase di iscrizione nel bilancio regionale. Il quadro prospettato nella Tabella 17 rappresenta, quindi, l'ammontare delle risorse aggiuntive erogate dallo Stato nell'anno 2020 per reagire all'impatto della pandemia la cui entità incrementale riguarda la spesa corrente sia per assistenza territoriale che per l'assistenza ospedaliera.

Covid-19 dallo Stato, al fine di garantire effettività al finanziamento aggiuntivo finalizzato e vincolato alla copertura dei costi Covid.

Nella Tabella 18 vengono evidenziati gli importi statali conseguenti ai diversi provvedimenti statali di natura legislativa approvati nel corso dell'anno 2020 (d.l. n. 14 del 2020, d.l. n. 18 del 2020, d.l. n. 34 del 2020, d.l. n. 104 del 2020, d.l. n. 137 del 2020) trasferiti alla Regione e stanziati nel bilancio regionale 2020, nel perimetro sanità.

Di questi risulta che la maggior parte delle somme complessivamente accertate ed impegnate dalla Regione Piemonte nei capitoli di entrata e spesa del perimetro sanitario di parte corrente pari ad euro 264.388.062,00, per far fronte all'emergenza, sono state trasferite al SSR (Aziende sanitarie regionali e Gestione Sanitaria Accentrata). Una parte delle risorse invece non sono state trasferite, in quanto trattasi di *“somme non assegnate alle Aziende sanitarie poiché riguardano interventi sottoposti a rendicontazione e saranno assegnati alle Aziende sanitarie a seguito di loro puntuale rendicontazione”*, come chiarito dalla Regione, con nota integrativa prot. n. 12758 del 2 luglio 2021.

Rispetto a queste risorse in attuazione, di quanto previsto dall'art. 3, c. 7 del d.l. n. 35 del 2013, è stato erogato al SSR, entro la fine dell'anno 2020, il 100% delle somme trasferite dallo Stato a titolo di finanziamento per far fronte all'emergenza sanitaria.

Nella Tabella 18 sono state riportate anche ulteriori risorse destinate alla Regione Piemonte già trasferite o che lo saranno trasferite nel corso del 2021.



Risorse da Stato	Risorse statali COVID trasferite da Regione a SSR entro il 31.12.2020										NOTE
	Trasferite da Stato	GSA			Trasferite ad Aziende del SSR	Totale trasferite da Regione a SSR	Trasferimento %	Restante quota da erogare al SSR (f) = (a) - (d)	CAPITOLI ENTRATA ACCERTAMENTI	CAPITOLI SPESA IMPEGNI	
		(a)	(b) = (b bis) + (b ter)	(b bis)							
art.2 co. 6 colonna 4 Allegato C d.l. n. 34 del 2020 incentivi personale dipendente	13.993.079,00				13.993.079,00	100%		16575	157319	Risorse già assegnate alle aziende nell'esercizio 2020 ed erogate nel 2021.	
art. 2 c. 5, terzo periodo colonna 3 Allegato C d.l. n. 34 del 2020 personale ambulanze	3.827.844,00				3.827.844,00	100%		16575	157319		
art. 2 cc. 1 e 7 colonna 5 Allegato C d.l. n. 34 del 2020 personale aggiuntivo terapie intensive	13.919.432,00	381.499,00			13.537.933,00	100%		16575	157319		
art.5 d.l. n. 34 del 2020 borse di studio per contratti di formazione specialistica dei medici										non ripartito	
art.103 c. 24 d.l. n. 34 del 2020 procedure per emersione rapporti di lavoro con lavoratori extracomunitari										non ripartito	
art. 104 c. 3 bis, d.l. n. 3 del 2020 ausili disabili										non ripartito	
art.29 Allegato A e B d.l. n. 104 del 2020 convertito con modificazioni dalla l. n. 126 del 2020. Liste di attesa	35.219.754,00	7.043.951,00			28.175.803,00	100%	20380		162028		
art.18 Tabella 1 d.l. n.137 del 2020 disposizioni urgenti per l'esecuzione di tamponi antigenici rapidi da parte dei mmg e dei PLS	2.209.434,00				2.209.434,00	100%		16575	157318	In sede di conferenza Stato Regioni del 24 giugno 2021 Rep. Atti n. 98/CSR è stata sancita l'intesa ai sensi dell'articolo 24, comma 2 del Decreto Legge n.41 del 22 marzo 2021 sul riparto tra le Regioni e Province autonome del Fondo di cui al comma 1 del medesimo articolo. Per la Regione Piemonte è previsto un finanziamento di euro 82.250.000,00 ( cfr. integrazione acquisita al prot. n. 4341 del 20/07/2020). Nel 2020 sono già state trasferite dallo Stato alla Regione delle risorse del Commissario straordinario a riconoscimento parziale delle spese sostenute per fronteggiare l'emergenza pari ad euro 773.084,00.	
art. 24 d.l.n. 41 del 2021 convertito in l.n. 69 del 2021 Rimborsato per acquisto DPI e altri beni sanitari inerenti l'emergenza										Le risorse previste per la regione Piemonte ammontano ad euro 111.222.717,00 non transitate dal Bilancio regionale. Le Aziende sanitarie regionali sono stati individuati soggetti attuatori.	
art. 2 c. 11 Allegato D d.l. n.34 del 2020										Per il Piemonte la quota da riparto di cui all'Intesa CSR 45/2021 ammonta ad euro 2.954.051 ed è stata trasferita dallo Stato nel 2021 ed è in fase di iscrizione a bilancio.	
art.1 c. 413 l. n.178 del 2021 risorse per personale dipendente impiegato nelle attività di contrasto all'emergenza											
<b>TOTALE RISORSE</b>	264.388.062,00	35.906.568,00			228.481.494,00				264.388.062,00		
FONTE Regione Piemonte											

In conclusione, la quota più rilevante delle risorse affluite nel 2020 alla Regione Piemonte per far fronte all'epidemia, è costituita da contributi statali di parte corrente, per un importo pari ad euro 264.388.062,00 (a cui si aggiungono euro 773.084,00 accertate al capitolo 20590, risorse del Commissario straordinario di cui all'art. 122 del d.l. n. 18 del 2020 a riconoscimento parziale delle spese sostenute per fronteggiare l'emergenza trasferite dallo Stato alla Regione).

Inoltre, l'art. art. 4, del d.l. n. 18 del 2020, attribuisce alla Regione Piemonte euro 3.692.564,00, a valere sui fondi destinati all'edilizia sanitaria per attivare le aree temporanee e l'Allegato D art. 2. c. 11 d.l. n. 34 del 2020 attribuisce euro 111.222.717,00 finalizzate all'allestimento di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, per l'organizzazione del pronto soccorso e per l'acquisto di ambulanze automediche nel rispetto del Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza Covid-19. Tali risorse verranno accreditate agli Enti del SSR del Piemonte, in qualità di soggetti attuatori del Commissario straordinario di cui all'art. 122 del d.l. n.18 del 2020.

Infine, l'art. 1 c. 413 della l. n. 178 del 2020 e successiva Intesa Conferenza Stato-Regioni n.45 del 2021 hanno destinato alla Regione Piemonte una quota di riparto pari ad euro 2.954.051,00 dedicata al personale impegnato nell'emergenza sanitaria, trasferita dallo Stato nel 2021 ed in fase di iscrizione al bilancio regionale; l'art. 24 del d.l. n. 41 del 2021 e successiva Intesa in sede di conferenza Stato-Regioni del 24 giugno 2021 hanno poi previsto per la Regione Piemonte un finanziamento di euro 82.250.000,00.

## ***2.5 Ulteriori risorse: donazioni e risorse stanziare dall'Unione europea e dalla Regione.***

Quanto alle erogazioni liberali al 31 dicembre 2020 risultano complessivamente raccolto dalla Regione Piemonte euro 21.298.820,98; di questi 6 milioni di euro, in attuazione di quanto previsto dalla l. reg. n. 9 del 2020, sono stati destinati alla Protezione civile per l'acquisto di mascherine e la restante quota, pari ad euro 16.047.502,00 (di cui 748.682,00 direttamente introitata dalla ASL TO3) è stata destinata al SSR.

Il finanziamento POR-FESR per il 2020 è stato definito in 40 milioni anche in attuazione dell'art. 5, della l. reg. n. 12 del 2020 che potrà essere incrementato fino ad un massimo di 160.000.000,00 euro, previa adozione dei necessari atti da parte della Giunta regionale, da incrementarsi nel corso delle annualità 2021 e 2022 con l'ulteriore somma di euro 120.00.000,00.

In particolare, in merito alle spese sostenute per il personale, si rileva che l'art. 5 della citata l. reg. n. 12 del 2020 ha autorizzato la spesa di 37 milioni<sup>12</sup>, per la remunerazione delle prestazioni di lavoro del personale dipendente delle aziende e degli enti del SSR direttamente impiegato nelle attività di contrasto alla emergenza epidemiologica, la normativa statale infatti ha previsto tale facoltà (art. 1, c. 2 del d.l. n. 18 del 2020).

Per quanto riguarda le ulteriori risorse, completano la dotazione 40 milioni di euro di fondi europei accertati sul capitolo 28503 *“assegnazione di fondi dall'Unione europea per il finanziamento dell'obiettivo*

---

<sup>12</sup> a valere sul finanziamento sanitario corrente regionale di cui alla missione 13

*"competitività regionale ed occupazione" - risorse destinate al rafforzamento della capacità di risposta dei servizi sanitari?*", anche in attuazione dell'art. 5 della l. reg. n. 12 del 2020 e potrà essere incrementata fino ad un massimo di 160.000.000,00.

L'art. 5 ha autorizzato altresì, l'ulteriore spesa di euro 37.000.000,00 a valere sul finanziamento sanitario corrente regionale di cui alla missione 13, per la remunerazione delle prestazioni di lavoro del personale dipendente delle aziende e degli enti del SSR direttamente impiegato nelle attività di contrasto alla emergenza epidemiologica facoltà prevista dall'art. 1 c. 2 del d.l. n.18 del 2020.

Infine, quanto alle erogazioni liberali, al 31 dicembre 2020 risulta complessivamente destinato al SSR un ammontare totale di risorse finanziarie pari ad euro 16.047.502,98.

§

## ***2.6 La spesa per la sanità***

La complessiva dotazione di risorse aggiuntive ha delle finalizzazioni molto specifiche rivolte a sostenere singoli fattori produttivi (le risorse umane, anzi le singole figure professionali, i dispositivi medici, i farmaci, ecc.), sulla base delle quali le Regioni sono state chiamate a prevedere una specifica contabilizzazione sia per l'erogazione che per la rendicontazione. Al riguardo, la Corte dei conti nel Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica ha evidenziato che *"tali fondi sono confluiti nel finanziamento indistinto ma conservando un vincolo di destinazione. Sulla base di quanto disposto dall'articolo 18 del d.l. 18/2020, è stata prevista una specifica contabilizzazione per queste*

*risorse e, in caso di non utilizzo nell'esercizio, esse dovevano dar luogo ad un accantonamento ed essere utilizzate per le attività previste nel 2021”.*

La Regione ha fornito le informazioni in merito, coerentemente con quanto richiesto dall'art. 18 c. 1 d.l. n.18 del 2020.

Questa Procura ha così proceduto alla verifica dell'osservanza da parte della Regione della destinazione dei finanziamenti dedicati.

La Regione Piemonte ha illustrato l'articolata situazione in corso nei Tavoli di monitoraggio ministeriali della Salute ed Economia e Finanze, rappresentando come, fin dall'inizio dell'emergenza pandemica avesse chiesto alle aziende sanitarie di evidenziare i costi sostenuti per la pandemia da Covid-19 (anche a seguito delle diverse istanze di volta in volta formulate dalle strutture commissariali straordinarie nazionali).

Con d.g.r. 15-2139 del 23 ottobre 2020, sono stati assegnati ai direttori generali e ai Commissari straordinari delle Aziende sanitarie regionali gli obiettivi di attività per l'anno 2020, tra i quali, in particolare, quello di assicurare l'equilibrio economico-finanziario e la sostenibilità del SSR.

La Regione Piemonte ha fornito i dati trasmessi ad NSIS (Nuovo sistema sanitario nazionale), costituiti dai modelli di conto economico “CE” quarto trimestre/consuntivo 2020 delle Aziende sanitarie regionali, della GSA, del modello CE IV Trimestre 2020 riepilogativo regionale *‘999 nonché il CE IV Trimestre 2020 /consuntivo -per COVID Codice "COV20"*, specificando che si tratta di dati ancora provvisori, in quanto non sono ancora stati adottati i Bilanci di esercizio delle Aziende sanitarie regionali. Inoltre, anche nella nota integrativa acquisita al prot. n. 12758 del 2 luglio 2021, la Regione

segnala che i conti rappresentati dalle Aziende sanitarie per il quarto trimestre, non presentano le compensazioni previste dal d.l. n. 73 del 2021 e pertanto permangono nei conti gli accantonamenti (conseguenti ai rigidi vincoli della normativa) previsti dalla normativa previgente.

La Corte dei conti Sezioni Riunite in sede di controllo nel Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2021 ha osservato come

*“... Dai conti economici trasmessi a fine febbraio emerge una forte crescita degli accantonamenti: ciò sembrerebbe indicare che solo poco più della metà delle maggiori somme attribuite sia stato utilizzato nell’anno. Non sempre corretti, inoltre, appaiono i criteri di imputazione tra spese legate all’emergenza e attività ordinaria. Si tratta naturalmente di dati provvisori, oggetto di confronto tra Ministeri dell’economia e della salute e le regioni. I Tavoli di monitoraggio, al momento della chiusura del Rapporto, sono ancora in corso ...*

*“in una prima fase di confronto è emersa una difficoltà ulteriore per una valutazione dei risultati relativi alla gestione dei fondi Covid. Nella compilazione degli allegati B da parte delle regioni (rendicontazioni Covid) è emerso che non tutte hanno adottato il criterio corretto di imputazione. La compilazione dei costi Covid per linee di finanziamento doveva essere effettuata con una logica incrementale rispetto al costo che l’ente avrebbe comunque sostenuto, a valere sul finanziamento ordinario per le diverse linee di intervento. L’impiego in un reparto Covid di personale già dipendente dalla struttura ma in diverso reparto non poteva portare, ad esempio, a scontare tale costo tra quelli previsti per il rafforzamento del personale in base alle misure emergenziali. Ciò è invece accaduto con la conseguenza che, in alcuni casi, il costo Covid (che è un di cui del costo rilevato a CE) è risultato più alto dell’incremento di costo complessivo del personale*

*registrato nel 2020 rispetto al 2019...”. rappresentando la stessa difficoltà nella trattazione dei dati.*

Dal canto suo la Regione Piemonte ha rappresentato che: *“Rispetto al totale dei costi dichiarato al quarto trimestre 2020, l’acquisto di beni rappresenta il 35%, il costo del personale il 24% (incluse le collaborazioni di personale non dipendente e al netto dell’IRAP), gli accantonamenti (soprattutto quote inutilizzate prima del Decreto Legge n. 73 del 25/05/2021, che dovrebbero consentire un impiego di risorse con minor rigidità) il 20%, mentre l’acquisizione di servizi (al netto delle collaborazioni professionali e simili) si attesterebbe al 18%”.*

Occorre tener presente che la Regione, con successiva nota integrativa prot. n. 12758 del 2 luglio 2021, rispetto al separato modello CE “COV 20”, ha precisato come: *“le aziende hanno in linea di massima inserito i costi incrementali (sono ancora presenti delle piccole somme che potrebbero far pensare a dei ribaltamenti) ciò in linea con le ultime indicazioni ministeriali secondo le quali il CE COVID dovrebbe rappresentare non il documento in cui inserire tutti i COSTI COVID ma solamente quelli incrementali. Sono ancora in corso delle riunioni ministeriali con le singole regioni nelle quali verrà chiarita e formalizzata tale nuova indicazione ...”, “... nel CE al quarto trimestre mancano ancora dei ricavi ed in particolare: è in corso di perfezionamento il DM concernente il riparto tra le Regioni e le PA del Fondo di cui al c. 1 dell’art. 24 del DL n.41/2021 convertito in legge 21 maggio 2021, n. 69, fondo ammontante a 1 miliardo di euro” (a titolo di rimborso delle spese sostenute nell’anno 2020 per l’acquisto di dispositivi di protezione individuale e altri beni sanitari inerenti all’emergenza).*

Su tale punto, si fa presente che il 24 giugno 2021 in sede di Conferenza Stato-Regioni è stato ripartito il fondo dell’art. 24 d.l. n. 41 del 2021 destinato alle spese sostenute nel 2020 per l’acquisto di

dispositivi di protezione individuale e altre forniture necessarie a combattere l'emergenza Covid-19 ed alla Regione Piemonte sono spettati 82.250.000,00 euro. Le risorse concorrono all'equilibrio economico-finanziario dell'anno 2020 dei Servizi sanitari regionali e pertanto devono essere rilevate nei bilanci d'esercizio 2020 delle Aziende sanitarie. La Conferenza delle Regioni ha espresso forte preoccupazione sulla possibilità di rispettare i termini fissati dalla normativa vigente per l'approvazione dei bilanci.

Parimenti gli Uffici competenti della Regione Piemonte hanno rappresentato che *“Per quanto attiene i ricavi POR FESR attualmente nel CE a quarto trimestre è previsto un ricavo pari a 40 milioni e nel corso del 2021 è possibile un'ulteriore integrazione di 120.000.000”*.

Ad oggi quindi si dispone di dati provvisori e suscettibili di variazioni, considerato che non sono ancora stati approvati i bilanci di esercizio delle Aziende sanitarie regionali e conseguentemente il bilancio consolidato regionale.<sup>13</sup> In proposito si rappresenta che il c. 5 dell'art. 26 del d.l. 25 maggio 2021, n. 73 coordinato con la legge di conversione 23 luglio 2021, n. 106, ha previsto il termine del 15 settembre 2021 per l'approvazione da parte della Giunta regionale del Bilancio d'esercizio per l'anno 2020 degli enti del SSR, mentre ha

---

<sup>13</sup> Le Regioni individuano il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la Regione che è tenuto:

- all'elaborazione e all'adozione del bilancio di esercizio della gestione sanitaria accentrata presso la Regione;
- alla coerente compilazione, con il bilancio di esercizio della gestione sanitaria accentrata presso la Regione, dei modelli ministeriali conto economico (CE) e stato patrimoniale (SP);
- alla redazione del bilancio sanitario consolidato mediante il consolidamento dei conti della gestione accentrata stessa e dei conti degli enti del servizio sanitario regionale. In sede di consolidamento, il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la Regione garantisce la coerenza del bilancio sanitario consolidato con le risultanze dei modelli ministeriali conto economico (CE) e stato patrimoniale (SP). In sede di consolidamento, il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la Regione ed il responsabile della predisposizione del bilancio regionale, assicurano l'integrale raccordo e riconciliazione tra le poste iscritte e contabilizzate in termini di contabilità economico-patrimoniale e quelle iscritte in termini di contabilità finanziaria. Tale riconciliazione è obbligatoriamente riportata nella nota integrativa al bilancio consolidato del Servizio sanitario regionale.

Le Regioni individuano un responsabile regionale che certifichi, con riferimento alla gestione sanitaria accentrata presso la Regione:

- in sede di rendicontazione trimestrale, la regolare tenuta dei libri contabili e della contabilità, la riconciliazione dei dati della gestione accentrata con le risultanze del bilancio finanziario, la riconciliazione dei dati di cassa, la coerenza dei dati inseriti nei modelli ministeriali di rilevazione dei conti con le risultanze della contabilità;
- in sede di rendicontazione annuale, quanto indicato nella rendicontazione trimestrale, e la corrispondenza del bilancio alle risultanze della contabilità

differito il termine di approvazione del bilancio consolidato del SSR per l'anno 2020 da parte della Giunta regionale al 15 ottobre 2021.

§

### **2.7 Personale assunto per l'emergenza Covid-19**

Per contrastare l'emergenza sanitaria, al fine di ripartire le risorse di cui al d.l. n. 18 del 2020 e al d.l. n. 34 del 2020, la Giunta regionale con propri provvedimenti n. 13-2360 del 27 novembre 2020 e n. 37-2474 del 4 dicembre 2020, ha definito l'ammontare dei fondi *ad hoc* messi a disposizione delle Aziende per il reclutamento e l'incentivazione del personale medico e infermieristico. In particolare con d.g.r. n. 13-2360 del 27 novembre 2020 ha effettuato il riparto alle Aziende sanitarie pubbliche del SSR della quota parte delle risorse della l. 24 aprile 2020, n. 27, pari complessivamente per la Regione Piemonte ad euro 55.814.955,81.

Le Aziende Sanitarie hanno ottenuto risorse anche attraverso bandi indetti dal Dipartimento della Protezione Civile, specifiche per il *Contact Tracing*; al 26.03.2021, il personale addetto al servizio di CT risulta essere quello di cui alla seguente tabella:

Medici	Infermieri	Assistenti Sanitari	Personale Amministrativo	Altro personale	TOTALE
295	132	20	232	135	814

*Tabella 19 - Dati comunicati dalla Regione Piemonte*

Nell'ottica del potenziamento, parte del personale assunto è stata destinata al Dipartimento di Prevenzione, il quale presenta la seguente consistenza:

Medici	Infermieri	Assistenti Sanitari	Altro personale	TOTALE
404	258	63	887	1612

*Tabella 20 - Dati comunicati dalla Regione Piemonte*

Avuto riguardo al personale, in sintesi, si riporta la consistenza totale delle qualifiche reclutate (dato al 26 marzo 2021):

Medici	Infermieri	Altri profili	TOTALE
1073	1850	2786	5709

Tabella 21 - Dati comunicati dalla Regione Piemonte

La seguente tabella illustra l'andamento delle risorse fino al 26 marzo 2021:

REGIONE PIEMONTE - EMERGENZA COVID - ANDAMENTO RISORSE (dati estratti da RILEVAZIONE MINISTERIALE)				
DATA	TOTALE RISORSE RECLUTATE	di cui MEDICI	di cui INFERMIERI	di cui ALTRI PROFILI
30.07.2020	2.518	455	1.073	990
10.09.2020	2.501	428	1.055	1.018
24.09.2020	2.468	388	1.059	1.021
08.10.2020	2.503	357	1.087	1.059
22.10.2020	2.645	365	1.134	1.146
05.11.2020	3.184	514	1.273	1.397
12.11.2020	3.492	625	1.318	1.549
19.11.2020	3.827	811	1.265	1.751
26.11.2020	4.353	871	1.353	2.129
03.12.2020	4.445	963	1.353	2.129
10.12.2020	4.653	992	1.418	2.243
17.12.2020	4.799	1011	1.453	2.335
07.01.2021	4.954	971	1.538	2.445
14.01.2021	5.047	984	1.552	2.511
21.01.2021	5.104	990	1.566	2.548
28.01.2021	5.004	861	1.564	2.579
04.02.2021	5.105	891	1.612	2.602
11.02.2021	5.187	928	1.651	2.608
18.02.2021	5.254	965	1.695	2.594
25.02.2021	5.298	968	1.706	2.624
05.03.2021	5.404	968	1.763	2.673
26.03.2021	5.709	1.073	1.850	2.786

Tabella 22 - Dati comunicati dalla Regione Piemonte

## ***2.8 Unità Speciali di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.)***

In ottemperanza all'art. 8 del d.l. n. 14 del 2020, poi confluito nell'art. 4 *bis* del d.l. n. 18 convertito in l. n. 27 del 2020, al fine di supportare le azioni e gli interventi di medicina territoriale destinati a fronteggiare e a prevenire il diffondersi dell'epidemia da Covid 19, sono state istituite presso le Aziende Sanitarie Locali le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (d'ora in avanti: USCA). Le USCA sono state attivate a partire dal mese di aprile e sono state implementate secondo i parametri previsti dalla normativa nazionale nel mese di maggio del 2020. Per l'intervento sono state stanziare risorse pari a 61 milioni di euro, complessivamente impegnati per spese di personale.

Al 31 dicembre 2020 nelle 12 ASL della Regione Piemonte erano presenti 88 USCA, articolate su base distrettuale e/o sub-distrettuale, per un costo complessivo riferito a medici e personale di supporto di euro 16.500.000 per l'anno 2020 di cui euro 10.957.564,00 a valere sulle risorse del d.l. n. 18 del 2020, convertito in l. n. 27 del 2020, ed euro 5.542.436,00 a valere sulle risorse del d.l. n. 34 del 2020, convertito in l. n. 77 del 2020. Con successivo atto le suddette risorse sono state assegnate alle aziende sulla base della rendicontazione e sono state interamente trasferite. Il suddetto importo include anche la corresponsione della quota oraria prevista dall'art. 4 *bis*, c. 1, d.l. n. 18 del 2020, convertito in l. n. 27 del 2020, per i medici convenzionati e dall'art. 1, c. 7, d.l. n. 34 del 2020, convertito in l. n. 77 del 2020, per gli assistenti sociali operanti nelle USCA che, a livello regionale, sono rispettivamente n. 611 unità di personale medico e n. 23 unità nel profilo professionale di assistente sociale.

