REGIONE DEL VENETO

Piano strategico-operativo regionale 2021-2023

recante

"Indicazioni *ad interim* di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale"

Documento programmatico

A cura della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Francesca Russo[1], Michele Mongillo[1], Michele Tonon[1], Serena Speranza[1], Francesca Zanella[1], Federica Michieletto[1], Debora Ballarin[1], Chiara Zampieri[2], Michele Nicoletti[2], Filippo Da Re[1], Sara Rosafio[1], Sara Gastaldello[1]

e del Gruppo di Coordinamento Regionale del Piano regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (2021-2023):

Vincenzo Baldo[2], Vittoria Bernkopf[3], Patrizia Bonesso[4], Mauro Bonin[4], Gioia Capelli[5], Mirko Claus[6], Marco Nardin[6], Ylenia Rizzolo[6], Francesco Cobello[7], Paola Deambrosis[8], Paolo Fattori[3], Giuseppe Gagni[9], Stefano Kusstatscher[10], Rita Mottola[8], Claudio Pilerci[6], Mario Rassu[11], Alberto Reggiani[12], Paolo Rosi[13], Giovanna Scroccaro[8], Evelina Tacconelli[14], Calogero Terregino[5], Monica Troiani[15]

[1] *Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria*
[2] *Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica, Unità di Igiene e Sanità Pubblica - Università degli Studi di Padova*
[3] *Direzione Edilizia Ospedaliera e finalità collettiva*
[4] *Direzione Risorse Strumentali SSR*
[5] *Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie*
[6] *Direzione Programmazione sanitaria*
[7] *Fondazione Scuola di Sanità Pubblica*
[8] *Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici*
[9] *Direzione Servizi Sociali*
[10] *UOC Rischio Clinico Azienda Zero*
[11] *Coordinamento Rete regionale dei Laboratori di Microbiologia*
[12] *Ufficio Stampa Regionale*
[13] *Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza*
[14] *Dipartimento di Diagnostica e di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona*
[15] *Direzione Sanitaria Azienda Zero*

Anno 2022

SOMMARIO

RAZIONALE

Premessa

Struttura del Piano Pandemico Regionale

Metodologia di stesura del Piano

Fase 1: preparazione e analisi

Fase 2: sviluppo del Piano

Fase 3: valutazione, finalizzazione e disseminazione del Piano

OBIETTIVI E DEFINIZIONE DELLA GOVERNANCE

1. Obiettivi e finalità

2. La Preparedness e la Readiness

3. Sintesi dei provvedimenti regionali per la preparedness di piani pandemici

4. Assetto organizzativo della catena di comando

4.1 Livello Regionale

Unità di Crisi

Gruppo di Coordinamento regionale PanFlu

Comitato dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale Modalità di attivazione della catena di comando

Comitato regionale di recupero

4.2 Livello Aziendale

Comitato per l'Emergenza di Sanità Pubblica (CESP)

Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR)

5. Coordinamento con altri enti ed amministrazioni pubbliche

6. Modalità di comunicazione interna

7. Modalità di comunicazione esterna

7.1 Campagne informative e comunicative rivolte alla popolazione

7.2 Gestione di richieste, quesiti, segnalazioni e proposte

8. Aspetti etici

DEFINIZIONE DELLE FASI PANDEMICHE E DELLE AZIONI

9. Organizzazione regionale del piano e macroaree di riferimento

10. Descrizione delle fasi pandemiche

FASE INTER-PANDEMICA

11.1 Coordinamento della governance

11.2 Sorveglianza epidemiologica e virologica

11.3 Servizi sanitari di prevenzione

11.4 Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali

11.5 Servizi sanitari ospedalieri

11.6 Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario

11.7 Approvvigionamento di DPI, medicinali, fornitura di dispositivi medici essenziali

11.8 Formazione continua degli operatori differenziata per setting e per figure professionali

11.9 Comunicazione interna ed esterna

11.10 Ricerca e Sviluppo

11.11 Razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali

11.12 Sorveglianza negli animali e nelle popolazioni professionalmente esposte allo spillover

11.13 Valutazione e stima delle risorse economiche e del personale

FASE DI ALLERTA

12.1 Coordinamento della Governance

12.2 Sorveglianza epidemiologica e virologica

12.3 Servizi sanitari di prevenzione

12.4 Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali

12.5 Servizi Sanitari Assistenziali Ospedalieri

12.6 Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario

12.7 Approvvigionamento di DPI, medicinali, fornitura di dispositivi medici essenziali

12.8 Formazione continua degli operatori differenziata per setting e per figure professionali

12.9 Comunicazione interna ed esterna

12.10 Ricerca e Sviluppo

12.11 Razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio – sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali

12.12 Sorveglianza negli animali e nelle popolazioni professionalmente esposte allo spillover

12.13 Valutazione e stima delle risorse economiche e del personale

FASE PANDEMICA

13.1 Coordinamento della Governance

13.2 Sorveglianza epidemiologica e virologica

13.3 Servizi sanitari di prevenzione

13.4 Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali

13.5 Servizi sanitari ospedalieri

13.6 Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario

13.7 Approvvigionamento di DPI, medicinali, fornitura di dispositivi medici essenziali

13.8 Formazione continua degli operatori differenziata per setting e per figure professionali

13.9 Comunicazione interna ed esterna

13.10 Ricerca e Sviluppo

13.11 Razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio – sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali

13.12 Sorveglianza negli animali e nelle popolazioni professionalmente esposte allo spillover

13.13 Valutazione e stima delle risorse economiche e del personale

FASE DI TRANSIZIONE

14.1 Coordinamento della Governance

14.2 Sorveglianza epidemiologica e virologica

14.3 Servizi Sanitari di Prevenzione

14.4 Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario

14.5 Ricerca e Sviluppo

14.6 Razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio – sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali

14.7 Valutazione e stima delle risorse economiche e del personale

RAZIONALE

Premessa

Una pandemia, definita come un'epidemia globale con tendenza a diffondersi ovunque, generata da virus influenzali per i quali non vi è alcuna immunità preesistente nella popolazione generale, può avere un impatto importante sulla comunità e sull'economia di un Paese.

Negli ultimi 100 anni, la popolazione mondiale ha dovuto affrontare molte pandemie, dalla Spagnola del 1918 fino alla pandemia di COVID-19, ciascuna delle quali ha causato milioni di morti. La natura variabile e mutevole dei virus influenzali obbligano a rafforzare la preparazione per la gestione delle minacce sanitarie, imponendo una preparazione ed una pianificazione attenta, per mitigare il rischio e l'impatto di eventuali pandemie.

Il **Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante "Indicazioni *ad interim* di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale"** - da qui Piano Pandemico Regionale - è uno strumento operativo che traduce le indicazioni del "Piano Strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023" (Accordo Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano del 25.01.2021), rendendole attuali ed attuabili a livello della Regione del Veneto, aggiornando e sostituendo i precedenti Piani Pandemici Influenzali.

Il Piano Pandemico Regionale, come quello nazionale, a partire dall'attuale situazione di emergenza si colloca in una prospettiva temporale di medio termine e individua altresì alcuni elementi strategici e operativi comuni utilizzabili anche per i casi di circolazione di altri agenti patogeni.

Con la **DGR n. 640 del 20.05.2021** la Regione del Veneto ha recepito il **"Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)"**, impegnandosi a sviluppare e implementare quanto proposto dal documento nazionale.

L'ottica che ha guidato la stesura del presente Piano Pandemico Regionale è stata quella di costituire uno strumento operativo di indirizzo e supporto per le figure istituzionali di riferimento e per gli altri attori coinvolti, nel perseguimento dell'obiettivo di rafforzare la preparazione e la risposta nei confronti di una possibile futura pandemia da virus influenzale o da altri virus respiratori altamente trasmissibili e ad alta patogenicità.

In particolare, il presente Piano Pandemico Regionale ha lo scopo di facilitare, oltre al processo decisionale, l'uso razionale delle risorse, l'integrazione, il coordinamento degli attori coinvolti e la gestione della comunicazione. Inoltre, al termine della pandemia, dovrebbe guidare le azioni per consentire un ritorno alle normali attività, tenendo conto della possibilità di nuove ondate dell'epidemia.

Il Piano Pandemico Regionale, pensato come l'inizio di un percorso strutturato secondo la dinamicità del ciclo di *preparedness*, ha una durata di tre anni e prevede un percorso di monitoraggio della realizzazione di tutte le attività previste nella fase inter-pandemica, la realizzazione di esercitazioni periodiche e infine la sua revisione.

Per definire l'attuazione del percorso è stata individuata una rete di referenti del Servizio Sanitario Regionale per le varie aree tematiche che compongono il Piano Pandemico Regionale (Gruppo di Coordinamento Regionale PanFlu che corrisponde al Comitato Pandemico Regionale individuato dal Piano Strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale - PanFlu 2021-2023). Sono state inoltre individuate le aree trasversali alle macroaree definite nel piano nazionale, identificati i diversi attori coinvolti nelle azioni previste e stretto accordi con altri enti pubblici, sia interni che esterni al Servizio Sanitario Regionale, quali l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, le Università degli Studi di Padova e Verona, la Fondazione Scuola di Sanità Pubblica.

Questo permette la strutturazione di un modello di *governance* interistituzionale e intersettoriale rivolta all'integrazione e alla messa in sinergia di tutte le risorse disponibili a livello regionale e locale. L'intersettorialità dunque si qualifica come strumento principale per pianificare in maniera congiunta e condividere gli obiettivi e le azioni definite nel presente Piano Pandemico Regionale al fine di essere preparati a fronteggiare nel miglior modo possibile una eventuale futura pandemia.

Struttura del Piano Pandemico Regionale

Il presente Piano Pandemico Regionale è strutturato con un'introduzione, due parti centrali e tre appendici. Di seguito si descrivono le diverse sezioni di cui il Piano si compone.

Tabella 1. Prospetto di sintesi sulla strutturazione del Piano Pandemico Regionale

SEZIONI	TITOLO	DESCRIZIONE
Introduzione	Razionale	Illustra gli elementi di premessa al Piano, la struttura in cui è articolato e la metodologia con cui è stato redatto
Parte I	Obiettivi e definizione della governance regionale	Definisce il quadro generale del Piano e gli obiettivi. Sono precisati i ruoli, le figure di riferimento ed i loro compiti e viene descritto l'assetto organizzativo della catena di comando sia a livello regionale che di azienda sanitaria. Vengono inoltre descritte le strategie per la comunicazione interna al sistema sanitario e quella esterna verso *stakeholders* e popolazione.
Parte II	Definizione delle fasi pandemiche e delle azioni ● Inter-pandemica ● Allerta ● Pandemica ● Transizione	Descrive le fasi pandemiche e gli interventi specifici di ogni singola fase per macroarea secondo specifico *format*. La seconda parte contiene quindi una sezione con la descrizione della fase pandemica di riferimento e le azioni intraprese e una sezione descrittiva delle attività per ogni macro area sia a livello regionale sia a livello locale.
Allegato B	Mappature della rete dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri della Regione del Veneto	Contiene la mappatura della rete dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri con dettaglio dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici
Allegato C	Profilo di salute della popolazione del Veneto	Contiene il profilo di salute della popolazione del Veneto relativo ai dati dei sistemi di sorveglianza regionali degli ultimi 5 anni del periodo pre-pandemico (2019)
Allegato D	Documenti attuativi	Contiene tutti i documenti attuativi redatti dalle macroaree di competenza

Metodologia di stesura del Piano

Fase 1: preparazione e analisi

Per la stesura del presente Piano Pandemico Regionale, a seguito della pubblicazione in Gazzetta Ufficiale e dell'approvazione della Delibera di recepimento, è stato istituito un **Gruppo di Coordinamento Regionale** costituito da una rete di referenti del Servizio Sanitario Regionale per le varie aree tematiche che compongono il Piano, e formalizzato con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 102 del 5.10.2021. Sono state inoltre individuate le aree trasversali alle macroaree definite nel piano nazionale, identificati i diversi attori coinvolti nelle azioni previste dal Piano e stretto accordi con altri enti pubblici, sia interni che esterni al Servizio Sanitario Regionale, quali l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, le Università degli Studi di Padova e Verona, la Fondazione Scuola di Sanità Pubblica.

Il gruppo multidisciplinare e multisettoriale è stato informato sul proprio ruolo e responsabilità e ha effettuato una prima lettura approfondita del documento nazionale in tutti i suoi contenuti. Successivamente sono state estrapolate le azioni di pertinenza della Regione per ogni macroarea di riferimento e sono state predisposte le rispettive schede. Dopo un primo incontro tra i componenti del gruppo per un confronto sulla lettura e analisi del documento nazionale, lo stesso si è riunito periodicamente per la discussione delle schede di ogni singola macroarea.

Fase 2: sviluppo del Piano

Si è proceduto a definire un *format* per la descrizione degli **obiettivi e delle attività individuati per ogni macroarea e per ogni fase pandemica**. Dopo un costante confronto, attraverso il quale sono state effettuate integrazioni e sono state raccolte osservazioni, sono stati costituiti sottogruppi di lavoro per ogni singola area tematica per un più attento collegamento con il territorio e per discutere le criticità emerse nell'esperienza pandemica attuale. In tale analisi è stata posta particolare attenzione alla valutazione delle interconnessioni con altri piani quali il **"Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025"**, il **"Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019"** e il **"Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza 2017-2020"**.

Da un confronto con le altre Regioni si è giunti alla necessità che i Piani regionali rispondessero a dei criteri univoci di stesura, pertanto, in seguito alla seduta della Commissione Salute del 24.09.2021 è stata avviata una interlocuzione con le Regioni e con il Ministero della Salute sulla possibilità di utilizzare il *format* sintetico standardizzato e la *check-list* per facilitare le Regioni nella stesura del Piano e consentire una più agevole disamina da parte del Ministero dei documenti programmatici al fine di rispettare la tempistica definita dal Piano Pandemico Nazionale. Le *check-list* sono state calate nell'attuale realtà regionale, considerando le lezioni apprese dalla pandemia del 2009 e dalla pandemia da COVID-19 quando rilevanti per una futura pandemia influenzale e definendo in una tabella gli elementi essenziali e auspicabili.

Il gruppo di lavoro ha quindi realizzato una prima bozza del piano e dei suoi allegati. Come previsto per la stesura dei Piani di Prevenzione Regionali 2020-2025, alla data del 29.10.2021 con l'invio del documento al Ministero si apre la fase interlocutoria in cui è possibile effettuare integrazioni e modifiche al documento. Nei successivi 120 giorni (fino al 28.02.2022) le Regioni provvederanno alla stesura dei documenti attuativi previsti dal Piano nazionale.

Fase 3: valutazione, finalizzazione e disseminazione del Piano

Il presente Piano Pandemico Regionale, una volta approvato, sarà trasmesso alle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto per la sua declinazione a livello territoriale ed ogni singola Azienda avrà il compito di redigere il proprio Piano Pandemico Aziendale entro il 31.12.2022, definendo e incaricando uno specifico Gruppo di Coordinamento aziendale PanFlu.

Il piano prevede la realizzazione di una esercitazione, su indicazione nazionale, per valutare, rivedere e aggiornare il Piano e per identificare criticità e aree di miglioramento.

PARTE I

OBIETTIVI E DEFINIZIONE DELLA GOVERNANCE

1. Obiettivi e finalità

L'obiettivo generale del Piano Pandemico Regionale è rafforzare la *preparedness* nella risposta ad una futura pandemia influenzale a livello locale, con lo scopo di:

- proteggere la popolazione, riducendo il più possibile trasmissibilità, morbilità e mortalità di una possibile pandemia da virus influenzali o emergenti ad alta trasmissibilità;
- tutelare la salute degli operatori sanitari e del personale coinvolto nell'emergenza;
- ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali;
- preservare il funzionamento della società e le attività economiche.

L'obiettivo generale sarà attuato attraverso i seguenti obiettivi specifici:

- pianificare le attività in caso di pandemia influenzale;
- definire ruoli e responsabilità dei diversi soggetti a livello regionale e locale per l'attuazione delle misure previste dalla pianificazione e altre eventualmente decise;
- sviluppare un ciclo di formazione per tutti i soggetti coinvolti;
- mantenere il monitoraggio e l'aggiornamento continuo del piano per favorire l'implementazione dello stesso e monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi;
- promuovere le iniziative di comunicazione del rischio rivolte alla popolazione.

2. La *Preparedness* e la *Readiness*

La *preparedness* nelle emergenze di sanità pubblica comprende tutte le attività volte a minimizzare i rischi posti dalle malattie infettive e a mitigare il loro impatto durante un'emergenza di sanità pubblica, a prescindere dalla entità dell'evento (locale, regionale, nazionale, internazionale). Durante un'emergenza di sanità pubblica sono richieste capacità di pianificazione, coordinamento, diagnosi tempestiva, valutazione, indagine, risposta e comunicazione.

La *readiness* come definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è la capacità di rispondere in modo tempestivo ed efficace alle emergenze/disastri mettendo in pratica le azioni realizzate nella *preparedness*.

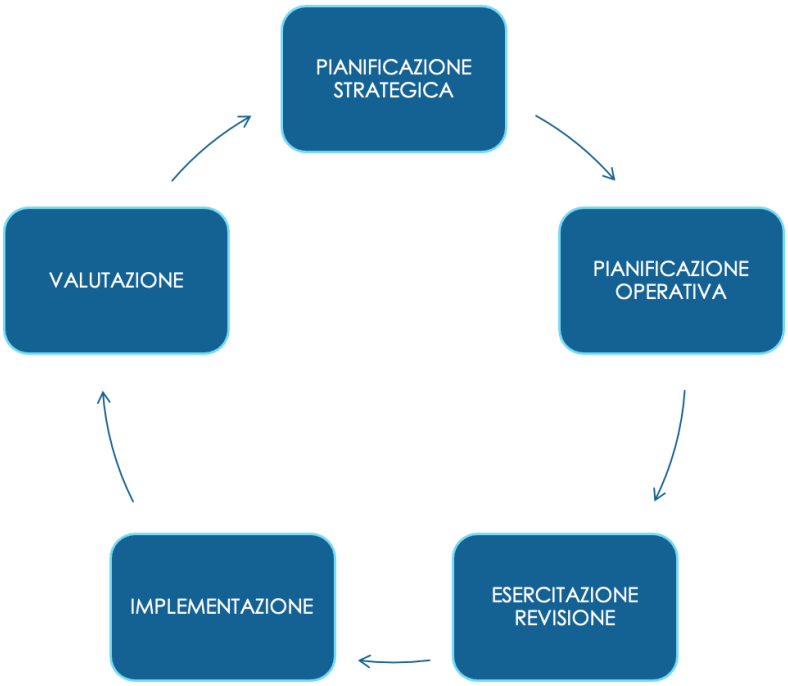
La *preparedness* alle pandemie è più efficace se si basa su principi generali che guidano la pianificazione della preparazione a qualsiasi minaccia per la salute pubblica. In particolare:

- la preparazione alle pandemie, per quanto possibile, dovrebbe mirare a rafforzare i sistemi esistenti piuttosto che a svilupparne di nuovi, in particolare le componenti dei sistemi di sorveglianza di prevenzione e controllo dell'influenza stagionale e animale;
- lo stanziamento delle risorse deve essere adeguato relativamente a tutti gli aspetti della preparazione e della risposta alla pandemia;
- la risposta alla pandemia richiede lo sviluppo di piani di continuità operativa che coinvolgano tutti gli altri settori che potrebbero essere colpiti da una pandemia;
- la risposta a una pandemia deve essere basata su evidenze, se disponibili, e commisurata alla minaccia, in conformità con il Regolamento Sanitario Internazionale (RSI);
- la pianificazione dovrebbe essere basata su scenari di diversa gravità, mentre la risposta si basa sulla situazione reale determinata dalle valutazioni dei rischi nazionali e globali.

La pianificazione strategica a livello regionale è necessaria per identificare e coinvolgere le principali parti interessate di tutti i settori e livelli amministrativi e per definire le componenti chiave della risposta regionale a una pandemia, sulla base di una serie di ipotesi di pianificazione realistiche e basate sul rischio, che tengano conto del fatto che non è possibile prevedere in anticipo la gravità o l'impatto di una pandemia futura.

La risposta regionale deve basarsi su valutazioni del rischio nazionali che consentano di attuare misure di risposta nelle diverse fasi di una pandemia.

Figura 1. Elementi chiave del ciclo di pianificazione pandemico; fonte: Piano Strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023.



3. Sintesi dei provvedimenti regionali per la *preparedness* di piani pandemici

- DGR n. 323 del 13.02.2007 "Piano Regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale";
- DGR n. 4181 del 30.12.2008 ha istituito il CCMR, organismo che si pone in relazione funzionale con la Direzione Prevenzione della Regione e si interfaccia con il Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie;
- DDR n. 20 del 30.04.2009, ha formalizzato l'istituzione di una task force regionale per la definizione di un protocollo per la gestione dei casi sospetti di influenza H1N1;
- DGR n. 2315 del 28.07.2009 ha definito il Coordinamento Regionale per la prevenzione e il controllo delle Malattie (CCMR);
- DGR n. 443 del 20.03.2012 "Piano per la preparazione e la risposta ad emergenze di sanità pubblica con particolare riferimento alle emergenze di natura infettiva;
- DGR n. 782 del 16.06.2020 "Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 - Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Attuazione delle misure in materia sanitaria."
- DGR n. 640 del 20.05.2021 "Recepimento dell'accordo in Conferenza Stato Regioni sul Documento "Accordo ai sensi dell'Art. 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 (Pan Flu 2021-2023)";
- DDR n. 102 del 5.10.2021 "Piano Strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Pan Flu 2021-2023)". Costituzione del Gruppo di Coordinamento Regionale PanFlu 2021-2023".

4. Assetto organizzativo della catena di comando

Di seguito è rappresentato l'assetto organizzativo, con la descrizione di ruolo, composizione, modalità di attivazione e di interrelazione dei diversi soggetti coinvolti nella gestione delle diverse fasi pandemiche. Si precisa che l'individuazione delle specifiche strutture di riferimento dovrà essere adattata all'organizzazione vigente al momento dello stato di necessità.

Tabella 2. Sintesi del modello organizzativo della catena di comando

FASI	LIVELLO REGIONALE	LIVELLO AZIENDALE

Allerta e Pandemica	• Unità di Crisi
	• Comitato dei Direttori Generali
	• Gruppo di Coordinamento regionale PanFlu
	  ○ *Task Force* Operativa regionale
	  ○ Comitato Tecnico Scientifico regionale
		• Comitato per l'Emergenza di Sanità Pubblica (CESP)
		• Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR)

Transizione	• Comitato Regionale di Recupero
	• Comitato dei Direttori Generali
	• Gruppo di Coordinamento regionale PanFlu
	  ○ *Task Force Operativa regionale*
	  ○ *Comitato Tecnico Scientifico regionale*
		• Comitato per l'Emergenza di Sanità Pubblica (CESP)
		• Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR)

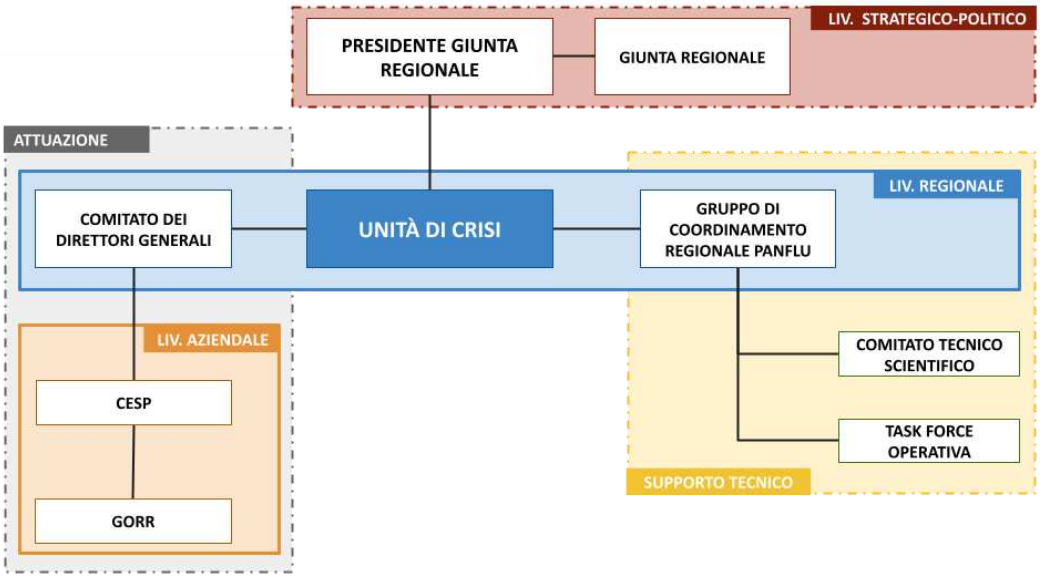
Inter-pandemica	• Gruppo di Coordinamento regionale PanFlu	• Gruppo di Coordinamento aziendale PanFlu

Nelle fasi di allerta, il Presidente della Giunta Regionale attiva l'Unità di Crisi. L'Unità di Crisi si avvale, da un lato, del supporto del Gruppo di Coordinamento regionale PanFlu per la definizione degli aspetti generali di strategia, coordinamento e monitoraggio della gestione emergenziale, dall'altro del Comitato dei Direttori Generali, per la definizione delle strategie operative e l'attuazione delle riorganizzazioni necessarie a fronteggiare l'emergenza, in considerazione dell'analisi delle diverse criticità strategico/organizzative e delle specificità aziendali.

Il Gruppo di Coordinamento regionale PanFlu si avvale delle competenze tecnico-scientifiche garantite dal Comitato Tecnico Scientifico e dalla *Task Force* Operativa.

Ciascun Direttore Generale delle Aziende ULSS/AO garantisce l'attuazione aziendale delle misure necessarie definite a livello regionale, raccordandosi con il Comitato per l'Emergenza di Sanità Pubblica (CESP) dell'Azienda di afferenza per la valutazione e l'analisi degli aspetti strategici e operativi locali. A livello aziendale, il CESP attiva il Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR) per le proprie funzioni di "*epidemic intelligence*" e di gestione operativa dell'emergenza di sanità pubblica.

Figura 2. Schema di governance



4.1 Livello Regionale

Unità di Crisi

L'Unità di Crisi è una struttura operativa di raccordo tra il Presidente della Giunta Regionale (soggetto attuatore - livello strategico-politico), la Protezione Civile e le strutture dell'Assessorato alla Sanità, Servizi Sociali e Programmazione Socio-Sanitaria e l'Assessorato all'Ambiente, Clima, Protezione Civile, Dissesto idrogeologico da cui dipende la Protezione Civile.

Tabella 3. Composizione dell'Unità di Crisi

ENTE/STRUTTURA	COMPONENTI	NOTE
Regione del Veneto	Presidente della Giunta Regionale	Con il ruolo di soggetto attuatore
Regione del Veneto	Assessore alla Sanità, Servizi Sociali e Programmazione Socio-Sanitaria	
Regione del Veneto	Assessore all'Ambiente, Clima, Protezione Civile, Dissesto idrogeologico	
Area Sanità e Sociale	Direttore Area Sanità e Sociale	Con funzione di raccordo con il Comitato dei Direttori Generali
Area Tutela e sicurezza del Territorio	Direttore Area Tutela e sicurezza del Territorio	Con funzione di coordinamento dell'Unità di Crisi
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria	Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria	Con funzione di raccordo con il Gruppo di coordinamento regionale PanFlu
Direzione Affari Legislativi	Direttore Direzione Affari legislativi	
Direzione Protezione Civile, Sicurezza e Polizia Locale	Direttore Direzione Protezione Civile, Sicurezza e Polizia Locale	Con funzione di coordinamento delle attività volte a fronteggiare l'emergenza
Azienda Zero	Direttore Generale Azienda Zero	Con funzione trasversale e di supporto alle Aziende del SSR
Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza	Coordinatore del Servizio Urgenza Emergenza	
Altro	Strutture/Direzioni/Unità operative specifiche per competenza	

L'Unità di Crisi si avvale del Gruppo di Coordinamento regionale PanFlu 2021-2023 e del Comitato dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Gruppo di Coordinamento regionale PanFlu

Il Gruppo di Coordinamento regionale PanFlu è il gruppo di riferimento per la stesura, l'aggiornamento e il monitoraggio del Piano Pandemico Regionale e corrisponde al Comitato Pandemico Regionale individuato dal Piano Strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale - PanFlu 2021-2023. Nelle fasi di allerta e pandemica fornisce supporto tecnico-scientifico direttamente all'Unità di Crisi.

Tabella 3. Composizione del Gruppo di Coordinamento Regionale PanFlu

ENTE/STRUTTURA	COMPONENTI	NOTE
Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria	Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria	con funzione di coordinamento
Direzione Programmazione sanitaria	Direttore della Direzione Programmazione sanitaria	
Direzione Risorse Strumentali SSR	Direttore della Direzione Risorse Strumentali SSR	
Direzione Farmaceutico - Protesica - Dispositivi medici	Direttore della Direzione Farmaceutico - Protesica - Dispositivi medici	
Direzione Servizi Sociali	Direttore della Direzione Servizi Sociali	

Direzione Edilizia Ospedaliera e finalità collettiva	Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera e finalità collettiva	
U.O. Cure primarie	Direttore U.O. Cure primarie	
U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica	Direttore U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica	
Coordinamento Regionale Microbiologie	Coordinatore della Rete Regionale dei Laboratori di Microbiologia	
Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza	Coordinatore del Servizio Urgenza Emergenza	
Ufficio Stampa Regionale	Referente Ufficio Stampa Regionale	
Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie	Referente dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie	
Azienda Zero	Referente di Azienda Zero	
Università degli Studi di Padova	un Professore ordinario di Igiene e Medicina Preventiva del Dipartimento di Scienze Cardiologiche toraciche e vascolari, Unità di Igiene e Sanità Pubblica - Università degli Studi di Padova	
Università degli Studi di Verona	un Professore ordinario di Malattie Infettive del Dipartimento di Diagnostica e di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona	
Fondazione Scuola di Sanità Pubblica	Direttore della Fondazione Scuola di Sanità Pubblica	

È prevedibile, secondo necessità emergenti, l'integrazione con apporti tecnici ulteriori in funzione alle fasi pandemiche, delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle raccomandazioni nazionali ed internazionali.

Il Gruppo di Coordinamento regionale PanFlu può avvalersi di:

- una ***Task Force* operativa**, composta da figure professionali specifiche in funzione della loro competenza, per la valutazione di elementi operativi ed organizzativi;
- un **Comitato Tecnico Scientifico** composto da specifiche figure professionali in funzione della loro competenza, per la valutazione di aspetti di carattere tecnico e scientifico inerenti a linee di indirizzo su ambiti e/o *setting* specifici.

Comitato dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale

Il Comitato dei Direttori Generali, nella fase di allerta e nella fase pandemica, è attivato in raccordo con l'Unità di Crisi. La sua composizione è di seguito riportata.

Tabella 3. Composizione del Comitato dei Direttori Generali

ENTE/STRUTTURA	COMPONENTI	NOTE
Area Sanità e Sociale, Regione Veneto	Direttore dell'Area Sanità e Sociale	Con funzione di coordinamento
Area Sanità e Sociale, Regione Veneto	Direttori delle Direzioni dell'Area Sanità e Sociale	
Azienda Zero	Direttore Generale	
Aziende ULSS	Direttori Generali (n. 9)	Con funzione di raccordo con i CESP dell'Azienda ULSS di afferenza
Aziende Ospedaliere	Direttori Generali (n. 2)	
Istituto Oncologico Veneto	Direttore Generale	

Il Comitato svolge funzioni di raccordo e coordinamento per la definizione delle strategie operative e l'attuazione delle riorganizzazioni necessarie a fronteggiare l'emergenza, in stretto coordinamento con l'Unità di Crisi Regionale. Il Comitato rappresenta e analizza le diverse criticità strategico/organizzative e le specificità aziendali, al fine di definire le soluzioni operative da attuare nel territorio e nell'ambito di competenza delle singole Aziende. Il Direttore Generale di ogni Azienda ULSS garantisce funzione di raccordo con il Comitato per l'Emergenza di Sanità Pubblica (CESP) dell'Azienda di afferenza.

Il Comitato dei Direttori Generali, nelle fasi di allerta e pandemica, è convocato regolarmente e mantiene uno stretto coordinamento, anche con frequenza quotidiana.

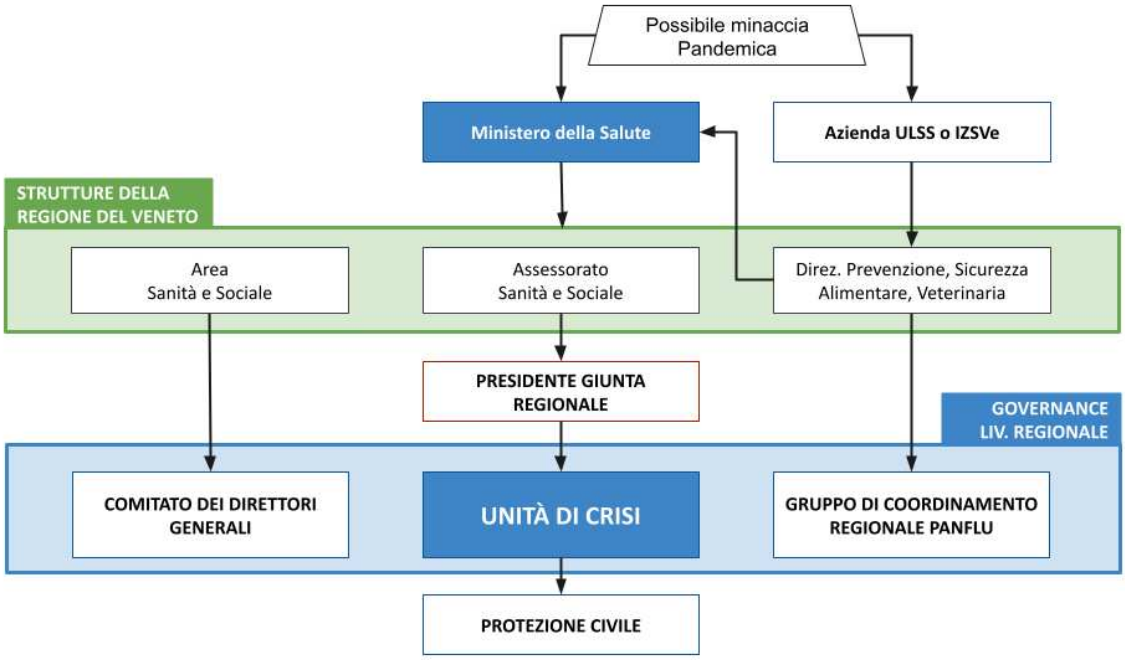
Modalità di attivazione della catena di comando

Il Ministero della Salute comunica alla Regione (Assessorato - Area Sanità e Sociale - Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria) una possibile minaccia legata all'emergere di un agente patogeno a potenziale pandemico (la comunicazione di una possibile minaccia potrebbe derivare anche da una Azienda Sanitaria o dall'IZSVe: in tal caso, la Regione ne dà informazione al Ministero della Salute per gli adempimenti successivi e per la formalizzazione dell'allerta).

A seguito di tale comunicazione:

- l'**Assessorato alla Sanità e Sociale** informa l'Ufficio di Presidenza;
- il **Presidente** convoca l'Unità di Crisi;
- il **Dipartimento di Protezione Civile** coordina le attività volte a fronteggiare l'emergenza, in linea con le disposizioni della Protezione Civile Nazionale;
- l'**Area Sanità e Sociale** convoca tempestivamente il comitato dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale;
- la **Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria** convoca tempestivamente il Gruppo di Coordinamento regionale PanFlu.

Figura 3. Schema di attivazione della catena di comando



Comitato regionale di recupero

In fase di transizione, esaurito il ruolo e le funzioni dell'Unità di Crisi, è istituito Il Comitato Regionale di recupero.

Il Comitato Regionale di Recupero ha la funzione di coordinare, promuovere e monitorare l'attività di ripresa e di recupero delle azioni ordinarie al termine dell'emergenza pandemica.

il Comitato Regionale di Recupero è composto dalle Strutture Regionali di riferimento e, in funzione delle caratteristiche dell'emergenza, può essere integrato con altre figure anche delle Aziende Sanitarie rappresentative delle esigenze territoriali.

4.2 Livello Aziendale

L'assetto di seguito riportato aggiorna l'organizzazione delle Aziende per le emergenze di sanità pubblica definita nella DGR n. 443 del 20.03.2012 e nella successiva DGR n. 782 del 16.06.2020.

Comitato per l'Emergenza di Sanità Pubblica (CESP)

Il CESP è istituito dal Direttore Generale quale nucleo direzionale sanitario, sia nella fase di preparazione della risposta all'emergenza, sia in corso di crisi, ed è composto da:

Tabella 3. Composizione del Comitato per l'Emergenza di Sanità Pubblica (CESP) delle Aziende ULSS

STRUTTURA/SERVIZIO	COMPONENTI	NOTE
Direzione Strategica	Direttore Generale e/o Direttore Sanitario	Con ruolo di raccordo con le strategie e la pianificazione regionale per il tramite del Comitato Regionale dei Direttori Generali
Direzione Strategica	Direttore Sanitario	Con funzione di coordinamento del CESP
Servizi Sanitari di Prevenzione	Direttore del Dipartimento di Prevenzione	
Servizi di Igiene e Sanità Pubblica	Direttore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica	Con funzione di Punto di Contatto e di raccordo con i GORR Aziendali
Servizi sanitari ospedalieri	Direttore della Funzione Ospedaliera	
Servizi sanitari assistenziali territoriali	Direttore della Funzione Territoriale	
Professioni sanitarie	Responsabile Professioni Sanitarie	

In funzione delle caratteristiche dell'emergenza, il Direttore Generale può integrare la composizione del CESP con altre figure (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Direttore Amministrativo, Direzione dei Servizi Socio-Sanitari, Direttore Servizio Veterinario, Direttore Servizio Farmaceutico, Direttore del Laboratorio di Microbiologia, etc). Inoltre, il Direttore Generale si attiva per coinvolgere nel CESP, quando la situazione lo richiede, un referente ARPAV o un referente IZSVe o un referente di eventuali altri Enti (es. protezione civile locale).

Per le Aziende ULSS sul territorio delle quali insiste l'Azienda Ospedaliera, il CESP è allargato al Direttore Generale e al Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera.

Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR)

Il GORR è individuato dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione ed esercita funzioni di "*epidemic intelligence*" e di gestione operativa dell'emergenza di sanità pubblica nel territorio di propria competenza: raccolta di informazioni sugli eventi rilevati attraverso i sistemi di sorveglianza correnti e valutazione del loro potenziale patologico, comunicazioni di informazioni e coordinamento delle informazioni pervenute dagli attori coinvolti, allerta del personale della rete prevenzione, rifornimento del materiale ed attrezzature necessarie. Il funzionamento del GORR è disciplinato da un Regolamento che dovrà essere proposto al CESP dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

Il GORR dovrà avere le competenze necessarie per svolgere una molteplicità di attività funzionali alla gestione e controllo delle emergenze di salute pubblica, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- indagini epidemiologiche nell'ambito delle malattie trasmissibili e attività di *contact tracing*;
- sorveglianza attiva dei casi e dei contatti di casi di malattie trasmissibili a fini di salute pubblica,
- collaborazione, in base all'organizzazione aziendale, all'effettuazione di esami di *screening* e diagnostici, funzionali al contenimento e gestione di malattie trasmissibili e altre emergenze di salute pubblica;
- adozione di provvedimenti in merito all'isolamento e alla quarantena di casi e contatti;
- collaborazione con le altre strutture e funzioni aziendali e con Azienda Zero per la raccolta e l'invio tempestivo e puntuale dei dati previsti dai flussi informativi nazionali e regionali per il monitoraggio dell'emergenza;
- collaborazione all'elaborazione di dati e analisi epidemiologiche;
- collegamento operativo con le altre strutture e funzioni aziendali coinvolte nella gestione dell'emergenza (es. Distretti, Presidi Ospedalieri, etc.). Per il coordinamento con MMG/PLS, dovrà essere garantito il

coinvolgimento del Distretto di afferenza, avvalendosi anche della COT quale punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione;
- supporto nei confronti di altri servizi aziendali, ai fini della definizione e del monitoraggio di misure igienico-sanitarie per la mitigazione dei rischi nel contesto emergenziale;
- promozione e supporto delle campagne vaccinali specifiche per l'emergenza.

La composizione del GORR è trasversale ai diversi Servizi del Dipartimento di Prevenzione e ha un carattere multidisciplinare e multiprofessionale, per garantire una risposta competente e coordinata a qualunque tipo di emergenza di sanità pubblica.

Tabella 4. Composizione del Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR)

STRUTTURA/SERVIZIO	COMPONENTI	NOTE
Servizio di Igiene e Sanità Pubblica	Direttore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica	con funzione di governo e coordinamento; in qualità di Punto di Contatto garantisce il raccordo con il CESP e di coordinamento dei diversi GORR aziendali.
Servizio di Igiene e Sanità Pubblica	n. 3 medici specialisti in Igiene e Medicina Preventiva	
Servizio di Igiene e Sanità Pubblica	n. 3 Assistenti Sanitarie (AS)	
Dipartimento di Prevenzione	n. 1 infermiere (INF)	
Dipartimento di Prevenzione	n. 1 tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (TP)	
Servizio di Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	n. 1 medico specialista in Medicina del Lavoro	
Servizio di Igiene Alimenti e Nutrizione	un medico del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione*	
Servizio Veterinario	un medico veterinario*	

** Componenti aggiuntivi del GORR in funzione delle caratteristiche dell'emergenza e della loro competenza professionale. Tali componenti aggiuntivi sono comunque preventivamente identificati e attivati dal Direttore del Dipartimento in funzione delle necessità.*

Nell'ambito del modello organizzativo del Dipartimento di Prevenzione per la gestione delle emergenze concorrono le diverse Unità Operative. In particolare va garantita una stretta connessione tra il GORR e le UO di "Epidemiologia" e "Salute e Ambiente" (DGR n. 1306 del 16.08.2017; LR n. 48 del 28.12.2018).

L'attivazione dei GORR dovrà avvenire su base modulare e progressiva, in funzione del tipo e della complessità dell'emergenza, considerando la numerosità e la tipologia di profili professionali del personale necessario per farvi fronte. Al di fuori delle situazioni di emergenza, i componenti del GORR concorrono alle ordinarie attività istituzionali del Dipartimento di Prevenzione, nell'ambito del proprio Servizio di assegnazione.
Tutti i componenti del GORR devono essere identificati nominalmente e costantemente aggiornati e devono poter essere mobilitati immediatamente per fronteggiare eventuali emergenze, nei limiti delle rispettive competenze e professionalità.

Tabella 5. Numero di GORR per ciascuna Azienda ULSS e la loro composizione

AZIENDA ULSS	N. PUNTI DI CONTATTO	N. MEDICI	N. AS	N. TP	N. INF	N. TOTALE DI OPERATORI ATTIVABILI IN CORSO DI EMERGENZA*
ULSS 1 Dolomiti	1	6	6	2	2	17
ULSS 2 Marca Trevigiana	1	12	12	4	4	73
ULSS 3 Serenissima	1	12	12	4	4	53
ULSS 4 Veneto Orientale	1	3	3	1	1	19
ULSS 5 Polesana	1	6	6	2	2	20
ULSS 6 Euganea	1	15	15	5	5	78
ULSS 7 Pedemontana	1	6	6	2	2	30
ULSS 8 Berica	1	6	6	2	2	41
ULSS 9 Scaligera	1	12	12	4	4	77
Regione del Veneto	**9**	**78**	**78**	**26**	**26**	**411**

** Totale degli operatori attivabili per le attività di indagine epidemiologica, contact tracing e sorveglianza dei contatti ed esecuzione dei test (DM Salute del 30.04.2020 e indicazioni dello European Centre for Disease Control - Technical Report - Resource estimation for contact tracing, quarantine and monitoring activities for COVID-19 cases in the EU/EEA - 2 marzo 2020). Il calcolo è stato effettuato considerando la popolazione residente >18 anni.*

La composizione complessiva del personale attivabile per il GORR su base modulare deve mantenere i rapporti descritti tra le diverse figure professionali. Dovrà essere valutato anche l'inserimento di ulteriori figure tecniche come statistici, chimici, biologi, entomologi, agronomi, ingegneri gestionali inseriti nelle Unità Operative facenti parte dell'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, secondo quanto stabilito dalla LR n. 19 del 25.10.2016.

5. Coordinamento con altri enti ed amministrazioni pubbliche

Il presente Piano Pandemico Regionale riconosce l'importanza di definire i principi per garantire un coordinamento tra le Strutture e i livelli del Servizio Sanitario Regionale e altri enti ed amministrazioni pubbliche coinvolte, ciascuna per il proprio ruolo, nel fronteggiare un'emergenza pandemica.

Il collegamento e l'interazione istituzionale con Enti, Amministrazioni e Organismi di livello regionale (es. Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto, Direzioni regionali di INPS e INAIL, ANCI, Ordini professionali, associazioni rappresentative di imprese e lavoratori, etc.), per le finalità specifiche legate alla gestione dell'emergenza, sono coordinati dall'Unità di Crisi.

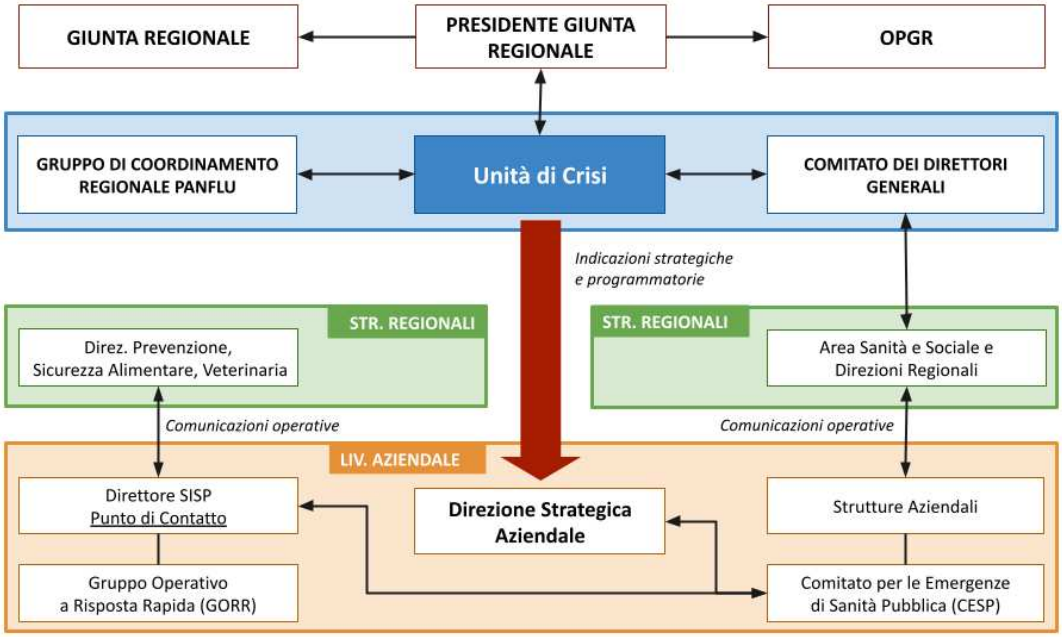
Il collegamento e l'interazione istituzionale con le articolazioni di livello locale dei medesimi Enti, Amministrazioni e Organismi e ulteriori altri soggetti (es. Prefettura, Comune, Forze dell'ordine, etc.) sono coordinate dall'Azienda ULSS, con l'eventuale coinvolgimento del CESP. Si evidenzia in particolare l'importanza del coordinamento con i Sindaci, in funzione del loro ruolo a tutela della salute pubblica.

6. Modalità di comunicazione interna

Per comunicazione interna si intende il flusso delle comunicazioni e delle indicazioni istituzionali tra strutture e soggetti interni al Servizio Sanitario Regionale o verso enti istituzionali coinvolti direttamente nella gestione dell'emergenza. E' quindi da intendersi come comunicazione interna il flusso delle comunicazioni per il coordinamento e il sostegno dell'esecuzione dei provvedimenti in accordo con la catena di responsabilità.

La figura sottostante definisce i flussi comunicativi istituzionali all'interno della rete del Servizio Sanitario Regionale e i diversi soggetti coinvolti nella gestione di un'emergenza pandemica.

Figura 4. Schema di riferimento per il flusso delle comunicazioni istituzionali interne al Servizio Sanitario Regionale



L'Unità di Crisi trasmette alle Direzioni Aziendali le indicazioni strategiche e i provvedimenti da attuare per fronteggiare la gestione dell'emergenza.

Le Direzioni Regionali forniscono le comunicazioni tecnico-operative e gli aspetti di dettaglio relativi all'attuazione dei provvedimenti adottati dall'Unità di Crisi e a supporto alla gestione delle attività operative per la gestione dell'emergenza.

7. Modalità di comunicazione esterna

7.1 Campagne informative e comunicative rivolte alla popolazione

Nella fase di allerta, in quella pandemica e in quella di transizione sarà realizzata la campagna informativa, secondo una strategia definita e coordinata dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria e realizzata da Azienda Zero, rivolta alla popolazione generale e a specifici target di popolazione. Qualora l'andamento delle fasi pandemiche assuma aspetto evolutivo, l'informazione andrà intensificata e ulteriormente mirata.

In conformità con quanto sarà indicato da eventuali direttive nazionali, si concentrerà lo sforzo per la diffusione di messaggi uniformi e scientificamente validati. Azienda Zero dovrà assicurare il coordinamento delle Aziende Sanitarie per quanto riguarda la divulgazione di materiale informativo, la comunicazione con la popolazione attraverso i diversi canali disponibili e l'utilizzo di piattaforme comunicative diversificate per raggiungere i diversi target di popolazione.

Per quanto riguarda dati, report e bollettini di livello regionale, la loro predisposizione è curata da Azienda Zero (Servizio Epidemiologico Regionale e Registri, Sistemi Informativi) in accordo con:

- Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria per la parte di sorveglianza epidemiologica, di monitoraggio dell'andamento pandemico, di diffusione virale, nonché per quanto attiene la campagna vaccinale;
- altre Direzioni regionali, per aspetti di dettaglio relativi allo specifico ambito di competenza.

Azienda Zero garantisce comunque la coerenza dei dati di monitoraggio tra tutte le reportistiche nonché la rappresentazione grafica degli stessi per finalità comunicative e divulgative, adattandoli al target destinatario.

La diffusione dei dati, report e bollettini destinati alla popolazione avviene sotto il coordinamento dell'Ufficio Stampa Regionale, seguendo logiche di comunicazione del rischio. L'Ufficio Stampa Regionale si configura come interlocutore e punto di contatto con gli organi di informazione.

7.2 Gestione di richieste, quesiti, segnalazioni e proposte

L'emergenza pandemica COVID-19 ha evidenziato che le fasi di allerta e pandemica sono accompagnate da un parallelo incremento di richieste, quesiti, segnalazioni e proposte provenienti da parte di una molteplicità di soggetti esterni al Servizio Sanitario Regionale (es. cittadini, lavoratori, imprenditori e loro associazioni, enti locali, etc). La tipologia di tali istanze varia in base all'evoluzione dello scenario epidemiologico, del quadro normativo di riferimento e delle conoscenze tecnico-scientifiche.

Per tali ragioni, il presente piano riconosce l'importanza di predisporre una rete e una relativa procedura di funzionamento per la definizione e il potenziamento dei canali di comunicazione con l'utenza e per le modalità di presa in carico, in funzione di specifici criteri di priorità e della tipologia di richiesta.

In tale contesto, le strutture regionali di riferimento direttamente coinvolte nell'emergenza non rappresentano i soggetti più appropriati e in possesso delle informazioni utili per la presa in carico diretta di richieste, quesiti, segnalazioni e proposte provenienti dai cittadini. Pertanto è necessario che il flusso di tali istanze sia gestito con modalità che evitino il sovraccarico delle strutture dedicate alla governance e soprattutto con le modalità più efficaci per garantire un riscontro appropriato all'utenza.

In tale contesto, Azienda Zero assicura la realizzazione e il costante aggiornamento di contenuti univoci ed uniformi sul territorio regionale, predisposti sulla base dell'analisi di richieste, quesiti, segnalazioni e proposte provenienti dalla popolazione. L'analisi delle criticità e delle tipologie di quesiti viene condivisa con le Direzioni Regionali competenti per supportare la programmazione strategica. Il materiale è predisposto in accordo con la campagna di comunicazione e con la strategia definita e coordinata dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria. Azienda Zero garantisce inoltre il coordinamento delle Aziende ULSS al fine di fornire risposta e supporto al cittadino da parte delle Aziende ULSS territorialmente competenti o da parte del medico curante in base alle competenze, per la risoluzione dei casi specifici. Al fine di garantire e coordinare tali attività Azienda Zero provvederà a definire una specifica procedura con le Aziende ULSS e le Aziende Ospedaliere.

8. Aspetti etici

Il Piano Pandemico deve fare riferimento ad alcuni principi e valori di carattere etico e bioetico che devono guidare le politiche pubbliche su salute e sanità e orientare la condotta degli operatori. Per quanto attiene a questo aspetto si rimanda al capitolo dedicato del "*Piano nazionale strategico-operativo di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)*".

PARTE II

DEFINIZIONE DELLE FASI PANDEMICHE E DELLE AZIONI

9. Organizzazione regionale del piano e macroaree di riferimento

Il presente Piano Pandemico Regionale identifica per le diverse dimensioni operative le azioni chiave per la durata di vigenza del Piano, sulla base dell'esperienza maturata in relazione alle due pregresse pandemie, una a bassa intensità causata da virus influenzale e una ad elevata gravità causata da un altro virus respiratorio. Il Piano riporta nella struttura le dimensioni operative delle raccomandazioni internazionali e la distinzione delle fasi pandemiche, come da ultimo aggiornate dall'OMS.

Tabella 6. Elencazione delle Macro Aree e definizione dei soggetti regionali di riferimento.

Macro Area		Referente	Descrizione
1	**Coordinamento della *governance***	Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria	Recepisce il Piano Pandemico Nazionale, con l'approvazione di un Piano strategico-operativo regionale attuativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale. Entro 12 mesi dall'emanazione del Piano Pandemico nazionale la Regione riporta lo stato di avanzamento nell'implementazione delle azioni indicate nel piano stesso.
2	**Sorveglianza epidemiologica e virologica**	Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria	Utilizza la rete *InfluNet* che si è dimostrata uno strumento utile per il monitoraggio dell'andamento dell'epidemia stagionale, delle sindromi simil-influenzali e dei virus influenzali circolanti, ma al tempo stesso uno strumento flessibile e facilmente adattabile alle diverse situazioni epidemiologiche occorse. Utilizza i Piani di Sorveglianza nazionali e regionali per i virus influenzali nelle popolazioni animali e la rete per allerta rapida delle informazioni dei laboratori di diagnostica microbiologica e medicina veterinaria. Segue i casi in cui l'uomo si trova ad essere più esposto a virus influenzali animali e lavora per migliorare la sorveglianza nell'ottica one health, implementando un sistema di sorveglianza virologica attiva, nella Regione, nelle popolazioni professionalmente esposte a questi passaggi di specie. Rende più tempestivo e formale il sistema di segnalazione di eventi, che rientrino nei criteri di notifica, attraverso la realizzazione di un sistema SARR (Sistema di Allerta Rapida e Risposta) nazionale. Organizza sistemi che consentano la rapida rilevazione e analisi di informazioni in base alle quali avviare indagini epidemiologiche e azioni di controllo sul territorio, ovvero sistemi di *epidemic intelligence* che comprendono tutte le attività volte all'identificazione precoce di rischi in sanità pubblica, la loro validazione,valutazione e indagine.
3	**Servizi sanitari di prevenzione**	Unità Organizzativa Prevenzione - Sanità Pubblica - Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria	Prevede attività di tracciamento dei contatti per la realizzazione di studi di valutazione sui primi casi che permettano di caratterizzare la trasmissibilità del virus pandemico,le caratteristiche di gravità clinica delle infezioni. Programma un'espansione delle risorse umane dedicate alla risposta pandemica nei servizi territoriali (fino ad arrivare alla soglia minima di 1 operatore sanitario territoriale ogni 10.000 abitanti). Rafforza le capacità sanitarie ai punti di ingresso attivando specifici accordi di collaborazione con gli USMAF-SASN. Organizza e coordina la campagna di vaccinazione
4	**Servizi sanitari assistenziali territoriali**	Unità Organizzativa Cure Primarie - Direzione Regionale Programmazione Sanitaria	Collabora nella definizione delle sedi, per ogni territorio, che siano in grado di garantire l'integrazione fra assistenza primaria, Unità Speciali di continuità assistenziale, professionalità infermieristiche, previa verifica dell'idoneità degli spazi all'interno dei quali operano i MMG ed i PLS. Prevede la presenza di sistemi diagnostici, di telemedicina ed informatici in grado di supportare l'assistenza ed il monitoraggio a domicilio di coloro che vengono colpiti dalla pandemia, ma non presentano quadri che necessitano il ricorso alle cure ospedaliere. Prevede servizi di assistenza e monitoraggio a domicilio che preveda una registrazione ed un monitoraggio dei percorsi messi in atto.

5	**Servizi sanitari ospedalieri**	Direzione Programmazione Sanitaria	Programma un potenziamento strutturale delle dotazioni ospedaliere. Prevede misure di riorganizzazione interna agli ospedali, volte a rendere disponibile una quota parte dei posti letto ordinari di area medica di acuzie e post-acuzie per la gestione dell'emergenza e la disponibilità di ulteriori posti letto da attivare in caso di necessità.
6	**Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario**	Direzione Programmazione Sanitaria Direzione Farmaceutica - Protesica - Dispositivi Medici	Permette la piena implementazione dei programmi di IPC (Prevenzione e controllo delle Infezioni) in ogni contesto e rafforza la *preparedness* pandemica. Attua idonee procedure di lavoro al fine di ridurre la diffusione e la trasmissione delle infezioni. Organizza la disponibilità di DPI per ridurre l'esposizione del lavoratore. Adattare i piani standard di prevenzione e controllo delle infezioni sulla base delle caratteristiche di patogenicità e trasmissibilità del virus pandemico. Si occupa dell'approvvigionamento dei farmaci antivirali per la profilassi.
7	**Approvvigionamento di DPI, medicinali, fornitura di dispositivi medici essenziali**	Direzione Regionale Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva Direzione Farmaceutica - Protesica - Dispositivi Medici	Si occupa di pianificare, acquistare, gestire e monitorare i servizi di manutenzione attrezzature Elabora piani di acquisizione nuove attrezzature Attiva contratti/accordi quadro per approvvigionamento attrezzature Prepara report periodici mensili, trimestrali, annuali per tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, Approvvigiona i tipi e le quantità di medicinali, nonché forniture di dispositivi medici e i DPI necessari per mantenere i servizi sanitari essenziali ad ogni livello di assistenza sanitaria. Fabbisogno per i primi 3 mesi di pandemia; Mantiene o identifica strutture per lo stoccaggio preventivo di materiale utile come DPI, vaccini e medicinali già disponibili; Sviluppa un adeguato sistema di comunicazione e gestione delle informazioni per la distribuzione di farmaci, vaccini e dispositivi medici tra Ministero della Salute, AIFA e Regioni; Gestisce le carenze e difficoltà di approvvigionamento di farmaci e dispositivi medici e la conseguente attivazione di scorte regionali preventive; Individua percorsi regionali per l'importazione di farmaci carenti o non disponibili Definisce le procedure per il corretto allestimento, conservazione e stoccaggio di farmaci (inclusi vaccini e ossigenoterapie) e dispositivi medici in ambito ospedaliero e territoriale.
8	**Formazione continua degli operatori differenziata per setting e per figure professionali***	Fondazione Scuola di Sanità Pubblica	Programmare la formazione con lo scopo di fornire strumenti utili ai professionisti incaricati di implementare i piani pandemici influenzali stessi. Individuare figure per lo sviluppo delle specifiche competenze didattiche utili a garantire la realizzazione del percorso formativo globale in un processo di formazione a cascata. Creare una rete di formatori che assicuri la formazione a livello periferico su tutto il territorio. I formatori regionali hanno il compito di organizzare e condurre le attività formative dei livelli regionali e locali. Gli esercizi di simulazione rappresentano una ulteriore componente fondamentale della preparedness, in quanto promuovono la cooperazione con gli altri soggetti coinvolti
9	**Comunicazione interna ed esterna***	Ufficio Stampa Regionale	Garantisce la definizione e l'istituzione di strutture formali, piani e procedure, chiarendo l'identificazione e allocazione di risorse, ruoli e responsabilità da attivare durante una pandemia - in linea con il piano della *preparedness* - per la conduzione della comunicazione del rischio e il coinvolgimento della comunità in caso di emergenza e minacce per la salute pubblica.
10	**Ricerca e sviluppo***	Università degli Studi di Verona - Dipartimento di	Organizza la raccolta e l'analisi quanto più dettagliata e aggiornata sulle caratteristiche cliniche ed epidemiologiche dei primi casi documentati, in modo da poter fornire stime iniziali relative alla trasmissibilità e alla

		Diagnostica e di Sanità Pubblica Università degli Studi di Padova - Dipartimento di Scienze Cardiologiche toraciche e vascolari, Unità di Igiene e Sanità Pubblica	gravità attesa da cui dedurre il rischio potenziale sui servizi sanitari italiani. Utilizza *report* di *situation awareness* che sintetizzino giornalmente l'evoluzione del quadro a livello globale. Promuove lo sviluppo di modelli predittivi con lo scopo di redigere verosimili scenari di trasmissione a cui adattare piani di contingenza esistenti. Organizza l´analisi dei dati clinici e delle evidenze terapeutiche per definire protocolli aggiornati di terapia domiciliare ed ospedaliera.
11	**Razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio – sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali***	Direttore Sanitario, Azienda Zero	Garantisce la razionalizzazione, l'integrazione e l'efficientamento dei servizi sanitari, socio – sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali, impiegando nel processo le risorse ad esse assegnate in modo efficiente. Si integra con le scelte di programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale, contribuendo ad una loro attuazione in risposta ai bisogni di salute della comunità locale. Contribuisce con le Aziende sanitarie di riferimento alla realizzazione della programmazione concertata.
12	**Sorveglianza negli animali e nelle popolazioni professionalmente esposte allo spillover***	Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie	Persegue obiettivi di salute pubblica svolgendo attività di controllo, sorveglianza e ricerca scientifica nell'ambito della sanità e del benessere animale, dei rischi alimentari e delle zoonosi. Si occupa altresì di sorveglianza delle popolazioni animali potenziali serbatoio di virus influenzali in grado di infettare l'uomo attraverso l'implementazione di prestabiliti sistemi di sorveglianza dell'influenza animale collaborando con i servizi di Prevenzione nel corso delle eventuali fasi pandemiche. Provvede alla caratterizzazione genotipica e fenotipica dei virus influenzali animali segnalando alle Autorità Sanitarie la circolazione di ceppi dal potenziale zoonotico e pandemico. Svolge, in collaborazione con altri enti di ricerca, lo sviluppo di *test* diagnostici per l'identificazione del virus pandemico di origine animale e studi di efficacia in vitro, ex-vivo e in modelli animali di nuovi presidi terapeutici e profilattici verso agenti virali. Effettua il sequenziamento su larga scala dei virus pandemici presenti nel territorio regionale per seguirne l'evoluzione e le mutazioni in grado di modificarne l'infettività, la virulenza e la resistenza ai farmaci e ai vaccini.
13	**Valutazione e stima delle risorse economiche e del personale***	Direzione Regionale Risorse Strumentali SSR	Si occupa di coordinare la definizione delle risorse economico-finanziarie connesse alle attività del Piano, con particolare riferimento al fabbisogno del personale necessario per arrivare ad avere il numero previsto per fronteggiare un emergenza pandemica anche definendo specifici standard di riferimento in collaborazione con le Direzioni Regionali di riferimento. Definisce gli strumenti ordinari e straordinari per il reclutamento in considerazione delle esigenze del SSR e dell'assegnazione delle risorse e dei limiti di spesa.

** Macro Aree che si caratterizzano per una rilevante azione trasversale rispetto a tutte le attività del Piano Pandemico Regionale*

10. Descrizione delle fasi pandemiche

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'*European Center of Disease Prevention and Control* (ECDC) hanno individuato 4 fasi dell'influenza pandemica che riflettono la valutazione del rischio sulla situazione globale relativa a ciascun virus dell'influenza con potenziale pandemico che infetti l'uomo. Sono state definite 4 fasi che corrispondono alla progressione dell'epidemia nel territorio nazionale o locale e agli obiettivi di gestione della crisi e che possono essere utilizzate per tenere conto delle diverse situazioni che si possono creare sul territorio nazionale.

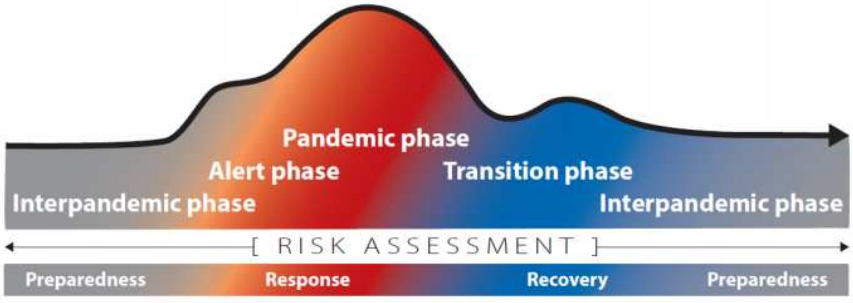
- **Fase inter-pandemica**: corrisponde al periodo tra le pandemie influenzali. E' prevista la normale attività di sorveglianza epidemiologica delle sindromi influenzali.

- **Fase di allerta**: identificazione di un nuovo virus emergente nell'uomo (es. nuovo *sub-type* influenzale). In questa fase è necessario aumentare l'attenzione e svolgere una valutazione del rischio a livello locale, nazionale e globale. Se le valutazioni del rischio indicano che il nuovo virus non ha la potenzialità di evolvere in un ceppo pandemico, si procede verso una *de-escalation*, ossia una rimodulazione delle attività con misure meno stringenti, ovvero corrispondenti a quelle della fase inter-pandemica.

- **Fase pandemica**: periodo caratterizzato dalla diffusione in tutto il mondo del nuovo patogeno, che viene monitorato dalla sorveglianza globale. La transizione tra la fase inter-pandemica, la fase di allerta e la fase pandemica può avvenire rapidamente o in modo graduale, principalmente sulla base dei dati virologici, epidemiologici e clinici.
  All'interno della fase pandemica si possono osservare diverse fasi dell'epidemia:
  - fasi acute in cui i casi sono in rapido aumento, soprattutto in popolazioni di età avanzata con co-morbidità, associata a numeri elevati di mortalità e segnali di sovraccarico dei servizi sanitari. Nelle fasi acute si punta al rallentamento della diffusione con misure di contenimento (es.: *lockdown*), tramite rimodulazione delle attività di mitigazione e controllo verso misure via via più stringenti (*escalation*).
  - fasi post-acute in cui i nuovi casi riscontrati al giorno hanno raggiunto un picco e, seppur ancora in numero elevato, hanno un *trend* in diminuzione; in questa fase vengono realizzate misure di potenziamento dei servizi sanitari, con ampliamento di reti assistenziali, con approvvigionamento d'emergenza straordinario di strumentazione e materiali di consumo.
  - fasi di transizione epidemica in cui i casi sono stabili o con variazioni contenute, in cui si assiste ad una rimodulazione in senso meno stringente delle misure di contenimento (*de-escalation*), poiché l'incidenza è bassa e non si assiste ad un sovraccarico dei servizi sanitari. In altre parole sono fasi in cui l'epidemia è controllata e si procede ad una graduale riapertura intraregionale, interregionale e internazionale, grazie al rafforzamento delle attività di controllo dell'infezione in ambito territoriale.

- **Fase di transizione pandemica**: la diminuzione del rischio a livello globale, porta ad una *de-escalation* delle azioni, con lo spostamento verso il recupero delle attività, soppesando il rischio paese-specifico. In un contesto di mantenimento della sorveglianza vengono armonizzate le riaperture. Si identificano autorità locali preposte alla sorveglianza e armonizzazione delle riaperture.

Figura 5. Fonte: Piano Strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)



La comunicazione/dichiarazione di fase della pandemia influenzale, incluso l'incremento o il depotenziamento, sarà effettuata dal Direttore Generale dell'OMS, in accordo con i regolamenti esistenti che governano la notifica e il controllo delle malattie infettive (es. RSI) e, se necessario, in consultazione con altre Organizzazioni e Istituzioni. A livello nazionale, l'informazione sulla dichiarazione di fase dell'OMS e sul corrispondente livello di allerta nel Paese verrà data dal Ministro della Salute. La comunicazione alla nazione della dichiarazione di pandemia influenzale da parte dell'OMS sarà effettuata dal Presidente del Consiglio su indicazione del Ministro della Salute.

Tabella 7. Descrizione delle fasi pandemiche

FASE	DESCRIZIONE
Inter-pandemica	La fase inter-pandemica corrisponde al periodo tra le pandemie influenzali. In questa fase è prevista la normale attività di sorveglianza epidemiologica delle sindromi simil-influenzali e virologica dell'influenza. Questa è, tuttavia, anche la fase in cui sviluppare attività di *preparedness* rafforzando le capacità di identificazione, prevenzione e risposta a virus influenzali emergenti a potenziale pandemico. In questa sezione sono evidenziate sia le attività routinarie che le attività di preparazione volte a rafforzare la consapevolezza del rischio di una pandemia e ad implementare, esercitandoli, i contenuti del Piano per permettere una sua rapida ed efficace applicazione.
Allerta	La fase di allerta pandemica influenzale corrisponde alla fase in cui un nuovo sottotipo virale è identificato nell'uomo. In base all'esperienza maturata nella attuale pandemia da virus SARS-CoV-2, sappiamo che questa fase può accompagnarsi o meno allo sviluppo di una epidemia a livello nazionale, prima della dichiarazione di una pandemia da parte dell'OMS. In questa fase è necessaria una maggiore sorveglianza epidemiologica e virologica e un'attenta valutazione del rischio, a livello locale, nazionale e globale. L'emergenza di un virus influenzale a potenziale pandemico, in base alla valutazione effettuata dal comitato di emergenza convenuto ai sensi della RSI, può dare luogo alla dichiarazione di una PHEIC che, a sua volta, può dar luogo alla dichiarazione di una emergenza sanitaria a livello nazionale con conseguente modulazione delle competenze e responsabilità nella risposta
Pandemica	La fase pandemica corrisponde al periodo di diffusione globale dell'influenza umana causata da un nuovo sottotipo. Il passaggio tra le fasi inter-pandemica, di allerta e pandemica può verificarsi rapidamente o gradualmente. In base ad esperienze pregresse, inoltre, è noto che nell'ambito della fase pandemica in ciascun Paese si possono osservare diverse fasi epidemiche a livello nazionale con: fasi acute in cui i casi sono in aumento evidente, con numeri elevati e segnali di sovraccarico dei servizi sanitari; fasi post-acute in cui i nuovi casi riscontrati al giorno hanno raggiunto un picco e, seppur ancora in numero elevato, hanno un trend in diminuzione; fasi di transizione epidemica in cui l'epidemia è controllata a livello nazionale. La risposta ad una pandemia si configura nell'ambito di una operatività in stato di emergenza con coordinamento del DPC e partecipazione di numerosi attori istituzionali. La pandemia da COVID-19 rappresenta un esempio delle modalità con cui si è realizzata in Italia questo tipo di risposta.
Transizione	La ripresa da una pandemia richiede una collaborazione di tutta la società, governo, imprese, organizzazioni comunitarie e pubblico. Essa comprenderà anche sforzi per risollevare le economie locali e regionali a breve, medio e lungo termine. Le pandemie tendono a verificarsi in una serie di due o tre ondate di diffusione nazionale e internazionale. Pertanto, le azioni di ripresa pandemica devono essere bilanciate anche da attività di preparazione delle potenziali ondate successive. È considerato essenziale: 1. Istituire un coordinamento centrale incaricato di armonizzare e sorvegliare le operazioni per il ripristino di tutte le attività (ad esempio, il comitato nazionale di recupero *ad hoc*). Individuare analoghe autorità di coordinamento a livello regionale. 2. Stabilire criteri per ridurre le operazioni di risposta alle emergenze e avviare il recupero di servizi e attività normali, ivi compresa l'identificazione delle attività di sanità pubblica veterinaria che devono essere garantite ai fini della sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare. 3. Elaborare piani di ripresa per il settore sanitario e per altri servizi essenziali. 4. Sviluppare servizi e programmi di sostegno alle comunità colpite dalla pandemia, compresi il sostegno finanziario, il sostegno sociale, gli alloggi di emergenza e la consulenza.

FASE INTER-PANDEMICA

11.1 Coordinamento della governance

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Coordinamento della *governance*
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Monitoraggio dello stato di attuazione del Piano Pandemico Regionale
REFERENTE	Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Coordinamento Regionale PanFlu 2021-2023*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ'	L'attività è finalizzata a monitorare lo stato di attuazione del Piano Pandemico Regionale e l'assetto organizzativo, con la descrizione di ruolo, composizione, modalità di attivazione e interrelazioni dei diversi soggetti coinvolti nella gestione dell'emergenza
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	1. Coordinamento dei lavori di aggiornamento e rimodulazione del Piano Pandemico Regionale 2. Supporto alla redazione e monitoraggio dei Piani Pandemici Aziendali 3. Coordinamento e monitoraggio dell'implementazione delle azioni previste per la fase inter-pandemica dal Piano Pandemico Regionale 4. Aggiornamento della composizione del Comitato Tecnico Scientifico regionale e della *Task Force* Operativa regionale 5. Revisione strategica delle necessità di implementazione dei sistemi informativi, integrazione dei flussi informativi esistenti e creazione di nuovi flussi di sorveglianza 6. Partecipazione ai livelli di coordinamento centrali (es. Rete DISPATCH, Rete di *preparedness*, etc.) 7. Collaborazione alla stima delle risorse economiche necessarie per garantire la realizzazione delle attività previste nella fase inter-pandemica del piano effettuata dalla Direzione Risorse Strumentali SSR
AZIONI A LIVELLO ASL	● Individuazione del Gruppo di coordinamento aziendale PanFlu ● Recepimento del Piano Pandemico Regionale e declinazione a livello aziendale
DOCUMENTI ATTUATIVI	● Documento programmatico per il supporto alla redazione dei Piani Pandemici Aziendali ● Principi di comunicazione interna ed esterna in caso di emergenza pandemica ● Documento per la revisione delle necessità informative e dei flussi esistenti, per le finalità di sorveglianza e controllo di una minaccia pandemica, in coerenza con il Piano di Sviluppo del Sistema informativo socio-sanitario

11.2 Sorveglianza epidemiologica e virologica

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Sorveglianza epidemiologica e virologica
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Partecipa alla stesura del piano pandemico per le parti di competenza Partecipa per quanto di competenza alle attività di controllo delle infezioni e alle attività di sorveglianza epidemiologica Ospedaliera e Territoriale di batteri multiresistenti e di infezioni virali diffusibili nelle strutture sanitarie o nella comunità
REFERENTE	Coordinatore della Rete delle Microbiologie Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Referenti IZSVe sia per infezioni batteriche e virali* *Centro di Riferimento Regionale per la Microbiologia* *Direttore Generale di Azienda Zero* *UOC Rischio Clinico di Azienda Zero* *Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle AULSS* *Rete delle Microbiologie* *Referenti Malattie infettive delle AULSS/AO (dove presenti)* *Referenti Comitati Infezioni Ospedaliere delle AULSS/AO*
DESCRIZIONE GENERALE DELL ATTIVITÀ	• Preparazione di report periodici mensili, trimestrali, annuali per tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali • Invio periodico in regione per analisi cumulativa dati • Invio periodico all'ISS per analisi regionale e nazionale dei dati • Individuazione di un referente per ogni laboratorio di Microbiologia e Virologia • Preparazione di report con scambio in tempo reale di dati critici a livello regionale e con l'ISS • Realizzazione di una piattaforma regionale dedicata che consenta di inviare rapidamente i flussi informativi sia alle AULSS/AO afferenti, sia a Livello nazionale ed europeo (solitamente i dati all'ECDC vengono inviati solo dall'ISS)
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Azienda Zero: invio flussi informativi e restituzione alle singole AULSS/AO • Coordinamento tra Azienda Zero, Servizio prevenzione, IZSVe, ISS e Ministero della Salute • Preparazione di una piattaforma dedicata alla raccolta dei dati in modo uniforme e con modalità standardizzate • Acquisizione di un software dedicato da distribuire alle varie AULSS/AO per la raccolta uniforme dei dati e delle analisi, per garantire omogeneità e standardizzazione delle rilevazioni
AZIONI A LIVELLO ASL	• Raccolta dati sulle infezioni/colonizzazioni batteriche e sulle infezioni virali, • Stoccaggio dei campioni biologici e caratterizzazione degli isolati in sede o mediante invio ai centri di riferimento, regionali, nazionali e/o europei • Acquisizione di strumentazioni in grado di tipizzare rapidamente i patogeni sia batterici che virali • Adeguamento del numero di congelatori per lo stoccaggio dei campioni biologici.
DOCUMENTI ATTUATIVI	• Preparazione documentazione per formazione continua e adozione delle misure di sicurezza per la manipolazione biologica dei campioni • Manuale per la sicurezza • Programma di formazione per tutti gli operatori coinvolti nei laboratori

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Sorveglianza epidemiologica e virologica
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ'	1. Disporre di un sistema di sorveglianza sindromica basata sugli accessi al pronto soccorso rappresentativa a livello nazionale con una tempestività sufficiente ad una sua applicazione come strumento di allerta rapida 2. Disporre di un sistema di sorveglianza sindromica per la rilevazione di eventi inattesi nel setting dell'Assistenza Primaria
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria Responsabile Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza (CREU)
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Sorveglianza sindromica e rete Emergenza-Urgenza"* *Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali territoriali"*

DESCRIZIONE GENERALE DELL ATTIVITÀ	● Realizzare un sistema di sorveglianza sindromica basata sull'analisi del flusso dei dati degli accessi al PS ● Progettare e realizzare un sistema di sorveglianza sindromica per la rilevazione di eventi inattesi nel setting dell'Assistenza Primaria
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	● Progettare un sistema di sorveglianza sindromica basato sugli accessi in PS a livello regionale, coerente con un eventuale sistema nazionale, alimentato dai flussi dati attualmente esistenti, o in previsione, e/o a questi proporre modifiche o aggiornamenti; il sistema di sorveglianza sindromica basato sugli accessi in PS dovrà prevedere uno specifico modello di governance e la sua relazione con le altre strutture per le finalità di allerta rapida; ● Implementare il progetto attraverso il coinvolgimento dei diversi attori previsti; ● Progettare un sistema di sorveglianza sindromica basato sulle attività del setting dell'Assistenza Primaria (in particolare MAP, PLS, MCA) attraverso la condivisione con MMG e PLS delle finalità la produzione di specifiche tecniche per i gestionali (MMG e PLS) ed i sistemi informativi regionali (SIRCA, DWH), ● Implementare le specifiche nei gestionali e nei sistemi informativi regionali, ● Integrare i cruscotti di reportistica per il livello regionale e aziendale sull'andamento epidemiologico a diversi livelli territoriali, l'analisi continua del dato in integrazione con altri sistemi di sorveglianza (flusso di notifica malattie infettive, accessi PS, etc.)
AZIONI A LIVELLO ASL	● Implementazione del sistema di sorveglianza sindromica. ● Implementazione del sistema di sorveglianza sindromica basato sulle attività del setting dell'Assistenza Primaria
DOCUMENTI ATTUATIVI	Documento per l'implementazione nei sistemi informativi regionali ospedalieri (SIO) e territoriali della sorveglianza sindromica nei PS e nell'assistenza primaria

11.3 Servizi sanitari di prevenzione

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Servizi Sanitari di Prevenzione
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Rafforzamento della capacità di risposta del Dipartimento di Prevenzione in caso di allerta o di emergenza pandemica
REFERENTE	Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Dipartimenti di Prevenzione* *Servizi di Igiene e Sanità Pubblica* *Rete delle Microbiologie* *Altri Servizi del Dipartimenti di Prevenzione per specifici ambiti di competenza* *UOC Sistemi informativi di Azienda Zero* *UOC SER di Azienda Zero*
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITÀ	In fase inter-pandemica è necessario avviare e mantenere azioni per il rafforzamento generale della capacità di risposta del Dipartimento di Prevenzione in caso di allerta o di emergenza pandemica, prevedendo la mappatura delle risorse, il potenziamento degli strumenti operativi e il coordinamento con altri enti coinvolti, anche esterni al Servizio Sanitario Regionale
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	**1. Definizione delle misure non farmacologiche da applicare ai diversi scenari, in accordo con le indicazioni nazionali ed internazionali** **2. Mappatura e verifica della strutturazione e delle composizioni di CESP e GORR e dei relativi regolamenti al fine di garantire l'adattamento veloce in caso di allerta** **3. Rafforzamento e aggiornamento di strumenti adatti alla gestione operativa e alla raccolta dei dati:** a. predisposizione degli strumenti per la gestione operative delle attività di prevenzione e la raccolta dati al fine di rafforzare e aggiornare sulla base delle specifiche esigenze delle Direzione Prevenzione e dei Servizi di Prevenzione delle Aziende ULSS b. predisposizione di un sistema di tracciamento dei casi e dei contatti, integrato con l'architettura dei sistemi informativi regionali e aziendali, per la realizzazione di studi di valutazione dei primi casi che permettano di caratterizzare la trasmissibilità del virus pandemico e le caratteristiche di gravità clinica dell'infezione (es. sistema di biosorveglianza) **4. Potenziamento della capacità di risposta del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, con particolare riferimento alle attività di contact tracing e alla vaccinazione:** a. disporre di un sistema di espansione programmata delle risorse umane dedicate alla risposta della pandemia nei servizi territoriali fino alla soglia minima di 1 operatore sanitario ogni 10.000 abitanti b. definizione di meccanismi per la mobilizzazione delle risorse per rafforzare in modo adeguato i servizi in caso di emergenza sanitaria dovuta a pandemia influenzale c. definizione delle dotazione organiche standard dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione d. definizione dei meccanismi per l'attivazione della Campagna Vaccinale (es. Centri di Vaccinazione di Popolazione, vaccinazione a domicilio, mappatura dei centri vaccinali, coinvolgimento dei Servizi Ospedalieri, di MMG/PLS/USCA e delle Farmacie dei Servizi) **5. Sviluppo e rafforzamento dell'integrazione con i servizi ospedalieri e territoriali (inclusi MMG/PLS/USCA) per le finalità di sanità pubblica:** a. definizione di meccanismi per il coinvolgimento degli altri servizi e professionisti del SSR per le attività di Sanità pubblica in caso di emergenza b. definizione di specifici interventi di sanità pubblica (Piani di sanità pubblica) per contesti specifici (es. strutture residenziali) **6. Definizione della gradazione di rischio dei lavoratori e applicazione di linee guida specifiche** **7. Rafforzamento del coordinamento con le autorità preposte al controllo degli ingressi (porti, aeroporti):** a. definizione delle collaborazioni con le autorità preposte per la presa in carico di soggetti e il passaggio delle informazioni

	8. Definizione del percorso di contatto con la Protezione Civile per la gestione della situazione di allerta e di emergenza pandemica **9. Realizzazione di strumenti di formazione specifica ed esercitazioni:** a. identificare fabbisogni formativi per avviare percorsi di formazione teorico-pratica b. progettare, col supporto della Fondazione Scuola di Sanità Pubblica, percorsi formativi sulla base di fabbisogni espressi
AZIONI AZIENDA ZERO	● Rafforzamento, aggiornamento e interoperabilità, in accordo con la pianificazione regionale e sulla base delle specifiche esigenze dei Servizi di Prevenzione e della Direzione Prevenzione, degli strumenti (es. SIAVr, applicativi ospedalieri, software laboratorio analisi e di microbiologia, IZSVe, Sistema di biosorveglianza, SIRMI, Portale Operatore e cruscotti di business intelligence, integrazione con gestionali di MMG, etc.) per la gestione operativa e per la raccolta dati (UOC Sistemi Informativi) ● Aggiornamento e predisposizione di altri applicativi a supporto di tutti gli altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione (UOC Sistemi Informativi) ● Predisposizione/adeguamento di un software per la realizzazione di studi FFX adattati al contesto (UOC Sistemi Informativi) ● Pianificazione delle attività epidemiologiche di monitoraggio (es. stesura di report periodico, approfondimenti ad hoc, etc.) a supporto alla Direzione Prevenzione e all'Unità di Crisi (UOC SER e UOC Sistemi Informativi) ● Pianificazione degli acquisti di dispositivi e vaccini in accordo la programmazione regionale (UOC CRAV) ● Valutazioni dei bisogni formativi per sviluppare le capacità e le competenze necessarie alla realizzazione di studi FFX tempestivi coinvolgendo i referenti della rete di preparedness (UOC Rischio Clinico)
AZIONI A LIVELLO ASL	● Implementazione delle azioni previste a livello regionale ● Aggiornamento delle composizioni di CESP e GORR e dei relativi regolamenti al fine di garantire l'adattamento veloce in caso di allerta ● Definizione di meccanismi aziendali per la mobilizzazione delle risorse per rafforzare in modo adeguato i servizi in caso di emergenza sanitaria dovuta a pandemia influenzale ● Definizione di protocolli per rafforzare la capacità sanitaria di corretta gestione dei casi e di eventuali contatti riscontrati in strutture critiche (es. porti, aeroporti, centri migranti, etc.) ● Definizione di procedure operative e accordi a livello locale per il coinvolgimento dei servizi aziendali e dei MMG/PLS/USCA per le attività di Sanità pubblica in caso di emergenza ● Definizioni delle procedure aziendali per l'attivazione della rete vaccinale per l'avvio di una campagna vaccinale ordinaria o emergenziale (es. Centri di Vaccinazione di Popolazione, vaccinazione a domicilio, mappatura dei centri vaccinali, coinvolgimento dei Servizi Ospedalieri, di MMG/PLS/USCA e delle Farmacie dei Servizi) ● Formazione degli operatori coinvolti nelle attività di gestione dell'emergenza
DOCUMENTI ATTUATIVI	● Indirizzi operativi per la riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione in caso di emergenza pandemica Definizione delle dotazioni organiche standard dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione ● Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di un Campagna Vaccinale di Popolazione ● Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio ● Aggiornamento del manuale per l'utilizzo dell'applicativo per le attività di contact tracing ● Modalità di condivisione delle comunicazioni riguardanti le attività di contact tracing e dei trasferimenti tra Regioni ● Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali (lavoratori e cittadini) ● Aggiornamento della procedura "Sorveglianza delle Malattie Infettive"

11.4 Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ'	1. Potenziamento dell'assistenza primaria 2. Potenziamento delle attività delle centrali operative territoriali 3. Potenziamento dell'attività di unità speciali di continuità assistenziale 4. Potenziamento dei servizi infermieristici sul territorio 5. Sviluppo e rafforzamento dell'integrazione ospedale-territorio
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali territoriali"*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ'	1. Potenziamento dell'assistenza primaria 2. Potenziamento delle attività delle centrali operative territoriali 3. Potenziamento dell'attività di unità speciali di continuità assistenziale 4. Potenziamento dei servizi infermieristici sul territorio 5. Sviluppo e rafforzamento dell'integrazione ospedale-territorio
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	**1. Potenziamento dell'assistenza primaria - Implementazione dell'operatività delle forme aggregative che operino in maniera coordinata, sinergica ed efficace, favorendo l'assistenza territoriale con particolare riferimento all'assistenza domiciliare attraverso:** a. la definizione a livello regionale di percorsi per la presa in carico a domicilio in modo condiviso con MMG/PLS ed ospedalieri, da contestualizzare a livello aziendale b. l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico con i dati delle cartelle dei MMG/PLS; c. la produzione dei patient summary da parte dei MMG/PLS con massima priorità per i pazienti in Cure domiciliari; d. il monitoraggio dell'implementazione delle azioni sopra descritte **2. Potenziamento delle attività delle centrali operative territoriali - funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza ed urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina attraverso:** a. mappatura a livello aziendale dei processi e delle strutture interessate; b. attivazione e supervisione delle transizioni avendo accesso al sistema informativo ospedaliero e territoriale con funzioni di reportistica integrata c. il monitoraggio dell'implementazione delle azioni sopra descritte. **3. Potenziamento dell'attività di unità speciali di continuità assistenziale - presa in carico domiciliare dei pazienti sospetti e diagnosticati che non necessitano di ricovero ospedaliero attraverso:** a. la definizione di procedure per l'attivazione e la disattivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale in previsione o al realizzarsi di eventi; b. la definizione dei meccanismi di relazione USCA con la medicina generale e i servizi distrettuali; c. la messa a regime del Sistema Informativo Regionale per la Continuità Assistenziale (SIRCA); d. la definizione di procedure standard per la presa in carico domiciliare; e. la realizzazione di un progetto di formazione continua per gli Operatori USCA; f. il monitoraggio dell'implementazione delle azioni sopra descritte. **4. Potenziamento dei servizi infermieristici sul territorio - tale azione motivata dall'esigenza, nella fase di emergenza, di supportare l'attività delle unità speciali di continuità assistenziale e dei MMG/PLS, nonché di implementare l'assistenza domiciliare per garantire la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti, la cui condizione di vulnerabilità risulta aggravata dall'emergenza e dalla difficoltà di accedere alle ordinarie prestazioni territoriali attraverso:** a. l'identificazione dei soggetti fragili e non autosufficienti con interesse prioritario per i servizi di Cure domiciliari in relazione ad un rischio infettivo o di isolamento b. il ruolo di coordinamento della COT e il piano di attivazione da parte delle centrali ADI c. l'attivazione di processi di telemedicina per l'erogazione di Cure domiciliari da remoto con teleconsulto, televisita, telemonitoraggio, etc. d. la definizione di scenari in relazione al contesto epidemiologico della modulazione dei servizi da erogare in presenza o in telemedicina

	e. la definizione del fabbisogno di personale a livello aziendale in relazione al contesto epidemiologico; f. il monitoraggio dell'implementazione delle azioni sopra descritte. **5. Sviluppo e rafforzamento dell'integrazione ospedale-territorio - anche con riferimento alle strutture sanitarie a bassa intensità assistenziale attraverso:** a. la definizione di una procedura per garantire consulenza specialistica ospedaliera ai servizi distrettuali e alla medicina generale b. la definizione di criteri omogenei per l'ammissione in strutture intermedie e residenziali e le dimissioni ospedaliere in relazione al contesto epidemiologico c. la realizzazione di un sistema informativo in grado di fornire a livello regionale il dato all'occupazione in tempo reale dei posti letto/livello di occupazione delle strutture intermedie (odc, urt e hospice), residenziali e semi-residenziali. d. il monitoraggio dell'implementazione delle azioni sopra descritte.
AZIONI A LIVELLO ASL	● Implementazione delle azioni previste a livello regionale ● Implementazione delle azioni previste a livello regionale ● Implementazione delle azioni previste a livello regionale ● Implementazione delle azioni previste a livello regionale ● Implementazione delle azioni previste a livello regionale
DOCUMENTI ATTUATIVI	Atto di programmazione regionale contenente le attività previste per prevenzione e controllo di IPC e loro implementazione

11.5 Servizi sanitari ospedalieri

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Servizi sanitari ospedalieri **Servizi sanitari assistenziali territoriali e ospedalieri**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Acquisire la mappa aggiornata della rete dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri e delle strutture da utilizzare come strutture sanitarie "alternative"
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali territoriali"* *Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali ospedalieri"*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	Acquisire la mappa aggiornata della rete dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri e strutture da utilizzare come strutture sanitarie "alternative"
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Realizzare una mappatura della rete di servizi sanitari territoriali e ospedalieri e dei loro requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici e delle strutture "alternative", eventualmente integrando i flussi esistenti, in un documento ed in un dataset
AZIONI A LIVELLO ASL	Collaborazione nella mappatura dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri e dei loro requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici e delle strutture "alternative", eventualmente integrando i flussi esistenti, in un documento ed in un dataset
DOCUMENTI ATTUATIVI	Documento di definizione del tracciato e produzione del documento e di dataset di mappatura dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri e dei loro requisiti (vedi Allegato B)

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Servizi sanitari ospedalieri **Servizi sanitari assistenziali territoriali e ospedalieri**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	1. Revisione strategica delle necessità di implementazione dei sistemi informativi. a. integrazione dei flussi informativi esistenti e creazione di nuovi flussi di sorveglianza 2. Definizione di un sistema di monitoraggio nazionale a. predisposizione di piattaforme web-based per il monitoraggio dei servizi sanitari da attivarsi rapidamente in caso di pandemia
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali territoriali"* *Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali ospedalieri"*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	Revisione strategica delle necessità di implementazione dei sistemi informativi.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• revisione strategica delle necessità informative e flussi esistenti • integrazione dei flussi informativi esistenti e creazione di nuovi flussi di sorveglianza a seguito del processo di revisione
AZIONI A LIVELLO ASL	Adozione delle azioni definite a livello regionale
DOCUMENTI ATTUATIVI	Documento per la revisione delle necessità informative e dei flussi esistenti in coerenza con il Piano di Sviluppo del Sistema informativo socio-sanitario

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	**Servizi sanitari ospedalieri** **Servizi sanitari assistenziali territoriali e ospedalieri**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	1. Definire i fabbisogni di assistenza e le capacità di risposta dei servizi sanitari regionali 2. Predisposizione di misure organizzative atte a garantire l'adattamento veloce della rete e della disponibilità di servizi 3. Predisposizione di piani di aumento della capacità e di continuità operativa dei servizi 4. Definizione di strumenti per il monitoraggio e la tenuta dei servizi sanitari 5. Definizione di procedure per trasferimenti e trasporti di emergenza 6. Pianificazione del ripristino delle attività dopo la pandemia
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali territoriali"* *Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali ospedalieri"*
DESCRIZIONE GENERALE DELL ATTIVITÀ	• Definire i fabbisogni di assistenza e le capacità di risposta dei servizi sanitari regionali • Predisposizione di misure organizzative atte a garantire l'adattamento veloce della rete e della disponibilità di servizi • Predisposizione di piani di aumento della capacità e di continuità operativa dei servizi • Definizione di strumenti per il monitoraggio e la tenuta dei servizi sanitari • Definizione di procedure per trasferimenti e trasporti di emergenza • Pianificazione del ripristino delle attività dopo la pandemia
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• mappatura della struttura della popolazione relativamente alle caratteristiche demografiche e al profilo di rischio (es. popolazione esente per patologia, invalidi). • mappatura della rete di servizi sanitari territoriali e ospedalieri con dettaglio dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici • mappatura delle strutture pubbliche o private che possono essere utilizzate come strutture sanitarie alternative (es. scuole, alberghi, caserme) determinando il livello di assistenza che può essere fornito in ogni struttura in modo praticabile e sicuro. • stima del fabbisogno di servizi sanitari territoriali e di posti letto ospedalieri per intensità di cure in relazione alla popolazione e agli scenari di gravità dell'epidemia **Predisposizione di misure organizzative atte a garantire l'adattamento veloce della rete e della disponibilità di servizi** • definizione della rete regionale dei servizi sanitari per la gestione della pandemia con precisa individuazione del tipo di ruolo delle strutture nella rete stessa in base alle caratteristiche logistiche, organizzative e strutturali. • individuazione servizi/funzioni essenziali • definizione procedure per la rimozione delle attività sanitarie di elezione • stima del fabbisogno di personale minimo necessario a livello di singola struttura per la gestione dei servizi e delle funzioni essenziali, prevedendo piani di continuità operativa delle strutture sanitarie in base agli scenari di assenza degli operatori causa di contagi. • stima del fabbisogno di personale aggiuntivo, con identificazione dei ruoli che possono essere supportati da personale mobilitato o da altri settori o da volontari • elaborazione di procedure per coordinare e trasferire il personale tra strutture sanitarie • sviluppo o rafforzamento degli accordi istituzionali con gli operatori sanitari privati per coordinare l'erogazione dei servizi sanitari durante una pandemia • definizione di procedure per mobilitare, addestrare, accreditare e gestire i volontari per fornire, se necessario, capacità di intervento supplementare. • predisposizione di metodi a distanza per triage e per offrire assistenza ai pazienti non in emergenza (consultazioni telefoniche e online) • organizzazione del sistema delle cure primarie con riferimento alla presa in carico precoce a domicilio dei pazienti asintomatici e pauci-sintomatici • sviluppo e rafforzamento delle attività di assistenza territoriale e distrettuale e dell'integrazione ospedale-territorio **Definizione di strumenti per il monitoraggio e la tenuta dei servizi sanitari** • predisposizione di un sistema web based di sorveglianza per monitoraggio dei servizi sanitari da attivarsi rapidamente in caso di pandemia **Definizione di procedure per trasferimenti e trasporti di emergenza**

	● individuazione delle modalità e regole per trasporti di emergenza, sistemi di coordinamento e per trasferire pazienti tra le strutture **Pianificazione del ripristino delle attività dopo la pandemia** ● predisposizione di modalità di gestione di una o più ondate successive ● definizione di procedure per la tempestiva normalizzazione dei servizi sanitari e il ripristino dello stato di funzionalità di strutture e processi. ● definizione di procedure per la verifica dei risultati ottenuti, l'analisi e la valutazione delle modalità di gestione della pandemia e della loro reale efficacia in funzione della revisione dei piani pandemici.
AZIONI A LIVELLO ASL	● Collaborazione nella mappatura regionale ● Collaborazione nella mappatura regionale ● Adozione delle azioni definite a livello regionale per la definizione di piani di aumento della capacità e di continuità operativa dei servizi ● Alimentazione ed aggiornamento dei sistemi identificato a livello regionale. ● Definizione ed adozione di procedure per trasferimenti e trasporti di emergenza a livello aziendale coerenti con la programmazione regionale. ● Adozione delle azioni definite a livello regionale
DOCUMENTI ATTUATIVI	Documento per l'attivazione ed il ripristino delle strutture in risposta ad un'emergenza pandemica

11.6 Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	1. Programma nazionale e regionale per IPC in ambito assistenziale e ospedaliero e di comunità 2. Linee guida e documenti di indirizzo su IPC a. raccomandazioni internazionali per i vari contesti assistenziali 3. Programmi di formazione sul IPC
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario"*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	● Programma nazionale e regionale per IPC in ambito assistenziale e ospedaliero e di comunità ● Linee guida e documenti di indirizzo su IPC ● Programmi di formazione sul IPC
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	**Programma nazionale e regionale per IPC in ambito assistenziale e ospedaliero e di comunità** ● programma deve includere l'adozione di procedure operative standard su pratiche di lavoro sicure, sull'utilizzo di indumenti, dispositivi medici e DPI, nonché sulla corretta manutenzione **Linee guida e documenti di indirizzo su IPC** ● raccomandazioni internazionali per i vari contesti assistenziali ● per gli operatori sanitari, gli operatori sociosanitari, il personale di laboratorio e altri operatori. Tali programmi devono includere l'igiene delle mani e l'uso corretto dei DPI
AZIONI A LIVELLO ASL	● Adozione delle azioni definite a livello regionale e nazionale ● Implementazione delle azioni previste a livello nazionale e regionale ● Partecipazione ai programmi di formazione
DOCUMENTI ATTUATIVI	● Atto di programmazione regionale contenente le attività previste per prevenzione e controllo di IPC e loro implementazione ● BUNDLE CLINICO ASSISTENZIALI - Linee di indirizzo per la prevenzione e controllo delle malattie infettive in ambito assistenziale e sanitario

RESIDENZE SANITARIE ASSISTITE (RSA)/CENTRI SERVIZI PER ANZIANI

FASE*	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Misure di prevenzione e controllo delle infezioni farmacologiche e non **Residenze Sanitarie Assistite (RSA)/Centri Servizi per Anziani**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Disporre un sistema di sorveglianza e monitoraggio epidemiologico e clinico ed erogazione di percorsi formativi per tutto il personale
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria Direttore Direzione Servizi Sociali
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali territoriali"*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	● Definizione di un sistema di sorveglianza che consenta l'identificazione precoce di casi sospetti di infezione da Patogeno emergente tra i residenti e gli operatori all'interno di ogni struttura. ● Erogazione di percorsi formativi in merito ai rischi di esposizione professionale, alle misure di prevenzione e protezione disponibili e alle caratteristiche del quadro clinico di infezione da Patogeno emergente.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	1. Definire un sistema di sorveglianza che permetta una rapida individuazione di infezione da patogeno emergente negli ospiti accolti nelle strutture e il relativo personale sanitario, di interesse sanitario e non sanitario; 2. Pianificare dei percorsi formativi che garantiscano l'approfondita conoscenza da parte del personale all'interno delle strutture delle misure di prevenzione e protezione disponibili e le caratteristiche del quadro clinico di infezione da Patogeno emergente.

AZIONI A LIVELLO ASL	Partecipare al sistema di sorveglianza attraverso le funzioni di vigilanza interna e di controllo esterno; Partecipare alla pianificazione e realizzazione dei percorsi formativi.
DOCUMENTI ATTUATIVI	

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario **Residenze Sanitarie Assistite (RSA)/Centri Servizi per Anziani**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Definizione di strategie volte a fronteggiare l'emergenza derivante da possibile nuova diffusione di Patogeno emergente
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria Direttore Direzione Servizi Sociali
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali territoriali"*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	Definizione di misure organizzative straordinarie volte a garantire supporti in termini di assistenza atte anche a valorizzare sinergie interistituzionali e tra livelli assistenziali per permettere la gestione efficace degli ospiti con sospetta/probabile/confermata infezione da patogeno emergente.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	1. Definizione di misure organizzative e realizzazione di progetti di interesse specifico a valenza regionale finalizzato a garantire il supporto in termini di assistenza per contrastare gli effetti negativi derivanti dall'emergenza. 2. Identificazione di un referente per la prevenzione e controllo infezione da patogeno emergente e di un referente medico e infermieristico. 3. Definizione delle procedure da adottare per garantire all'interno delle strutture del territorio degli spazi per l'isolamento degli ospiti colpiti da infezione da patogeno emergente e aree di accoglienza temporanea per i nuovi ingressi. 4. Regolamentare attraverso protocollo/altra modalità di raccordo tra RSA e ospedale di riferimento l'accesso degli ospiti.
AZIONI A LIVELLO ASL	Attuazione di quanto previsto dai progetti regionali
DOCUMENTI ATTUATIVI	"circolare Ministero e Piano di Sanità pubblica"

INDIRIZZI PER L'UTILIZZO EFFICACE E SICURO DI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario **Utilizzo efficace e sicuro di Farmaci e Dispositivi Medici**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Indirizzi per l'utilizzo efficace e sicuro di Farmaci e Dispositivi Medici
REFERENTE	Direttore Direzione Farmaceutica-Protesica-Dispositivi medici
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*UOC HTA di Azienda Zero* *UOC CRAV di Azienda Zero* *Singoli esperti (Specialisti di riferimento AS)* *Ordini professionali e Federazione ordini farmacisti* *Rappresentanti dei MMG, PLS e RSA* *Centro Regionale di Farmacovigilanza* *Referenti Locali di Farmacovigilanza delle Aziende Sanitarie* *Rete Regionale della Dispositivo vigilanza* *Referenti Aziendali della Dispositivo vigilanza* *Referenti Comitati Etici per la Sperimentazione Clinica*
DESCRIZIONE GENERALE DELL ATTIVITÀ	• Monitorare le indicazioni emesse da AIFA/ Ministero della Salute o dall'Istituto superiore di Sanità riferite all'impiego di trattamenti farmacologici e di dispositivi medici e coordinamento della diffusione delle stesse;

	• Rendere disponibili protocolli farmaco-terapeutici per i pazienti con sospetta o confermata infezione, sia in ambiente comunitario (incluse le strutture residenziali territoriali) sia in ambiente ospedaliero; • Monitorare le indicazioni emesse dal Ministero della Salute o dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) riferite all'impiego di dispositivi medici e coordinamento della diffusione delle stesse; • Rafforzare il ruolo delle Farmacie di comunità nelle politiche di contrasto alla pandemia; • Favorire l'accesso ai farmaci e dispositivi medici in sperimentazione e gli usi compassionevoli; • Attivare programmi di farmacovigilanza attiva e rafforzare la segnalazione spontanea; • Coordinamento della rete dei Rete dei Referenti Aziendali Dispositivo vigilanza e delle azioni di vigilanza sui Dispositivi Medici richieste dall'autorità competente, ivi compresi avvisi di sicurezza, *recall* e messa in quarantena, ovvero tutte le attività rese necessarie a seguito di segnalazioni; • Coordinamento delle azioni inerenti avvisi di sicurezza, *recall* e messa in quarantena, ovvero tutte le attività rese necessarie a seguito di segnalazioni; • Fornire indicazioni inerenti la formazione rivolta ai farmacisti delle Aziende Sanitarie e delle farmacie di comunità in collaborazione con Ordini professionali.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Definire i percorsi regionali di tempestiva comunicazione e implementazione aziendale dei provvedimenti assunti dalle autorità preposte (AIFA- Ministero della Salute) in materia di farmaci (inclusi i vaccini), dispositivi medici e DPI. • Individuare un gruppo di lavoro (GdL) costituito da specialisti di riferimento e medici del territorio, che sulla base delle evidenze scientifiche, dei documenti nazionali e internazionali, e tenuto conto dell'organizzazione regionale, definisca e aggiorni periodicamente i protocolli terapeutici dei farmaci antivirali, cortisonici, antibiotici, ossigenoterapia, ecc; • Monitorare periodicamente i dati di consumo dei farmaci a livello regionale; • Individuare, il gruppo di lavoro (farmacisti e clinici, territoriali ed ospedalieri) per la definizione di percorsi per diversi o nuovi impieghi di dispositivi medici, sulla base delle evidenze scientifiche e delle indicazioni nazionali; • Stipulare accordi collettivi regionali, integrativi rispetto a quelli nazionali, per l'eventuale coinvolgimento delle farmacie nelle attività di *screening* e nella campagna di vaccinazione anti-influenzale pandemica (laddove previsto dalla normativa nazionale) o altre attività inerenti alla distribuzione di farmaci e dispositivi medici; • Definire percorsi efficienti per l'adesione alle sperimentazioni cliniche con nuovi farmaci e dispositivi medici nonché l'accesso agli usi compassionevoli di farmaci da parte dei Comitati Etici (CE); • Coordinare, attraverso il Centro Regionale di Farmacovigilanza -CRFV-, i Responsabili Locali di Farmacovigilanza per la sorveglianza e il monitoraggio delle reazioni avverse da farmaci e vaccini, in linea con le disposizioni di AIFA e rafforzare la rete di farmacovigilanza aziendale e regionale (CRFV); • Produzione di report di monitoraggio delle reazioni avverse relative ai farmaci e vaccini, con particolare riferimento ai farmaci che verranno impiegati in fase pandemica. • Alimentare ed aggiornare la rete dei Referenti Aziendali della Dispositivo Vigilanza (RAV) e dei relativi sostituti coordinata dal Referente Regionale della Dispositivo Vigilanza (RRV) per assicurare la diffusione di avvisi di sicurezza /recall inerenti ai dispositivi medici emanate dal fabbricante e dall'autorità competente; • Individuazione delle modalità da implementare per le attività di recall/quarantena di dispositivi medici richieste dall'autorità competente/dal fabbricante. • Individuare le modalità di stoccaggio dei dispositivi medici oggetto di *recall*/quarantena; • Stesura degli obiettivi di formazione da rivolgere ai farmacisti delle Aziende Sanitarie (ospedalieri e territoriali) e ai farmacisti delle farmacie di comunità pubbliche e private convenzionate.
AZIONI A LIVELLO ASL	• Definire un GdL di riferimento aziendale, e relativo coordinatore, che funga da riferimento per la Regione; • Partecipazione da parte degli specialisti di riferimento e dei medici del territorio individuati dalla Regione al gruppo di lavoro al fine di redigere ed aggiornare specifici protocolli terapeutici; • Monitorare periodicamente i dati di consumo dei farmaci a livello aziendale e territoriale; • Attuazione degli accordi con le farmacie nelle attività di screening e nella campagna di vaccinazione anti-influenzale pandemica (laddove previsto dalla normativa nazionale) o altre attività inerenti alla distribuzione di farmaci e dispositivi medici; • Adottare i percorsi definiti dalla regione per la valutazione di usi sperimentali di farmaci e dispositivi medici da parte dei Comitati Etici (CE), inclusi gli usi compassionevoli. • Implementare da parte della rete di farmacovigilanza aziendale la sorveglianza e il monitoraggio delle reazioni avverse da farmaci e vaccini in fase pandemica, secondo le disposizioni del CRFV. • Implementare le attività di *recall*/quarantena di dispositivi medici richieste dall'autorità competente/dal fabbricante o resesi necessarie da eventuali segnalazioni di incidente; • Raggiungere gli obiettivi di formazione rivolti ai farmacisti delle Aziende Sanitarie (ospedalieri e territoriali) e ai farmacisti delle farmacie di comunità pubbliche e private convenzionate.

DOCUMENTI ATTUATIVI	● Gestione dei Gruppi di Lavoro Regionali per la definizione di indirizzi sul corretto uso di farmaci e dispositivi medici; ● Protocolli terapeutici dei farmaci antivirali, cortisonici, antibiotici, ossigenoterapia, ecc…; ● Accordi collettivi regionali, integrativi rispetto a quelli nazionali. ● Piano regionale per l'individuazione dei livelli di acquisto e stoccaggio (incluso il trasporto) di farmaci e dispositivi medici e DPI, e delle modalità di accesso alle scorte nelle varie fasi;

11.7 Approvvigionamento di DPI, medicinali, fornitura di dispositivi medici essenziali

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), fornitura di dispositivi medici essenziali
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Gestione attrezzature
REFERENTE	Direttore Direzione Edilizia ospedaliera a finalità collettiva
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità Collettiva – coordinamento* *Azienda Zero* *Servizi Tecnici/Ingegnerie Cliniche*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	• Pianificazione, acquisto, gestione e monitoraggio servizi di manutenzione attrezzature • Elaborazione piani di acquisizione nuove attrezzature • Attivazione contratti/accordi quadro per approvvigionamento attrezzature
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Monitoraggio stato manutentivo e funzionale attrezzature per le dotazioni (tab. 8) • Eventuale revisione standard dotazioni strumentali PL programmato • Autorizzazione piani di acquisizione nuove attrezzature
AZIONI A LIVELLO ASL	**AULSS/AO:** • Pianificazione, acquisto e gestione servizi di manutenzione attrezzature • Elaborazione e trasmissione annuale ad Azienda Zero dei piani delle attività tecniche programmate ed eseguite • Valutazione annuale obsolescenza (stato tecnico, manutentivo e funzionale) delle attrezzature • Valutazione eventuale fabbisogno di nuove attrezzature in sostituzione/potenziamento/innovazione • Trasmissione ad Azienda Zero eventuali fabbisogni di nuove attrezzature **Azienda Zero:** • elaborazione reportistica annuale sullo stato manutentivo delle attrezzature • elaborazione piano annuale acquisizioni nuove attrezzature • attivazione eventuali contratti/accordi quadro centralizzati per approvvigionamento attrezzature
DOCUMENTI ATTUATIVI	Approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), fornitura di dispositivi medici essenziali - Documenti attuativi

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), fornitura di dispositivi medici essenziali **Supporto all'attività di sorveglianza epidemiologica batteriologica e virologica**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Partecipa alla stesura del piano pandemico per le parti di competenza Partecipa per quanto di competenza alle attività di controllo delle infezioni e alle attività di sorveglianza epidemiologica Ospedaliera e Territoriale di batteri multiresistenti e di infezioni virali diffusibili nelle strutture sanitarie o nella comunità
REFERENTE	Direttore Direzione Edilizia ospedaliera a finalità collettiva
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare* e *Veterinaria* *Responsabile del rischio clinico regionale* *IZSVe sia per infezioni batteriche e virali* *Centro di Riferimento Regionale per la Microbiologia* *Azienda Zero* *Responsabili SISP tutte le AULSS* *Rete delle Microbiologie* *Referenti Malattie infettive tutte le AULSS/AO(dove presenti)* *Referenti Comitati Infezioni Ospedaliere tutte le AULSS/AO*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	• Preparazione di report periodici mensili, trimestrali, annuali per tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali • Invio periodico in regione per analisi cumulativa dati • Invio periodico all'ISS per analisi regionale e nazionale dei dati • Individuazione di un referente per ogni laboratorio di Microbiologia e Virologia

	• Preparazione di report con scambio in tempo reale di dati critici a livello regionale e con l'ISS • Realizzazione di una piattaforma regionale dedicata che consenta di inviare rapidamente i flussi informativi sia alle AULSS/AO afferenti, sia a Livello nazionale ed europeo (solitamente i dati all'ECDC vengono inviati solo dall'ISS) • definizione piano emergenza coordinato per esecuzione test e definizione quantitativo scorte di consumabili;
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Azienda Zero: invio flussi informativi e restituzione alle singole AULSS • Coordinamento tra Azienda Zero, Servizio prevenzione, IZSV, ISS e Ministero della Salute • Preparazione di una piattaforma dedicata alla raccolta dei dati in modo uniforme e con modalità standardizzate • Acquisizione di un software dedicato da distribuire alle varie AULSS per la raccolta uniforme dei dati e delle analisi, per garantire omogeneità e standardizzazione delle rilevazioni
AZIONI A LIVELLO ASL	• Raccolta dati sulle infezioni/colonizzazioni batteriche e sulle infezioni virali, • Stoccaggio dei campioni biologici e caratterizzazione degli isolati in sede o mediante invio ai centri di riferimento, regionali, nazionali e/o europei • Acquisizione di strumentazioni in grado di tipizzare rapidamente i patogeni sia batterici che virali • Adeguamento del numero di congelatori per lo stoccaggio dei campioni biologici. • Monitoraggio dello stato di funzionalità attrezzature per le dotazioni di laboratorio
DOCUMENTI ATTUATIVI	Da allestire secondo il patogeno causale Preparazione documentazione per formazione continua e adozione delle misure di sicurezza per la manipolazione biologica dei campioni Programma di formazione per tutti gli operatori coinvolti nei laboratori

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), fornitura di dispositivi medici essenziali **Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini) e dispositivi medici
REFERENTE	Direttore Direzione Edilizia ospedaliera a finalità collettiva Direttore Direzione Farmaceutica-Protesica-Dispositivi medici
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*UOC HTA di Azienda Zero* *UOC CRAV di Azienda Zero* *Referenti AULSS/AO ospedalieri e territoriali* *Rappresentanti dei MMG, PLS e RSA*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	• Approvvigionare i tipi e le quantità di medicinali, nonché forniture di dispositivi medici e i DPI necessari per mantenere i servizi sanitari essenziali ad ogni livello di assistenza sanitaria. Fabbisogno per i primi 3 mesi di pandemia; • Mantenere o identificare strutture per lo stoccaggio preventivo di materiale utile come DPI, vaccini e medicinali già disponibili; • Sviluppare un adeguato sistema di comunicazione e gestione delle informazioni per la distribuzione di farmaci, vaccini e dispositivi medici tra Ministero della Salute, AIFA e Regioni; • Gestire le carenze e difficoltà di approvvigionamento di farmaci e dispositivi medici e la conseguente attivazione di scorte regionali preventive; • Individuare percorsi regionali per l'importazione di farmaci carenti o non disponibili • Definire le procedure per il corretto allestimento, conservazione e stoccaggio di farmaci (inclusi vaccini e ossigenoterapie) e dispositivi medici in ambito ospedaliero e territoriale.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• **Definizione di un piano regionale per l'individuazione dei differenti livelli di acquisto (regionale o aziendale) e stoccaggio (incluso il trasporto) di farmaci e dispositivi medici e DPI, tramite:** ○ sviluppo di linee di indirizzo per la predisposizione di scorte strategiche di medicinali, forniture, dispositivi medici e DPI e definizione delle modalità di accesso alle scorte nelle varie fasi; ○ definizione dei fabbisogni; ○ valutazione e definizione delle categorie di prodotti farmaceutici e dispositivi medici destinati ad acquisizione con gare centralizzate o con gare aziendali necessari a coprire i fabbisogni; ○ predisposizione di un monitoraggio di dati di consumo di farmaci e dispositivi medici per poter evidenziare le eventuali modifiche di fabbisogni intervenuti in fase di allerta e in fase pandemica. • **DPI: Semimaschere filtranti (FFP), guanti, Protezione oculare, Indumenti di Protezione:**

	○ Definizione della scorta di DPI per il personale sanitario e per le categorie di pubblica utilità; ○ Adeguamento contratti di prelazione con le Aziende produttrici; ○ Gestione scorte e coordinamento magazzini aziendali e centrali al fine di garantire approvvigionamento continuo e sufficiente ● **Dispositivi medici (mascherine chirurgiche, disinfettanti, reagenti e kit di laboratorio)** ○ definizione della scorta regionale; ○ adeguamento contratti di prelazione con le Aziende produttrici ● **Farmaci antivirali antinfluenzali** ○ definizione della scorta regionale; ○ adeguamento contratti di prelazione con le aziende produttrici ● **Altri farmaci (cortisonici, antibiotici, ossigenoterapia)** ○ definizione della scorta regionale; ○ adeguamento contratti di prelazione con le aziende produttrici ● **Definizione delle strutture di stoccaggio per un fabbisogno di 3 mesi** ○ ambienti che rispettino i requisiti strutturali e microclimatici ed eventualmente dotati di frigoriferi; ○ Individuare i/il magazzini/o deputati allo stoccaggio di scorte di farmaci e dispositivi medici (più magazzini presso le aziende sanitarie, o un unico magazzino di Azienda zero o un unico magazzino centralizzato collocato presso una azienda sanitaria); ○ Individuare le modalità di trasporto di scorte preventive regionali; ○ Predisposizione sistema di coordinamento magazzini aziendali e centrali ● **Definizione del percorso regionale di gestione delle informazioni necessarie alla distribuzione di farmaci, vaccini e DM acquistati/ forniti a livello nazionale** ○ Individuare i/il magazzini/o deputati allo stoccaggio di scorte di farmaci e dispositivi medici (più magazzini presso le aziende sanitarie, o un unico magazzino di Azienda zero o un unico magazzino centralizzato collocato presso una azienda sanitaria); ○ Individuare le modalità di trasporto di scorte preventive regionali; ● **Definire la modalità necessarie ad un monitoraggio puntuale delle carenze e/o difficoltà di approvvigionamento ospedaliere e territoriali, da adattare in relazione ad un aumentato improvviso fabbisogno, anche mediante raccordo e coordinamento a sistema dei magazzini aziendali e centrali;** ● **Fornire indicazioni circa l'attivazione di gare centralizzate e l'adeguamento dei contratti per l'attivazione di scorte preventive, finalizzate a coprire possibili carenze;** ● **Definizione di indicazioni regionali e relativi aggiornamenti per l'importazione di farmaci per uso compassionevole;** ● **Definizione delle procedure regionali o/e aziendali di approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini) e dispositivi medici essenziali con individuazione specifica dei ruoli.**
AZIONI A LIVELLO ASL	● Attivare un team aziendale e relativo coordinatore degli approvvigionamenti e della gestione delle scorte che possa fungere da referente per la Regione; ● Approvvigionamento di farmaci antivirali antinfluenzali, dispositivi medici e DPI necessari a costituire la scorta aziendale, secondo le disposizioni regionali; ● Definire i magazzini presso le aziende sanitarie deputati allo stoccaggio di scorte di farmaci e dispositivi medici; ● Individuare i referenti per i magazzini farmaci e dispositivi medici; ● Adeguare i contratti per l'attivazione di scorte preventive, finalizzate a coprire possibili carenze ● Redigere procedure aziendali di approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini) e dispositivi medici essenziali con individuazione specifica dei ruoli, secondo quanto indicato in ambito regionale
DOCUMENTI ATTUATIVI	● Atto aziendale di costituzione del Team aziendale ● Piano regionale per l'individuazione dei livelli di acquisto e stoccaggio (incluso il trasporto) di farmaci e dispositivi medici e DPI, e delle modalità di accesso alle scorte nelle varie fasi; ● Contratti per l'attivazione di scorte preventive;

	• Procedure di approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini) e dispositivi medici essenziali con individuazione specifica dei ruoli. • Report periodici stato consistenza scorte a livello aziendale e regionale (Azienda Zero)

11.8 Formazione continua degli operatori differenziata per setting e per figure professionali

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Formazione continua degli operatori differenziata per setting e per figure professionali
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Attività di formazione
REFERENTE	Direttore Fondazione Scuola di Sanità Pubblica
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	Esperti Area Emergenza Urgenza/Area Intensiva Esperti Area Geriatrica Esperti Area Malattie Infettive Esperti Area Prevenzione Esperti Area Cure Primarie
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	Come specificato nel Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale 2021-2023 la formazione degli operatori rappresenta un'attività essenziale da organizzare e realizzare prima del verificarsi di una eventuale situazione di rilevanza di sanità pubblica regionale o emergenza epidemica. La formazione rappresenta una determinante fondamentale per consentire ai professionisti del Sistema Socio Sanitario regionale di rispondere prontamente e in modo corretto alle esigenze imposte da situazioni emergenziali. Obiettivo generale dell'attività di formazione in fase interpandemica è assicurare un'adeguata preparazione del personale coinvolto nella eventuale risposta a nuove emergenze epidemiche e creare un'infrastruttura in grado di recepire e diffondere rapidamente documenti di indirizzo in modo da mantenere approcci diagnostico-terapeutici uniformi e basati sulle evidenze anche in fase emergenziale o pandemica. In particolare l'attività formativa del PanFlu 2021-2023 intende: • diffondere le linee di indirizzo del piano pandemico regionale e le procedure necessarie alla loro applicazione a livello di tutti i presidi ospedalieri e territoriali; • supportare, attraverso la formazione dei professionisti interessati, lo sviluppo dei modelli organizzativi e delle azioni di potenziamento dei servizi socio-sanitari previsti dalla programmazione regionale in risposta alle emergenze epidemiche; • aggiornare tutti gli operatori sanitari sulle misure di prevenzione e di controllo delle infezioni (IPC); • promuovere e sviluppare collaborazioni con l'Area Ricerca e Sviluppo per la corretta diffusione delle evidenze scientifiche disponibili; • realizzare interventi di educazione sanitaria per il contrasto alla trasmissione di infezioni dominanti. Per raggiungere tali obiettivi si rende necessaria l'adozione di idonee modalità formative in grado, da una parte, di raggiungere tutti gli operatori interessati e, dall'altra, di consolidare le conoscenze e le competenze attraverso attività pratiche e simulazioni per la gestione dell'emergenza. Visto il coinvolgimento di figure e profili professionali diversi, al fine di assicurare una adeguata e capillare formazione, il piano formativo di preparedness pandemica prevede una modalità di erogazione "a cascata" e si articola in azioni diversificate e progettate per specifiche categorie professionali. Di seguito si riportano i contenuti delle attività formative.

a. *Preparedness* pandemica

Obiettivi	Destinatari	Metodologia didattica
Presentare le linee di indirizzo del piano pandemico regionale e le procedure necessarie alla loro applicazione a livello di tutti i presidi ospedalieri e territoriali	• Personale dei Dipartimenti di Prevenzione e in particolare dei GORR • Operatori sanitari dei presidi ospedalieri e territoriali secondo priorità definite • MMG, PLS, MCA e SUMAI, personale USCA • Personale RSA • Farmacisti delle Aziende sanitarie e delle farmacie di comunità	FAD asincrona e/o formazione residenziale con il coinvolgimento della rete dei formatori regionali

b. Misure di contrasto alla trasmissione di agenti patogeni di rilevanza per la salute pubblica e misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario

Obiettivi	Destinatari	Metodologia didattica
Aggiornare tutti gli operatori sanitari sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario e sulle misure di contrasto alla trasmissione di agenti patogeni di rilevanza per la salute pubblica.	• Personale dei Dipartimenti di Prevenzione e in particolare dei GORR • Operatori sanitari dei presidi ospedalieri e territoriali secondo priorità definite • MMG, PLS, MCA e SUMAI, personale USCA • Personale RSA • Farmacisti delle Aziende sanitarie e delle farmacie di comunità	FAD asincrona e/o formazione residenziale

c. Elementi di terapia e diagnostica di base

Obiettivi	Destinatari	Metodologia didattica
Fornire a tutti gli operatori sanitari indicazioni chiare e precise sulla terapia e la diagnostica di base, validate scientificamente secondo linee guida recenti	Operatori sanitari dei presidi ospedalieri e territoriali secondo priorità definite	FAD asincrona e/o formazione residenziale

d. Conoscenze e competenze specifiche per diverse categorie professionali

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th>Obiettivi</th><th>Destinatari</th><th>Metodologia didattica</th></tr>
<tr><td>Sviluppare le conoscenze e le competenze tecnico-scientifiche dei professionisti operanti in ambiti specifici

Supportare lo sviluppo dei modelli organizzativi e delle azioni di potenziamento dei servizi socio-sanitari previsti dalla programmazione regionale in risposta alle emergenze epidemiche e pandemiche</td><td>● Personale dei Dipartimenti di Prevenzione e in particolare dei GORR
● Personale sanitario di terapia intensiva
● Personale sanitario non di terapia intensiva
● Personale dei Pronto Soccorso
● Personale DMO e CIO
● Risk manager
● Personale addetto alla sorveglianza epidemiologica e virologica
● Personale sanitario dei servizi territoriali e della Medicina Generale: MMG, PLS, MCA e SUMAI, personale USCA, infermieri
● Personale Sistemi informativi
● Personale dei laboratori, con particolare riferimento alla rete InfluNet
● Farmacisti delle Aziende sanitarie e delle farmacie di comunità
● Referenti di ricerca</td><td>FAD

Formazione residenziale con il coinvolgimento della rete dei formatori regionali

Esercitazioni, analisi di casi e simulazioni pratiche</td></tr>
</table>

È previsto l'accreditamento presso il sistema regionale ECM per le figure professionali coinvolte.

Rientra nelle attività previste dal presente piano la realizzazione di campagne informative per sensibilizzare la popolazione ad adottare comportamenti di igiene/misure di prevenzione che possono avere un effetto positivo sulla salute pubblica in presenza di infezioni dominanti.

Monitoraggio dell'efficacia delle attività formative

In riferimento alla valutazione delle attività formative verranno predisposti diversi strumenti di valutazione per rilevare la qualità dei corsi, gli apprendimenti in uscita e l'acquisizione di competenze. Quando necessario verrà prevista la somministrazione on line prima del corso di un questionario (ex ante) per indagare le conoscenze in ingresso dei partecipanti sui contenuti che verranno affrontati. Un successivo questionario (ex post) verrà somministrato dopo il corso. Verranno inoltre attivate indagini KAPB (Knowledge Attitudes Practices and Behaviours) per verificare l'adozione di conoscenze, attitudini, pratiche e comportamenti adottati nell'ambito della prevenzione e protezione.

Esercizi di simulazione del piano pandemico regionale secondo linee da definire.</td></tr>
<tr><td>AZIONI A LIVELLO REGIONALE</td><td>Azioni a livello regionale:
● costituzione di gruppi regionali per la definizione delle procedure per la corretta diffusione delle evidenze scientifiche disponibili (in collaborazione con l'Area Ricerca e Sviluppo);
● mappatura dei fabbisogni formativi (in collaborazione con UOC Formazione e sviluppo delle professioni sanitarie, Azienda Zero e con il gruppo di lavoro regionale)
● definizione degli obiettivi formativi, dei programmi didattici e delle metodologie didattiche per le diverse categorie professionali, in accordo con gli attori istituzionali regionali e attraverso il coinvolgimento di esperti per le specifiche aree di contenuto e intervento;</td></tr>
</table>

	● promozione di metodologie didattiche innovative (es. gamification); ● mappatura delle reti di formatori già presenti a livello regionale al fine di valorizzare le competenze già disponibili (ad esempio per la Medicina Generale è presente l'albo degli animatori di formazione regionali); ● realizzazione dei moduli formativi da rendere disponibili in modalità FAD asincrona ed erogazione tramite piattaforma digitale dedicata; ● realizzazione delle attività formative rivolte alla rete regionale dei formatori; ● monitoraggio dello svolgimento delle attività formative a livello locale; ● realizzazione di interventi di educazione sanitaria rivolti alla popolazione per il contrasto alla trasmissione di infezioni dominanti, in collaborazione con l'Area Comunicazione interna ed esterna; ● definizione degli strumenti di valutazione dell'efficacia delle attività formative.
AZIONI A LIVELLO ASL	**Azioni a livello ASL:** ● individuazione dei professionisti da coinvolgere nelle diverse attività formative e monitoraggio della effettiva partecipazione; ● organizzazione delle attività formative da svolgere a livello locale; ● partecipazione alle attività di valutazione dell'efficacia delle attività formative.
DOCUMENTI ATTUATIVI	● Attività di formazione 2022-2023 – Linee di lavoro ● Procedura per la corretta diffusione delle evidenze scientifiche disponibili

11.9 Comunicazione interna ed esterna

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Comunicazione interna ed esterna
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Informazione alla popolazione
REFERENTE	Responsabile Ufficio Stampa Regione del Veneto
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Ufficio Stampa Regione del Veneto* *Social Media Manager* *Gruppo Social della Regione* *Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria* *Azienda Zero*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	Implementare la comunicazione quotidiana alla popolazione tramite comunicati stampa, punti stampa in presenza, diffusione dei dati commentati da un esperto che dia scientificità e attendibilità a quanto pubblicato. Valutare con attenzione l'uso dei social, dove gli interventi del mondo no vax no mask no green pass possono fuorviare l'incisività della comunicazione, facendo al contempo una valutazione di rischio-beneficio, stante che la popolazione più giovane proprio dai social trae la sua fonte d'informazione primaria. Realizzazione di cartellonistica specifica. Utilizzo massivo del sito ufficiale della Regione. ● Garantire la definizione e istituzione di strutture formali e procedure concordate per la conduzione della comunicazione del rischio e il coinvolgimento della comunità in caso di emergenza e minaccia per la salute pubblica ● Sviluppare procedure autorizzative per garantire il rilascio tempestivo di informazioni attraverso messaggi e prodotti, che comunichino anche l'incertezza rispetto al rischio e rispettino il criterio della comprensibilità nelle modalità e nei linguaggi. ● Garantire l'identificazione di ruoli e responsabilità delle attività comunicative istituzionali relative alla comunicazione del rischio, sia a livello centrale che regionale. ● Pianificare un piano di comunicazione capillare attraverso inclusione di partner e testimonial che possano essere utili nella diffusione di messaggi comunicativi efficaci e coerenti. ● Prevenire e contenere la divulgazione di disinformazione e fake news che possono portare alla diffusione di comportamenti non corretti. ● Preparare una comunicazione del rischio.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Il territorio della Regione del Veneto, suddiviso per AULSS, va monitorato e informato giornalmente attraverso gli strumenti di comunicazione più svariati, meglio se con dati suddivisi AULSS per AULSS, e come ci viene spesso richiesto dai media. Importante il coinvolgimento delle televisioni locali, magari pensando alla realizzazione di brevi e incisivi spot di carattere generale su come salvaguardare la propria salute, a chi rivolgersi in caso di bisogno ecc ecc. ● Predisporre un piano regionale di comunicazione del rischio pandemico ● Identificare e definire un sistema di strutture formali e procedure concordate per condurre la comunicazione del rischio e il coinvolgimento delle comunità in caso di risposte a minacce per la salute pubblica ○ sistema di strutture formali e procedure concordate per un piano nazionale di comunicazione da attivare in caso di emergenza ○ Identificare un sistema di gestione delle richieste di informazione e delle segnalazioni da parte dei cittadini in modo coordinato a livello regionale e aziendale ● Definire un nucleo permanente della comunicazione del rischio sanitario con esperti formati in materia di comunicazione e che possa favorire la canalizzazione della comunicazione verso i media ○ il nucleo permanente di comunicazione del rischio ha il ruolo di organizzare incontri periodici con rappresentanti dei media giornalistici e delle principali piattaforme sociali. ● Implementare un raccordo costante con le strutture di comunicazione internazionali di ECDC EC e OMS sulla comunicazione del rischio pandemico influenzale ○ definire una rete di coordinamento sulla comunicazione del rischio ● Disporre piani e procedure per garantire il rilascio tempestivo di informazioni in caso di emergenza, come le procedure di autorizzazione per i messaggi e i prodotti di informazione ○ definire a livello regionale e aziendale tra tutti gli attori coinvolti procedure chiare e definite che garantiscano l'attivazione e rilascio tempestivo di informazioni che siano allineata al piano generale di preparedness ● Disporre di un elenco di partner e testimonial utili nella diffusione dei messaggi comunicativi (promozione di comportamenti corretti) ○ elenco esaustivo di partner con caratteristiche di efficacia e coerenza rispetto al messaggio da veicolare

	● Stabilire e utilizzare sistemi e reti per monitorare e intervenire in modo proattivo e coerente in caso di divulgazione di notizie false e confondenti ● Identificare e definire un pool di esperti e personale in comunicazione del rischio e coinvolgimento di comunità in grado di supportare la risposta agli eventi di salute pubblica ○ esercizio regolare sullo studio dei processi di intervento comunicativo in caso di eventi pandemici e di impatto per la salute pubblica
AZIONI A LIVELLO ASL	Ogni Asl ha un ruolo decisivo nella comunicazione alla popolazione di riferimento. Va istituito in ogni ufficio stampa un servizio di informazione con i vari mezzi ragionevolmente a disposizione. Tale servizio deve essere immediato in caso di situazioni o eventi particolari (es. un focolaio che si verifica in una determinata parte del territorio; cadenzato (max una volta ogni 2 giorni) nella diffusione dei dati epidemiologici, delle informazioni agli utenti su vaccinazioni, sportelli, orari, centri vaccinali ecc ecc. Vanno coinvolte le televisioni locali dell'area tentando di ottenere anche servizi di pura informazione alla popolazione invece che di sola cronaca. Per il web vale lo stesso ragionamento del capitolo sopra. ● Disporre di un sistema strutturato di ruoli e responsabilità da attivare tempestivamente per la diffusione delle comunicazioni in risposta ad eventi e comportamenti minaccianti per la salute pubblica ○ sistema strutturato di ruoli e relative responsabilità a livello, regionale e aziendale per l'attivazione tempestiva di attività di comunicazione
DOCUMENTI ATTUATIVI	

11.10 Ricerca e Sviluppo

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Ricerca e Sviluppo
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	• Partecipa alla stesura del piano pandemico per le parti di competenza • Coordina le attività di ricerca su prevenzione, management e terapia delle infezioni ad alto impatto sulla Sanità Pubblica nelle fasi epidemiche e pandemiche • Supporta per quanto di competenza le attività di formazione (Area 5), i programmi di prevenzione e controllo delle infezioni (Area 4) e le attività di sorveglianza epidemiologica e virologica (Area 2)
REFERENTE	Università degli Studi di Verona - Dipartimento di Diagnostica e di Sanità Pubblica Università degli Studi di Padova - Dipartimento di Scienze Cardiologiche toraciche e vascolari, Unità di Igiene e Sanità Pubblica
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Azienda Zero, Istituto Zooprofilattico, Fondazione SSP, Rappresentante dei MMG, PLS e RSA, Singoli esperti*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	• Creazione di una rete multidisciplinare di ricerca e sviluppo a supporto delle diverse azioni che necessitano di un continuo aggiornamento delle evidenze scientifiche del Piano Pandemico identificando le risorse necessarie • Istituire una rete di ricerca per gli aspetti clinici, microbiologici, terapeutici e di prevenzione delle infezioni causate da patogeni emergenti ad alto impatto sul sistema sanitario • Definire gli indicatori di valutazione per monitorare la qualità dei processi attivati e della ricerca • Definire collaborazione con la rete italiana di *preparedness* • Collaborare identificando le nuove evidenze scientifiche disponibili • Collaborare con l'Area 5 alla formazione basata sulle Good Clinical Practice (GCP) per referenti di ricerca • Definire, con approccio basato sulle evidenze scientifiche (quale il "Multi Decision Criteria Analysis" (MCDA)), le priorità di ricerca nel campo delle infezioni (prevenzione e trattamento) a carattere epidemico ed endemico • Definire ed organizzare uno studio "perpetuo" di identificazione delle caratteristiche molecolari ed evolutive dei ceppi di virus influenzali circolanti e dei virus pericolosi al fine di individuare tempestivamente varianti virali con caratteristiche antigeniche tali da indurre un rischio potenziale nella popolazione • Istituire un tavolo di collaborazione tra medicina umana e veterinaria con lo scopo di definire un approccio *One Health* che permetta un'identificazione e un tempestivo controllo delle emergenze virali e batteriche a trasmissione animale-uomo, in collaborazione con i gruppi già organizzati nell'ambito del Piano Nazionale di Contrasto dell' Antimicrobico-Resistenza (PNCAR)
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Sviluppare il protocollo per uno studio di fattibilità e mappatura delle strutture e del personale disponibile nelle strutture sanitarie (ospedali, RSA e Medicina Generale con riferimento al Piano Regionale di distribuzione di posti letto di medicina, semi-intensiva ed intensiva) della Regione ed identificare le risorse necessarie per la costituzione di una rete di ricerca per lo studio delle infezioni da patogeni emergenti ad impatto sanitario elevato • Sviluppare le procedure di governance per la gestione della rete di ricerca regionale • Selezionare i centri ed i rappresentanti delle varie componenti (ospedali, MMG, PLS e RSA) da coinvolgere nelle diverse attività di ricerca e sviluppo della rete collegandosi ai piani già esistenti • Istituire le collaborazioni con la rete italiana di *preparedness* • Sviluppare protocolli per il monitoraggio degli indicatori e della qualità della ricerca • Definire, con approccio basato sulle evidenze (quale MCDA) le priorità di ricerca nel campo delle infezioni (prevenzione e trattamento) ad alto impatto assistenziale a carattere epidemico ed endemico a livello regionale • Selezionare le strutture ed i laboratori e sviluppare un protocollo microbiologico comune per la definizione ed organizzazione di uno studio "perpetuo" delle caratteristiche molecolari ed evolutive dei ceppi di virus influenzali circolanti e dei virus che provocano forme gravi al fine di individuare tempestivamente varianti virali con proprietà antigeniche a seguito mutazioni o riassortimenti tra ceppi circolanti nella popolazione • Selezionare le parti da coinvolgere (basandosi anche sui gruppi già definiti a livello regionale dal PNCAR) per la costituzione di un tavolo di collaborazione tra medicina e sorveglianza microbiologica umana e veterinaria con lo scopo di definire un approccio *One Health* al controllo precoce delle emergenze virali e batteriche a trasmissione animale-uomo
AZIONI A LIVELLO ASL	• Eseguire lo studio di fattibilità e mappatura delle strutture e personale necessario nelle singole strutture sanitarie (ospedali e RSA e Medicina Generale; strutture HUB e Spoke) nelle aree di propria competenza

	● Selezionare i centri ed i rappresentati delle varie componenti secondo le indicazioni regionali ● Contribuire alla definizione delle priorità di ricerca di Sanità Pubblica nel campo delle infezioni (prevenzione e trattamento) ad alto impatto assistenziale ● Selezionare i laboratori e contribuire allo sviluppo di un protocollo microbiologico comune per lo studio delle caratteristiche molecolari ed evolutive dei ceppi di virus influenzali circolanti e dei virus che provocano forme gravi ● Contribuire allo sviluppo delle procedure per la selezione dei protocolli di ricerca da implementare tramite la rete regionale di ricerca e dei protocolli di implementazione ● Implementazione dei protocolli di ricerca selezionati a livello regionale
DOCUMENTI ATTUATIVI	● Descrizione della rete, competenze e governance ● Procedure per la definizione e l'aggiornamento delle priorità di ricerca ● Procedure per la selezione degli studi clinici di interesse regionale

11.11 Razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali **(Attività trasversali - Azienda Zero)**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	**Attività trasversali** ● Attività di Sorveglianza epidemiologica (batteriologica) e virologica ● Servizi Sanitari di Prevenzione ● Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali ● Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali e Ospedalieri ● Residenze sanitarie assistite (RSA) / Centri Servizi per Anziani ● Attività di prevenzione e controllo delle infezioni, farmacologiche e non ● Attività di formazione ● Gestione attrezzature
REFERENTE	Direttore Generale di Azienda Zero
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*V. schede relative*
DESCRIZIONE GENERALE DELL ATTIVITÀ	**Monitoraggio periodico del profilo di salute della popolazione** Analisi periodica dello stato di salute della popolazione al fine di conoscere preventivamente le caratteristiche e la numerosità dei gruppi di popolazione destinatari delle iniziative di sanità pubblica, con particolare riferimento ai soggetti in condizioni di vulnerabilità ● UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri **Attività di Sorveglianza epidemiologica (batteriologica) e virologica** Preparazione di report periodici mensili, trimestrali, annuali per tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali ● UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri ● UOC Sistemi Informativi Invio periodico in regione per analisi cumulativa dati ● UOC Sistemi Informativi Invio periodico all'ISS per analisi regionale e nazionale dei dati ● UOC Sistemi Informativi Preparazione di report con scambio in tempo reale di dati critici a livello regionale e con l'ISS ● UOC Sistemi Informativi Realizzazione di una piattaforma regionale dedicata che consenta di inviare rapidamente i flussi informativi sia alle AULSS/AO afferenti, sia a Livello nazionale ed europeo (solitamente i dati all'ECDC vengono inviati solo dall'ISS) ● UOC Sistemi Informativi Azienda Zero: invio flussi informativi e restituzione alle singole AULSS/AO ● UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie Preparazione di una piattaforma dedicata alla raccolta dei dati in modo uniforme e con modalità standardizzate ● UOC Sistemi Informativi Acquisizione di un software dedicato da distribuire alle varie AULSS/AO per la raccolta uniforme dei dati e delle analisi, per garantire omogeneità e standardizzazione delle rilevazioni ● UOC Sistemi Informativi Realizzare un sistema di sorveglianza sindromica basata sull'analisi del flusso dei dati degli accessi al PS ● UOC Sistemi Informativi Progettare e realizzare un sistema di sorveglianza sindromica per la rilevazione di eventi inattesi nel setting dell'Assistenza Primaria ● UOC Rischio Clinico Progettare un sistema di sorveglianza sindromica basato sugli accessi in PS a livello regionale, coerente con un eventuale sistema nazionale, alimentato dai flussi dati attualmente esistenti, o in previsione, e/o a questi proporre modifiche o aggiornamenti; il sistema di sorveglianza sindromica basato sugli accessi in PS dovrà prevedere uno specifico modello di governance e la sua relazione con le altre strutture per le finalità di allerta rapida; ● UOC Sistemi Informativi

	Implementare le specifiche nei gestionali e nei sistemi informativi regionali, ● UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie ● UOC Sistemi Informativi Integrare i cruscotti di reportistica per il livello regionale e aziendale sull'andamento epidemiologico a diversi livelli territoriali, l'analisi continua del dato in integrazione con altri sistemi di sorveglianza (flusso di notifica malattie infettive, accessi PS, etc.) ● UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie ● UOC Sistemi Informativi Acquisizione di strumentazioni in grado di tipizzare rapidamente i patogeni sia batterici che virali. ● UOC CRAV Adeguamento del numero di congelatori per lo stoccaggio dei campioni biologici. ● UOC CRAV **Servizi Sanitari di Prevenzione** Rafforzamento, aggiornamento e interoperabilità, in accordo con la pianificazione regionale e sulla base delle specifiche esigenze dei Servizi di Prevenzione e della Direzione Prevenzione, degli strumenti (es. SIAVr, applicativi ospedalieri, software laboratorio analisi e di microbiologia, IZSVe, Sistema di biosorveglianza, SIRMI, Portale Operatore e cruscotti di business intelligence, integrazione con gestionali di MMG, etc.) per la gestione operativa e per la raccolta dati Aggiornamento e predisposizione di altri applicativi a supporto di tutti gli altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione Strumenti per la raccolta dati (disporre di un software per la realizzazione di studi FFX adattati al contesto) ● UOC Sistemi Informativi Pianificazione delle attività epidemiologiche di monitoraggio (es. stesura di report periodico, approfondimenti ad hoc, etc.) a supporto alla Direzione Prevenzione e all'Unità di Crisi ● UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri Prevedere corsi di formazione per sviluppare le capacità e le competenze necessarie alla realizzazione di studi FFX tempestivi coinvolgendo i referenti della rete di preparedness) ● UOC Rischio Clinico **Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali** Potenziamento dell'attività di unità speciali di continuità assistenziale, presa in carico domiciliare dei pazienti sospetti e diagnosticati che non necessitano di ricovero ospedaliero [..] ● UOC Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie (supporto per contenuti per la realizzazione di un progetto di formazione continua per gli Operatori USCA) ● UOC Sistemi Informativi Potenziamento dei servizi infermieristici sul territorio [..] ● UOC Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie (supporto per la definizione del fabbisogno di personale a livello aziendale in relazione al contesto epidemiologico) Sviluppo e rafforzamento dell'integrazione ospedale-territorio, anche con riferimento alle strutture sanitarie a bassa intensità assistenziale [..] ● UOC Sistemi Informativi **Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali e Ospedalieri** Acquisire la mappa aggiornata della rete dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri e strutture da utilizzare come strutture sanitarie "alternative" ● UOC Autorizzazione all'esercizio e Organismo Tecnicamente Accreditante Realizzare una mappatura della rete di servizi sanitari territoriali e ospedalieri e dei loro requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici e delle strutture "alternative", eventualmente integrando i flussi esistenti, in un documento ed in un dataset ● UOC Autorizzazione all'esercizio e Organismo Tecnicamente Accreditante Verifica dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici ● UOC Autorizzazione all'esercizio e Organismo Tecnicamente Accreditante Revisione strategica delle necessità di implementazione dei sistemi informativi ● UOC Rischio Clinico Revisione strategica delle necessità informative e flussi esistenti ● UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie Integrazione dei flussi informativi esistenti e creazione di nuovi flussi di sorveglianza a seguito del processo di revisione ● UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie (supporto) ● UOC Rischio Clinico Definire i fabbisogni di assistenza e le capacità di risposta dei servizi sanitari regionali [..] ● UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri (popolazione e profili di rischio) Predisposizione di piani di aumento della capacità e di continuità operativa dei servizi

	● UOC Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie (supporto per elaborazione di procedure per coordinare e trasferire il personale tra strutture sanitarie) **Residenze sanitarie assistite (RSA) / Centri Servizi per Anzian**i Definire un sistema di sorveglianza che permetta una rapida individuazione di infezione da patogeno emergente negli ospiti accolti nelle strutture e il relativo personale sanitario, di interesse sanitario e non sanitario; ● UOC Rischio Clinico Pianificare dei percorsi formativi che garantiscano l'approfondita conoscenza da parte del personale all'interno delle strutture delle misure di prevenzione e protezione disponibili e le caratteristiche del quadro clinico di infezione da Patogeno emergente. ● UOC Rischio Clinico Definizione delle procedure da adottare per garantire all'interno delle strutture del territorio degli spazi per l'isolamento degli ospiti colpiti da infezione da patogeno emergente e aree di accoglienza temporanea per i nuovi ingressi. ● UOC Rischio Clinico **Attività di prevenzione e controllo delle infezioni, farmacologiche e non** Monitorare periodicamente i dati di consumo dei farmaci a livello regionale ● UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie DPI: semi maschere filtranti (FFP), guanti, protezione oculare, indumenti di protezione. Gestione scorte e coordinamento magazzini aziendali e centrali al fine di garantire approvvigionamento continuo e sufficiente. ● UOC CRAV Attivazione di gare centralizzate e adeguamento dei contratti per l'attivazione di scorte preventive, anche finalizzate a coprire possibili carenze, in accordo con le indicazioni regionali; ● UOC CRAV Definizione delle procedure regionali o/e aziendali di approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini) e dispositivi medici essenziali con individuazione specifica dei ruoli. Gestione scorte e coordinamento magazzini aziendali e centrali al fine di garantire approvvigionamento continuo e sufficiente. ● UOC CRAV Supporto metodologico alla definizione di protocolli terapeutici dei farmaci antivirali, cortisonici, antibiotici, ossigenoterapia, ecc.. ● UOC HTA **Attività di formazione** Mappatura dei fabbisogni formativi ● UOC Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie (a supporto) Definizione degli obiettivi formativi, dei programmi didattici e delle metodologie didattiche per le diverse categorie professionali, in accordo con gli attori istituzionali regionali e attraverso il coinvolgimento di esperti per le specifiche aree di contenuto e intervento ● UOC Rischio Clinico Promozione di metodologie didattiche innovative (es. gamification) ● UOC Rischio Clinico Mappatura delle reti di formatori già presenti a livello regionale al fine di valorizzare le competenze già disponibili. ● UOC Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie (a supporto) Monitoraggio dello svolgimento delle attività formative a livello locale ● UOC Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie (a supporto) Definizione degli strumenti di valutazione dell'efficacia delle attività formative ● UOC Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie (a supporto) **Gestione Attrezzature** Elaborazione reportistica annuale sullo stato manutentivo delle attrezzature ● UOC HTA Elaborazione piano annuale acquisizioni nuove attrezzature ● UOC HTA Attivazione eventuali contratti/accordi quadro centralizzati per approvvigionamento attrezzature ● UOC CRAV ● UOC HTA
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Vedi schede relative.
AZIONI A LIVELLO ASL	Vedi schede relative.

11.12 Sorveglianza negli animali e nelle popolazioni professionalmente esposte allo spillover

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Sorveglianza negli animali e nelle popolazioni professionalmente esposte allo spillover **(ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLE VENEZIE - IZSVe)**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Sorveglianza nelle popolazioni animali di virus dal potenziale zoonotico e nelle popolazioni professionalmente esposte ai passaggi di specie
REFERENTE	Coordinatore della Rete delle Microbiologie Direttore Generale di Azienda Zero
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria* *Dipartimenti di Prevenzione AULSS* *Servizi Veterinari AULSS* *Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ'	• Sorveglianza delle popolazioni animali potenziali serbatoio di virus influenzali in grado di infettare l'uomo attraverso l'implementazione di prestabiliti sistemi di sorveglianza dell'influenza animale (es.: Piano annuale di sorveglianza dell'influenza aviare) al fine di monitorare la comparsa di virus influenzali non stagionali (o emergenti), che hanno il potenziale di mutare in forme che potrebbero dar luogo ad una pandemia influenzale umana. La sorveglianza non stagionale dell'influenza, ivi incluso lo studio del potenziale zoonotico di virus circolanti potenzialmente pericolosi, sia negli animali sia nelle popolazioni professionalmente esposte (allevatori, veterinari, etc.), assicurerà quindi un sistema di allarme rapido contro la pandemia, individuando i nuovi virus man mano che entrano nelle popolazioni umane. • Identificazione dei laboratori di riferimento regionali per l'influenza nel settore umano e veterinario e sviluppo di una modalità di scambio tempestivo di dati. • Realizzazione di una piattaforma che consenta, in modo sicuro, la segnalazione di potenziali emergenze di sanità pubblica ad impatto internazionale, ovvero regionale e nazionale e lo scambio di informazioni veloce e sicuro tra attori dell'SSN a livello regionale e centrale.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Controllo delle popolazioni animali nell'ambito dei Piani Nazionali di sorveglianza annuali e delle attività del Centro di Referenza Nazionale per l'influenza aviare presso l'IZSVe. • *Follow up* della coorte di persone esposte ad eventi di *spillover* in caso di focolai di virus influenzali animali
AZIONI A LIVELLO ASL	• Implementazione attività di sorveglianza sul territorio regionale (raccolta campioni ufficiali, indagini epidemiologiche in caso di sospetti e/o focolai) in stretto contatto con l'IZSVe per quanto riguarda l'analisi dei campioni raccolti e la caratterizzazione di virus identificati. • Contact tracing delle persone esposte, visite cliniche e prelievo di campioni diagnostici per valutare il livello di esposizione.
DOCUMENTI ATTUATIVI	• Piano nazionale di sorveglianza per l'influenza aviaria 2022 • Protocollo operativo per il monitoraggio sanitario dei soggetti esposti al virus dell'influenza aviaria in caso di focolai • Schema di flusso delle informazioni tra Servizi veterinari, IZSVe, Spisal, Laboratori di Microbiologia, Regione - Allegato tecnico-Manuale operativo

11.13 Valutazione e stima delle risorse economiche e del personale

FASE	**INTER-PANDEMICA**
MACRO AREA	Valutazione e stima delle risorse economiche e del personale
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Coordinamento delle azioni necessarie alla valutazione, definizione e adeguamento delle delle dotazioni organiche necessarie alla gestione emergenziale (contact tracing, sorveglianza sanitaria, USCA, personale epidemiologica organizzativa, farmacisti, area informatica, trasporti)
REFERENTE	Direttore Direzione Risorse Strumentali SSR
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Risorse Strumentali SSR* *Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria* *Direzione Programmazione Sanitaria*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ'	• Definizione e reclutamento del personale necessario per arrivare a avere il numero di USCA pari a quanto presente nel picco covid • Individuazione e reclutamento con strumenti ordinari e straordinari del personale necessario per analisi epidemiologica • Individuazione e reclutamento con strumenti ordinari e straordinari del personale necessario per le attività di sorveglianza sanitaria • Definizione e reclutamento del personale necessario per soddisfare le esigenze informative nelle diverse fasi pandemiche • Definizione e reclutamento del personale necessario per soddisfare il fabbisogni di personale adibito alle attività di trasporto
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Coordinamento Fabbisogno di Personale Definizione dello standard di riferimento Assegnazione delle risorse e dei limiti di spesa Definizione di strumenti di reclutamento straordinario e loro utilizzo
AZIONI A LIVELLO ASL	Assunzione del Personale necessario al raggiungimento dell'obiettivo specifico nei limiti delle risorse e dello standard di riferimento Attribuzione delle risorse ai diversi servizi
DOCUMENTI ATTUATIVI	DGR definizione valori minimi di riferimento DDR attribuzione delle risorse CIRCOLARI ricognitive strumenti emergenziali eccezionali

FASE DI ALLERTA

12.1 Coordinamento della Governance

FASE	**ALLERTA**
MACRO AREA	**Coordinamento della *governance***
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Verifica dello stato di attivazione e monitoraggio dell'evoluzione dello scenario epidemiologico
REFERENTE	Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di coordinamento regionale PanFlu 2021-2023* *Task Force Operativa Regionale* *Comitato Tecnico Scientifico Regionale*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	In fase di allerta, si procede alla verifica dello stato di attivazione dei soggetti coinvolti nel Piano, ciascuno per le proprie competenze, e al monitoraggio dell'evoluzione dello scenario epidemiologico
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Collaborazione con la rete DISPATCH alla valutazione analitica per quantificare il possibile impatto che avrebbe una possibile pandemia causata da virus emergente sui servizi sanitari • Studio sistematico della letteratura, di siti ufficiali (es. OMS, ECDC,) e di fonti di informazioni non strutturate e social media attraverso l'epidemic intelligence • Supporto e promozione dell'attività di potenziamento dei servizi previsti dal Piano Pandemico Regionale nella fase di allerta • Raccordo con l'Unità di Crisi e con il Comitato dei Direttori Generali
AZIONI A LIVELLO ASL	• Attuazione di quanto previsto dal Piano Pandemico Aziendale • Attuazione delle indicazioni regionali per la fase di allerta
DOCUMENTI ATTUATIVI	

12.2 Sorveglianza epidemiologica e virologica

FASE	**ALLERTA**
MACRO AREA	Sorveglianza epidemiologica (batteriologica) e virologica **Attività di segnalazione e monitoraggio**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ'	Recepimento e condivisione di informazioni su Microrganismi Alert che possono pervenire da OMS, CDC, ECDC, ISS, Regione, Singole AULSS/AO
REFERENTE	Coordinatore della Rete delle Microbiologie Direttore Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria* *Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle AULSS* *Rete delle Microbiologie* *UOC Rischio Clinico di Azienda Zero*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ'	• Implementazione della attività di segnalazione e diffusione del patogeno • Formazione del personale finalizzata ad aumentare il livello di conoscenze sulle modalità di diffusione e di trasmissione del patogeno coinvolto • Formazione su materiali e modalità di isolamento, rilevazione e/o coltura del patogeno • Verifica ed adeguamento strutturale e strumentale dei laboratori e delle indispensabili misure di contenimento del rischio biologico • Verifica della presenza di presidi e fabbisogni necessari per lavorare in condizioni di sicurezza in aree a rischio biologico • Esecuzione di controlli periodici sulla messa a norma di stanze a pressione negativa (BL2/3), cappe di sicurezza biologica, centrifughe, etc. • Attivazione dei laboratori specializzati per la necessità di caratterizzazione rapida del patogeno e valutazione/validazione di nuovi test diagnostici • Coordinamento con UOC CRAV di Azienda Zero per richieste reagenti e dispositivi di sicurezza
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Analisi delle necessità strutturali e strumentali dei vari laboratori e allestimento dei capitolati di acquisto anche con la collaborazione di esperti tecnici • Messa a norma strutturale dei laboratori ed acquisizione di strumentazioni, cappe biohazard, centrifughe, etc. In caso di necessità al fine di potenziare AULSS/AO carenti • Verifica e adeguamento dell'organico dei vari laboratori, con previsione di assunzioni di personale nelle varie AULSS/AO • Nomina referenti per acquisizione e distribuzione reagenti, dispositivi e test per i laboratori delle varie AULSS/AO, e per coordinamento con UOC CRAV di Azienda Zero • Collaborazione con il livello nazionale Struttura commissariale
AZIONI A LIVELLO ASL	• Adeguamento strutturale e strumentale dei laboratori secondo le norme vigenti, comprese le misure di contenimento del rischio biologico. • Assunzione di personale dirigente e del comparto in caso di carenza di organico • Nomina referente per ogni laboratorio ed economato per collaborazione con analogo referente Azienda zero per invio richiesta e ricevimento fabbisogni per gestione successiva fase pandemica • Coordinamento consegna e tempi dei trasporti (materiali/reagenti, Strumenti dedicati)
DOCUMENTI ATTUATIVI	Condivisione documenti attuativi Prove di simulazione con addestramento e aggiornamento specifico

12.3 Servizi sanitari di prevenzione

FASE	**ALLERTA**
MACRO AREA	Servizi sanitari di prevenzione
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Attivazione, in rapporto agli scenari epidemiologici, di tutti i livelli operativi individuati nei piani perché siano preparati ad attivarsi secondo ruoli e procedure previste in ognuno di essi
REFERENTE	Direttore Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Dipartimenti di Prevenzione* *Servizi di Igiene e Sanità Pubblica* *Altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione in funzione dello specifico coinvolgimento* *Rete delle Microbiologie* *UOC SER di Azienda Zero* *UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	Allerta a tutti i livelli operativi individuati nei piani perché siano preparati ad attivarsi secondo ruoli e procedure previste in ognuno di essi e verifica di responsività ed efficienza della catena di responsabilità, della collaborazione e dei canali di comunicazione definiti nei piani
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Implementazione delle attività di rafforzamento della sorveglianza e predisposizione di protocolli e strumenti per la rapida realizzazione di studi sui primi casi di infezione • Attivazione di un gruppo di confronto tecnico con i SISP per l'acquisizione e condivisione di informazioni sui primi casi di infezione • Definizione delle prime misure per l'identificazione e la gestione dei primi casi in accordo con le indicazioni nazionali ed internazionali • Promozione della realizzazione, con il supporto di Azienda Zero, di campagne informative per la prevenzione del rischio e il contenimento della diffusione dell'agente patogeno • Coordinamento della vaccinazione stagionale e/o emergenziale
AZIONI AZIENDA ZERO	• Adeguamento tempestivo degli applicativi regionali in funzione delle necessità legate al tipo di emergenza, al tipo di patogeno e alle necessità di sanità pubblica • Sviluppo e adeguamento di report sulla base dell'esigenza della Direzione Prevenzione, del Gruppo di Coordinamento regionale PanFlu e dell'Unità di Crisi • Pianificazione delle attività epidemiologiche di monitoraggio e di supporto alla Direzione Prevenzione e all'Unità di Crisi (es. stesura di report periodico, approfondimenti ad hoc, etc.) • Pianificazione degli acquisti di dispositivi e vaccini in accordo la programmazione regionale
AZIONI A LIVELLO ASL	• Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei documenti aziendali previste per la fase di allerta • Attivazione di meccanismi predisposti nella fase inter-pandemica per rafforzare la resilienza dei servizi di prevenzione • Attivazione modulare dei GORR a supporto dei CESP Aziendali • Partecipazione al gruppo di confronto tecnico Regionale per l'acquisizione e condivisione di informazioni sui primi casi di infezione • Implementazione e coordinamento a livello locale delle misure di restrizione definite a livello nazionale e regionale
DOCUMENTI ATTUATIVI	

12.4 Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali

12.5 Servizi Sanitari Assistenziali Ospedalieri

FASE	**ALLERTA**
MACRO AREA	**Servizi Sanitari Assistenziali Ospedalieri e Territoriali**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ'	1. Allerta a tutti i livelli operativi individuati nei piani perché siano preparati ad attivarsi secondo ruoli e procedure previste in ognuno di essi 2. Verifica di responsività ed efficienza della catena di responsabilità, della collaborazione e dei canali di comunicazione definiti nei piani
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali territoriali"* *Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali ospedalieri"* *Gruppo di Lavoro "Sorveglianza sindromica e rete Emergenza-Urgenza"*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ'	• Allerta a tutti i livelli operativi individuati nei piani perché siano preparati ad attivarsi secondo ruoli e procedure previste in ognuno di essi • Verifica di responsività ed efficienza della catena di responsabilità, della collaborazione e dei canali di comunicazione definiti nei piani
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Allerta a tutti i livelli operativi individuati nei piani perché siano preparati ad attivarsi secondo ruoli e procedure previste in ognuno di essi • Verifica di responsività ed efficienza della catena di responsabilità, della collaborazione e dei canali di comunicazione definiti nei piani
AZIONI A LIVELLO ASL	• Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei documenti aziendali per la fase di allerta • Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei documenti aziendali per la fase di allerta
DOCUMENTI ATTUATIVI	

FASE	**ALLERTA**
MACRO AREA	**Servizi Sanitari Assistenziali Ospedalieri e Territoriali**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ'	1. Attivazione della rete regionale dei servizi sanitari per la gestione della pandemia come definita nei piani 2. Attivazione/test procedure per trasferimenti e trasporti di emergenza
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali territoriali"* *Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali ospedalieri"* *Gruppo di Lavoro "Sorveglianza sindromica e rete Emergenza-Urgenza"*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ'	• Attivazione della rete regionale dei servizi sanitari per la gestione della pandemia come definita nei piani • Attivazione/test procedure per trasferimenti e trasporti di emergenza
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Attivazione della rete regionale dei servizi sanitari per la gestione della pandemia come definita nei piani • Attivazione/test procedure per trasferimenti e trasporti di emergenza
AZIONI A LIVELLO ASL	• Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei documenti aziendali per la fase di allerta • Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei documenti aziendali per la fase di allerta
DOCUMENTI ATTUATIVI	

FASE	**ALLERTA**

MACRO AREA	**Servizi Sanitari Assistenziali Ospedalieri e Territoriali**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	• Attivazione/test dei piani predisposti di aumento di capacità e di continuità delle strutture sanitarie per la risposta all'incremento della domanda in base alla valutazione del rischio • Attivazione/test delle procedure di gestione delle salme • Attivazione delle piattaforme informative web-based
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali territoriali"* *Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali ospedalieri"* *Gruppo di Lavoro "Sorveglianza sindromica e rete Emergenza-Urgenza"*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ'	• Attivazione/test dei piani predisposti di aumento di capacità e di continuità delle strutture sanitarie per la risposta all'incremento della domanda in base alla valutazione del rischio • Attivazione/test delle procedure di gestione delle salme • Attivazione delle piattaforme informative web-based
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Attivazione/test dei Documento con la definizione della catena di comando e controllo per l'attivazione dell'allerta pandemica per la risposta all'incremento della domanda in base alla valutazione del rischio • Attivazione/test delle procedure di gestione delle salme • Attivazione delle piattaforme informative web-based
AZIONI A LIVELLO ASL	• Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei documenti aziendali per la fase di allerta • Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei documenti aziendali per la fase di allerta • Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei documenti aziendali per la fase di allerta
DOCUMENTI ATTUATIVI	Piani di aumento di capacità e di continuità delle strutture sanitarie

12.6 Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario

FASE	**ALLERTA**
MACRO AREA	Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario **Misure di prevenzione e controllo delle infezioni nei servizi sanitari ospedalieri**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ'	1. Riduzione delle visite/assistenza medica procrastinabili 2. Regolamentazione dei nuovi ingressi e dei trasferimenti in ospedale e nelle case di riposo (lezione appresa da Covid-19)
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Programmazione Sanitaria*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ'	• Riduzione delle visite/assistenza medica procrastinabili • Regolamentazione dei nuovi ingressi e dei trasferimenti in ospedale e nelle case di riposo (lezione appresa da Covid-19)
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Attivazione del Piano per la riduzione delle visite/assistenza medica procrastinabili • Attivazione del Piano per la Regolamentazione dei nuovi ingressi e dei trasferimenti in ospedale e nelle case di riposo (lezione appresa da Covid-19)
AZIONI A LIVELLO ASL	• Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei documenti aziendali per la fase di allerta • Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei documenti aziendali per la fase di allerta
DOCUMENTI ATTUATIVI	Piani di aumento di capacità e di continuità delle strutture sanitarie

FASE	**ALLERTA**
MACRO AREA	Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario **Misure di prevenzione e controllo delle infezioni nei servizi sanitari ospedalieri**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ'	Garantire l'esistenza e rispetto dei protocolli sulle procedure di prevenzione e controllo delle infezioni e uso dei DPI specifici per l'agente pandemico Verifica delle condizioni strutturali per l'implementazione delle misure pandemiche anche in relazione ai percorsi e al personale disponibile Disponibilità di protocolli di formazione e utilizzo di DPI per le categorie professionali a rischio specifici per la minaccia pandemica
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario"*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ'	• Garantire l'esistenza e rispetto dei protocolli sulle procedure di prevenzione e controllo delle infezioni e uso dei DPI specifici per l'agente pandemico • Verifica delle condizioni strutturali per l'implementazione delle misure pandemiche anche in relazione ai percorsi e al personale disponibile • Disponibilità di protocolli di formazione e utilizzo di DPI per le categorie professionali a rischio specifici per la minaccia pandemica
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Adeguamento dei protocolli esistenti al fine di garantire l'esistenza e rispetto dei protocolli sulle procedure di prevenzione e controllo delle infezioni e uso dei DPI specifici per l'agente pandemico • Verifica delle condizioni strutturali per l'implementazione delle misure pandemiche anche in relazione ai percorsi e al personale disponibile • Adeguamento e verifica della disponibilità di protocolli di formazione e utilizzo di DPI per le categorie professionali a rischio specifici per la minaccia pandemica
AZIONI A LIVELLO ASL	• Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei documenti aziendali per la fase di allerta • Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei documenti aziendali per la fase di allerta

	• Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei documenti aziendali per la fase di allerta
DOCUMENTI ATTUATIVI	Atto di programmazione regionale contenente le attività previste per prevenzione e controllo di IPC e loro implementazione

FASE	**ALLERTA**
MACRO AREA	Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario **Misure di prevenzione e controllo delle infezioni nei servizi sanitari ospedalieri**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ'	1. Verifica delle esigenze delle strutture 2. Disseminazione delle informazioni sul rischio a tutte le strutture 3. Eventi formativi a carattere regionale e nazionale per IPC
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario"*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ'	• Verifica delle esigenze delle strutture assistenziali • Disseminazione delle informazioni sul rischio a tutte le strutture • Eventi formativi a carattere regionale e nazionale per IPC
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Verifica delle esigenze delle strutture assistenziali • Disseminazione delle informazioni sul rischio a tutte le strutture • Realizzazione di eventi formativi a carattere regionale e nazionale per IPC
AZIONI A LIVELLO ASL	• Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei documenti aziendali per la fase di allerta • Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei documenti aziendali per la fase di allerta • Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei documenti aziendali per la fase di allerta
DOCUMENTI ATTUATIVI	

RESIDENZE SANITARIE ASSISTITE (RSA)/CENTRI SERVIZI PER ANZIANI

FASE	**ALLERTA**
MACRO AREA	Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario **Residenze Sanitarie Assistite (RSA)/Centri Servizi per Anziani**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ'	Attivazione del sistema di sorveglianza e monitoraggio epidemiologico e clinico
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria Direttore Direzione Servizi Sociali
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali territoriali"*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ'	Attivazione di un sistema di sorveglianza che consenta l'identificazione precoce di casi sospetti di infezione da Patogeno emergente tra i residenti e gli operatori all'interno di ogni struttura.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Messa in azione del sistema di sorveglianza web-based che permetta il monitoraggio della tenuta da parte delle strutture della gestione dei casi da possibile patogeno emergente tra gli ospiti accolti e il personale sanitario, di interesse sanitario e non sanitario.
AZIONI A LIVELLO ASL	Partecipare al sistema di sorveglianza attraverso le funzioni di vigilanza interna e di controllo esterno
DOCUMENTI ATTUATIVI	

FASE	**ALLERTA**
MACRO AREA	Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario **Residenze Sanitarie Assistite (RSA)/Centri Servizi per Anziani**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ'	Attivazione di strategie volte a fronteggiare l'emergenza derivante da possibile nuova diffusione di Patogeno emergente.
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria Direttore Direzione Servizi Sociali
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali territoriali"*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ'	Attivazione delle procedure per la verifica dei requisiti sia organizzativi che del personale.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Verifica all'interno delle strutture dell'effettivo adeguamento a quanto predisposto in fase inter-pandemica.
AZIONI A LIVELLO ASL	Supporto nelle verifiche predisposte dalla Regione
DOCUMENTI ATTUATIVI	

12.7 Approvvigionamento di DPI, medicinali, fornitura di dispositivi medici essenziali

FASE	**ALLERTA**
MACRO AREA	Approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), fornitura di dispositivi medici essenziali
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Ricognizione e verifica attrezzature in dotazione e allestimento PL programmati
REFERENTE	DIrettore Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità Collettiva
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità Collettiva (coordinamento)* *Azienda Zero* *Servizi Tecnici, Ingegnerie Cliniche, Farmacie delle AULSS/AO*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	• Ricognizione stato attrezzature (adeguatezza numerica, stato tecnico e funzionale) per le dotazioni di cui alla tab. 8 • Attivazione eventuali procedure di acquisto • Approntamento PL programmati
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Coordinamento con Azienda Zero • Eventuale revisione standard dotazioni strumentali PL programmati • Autorizzazione eventuali fabbisogni • Monitoraggio dotazione effettivamente attivata
AZIONI A LIVELLO ASL	**AULSS/AO:** • Ricognizione stato attrezzature in dotazione (adeguatezza numerica, stato tecnico e funzionale) • Definizione e comunicazione ad Azienda Zero di eventuali fabbisogni in attrezzature e materiali di consumo per potenziamento/sostituzione • attivazione eventuali autonome procedure di gara autorizzate • Installazione e collaudo nuove attrezzature e formazione all'utilizzo • Approntamento PL programmati **Azienda Zero:** • verifica presenza eventuali scorte attrezzature presso magazzini centrali • raccolta eventuali fabbisogni in attrezzature e materiali di consumo per potenziamento/sostituzione • attivazione eventuali procedure di gara centralizzate autorizzate • distribuzione forniture centralizzate • monitoraggio consegne, installazioni e collaudi
DOCUMENTI ATTUATIVI	Approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), fornitura di dispositivi medici essenziali - Documenti attuativi

FASE	**ALLERTA**
MACRO AREA	Approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), fornitura di dispositivi medici essenziali. **Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), e dispositivi medici essenziali.
REFERENTE	Direttore Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità Collettiva Direttore Direzione Farmaceutica-Protesica-Dispositivi medici
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Azienda Zero* *Referenti AULSS/AO ospedalieri e territoriali*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	• Attivare procedure per l'accesso in tempi brevi alle risorse disponibili secondo quanto programmato nel piano di contingenza; • Proiettare il fabbisogno supplementare di medicinali, forniture, Dispositivi Medici e DPI per l'influenza pandemica, sulla base di diversi scenari pandemici (ad esempio, un virus pandemico ad alta o bassa virulenza e ad alta o bassa infettività); • Attivare le procedure definite in fase inter-pandemica per il monitoraggio routinario della disponibilità delle scorte; • Gestire le carenze e le difficoltà di approvvigionamento di farmaci e dispositivi medici, e rivalutare le eventuali scorte regionali previste in fase inter-pandemica;

	• Elaborare strategie che garantiscano la disponibilità per lo stoccaggio e il trasporto di vaccini stagionali e pandemici, forniture e dispositivi medici essenziali alle strutture sanitarie e garantire la loro disponibilità a livello di ASL, tenendo conto delle possibili interruzioni del trasporto durante una pandemia; • Attivare le misure organizzative atte a garantire l'adattamento veloce dei servizi in base alle necessità; • Implementare la rapida riconversione aziendale per la fornitura e produzione di DPI e dispositivi medici; • Stipulare contratti preliminari con Ditte produttrici di medicinali, dispositivi medici e kit di laboratorio per poter agevolare l'acquisto di quantitativi sufficienti per far fronte all'emergenza.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	DPI, dispositivi medici, farmaci, antivirali antinfluenzali, vaccini, altri farmaci • Mobilitare le risorse dalle strutture di stoccaggio e attivare i procurement preparati in fase pre pandemica; • Farmaci e dispositivi medici (inclusi vaccini e ossigeno) • Monitorare le indicazioni nazionali di variazione e adeguamento delle scorte; • Aggiornare il fabbisogno regionale sulla base dell'evoluzione epidemiologica; • DPI, dispositivi medici, farmaci, antivirali antinfluenzali, vaccini, altri farmaci • Monitorare le scorte e attivare i procurement; • Valutare e monitorare i dati di consumo regionale di farmaci e dispositivi medici relativi alle scorte disponibili; • Farmaci e dispositivi medici (inclusi vaccini e ossigeno) • Aggiornare la stima dei fabbisogni regionali di farmaci e dispositivi medici sulla base delle carenze e/o difficoltà di approvvigionamento; • Aumentare le scorte in previsione della fase pandemica, attraverso l'attivazione dei contratti già in essere con le aziende produttrici o prevedendo l'adeguamento dei contratti con le aziende produttrici, secondo le stime dei fabbisogni • DPI e dispositivi medici • Procedura per la fornitura; • Attivazione della procedura per la fornitura a seguito di analisi dei contratti già in essere (stipulati a livello sia aziendale che regionale); • Gestione scorte e coordinamento magazzini aziendali e centrali al fine di garantire approvvigionamento continuo e sufficiente • Attivare acquisizione straordinaria di farmaci, dispositivi e DPI • Attivare le procedure per il trasporto di DPI, farmaci e dispositivi medici, come definite nella fase inter-pandemica; • Attuare la piena operatività delle procedure per gli approvvigionamenti e la distribuzione di DPI, farmaci, dispositivi medici.
AZIONI A LIVELLO ASL	• Aggiornare il fabbisogno aziendale e territoriale sulla base dell'evoluzione epidemiologica; • Monitorare le scorte aziendali di DPI, dispositivi medici, farmaci antivirali antinfluenzali, vaccini e altri farmaci; • Valutare e monitorare i dati di consumo aziendali e territoriali di farmaci e dispositivi medici relativi alle scorte disponibili; • Aggiornare la stima dei fabbisogni aziendali e territoriali di farmaci e dispositivi medici sulla base delle carenze e/o difficoltà di approvvigionamento ospedaliere e territoriali.
DOCUMENTI ATTUATIVI	Approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), fornitura di dispositivi medici essenziali - Documenti attuativi

FASE	**ALLERTA**
MACRO AREA	Approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), fornitura di dispositivi medici essenziali **Sorveglianza epidemiologica e virologica**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Attività di segnalazione e monitoraggio Recepimento e condivisione di informazioni su Microrganismi Alert che possono pervenire da OMS, CDC, ECDC, ISS, Regione, Singole AULSS/AO
REFERENTE	Direttore Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità Collettiva
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria* *UOC Rischio Clinico di Azienda Zero* *Servizi di Igiene e Sanità Pubblica* *Coordinamento RSPP AULSS/AO* *Rete delle Microbiologie*

DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	● Implementazione della attività di segnalazione e diffusione del patogeno ● Formazione del personale finalizzata ad aumentare il livello di conoscenze sulle modalità di diffusione e di trasmissione del patogeno coinvolto ● Formazione su materiali e modalità di isolamento, rilevazione e/o coltura del patogeno ● Verifica ed adeguamento strutturale e strumentale dei laboratori e delle indispensabili misure di contenimento del rischio biologico ● Verifica della presenza di presidi e fabbisogni necessari per lavorare in condizioni di sicurezza in aree a rischio biologico ● Esecuzione di controlli periodici sulla messa a norma di stanze a pressione negativa (BL2/3), cappe di sicurezza biologica, centrifughe, etc. ● Attivazione dei laboratori specializzati per la necessità di caratterizzazione rapida del patogeno e valutazione/validazione di nuovi test diagnostici ● Coordinamento con UOC CRAV di Azienda Zero per richieste reagenti e dispositivi di sicurezza
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	● Analisi delle necessità strutturali e strumentali dei vari laboratori e allestimento dei capitolati di acquisto anche con la collaborazione di esperti tecnici ● Messa a norma strutturale dei laboratori ed acquisizione di strumentazioni, cappe biohazard, centrifughe, etc. In caso di necessità al fine di potenziare AULSS/AO carenti ● Verifica e adeguamento dell'organico dei vari laboratori, con previsione di assunzioni di personale nelle varie AULSS/AO ● Nomina referenti per acquisizione e distribuzione reagenti, dispositivi e test per i laboratori delle varie AULSS/AO, e per coordinamento con Azienda Zero (CRAV) ● Collaborazione con il livello nazionale Struttura commissariale ● Attivazione piano emergenza coordinato laboratori per incremento capacità di processazione
AZIONI A LIVELLO ASL	● Adeguamento strutturale e strumentale dei laboratori secondo le norme vigenti, comprese le misure di contenimento del rischio biologico. ● Assunzione di personale dirigente e del comparto in caso di carenza di organico ● Nomina referente per ogni laboratorio ed economato per collaborazione con analogo referente Azienda zero per invio richiesta e ricevimento fabbisogni per gestione successiva fase pandemica ● Coordinamento consegna e tempi dei trasporti (materiali/reagenti, Strumenti dedicati)
DOCUMENTI ATTUATIVI	Condivisione documenti attuativi Prove di simulazione con addestramento e aggiornamento specifico Piano emergenza laboratori

12.8 Formazione continua degli operatori differenziata per setting e per figure professionali

FASE	**ALLERTA**
MACRO AREA	Formazione continua degli operatori differenziata per setting e per figure professionali
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ'	Attività di formazione
REFERENTE	Direttore Fondazione Scuola di Sanità Pubblica
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	Esperti Area Emergenza Urgenza/Area Intensiva Esperti Area Geriatrica Esperti Area Malattie Infettive Esperto Area Prevenzione Esperto Area Cure Primarie
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITÀ	In fase di allerta è prevista l'erogazione dei moduli formativi già predisposti in fase interpandemica, previo adattamento dei contenuti alla tipologia di agente patogeno di rilevanza per la salute pubblica che attiva questa fase. Obiettivo generale è diffondere evidenze e linee guida in modo da mantenere approcci diagnostico-terapeutici uniformi e basati sulle evidenze scientifiche disponibili e assicurare un tempestivo e adeguato aggiornamento del personale coinvolto. Si prevede di attivare le seguenti attività formative: ● formazione su materiali e modalità di isolamento, rilevazione e/o coltura del patogeno ● formazione sui protocolli di utilizzo dei DPI per le categorie professionali a rischio, specifici per la minaccia pandemica ● formazione su misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	**Azioni a livello regionale:** ● aggiornamento e diffusione delle linee guida e delle evidenze scientifiche sulle caratteristiche dell'agente patogeno di rilevanza per la salute pubblica, tramite l'infrastruttura informativa e il network istituiti in fase interpandemica; ● analisi, con gli attori istituzionali regionali, delle esigenze contingenti relative ai moduli formativi da predisporre o aggiornare, anche in riferimento alla riorganizzazione rapida delle rete dei servizi e ai destinatari da coinvolgere prioritariamente; ● aggiornamento dei materiali formativi secondo le priorità emerse e le nuove evidenze scientifiche.
AZIONI A LIVELLO ASL	**Azioni a livello ASL:** ● individuazione dei professionisti da coinvolgere nelle diverse attività formative e monitoraggio della effettiva partecipazione ● organizzazione delle attività formative da svolgere a livello locale ● partecipazione alle attività di valutazione dell'efficacia delle attività formative.
DOCUMENTI ATTUATIVI	

12.9 Comunicazione interna ed esterna

FASE	**ALLERTA**
MACRO AREA	Comunicazione interna ed esterna
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Informazione alla popolazione
REFERENTE	Responsabile Ufficio Stampa Regione del Veneto
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Ufficio Stampa Regione del Veneto* *Social Media Manager* *Gruppo social della Regione* *Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria* *Azienda Zero*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	● Garantire l'attivazione delle strutture formali e le procedure concordate per la conduzione della comunicazione del rischio e il coinvolgimento della comunità identificate in fase inter-pandemica ● Garantire il rilascio tempestivo di informazioni, messaggi e prodotti, tempestivi e coerenti attraverso l'attivazione delle procedure definite ● Garantire l'attivazione di risorse economiche e professionali per lo sviluppo di un'azione proattiva di sensibilizzazione del pubblico in risposta di allerta per la salute pubblica ● Garantire l'attivazione rapida di ruoli e responsabilità delle attività comunicative istituzionali relative alla comunicazione del rischio a livello centrale e locale ● Potenziare la comunicazione in maniera proporzionale alle azioni cautelative necessarie in fase di allerta, anche attraverso la partecipazione di partner e testimonial identificati per la diffusione di messaggi comunicativi efficaci e coerenti ● Costruire un rapporto di fiducia attraverso interventi comunicativi trasparenti e tempestivi, espliciti rispetto a quanto è noto e quanto incerto e di facile comprensibilità per tutta la popolazione ● Contenere la divulgazione di disinformazione, fake news e fughe di notizie che possono portare alla diffusione di comportamenti discriminatori e di stigma sociale
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	● Attivare il sistema di strutture formali e di procedure concordate per attivare la comunicazione del rischio e il coinvolgimento delle comunità nei casi di allerta e minacce per la salute pubblica ● Attivare i piani e le procedure previste per garantire il rilascio tempestivo di informazioni commisurate agli interventi previsti in fase di allerta, come le procedure di autorizzazione per i messaggi e i prodotti di informazione ● Attivare le risorse professionali ed economiche adeguate in questa fase alla sensibilizzazione del pubblico prevedendo l'utilizzo di un mix di piattaforme comunicative ○ include la capacità di comunicare l'incertezza e di trasferire nozioni scientifiche complesse in linguaggi e formati comprensibili ● Attivare tempestivamente il sistema definito di ruoli e responsabilità per la diffusione delle comunicazioni in risposta ad eventi e comportamenti minaccianti per la salute pubblica ● Coinvolgere i partner e testimonial nella diffusione dei messaggi comunicativi per la promozione di comportamenti corretti e l'accrescimento della consapevolezza del rischio che si sta manifestando ● Sviluppare e divulgare informazioni chiare ed esplicite anche rispetto alle incertezze associate al rischio emergente, agli eventi e agli interventi eventualmente necessari, indicando ciò che è conosciuto e ciò che non è noto sulla base delle evidenze scientifiche disponibili ○ definire chiaramente ciò che è conosciuto sulle evidenze scientifiche con messaggi chiari che includano anche eventuali incertezze associate al rischio ● Disporre di un piano di divulgazione diversificata dei messaggi che coinvolga le principali piattaforme, metodologie e canali comunicativi differenti ○ messaggi comunicativi su diverse piattaforme, metodologie e canali comunicativi. Tale piano può essere pianificato in base a livelli diversi commisurati al crescere dell'emergenza sanitaria ● Rafforzare e attivare i sistemi e le reti di monitoraggio e intervento per il contenimento dei casi di divulgazione di notizie false, confondenti, non verificate e fake news. ○ prevenire la creazione di stereotipi sulle persone malate, familiari, razze o gruppi sociali che possono portare a comportamenti discriminatori e di stigma sociale
AZIONI A LIVELLO ASL	
DOCUMENTI ATTUATIVI	

12.10 Ricerca e Sviluppo

FASE	**ALLERTA**
MACRO AREA	Ricerca e sviluppo
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ'	• Partecipa alla stesura del piano pandemico per le parti di competenza • Coordina le attività di ricerca su prevenzione, management e terapia delle infezioni ad alto impatto sulla Sanità Pubblica nelle fasi epidemiche e pandemiche • Supporta per quanto di competenza le attività di formazione (Area 5), i programmi di prevenzione e controllo delle infezioni (Area 4) e le attività di sorveglianza epidemiologica e virologica (Area 2)
REFERENTE	Università degli Studi di Verona - Dipartimento di Diagnostica e di Sanità Pubblica Università degli Studi di Padova - Dipartimento di Scienze Cardiologiche toraciche e vascolari, Unità di Igiene e Sanità Pubblica
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Azienda Zero* *Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie* *Fondazione SSP* *Rappresentante dei MMG, PLS e RSA* *Singoli esperti*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ'	• Riorganizzare la rete per una attivazione rapida di nuovi studi e la temporanea sospensione di quelli in corso • Collaborare con la rete dei laboratori sentinella (selezionati nella fase inter-pandemica) per la definizione puntuale dell'inizio della fase di allerta • Sviluppare studi per la valutazione di nuovi farmaci (inclusi vaccini) attivi contro il patogeno emergente sia in ambito domiciliare che ospedaliero • Valutare e selezionare proposte di studio di enti terzi finanziatori a livello nazionale ed internazionale per la valutazione di nuovi farmaci (inclusi vaccini) attivi contro il patogeno emergente sia in ambito domiciliare che ospedaliero • Valutare e selezionare proposte di studio di enti terzi finanziatori a livello nazionale ed internazionale per la valutazione di nuove applicazioni elettroniche o dispositivi che possano essere utili per il contenimento della diffusione del patogeno emergente sia in ambito domiciliare che ospedaliero (incluse RSA) • Contribuire allo sviluppo e selezione di protocolli di studio per la valutazione dell'impatto economico dell'evento pandemico sul sistema sanitario con particolare riferimento ai pazienti fragili (Area 1) • Sviluppare e selezionare protocolli di studio per la valutazione di procedure di assistenza ospedaliera e domiciliare • Sviluppare e valutare proposte per studi di follow up a lungo termine nei soggetti affetti dalla patologia causata dal patogeno emergente • Sviluppare e valutare proposte per studi di sviluppo di un test specifico sensibile e riproducibile per la diagnosi molecolare rapida del nuovo agente patogeno virale • Sviluppare e valutare studi per la valutazione della suscettibilità ai farmaci antivirali sui primi ceppi isolati del nuovo virus respiratorio tramite saggi genotipi e fenotipi • Contribuire allo sviluppo e selezione di studi epidemiologici per l'analisi delle caratteristiche di trasmissibilità del nuovo patogeno e la definizione del quadro epidemiologico e i parametri di diffusione della malattia (Area 2) • Contribuire alla predisporre di protocolli per tempestivi studi FFX (Area 2) • Contribuisce alla definizione della informazione corretta (Area 6)
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Definire protocolli per la riorganizzazione rapida della rete (attivazione rapida di nuovi studi e temporanea sospensione di quelli in corso) sulla base delle informazioni dei laboratori sentinella regionali nella fase inter-pandemica • Sviluppare protocolli o valutare protocolli esistenti da enti finanziatori terzi per studi su nuovi farmaci (inclusi vaccini) attivi contro il patogeno emergente sia in ambito domiciliare che ospedaliero • Sviluppare protocolli per la valutazione e/o selezione di proposte di studio di enti terzi finanziatori a livello nazionale ed internazionale per la valutazione di nuovi farmaci (inclusi vaccini) attivi contro il patogeno emergente sia in ambito domiciliare che ospedaliero • Sviluppare protocolli per la valutazione e selezione delle proposte di studio di enti terzi finanziatori a livello nazionale ed internazionale per la valutazione di nuovi dispositivi per il contenimento della diffusione del patogeno emergente sia in ambito domiciliare che ospedaliero (incluse RSA)

	• Contribuire allo sviluppo e selezione di protocolli di studio per la valutazione dell'impatto economico dell'evento pandemico sul sistema sanitario con particolare attenzione ai pazienti fragili (Area 1) • Sviluppare e selezionare protocolli di studio per la valutazione di procedure di assistenza ospedaliera e domiciliare • Sviluppare e valutare proposte per studi di follow up a lungo termine nei soggetti affetti dalla patologia causata dal patogeno emergente • Attivare una rete di laboratori regionali specializzati nella diagnostica rapida a supporto del NIC/ISS • Sviluppare e valutare proposte per studi di sviluppo di un test specifico sensibile e riproducibile per la diagnosi molecolare rapida del nuovo agente patogeno virale • Sviluppare e condividere protocolli per la messa a punto del saggio diagnostico e per la definizione della capacità di analisi fenotipiche e genotipiche del NIC/ISS e di alcuni dei laboratori della rete InfluNet • Sviluppare un protocollo per una valutazione rapida del Comitato Etico degli studi di interesse regionale in periodo pandemico e per tutte le procedure di contrattazione (personale e farmaci) ad esso correlati • Sviluppare e valutare studi per l'analisi della suscettibilità ai farmaci antivirali sui primi ceppi isolati del nuovo virus respiratorio tramite saggi genotipi e fenotipi • Contribuire allo sviluppo e selezione di studi epidemiologici per l'analisi delle caratteristiche di trasmissibilità del nuovo patogeno e la definizione del quadro epidemiologico e i parametri di diffusione della malattia (Area 2) • Contribuire a protocolli per tempestivi studi FFX (Area 2) • Contribuire alla definizione della informazione corretta per il pubblico (Area 6) • Contribuire ad aggiornamento regolari sull'evoluzione dell'evento a potenziale pandemico (Area 2) • Contribuire allo studio sistematico della letteratura, siti ufficiali e fonti di informazione non strutturate e social media attraverso l'epidemic intelligence (Area 2) • Contribuire alla valutazione critica dei risultati degli studi clinici ed epidemiologici per lo sviluppo di protocolli di management clinico e di prevenzione della infezione da patogeno emergente • Contribuire allo sviluppo delle competenze per l'adattamento rapido e l'implementazione di studi FF100 sul campo (Area 2) • Adattare i protocolli quadro in base ai dati relativi al virus potenzialmente pandemico emergente (Area 3) • Contribuire alla revisione degli strumenti e i protocolli predisposti nella fase inter pandemica per la rapida realizzazione di studi FFX in caso si verificassero focolai di infezione da virus pandemico sul territorio nazionale (Area 2) • Disporre di ulteriori attività tematiche di ricerca in base alla disponibilità di fondi e alle evidenze scientifiche del momento
AZIONI A LIVELLO ASL	• Recepire ed implementare i protocolli per la riorganizzazione rapida della rete (attivazione rapida di nuovi studi e temporanea sospensione di quelli in corso) secondo le indicazioni regionali • Diffondere nei centri della rete di pertinenza i protocolli per la valutazione di studi su nuovi farmaci (inclusi vaccini) e dispositivi attivi contro il patogeno emergente sia in ambito domiciliare che ospedaliero che in RSA • Diffondere nei centri della rete di pertinenza i protocolli di studio per la valutazione dell'impatto economico dell'evento pandemico sul sistema sanitario • Diffondere nei centri della rete di pertinenza i protocolli per la valutazione delle conseguenze a lungo termine delle infezioni causate dal patogeno emergente • Attivare i laboratori della AULSS/AO specializzati nella diagnostica rapida a supporto del NIC/ISS secondo le indicazioni regionali • Diffondere nei laboratori della rete di pertinenza i protocolli per la messa a punto del saggio diagnostico • Diffondere nei laboratori della rete di pertinenza i protocolli di studio per la valutazione della suscettibilità ai farmaci antivirali sui primi ceppi isolati del nuovo virus respiratorio tramite saggi genotipi e fenotipi • Contribuire alla Implementazione di protocolli per studi FFX • Contribuire alla diffusione delle informazioni corrette al pubblico (incluse le scuole) • Implementare i protocolli clinici e di prevenzione secondo le indicazioni regionali
DOCUMENTI ATTUATIVI	• Procedure di implementazione degli studi clinici (documento 7.4) • Procedure di attivazione di analisi avanzate del patogeno emergente nella rete sentinella dei laboratori

12.11 Razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio – sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali

FASE	**ALLERTA**
MACRO AREA	Razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio – sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali **(Attività Trasversali - Azienda Zero)**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	**Attività trasversali alle varie aree tematiche del Piano** ● Attività di formazione ● Attività di segnalazione e monitoraggio ● Gestione attrezzature ● Attività di prevenzione e controllo delle infezioni, farmacologiche e non
REFERENTE	Direttore Generale di Azienda Zero
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Vedi schede relative*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	**Attività di formazione** Analisi, con gli attori istituzionali regionali, delle esigenze contingenti relative ai moduli formativi da predisporre o aggiornare, anche in riferimento alla riorganizzazione rapida delle rete dei servizi e ai destinatari da coinvolgere prioritariamente ● UOC Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie (a supporto) **Attività di segnalazione e monitoraggio** Coordinamento con UOC CRAV di Azienda Zero per richieste reagenti e dispositivi di sicurezza ● UOC CRAV Monitorare i dati di consumo dei farmaci a livello regionale ● UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie **Attività di sanità pubblica e di sorveglianza dello scenario epidemiologico** Adeguamento tempestivo degli applicativi regionali in funzione delle necessità legate al tipo di emergenza, al tipo di patogeno e alle necessità di sanità pubblica ● UOC Sistemi informativi Sviluppo e adeguamento di report sulla base dell'esigenza della Direzione Prevenzione, del Gruppo di Coordinamento regionale PanFlu e dell'Unità di Crisi ● UOC Sistemi informativi ● UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri Pianificazione delle attività epidemiologiche di monitoraggio e di supporto alla Direzione Prevenzione e all'Unità di Crisi (es. stesura di report periodico, approfondimenti ad hoc, etc.) ● UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri **Gestione attrezzature** Verifica presenza eventuali scorte attrezzature presso magazzini centrali ● UOC HTA Raccolta eventuali fabbisogni in attrezzature e materiali di consumo per potenziamento/sostituzione ● UOC HTA Attivazione eventuali procedure di gara centralizzate autorizzate ● UOC CRAV ● UOC HTA Distribuzione forniture centralizzate ● UOC CRAV (a supporto) ● UOC HTA Monitoraggio consegne, installazioni e collaudi ● UOC HTA **Attività di prevenzione e controllo delle infezioni, farmacologiche e non** DPI, farmaci e dispositivi medici. Gestione scorte e coordinamento magazzini aziendali e centrali al fine di garantire approvvigionamento continuo e sufficiente. ● UOC CRAV Monitoraggio puntuale delle carenze e/o difficoltà di approvvigionamento ospedaliero e territoriale, da adattare in relazione ad un aumentato improvviso fabbisogno, anche mediante raccordo e coordinamento a sistema dei magazzini aziendali e centrali.

	• UOC CRAV

12.12 Sorveglianza negli animali e nelle popolazioni professionalmente esposte allo spillover

FASE	**ALLERTA**
MACRO AREA	Sorveglianza negli animali e nelle popolazioni professionalmente esposte allo spillover **Attività di epidemiologia e monitoraggio varianti pandemiche**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Identificazione dell'introduzione del virus pandemico nel territorio nazionale
REFERENTE	Coordinatore della Rete delle Microbiologie Direttore Generale di Azienda Zero
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria* *Rete delle Microbiologie* *IStituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie* *Referenti AULSS*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	La sorveglianza epidemiologica e virologica e il *contact tracing* delle persone eventualmente esposte a un virus influenzale a potenziale pandemico all'estero è fondamentale per rallentare la sua diffusione a livello regionale e nazionale attraverso l'adozione di adeguate misure di controllo come quarantena o isolamento. A tal fine è fondamentale studiare le caratteristiche del sospetto virus pandemico identificato attraverso una tempestiva analisi genetica che può essere condotta attraverso la rete di sequenziamento genetico dei virus emergenti di recente istituita per l'emergenza COVID-19.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Coordinamento attività di sorveglianza e *contact tracing*
AZIONI A LIVELLO ASL	Implementazione attività di sorveglianza e *contact tracing*, raccolta campioni per test virologici e per la caratterizzazione dei virus eventualmente identificati.
DOCUMENTI ATTUATIVI	Protocolli di monitoraggio dei PoE (Point of Entry) del virus pandemico

12.13 Valutazione e stima delle risorse economiche e del personale

FASE	**ALLERTA**
MACRO AREA	Valutazione e stima delle risorse economiche e del personale
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Coordinamento delle azioni necessarie al rafforzamento delle dotazioni organiche necessarie alla gestione emergenziale (contact tracing, sorveglianza sanitaria, USCA, personale epidemiologica organizzativa, farmacisti, area informatica, trasporti)
REFERENTE	Direttore Direzione Risorse Strumentali SSR
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Risorse Strumentali SSR* *Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria* *Direzione Programmazione Sanitaria*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ'	• reclutamento del personale necessario per arrivare a avere il numero di USCA pari a quanto presente nel picco covid • reclutamento con strumenti ordinari e straordinari del personale necessario per analisi epidemiologica • reclutamento con strumenti ordinari e straordinari del personale necessario per le attività di sorveglianza sanitaria • reclutamento del personale necessario per soddisfare le esigenze informative nelle diverse fasi pandemiche • reclutamento del personale necessario per soddisfare il fabbisogni di personale adibito alle attività di trasporto
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Coordinamento Fabbisogno di Personale Definizione dello standard di riferimento Assegnazione delle risorse e dei limiti di spesa Definizione di strumenti di reclutamento straordinario e loro utilizzo
AZIONI A LIVELLO ASL	Assunzione del Personale necessario al raggiungimento dell'obiettivo specifico nei limiti delle risorse e dello standard di riferimento Attribuzione delle risorse ai diversi servizi
DOCUMENTI ATTUATIVI	DGR definizione valori minimi di riferimento DDR attribuzione delle risorse CIRCOLARI ricognitive strumenti emergenziali eccezionali

FASE PANDEMICA

13.1 Coordinamento della Governance

FASE	**PANDEMICA**
MACRO AREA	Coordinamento della Governance
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ'	Supporto tecnico-scientifico all'Unità di Crisi
REFERENTE	Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di coordinamento regionale PanFlu 2021-2023* *Task Force Operativa Regionale* *Comitato Tecnico Scientifico Regionale*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ'	In fase pandemica, si procede a fornire supporto tecnico-scientifico all'Unità di Crisi, monitorando l'attuazione di quanto previsto dal Piano Pandemico Regionale in tale fase, in funzione dello scenario epidemiologico, in stretta collaborazione con il Comitato dei Direttori Generali
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Supporto tecnico-scientifico all'Unità di Crisi • Raccordo con il Comitato dei Direttori Generali per l'attuazione delle misure
AZIONI A LIVELLO ASL	• Attuazione di quanto previsto dal Piano Pandemico Aziendale • Attuazione delle indicazioni regionali per la fase di allerta
DOCUMENTI ATTUATIVI	

13.2 Sorveglianza epidemiologica e virologica

FASE	**PANDEMICA**
MACRO AREA	Sorveglianza epidemiologica (batteriologica) e virologica **Monitoraggio sorveglianza e controllo Territoriale e ospedaliera**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ'	Intensificazione della sorveglianza mediante testing e controllo
REFERENTE	Coordinatore della Rete delle Microbiologie
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e veterinaria* *Servizi di Igiene e Sanità Pubblica* *Rete delle Microbiologie* *Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie* *Referente malattie infettive per ogni AULSS/AO* *Referente CIO delle AULSS/AO*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ'	• Implementazione della diagnostica specifica • Aumento della sorveglianza e dei controlli • Screening degli operatori sanitari e dei ricoveri ospedalieri • Screening e controlli delle RSA e degli operatori • Screening territoriale, scolastico e lavorativo • Trasmissione in tempo reale sulla piattaforma regionale • Invio dei dati delle sequenze
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Coordinamento delle attività di controllo delle varie AUSL • Coordinamento dei flussi informativi in ingresso e uscita • Creazione di alert per il fascicolo sanitario • Adeguamento della somministrazione dei vaccini allo stato di positività o negatività pregressa • Isolamento dei casi e dei contatti • Formazione ed addestramento del personale coinvolto ai vari livelli • Valutazione della necessità di assunzione di personale per situazioni di emergenza e/o di reale necessità
AZIONI A LIVELLO ASL	• Produzione di report e documentazione delle riunioni periodiche del CIO • Aumento dei livelli di sicurezza degli ingressi in ospedale • Tracciamento dei casi e dei contatti • Disponibilità di test rapidi nei pronti soccorsi per interventi urgenti**.**
DOCUMENTI ATTUATIVI	• Creazione percorsi e flow chart di flusso finalizzate al controllo delle infezioni

13.3 Servizi sanitari di prevenzione

FASE	**PANDEMICA**
MACRO AREA	Servizi Sanitari di Prevenzione
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Implementazione delle misure di prevenzione e controllo dell'infezione da virus influenzali in funzione dello scenario epidemiologico e sulla base di quanto previsto dai documenti attuativi. Contestuale rafforzamento della capacità di risposta del Dipartimento di Prevenzione per la durata dell'emergenza pandemica
REFERENTE	Direttore Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Dipartimenti di Prevenzione* *Servizi di Igiene e Sanità Pubblica* *Rete delle Microbiologie* *Altri Servizi del Dipartimenti di Prevenzione per specifici ambiti di competenza* *UOC Sistemi informativi di Azienda Zero* *UOC SER di Azienda Zero* *UOC Screening e VIS di Azienda Zero*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	Implementare le attività di rafforzamento della sorveglianza e realizzare, in base ai protocolli e agli strumenti approntati in fase inter-pandemica e aggiornati in fase di allerta studi tempestivi sui primi casi di infezione per definire la trasmissibilità, l'epidemiologia e l'impatto clinico. Potenziare la resilienza dei servizi di prevenzione in base alle attività di sorveglianza, prevenzione e risposta che saranno definiti in seguito all'attivazione del piano di contingenza e alle valutazioni della rete DISPATCH
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Rafforzamento della sorveglianza e sviluppo/adeguamento della reportistica periodica da realizzare a cura di Azienda Zero sulla base delle esigenze specifiche della Direzione Prevenzione, del Gruppo di coordinamento regionale del PanFlu e dell'Unità di Crisi • Aggiornamento e adeguamento delle misure per l'identificazione e la gestione dei casi e dei contatti in accordo con le indicazioni nazionali ed internazionali • Aggiornamento delle indicazioni delle misure non farmacologiche da attuare, in accordo con le indicazioni nazionali ed internazionali • Implementazione dei protocolli e gli strumenti predisposti in fase inter-pandemica e adattati in fase di allerta pandemica per realizzare tempestivamente studi FFX • Attivazione dei meccanismi predisposti nella fase inter-pandemica per rafforzare la resilienza dei servizi territoriali di prevenzione (es. delle risorse umane) • Promozione della realizzazione, con il supporto di Azienda Zero, di campagne informative per la prevenzione del rischio e il contenimento della diffusione dell'agente patogeno
AZIONI A LIVELLO ASL	• Rafforzamento della sorveglianza sul territorio di afferenza • Attivazione modulare dei GORR in base allo scenario emergenziale • Applicazione delle prime misure per l'identificazione e la gestione dei casi in accordo con le indicazioni regionali, nazionali ed internazionali • Registrazione delle attività negli applicativi regionali per le finalità di gestione e di sorveglianza • Applicazione delle misure non farmacologiche previste • Applicazione dei Piano di Sanità Pubblica preventivamente predisposti per specifici setting e/o contesti (es. strutture residenziali, porti, aeroporti, luoghi di lavoro, etc.) • Pianificazione e realizzazione della campagna vaccinazione (ordinaria e/o pandemica)
DOCUMENTI ATTUATIVI	

13.4 Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali

FASE	**PANDEMICA**
MACRO AREA	Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali **Servizi sanitari assistenziali territoriali e ospedalieri**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ'	1. Piena funzionalità del coordinamento regionale e dei piani operativi locali/di struttura 2. Piena operatività dei piani di aumento di capacità e di continuità operativa delle strutture sanitarie per la risposta all'incremento della domanda 3. Piena operatività delle procedure per trasferimenti e trasporti di emergenza
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Programmazione Sanitaria*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ'	• Piena funzionalità del coordinamento regionale e dei piani operativi locali/di struttura • Piena operatività dei piani di aumento di capacità e di continuità operativa delle strutture sanitarie per la risposta all'incremento della domanda • Piena operatività delle procedure per trasferimenti e trasporti di emergenza
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Piena funzionalità del coordinamento regionale e dei piani operativi locali/di struttura • Piena operatività dei piani di aumento di capacità e di continuità operativa delle strutture sanitarie per la risposta all'incremento della domanda • Piena operatività delle procedure per trasferimenti e trasporti di emergenza
AZIONI A LIVELLO ASL	• Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei Piani operativi locali/di struttura per la fase pandemica • Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei Piani operativi locali/di struttura per la fase pandemica • Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei Piani operativi locali/di struttura per la fase pandemica
DOCUMENTI ATTUATIVI	

FASE	**PANDEMICA**
MACRO AREA	Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali **Servizi sanitari assistenziali territoriali e ospedalieri**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ'	1. Attivazione della rete degli ospedali di riferimento e dei protocolli di collegamento con gli altri ospedali della Regione e i servizi territoriali 2. Rimodulazione delle attività sanitarie di elezione 3. Attivazione modalità di triage e assistenza a distanza per pazienti non in emergenza (es. consultazioni telefonici o online) 4. Attivazione delle strutture pubbliche o private da utilizzare come strutture sanitarie alternative (es. strutture intermedie, scuole, alberghi, caserme militari), secondo il livello di assistenza assegnato nel Piano
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Programmazione Sanitaria* *Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza (CREU)*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ'	• Attivazione della rete degli ospedali di riferimento e dei protocolli di collegamento con gli altri ospedali della Regione e i servizi territoriali • Rimodulazione delle attività sanitarie di elezione • Attivazione modalità di triage e assistenza a distanza per pazienti non in emergenza (es. consultazioni telefonici o online) • Attivazione delle strutture pubbliche o private da utilizzare come strutture sanitarie alternative (es. strutture intermedie, scuole, alberghi, caserme militari), secondo il livello di assistenza assegnato nel Piano
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Attivazione della rete degli ospedali di riferimento e dei protocolli di collegamento con gli altri ospedali della Regione e i servizi territoriali • Verifica della rimodulazione delle attività sanitarie di elezione secondo quanto previsto dal Piano Pandemico Regionale

	• Attivazione modalità di triage e assistenza a distanza per pazienti non in emergenza (es. consultazioni telefonici o online) • Attivazione delle strutture pubbliche o private da utilizzare come strutture sanitarie alternative (es. strutture intermedie, scuole, alberghi, caserme militari), secondo il livello di assistenza assegnato nel Piano
AZIONI A LIVELLO ASL	• Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei Piani operativi locali/di struttura per la fase pandemica
DOCUMENTI ATTUATIVI	Piani di aumento di capacità e di continuità delle strutture sanitarie

FASE	**PANDEMICA**
MACRO AREA	Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali **Servizi sanitari assistenziali territoriali e ospedalieri**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ'	1. Mappatura giornaliera delle dotazioni dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri: dotazioni per il contact-tracing, posti letto totali, posti letto T.I. e semintensiva 2. Rilevazione giornaliera della domanda di servizi sanitari per la nuova infezione: pazienti sottoposti a sorveglianza, pazienti assistiti a domicilio, accessi al Pronto Soccorso, ricoveri, ricoveri in terapie intensiva e semintensiva, guarigioni, decessi 3. Aggiornamento continuo della mappatura dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri e delle risorse disponibili
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Programmazione Sanitaria* *Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza (CREU)*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	• Mappatura giornaliera delle dotazioni dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri: dotazioni per il contact-tracing, posti letto totali, posti letto T.I. e semintensiva • Rilevazione giornaliera della domanda di servizi sanitari per la nuova infezione: pazienti sottoposti a sorveglianza, pazienti assistiti a domicilio, accessi al Pronto Soccorso, ricoveri, ricoveri in terapie intensiva e semintensiva, guarigioni, decessi • Rilevazione giornaliera della domanda di servizi sanitari per la nuova infezione: pazienti sottoposti a sorveglianza, pazienti assistiti a domicilio, accessi al Pronto Soccorso, ricoveri, ricoveri in terapie intensiva e semintensiva, guarigioni, decessi
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Mappatura giornaliera delle dotazioni dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri: dotazioni per il contact-tracing, posti letto totali, posti letto T.I. e semintensiva • Rilevazione giornaliera della domanda di servizi sanitari per la nuova infezione: pazienti sottoposti a sorveglianza, pazienti assistiti a domicilio, accessi al Pronto Soccorso, ricoveri, ricoveri in terapie intensiva e semintensiva, guarigioni, decessi • Rilevazione giornaliera della domanda di servizi sanitari per la nuova infezione: pazienti sottoposti a sorveglianza, pazienti assistiti a domicilio, accessi al Pronto Soccorso, ricoveri, ricoveri in terapie intensiva e semintensiva, guarigioni, decessi
AZIONI A LIVELLO ASL	• Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei Piani operativi locali/di struttura per la fase pandemica
DOCUMENTI ATTUATIVI	

13.5 Servizi sanitari ospedalieri

FASE	**PANDEMICA**
MACRO AREA	Servizi sanitari ospedalieri **Gestione clinica, trattamento e gestione dei pazienti**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	1. Sviluppare o adattare le linee guida di gestione clinica per i pazienti con sospetta o confermata infezione da influenza pandemica, affrontando: a. dove i pazienti devono essere gestiti (cioè il livello di assistenza e 'ambiente comunitario o ospedaliero); b. criteri di triage e di ammissione; 2. Sviluppare o adattare i Protocolli IPC per operatori sanitari e operatori sanitari 3. Sviluppare o adattare i criteri per le analisi di laboratorio e la diagnostica avanzata; e la raccolta di campioni. 4. Sviluppare un protocollo di triage per dare priorità alle cure mediche per i gruppi identificati (es. bambini, operatori sanitari e pazienti con maggiori possibilità di sopravvivenza). 5. Garantire che le linee guida per la gestione clinica siano distribuite a tutte le strutture sanitarie che cureranno i pazienti affetti da influenza pandemica.
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Rete infettivologica* *Rete delle Microbiologie* *CRAT*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	● Sviluppare o adattare le linee guida di gestione clinica per i pazienti con sospetta o confermata infezione da influenza pandemica, affrontando: ○ 1.1. dove i pazienti devono essere gestiti (cioè il livello di assistenza e 'ambiente comunitario o ospedaliero); ○ 1.2. criteri di triage e di ammissione; ● Sviluppare o adattare i Protocolli IPC per operatori sanitari e operatori sanitari ● Sviluppare o adattare i criteri per le analisi di laboratorio e la diagnostica avanzata; e la raccolta di campioni. ● Sviluppare un protocollo di triage per dare priorità alle cure mediche per i gruppi identificati (es. bambini, operatori sanitari e pazienti con maggiori possibilità di sopravvivenza). ● Consultare i gruppi della comunità, le parti interessate e un comitato etico. ● Garantire che le linee guida per la gestione clinica siano distribuite a tutte le strutture sanitarie che cureranno i pazienti affetti da influenza pandemica. ● Fornire risorse formative per l'aggiornamento del personale.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	● Sviluppare o adattare le linee guida di gestione clinica per i pazienti con sospetta o confermata infezione da influenza pandemica, affrontando: ○ 1.1. dove i pazienti devono essere gestiti (cioè il livello di assistenza e 'ambiente comunitario o ospedaliero); ○ 1.2. criteri di triage e di ammissione; ● Sviluppare o adattare i Protocolli IPC per operatori sanitari e operatori sanitari ● Sviluppare o adattare i criteri per le analisi di laboratorio e la diagnostica avanzata; e la raccolta di campioni. ● Sviluppare un protocollo di triage per dare priorità alle cure mediche per i gruppi identificati (es. bambini, operatori sanitari e pazienti con maggiori possibilità di sopravvivenza). ● Consultare i gruppi della comunità, le parti interessate e un comitato etico. ● Garantire che le linee guida per la gestione clinica siano distribuite a tutte le strutture sanitarie che cureranno i pazienti affetti da influenza pandemica. ○ Fornire risorse formative per l'aggiornamento del personale.
AZIONI A LIVELLO ASL	● Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei Piani operativi locali/di struttura per la fase pandemica
DOCUMENTI ATTUATIVI	

FASE	**PANDEMICA**
MACRO AREA	Servizi sanitari ospedalieri **Gestione clinica, trattamento e gestione dei pazienti**

TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Sviluppare sistemi di trasmissione rapida dei dati con tutte le informazioni relative ai casi e ai relativi contatti.
REFERENTE	DIrettore Direzione Programmazione Sanitaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Farmaceutico-Dispositivi Medici-Protesica* *Rete infettivologica*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	• Sviluppare sistemi di trasmissione rapida dei dati sul territorio (dal medico di medicina generale e pediatra di libera scelta al Dipartimento di Prevenzione e Laboratorio di riferimento) sviluppando flussi informatizzati che coinvolgano tutti i livelli del territorio e permettano di ottenere rapidamente tutte le informazioni relative ai casi e ai relativi contatti.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Sviluppare sistemi di trasmissione rapida dei dati sul territorio (dal medico di medicina generale e pediatra di libera scelta al Dipartimento di Prevenzione e Laboratorio di riferimento) sviluppando flussi informatizzati che coinvolgano tutti i livelli del territorio e permettano di ottenere rapidamente tutte le informazioni relative ai casi e ai relativi contatti.
AZIONI A LIVELLO ASL	• Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei Piani operativi locali/di struttura per la fase pandemica
DOCUMENTI ATTUATIVI	

13.6 Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario

FASE	**PANDEMICA**
MACRO AREA	Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Aggiornare documenti di indirizzo su IPC con le specificità della pandemia
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario"* *Rete infettivologica*
DESCRIZIONE GENERALE DELL ATTIVITÀ	Aggiornare documenti di indirizzo su IPC con le specificità della pandemia
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Aggiornare documenti di indirizzo su IPC con le specificità della pandemia
AZIONI A LIVELLO ASL	Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei Piani operativi locali/di struttura per la fase pandemica
DOCUMENTI ATTUATIVI	

FASE	**PANDEMICA**
MACRO AREA	Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Inclusione del supporto alle attività pandemiche degli operatori sanitari dei PS, MMG (Medici di Famiglia e di Continuità assistenziale), PLS avvalendosi del territorio (ASL) e delle associazioni di categoria
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Programmazione Sanitaria*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	Inclusione del supporto alle attività pandemiche degli operatori sanitari dei PS, MMG (Medici di Famiglia e di Continuità assistenziale), PLS avvalendosi del territorio (ASL) e delle associazioni di categoria
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Inclusione del supporto alle attività pandemiche degli operatori sanitari dei PS, MMG (Medici di Famiglia e di Continuità assistenziale), PLS avvalendosi del territorio (ASL) e delle associazioni di categoria
AZIONI A LIVELLO ASL	Implementazione delle azioni previste a livello regionale e nei Piani operativi locali/di struttura per la fase pandemica
DOCUMENTI ATTUATIVI	

RESIDENZE SANITARIE ASSISTITE (RSA)/CENTRI SERVIZI PER ANZIANI

FASE*	**PANDEMICA**
MACRO AREA	Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario **Residenze Sanitarie Assistite (RSA)/Centri servizi per Anziani**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Monitorare in modo sistematico il rischio di una epidemia non controllata e non gestibile sul territorio regionale e nazionale.
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria Direttore Direzione Servizi Sociali
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali territoriali"*

DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	Monitoraggio continuo del rischio epidemico (diffusione, impatto e resilienza) sul territorio regionale con aggiornamenti giornalieri relativamente allo stato di salute degli ospiti accolti e del personale sanitario, di interesse sanitario e non sanitario.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Raccolta ed elaborazione dei dati inviati giornalmente dalle RSA e Case di Riposo presenti nel territorio.
AZIONI A LIVELLO ASL	Raccolta e sintesi dei dati forniti dalle strutture e invio degli stessi alla direzione regionale competente.
DOCUMENTI ATTUATIVI	

FASE	**PANDEMICA**
MACRO AREA	Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario **Residenze Sanitarie Assistite (RSA)/Centri servizi per Anziani**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Piena operatività delle strategie definite per fronteggiare l'emergenza derivante da possibile nuova diffusione patogeno emergente
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria Direttore Direzione Servizi Sociali
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali territoriali"*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	Piena operatività dei modelli organizzativi e attivazione delle nuove figure del referente per la prevenzione e controllo infezione da patogeno emergente e del referente medico e infermieristico.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Monitoraggio delle strutture al fine di verificare l'effettiva operatività delle misure regionali poste in essere
AZIONI A LIVELLO ASL	Supporto del monitoraggio Regionale
DOCUMENTI ATTUATIVI	

Indirizzi per l'utilizzo efficace e sicuro di Farmaci e Dispositivi Medici

FASE	**PANDEMICA**
MACRO AREA	Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario **Utilizzo efficace e sicuro di Farmaci e Dispositivi Medici**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ'	Indirizzi per l'utilizzo efficace e sicuro di Farmaci e Dispositivi Medici
REFERENTE	Direttore Direzione Farmaceutica-Protesica-Dispositivi medici
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Programmazione Sanitaria* *UOC HTA di Azienda Zero* *UOC CRAV di Azienda Zero* *Singoli esperti (Specialisti di riferimento Aziende Sanitarie)* *Ordini professionali* *Federazione ordini farmacisti* *Associazioni di categoria dei farmacisti* *Rappresentanti dei MMG, PLS e RSA* *Centro Regionale di Farmacovigilanza* *Referenti Locali di Farmacovigilanza delle Aziende Sanitarie* *Rete Regionale della Dispositivo Vigilanza* *Referenti Aziendali della Dispositivo Vigilanza* *Referenti Comitati Etici per la Sperimentazione Clinica*
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'	1. Garantire l'adozione tempestiva dei provvedimenti assunti dalle autorità preposte (AIFA – Ministero della Salute) in materia di farmaci (inclusi i vaccini), dispositivi medici e DPI;

	2. Rendere tempestivamente disponibili i protocolli farmaco-terapeutici, e relativi aggiornamenti, per i pazienti con sospetta o confermata infezione, sia in ambiente comunitario (incluse le strutture residenziali territoriali) sia in ambiente ospedaliero. 3. Rafforzare il ruolo delle Farmacie di comunità nelle politiche di contrasto alla pandemia; 4. Attivare programmi di farmacovigilanza attiva e rafforzare la segnalazione spontanea; 5. Garantire la segnalazione degli incidenti dei dispositivi medici e la diffusione degli avvisi di sicurezza e dei richiami emanate dall'Autorità Competente; 6. Favorire l'accesso ai farmaci e dispositivi in sperimentazione clinica e gli usi compassionevoli.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	● Monitorare le indicazioni di AIFA sui trattamenti farmacologici e coordinarne la diffusione a livello aziendale e territoriale; ● Attivazione del gruppo di lavoro costituito da specialisti di riferimento e medici del territorio, che sulla base delle evidenze scientifiche, dei documenti nazionali e internazionali e tenuto conto dell'organizzazione regionale, aggiorni i protocolli terapeutici dei farmaci antivirali, cortisonici, antibiotici, ossigenoterapia, ecc… in ambito ospedaliero e comunitario definiti in fasi inter-pandemica; ● Monitorare periodicamente i dati di consumo dei farmaci a livello regionale; ● Monitorare le indicazioni emesse dal Ministero della Salute o dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) riferite all'impiego di dispositivi medici e IVD ed assicurarne la diffusione tramite: - Attivazione del gruppo di lavoro (farmacisti e clinici, territoriali ed ospedalieri) per la definizione di nuovi o diversi impieghi di dispositivi medici; ● Stipula di accordi collettivi regionali, integrativi rispetto a quelli nazionali, per l'eventuale coinvolgimento delle farmacie di comunità nella campagna di vaccinazione anti-influenzale pandemica (laddove previsto dalla normativa nazionale) o altre attività inerenti la distribuzione di farmaci e dispositivi medici; ● Attivare programmi di farmacovigilanza attiva e rafforzare la segnalazione spontanea ● Coordinare, attraverso il Centro Regionale di Farmacovigilanza -CRFV-, i Referenti Locali di Farmacovigilanza; ● Rafforzare la rete di farmacovigilanza regionale (CRFV) per la sorveglianza e il monitoraggio delle reazioni avverse da farmaci e vaccini; ● Rafforzare la rete regionale dei referenti aziendali della dispositivo vigilanza (RAV), coordinata dal referente regionale della dispositivo vigilanza (RRV); ● Coordinare i referenti aziendali della dispositivo-vigilanza; ● Attivare i percorsi definiti in fase inter-pandemica per l'adesione alle sperimentazioni cliniche con nuovi farmaci e dispositivi medici nonché l'accesso agli usi compassionevoli di farmaci da parte dei Comitati Etici (CE); ● Monitoraggio delle sperimentazioni cliniche in corso e degli usi compassionevoli a livello regionale.
AZIONI A LIVELLO ASL	● Disseminazione dei protocolli terapeutici e monitoraggio della loro applicazione nel setting ospedaliero e territoriale ● Monitorare periodicamente i dati di consumo dei farmaci a livello aziendale e territoriale; ● Rafforzare la rete di farmacovigilanza aziendale per la sorveglianza e il monitoraggio delle reazioni avverse da farmaci e vaccini; ● Monitorare le reazione avverse relative ai farmaci e vaccini, con particolare riferimento ai farmaci usati in fase pandemica; ● Attivare i percorsi definiti in fase inter-pandemica per l'adesione alle sperimentazioni cliniche con nuovi farmaci e dispositivi medici nonché l'accesso agli usi compassionevoli di farmaci da parte dei Comitati Etici (CE); ● Monitoraggio delle sperimentazioni cliniche in corso e degli usi compassionevoli a livello aziendale.
DOCUMENTI ATTUATIVI	● Accordi collettivi regionali, integrativi rispetto a quelli nazionali; ● Procedure di valutazione e monitoraggio di usi sperimentali di farmaci e dispositivi medici da parte dei Comitati Etici per le sperimentazioni cliniche.

13.7 Approvvigionamento di DPI, medicinali, fornitura di dispositivi medici essenziali

FASE	**PANDEMICA**
MACRO AREA	**Approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), fornitura di dispositivi medici essenziali** **Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ'	**Approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini) e dispositivi medici**
REFERENTE	Direttore Direzione Edilizia ospedaliera e finalità collettiva Direttore Direzione Farmaceutica-Protesica-Dispositivi medici
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria Direttore Direzione Servizi Sociali UOC HTA di Azienda zero UOC CRAV di Azienda Zero Referenti AULSS/AO ospedalieri e territoriali Rappresentanti dei MMG/PLS e RSA
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITA'	• Monitorare le quantità disponibili rispetto ai fabbisogni; • Proiettare il fabbisogno supplementare di medicinali, forniture, DM e DPI per l'influenza pandemica, sulla base di diversi scenari pandemici (ad esempio, un virus pandemico ad alta o bassa virulenza e ad alta o bassa infettività); • Gestire le carenze e le difficoltà di approvvigionamento di farmaci e dispositivi medici, e rivalutazione delle eventuali scorte regionali in funzione della tipologia di agente patogeno; • Elaborare strategie che garantiscano la disponibilità per lo stoccaggio e il trasporto di vaccini stagionali e pandemici, forniture e dispositivi medici essenziali alle strutture sanitarie e garantirne la loro disponibilità a livello di Azienda Sanitaria, tenendo conto delle possibili interruzioni del trasporto durante una pandemia; • Rendere disponibili procedure per il corretto allestimento, conservazione e distribuzione di farmaci inclusi vaccini e ossigenoterapia, e dispositivi medici in ambito ospedaliero e territoriale; • Attivare i percorsi regionali definiti in fase inter-pandemica per l'importazione di farmaci carenti o non disponibili
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Piena attuazione delle procedure di approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini) e dispositivi medici essenziali con individuazione specifica dei ruoli definita in fase inter-pandemica; • Monitorare continuativamente e valutare i consumi e le scorte disponibili a livello regionale; • Proiezioni del fabbisogno: - aggiornare il fabbisogno regionale sulla base dell'evoluzione epidemiologica - valutare e monitorare i dati di consumo di farmaci e dispositivi medici relativi alle scorte disponibili a livello regionale; - monitorare le carenze di farmaci e dispositivi medici e/o difficoltà di approvvigionamento regionale ospedalieri e territoriali; - garantire la corretta distribuzione delle scorte in relazione ai fabbisogni; • acquisizione straordinaria di farmaci, dispositivi e DPI • Aggiornare la stima dei fabbisogni di farmaci e dispositivi medici sulla base delle carenze e/o difficoltà di approvvigionamento regionale; • Fornire indicazioni per aumentare le scorte, attivando i contratti già in essere (regionali) con le aziende produttrici o prevedendo l'adeguamento dei contratti con le aziende produttrici, secondo le stime dei fabbisogni regionali; • Attivare le procedure per il trasporto per garantire la disponibilità e il trasporto di vaccini stagionali e pandemici, forniture e dispositivi medici essenziali alle strutture sanitarie, tenendo conto delle possibili interruzioni del trasporto durante una pandemia; • Coordinare le attività necessarie ad aggiornare e adeguare le indicazioni regionali in funzione dei farmaci e dispositivi medici usati in corso di pandemia; • Monitorare l'applicazione delle indicazioni regionali definite in fase interpandemica per l'importazione di farmaci carenti o non disponibili.
AZIONI A LIVELLO ASL	• Monitorare a livello aziendale (incluse tutte le strutture territoriali) la disponibilità di farmaci e dispositivi medici, valutando i consumi e le scorte disponibili; • Proiezioni del fabbisogno - aggiornare il fabbisogno aziendale e territoriale sulla base dell'evoluzione epidemiologica - monitorare le carenze di farmaci e dispositivi medici e/o difficoltà di approvvigionamento ospedalieri e territoriali;

	- Aggiornare la stima dei fabbisogni di farmaci e dispositivi medici sulla base delle carenze e/o difficoltà di approvvigionamento ospedaliere e territoriali. ● Se previsto, attivare i contratti già in essere (aziendali) con le aziende produttrici o prevedere l'adeguamento dei contratti con le aziende produttrici , secondo le stime dei fabbisogni aziendali
DOCUMENTI ATTUATIVI	● Adeguamento Contratti con Ditte produttrici di medicinali, dispositivi medici ● Report periodici stato consistenza scorte a livello regionale e aziendale

13.8 Formazione continua degli operatori differenziata per setting e per figure professionali

FASE	**PANDEMICA**
MACRO AREA	Formazione continua degli operatori differenziata per setting e per figure professionali
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Attività di formazione
REFERENTE	Direttore Direttore Fondazione Scuola di Sanità Pubblica
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Esperto Area Emergenza Urgenza/Area Intensiva* *Esperto Area Geriatrica* *Esperti Area Malattie Infettive* *Esperto Area Prevenzione* *Esperto Area Cure Primarie*
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITÀ	L'attività prevista nella fase pandemica ha come scopo principale quello di sviluppare ed erogare corsi di formazione e aggiornamento che aiutino gli operatori a rispondere tempestivamente alla situazione emergenziale in atto e di attivare interventi di educazione sanitaria verso gli assistiti. In questa fase si rende necessario monitorare l'impatto della formazione sulla cultura della preparedeness e sugli strumenti utili alla sua applicazione, attraverso un'indagine KAPB (Knowledge Attitudes Practices and Behaviours).
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• erogazione tempestiva dei moduli didattici che rispondano alle esigenze formative e al fabbisogno rilevato per la situazione emergenziale; • valutazione dell'impatto della formazione in merito all'adozione di comportamenti di prevenzione e di protezione per un cambiamento su larga scala, sia da parte del personale in ambito sanitario sia, indirettamente, da parte degli assistiti.
AZIONI A LIVELLO ASL	• individuazione dei professionisti da coinvolgere nelle diverse attività formative e monitoraggio della effettiva partecipazione • organizzazione delle attività formative da svolgere a livello locale • partecipazione alle attività di valutazione dell'efficacia delle attività formative.
DOCUMENTI ATTUATIVI	

13.9 Comunicazione interna ed esterna

FASE	**PANDEMICA**
MACRO AREA	Comunicazione interna ed esterna
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Informazione alla popolazione
REFERENTE	Responsabile Ufficio Stampa Regione del Veneto
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Ufficio Stampa Regione del Veneto* *Social Media Manager* *Gruppo social della Regione* *Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria* *Azienda Zero*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	• Potenziare la comunicazione del rischio e del coinvolgimento della comunità attraverso delle strutture formali identificate e lo sviluppo delle procedure concordate • Garantire la gestione tempestiva di ruoli e responsabilità nelle attività comunicative istituzionali relative alla comunicazione del rischio, sia a livello centrale che locale • Potenziare la rete di comunicazione capillare e partecipata attraverso i partner e testimonial identificati che possano essere utili nella diffusione di messaggi comunicativi efficaci e coerenti • Diffondere interventi comunicativi trasparenti e tempestivi, espliciti rispetto a quanto è noto e a quanto è incerto, e di facile comprensibilità per tutta la popolazione • Diffondere messaggi ed interventi comunicativi differenziati e contestualizzati per il raggiungimento di target diversi di popolazione in relazione ad aspetti economici, sociali, di genere ed età • Coinvolgere altri gruppi di destinazione (quali le istituzioni scolastiche), che agiscano da moltiplicatori nella diffusione di comportamenti virtuosi e corretti • Contenere e bloccare la diffusione di disinformazione, fake news, e teorie di cospirazione e fughe di notizie che possono portare alla diffusione di comportamenti discriminatori e di stigma sociale, nonché ad atteggiamenti di rifiuto dei comportamento e delle misure di contenimento del rischio

AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• **Attivazione dell'attività del sistema di strutture formali e di procedure concordate per condurre la comunicazione del rischio e il coinvolgimento delle comunità in maniera tempestiva e costante**
	  ○ potenziare e gestire il sistema di strutture formali e procedure concordare che includano quadri giuridici e politici, un piano nazionale di comunicazione del rischio di pandemia nell'ambito di un più ampio piano multirischio e finanziamenti
	• **Attivazione di tutte le procedure per garantire il rilascio tempestivo di informazione, come le procedure di autorizzazione per i messaggi e i prodotti di informazione**
	  ○ procedure chiare e definite che garantiscano l'attivazione e il rilascio tempestivo di informazioni, come le procedure di autorizzazione per i messaggi e i prodotti di informazione. Ciò include la capacità di comunicare tempestivamente e in maniera chiara i cambiamenti che si verificano rispetto al rischio e l'incertezza, nonché di trasferire la scienza complessa in linguaggi e formati comprensibili (es. comunicazione traslazionale)
	• **Attivare tutte le risorse professionali ed economiche finalizzate alla sensibilizzazione del pubblico attraverso un mix di piattaforme comunicative**
	  ○ mettere in campo tutte le risorse professionali ed economiche per poter procedere ad un'azione proattiva di sensibilizzazione del pubblico in relazione alla fase di emergenza pandemica, attraverso l'utilizzo di piattaforme comunicative diversificate per raggiungere diversi target di popolazione, utilizzando lingue e tecnologie maggiormente diffuse
	• **Attivare tempestivamente il sistema strutturato di ruoli e responsabilità per la diffusione costante tempestiva delle comunicazioni**
	  ○ Attivazione del sistema strutturato di ruoli e relative responsabilità, sia di livello nazionale che locale, per lo sviluppo tempestivo e rapido delle attività di comunicazione delle informazioni relative al rischio e dei comportamenti e misure corrette da adottare in fase pandemica
	• **Potenziare la diffusione di informazioni relative alla fase pandemica, alle misure e i comportamenti corretti da adottare anche attraverso il coinvolgimento di partner e testimonial che possano essere utili nella diffusione dei messaggi comunicativi**

	○ potenziamento della rete di comunicazione attraverso il coinvolgimento di partner e testimonial che rispecchino caratteristiche di coerenza ed efficacia rispetto al messaggio da veicolare ● **Definire messaggi efficaci, trasparenti, tempestivi di facile comprensibilità per tutta la popolazione** ○ Interventi comunicativi efficaci, trasparenti, tempestivi, di facile comprensibilità mirati a raggiungere tutta la popolazione considerando le differenze economiche, sociali, di genere e di età ● **Sviluppare informazioni chiare ed esplicite sul rischio, anche rispetto ai comportamenti e alle misure da adottare, mantenendo chiarezza sulle incertezze associate al rischio, agli eventi e agli interventi, indicando ciò che è conosciuto e ciò che non è noto sulla base delle evidenze scientifiche disponibili** ○ contenuti dei messaggi chiari ed espliciti che includano informazioni chiare ed esplicite sul rischio, anche rispetto ai comportamenti e alle misure da adottare, nonché eventuali incertezze associate al rischio, agli eventi e agli interventi, definendo chiaramente ciò che è conosciuto sulla base delle evidenze scientifiche disponibili e cosa invece non è ancora disponibile ● **Attivazione capillare del piano di divulgazione che coinvolga le principali piattaforme, metodologie e canali comunicativi** ○ Attivazione del piano complessivo di divulgazione degli interventi e messaggi comunicativi che coinvolga differenti piattaforme, metodologie e canali comunicativi e integri, in maniera strategica, i media sociali e tradizionali ● **Diversificare le azioni e i metodi comunicativi tenendo in considerazione i diversi target con particolare riguardo alle differenti fasce di età e livelli socio culturali** ○ azioni e metodi comunicativi customizzati a seconda dei target da raggiungere con particolare riferimento alle differenze di età di genere e socioculturali ● **Disporre di sistemi di monitoraggio e presa in carico dei feedback finalizzati al miglioramento continuo del processo comunicativo** ○ sistemi di monitoraggio e restituzione di feedback da parte dei diversi target sulla fruizione ed efficacia dei processi di comunicazione attivati ● **Attivazione di una rete di collaborazione per veicolare l'informazione attraverso altri gruppi di destinazione quali studenti, scolari e genitori** ○ rete di collaborazione chiara che identifichi altri gruppi di destinazione e le modalità di coinvolgimento nella fruizione diretta del messaggio. Ad esempio l'inclusione delle istituzioni scolastiche nella rete di collaborazione garantirebbe l'informazione diretta a studenti, scolari e genitori che possono diventare dei moltiplicatori nella diffusione di comportamenti virtuosi e corretti ● **Potenziare ed attivare tutti i sistemi e le reti esistenti per monitorare e intervenire in modo proattivo e coerente nei casi di divulgazione di notizie false, confondenti, non verificate e fake news** ○ potenziamento dei sistemi e reti efficaci per il monitoraggio e il contenimento di casi di divulgazione di notizie false, confondenti, non verificate e fake news, che possono creare falsi stereotipi, portando ad adottare comportamenti discriminatori di stigma sociale, nonché al rifiuto dei comportamenti e delle misure di contenimento del rischio
AZIONI A LIVELLO ASL	
DOCUMENTI ATTUATIVI	

13.10 Ricerca e Sviluppo

FASE	**PANDEMICA**
MACRO AREA	Ricerca e sviluppo
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	• Partecipa alla stesura del piano pandemico per le parti di competenza • Coordina le attività di ricerca su prevenzione, management e terapia delle infezioni ad alto impatto sulla Sanità Pubblica nelle fasi epidemiche e pandemiche • Supporta per quanto di competenza le attività di formazione (Area 5), i programmi di prevenzione e controllo delle infezioni (Area 4) e le attività di sorveglianza epidemiologica e virologica (Area 2)
REFERENTE	Università degli Studi di Verona - Dipartimento di Diagnostica e di Sanità Pubblica Università degli Studi di Padova - Dipartimento di Scienze Cardiologiche toraciche e vascolari, Unità di Igiene e Sanità Pubblica
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Regionale di riferimento per il tema trattato* *Azienda Zero* *Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie* *Fondazione SSP* *Rappresentante dei MMG, PLS e RSA* *Singoli esperti*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	• Selezionare studi per la definizione del trattamento e della prevenzione (inclusi vaccini) per le infezioni da patogeni emergenti ad alto impatto clinico • Attivare nuovi studi e monitorare gli studi in corso per la valutazione di nuovi farmaci e dispositivi, di aspetti economici di impatto sanitario, della gestione delle infezioni a livello ospedaliero, domiciliare e di RSA e della gestione delle conseguenze a lungo termine con particolare riferimento ai pazienti fragili • Monitorare gli studi gli studi in corso • Contribuire alla realizzazione di una sorveglianza in grado di individuare ulteriori casi confermati di influenza pandemica, con particolare attenzione rivolta alla raccolta di dati relativi ai potenziali fattori di rischio (Area 2) • Contribuire al monitoraggio degli studi FF100 (Area 3A) • Contribuire, sulla base delle evidenze scientifiche, allo sviluppo e aggiornamento di linee guida di gestione clinica per i pazienti con sospetta o confermata infezione in strutture sanitarie e comunità (Area 4d) • Identificare le differenze genetiche del virus pandemico nei confronti del/i virus vaccinale/i e delle mutazioni suggestive di una diminuita sensibilità/aumentata resistenza ai farmaci antivirali attraverso un'analisi del genoma completo tramite sequenziamento di un numero rappresentativo di campioni proveniente da casi clinici selezionati nei centri identificati dalla Regione (es. rete per sequenziamento SARS-CoV-2) • Contribuire alla diffusione delle linee guida per la gestione clinica siano distribuite a tutte le strutture sanitarie di pertinenza (Area 3A) • Contribuire allo sviluppo di sistemi di trasmissione rapida dei dati sul territorio (dal medico di medicina generale e pediatra di libera scelta al Dipartimento di Prevenzione e Laboratorio di riferimento) sviluppando flussi informatizzati che coinvolgano tutti i livelli del territorio e permettano di ottenere rapidamente tutte le informazioni relative ai casi e ai relativi contatti (Area 4d)
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Attivare la piena funzionalità del coordinamento regionale e dei piani operativi locali/di struttura della rete regionale di ricerca • Monitorare la piena operatività delle procedure • Attivare la rete degli ospedali di riferimento e dei protocolli di collegamento con gli altri ospedali e strutture della rete di ricerca • Garantire il rilascio tempestivo dei nuovi dati dagli studi in corso • Sviluppare procedure di monitoraggio per gli studi in corso a livello ospedaliero, domiciliare e di RSA • Contribuire alla diffusione delle linee guida per la gestione clinica a tutte le strutture sanitarie di pertinenza (Area 3) • Contribuire allo sviluppo di sistemi di trasmissione rapida dei dati sul territorio (Area 6) • Contribuire allo sviluppo ed aggiornamento dei protocolli di trattamento, tra cui farmaci antivirali, antibiotici, ventilazione, trattamento di supporto e trattamento delle infezioni secondarie (Azione 4d) • Definire una collaborazione continua con altri enti di ricerca nazionali ed internazionali per omogeneizzazione delle procedure ed una rapida diffusione dei risultati

	● Eseguire analisi ad interim dei risultati degli studi ● Contribuire alla identificazione di notizie false, confondenti, non verificate e fake news che possono creare falsi stereotipi, portando ad adottare comportamenti discriminatori di stigma sociale, nonché al rifiuto dei comportamenti e delle misure di contenimento del rischio (Area 4) ● Disporre di ulteriori attività tematiche di ricerca in base alla disponibilità di fondi e alle evidenze scientifiche del momento
AZIONI A LIVELLO ASL	● Diffondere i protocolli di monitoraggio a tutti i centri coinvolti nella rete di ricerca ● Diffondere rapidamente i nuovi dati disponibili ● Contribuire alla diffusione delle evidenze scientifiche e alla rapida identificazione di notizie false, confondenti, non verificate e *fake news* ● Contribuire alla analisi critiche dei risultati degli studi e le limitazioni della implementazione della rete ● Contribuire alla diffusione di nuovi protocolli e relativi aggiornamenti per il trattamento
DOCUMENTI ATTUATIVI	Procedure per la piena funzionalità della rete di ricerca in periodo pandemico

13.11 Razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio – sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali

FASE	**PANDEMICA**
MACRO AREA	Razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio – sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali **(Attività trasversali - Azienda Zero)**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	**Attività trasversali alle varie aree tematiche del Piano** ● Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali e Ospedalieri ● Attività di formazione ● Attività di prevenzione e controllo delle infezioni, farmacologiche e non
REFERENTE	Azienda Zero
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Vedi schede relative*
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITÀ	**Servizi Sanitari Assistenziali Territoriali e Ospedalieri** Rilevazione giornaliera della domanda di servizi sanitari per la nuova infezione: pazienti sottoposti a sorveglianza, pazienti assistiti a domicilio, accessi al Pronto Soccorso, ricoveri, ricoveri in terapie intensiva e semintensiva, guarigioni, decessi ● UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie ● UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri Monitorare periodicamente i dati di consumo dei farmaci a livello regionale ● UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie (a supporto) ● UOC HTA **Attività di sanità pubblica e di sorveglianza dello scenario epidemiologico** Rafforzamento della sorveglianza e sviluppo/adeguamento della reportistica periodica da realizzare a cura di Azienda Zero sulla base delle esigenze specifiche della Direzione Prevenzione, del Gruppo di coordinamento regionale del PanFlu e dell'Unità di Crisi ● UOC Sistemi informativi ● UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri Adeguamento tempestivo degli applicativi regionali in funzione delle necessità legate al tipo di emergenza, al tipo di patogeno e alle necessità di sanità pubblica ● UOC Sistemi informativi **Attività di formazione** Valutazione dell'impatto della formazione in merito all'adozione di comportamenti di prevenzione e di protezione per un cambiamento su larga scala, sia da parte del personale in ambito sanitario sia, indirettamente, da parte degli assistiti. ● UOC Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie (a supporto) **Attività di prevenzione e controllo delle infezioni, farmacologiche e non** Aumentare le scorte, attivando i contratti già in essere (regionali) con le aziende produttrici o prevedendo l'adeguamento dei contratti con le aziende produttrici, secondo le stime dei fabbisogni regionali. ● UOC CRAV Supporto metodologico alla definizione e aggiornamento di protocolli terapeutici dei farmaci antivirali, cortisonici, antibiotici, ossigenoterapia, ecc.. ● UOC HTA Acquisto e distribuzione di farmaci e dispositivi medici alle farmacie di comunità a seguito di accordi collettivi regionali, integrativi rispetto a quelli nazionali, per l'eventuale coinvolgimento nella campagna di vaccinazione anti-influenzale pandemica (laddove previsto dalla normativa nazionale) o altre attività correlate ● UOC HTA-DPC
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	v. schede relative
AZIONI A LIVELLO ASL	v. schede relative

13.12 Sorveglianza negli animali e nelle popolazioni professionalmente esposte allo spillover

FASE	**PANDEMICA**
MACRO AREA	Sorveglianza negli animali e nelle popolazioni professionalmente esposte allo spillover **ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLE VENEZIE (IZSVe)**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Intensificazione della sorveglianza veterinaria nelle popolazioni animali potenzialmente suscettibili al nuovo virus pandemico
REFERENTE	Coordinatore della Rete delle Microbiologie Direttore Generale di Azienda Zero
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria* *Dipartimenti di Prevenzione* *Servizi Veterinari delle AULSS* *Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSVe*)
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITÀ	Sorveglianza delle popolazioni animali potenzialmente suscettibili al nuovo virus pandemico (es. suini, mustelidi o volatili domestici) nei quali il virus potrebbe modificarsi attraverso fenomeni di riassortimento con virus animali e ridurre l'efficacia di presidi immunizzanti e/o terapeutici. Questa attività sarà attuata attraverso un'integrazione dei sistemi di sorveglianza dell'influenza animale.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Coordinamento attività
AZIONI A LIVELLO ASL	• Raccolta campioni per test virologici e per la caratterizzazione dei virus presso l'IZSVe (servizi veterinari) • Contact tracing delle persone esposte al virus mutato, visite cliniche e prelievo di campioni diagnostici per identificazione e caratterizzazione virale (Spisal)
DOCUMENTI ATTUATIVI	• Piano nazionale di sorveglianza per l'influenza aviaria 2022 • Protocollo operativo per il monitoraggio sanitario dei soggetti esposti al virus dell'influenza aviaria in caso di focolai

13.13 Valutazione e stima delle risorse economiche e del personale

FASE	**Fase pandemica**
MACRO AREA	Valutazione e stima delle risorse economiche e del personale
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Coordinamento delle azioni necessarie al rafforzamento delle dotazioni organiche necessarie alla gestione emergenziale (contact tracing, sorveglianza sanitaria, USCA, personale epidemiologica organizzativa, farmacisti, area informatica, trasporti)
REFERENTE	Direttore Direzione Risorse Strumentali SSR
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Risorse Strumentali SSR* *Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria* *Direzione Programmazione Sanitaria*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	• reclutamento del personale necessario per arrivare a avere il numero di USCA pari a quanto presente nel picco covid • reclutamento con strumenti ordinari e straordinari del personale necessario per analisi epidemiologica • reclutamento con strumenti ordinari e straordinari del personale necessario per le attività di sorveglianza sanitaria • reclutamento del personale necessario per soddisfare le esigenze informative nelle diverse fasi pandemiche • reclutamento del personale necessario per soddisfare il fabbisogni di personale adibito alle attività di trasporto
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Coordinamento Fabbisogno di Personale Definizione dello standard di riferimento Assegnazione delle risorse e dei limiti di spesa Definizione di strumenti di reclutamento straordinario e loro utilizzo
AZIONI A LIVELLO ASL	Assunzione del Personale necessario al raggiungimento dell'obiettivo specifico nei limiti delle risorse e dello standard di riferimento Attribuzione delle risorse ai diversi servizi
DOCUMENTI ATTUATIVI	DGR definizione valori minimi di riferimento DDR attribuzione delle risorse CIRCOLARI ricognitive strumenti emergenziali eccezionali

FASE DI TRANSIZIONE

14.1 Coordinamento della Governance

FASE	**TRANSIZIONE**
MACRO AREA	Coordinamento della Governance
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Epicrisi e graduale ripresa delle attività
REFERENTE	Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di coordinamento regionale PanFlu 2021-2023*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	In fase di transizione, si procede all'epicrisi e alla valutazione a posteriori delle misure attuate e della loro efficacia, nonché a supportare la graduale ripresa dell'attività dei servizi sanitari
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Monitoraggio dell'evoluzione dello scenario al fine di informare i decisori e impostare la de-escalation delle misure in sicurezza • Promozione dell'armonizzazione della ripresa delle attività ordinarie del Servizio Sanitario Regionale • Elaborazione di piani di ripresa per il settore sanitario e per altri servizi essenziali. • Disporre l'effettuazione di studi di revisione per considerare in modo critico e migliorare le attività di risposta a pandemie influenzali
AZIONI AZIENDA ZERO	• Graduale ripresa dell'attività dei servizi sanitari
AZIONI A LIVELLO ASL	• Valutazione a posteriori delle misure attuate e della loro efficacia nello specifico contesto aziendale • Attuazione delle misure previste dalle indicazioni regionali
DOCUMENTI ATTUATIVI	Documento di pianificazione del ripristino dei servizi sanitari

14.2 Sorveglianza epidemiologica e virologica

FASE	**TRANSIZIONE**
MACRO AREA	Sorveglianza epidemiologica e virologica
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Ripristino attività ambulatoriali e diagnostiche per ritorno alla normalità con recupero prestazioni
REFERENTE	Direttori singole AULSS/AO, Servizio di sanità pubblica regionale, Responsabili attività screening regionali e Singole AULSS
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*DMO singole AULSS/AO, Direttori U.O., Direttori controlli di gestione, Direttori Amministrativi*
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITÀ	• Monitoraggio attività e prestazioni sanitarie compresi ripristino attività di screening; • Riduzione liste di attesa • Continuare monitoraggio agenti infettivi
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Valutazione aggiornata delle liste di attesa; • Controllo con raccolta ed elaborazione dati sulle infezioni ospedalieri e territoriali
AZIONI A LIVELLO ASL	• Valutazione aggiornata delle liste di attesa • Controllo con raccolta ed elaborazione dati sulle infezioni Ospedalieri e Territoriali • Formazione del personale sanitario sui dati epidemiologici nell'ambito del CIO
DOCUMENTI ATTUATIVI	Documenti di calendarizzazione delle attività sanitarie

14.3 Servizi Sanitari di Prevenzione

FASE	**TRANSIZIONE**
MACRO AREA	Servizi Sanitari di Prevenzione
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Definizione delle misure necessarie per il ritorno in sicurezza alle prassi operative pre-pandemia
REFERENTE	Direttore Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Dipartimenti di Prevenzione* *Servizi di Igiene e Sanità Pubblica* *Rete delle Microbiologie* *Altri Servizi del Dipartimenti di Prevenzione per specifici ambiti di competenza* *Azienda Zero*
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITÀ	Disposizione di criteri per diminuire le azioni di risposta all'emergenza e attuare delle procedure per il recupero dei servizi e delle attività ordinarie
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Definire i principi e le linee di indirizzo per programmare gradualmente la ripresa delle attività ordinarie in funzione dello scenario e delle indicazioni nazionalu (anche in considerazione della dichiarazione della fine dello stato di emergenza pandemica)
AZIONI A LIVELLO ASL	Attuazione di quanto predisposto dalla Direzione regionale
DOCUMENTI ATTUATIVI	

14.4 Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario

RESIDENZE SANITARIE ASSISTITE (RSA)/CENTRI SERVIZI PER ANZIANI

FASE	**TRANSIZIONE**
MACRO AREA	Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario **Residenze Sanitarie Assistite (RSA)/Centri Servizi per Anziani**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Definizione delle misure necessarie per il ritorno in sicurezza alle prassi operative pre-pandemia.
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria Direttore Direzione Servizi Sociali
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali territoriali"*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	Disposizione di criteri per diminuire le azioni di risposta all'emergenza e attuare delle procedure per il recupero dei servizi e delle attività normali
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Definire fino a quando il sistema di monitoraggio e sorveglianza deve rimanere attivo (almeno fino a quando non è dichiarata finita la pandemia)
AZIONI A LIVELLO ASL	Supporto nella diffusione delle indicazioni regionali sul territorio
DOCUMENTI ATTUATIVI	

FASE	**TRANSIZIONE**
MACRO AREA	Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario **RESIDENZE SANITARIE ASSISTITE (RSA)/CENTRI SERVIZI PER ANZIANI**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Permettere un ripristino equilibrato delle attività colpite dalla pandemia
REFERENTE	Direttore Direzione Programmazione Sanitaria Direttore Direzione Servizi Sociali
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Gruppo di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali territoriali"*
DESCRIZIONE GENERALE DELL'ATTIVITÀ	Disporre di un coordinamento centrale incaricato di attivare le procedure necessarie affinché le strutture del territorio possano ritornare in sicurezza alle attività pre pandemiche.
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Disposizione di un coordinamento centrale per la predisposizione di linee guida da diffondere a tutto il territorio.
AZIONI A LIVELLO ASL	Supporto nella diffusione di quanto predisposto dalla Direzione regionale.
DOCUMENTI ATTUATIVI	

14.5 Ricerca e Sviluppo

FASE	**TRANSIZIONE**
MACRO AREA	Ricerca e sviluppo
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	• Partecipa alla stesura del piano pandemico per le parti di competenza • Coordina le attività di ricerca su prevenzione, management e terapia delle infezioni ad alto impatto sulla Sanità Pubblica nelle fasi epidemiche e pandemiche • Supporta per quanto di competenza le attività di formazione (Area 5), i programmi di prevenzione e controllo delle infezioni (Area 4) e le attività di sorveglianza epidemiologica e virologica (Area 2)
REFERENTE	Università degli Studi di Verona - Dipartimento di Diagnostica e di Sanità Pubblica Università degli Studi di Padova - Dipartimento di Scienze Cardiologiche toraciche e vascolari, Unità di Igiene e Sanità Pubblica
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Regionale di riferimento per il tema trattato* *Azienda Zero* *Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie* *Fondazione SSP* *Rappresentante dei MMG, PLS e RSA* *Singoli esperti*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	• Contribuire alla revisione critica delle evidenze per il contenimento, la gestione ed il trattamento delle infezioni da patogeno emergente ad alto impatto clinico per la modifica di protocolli correlati (Azione 4) • Analizzare limitazioni delle procedure di ricerca in periodo pandemico per definire procedure di miglioramento • Definire protocolli per la gestione delle conseguenze a lungo termine sulla base delle evidenze scientifiche
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	• Coordinare il ripristino di tutte le attività di ricerca e degli studi sospesi nel periodo pandemico • Analizzare conclusioni di studi di revisione per considerare in modo critico e migliorare le attività di risposta a pandemia influenzali (Area 1) • Analizzare criticamente risultati studi effettuati • Sviluppare protocolli di osservazione a lungo termine e gestione sulla base delle evidenze scientifiche • Eseguire un'analisi critica dei risultati ottenuti nelle fasi precedenti e del loro impatto durante la fase pandemica e definizioni di azioni di miglioramento, se necessario • Disporre di ulteriori attività tematiche di ricerca in base alla disponibilità di fondi e alle evidenze scientifiche del momento • Collaborare alla valutazione delle azioni messe in atto nelle fasi emergenziali
AZIONI A LIVELLO ASL	• Supportare il ripristino di tutte le attività di ricerca e degli studi sospesi nel periodo pandemico nei centri di ricerca della rete • Diffondere i risultati delle conclusioni di studi di revisione • Diffondere i risultati degli studi effettuati • Implementare i protocolli di osservazione a lungo termine e gestione complicanze
DOCUMENTI ATTUATIVI	Procedure per il ripristino delle attività di ricerca sospesi nel periodo pandemico

14.6 Razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio – sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali

FASE	**TRANSIZIONE**
MACRO AREA	Razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio – sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali **(Attività Trasversali - Azienda Zero)**
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	**Attività trasversali alle varie aree tematiche del Piano** Attività di ripresa diagnostica generale
REFERENTE	Direttore Generale di Azienda Zero
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*v. schede relative*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	**Attività di ripresa diagnostica generale** Valutazione aggiornata delle liste di attesa ● UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie Monitoraggio e coordinamento attività delle AULSS per ripristino prestazioni di screening oncologici ● UOC Screening e valutazione di impatto sanitario **Valutazione del profilo di salute post pandemia** Analisi dello stato di salute della popolazione al fine di valutare l'impatto della pandemia ● UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	*v. schede relative*
AZIONI A LIVELLO ASL	*v. schede relative*

REGIONE DEL VENETO

PROFILO DI SALUTE

A supporto del

Piano strategico-operativo regionale 2021-2023
"Indicazioni *ad interim* di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale".

PROFILO SOCIO-ECONOMICO

La popolazione

La crisi pandemica ha esercitato un forte impatto sulle dinamiche demografiche. Secondo le prime stime di Istat, la popolazione del Veneto a fine 2020 sarebbe scesa a 4.852.453 abitanti, in diminuzione in un solo anno di oltre 26.600 unità a causa principalmente dell'eccesso di mortalità dovuto alla pandemia da Covid-19, ma anche della riduzione delle nascite e della ridotta mobilità dall'estero; una perdita di popolazione superiore a quella che si è avuta complessivamente nei 5 anni precedenti (nel complesso 24.983 abitanti in meno nel periodo 2014-2019). Al di là di questo eccezionale periodo, da alcuni anni il trend della popolazione in Veneto è negativo, soprattutto per l'importante calo delle nascite non più compensato numericamente dai positivi effetti dei flussi migratori.

Da 12 anni consecutivi, dal 2008, le nascite in Veneto sono in continuo calo; il 2020 registra il nuovo record negativo con 920 nati in meno rispetto al 2019, ossia una diminuzione del -2,8% (-3,8% per l'Italia).

La pandemia ha avuto un effetto drammatico sulla mortalità, non solo per i decessi causati direttamente, ma anche per quelli dovuti all'acuirsi delle condizioni di fragilità della popolazione, soprattutto anziana, o per i ritardi o le rinunce alle cure in questo periodo. Si parla per il Veneto di un aumento dei decessi del 18,3%, anche più che in Italia (+17,6%).

L'emergenza sanitaria ha imposto restrizioni che hanno limitato la mobilità, riducendo al minimo sia i trasferimenti interni sia i flussi da e per l'estero. Cala il numero degli scritti e dei cancellati in anagrafe, segnando per il 2020 un saldo migratorio negativo, contrariamente agli anni precedenti.

Tab. 1 – Popolazione e sue componenti: variazione% 2020-2019. Veneto e Italia (*)

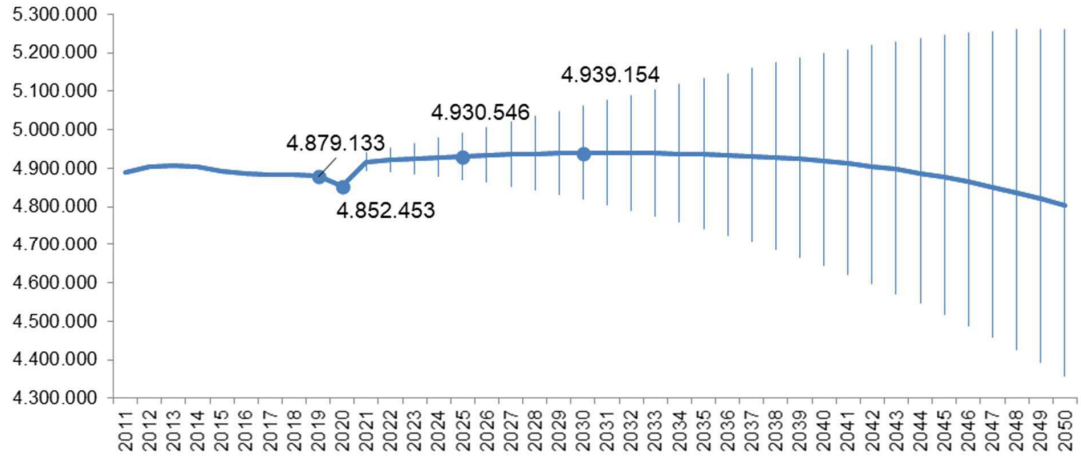
	Veneto	Italia
Popolazione	-0,5%	-0,6%
Nati	-2,7%	-3,8%
Decessi	+18,3%	+17,6%
Iscritti	-13,9%	-15,8%
Cancellati	-8,5%	-12,7%

(*) Il dato del 2020 è provvisorio.

Iscritti: sono le iscrizioni nelle anagrafi comunali per flussi in entrata in Veneto, provenienti sia da altre regioni italiane che dall'estero.
Cancellati: sono le cancellazioni dalle anagrafi comunali per flussi in uscita dal Veneto, sia verso altre regioni italiane che verso l'estero.
Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

Le previsioni pubblicate da Istat, non ancora comprensive degli effetti demografici della pandemia, stimano una popolazione attesa in leggera ripresa fino a circa il 2030, in particolare con valori attorno ai 4.930.000 unità a partire dal 2025, per poi scendere e dal 2043 arrivare sotto la soglia dei 4,9 milioni di abitanti.

Fig. 1 – Popolazione e previsioni di popolazione (*): scenario mediano e intervallo di confidenza al 90%. Veneto - Anni 2011:2050



(*) Il dato del 2020 è provvisorio. Le previsioni iniziano dal 2021

Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione Veneto su dati Istat

Il 91% dei residenti si concentra nelle 5 province dell'area centrale del territorio, mentre Rovigo e Belluno non arrivano a coprire il 9% della popolazione regionale. A livello provinciale, nei 5 anni prima del 2020, solo Verona mostra segnali di crescita (+0,7% la variazione nel periodo 2019-2014), mentre le popolazioni di Padova e Treviso nel complesso risultano stabili; più in sofferenza, invece, le province di Vicenza (-1,2%) e di Venezia (-0,6%), ma soprattutto di Belluno (-2,9%) e di Rovigo (-3,9%), che da lungo periodo sono colpite da un calo demografico pressoché continuo. Il 2020 fa segnare perdite importanti di popolazione in particolar modo per la provincia di Padova (-4.180 rispetto a -167 del 2019), di Treviso (-5.452 vs -651 del 2019), quindi per Vicenza e Venezia.

Tab. 2 – Popolazione al 31 dicembre per provincia e variazioni %. Veneto – Anni 2011:2020 (*)

	Popolazione							
	Belluno	**Padova**	**Rovigo**	**Treviso**	**Venezia**	**Verona**	**Vicenza**	**Veneto**
2011	210.900	927.041	244.007	881.011	853.311	909.045	863.323	4.888.638
2012	209.800	930.818	243.750	883.959	854.270	914.291	865.839	4.902.727
2013	208.744	932.899	242.748	884.463	854.685	917.081	866.418	4.907.038
2014	207.238	934.138	241.057	883.548	854.245	918.450	865.350	4.904.026
2015	206.009	932.928	238.940	881.315	852.177	918.050	862.551	4.891.970
2016	204.903	931.890	236.994	881.749	851.353	918.069	859.736	4.884.694
2017	204.145	932.464	234.870	883.346	850.607	919.179	857.645	4.882.256
2018	202.269	933.867	233.428	884.173	851.057	922.857	856.939	4.884.590
2019	201.309	933.700	231.734	883.522	848.829	924.742	855.297	4.879.133
2020	199.599	929.520	229.652	878.070	842.942	922.291	850.379	4.852.453
	Variazioni % rispetto l'anno precedente							
	Belluno	**Padova**	**Rovigo**	**Treviso**	**Venezia**	**Verona**	**Vicenza**	**Veneto**
2011								
2012	-0.5	0.4	-0.1	0.3	0.1	0.6	0.3	0.3
2013	-0.5	0.2	-0.4	0.1	0.0	0.3	0.1	0.1
2014	-0.7	0.1	-0.7	-0.1	-0.1	0.1	-0.1	-0.1
2015	-0.6	-0.1	-0.9	-0.3	-0.2	0.0	-0.3	-0.2
2016	-0.5	-0.1	-0.8	0.0	-0.1	0.0	-0.3	-0.1
2017	-0.4	0.1	-0.9	0.2	-0.1	0.1	-0.2	0.0
2018	-0.9	0.2	-0.6	0.1	0.1	0.4	-0.1	0.0
2019	-0.5	0.0	-0.7	-0.1	-0.3	0.2	-0.2	-0.1
2020	-0.8	-0.4	-0.9	-0.6	-0.7	-0.3	-0.6	-0.5

(*) Il dato del 2020 è provvisorio.

Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione Veneto su dati Istat

Nel 2020 il 52% dei Comuni ha meno di 5.000 abitanti, ma concentra solo il 15% della popolazione. Per lo più la popolazione (il 38%) è insediata nei comuni di dimensioni maggiori, ma sempre contenute (inferiori ai 15.000 abitanti) e nei comuni tra i 15.000 e i 50.000 abitanti (28%). I comuni di maggiore dimensione, con una popolazione sopra i 50.000 residenti sono 5, ossia i comuni capoluogo dell'area centrale del territorio regionale, e in essi risiede il 19% della popolazione: Verona e Venezia superano i 255mila abitanti, Padova ha oltre 208mila residenti, più piccola Vicenza (circa 109mila) e quindi Treviso (circa 85mila).

Considerando l'andamento demografico prima delle dinamiche determinate dalla pandemia, rispetto alla tendenza generale di perdita della popolazione, 181 comuni (32%) manifestano un aumento dei propri residenti nel quinquennio 2019-2014 (con un saldo positivo di popolazione di 28.571 abitanti). Nel complesso sembrano resistere i comuni di dimensione media per la realtà del Veneto, ossia quelli tra i 15.000-50.000 abitanti (+0,1% rispetto al 2014): si assiste infatti a una ridistribuzione della popolazione verso i comuni di questa dimensione, che nel 61% dei casi segnala un aumento dei propri residenti nel quinquennio 2019 -2014. La preferenza di insediamento ricade in parte anche verso i comuni di dimensione più ridotte (5.000-15.000 abitanti): il 42% di questi comuni registra un aumento di popolazione nel quinquennio antecedente al 2020, specie nelle province di Padova e Verona.

I comuni più grandi perdono di attrattività, ma ancor più i comuni di piccole o piccolissime dimensioni, sotto i 5.000 abitanti (-2,5 % rispetto al 2014), per lo più nelle province di Rovigo e di Belluno.

Nell'ultimo anno, secondo i dati provvisori di Istat, la perdita di popolazione interessa l'80% di comuni, a sentirne maggiormente sono i comuni di più piccola dimensione (-0,7% rispetto al 2019) e quelli di grande dimensione (-0,8%).

Tab. 3 – Comuni con incremento e decremento di popolazione nel periodo 2019-2014 per classe di ampiezza demografica del Comune. Veneto

Classe di ampiezza demografica del comune	Comuni con incremento di popolazione			Comuni con decremento di popolazione			Totale		
	Numero	Saldo di popolazione 2019-2014	Var %	Numero	Saldo di popolazione 2019-2014	Var %	Numero	Saldo di popolazione 2019-2014	Var %
Fino a 5.000 abitanti	55	2.324	1.6	234	-21.098	-3.5	289	-18.774	-2.5
5.001-15.000	88	12.727	1.5	124	-16.802	-1.6	212	-4.075	-0.2
15.001-50.000	35	10.457	1.3	22	-8.591	-1.5	57	1.866	0.1
Oltre i 50.000	3	3.063	0.6	2	-6.973	-1.9	5	-3.910	-0.4
Totale	**181**	**28.571**	**5.0**	**382**	**-53.464**	**-8.5**	**563**	**-24.893**	**-0.5**

Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

Nel 2019 i bambini e ragazzi sotto i 14 anni sono 633.774, il 13% della popolazione, in diminuzione dell'8,4% rispetto al dato del 2011 (-54.800 unità in meno), Nel contempo le persone con oltre 64 anni di età aumentano del 13,5%, raggiungendo 1.135.667, il 23,3% della popolazione. Le previsioni fino al 2025 stimano un ulteriore invecchiamento della popolazione: la percentuale dei 0-14 anni scenderebbe al 12% della popolazione e quella degli oltre 64-enni salirebbe al 25% (circa 112mila persone in più).

L'economia

Il Veneto è la terza regione in Italia per la produzione di ricchezza, dopo Lombardia e Lazio: il 9,2% del Prodotto Interno Lordo nazionale è realizzato in questo territorio. Il PIL pro capite nel 2020 viene stimato pari a 31,5 mila euro, superiore del 13% rispetto a quello nazionale.
Dal punto di vista settoriale, il Veneto rimane una regione a vocazione fortemente industriale, il manifatturiero è una dorsale importante sia in termini di forza lavoro, sia in termini di produzione di ricchezza incrementata dagli importanti scambi internazionali di merci: la quota di ricchezza prodotta dall'industria in senso stretto è pari a circa il 27%. Nel confronto interregionale la manifattura veneta emerge in termini di produttività: il suo valore aggiunto pro capite in Veneto è pari a 7.333 euro, superiore di circa 3.000 euro alla media nazionale.
Ma è il terziario che produce la quota maggiore in termini di ricchezza: il valore aggiunto creato dai servizi nel 2019 è pari a quasi 95 miliardi di euro in termini reali, circa i 2/3 del valore aggiunto totale.
Il 2020 porta effetti pesanti sull'economia veneta a causa dell'emergenza sanitaria, ma le previsioni per il 2021 sono quelle di una ripresa rispetto all'anno precedente: +5,3%.
Il PIL pro capite nel 2021 viene previsto pari a circa 33,6 mila euro, con un aumento di oltre 2.000 euro rispetto al 2020, mentre il reddito disponibile pro capite sarà pari a quasi 22 mila euro, con una crescita di oltre 1.000 euro rispetto al 2020.
Gran parte del PIL, più di un terzo, proviene dalla forte propensione all'export; nell'ultima decade, l'export è una componente fondamentale per la domanda aggregata veneta e durante un periodo di debolezza dei consumi delle famiglie e degli investimenti la domanda estera è stata decisiva per lo sviluppo del sistema economico regionale. Nel decennio 2010-2020 l'export veneto cresce del 31%, registrando un tasso medio annuo del 2,7%. Il Veneto è la terza regione italiana per grado di apertura ai mercati esteri, dopo Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna.

Le esportazioni venete raggiungono 59,8 miliardi di euro nel 2020 e a causa del blocco produttivo causato dall'emergenza sanitaria registrano un calo del -8,2% rispetto al 2019 migliore del risultato medio nazionale (-9,7%). Analizzando la destinazione delle vendite venete oltre confine, si osserva come il principale bacino di riferimento risulta l'UE, verso cui è diretto oltre il 60% dell'export regionale. La Germania risulta il maggiore mercato, seguito da Francia e Stati Uniti.Tra i principali settori di export troviamo la meccanica strumentale, i prodotti della lavorazione dei metalli, le produzioni di qualità del comparto moda.

Tab. 4 – Quadro macroeconomico (variazioni percentuali su valori concatenati con anno di riferimento 2015). Veneto e Italia – Anni 2018:2022

	2018		2019		2020		2021		2022	
	Italia	Veneto	Italia	Veneto	Italia	Veneto	Italia	Veneto	Italia	Veneto
Prodotto interno lordo	0.9	0.8	0.3	0.4	-8.9	-9.0	5.3	5.9	4.1	4.2
Spesa per consumi finali delle famiglie	1.0	1.1	0.4	0.7	-11.7	-13.1	3.6	4.2	6.4	6.6
Spese per consumi finali AA. PP. e Isp	0.2	1.4	-0.8	-1.0	1.2	1.2	2.7	2.7	-0.3	-0.2
Investimenti fissi lordi	3.1	7.5	1.1	0.8	-9.1	-9.8	15.3	16.0	8.1	8.5
Importazioni (a)	6.1	5.6	-0.4	-1.7	-12.8	-13.4	27.4	29.1	10.8	11.9
Esportazioni (a)	3.6	3.3	3.2	2.4	-9.7	-8.2	15.8	15.2	6.8	7.3

a) valori correnti
Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat e stime e previsioni, in rosso, Prometeia a maggio 2021

Il turismo

La forte crescita del movimento turistico diretto verso il Veneto è stato frenato solo dalla pandemia. Infatti nel corso degli anni la destinazione Veneto è risultata piuttosto resiliente ai diversi fattori destabilizzanti che hanno rischiato di mettere in crisi il settore dei viaggi: dagli attentati terroristici, alle tensioni geopolitiche in medio Oriente, alle profonde crisi economiche che hanno influenzato il comportamento dei consumatori.

Nel 2020, gli arrivi, che rappresentano i turisti pernottanti, passano da 20 milioni a nemmeno otto, con una riduzione del 61,1%. Le presenze, che contano i pernottamenti effettuati da tali turisti, scendono dai 71,2 milioni di un 2019 da record ai 32,5 milioni attuali (-54,4%).

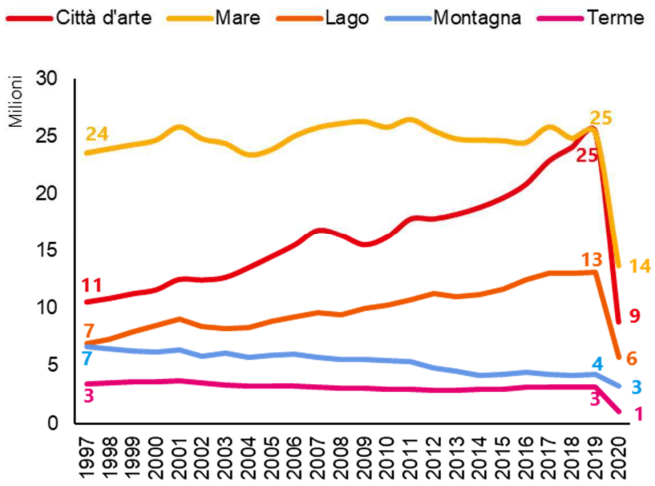
Ciò si deve soprattutto alla forte riduzione di turisti stranieri, che per il Veneto nel 2019 rappresentano il 65,3% dei visitatori e le cui presenze nel 2020 si contraggono del 68,3%, mentre quelle nazionali calano del 25,3%.

Storicamente il Veneto è la prima regione turistica italiana proprio anche grazie all'interesse che riscontrano le nostre destinazioni a livello internazionale. Nel 2020 cambia la graduatoria delle regioni italiane, a svantaggio di quelle più aperte ai mercati internazionali e di quelle in cui più rilevanti sono i flussi diretti alle città d'arte: il Veneto che per l'appunto scende in seconda posizione e la Toscana che scende dalla terza alla quarta posizione.

Nel quadriennio antecedente la pandemia (2016-2019) gli arrivi sono aumentati del 13,1% e le presenze dell'8,9%.

Le destinazioni scelte da circa la metà dei turisti erano e sono tuttora la città d'arte (11,3 milioni di arrivi nel 2019, 3 nel 2020). Ma sul fronte dei pernottamenti le città d'arte cedono il primo posto alle località balneari, sempre più ricercate, ancor più nel periodo post-covid: nel 2019 le presenze sono circa 25milioni per entrambe le tipologie di destinazione, ma nel 2020 al mare sono 13,7 milioni contro gli 8,8 delle città. Il lago di Garda rappresenta un altro forte polo attrattore (13 milioni di presenze nel 2019, 5 nel 2020). Segue la destinazione montana, quella che ha perso meno nel 2020 (circa 4 milioni di presenze nel 2019, 3 nel 2020). Infine le terme (3 milioni di presenze nel 2019, 1 nel 2020).

Fig. 2 – Presenze turistiche per comprensorio (milioni). Veneto – Anni 1997:2020



Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat - Regione Veneto

Conoscere la pressione del turismo sul territorio e sulla popolazione nei diversi periodi dell'anno è fondamentale per definire strategie di sostenibilità sociale atte ad evitare la saturazione di alcuni servizi e situazioni di sovraffollamento turistico, al fine di salvaguardare sia la soddisfazione dei turisti che il livello di qualità di vita degli abitanti.

In Veneto nel 2019 mediamente ogni giorno si contano 40 turisti per 1.000 abitanti, valore che sale a 96 ad agosto, mese di maggiore affluenza turistica. Naturalmente nel 2020 il tasso di turisticità appena citato assume valori molto più contenuti: 18 turisti ogni 1.000 abitanti nella giornata tipo e il valore massimo di agosto pari a 69,2.

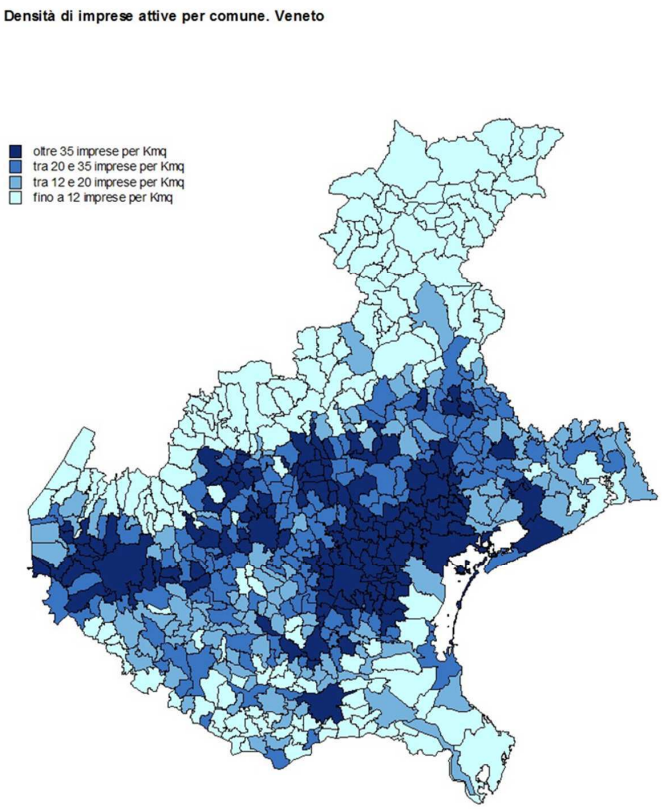
Il flusso di turisti è caratterizzato da una forte stagionalità. Il comprensorio balneare mostra, per sua natura, la più forte stagionalità. Per le altre tipologie di destinazione nel corso degli anni si assiste a un leggero miglioramento, fino a giungere a un 2019 con una distribuzione dei flussi mensili più equa, rispetto al passato, sia per il comprensorio lacuale, che per quello montano. Le città d'arte e le terme mostrano la migliore distribuzione dei flussi nel corso dell'anno.

Le imprese

Il Veneto è la quarta regione in Italia per numero di imprese attive, dopo Lombardia, Campania e Lazio. Gli indicatori relativi alla concentrazione di imprese sono tutti più elevati rispetto alla media nazionale: la densità di unità locali produttive è di 23,3 per kmq (15,8 la media italiana), gli addetti sono 36 ogni 100 abitanti (28,9 in Italia). Si tratta di imprese mediamente di piccola dimensione, con 4,4 addetti per impresa (3,9 in Italia) e 12,1 se si considerano le imprese nell'industria in senso stretto (10,1 in Italia).

La distribuzione della localizzazione produttiva evidenzia la fascia centrale del Veneto, un'area metropolitana densa e continua, che ha i suoi nodi principali nelle città capoluogo, soprattutto nella direttrice Venezia-Padova-Verona e si espande a nord fino a comprendere la zona pedemontana delle province di Vicenza e Treviso.

Densità di imprese attive per comune – Anno 2020



Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Infocamere

Le imprese attive venete iscritte al Registro delle imprese delle Camere di Commercio a fine 2020 sono 427.517, che costituiscono l'8,3% della base imprenditoriale nazionale. Lo stock, rispettivamente nel 2008 e nel 2015, era pari a 462.567 e 437.130 unità in Veneto ed evidenzia una sensibile riduzione della numerosità delle imprese, mentre negli ultimi quattro anni questa dinamica negativa sembra registrare un leggero rallentamento; il processo di lungo periodo di ricomposizione settoriale del sistema imprenditoriale veneto sta portando ad un nuovo assetto produttivo, dove i principali e più tradizionali settori produttivi lasciano spazio a molti settori del terziario. Gli effetti della pandemia, infine, daranno probabilmente un nuovo impulso al processo di trasformazione del tessuto produttivo regionale, accelerando la rivoluzione digitale delle imprese.

Il mercato del lavoro

Prima dell'emergenza sanitaria, il mercato del lavoro nella nostra regione registrava una buona performance. Occupazione in crescita, disoccupazione in calo: uno scenario che lasciava intravedere un consolidamento della ripresa in atto dopo la crisi economica iniziata nel 2008. Il Covid-19 ha stravolto queste dinamiche: nel 2020 in Veneto gli occupati diminuiscono (-2,4% rispetto al 2019) e i disoccupati e inattivi aumentano (rispettivamente, +0,2% e +5,3%). Nel 2020 il numero di occupati veneti è 2.115.314 e il tasso di occupazione è pari al 65,9%, valore comunque fortemente superiore al dato medio nazionale pari al 58,1%.

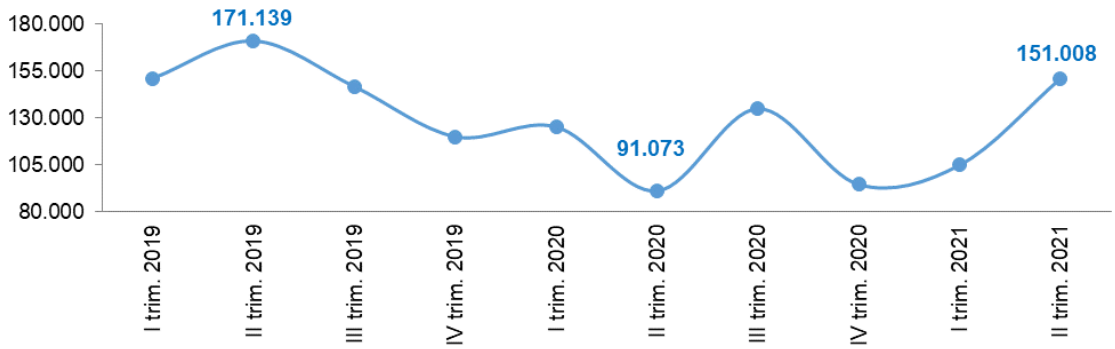
I veneti in cerca di occupazione sono 130mila e il tasso di disoccupazione cresce dal 5,6% del 2019 al 5,8% nel 2020, quinto valore, comunque, più basso d'Italia e inferiore a quello medio europeo (Italia 9,2% e Unione europea 7,1%).

Le ripercussioni della pandemia sul sistema economico e sul mercato del lavoro sono evidenti e continueranno a farsi sentire per i mesi a venire. Non mancano però i segnali positivi, che aprono uno spiraglio e lasciano presupporre una ripresa dopo la tempesta Covid.

Secondo i dati pubblicati da Veneto Lavoro, che fornisce periodicamente le quantificazioni dell'impatto della pandemia sulla dinamica del lavoro nelle aziende private in Veneto, nei mesi di giugno e luglio 2021 le assunzioni sono state superiori ai valori registrati negli stessi mesi del 2019. In generale, nel II trimestre del 2021 si contano oltre 151mila assunzioni, il 66% in più del valore rilevato nello stesso periodo dell'anno scorso, ma ancora il 12% in meno di quello registrato nel II trimestre del 2019. La ripresa è imputabile numericamente ai contratti a tempo determinato, a lungo penalizzati dalle misure restrittive imposte per arginare la diffusione dei contagi.

Fra i settori economici, i servizi hanno assunto l'83% del personale in più di quello assunto nel secondo trimestre del 2020: in particolare, i servizi turistici hanno dato lavoro al doppio delle persone rispetto all'anno precedente, nonostante un avvio di stagione in ritardo rispetto allo standard pre covid. Anche il settore dell'industria è piuttosto dinamico, mentre l'agricoltura fatica a riprendersi dallo shock pandemico

Fig. 4 - Assunzioni a tempo indeterminato, determinato e di apprendistato per trimestre. Veneto - Anni 2019:2021



Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Veneto Lavoro – La bussola "Il mercato del lavoro veneto nel secondo trimestre 2021", Luglio 2021

STATO DI SALUTE, MORTALITA' e MORBIDITA'

2.1 STATO DI SALUTE PERCEPITA

La percezione dello stato di salute è una dimensione importante della qualità della vita.

Dai dati rilevati dai sistemi di sorveglianza risulta che la gran parte della popolazione adulta veneta (più di 7 persone su 10) giudica in modo positivo il proprio stato di slaute dichiarando di sentirsi bene o molto bene. Una piccola percentuale (2,4%) riferisce di sentirsi male o molto male; la restante parte dichiara di sentirsi "discretamente". Tra gli anziani, quasi 4 anziani su 10 giudicano positivamente il proprio stato di salute, in modo negativo 1 su 10.

Tabella 2.1. *Percezione dello stato di salute (%), PASSI 2017-2019, Passi D'Argento 2017-2018*

	18-69 ANNI (%)	65+ ANNI (%)
Molto bene/ bene	72,4	39,5
Discretamente	25,2	50,7
Male / Molto male	2,4	9,8

Tra i giovanissimi (HBSC), il il 92,5% dei ragazzi considera il proprio stato di salute eccellente e buono. Considerando le diverse classi di età, emerge una tendenza ad avere una percezione positiva del proprio stato di salute nei ragazzi di età inferiore.

Tabella 2.2. *"Diresti che la tua salute è…, per età" (%), HBSC 2018*

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
Eccellente	43,8	37,6	27,6	37,1
Buona	48,7	54,3	58,8	53,5
Discreta	7,0	7,4	12,2	8,6
Scadente	0,5	0,6	1,41	0,8

2.2 MORTALITA'

Si può osservare come a partire dal 2000 il numero assoluto annuo di decessi sia aumentato considerevolmente (circa da 42.000 a 48.000), il tasso grezzo (osservato) di mortalità registri un lieve aumento limitato al sesso femminile, mentre quello standardizzato si sia sostanzialmente ridotto.

I DATI

Copia delle schede ISTAT di morte è inviata dalle Aziende ULSS al SERR (Servizio Epidemiologico Regionale e Registri) per la codifica della causa di morte ed il data entry; alle singole Aziende ULSS viene poi restituita la sezione dell'archivio informatizzato di propria competenza. A partire dal 2007 la codifica viene effettuata secondo la decima revisione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-10). I dati regionali di mortalità sono consolidati fino al 2019.

Tabella 1.1 - Mortalità per tutte le cause: numero di decessi (N), tasso osservato (TO) e tasso standardizzato (TS) per sesso (tassi per 100.000). Veneto, anni 2000-2019. Standardizzazione diretta, pop. standard: Veneto 01/01/2007

	MASCHI			FEMMINE			TOTALE		
	N	TO	TS	N	TO	TS	N	TO	TS
2000	20.924	959,5	1.436,5	21.257	922,5	837,3	42.181	940,5	1.070,0
2001	20.532	936	1.366,1	20.940	904,6	793,4	41.472	919,8	1.015,5
2002	21.007	952,5	1.371,7	21.348	918,8	778,7	42.355	935,2	1.005,8
2003	21.132	950,1	1.350,1	22.371	956,8	799	43.503	953,6	1.014,1
2004	20.487	909,1	1.282,4	20.913	884,1	737,7	41.400	896,3	948,6
2005	20.854	913,7	1.275,6	21.890	917	751,8	42.744	915,4	956,4
2006	20.383	886,8	1.212,8	21.222	883,0	707,2	41.605	884,8	904
2007	20.733	897,1	1.202,7	22.290	921,9	722,6	43.023	909,8	909,8
2008	21.329	912,3	1.214,6	22.740	929,9	720,7	44.069	921,3	914,3
2009	21.219	899,8	1.188,3	22.771	922,1	711,8	43.990	911,2	897,1
2010	21.322	902,3	1.179,7	23.150	933,9	709,6	44.472	918,5	889,5
2011	21.306	901,4	1.132,7	23.580	947,6	693,9	44.886	925,1	864,6
2012	22.068	933,2	1.142,3	24.619	987,7	701,0	46.687	961,2	873,9
2013	21.634	909,8	1.077,5	24.044	960,3	665,2	45.678	935,7	828,6
2014	21.678	902,5	1.038,7	23.711	939,1	632,1	45.389	921,3	795,1
2015	22.740	946,6	1.055,2	26.196	1.037,4	677,9	48.936	993,1	830,5
2016	22.497	938,7	1.017,5	25.046	994,4	635,8	47.543	967,3	792,3
2017	22.932	957,7	1.010,9	26.138	1.040,1	653,6	49.070	999,9	798,4
2018	22.842	953,4	979,2	25.776	1.027,2	633,7	48.618	991,2	776,1
2019	22.910	954,7	955,0	25.684	1.024,9	619,1	48.594	990,5	759,0

La **principale causa di morte per tumore negli uomini è ancora rappresentata dal tumore del polmone** (7,4% di tutti i decessi), nonostante prosegua un trend storico di forte riduzione; nelle donne invece i tassi di mortalità, per questa malattia, sono rimasti sostanzialmente stabili (Figura 1.1). I tumori del grosso intestino, pur presentando tassi standardizzati in notevole riduzione a partire da metà degli anni 2000, sono la seconda causa di decesso per neoplasie dopo il tumore del polmone negli uomini e la terza dopo i tumori di mammella e polmone nelle donne. Il tumore della mammella mostra una mortalità in diminuzione, ma costituisce ancora la principale causa di morte per tumore nelle donne (4,0% di tutti i decessi).

Tabella 1.2 – Mortalità per tutte le cause: numero di decessi (N), mortalità proporzionale (%) e tasso osservato (TO) di mortalità per causa (tasso per 100.000). Veneto, periodo 2016-2019

	MASCHI			FEMMINE		
	N	%	TO	N	%	TO
ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	2.485	2,7	25,9	3.014	2,9	30,0
TUMORI	30.709	33,7	320,3	25.642	25,0	255,2
Tumore maligno di colon, retto e ano	3.191	3,5	33,3	2.651	2,6	26,4
Tumore maligno di fegato e dotti biliari intraep.	2.074	2,3	21,6	935	0,9	9,3
Tumore maligno del pancreas	2.077	2,3	21,7	2.320	2,3	23,1
Tumore maligno di trachea, bronchi e polmone	6.781	7,4	70,7	3.188	3,1	31,7
Tumore maligno della mammella				4.111	4,0	40,9
Tumore maligno della prostata	2.133	2,3	22,2			
MAL. ENDOCRINE, NUTRIZIONE, METABOLICHE	3.406	3,7	35,5	3.929	3,8	39,1
Diabete mellito	2.683	2,9	28,0	2.849	2,8	28,4
DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	3.689	4,0	38,5	7.624	7,4	75,9
Demenza	3.267	3,6	34,1	7.275	7,1	72,4
MAL. DEL SISTEMA NERVOSO	3.972	4,4	41,4	4.912	4,8	48,9
Morbo di Parkinson	1.266	1,4	13,2	1.100	1,1	10,9
Malattia di Alzheimer	1.076	1,2	11,2	2.184	2,1	21,7
MAL. DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	28.131	30,9	293,4	37.534	36,6	373,6
Malattie ipertensive	3.540	3,9	36,9	7.065	6,9	70,3
Cardiopatie ischemiche	10.000	11,0	104,3	9.364	9,1	93,2
Altre malattie cardiache	7.414	8,1	77,3	10.726	10,4	106,8
Malattie cerebrovascolari	5.821	6,4	60,7	8.890	8,7	88,5
MAL. DEL SISTEMA RESPIRATORIO	7.481	8,2	78,0	7.425	7,2	73,9
Polmonite	2.353	2,6	24,5	2.673	2,6	26,6
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	2.782	3,1	29,0	2.262	2,2	22,5
MAL. APPARATO DIGERENTE	3.339	3,7	34,8	3.738	3,6	37,2
Malattie del fegato	1.418	1,6	14,8	788	0,8	7,8
CAUSE ESTERNE DI MORTALITA'	4.324	4,7	45,1	2.906	2,8	28,9
Accidenti da trasporto	1.007	1,1	10,5	289	0,3	2,9
Autolesione intenzionale	1.130	1,2	11,8	307	0,3	3,1
TOTALE	91.181	100,0	951,1	102.644	100,0	1.021,7

Tra le malattie circolatorie le più rappresentate, soprattutto tra gli uomini, sono le cardiopatie ischemiche (che includono l'infarto acuto del miocardio, altre cardiopatie ischemiche acute, e le cardiopatie ischemiche croniche). Un'altra importante classe di patologie circolatorie è costituita dalle malattie cerebrovascolari (ictus ed esiti di ictus). Si può osservare come vi sia stata nel tempo una forte riduzione della mortalità per questi due gruppi di patologie in entrambi i sessi; in particolare la riduzione della mortalità per cardiopatie ischemiche si è verificata principalmente a partire dal 2009-2010 (Figura 1.2).

Figura 1.1 – Mortalità per tumore al polmone, colon-retto e della mammella nel Veneto: tasso standardizzato con coefficiente di raccordo

ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2000-2019, standardizzazione diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007

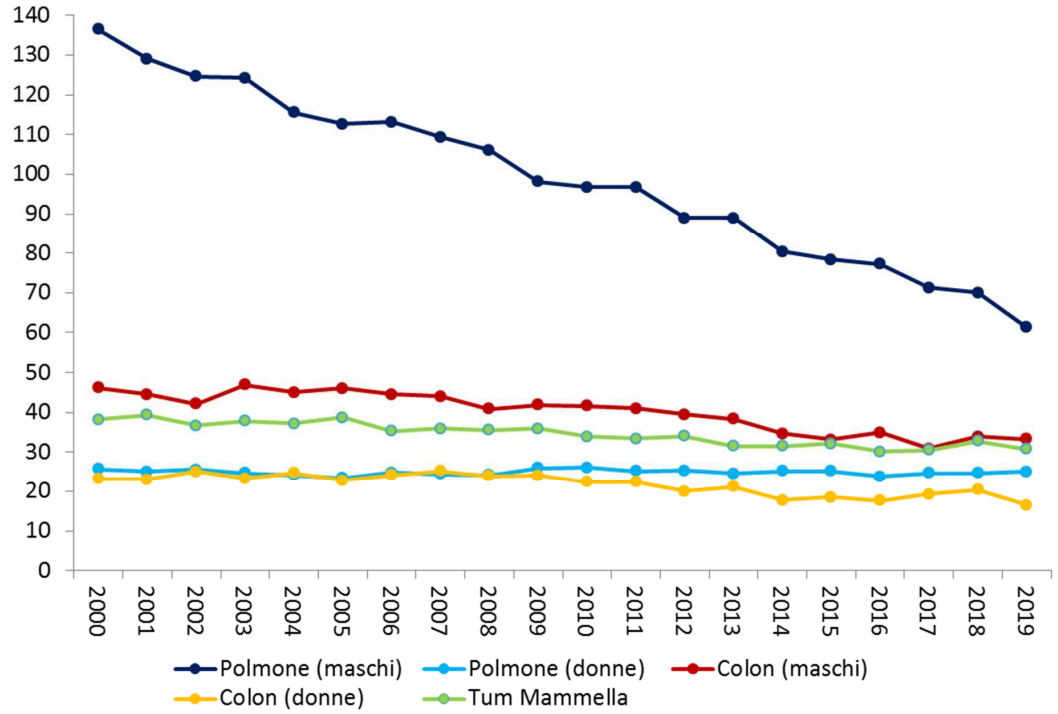
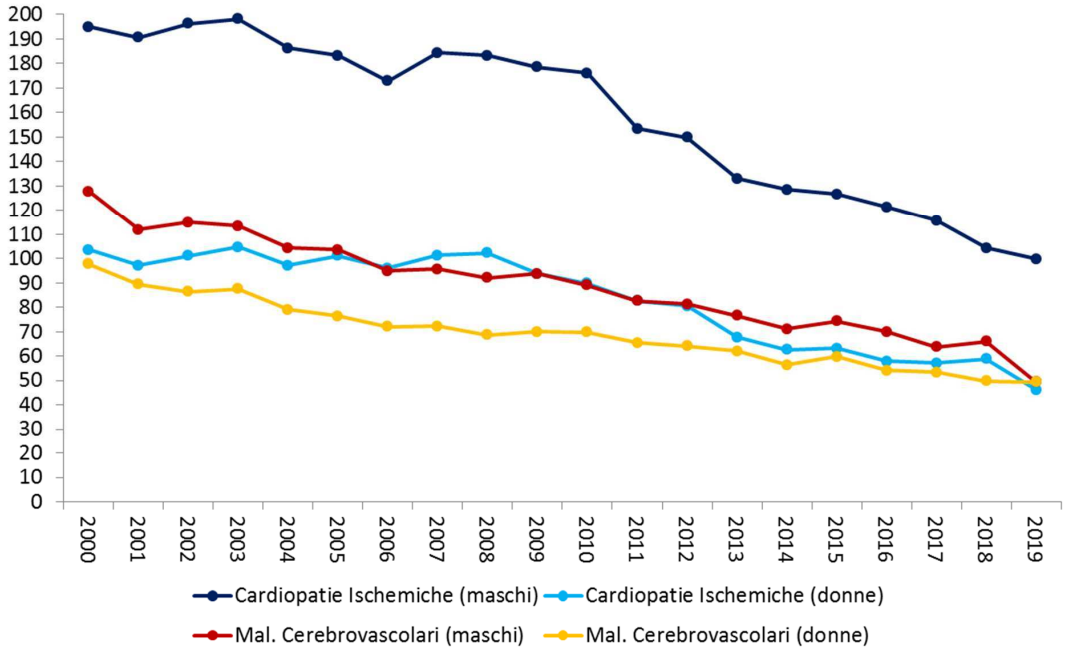


Figura 1.2 – Mortalità per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari: tasso standardizzato corretto con coefficiente di raccordo ICD9/ICD10, per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2000-2019, standardizzazione diretta. Standard=Veneto al 1° gennaio 2007



Le malattie delle basse vie respiratorie (enfisema, bronchite cronica, asma), e le malattie del fegato (cirrosi ed altre epatopatie), pur presentando tassi di mortalità in riduzione nel tempo, costituiscono altre rilevanti cause di morte, soprattutto tra gli uomini. Si tratta di patologie (come il diabete, la malattia di Alzheimer e le demenze) spesso segnalate nella scheda di morte

senza essere però selezionate come causa iniziale del decesso.

Considerando tutte le cause di morte, i tassi di mortalità più elevati si registrano nell'ULSS 5 Polesana e nella 1 Dolomiti, ed i tassi più bassi nella 2 Marca Trevigiana.

Tabella 1.3 – Mortalità per tutte le cause: numero di decessi (N) tasso osservato (TO) e tasso standardizzato (TS) con intervallo di confidenza al 95% (IC 95%) per NUOVE ULSS di residenza e sesso (tassi per 100.000). Veneto, periodo 2016-2019. Standardizzazione diretta, popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007.

	MASCHI				FEMMINE			
	N	TO	TS	IC 95%	N	TO	TS	IC 95%
1-Dolomiti	4.536	1.141,2	1.057,3	(1.026,0-1.088,5)	5.370	1.269,5	669,5	(650,4-688,6)
2-Marca Trevigiana	15.292	878,5	952,9	(937,6-968,2)	17.170	950,7	605,8	(596,3-615,3)
3-Serenissima	12.810	1.058,7	1.009,7	(991,9-1.027,4)	14.293	1.106,0	657,7	(646,5-668,9)
4-Veneto Orientale	4.468	1.005,0	1.009,8	(979,8-1.039,8)	4.798	1.020,8	628,7	(610,1-647,3)
5-Polesana	5.649	1.212,0	1.106,2	(1.077,1-1.135,4)	6.445	1.303,6	700,1	(682,0-718,2)
6-Euganea	16.638	914,5	963,9	(949,1-978,8)	19.002	990,5	631,0	(621,6-640,3)
7-Pedemontana	6.556	908,9	1.005,0	(980,2-1.029,9)	7.300	977,3	638,3	(623,1-653,5)
8-Berica	8.557	873,3	982,1	(960,9-1.003,3)	9.550	945,7	623,1	(610,1-636,1)
9-Scaligera	16.675	922,6	977,9	(962,8-992,9)	18.716	992,4	629,0	(619,5-638,4)
TOTALE	91.181	951,1	989,8	(983,3-996,3)	102.644	1.021,7	635,3	(631,3-639,4)

La mortalità per neoplasie (tutte le sedi) è elevata nell'ULSS 3 Serenissima in entrambi i sessi; limitatamente agli uomini è maggiore nell'ULSS 4 Veneto Orientale e 5 Polesana.

Tabella 1.4 – Mortalità per tumori: numero di decessi (N) tasso osservato (TO) e tasso standardizzato (TS) con intervallo di confidenza al 95% (IC 95%) per NUOVE ULSS di residenza e sesso (tassi per 100.000). Veneto, periodo 2016-2019. Standardizzazione diretta, popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007.

	MASCHI				FEMMINE			
	N	TO	TS	IC 95%	N	TO	TS	IC 95%
1-Dolomiti	1.489	374,6	330,0	(313,0-346,9)	1.293	305,7	196,7	(185,5-207,9)
2-Marca Trevigiana	5.246	301,4	312,6	(304,1-321,2)	4.330	239,8	184,3	(178,7-190,0)
3-Serenissima	4.527	374,2	342,0	(331,9-352,0)	3.846	297,6	207,8	(201,0-214,5)
4-Veneto Orientale	1.609	361,9	349,2	(332,0-366,4)	1.236	263,0	194,1	(182,9-205,2)
5-Polesana	1.775	380,8	336,5	(320,7-352,2)	1.434	290,1	191,7	(181,4-202,1)
6-Euganea	5.684	312,4	315,7	(307,5-324,0)	4.958	258,4	193,2	(187,7-198,7)
7-Pedemontana	2.154	298,6	309,8	(296,5-323,0)	1.841	246,5	189,2	(180,3-198,0)
8-Berica	2.737	279,3	298,0	(286,7-309,3)	2.252	223,0	174,6	(167,2-182,0)
9-Scaligera	5.488	303,6	310,7	(302,4-319,0)	4.452	236,1	179,9	(174,4-185,3)
TOTALE	30.709	320,3	319,2	(315,6-322,8)	25.642	255,2	189,3	(186,9-191,7)

I tassi più elevati di mortalità per malattie circolatorie si osservano nelle ULSS 5 Polesana e 7 Pedemontana, in entrambi i sessi.

Tabella 1.5 – Mortalità per malattie del sistema circolatorio: numero di decessi (N) tasso osservato (TO) e tasso standardizzato (TS) con intervallo di confidenza al 95% (IC 95%) per NUOVE ULSS di residenza e sesso (tassi per 100.000). Veneto, periodo 2016-2019. Standardizzazione diretta, popolazione standard: Veneto 1° gennaio 2007.

	MASCHI				FEMMINE			
	N	TO	TS	IC 95%	N	TO	TS	IC 95%
1-Dolomiti	1.411	355,0	336,8	(318,9-354,6)	1.948	460,5	218,0	(207,8-228,2)
2-Marca Trevigiana	4.748	272,8	305,3	(296,5-314,1)	6.456	357,5	206,0	(200,8-211,2)
3-Serenissima	3.779	312,3	305,0	(295,1-314,9)	5.015	388,1	211,0	(205,0-217,0)
4-Veneto Orientale	1.324	297,8	307,6	(290,8-324,4)	1.775	377,6	212,2	(201,9-222,4)
5-Polesana	1.994	427,8	396,9	(379,2-414,5)	2.651	536,2	259,8	(249,5-270,1)
6-Euganea	4.958	272,5	295,4	(287,0-303,7)	6.518	339,8	198,6	(193,6-203,5)
7-Pedemontana	2.122	294,2	338,1	(323,4-352,8)	2.838	379,9	227,9	(219,2-236,5)
8-Berica	2.749	280,5	324,0	(311,6-336,4)	3.505	347,1	210,1	(203,0-217,3)
9-Scaligera	5.046	279,2	303,8	(295,3-312,3)	6.828	362,1	208,3	(203,2-213,5)
TOTALE	28.131	293,4	313,9	(310,1-317,6)	37.534	373,6	211,6	(209,4-213,9)

Per approfondimenti:

La mortalità nella Regione del Veneto - Periodo 2016-2019

www.ser-veneto.it

2.3 CRONICITA' e MULTIMORBILITA'

I DATI

La Regione del Veneto è impegnata nell'analisi del case-mix di malattia della popolazione utilizzando anche il Sistema di classificazione ACG (Adjusted Clinical Groups) che, integrando i dati dei flussi informativi sanitari correnti relativi all'esperienza di cura del singolo paziente, stratifica la popolazione generale in un numero limitato di categorie che identificano profili simili per carico di malattia e conseguente impatto assistenziale. I profili di cronicità e multimorbilità vengono analizzati nella popolazione residente al 31.12.2019 e ai deceduti nell'arco del 2019, pari a circa 5 milioni di assistiti; di cui circa un terzo ha meno di 35 anni, mentre il 23,8% ha più di 64 anni. Nella popolazione ultra 65enne Il rapporto Maschi/Femmine è di 1 a 1,3; rapporto che cresce fino ad un maschio ogni 2,1 femmine dopo gli 85 anni di età.

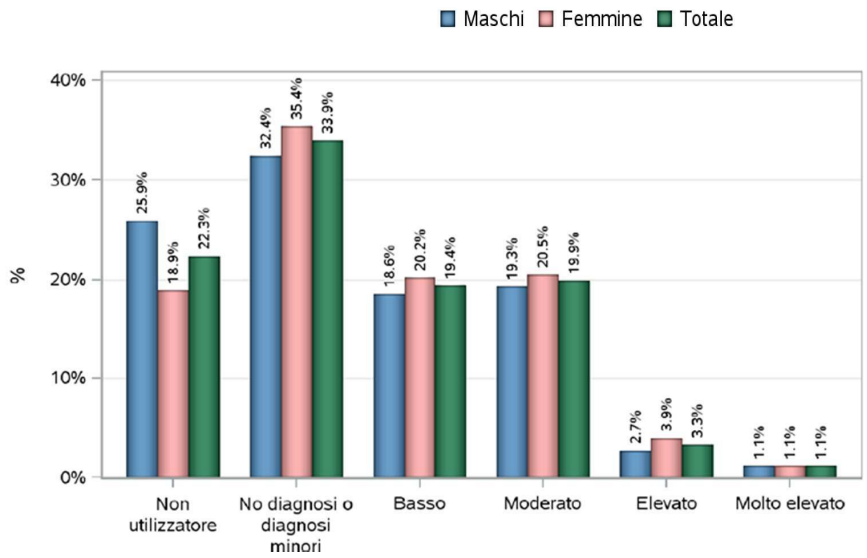
Il Sistema ACG è in grado di stratificare la popolazione rispetto al carico di malattia, secondo la classificazione per RUB (Resource Utilization Bands), in 6 categorie di bisogno assistenziale (da "Nessuno-Non utilizzatori" a "Molto elevato").

Quasi un quinto della popolazione complessiva presenta un carico di malattia moderato (19,9%). Nel 2019, più di 1 milione di persone (22%) non hanno avuto contatto con il SSR; mentre il 34% della popolazione presenta almeno una patologia cronica: tra questi il 51,1% ha una singola malattia, il 23,2% due, l'11,8% tre, l'6,3% quattro e il 7,5% presenta 5 o più patologie. In generale, le patologie più frequenti sono l'ipertensione arteriosa (15,0%), le dislipidemie (11,3%), la depressione (6,1%) e il diabete mellito (5,6%). Stratificando per genere, le donne presentano, in percentuale maggiore rispetto agli uomini, depressione (8,1% vs 3,9%), ipotiroidismo (6,4% vs 1,3%) e altre patologie endocrine (5,4% vs 1,2%). Negli uomini si osserva una prevalenza più che doppia di malattia ischemica del cuore, raggruppamento che in questo report esclude l'infarto del miocardio (4,0% vs 1,7%). Nella popolazione affetta da malattia, la multimorbilità e la cronicità sono le condizioni più frequenti; in particolare, l'11,5% appartiene alla categoria ACG "2-3 problemi di salute, età>34 anni", il 9,1% è classificato nell'ACG "Patologia Cronica generale, stabile" ed il 4,5% nell'ACG "Patologia Cronica generale, instabile". Per il 30,1% della popolazione, circa 1,5 milioni di assistiti, non sono disponibili dati sulle diagnosi, sebbene siano tracciati contatti con i servizi sanitari: si tratta soprattutto di prestazioni di specialistica ambulatoriale il cui flusso informativo non prevede la codifica della diagnosi nel referto. Questa categoria di assistiti, confluisce nella categoria "Utilizzatori senza diagnosi, o con diagnosi minori".

Tabella 3.1 – Assistiti per età e genere. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

Classi di età	Genere				Totale	
	Maschi		Femmine			
	N	%	N	%	N	%
0-34 anni	834.516	34,1	792.346	31,0	1.626.862	32,5
35-44 anni	319.345	13,0	316.735	12,4	636.080	12,7
45-54 anni	419.115	17,1	412.830	16,2	831.945	16,6
55-64 anni	352.492	14,4	362.543	14,2	715.035	14,3
65-74 anni	268.885	11,0	291.777	11,4	560.662	11,2
75-84 anni	186.898	7,6	236.978	9,3	423.876	8,5
85 anni e oltre	66.446	2,7	138.818	5,4	205.264	4,1
Totale	2.447.697	100,0	2.552.027	100,0	4.999.724	100,0

Figura 3.1 – Assistiti per carico di malattia (RUB) e genere. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Di seguito viene presentato un breve focus sulle patologie croniche. Per ulteriori approfondimenti, è disponibile sul sito www.ser-veneto.it la monografia: *Rapporto epidemiologico sulle malattie croniche in Veneto - Dati anno 2019*

ASMA

La patologia asmatica nel 2019 evidenzia una prevalenza grezza del 2,2%, stabile negli ultimi anni, si caratterizza per una maggiore prevalenza nell'età giovanile, un terzo della popolazione con asma ha un'età inferiore ai 35 anni. La prevalenza decrescente dell'asma nelle fasce d'età più avanzate va però letta in parallelo alla prevalenza della BPCO, che aumenta nelle fasce d'età dell'adulto-anziano, riconoscendo quindi meccanismi patofisiologici comuni per le due patologie respiratorie croniche ostruttive maggiormente diffuse nella popolazione. Le ULSS Dolomiti, Euganea e Scaligera presentano tassi di prevalenza standardizzati più elevati rispetto alla media regionale. Solo il 39% dei soggetti asmatici presenta altre patologie croniche compresenti, caratteristica dovuta soprattutto alla sua distribuzione prevalente nella fascia d'età del giovane adulto.

Tabella 3.2 – Assistiti con asma: valori assoluti e prevalenza grezza (per 100) per genere. Veneto, 2014-2019.

(Fonte: archivio regionale ACG)

ASMA	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	89.333	93.380	97.579	102.034	107.539	111.577
Prevalenza grezza MASCHI	1,8	1,9	2,0	2,0	2,1	2,2
Prevalenza grezza FEMMINE	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	2,3
Prevalenza grezza TOTALE	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	2,2

Figura 3.6 – Asma. Prevalenza (per 100) per età e genere. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

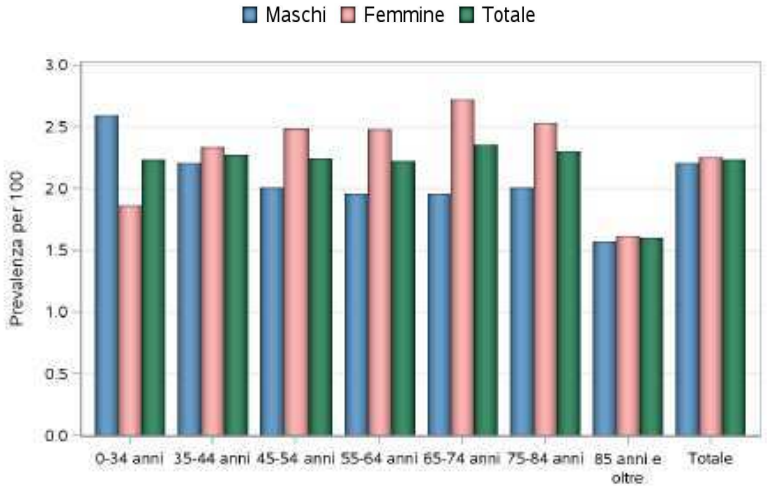


Figura 3.7 – Comorbilità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con asma. Veneto, 2019.

(Fonte: archivio regionale ACG)

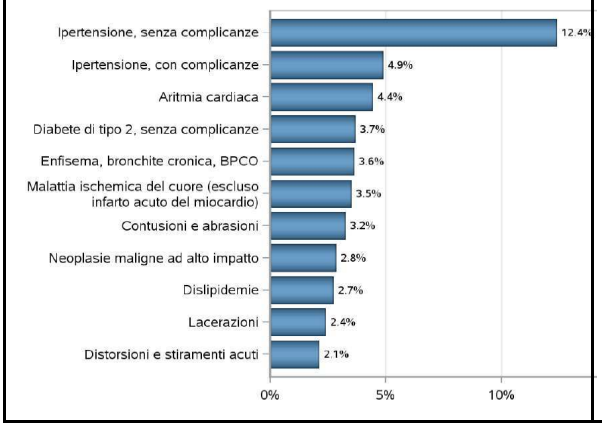
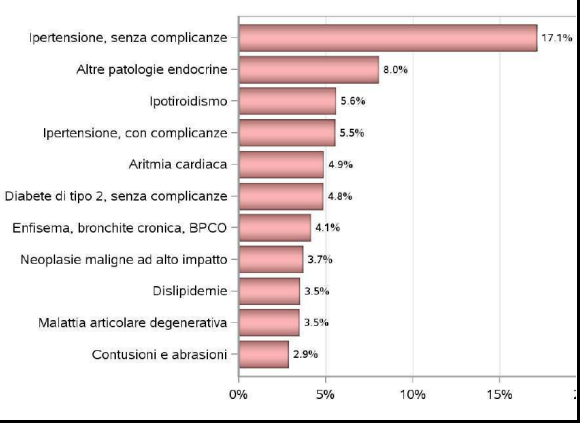


Figura 3.8 – Comorbilità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con asma. Veneto, 2019.

(Fonte: archivio regionale ACG)



La prevalenza della BPCO si rivela stabile nel periodo 2014–2019, ed evidenzia una forte associazione con l'età e con il genere maschile. La sua distribuzione crescente per fasce d'età va letta in parallelo alla distribuzione decrescente dell'asma, come precedentemente riportato. Due terzi di pazienti con BPCO hanno almeno 75 anni, presentano, quindi, un'elevata presenza di comorbilità. Infatti, il 52% dei soggetti ha 5 o più condizioni croniche, che portano ad un carico di malattia elevato o molto elevato; nel 20% dei casi la BPCO è associata ad insufficienza respiratoria e nel 34% a scompenso cardiaco, stratificando per genere, gli uomini presentano più aritmie cardiache (33,9% vs 29,3%) e malattie ischemiche del cuore (26,4% vs 15,5%).

Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) di grado moderato/severo

Tabella 3.3 – Assistiti con BPCO di grado moderato/severo: valori assoluti e prevalenza grezza (per 1.000). Veneto, 2014-2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

BPCO di grado moderato/severo	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	34.868	34.610	33.756	34.440	34.879	35.507
Prevalenza grezza MASCHI	7,8	7,7	7,6	7,7	7,8	7,9
Prevalenza grezza FEMMINE	6,2	6,3	6,1	6,2	6,2	6,3
Prevalenza grezza TOTALE	7,0	7,0	6,8	6,9	7,0	7,1

Figura 3.9 – BPCO di grado moderato/severo. Prevalenza (per 1.000) per età e genere. Veneto, 2019.

(Fonte: archivio regionale ACG)

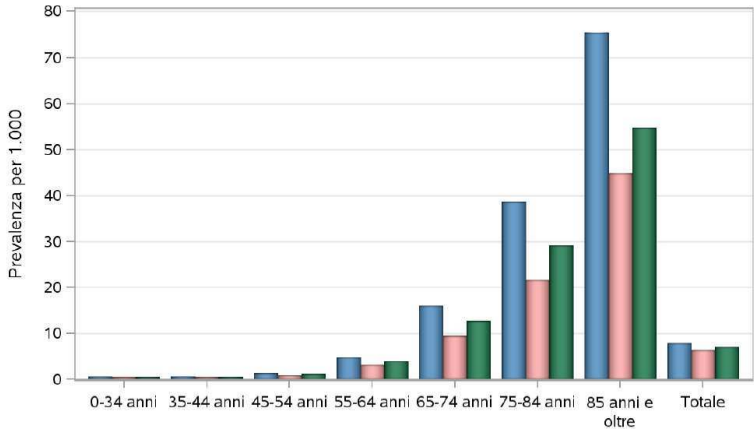


Figura 3.10 – Comorbilità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con BPCO di grado moderato/severo. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

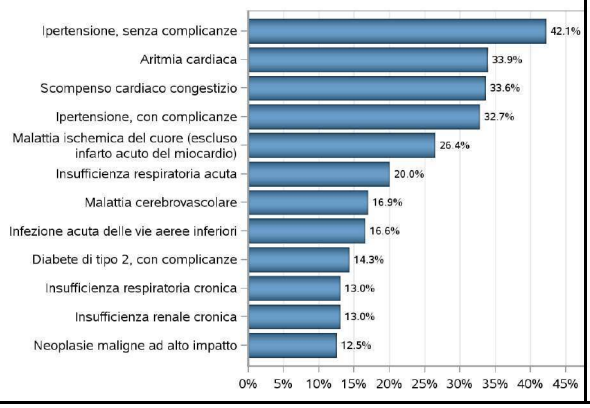
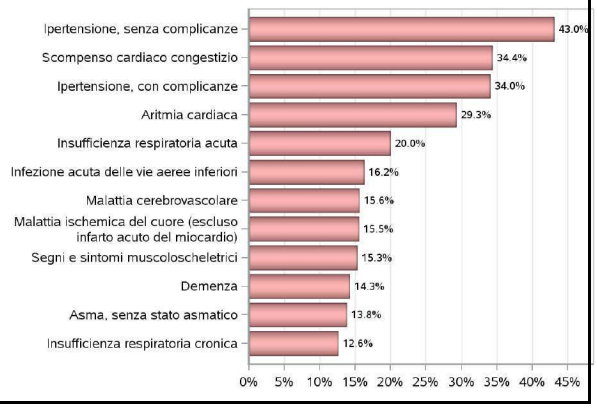


Figura 3.11 – Comorbilità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con BPCO di grado moderato/severo. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Demenza

Nella popolazione generale, nel 2019, sono stati identificati 66.957 soggetti con demenza, il 56% ha più di 85 anni (28.386 donne e 9.055 uomini). Concentrando l'analisi sui casi di 65 anni e oltre, il 98% dei pazienti con demenza, meno del 13% è affetto solo da demenza, mentre il 69% ha 3 o più patologie compresenti. Si rileva anche un'elevata incidenza di patologie acute come infezioni respiratorie (11%) e fratture (12%), cause frequenti di accessi al Pronto Soccorso e di ricoveri ospedalieri. Le malattie associate sono diverse tra maschi e femmine: l'ipertensione non complicata (39% M, 43% F), il diabete complicato (11% M, 6% F –non presente nelle prime 14 patologie), ischemia cardiaca (19% M, 10% F), malattia cerebrovascolare (29% M, 22% F), aritmie (29% M, 23% F). La malattia di Parkinson, la BPCO/enfisema e l'insufficenza renale cronica sono più frequenti nei maschi, mentre le malattie degenerative articolari, le fratture e i disturbi elettrolitici si osservano di più nelle femmine.

Tabella 3.4 – Assistiti con demenza: valori assoluti e prevalenza grezza (per 100) complessivi e ≥ 65 anni. Veneto, anni 2018-2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

DEMENZA	Tutte le età		65 anni e oltre	
	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	65.340	66.957	64.046	65.659
Prevalenza grezza MASCHI	0,83	0,85	3,8	3,9
Prevalenza grezza FEMMINE	1,77	1,81	6,7	6,8
Prevalenza grezza TOTALE	1,31	1,34	5,5	5,5

Figura 3.12 – Demenza (≥ 65 anni). Prevalenza (per 100) per età e genere. Veneto, anno 2019. (Fonte: ACG)

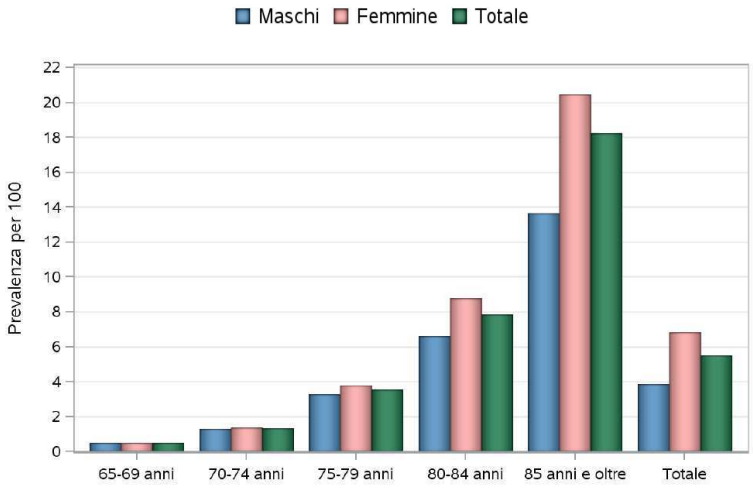


Figura 3.13 – Comorbilità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con demenza (≥ 65 anni). Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

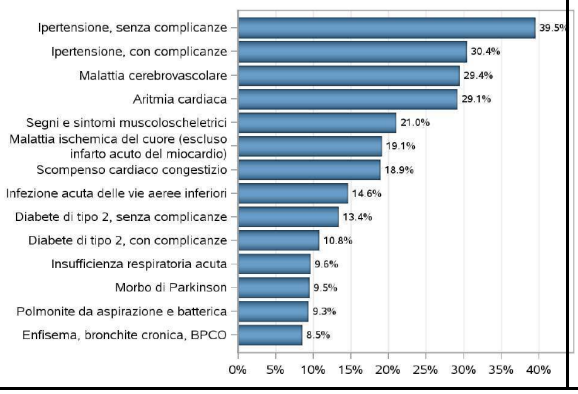
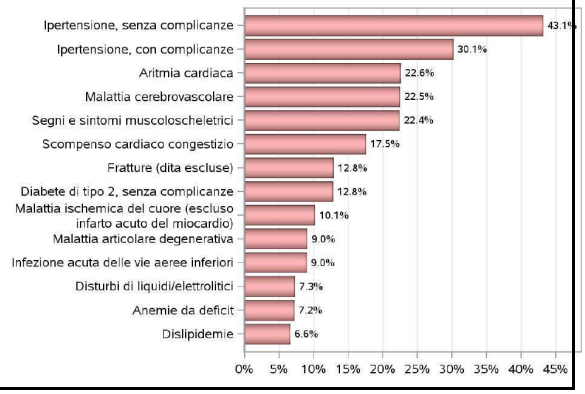


Figura 3.14 – Comorbilità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con demenza (≥ 65 anni). Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Depressione

Nel 2019 quasi 303.000 persone in Veneto risultano affette da depressione, di cui solo il 4% non risulta in trattamento con farmaci antidepressivi. La prevalenza nelle donne (8,1%) è più che doppia rispetto agli uomini (3,8%) con un rapporto Maschi/Femmine e un trend temporale dal 2014 al 2019 stabili. Tra le aziende ULSS, si evidenziano Rapporti Standardizzati di Prevalenza (SPR) più elevati rispetto alla media regionale nelle ULSS Dolomiti, Euganea, Pedemontana e Berica. Poco più del 50% dei pazienti con depressione non presenta altre patologie croniche, mentre il 19% presenta 4 o più condizioni croniche compresenti. Dopo l'ipertensione arteriosa, le comorbilità più frequenti sono le aritmie cardiache (10,1%), il diabete (8,4%), le malattie cerebrovascolari (8,1%), le demenze (7%) ed i tumori maligni (6,4%). Gli uomini presentano anche malattie ischemiche del cuore (10,5%), mentre nelle donne sono presenti malattia articolare degenerativa (6,3%) e l'ipotiroidismo (6%).

Tabella 3.5 – Assistiti con depressione: valori assoluti e prevalenza grezza (per 100). Veneto, 2014-2019.

(Fonte: archivio regionale ACG)

DEPRESSIONE	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	291.713	292.208	291.809	294.404	299.598	302.749
Prevalenza grezza MASCHI	3,7	3,7	3,7	3,8	3,8	3,9
Prevalenza grezza FEMMINE	7,9	8,0	8,0	8,0	8,1	8,1
Prevalenza grezza TOTALE	5,9	5,9	5,9	5,9	6,0	6,1

Figura 3.15 – Depressione. Prevalenza (per 100) per età e genere. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

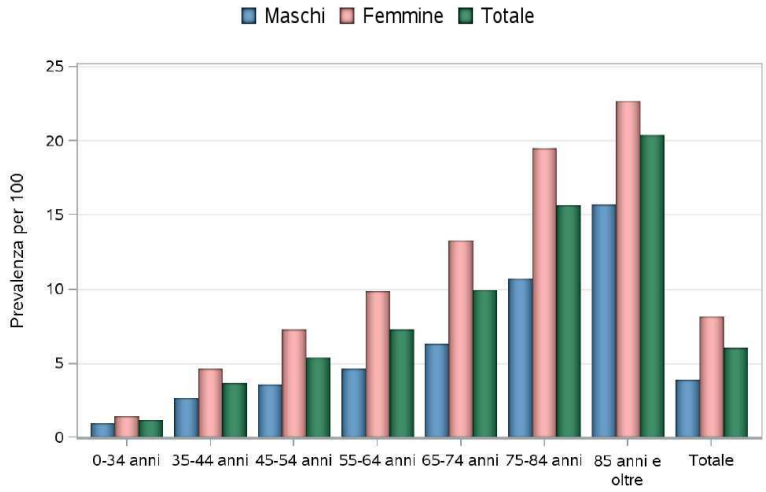
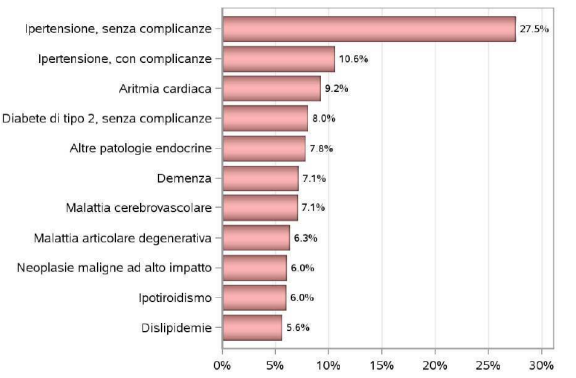


Figura 3.16 – Comorbilità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con depressione. Veneto, 2019.

(Fonte: archivio regionale ACG)

Figura 3.17 – Comorbilità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con depressione. Veneto, 2019.

(Fonte: archivio regionale ACG)



Diabete mellito

La prevalenza del diabete mellito è passata dal 5,4% al 5,6% dal 2014 al 2019, con un incremento di oltre 11.000 pazienti. Nel 2019 più di 282.000 assistiti risultano affetti da diabete mellito, la maggior parte concentrata nella popolazione tra i 65 e gli 85 anni, soprattutto maschi, con prevalenza significativamente più elevata nelle ULSS Polesana e Berica. Il 26,4% degli assistiti con diabete non ha patologie croniche compresenti, mentre il 48,7% ne presenta tre o più. Tra esse, le più diffuse sono l'ipertensione arteriosa, le aritmie cardiache, le dislipidemie e l'insufficienza renale. Stratificando per genere, gli uomini mostrano una prevalenza più del doppio di quella delle donne per la malattia ischemica del cuore (18,8% versus 8,9%). La maggior parte dei pazienti con diabete presenta un carico di malattia basso (32,8%) o moderato (46,6%).

Tabella 3.6 – Assistiti con diabete: valori assoluti e prevalenza grezza (per 100). Veneto, 2014-2019.

(Fonte: archivio regionale ACG)

DIABETE MELLITO	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	271.159	271.502	273.111	276.054	278.894	282.409
Prevalenza grezza MASCHI	6,0	6,1	6,2	6,2	6,3	6,4
Prevalenza grezza FEMMINE	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	5,0
Prevalenza grezza TOTALE	5,4	5,5	5,5	5,6	5,6	5,6

Figura 3.18 – Diabete. Prevalenza (per 100) per età e genere. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

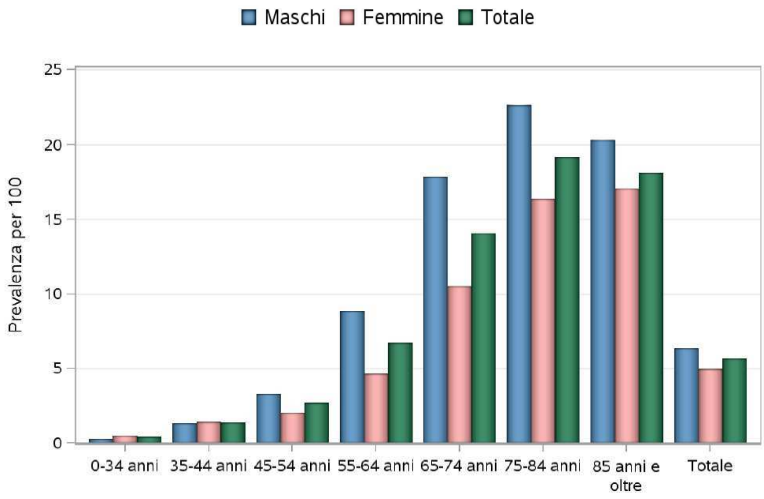


Figura 3.19 – Comorbilità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con diabete. Veneto, 2019.

(Fonte: archivio regionale ACG)

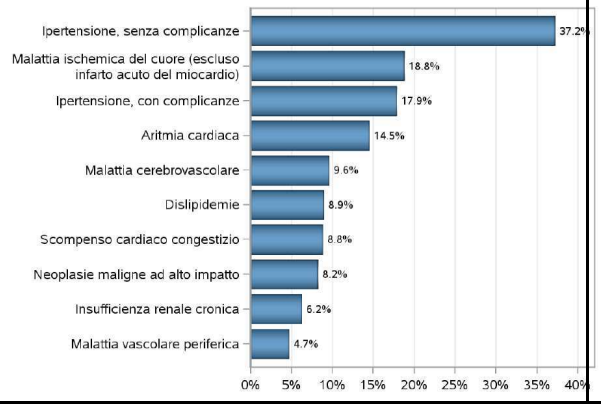
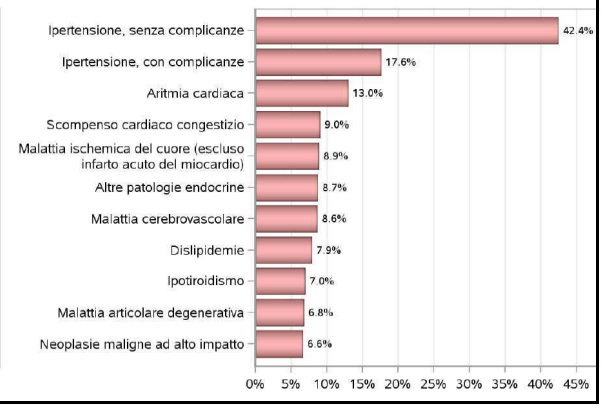


Figura 3.20 – Comorbilità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con diabete. Veneto, 2019.

(Fonte: archivio regionale ACG)



Dislipidemie

Nel 2019 l'11,3% dei veneti è affetto da dislipidemia (95% dei casi in trattamento farmacologico). Dal 2014 ad oggi la prevalenza è in costante aumento, ed è leggermente superiore nei maschi in tutte le fasce d'età. Nelle ULSS Veneto Orientale e Berica si registrano prevalenze standardizzate più alte. La dislipidemia è associata ad altri fattori metabolici che aumentano il rischio di sviluppare malattie cardio e cerebrovascolari. Il 40% dei soggetti con dislipidemia presenta solo questa condizione (38,7% M vs 42,4% F), mentre ai restanti si associano ipertensione arteriosa non complicata (39,9%) e complicata (16,6%), diabete senza (18,3%) e con complicanze (7,6%), patologie cardiache e cerebrali su base ischemica, anch'esse con complicanze associate ad altri fattori di rischio di tipo metabolico. Negli uomini è maggiormente presente la malattia ischemica del cuore (28,4% vs 10,9%), l'aritmia cardiaca (14,9% vs 11,6%) e la malattia cerebrovascolare (11,2% vs 8,9%).

Tabella 3.7 – Assistiti con dislipidemie: valori assoluti e prevalenza grezza (per 100). Veneto, 2014-2019.

(Fonte: archivio regionale ACG)

DISLIPIDEMIE	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	507.958	514.101	523.327	534.731	544.405	562.773
Prevalenza grezza MASCHI	10,6	10,8	11,1	11,3	11,5	11,9
Prevalenza grezza FEMMINE	9,8	9,9	10,1	10,2	10,3	10,6
Prevalenza grezza TOTALE	10,2	10,4	10,6	10,8	10,9	11,3

Figura 3.21 – Dislipidemie. Prevalenza (per 100) per età e genere. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

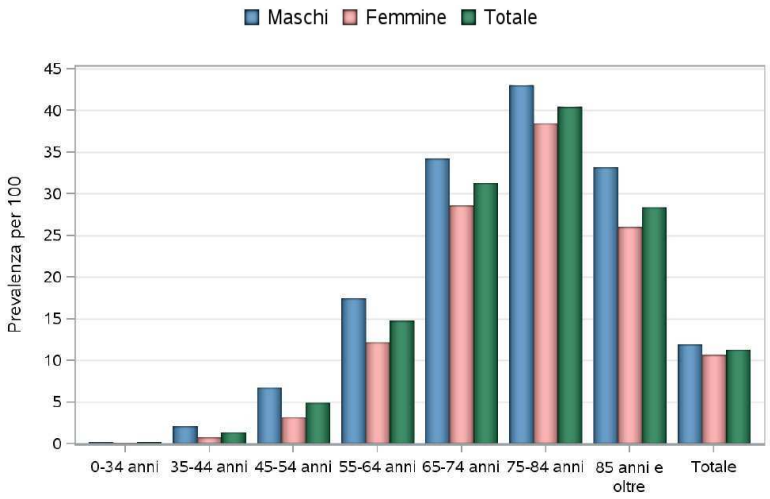


Figura 3.22 – Comorbilità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con dislipidemie. Veneto, 2019.

(Fonte: archivio regionale ACG)

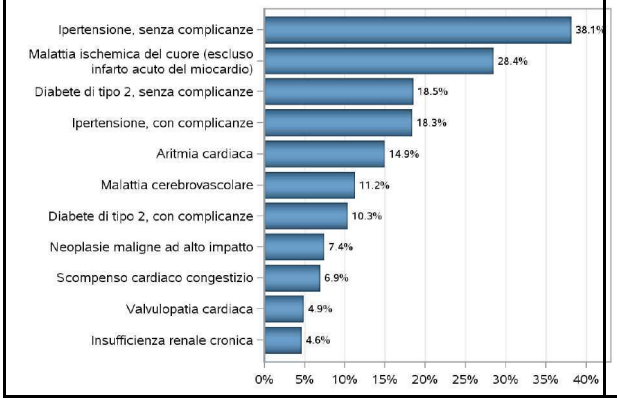
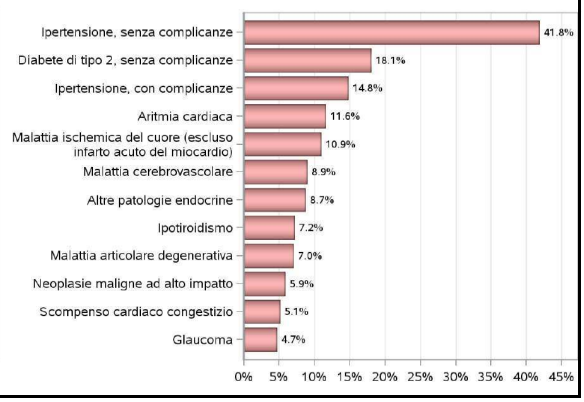


Figura 3.23 – Comorbilità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con dislipidemie. Veneto, 2019.

(Fonte: archivio regionale ACG)



Insufficienza renale cronica

L'insufficienza renale cronica (IRC) colpisce 45.476 persone in Veneto, pari ad una prevalenza dell'9,1 per 1.000 nel 2019, dato in costante aumento rispetto al 7,9 per 1.000 del 2014. La patologia cronica renale colpisce maggiormente gli uomini (59%) e la prevalenza più elevata si registra nelle fasce d'età comprese tra i 65 e gli 84 anni per gli uomini e oltre i 75 anni per le donne. Le ULSS Polesana e Scaligera presentano tassi standardizzati di prevalenza superiori rispetto alla media regionale. L'83% degli assistiti con IRC ha 3 o più condizioni croniche compresenti, il 52% degli assistiti ne ha 5 o più; solo il 5% presenta unicamente IRC. Ipertensione arteriosa e diabete (34% M vs 29% F), le più importanti cause di IRC, sono le più frequenti patologie compresenti in questi pazienti, insieme a diverse patologie cardiovascolari quali le aritmie cardiache (31,6%), lo scompenso cardiaco (31,5%: 30,3% M vs 33,3% F), la cardiopatia ischemica (25,8%: 31,1% M vs 18,32% F), e la patologia cerebro-vascolare (16,6%). Da se-

gnalare la presenza della demenza nell'11,9% delle donne con IRC.

Tabella 3.8 – Assistiti con IRC: valori assoluti e prevalenza grezza (per 1.000). Veneto, 2014-2019. (Fonte: ACG)

	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	39.437	40.455	41.302	42.371	44.181	45.476
Prevalenza grezza MASCHI	9,4	9,7	10,0	10,2	10,6	10,9
Prevalenza grezza FEMMINE	6,5	6,7	6,8	6,9	7,2	7,3
Prevalenza grezza TOTALE	7,9	8,2	8,3	8,5	8,8	9,1

Figura 3.24 – IRC: Prevalenza (per 1.000) per età e genere. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

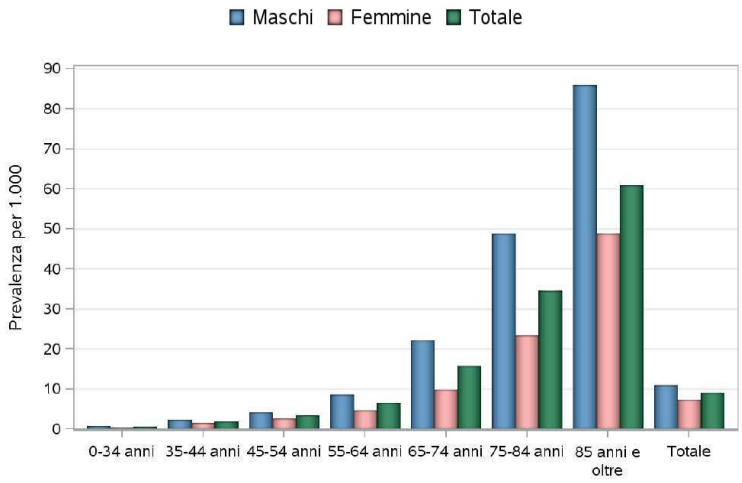


Figura 3.25 – Comorbilità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con insufficienza renale cronica. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

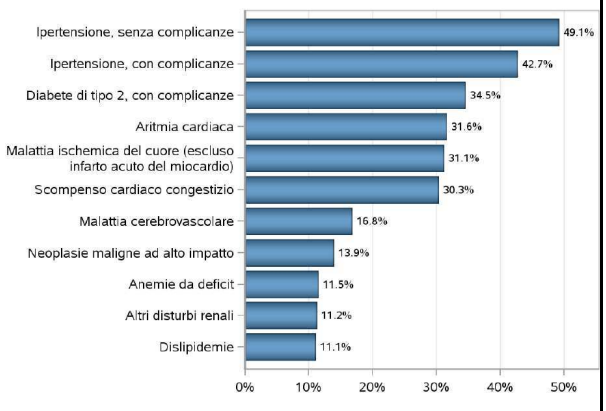
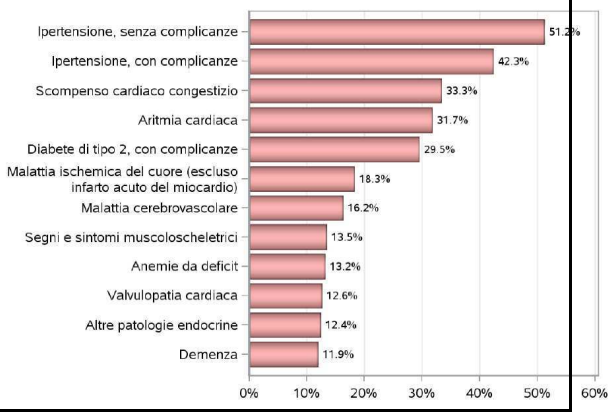


Figura 3.26 – Comorbilità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con insufficienza renale cronica. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa, con o senza complicanze d'organo, è la patologia cronica più registrata nel Veneto, colpisce 390.800 donne e 361.521 uomini nel 2019. La prevalenza è del 15% e aumenta linearmente con l'età per entrambi i generi (dal 2,3% nei 35-44enni fino al 58,5% negli ultra85enni). La prevalenza standardizzata è maggiore nelle ULSS Pedemontana e Serenissima rispetto alla media regionale. Un terzo dei pazienti con ipertensione non presenta altre patologie croniche, quasi il 40% presenta 3 o più patologie compresenti. Le più frequenti sono le patologie in organi bersaglio delle complicanze dell'ipertensione, le patologie cardiovascolari, quali le aritmie cardiache (15,3%), la cardiopatia ischemica (11,2%), la patologia cerebrovascolare (8,8%) e lo scompenso cardiaco (7,1%), mentre il 5% e il 12% dei pazienti associano all'ipertensione il diabete, con o senza complicanze, rispettivamente. L'ipertensione arteriosa, fattore di rischio più che patologia d'organo, si associa ad un

carico di malattia basso (33,2%) o moderato (51,3%) e solo nel 15,4% elevato o molto elevato.

Tabella 3.9 – Assistiti con ipertensione arteriosa: valori assoluti e prevalenza grezza (per 100). Veneto, 2014-2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

IPERTENSIONE ARTERIOSA	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	778.036	781.604	779.827	781.635	755.015	752.321
Prevalenza grezza MASCHI	15,1	15,3	15,4	15,4	14,8	14,8
Prevalenza grezza FEMMINE	16,1	16,2	16,1	16,0	15,4	15,3
Prevalenza grezza TOTALE	15,6	15,8	15,8	15,7	15,1	15,0

Figura 3.27 – Ipertensione arteriosa. Prevalenza (per 100) per età e genere. Veneto, 2019 (Fonte: arch. regionale ACG)

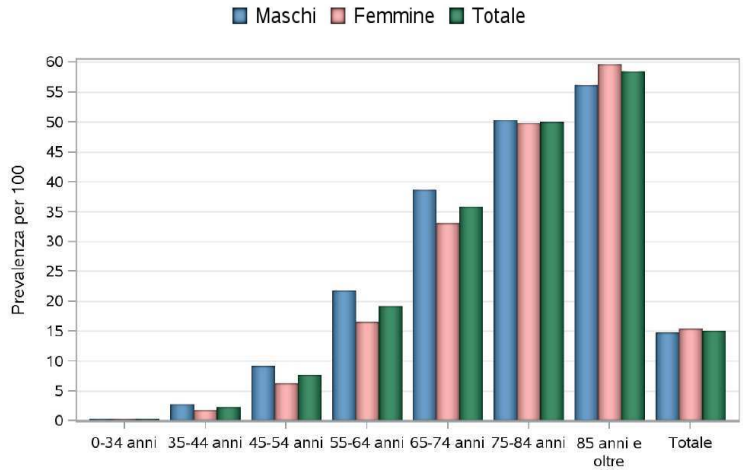


Figura 3.28 – Comorbilità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con ipertensione arteriosa. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

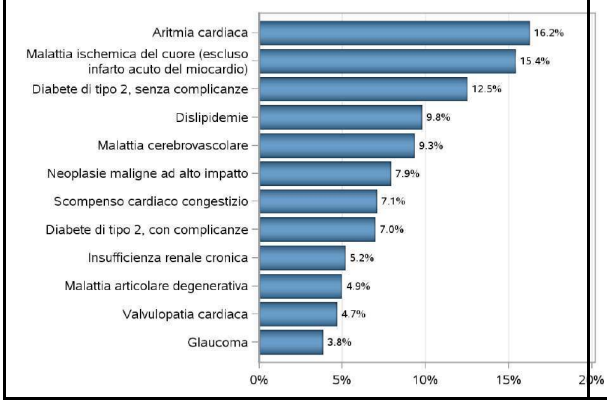
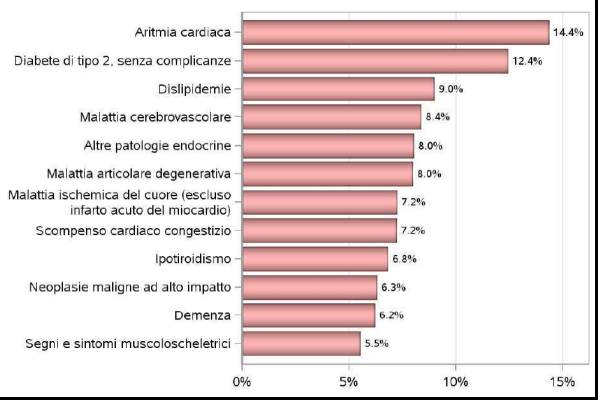


Figura 3.29 - Comorbilità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con ipertensione arteriosa. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Ipotiroidismo

La condizione di ipotiroidismo, spesso secondaria a patologie della tiroide e/o a tiroidectomia, ha una prevalenza del 3,9 per 100 nel 2019, in crescita dal 2014 (3,3%); nelle donne è 6 volte superiore rispetto agli uomini (6,4% vs 1,3%), con prevalenza maggiore nella fascia d'età 65-74 anni (6,8%). Nelle aziende ULSS Marca Trevigiana, Berica e Scaligera si osservano prevalenze standardizzate leggermente superiori a quella regionale. Il 42,4% degli assistiti con ipotiroidismo non ha altre patologie croniche (33% M vs 44% F), mentre un quarto soffre di una singola ulteriore patologia cronica oltre all'ipotiroidismo. La patologia più spesso associata è un'altra patologia endocrina (46,1%) o un tumore maligno (8,2%), a conferma della natura dell'ipotiroidismo spesso secondaria a tiroiditi o a tumori della tiroide. Gli uomini presentano più aritmie cardiache (13,7% vs 6,9%), neoplasie maligne (12,1% vs 7,4%) e malattie ischemiche del cuore (11,2% vs 3,3%).

Tabella 3.10 – Assistiti con ipotiroidismo: valori assoluti e prevalenza grezza (per 100). Veneto, 2014-2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

IPOTIROIDISMO	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	163.042	169.177	175.566	182.715	189.347	195.981
Prevalenza grezza MASCHI	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3
Prevalenza grezza FEMMINE	5,4	5,6	5,8	6,1	6,2	6,4
Prevalenza grezza TOTALE	3,3	3,4	3,5	3,7	3,8	3,9

Figura 3.30 – Ipotiroidismo. Prevalenza (per 100) per età e genere. Veneto, 2019 (Fonte: archivio regionale ACG)

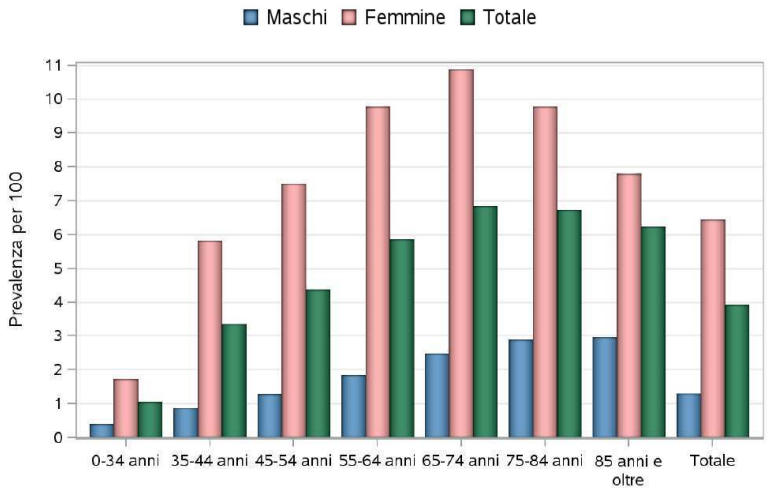


Figura 3.31 – Comorbilità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con ipotiroidismo. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

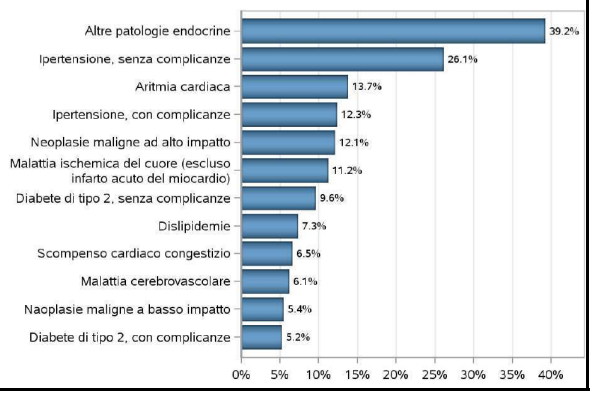
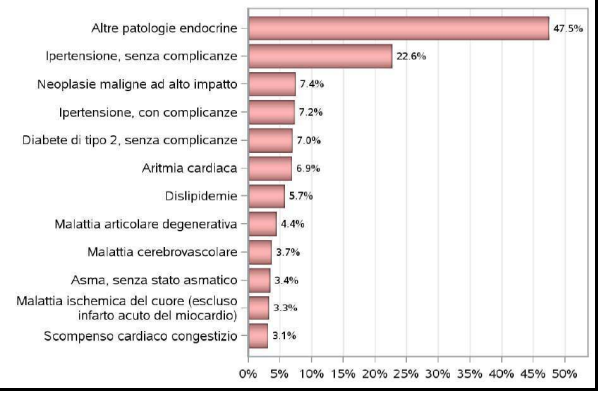


Figura 3.32 – Comorbilità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con ipotiroidismo. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Malattia di Parkinson

In Veneto oltre 36.800 persone sono colpite da Malattia di Parkinson, la maggior parte (78,3%) con età compresa tra i 65 e gli 84 anni, ma la malattia è diffusa anche tra gli adulti di età tra i 45 e i 64 anni (17,3%). La prevalenza nel 2019 è di 7,4 per 1.000, dato relativamente stabile dal 2015, anche se il numero assoluto di pazienti dal 2014 è aumentato di quasi 1.900 unità. La malattia di Parkinson ed il parkinsonismo si associano di frequente (nel 70% dei casi) ad altre patologie croniche, spesso altre patologie neurologiche o psichiatriche quali la demenza (13,4% M vs 16,6% F) o schizofrenia e psicosi affettiva (12,7% M vs 11,4% F), il cui trattamento farmacologico può indurre parkinsonismo iatrogeno. Coesistono anche patologie vascolari quali l'ipertensione arteriosa senza (31,3% M vs 35,5% F) e con complicanze (17,1% M vs 16,6% F), le aritmie cardiache (15,8% M vs 13,2% F) e le patologie cerebrovascolari (14% M vs 12,4% F). L'azienda ULSS Pedemontana ha un rapporto standardizzato di prevalenza superiore alla media regionale.

Tabella 3.11 – Assistiti con malattia di Parkinson: valori assoluti e prevalenza grezza (per 1.000). Veneto, 2014-2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	34.992	35.496	35.621	36.120	36.575	36.875
Prevalenza grezza MASCHI	6,5	6,7	6,8	6,9	7,0	7,1
Prevalenza grezza FEMMINE	7,5	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6
Prevalenza grezza TOTALE	7,0	7,2	7,2	7,3	7,3	7,4

Figura 3.33 – Malattia di Parkinson. Prevalenza (per 1.000) per età e genere. Veneto, 2019. (Fonte: arc. reg. ACG)

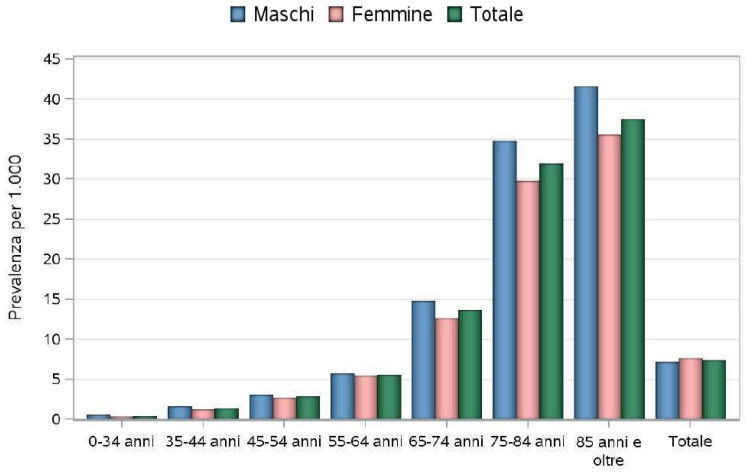


Figura 3.34 – Comorbilità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con malattia di Parkinson. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

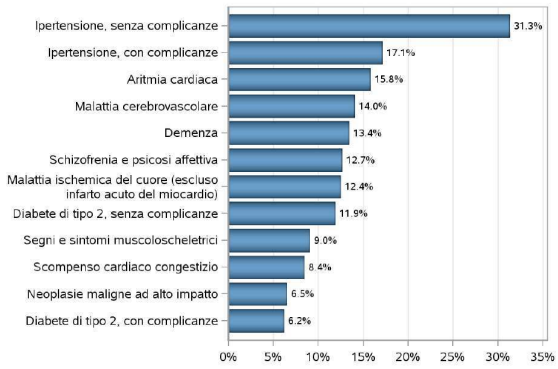
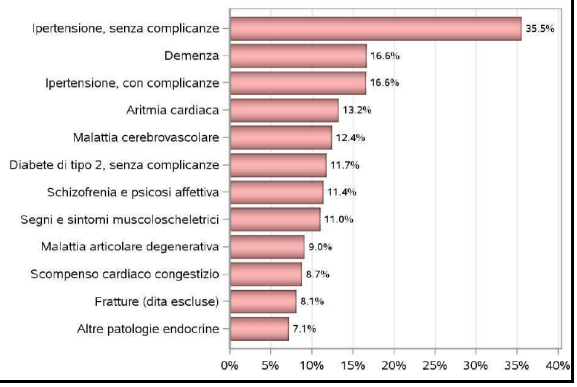


Figura 3.35 – Comorbilità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con malattia di Parkinson. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Malattie ischemiche del cuore

La cardiopatia ischemica cronica è stata diagnosticata in 142.320 persone nel 2019, la maggior parte dei quali uomini (98.567), che in ogni fascia d'età hanno una prevalenza superiore. In entrambi i sessi la prevalenza cresce linearmente con l'età e il tasso più alto si osserva nella fascia d'età dopo gli 85 anni. La prevalenza in Veneto è stabile al 2,8% nel 2019, con un incremento però di quasi 1.900 soggetti in termini assoluti rispetto al 2018. Le persone con cardiopatia ischemica hanno una elevata co-morbilità: il 67% ha 3 o più malattie croniche compresenti, il 31% ne ha 5 o più. Stratificando per genere, le donne mostrano una maggiore comorbilità e più di un terzo (35,7%) ha 5 o più condizioni croniche. Nella popolazione generale le più frequenti sono le patologie vascolari con meccanismi patogenetici comuni alla cardiopatia ischemica: l'ipertensione arteriosa con (28,6%) o senza (42,1%) complicanze, il diabete (26,6%), le aritmie cardiache (25,1%), le dislipidemie (19,3%), lo scompenso cardiaco (18,3%), le patologie cerebrovascolari (13,8%) e l'insufficienza renale cronica (7,9%).

Scompenso cardiaco

Nel 2018 ci sono 79.588 persone colpite da scompenso cardiaco, malattia che costituisce la più frequente causa di ricovero in area medica per gli ultra65enni, con una prevalenza stabile al'1,6%. La prevalenza aumenta esponenzialmente con l'età, raggiungendo il 18,3% tra gli uomini e il 16,4% tra le donne. Nelle ULSS Marca Trevigiana, Polesana e Pedemontana le prevalenze standardizzate di scompenso risultano per entrambi i generi più elevate rispetto alla media regionale. Le persone con scompenso hanno un elevato grado di comorbilità: il 59% ha cinque o più condizioni croniche compresenti (61% M vs 57% F). Le patologie più spesso associate allo scompenso sono le aritmie cardiache (55,7%), l'ipertensione arteriosa con (41,3%) o senza (45%) complicanze, la cardiopatia ischemica (33%), la vasculopatia cerebrale (19,2%) e l'insufficienza renale cronica (17,2%). La BPCO coesiste nel 15,1% dei casi, confermando la correlazione anche fisiopatologica tra le due patologie, in particolare per lo scompenso destro. Stratificando per genere negli uomini c'è una maggiore prevalenza di malattia ischemica del cuore (41,8% vs 24,1%) e di diabete con complicanze (22,7% vs 14,4%), mentre quasi un quinto delle donne (19,1%) è affetto da demenza.

Tabella 3.14 – Assistiti con scompenso cardiaco: valori assoluti e prevalenza grezza (per 100). Veneto, 2014-2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

SCOMPENSO CARDIACO	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
# casi identificati (N)	73.128	74.881	75.647	77.548	78.578	79.588
Prevalenza grezza MASCHI	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6
Prevalenza grezza FEMMINE	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6
Prevalenza grezza TOTALE	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6

Figura 3.42 – Scompenso cardiaco. Prevalenza (per 100) per età e genere. Veneto, 2019. (Fonte: arch. reg. ACG)

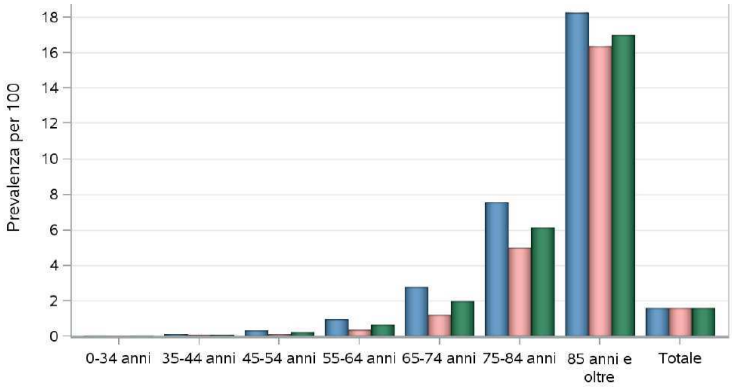


Figura 3.43 – Comorbilità (EDC) più frequenti negli assistiti MASCHI con scompenso cardiaco. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

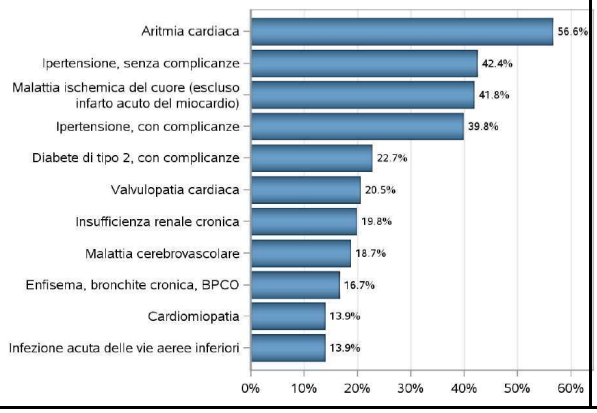
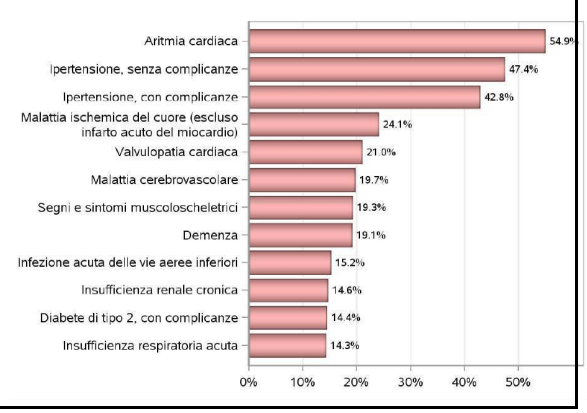


Figura 3.44 – Comorbilità (EDC) più frequenti nelle assistite FEMMINE con scompenso cardiaco. Veneto, 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)



Prevalenza di condizioni croniche (fonte ACG) nella popolazione immigrata

Pur nel quadro generale dell'effetto migrante sano, già negli scorsi decenni nei paesi del Nord-Europa, con una lunga storia di flussi migratori, si erano osservate specifiche eccezioni: un'alta prevalenza di diabete in quasi tutti i gruppi di migranti; un aumentato rischio di ictus nei soggetti con origini dall'Africa Occidentale; tassi di cardiopatie ischemiche particolarmente elevati nelle persone provenienti dall'Asia Meridionale. Queste osservazioni erano poi precedenti la recente epidemia di malattie croniche nei paesi in via di sviluppo. Infatti, la transizione epidemiologica che segue l'urbanizzazione della popolazione ed una progressiva "occidentalizzazione" degli stili di vita sta coinvolgendo aree sempre più estese del pianeta, con un rapido aumento della prevalenza delle malattie croniche. Ad esempio, secondo le stime più recenti, i tassi più elevati a livello globale di ictus emorragico si osservano nell'Africa subsahariana ed in Asia. Questo scenario si ripercuote sul profilo di salute dei migranti, sempre più caratterizzati da un alto livello di rischio cardiovascolare già all'arrivo. Osservazioni in tal senso sono state condotte nei paesi dell'Europa meridionale, destinazione dei flussi migratori nel periodo più recente.

La popolazione immigrata è estremamente eterogenea per profilo di salute anche in base all'area geografica di provenienza. Sono quindi stati considerati i residenti con cittadinanza straniera distinti in macro-aree in base alla nazionalità: Europa orientale, Nord Africa, Africa Sub Sahariana, Asia Meridionale (sub-continente indiano), altri Paesi asiatici. Considerati i numeri più limitati, non vengono di seguito riportati i dati relativi ai soggetti provenienti dall'America centro-meridionale, dall'EU15 e dal Nord America. Le elaborazioni sono state ristrette alle età comprese tra i 20 ed i 59 anni, rappresentative di una popolazione adulta di immigrati prevalentemente di prima generazione. Il tasso standardizzato di prevalenza di selezionate patologie croniche (fattori di rischio e patologie cardio-cerebrovascolari, malattia renale cronica, epatopatie croniche) è stato ottenuto diverse fonti informative tramite il sistema ACG (Adjusted Clinical Groups).

Rispetto ai residenti con cittadinanza italiana, negli uomini la prevalenza del diabete è solo leggermente più elevata negli immigrati dall'Europa dell'Est; il rischio è invece più che raddoppiato nei residenti provenienti dell'Africa settentrionale e subsahariana, e circa cinque volte maggiore nei soggetti provenienti dall'Asia meridionale

Nel complesso, sono ben evidenti almeno due distinti pattern di rischio cardiovascolare: tra i residenti provenienti dall'Asia meridionale si riscontrano alte prevalenze di diabete, dislipidemia, cardiopatia ischemica; gli immigrati provenienti dall'Africa subsahariana presentano tassi elevati di ipertensione, malattie cerebrovascolari, scompenso cardiaco, nefropatia cronica, con un profilo più sfavorevole nel sesso femminile. Tale quadro è coerente con quanto riportato in letteratura: è infatti noto che le persone provenienti dal sub-continente indiano sono a rischio di resistenza all'insulina, obesità addominale, e sindrome metabolica; diabete e dislipidemia si presentano a livelli di body mass index più bassi rispetto ad altri gruppi etnici. Si conferma inoltre l'elevato rischio di coronaropatia in questa popolazione, già segnalato in Inghilterra alcuni decenni fa e poi riportato in paesi del Nord Europa e del Nord America. Per quanto riguarda gli immigrati dall'Africa sub-sahariana, il quadro sottolinea l'alto rischio cardiovascolare (soprattutto per ictus, non per infarto) nelle popolazioni che originano dall'Africa occidentale, principalmente legato ad un'elevata prevalenza di ipertensione; alcune linee guida suggeriscono strategie differenziate per il controllo dell'ipertensione in questi soggetti.

Infine, tassi molto elevati di epatopatie croniche si riscontrano nei residenti provenienti dall'Africa subsahariana e dall'Asia orientale (dovuti alla diffusione dell'infezioni da virus dell'epatite B), e in misura più contenuta dall'Europa orientale.

Tabella 3.15 – Tassi standardizzati di prevalenza (per 10.000, standard=popolazione mondiale 2001) , con intervallo di confidenza al 95%, di selezionate patologie croniche per macroarea di provenienza e sesso. Residenti in Veneto, anno 2019. (Fonte: archivio regionale ACG)

		Italia	Nord Africa	Africa Sub-Sahariana	Asia meridionale	Asia, altro	Est Europa
Diabete	M	162 (160-164)	**366 (342-390)**	**396 (370-422)**	**727 (689-766)**	**302 (276-329)**	190 (181-199)
	F	126 (124-128)	**576 (539-613)**	**535 (489-580)**	**981 (926-1036)**	**266 (242-290)**	151 (144-157)
Dislipidemia	M	325 (322-328)	180 (163-196)	206 (187-225)	**582 (547-617)**	256 (231-280)	286 (274-297)
	F	165 (163-167)	226 (202-251)	198 (167-229)	**398 (359-437)**	144 (126-162)	194 (187-201)
Ipertensione	M	449 (445-452)	126 (112-140)	**621 (589-653)**	325 (299-351)	188 (167-209)	304 (292-315)
	F	311 (308-314)	242 (217-266)	**906 (847-966)**	388 (351-426)	195 (175-216)	263 (255-272)
Cardiopatia ischemica	M	70 (69-72)	39 (31-47)	35 (27-43)	**169 (150-189)**	35 (26-45)	75 (69-81)
	F	16 (16-17)	14 (8-20)	14 (6-23)	**32 (21-43)**	7 (3-11)	18 (16-21)
Malattie cerebrovascolari	M	40 (38-41)	19 (13-25)	52 (42-61)	52 (41-63)	35 (26-45)	36 (32-40)
	F	31 (30-32)	26 (18-34)	**57 (41-74)**	32 (22-43)	17 (12-23)	21 (19-24)
Scompenso cardiaco	M	18 (18-19)	13 (8-17)	**31 (24-38)**	23 (16-30)	14 (8-20)	18 (15-21)
	F	8 (7-8)	10 (5-15)	**25 (15-35)**	15 (8-23)	6 (3-10)	7 (5-8)
Insuff. Renale cronica	M	23 (22-23)	19 (14-25)	**79 (67-90)**	32 (24-40)	34 (25-43)	16 (13-18)
	F	13 (12-14)	24 (16-32)	**49 (35-62)**	22 (13-31)	21 (15-28)	11 (9-12)
Epatopatie croniche	M	79 (78-81)	42 (34-51)	**220 (201-238)**	83 (71-94)	**238 (214-261)**	**124 (116-131)**
	F	46 (45-47)	32 (24-41)	**157 (135-178)**	59 (46-73)	**164 (145-183)**	**127 (121-133)**

2.4 TUMORI

Nuovi casi di tumore stimati in Veneto nel 2020

A partire dai dati di incidenza osservati nel 2016-2017, si stimano per l'anno 2020 in Veneto 17.433 nuovi casi di tumore maligno negli uomini e 15.342 nelle donne, per un totale di 32.775 casi. Queste stime corrispondono a circa 7 nuovi casi ogni 1.000 abitanti tra gli uomini e 6 tra le donne. Il tumore più frequente negli uomini è il tumore della prostata, seguito dal tumore del polmone e da quello del colon-retto. Nelle donne il più importante è il tumore della mammella, che rappresenta circa un terzo di tutti i casi, seguito da colon retto e polmone.

I DATI

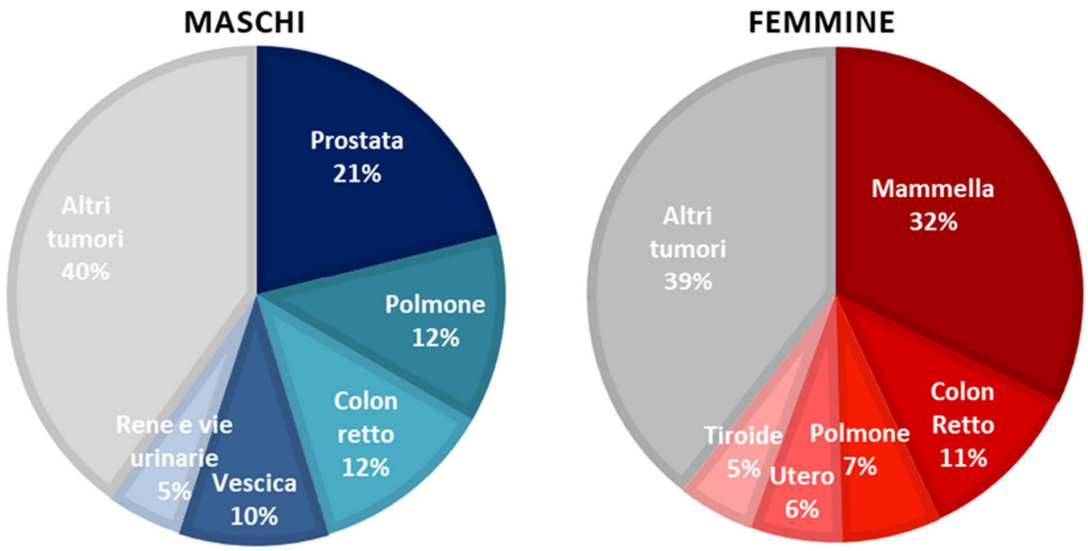
Il Registro Tumori del Veneto, copre l'intera popolazione regionale, è il più grande tra i 50 Registri Tumori presenti in Italia, che complessivamente interessano circa il 70% della popolazione italiana.

Tabella 2.1 – Stima dei nuovi casi di tumore diagnosticati nel 2020 in Veneto

MASCHI			FEMMINE		
SEDE	CASI/ANNO	%	SEDE	CASI/ANNO	%
Prostata	3.674	21,1%	Mammella	4.989	32,5%
Polmone	2.137	12,3%	Colon Retto	1.623	10,6%
Colon retto	2.086	12,0%	Polmone	1.047	6,8%
Vescica	1.688	9,7%	Utero	924	6,0%
Rene e vie urinarie	856	4,9%	Tiroide	712	4,6%
Cute melanomi	791	4,5%	Cute melanomi	655	4,3%
Fegato	738	4,2%	Pancreas	632	4,1%
Linfomi	736	4,2%	Linfomi	621	4,0%
Pancreas	604	3,5%	Vescica	456	3,0%
Stomaco	563	3,2%	Ovaio	427	2,8%
Totale tumori	17.433		Totale tumori	15.342	

Nei maschi con meno di 50 anni i tumori più diffusi sono il melanoma e il tumore al testicolo; il tumore della prostata è il primo tumore negli uomini ultracinquantenni, seguito dal colon retto nei soggetti di 50-69 anni e dal polmone nei soggetti più anziani. Nelle donne il tumore della mammella è il più frequente in tutte le fasce di età analizzate, seguito nelle donne più giovani (0-49 anni) dal tumore della tiroide e da quello del colon-retto nelle donne di età superiore.

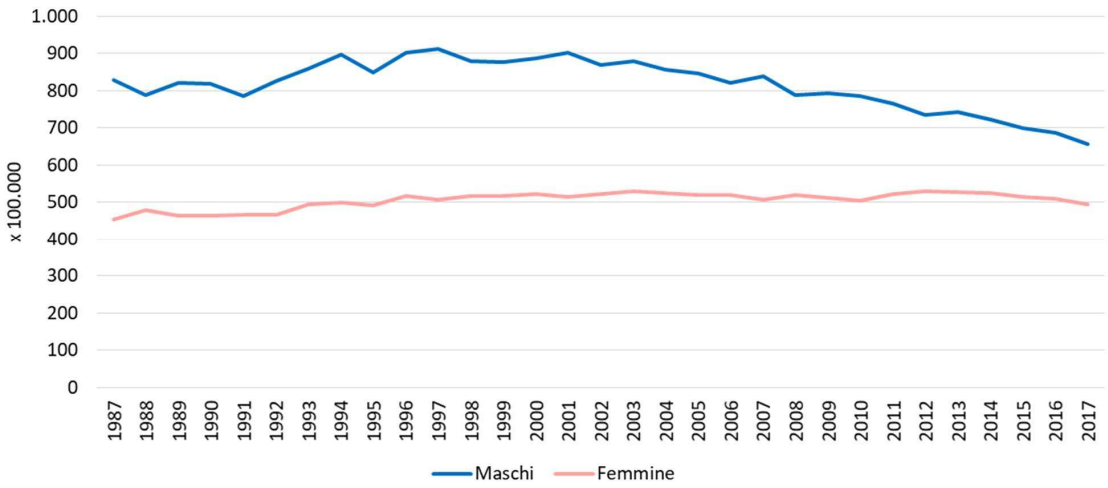
Figura 2.1 – Distribuzione dei nuovi casi di tumore stimati in Veneto nel 2020 sul totale dei tumori. Le 5 sedi più frequenti in ciascun sesso.



Andamento temporale dei tassi di incidenza

Osservando l'andamento temporale dei tassi di incidenza standardizzati del totale dei tumori tra il 1987 e il 2017 si osserva nei maschi una diminuzione significativa del rischio a partire dai primi anni 2000 (-1,8% all'anno). Nelle femmine la riduzione riguarda gli anni più recenti.

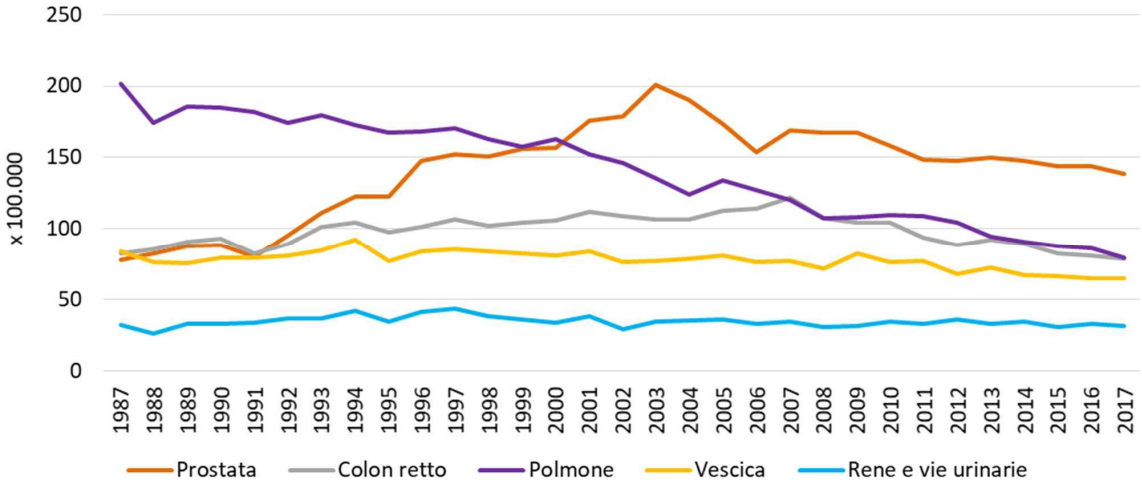
Figura 2.2 – Totale neoplasie maligne (escluse le neoplasie cutanee non-melanoma): andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea 2013, per sesso. Veneto, anni 1987-2017



Nel sesso maschile tutte le 10 sedi più importanti sono in decremento nell'ultimo periodo di osservazione, ad eccezione del melanoma che è in aumento. Dopo il picco registrato nel 2003, prosegue la riduzione dell'incidenza del tumore della prostata (-

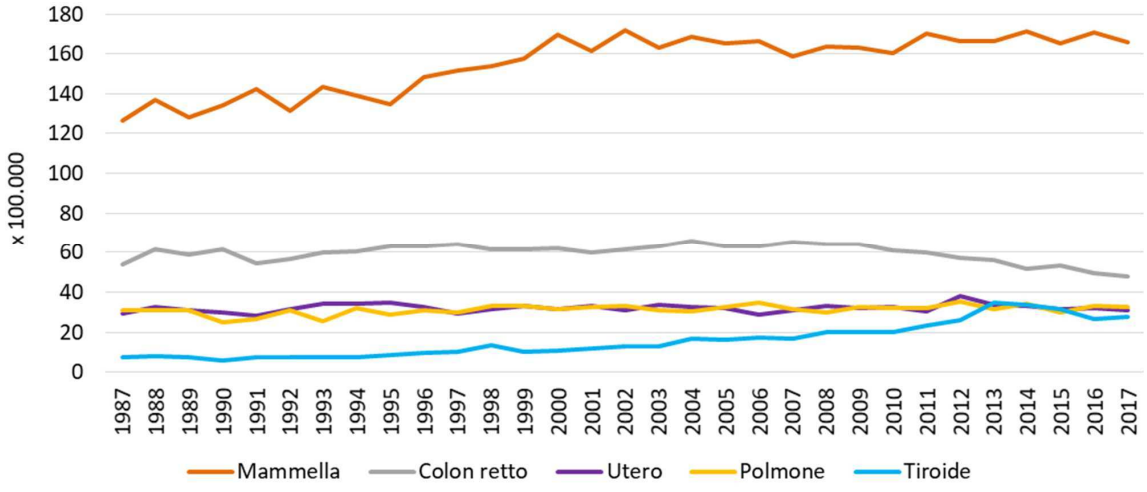
2% all'anno). L'incremento dell'incidenza osservato fino al 2003 appare dovuto in gran parte alla diffusione del test del PSA, mentre il calo rilevato successivamente sembra essere il risultato dell'anticipazione diagnostica avvenuta negli anni precedenti. Continua il calo del tumore del polmone nei maschi, legato alla riduzione dell'abitudine al fumo (-3,8% all'anno dopo l'introduzione della legge antifumo). L'introduzione dello screening del tumore del colon-retto nella popolazione di età 50-69 anni (avviato nelle diverse ASL tra il 2002 e il 2009) sta determinando una sensibile diminuzione dei tassi (-3,9% dal 2007) come conseguenza dell'identificazione e bonifica di elevati numeri di lesioni precancerose (adenomi avanzati). Per il tumore della vescica il decremento è del 2,5% annuo. Infine, il rischio di tumore del rene e degli altri organi urinari è in diminuzione a partire dalla metà degli anni '90 ed è pari a -0,9% all'anno.

Figura 2.3 – Sedi più frequenti nei maschi: andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea 2013. Veneto, anni 1987-2017



Nelle donne l'incidenza del tumore della mammella è stabile dal 2000. L'effetto positivo dei programmi di screening colorettale sull'andamento dell'incidenza del tumore del colon retto nella popolazione femminile si è manifestato con un leggero ritardo rispetto ai maschi, con una riduzione dei tassi che è iniziata nel 2010. Il tumore del polmone è in leggero aumento (+0,4%), quello dell'utero è stabile, mentre l'incidenza del tumore della tiroide, dopo un periodo di forte crescita, sta diminuendo dal 2015.

Figura 2.4 – Sedi più frequenti nelle femmine: andamento temporale del tasso di incidenza standardizzato sulla popolazione europea. Veneto, anni 1987-2017



Casi prevalenti nel Veneto

La stima del numero di soggetti residenti in Veneto che nel corso della loro vita hanno avuto una diagnosi di tumore maligno e

risultavano vivi al 1 gennaio 2018 (casi prevalenti), è pari a 132.411 maschi e 159.520 femmine, poco meno del 6% della popolazione. Considerando l'aumento dell'aspettativa di vita e i miglioramenti dei trattamenti di diagnosi e cura, ci si deve attendere una crescita sensibile di questa quota di popolazione nel tempo.

La prevalenza è condizionata sia dalla frequenza della malattia sia dalla sua letalità: tumori meno frequenti ma a buona prognosi tendono ad essere rappresentati nella popolazione più di tumori molto frequenti, ma altamente letali.

Tabella 2.2 – Stima del numero di malati di tumore in Veneto al 1 gennaio 2018 per sesso e singola sede tumorale

Sede	Maschi	Femmine	Totale
Cavità orale	3.609	1.938	5.547
Esofago	565	253	818
Stomaco	2.990	2.392	5.383
Colon retto e ano	19.000	17.031	36.031
Fegato	1.882	663	2.545
Vie biliari	408	434	842
Pancreas	764	820	1.584
Laringe	3.660	523	4.183
Polmone	4.649	2.963	7.611
Cute melanomi	8.867	10.259	19.126
Mammella femminile		73.691	73.691
Utero collo		3.663	3.663
Utero corpo		9.288	9.288
Ovaio		3.888	3.888
Prostata	42.301		42.301
Testicolo	4.751		4.751
Rene e vie urinarie	8.640	4.338	12.978
Vescica	17.475	5.307	22.783
Encefalo e altro SNC	1.418	1.474	2.893
Tiroide	3.089	10.235	13.324
Linfoma di Hodgkin	2.761	2.141	4.902
Linfomi non Hodgkin	6.719	6.179	12.897
Mieloma e malattie immunoproliferative	1.717	1.479	3.196
Leucemie	2.994	2.287	5.281
Totale escluso cute non melanoma	132.411	159.520	291.931

Questi soggetti costituiscono una popolazione molto eterogenea, che include persone con bisogni sanitari differenti, in relazione alla patologia e alla distanza dalla diagnosi. Infatti, se nei primi anni dalla diagnosi si concentrano le fasi di trattamento e sorveglianza più intensive, negli anni successivi si realizzano il follow up clinico - strumentale e la diagnosi ed il trattamento di eventuali recidive della malattia. Infine, i soggetti lungo-sopravviventi (ovvero i pazienti liberi da malattia e vivi dopo molti anni dalla diagnosi) possono presentare bisogni sanitari precisi, essendo possibili effetti collaterali a lungo termine delle terapie precedentemente effettuate.

Tabella 2.3 – Stima dei casi di tumore prevalenti al 1 gennaio 2018 in Veneto per anni dalla diagnosi

Anni dalla diagnosi	N. prevalenti	%
<=2	42.436	15%
2-5	53.264	18%
5-10	70.734	24%
10-15	51.866	18%
15-20	33.741	12%
>20	39.889	14%
Totale	291.931	100%

Sito WEB

Il sito web istituzionale del Registro Tumori del Veneto https://www.registrotumoriveneto.it/ rende disponibile a tutti gli interessati (cittadinanza, decisori sanitari, mondo scientifico) il patrimonio informativo del Registro. Sono presenti i dati epidemiologici dei tumori della popolazione residente nel Veneto con dettagli che riguardano l'età degli ammalati, il sesso, la sede del tumore, l'AULSS di residenza. Sono inoltre presentati i principali indicatori epidemiologici: incidenza (nuovi casi registrati), andamenti temporali, sopravvivenza, prevalenza, calcolati utilizzando metodi statistici coerenti con le più solide esperienze internazionali.

2.5 MALATTIE INFETTIVE

Per sostenere il controllo e l'eradicazione delle malattie infettive il sistema sanitario si avvale della promozione di idonee misure di controllo per la profilassi delle malattie infettive e dello sviluppo di protocolli operativi al fine del miglioramento della sorveglianza in Sanità Pubblica e del potenziamento delle sue caratteristiche fondamentali che sono la raccolta sistematica dei dati, la loro analisi e interpretazione e la loro diffusione.

Nella Regione Veneto la notifica delle malattie infettive viene effettuata tramite un apposito applicativo informativo, adottato dal 2006 in tutte le Aziende Ulss. Tale strumento prevede, per l'inserimento di ogni malattia infettiva dei dati anagrafici presenti nella scheda di segnalazione e per alcune malattie come la tubercolosi, le malattie batteriche invasive e la malaria di dati più approfonditi acquisiti attraverso la cosiddetta scheda di "flusso speciale".

Le schede di sorveglianza di altre malattie come morbillo e rosolia, West-Nile, influenza, epatiti vengono invece inserite in applicativi ad hoc predisposti appositamente dall'Istituto Superiore di Sanità.

Quanto segue è un focus solo su alcune delle malattie infettive sotto sorveglianza rimandando ai report regionali specifici per il quadro completo di tutte le malattie sottoposte a notifica.

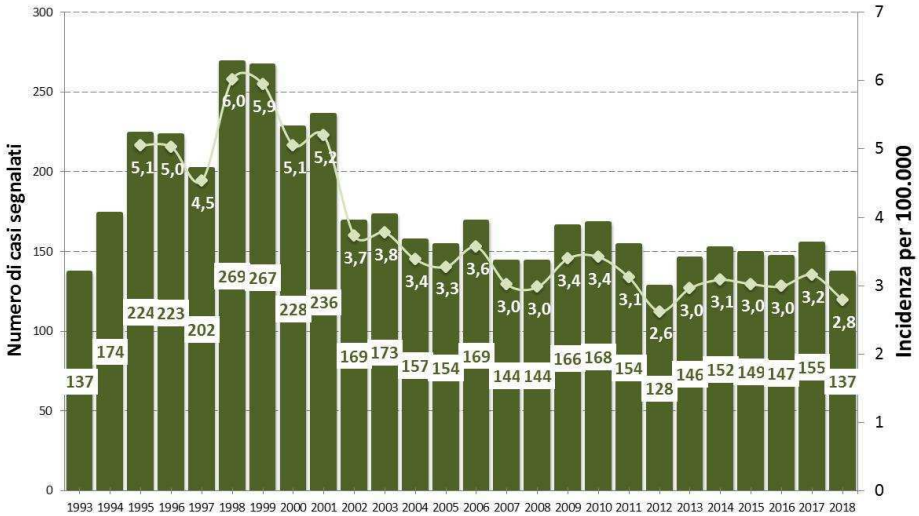
Malaria

Il Programma Regionale pone particolare attenzione sulla sorveglianza della malaria e sull'attuazione delle azioni di prevenzione nei confronti di questa malattia particolarmente grave e ad esito fatale, come confermato dai dati dell'ultimo rapporto dell'Oms, nel 2017 i casi di malaria nel mondo sono stati 219 milioni e 435.000 morti correlate.

Dopo un innalzamento del numero di notifiche avvenuto dall'inizio dell'entrata a regime della sorveglianza, sino ai primi anni del duemila, il totale di casi notificati annualmente a livello regionale si è stabilizzato ed è rimasto relativamente costante.

Tra il 2002 ed il 2018 mediamente vengono notificati circa 150 casi all'anno (tra 130 e 170) con un tasso di notifico medio stimata di 3,2 casi ogni 100.000 residenti. Nel 2018 i casi notificati sono stati 137 con un tasso di notifica di 2,8 casi ogni 100.000 residenti (**Figura 1**).

Figura 1 – Casi di Malaria notificati e andamento dell'incidenza calcolata ogni 100.000 residenti. Regione Veneto, anni 1993-2018.



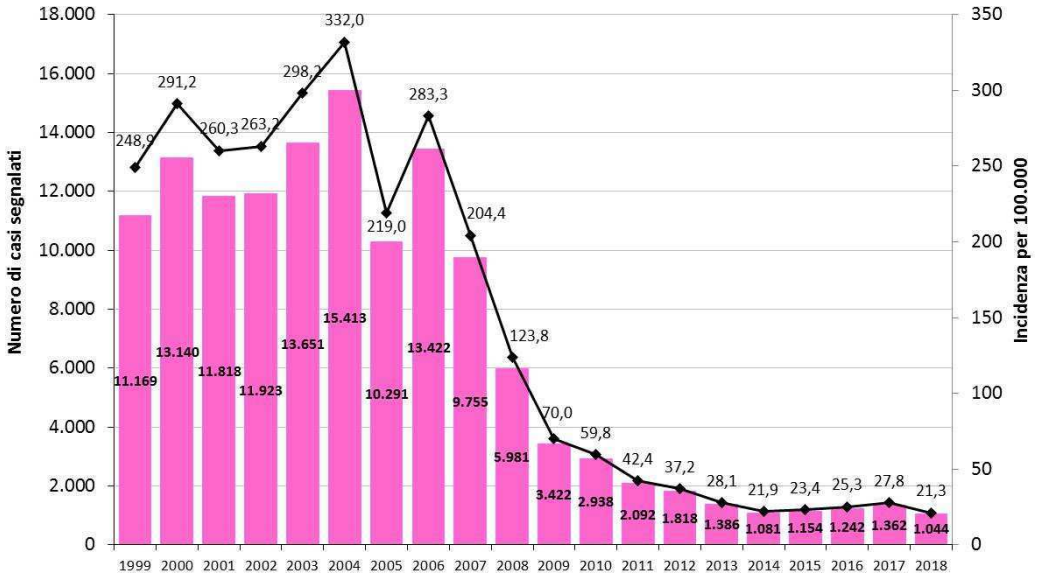
Analogamente al resto del Paese, in Veneto i casi di malaria notificati nel periodo 1993-2018 hanno riguardato prevalentemente cittadini stranieri provenienti da aree endemiche. Nel 2018 oltre il 71% dei casi si è verificato in cittadini stranieri, dato in linea con gli anni precedenti in termini sia assoluti sia percentuali. Inoltre, va tenuto presente che almeno negli ultimi quattro anni molti casi di malaria in cittadini italiani hanno riguardato in realtà immigrati o figli di immigrati che hanno ottenuto la cittadinanza nel corso della loro vita. Pertanto, dal punto di vista epidemiologico il fenomeno del rientro nel Paese di origine per visitare familiari e amici rappresenta la causa preponderante dei casi di malaria notificati nella nostra Regione. Le persone che ritornano nel Paese di origine generalmente soggiornano per periodi prolungati in zone rurali e in abitazioni con bassi standard qualitativi. Avendo una scarsa consapevolezza di aver perso l'immunità transitoria (premunizione) nei confronti della malattia tendono, inoltre, a sottostimare il rischio di infezione e quindi a non adottare i mezzi di protezione dalle punture di zanzara e una corretta profilassi farmacologica. Negli ultimi cinque anni il 97,9% dei casi è stato contratto dopo un visita (o un ritorno al paese d'origine) del continente africano, il resto dei casi in Asia. Per quanto riguarda i casi legati all'Africa, prevalgono i Paesi dell'Africa occidentale: Burkina Faso 28%, Nigeria 20%, Ghana e Costa D'Avorio 10%.

Varicella

La varicella è una malattia infettiva altamente contagiosa provocata dal virus Varicella zoster (VZV) appartenente al gruppo degli Herpesvirus, della famiglia degli Herpesviridae. Insieme a morbillo, parotite, rosolia e pertosse è annoverata tra le malattie contagiose tipiche dell'infanzia. In assenza di un programma vaccinale universale la varicella colpisce prevalentemente i bambini sotto i 10 anni di età, in particolare la fascia di età compresa tra i 3 ed i 6 anni.

Dopo un calo progressivo di notifiche registrato dal 2007 sino al 2014, negli ultimi tre anni precedenti al 2018 si era identificato un'inversione di tendenza con un lieve aumento di casi segnalati. Nel 2018 i casi sono tornati a scendere (Figura 2).
In termini assoluti si è passati da quasi tredicimila e mezzo casi l'anno a poco più di mille nel 2014. Nell'ultimo anno di notifica, 2018, si è arrivati a 1.044 casi notificati tramite il sistema di notifica delle malattie infettive. In termine di tasso di notifica si è passati da un massimo del 2004 di 332 casi ogni 100.000 residenti a circa 21,3 casi ogni 100.000 dell'ultimo anno.
La distribuzione di casi per genere non evidenzia particolari differenze. Nel 2018 i casi sono stati il 55% nei maschi e il 45% nelle femmine. In seguito all'introduzione della vaccinazione per i nuovi nati (a partire dalla coorte 2005) si è osservata dapprima una riduzione della frazione di casi nella fascia d'età 1-3 anni (quella destinataria della vaccinazione), seguita, a distanza di 3 anni, da una riduzione dei casi nella fascia d'età 4-14 anni (dovuta al progressivo ingresso in tale fascia d'età di individui vaccinati nella prima infanzia). Parallelamente, si è osservato un incremento della percentuale di casi nei bambini di età inferiore a un anno e, a partire dal 2014, negli individui di età pari o superiore ai 15 anni. Nel 2018, il 55% dei casi si è verificato nei bambini tra i 4 ed i 14 anni. Nelle classi sopra i 15 anni, risulta una distribuzione di casi entro i 65 anni quasi uniforme. Non appare nessuna differenza nella distribuzione dei casi tra maschi e femmine e le varie classi d'età, mentre per cittadinanza, risulta che la quota di bambini stranieri è superiore sotto l'anno di nascita e sopra i 15 anni.

Figura 2 – Casi di Varicella notificati e andamento dell'incidenza calcolata ogni 100.000 residenti. Regione Veneto, anni 1999-2018.



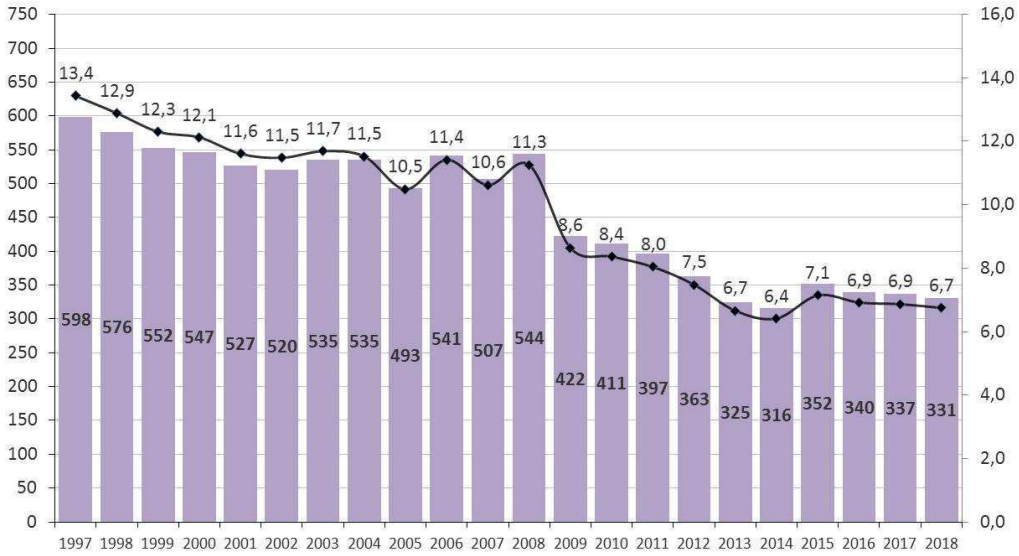
Tubercolosi

Nel periodo di sorveglianza, il numero assoluto di casi di tubercolosi (TB) e la corrispettiva incidenza (Figura 1) hanno mostrato un andamento decrescente, con alcune piccole oscillazioni.

Negli ultimi cinque-sei anni il numero totale di notifiche effettuate a livello regionale si aggira su una media annuale di 340 nuovi casi con una media d'incidenza di poco sotto i 7 casi ogni 100.000 residenti.

Stratificando i casi per cittadinanza, si osserva un decremento costante del numero di casi e del tasso di notifica tra gli italiani . Tra gli stranieri, invece, si è registrato un significativo aumento del numero di casi fino ai primi anni Duemila (in termini assoluti), con una successiva stabilizzazione. Negli ultimi tre anni la quota di notifiche tra stranieri rappresenta mediamente il 70% del totale. Limitando l'analisi agli ultimi anni, il 48% delle notifiche tra stranieri è identificato in soggetti provenienti dall'Africa (Marocco 16%, Nigeria 7%, Senegal 6%, ecc.), il 29% dall'Est Europa (Romania 19%, Moldavia 4%, Albania 2%, ecc.), il 20,5% dall'Asia (India 6,6%, Cina 3,9%, Bangladesh 3,8%, ecc.) ed il restante 2,5% dal resto del mondo.

Figura 3 – Casi di Tubercolosi notificati e andamento dell'incidenza calcolata ogni 100.000 residenti. Regione Veneto, anni 1997-2018.



2.5 INCIDENTI NEGLI AMBIENTI DI VITA

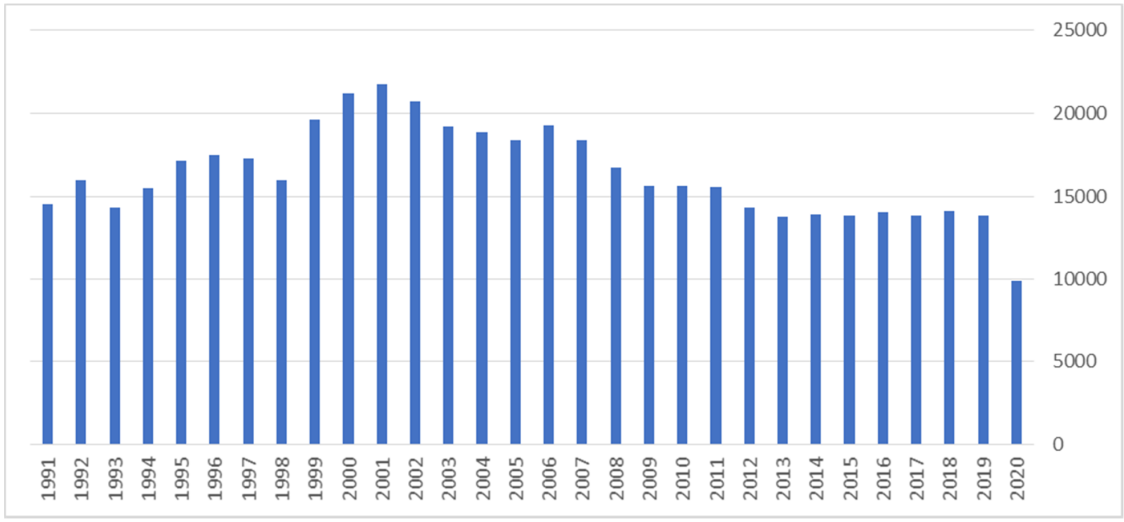
INCIDENTI STRADALI

I DATI

Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati ISTAT-ACI

Nel 2020 in Veneto sono stati registrati 9.839 incidenti stradali di cui 223 mortali per un totale di 229 morti e 12.919 feriti. Negli ultimi 10 anni il numero di incidenti stradali in valore assoluto è stato più che dimezzato passando da 21.790 nel 2001 a 9.839 nel 2020.

Fig.1 Numero annuo di morti per incidenti stradali in Veneto dal 1991 al 2020.

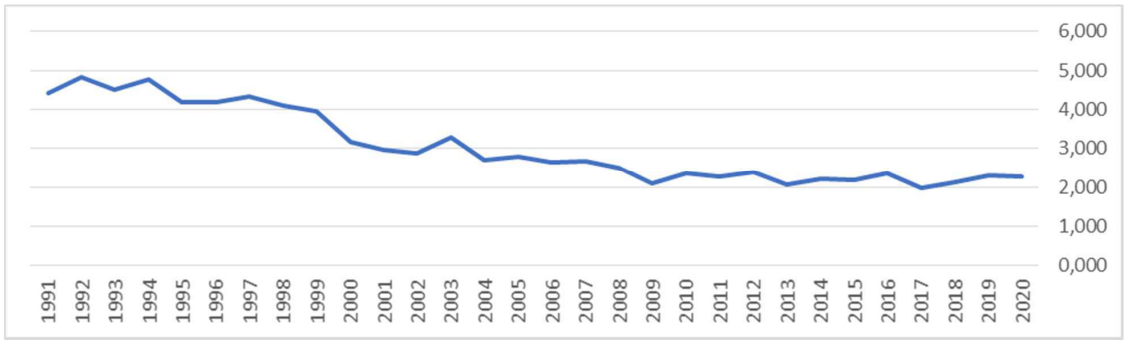


Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati ISTAT-ACI

Nel 2020 la maggior parte degli incidenti ha interessato principalmente la provincia di Verona con un totale di 2.057 di cui il 2,24% mortali. Nello stesso anno la maggior parte dei deceduti era di sesso maschile (76,42% vs 23,58%) e la stessa cosa vale per i feriti (65,07% vs 34,93%).

Nel periodo compreso tra il 1991 ed il 2020 vi è un evidente decrescita in termini di percentuale di incidenti mortali sul totale degli incidenti; difatti, nel 2020 la percentuale ha subito un decremento del 2,16% dal 1991.

Fig. 2 Percentuale di incidenti mortali sul totale in Veneto dal 1991 al 2020.

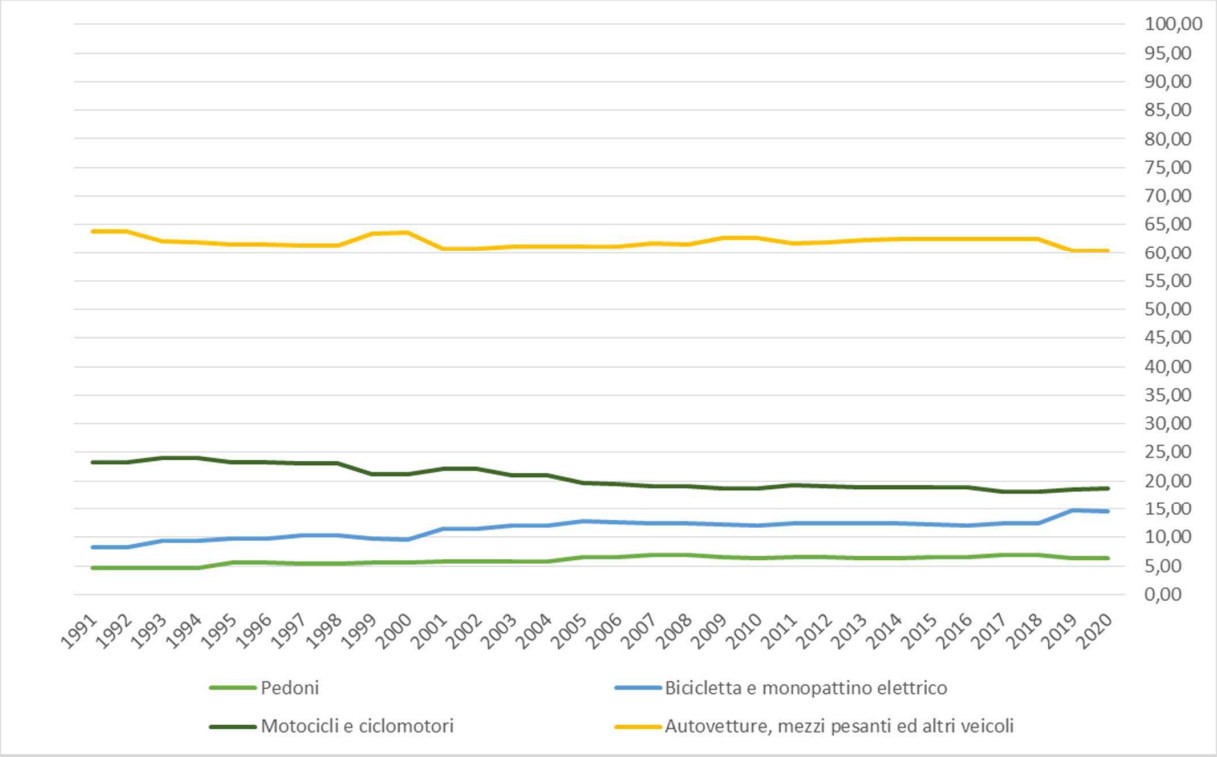


Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati ISTAT-ACI

Per quanto riguarda la tipologia di utenti della strada è possibile evidenziare un trend decrescente per quanto riguarda gli incidenti che coinvolgono autovetture, mezzi pesanti e altri veicoli nel periodo di tempo considerato (1991-2020). Gli incidenti che interessano ciclomotori e motocicli hanno subito un decremento del 4,1% nell'arco temporale che va dal 1991 al 2005. Invece, per quanto riguarda gli utenti vulnerabili, quali pedoni, biciclette e monopattini elettrici il dato e in lieve aumento.

Nello specifico, la percentuale di incidenti che interessa utenti di biciclette e monopattini elettrici ha subito, negli ultimi 10 anni, un incremento del 2,4% mentre, per i veicoli da strada di cui, autovetture, mezzi pesanti e altri veicoli, è stato registrato un decremento del 2,3%.

Fig.3 Percentuale di incidenti per categoria di utenza sul totale dal 1991 al 2020 in Veneto.



Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati ISTAT-ACI

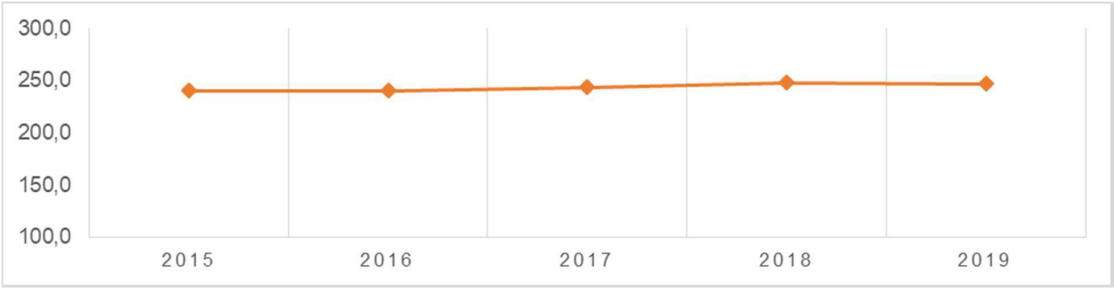
INCIDENTI DOMESTICI

I DATI

Fonte Accessi Pronto Soccorso, Regione del Veneto

Nel 2019 nel Veneto sono stati registrati 120.591 accessi al Pronto Soccorso per indicenti domestici. Nello specifico tra il 2015 ed il 2018 vi è una differenza, in valore assoluto, di 3.000 unità ma, in termini di tasso grezzo è possibile osservare che questo è rimasto pressoché costante.

Fig.1 Tasso grezzo per 10.000 abitanti di accessi al PS per incidenti domestici dal 2015 al 2019 nel Veneto

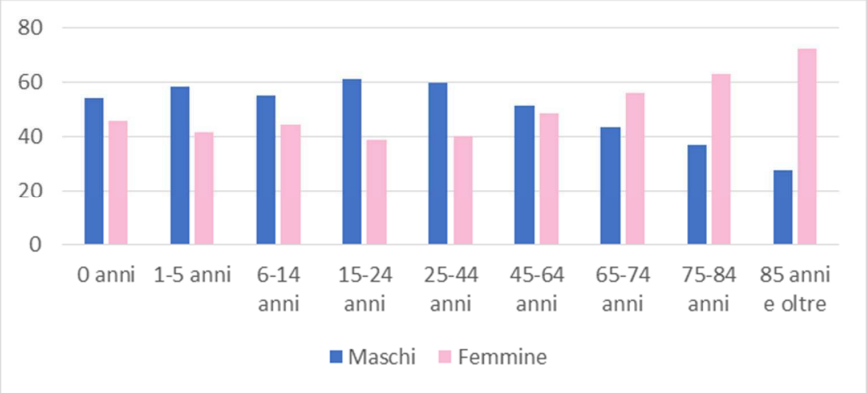


La maggior parte degli incidenti registrati tra il 2015 e il 2019 ha interessato prevalentemente soggetti di sesso femminile con un picco del tasso specifico di 253 per 10.000 unità nel 2018.

	Tasso specifico per 10.000 unità	
	Maschi	*Femmine*
2015	238,3	240,6
2016	236,5	243,8
2017	240,1	247,2
2018	240,0	253,2
2019	241,6	251,9

Inoltre, ripartendo la percentuale di accessi al Pronto Soccorso, causati da incidenti domestici, per età e per sesso è possibile osservare che dai 64 anni in poi la maggior parte degli incidenti riguarda i soggetti di sesso femminile. Il divario in termini di sesso è maggiormente evidente nella classe d'età *85 e oltre* il che è probabilmente attribuibile alla maggior prevalenza di soggetti di sesso femminile in suddetta classe d'età.

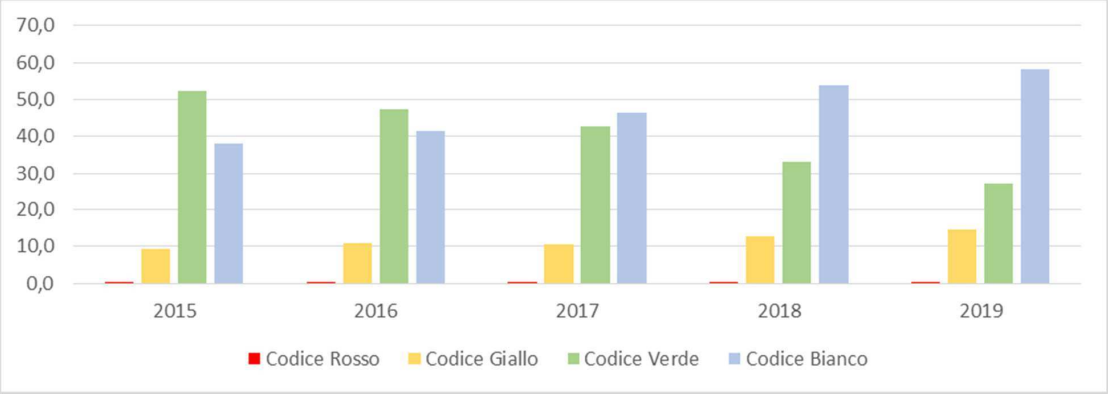
Fig. 2 Percentuale di accessi al PS per incidenti domestici ripartita per sesso e per età in Veneto nel 2019



Per quanto riguarda la gravità degli incidenti summenzionati si riporta che la maggior parte di questi è stata classificata in codice triage *bianco* o *verde*; difatti, il codice *rosso* ha interessato una piccola percentuale degli accessi nel periodo 2015-2019, rispetto agli altri; tuttavia in termini assoluti, si è passati da 255 accessi nel 2015, a 158 nel 2019.

Infine, si può evidenziare una decrescita di incidenti in codice *verde* e un aumento sostanziale di casi in codice *bianco* mentre, i casi in codice *giallo* subiscono un lieve aumento.

Fig.3 Percentuale di incidenti sul totale ripartita in base al codice del triage in Veneto dal 2015 al 2019.



2.6 INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI

I DATI

Flusso INAIL_Regioni

La principale, nonché più completa, fonte informativa relativa al contesto socio-occupazionale (numero di imprese e di lavoratori) e alla frequenza di danni acuti e cronici associati all'esposizione a fattori di rischio professionali (infortuni sul lavoro e malattie professionali) è costituita dall'archivio "Flussi INAIL-Regioni".

Si riportano di seguito i dati disponibili nell'aggiornamento più recente di tale archivio. Si precisa che tali dati sono suscettibili di revisioni periodiche, pertanto alcuni valori potrebbero differire, in misura trascurabile, rispetto ai valori relativi ai medesimi periodi temporali riportati in precedenti documenti.

INFORTUNI SUL LAVORO

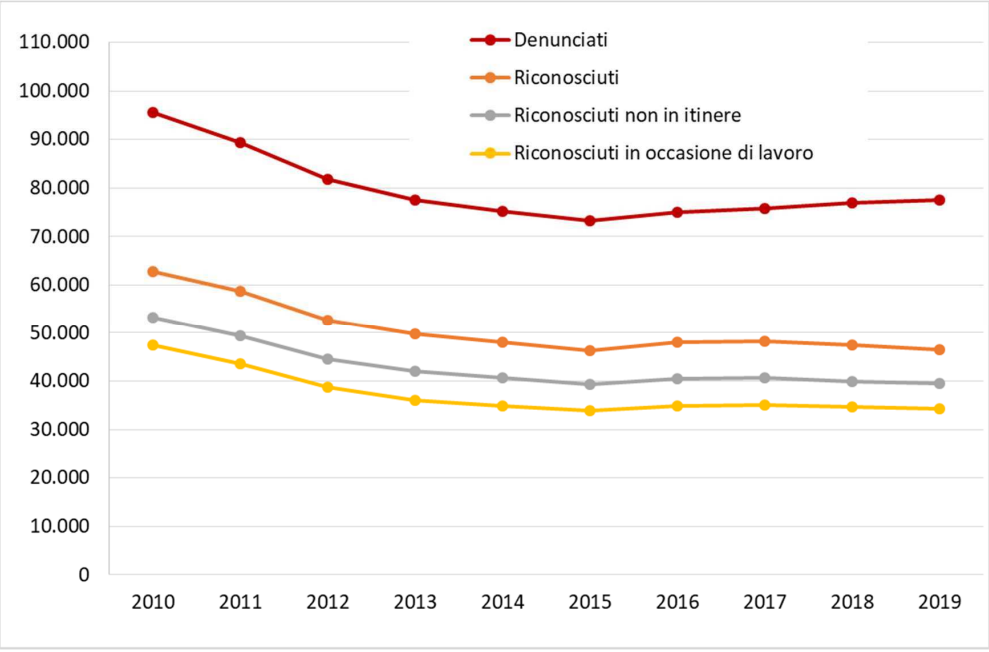
L'andamento degli infortuni sul lavoro è oggetto di un monitoraggio periodico, sia a livello regionale, sia a livello locale, a supporto delle decisioni strategiche, per una programmazione mirata degli interventi di prevenzione.

Quadro generale

La **Figura 1** riporta i dati generali relativi al periodo 2010-2019, con particolare riferimento a: infortuni denunciati, infortuni riconosciuti, infortuni riconosciuti con esclusione degli infortuni *in itinere*, infortuni riconosciuti ed effettivamente accaduti in occasione di lavoro (che per l'anno 2019 corrispondono al 47% degli infortuni denunciati).

Rispetto all'anno precedente, gli infortuni riconosciuti effettivamente accaduti in occasione di lavoro dell'ultimo anno sono caratterizzati da una ulteriore flessione rispetto all'anno precedente, in un quadro pluriennale di progressiva diminuzione. Si conferma, invece, l'andamento progressivamente crescente delle denunce di infortunio sul lavoro.

Figura 1 – Infortuni sul lavoro denunciati per anno di evento e tipo di definizione. Anni 2010-2019



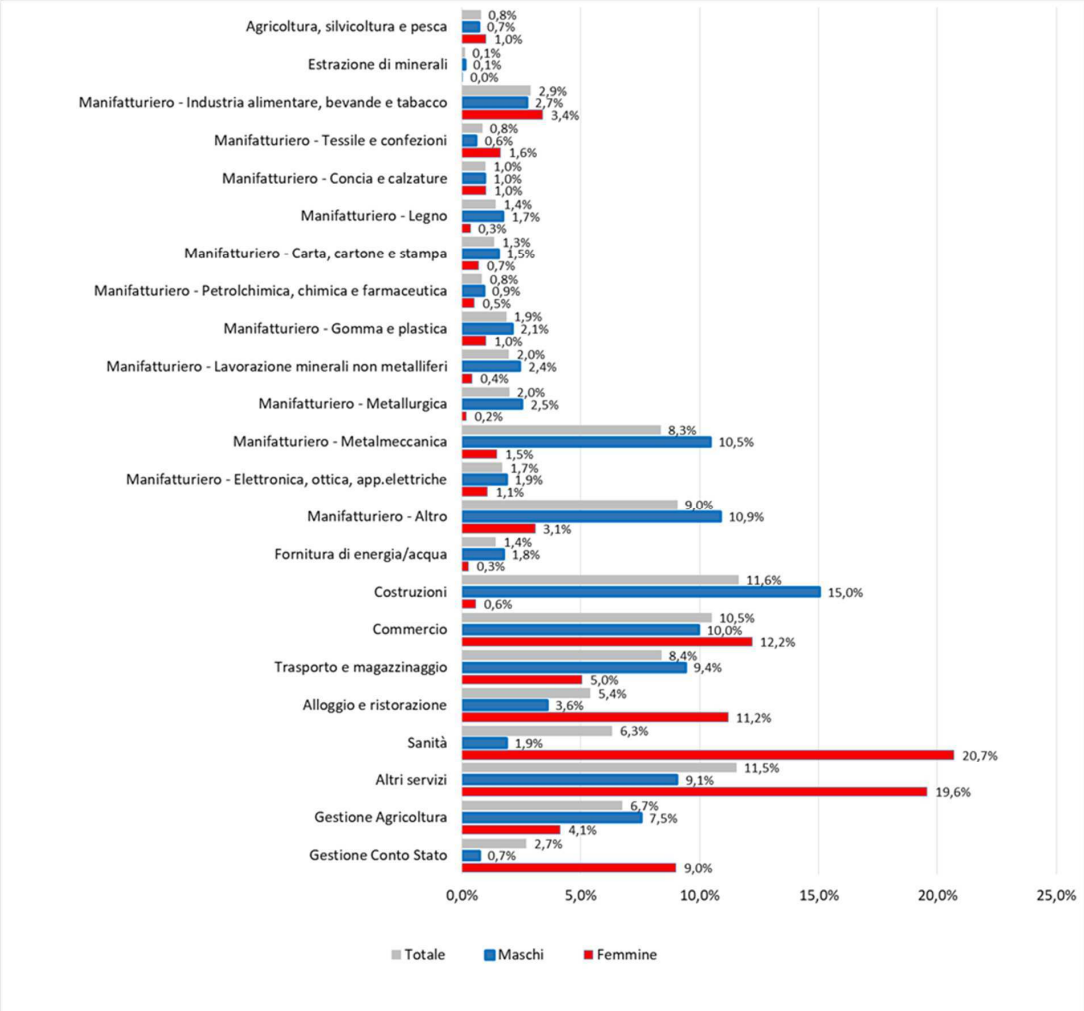
L'analisi che segue si focalizza sull'insieme degli infortuni riconosciuti, avvenuti effettivamente in occasione di lavoro e riconducibili ad un'attività lavorativa (con l'esclusione pertanto degli infortuni *in itinere* e degli infortuni avvenuti a danno di sportivi, studenti, collaboratori familiari, badanti). La maggior parte degli infortuni in occasione di lavoro interessa i lavoratori di genere maschile (il 76,4% nell'intero periodo) e lavoratori con età mediana all'infortunio di 43 anni (42 anni per i maschi e 45 anni per le lavoratrici donne). I lavoratori di genere maschile che hanno avuto almeno un infortunio in occasione di lavoro nel periodo di analisi entro i 40 anni sono il 45,1% rispetto al 36,6% delle lavoratrici donne (Tabella 1).

Tabella 1 - Distribuzione degli infortuni in occasione di lavoro riconosciuti da INAIL, per classe di età all'infortunio e genere. Anni 2010-2019

Classe di età all'infortunio	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
15-20 anni	9.606	*3,4%*	1.870	*2,1%*	11.476	*3,1%*
21-30 anni	49.737	*17,5%*	11.902	*13,6%*	61.639	*16,5%*
31-40 anni	69.179	*24,3%*	18.363	*20,9%*	87.542	*23,5%*
41-50 anni	83.577	*29,3%*	27.442	*31,3%*	111.019	*29,8%*
51-60 anni	58.248	*20,4%*	24.131	*27,5%*	82.379	*22,1%*
61-80 anni	14.599	*5,1%*	4.046	*4,6%*	18.645	*5,0%*
Totale	**284.946**	***100,0%***	**87.754**	***100,0%***	**372.700**	***100,0%***

Complessivamente, la maggior parte degli infortuni in occasione di lavoro e riconosciuti da INAIL sono avvenuti in aziende del settore manifatturiero, seguito dalle costruzioni, altri servizi e dal commercio. La distribuzione degli infortuni per tipologia di attività si differenzia tra i generi (**Figura 2**): gli infortuni in "Sanità" sono prevalentemente riferiti al genere femminile (20,7% delle donne rispetto all'1,9% degli uomini) mentre nelle "attività manifatturiere" sono interessati prevalentemente i lavoratori di genere maschile (38,8% rispetto al 14,8% delle lavoratrici donne).

Figura 2 – Distribuzione percentuale degli infortuni in occasione di lavoro riconosciuti da INAIL, per gruppo ATECO 2007 e genere. Anni 2010-2019

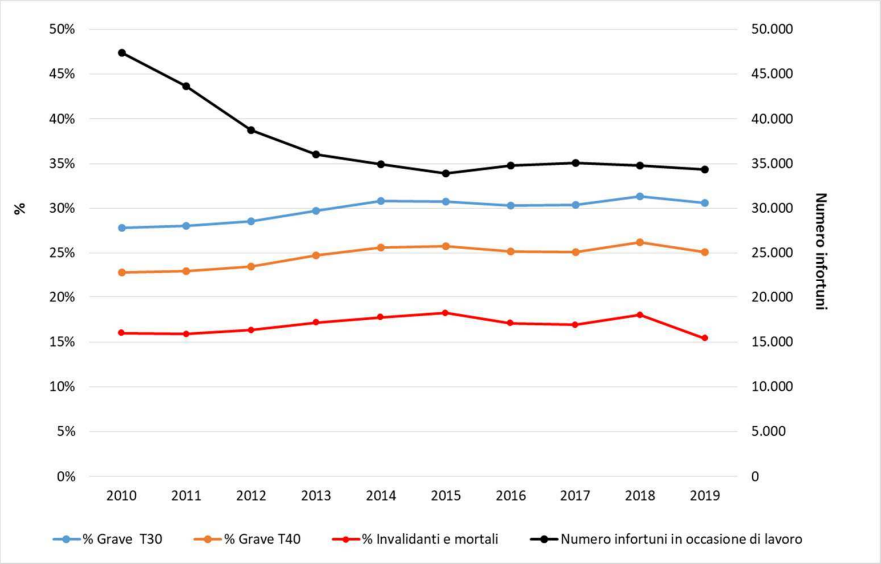


MALATTIE PROFESSIONALI

Prendendo in considerazione la gravità degli infortuni, si precisa che per casi gravi si intendono: infortuni con prognosi superiore a 30 giorni (T30), infortuni con prognosi superiore a 40 giorni (T40), infortuni invalidanti (infortuni con esiti permanenti o con esito mortale).

Nel periodo 2010-2019 sono stati riconosciuti 486 infortuni mortali (0,1% del totale degli infortuni), gli infortuni invalidanti rappresentano il 16,8% del totale degli infortuni, quelli di gravità T40 il 24,6% mentre quelli con gravità T30 il 29,7%. Gli infortuni senza inabilità temporanea sono il 5,5% del totale degli infortuni. Il periodo 2010-2015 è caratterizzato da una diminuzione di infortuni in occasione di lavoro e un incremento della proporzione di gravità (**Figura 3**), per poi stabilizzarsi negli anni successivi.

Figura 3 – Numero infortuni in occasione di lavoro denunciati nella Regione Veneto e riconosciuti da INAIL e percentuale di gravità. Anni 2010-2019



Analizzando il fenomeno per classe di età all'infortunio, genere e gravità si registra una proporzione maggiore di infortuni gravi negli uomini (**Figura 4**) rispetto alle donne (**Figura 5**) in tutte le classi di età ad eccezione della classe 61-80 anni; la proporzione di infortuni gravi (T30, T40, invalidanti o mortali) aumenta con l'aumentare dell'età all'infortunio.

Figura 4 – Distribuzione percentuale degli infortuni nei lavoratori di sesso maschile in occasione di lavoro denunciati nella Regione Veneto e riconosciuti da INAIL, per classe di età all'infortunio e gravità. Anni 2010-2019

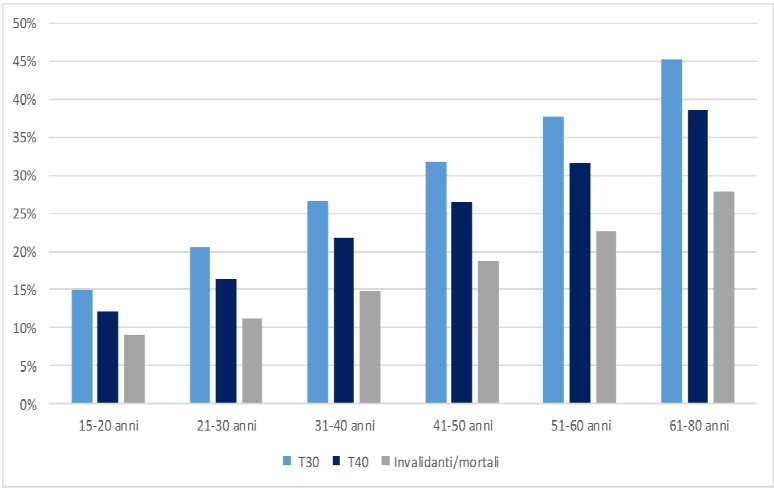
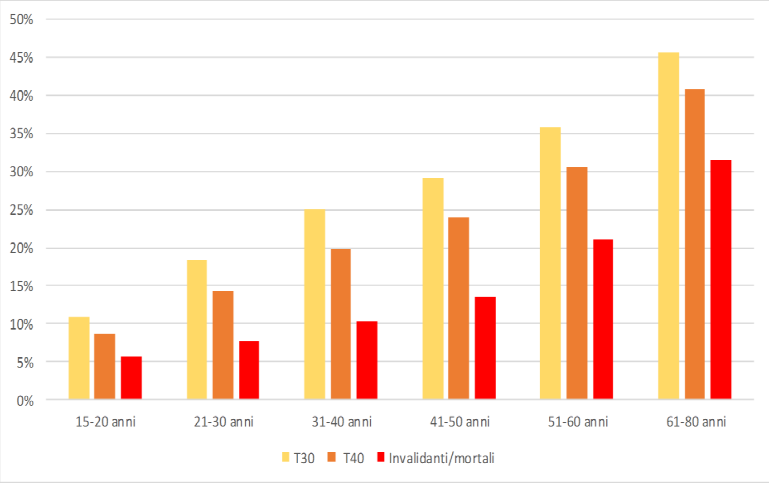


Figura 5 – Distribuzione percentuale degli infortuni nelle lavoratrici di sesso femminile in occasione di lavoro denunciati nella Regione Veneto e riconosciuti da INAIL, per classe di età all'infortunio e gravità. Anni 2010-2019



Gli infortuni in occasione di lavoro denunciati e riconosciuti da INAIL relativi a lavoratori nati all'estero rappresentano, nell'ultimo anno, il 23,6% del totale e interessano prevalentemente i lavoratori di genere maschile (**Figura 6**). L'età all'infortunio si colloca nella maggior parte dei casi tra i 31 e 40 anni e nell'arco temporale analizzato la classe di età che ha registrato un aumento costante è quella tra i 51 e 60 anni (**Figura 7**). Il paese di nascita più frequente è la Romania, seguito da Marocco e Albania.

Figura 6 – Distribuzione percentuale degli infortuni in occasione di lavoro denunciati nella Regione Veneto e riconosciuti da INAIL, a carico di lavoratori nati all'estero, per anno di evento e genere. Anni 2010-2019

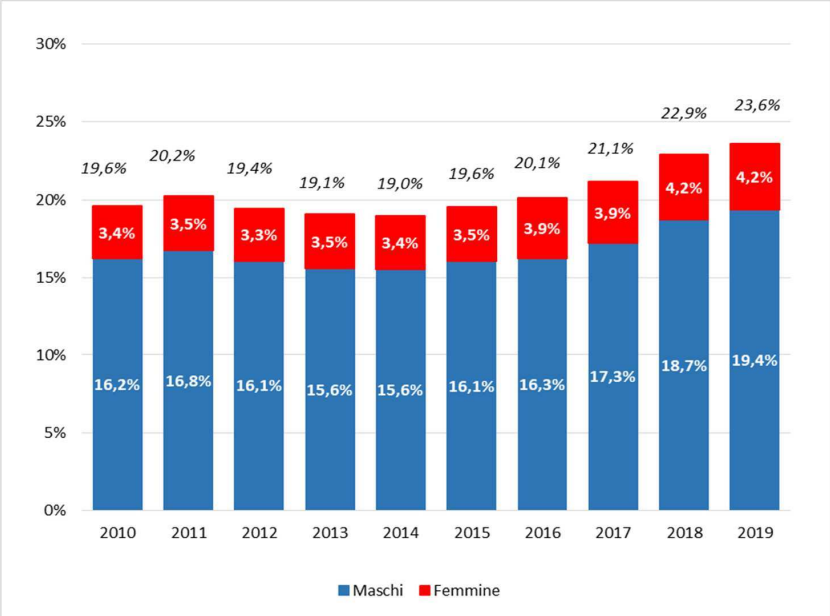
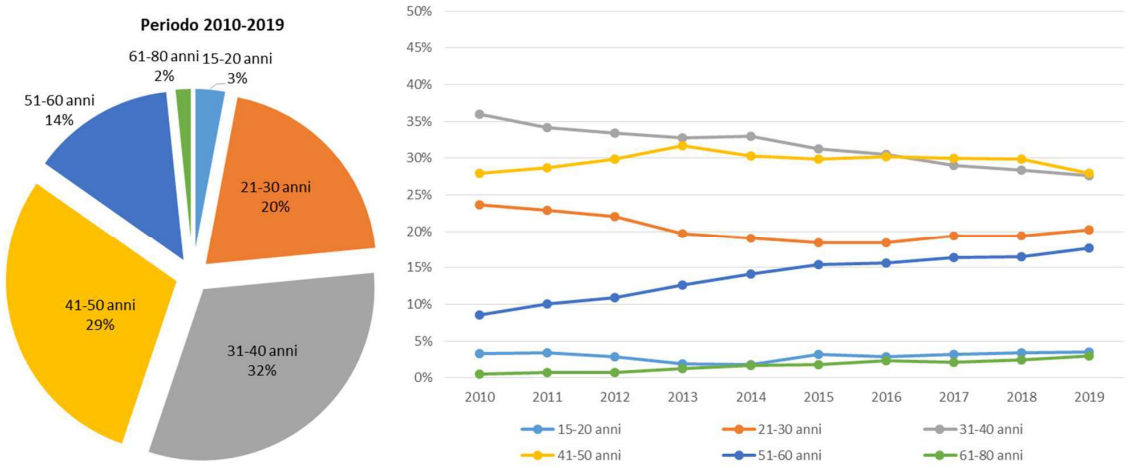
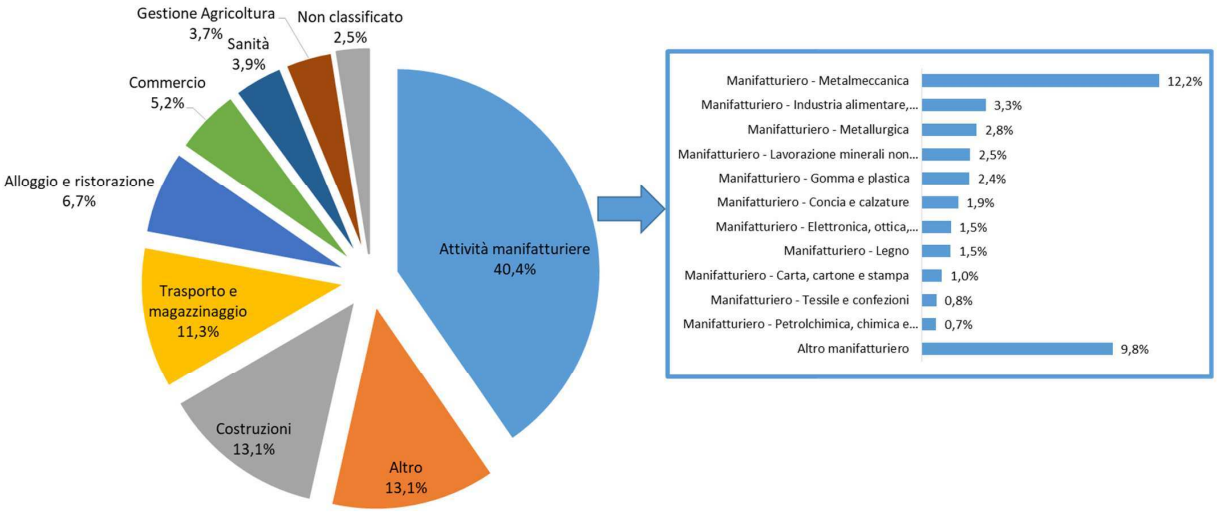


Figura 7 – Distribuzione percentuale degli infortuni in occasione di lavoro denunciati nella Regione Veneto e riconosciuti da INAIL, a carico di lavoratori nati all'estero, per classe di età all'infortunio e anno di evento. Anni 2010-2019 (n=76.295)



Considerando i singoli settori di attività, nell'intero periodo di analisi, la proporzione maggiore di infortuni in lavoratori nati all'estero si registra nel settore delle attività manifatturiere (40,4%), il 13,1% nel settore delle costruzioni e l'11,3% nel settore trasporto e magazzinaggio (**Figura 8**).

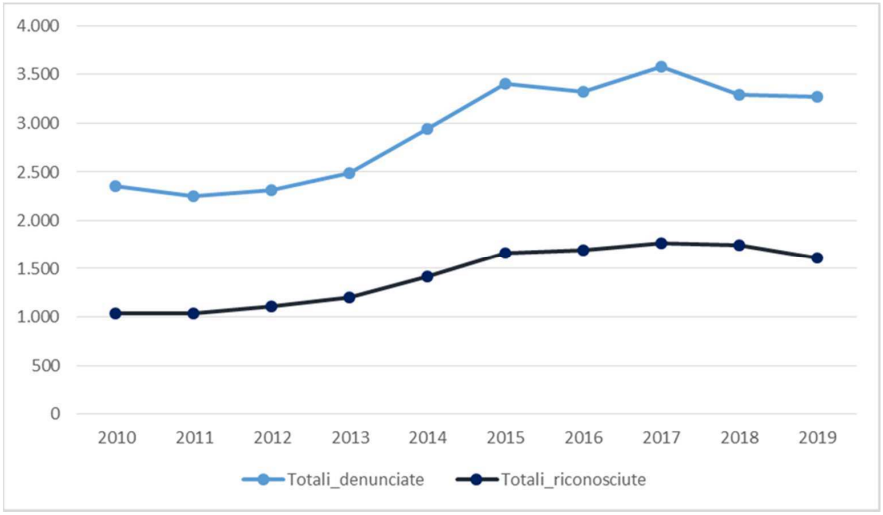
Figura 8 - Distribuzione percentuale degli infortuni in occasione di lavoro denunciati nella Regione Veneto e riconosciuti da INAIL, a carico di lavoratori nati all'estero, per gruppo ATECO 2007*. Anni 2010-2019 (n=76.295)



Dalla modalità "Non classificato" del gruppo ATECO 2007 è stata scorporato il numero degli infortuni della "Gestione Agricoltura" e "Gestione Conto Stato"

Diversamente dal fenomeno infortunistico, che riflette situazioni di rischio negli ambienti di lavoro attuali (e pertanto maggiormente suscettibili di miglioramento in caso di interventi di prevenzione da parte degli organi del Servizio Sanitario Regionale), la distribuzione di malattie professionali rappresenta solitamente l'esito di processi passati, ed è pertanto più difficilmente inquadrabile, in ragione sia del tempo di latenza molto variabile tra esposizione professionale ed eventuale insorgenza della malattia, sia dell'indennizzabilità ai sensi della normativa vigente. Anche per le malattie professionali la banca dati più affidabile risulta quella dei "Flussi INAIL-Regioni" (aggiornata al 31 ottobre 2020).

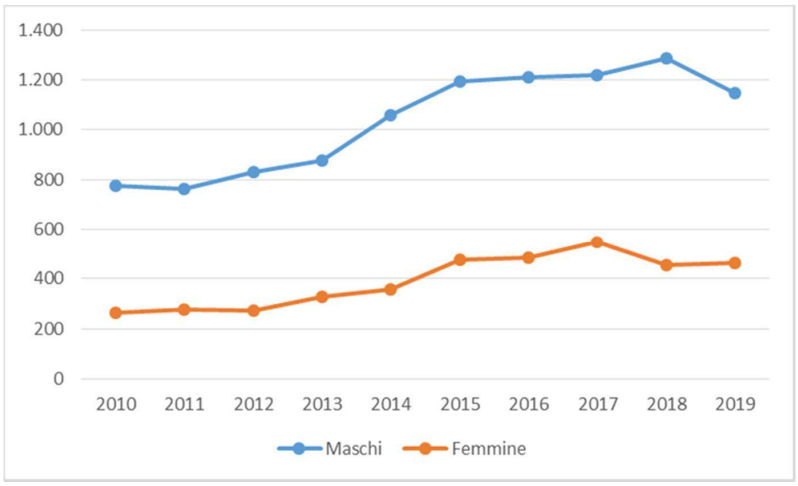
Figura 9 – Malattie professionali denunciate e riconosciute. Anni 2010-2019



La **Figura 9** riporta i dati relativi alle malattie professionali denunciate e riconosciute da INAIL nel periodo 2010-2019. Rispetto all'anno precedente, i dati più recenti confermano un andamento in diminuzione, soprattutto relativamente alle malattie riconosciute. Si precisa che il marcato aumento registrato nel periodo 2010-2015 è anche l'esito di iniziative di livello nazionale e regionale finalizzate all'emersione del fenomeno tecnopatico.

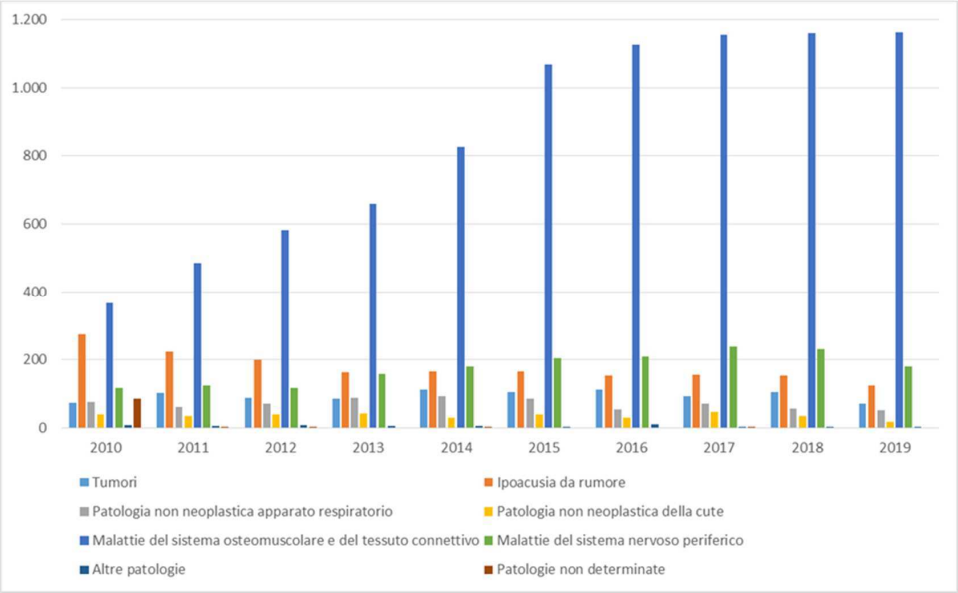
La **Figura 10** riporta i dati relativi alle sole malattie riconosciute nel medesimo periodo, stratificate per genere. Si osserva che le malattie riconosciute interessano in misura maggiore il genere maschile; nell'ultimo anno di rilevazione si conferma nei maschi un trend in diminuzione rispetto agli anni precedenti, mentre tale trend risulta leggermente in aumento nelle femmine.

Figura 10 – Malattie professionali riconosciute per genere. Anni 2010-2019



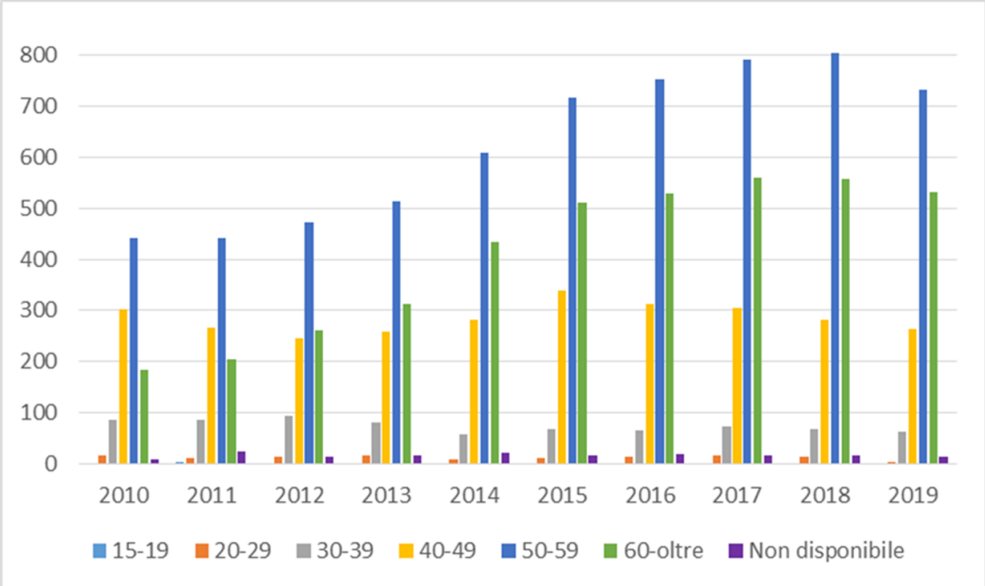
La **Figura 11** riporta la distribuzione delle malattie professionali riconosciute, secondo il codice di malattia ICD-10. Come si può osservare, si conferma il trend in discesa delle ipoacusie, a fronte di un generale aumento delle malattie muscolo-scheletriche, che nell'ultimo anno di rilevazione hanno rappresentato il 72,1% di tutte le patologie riconosciute.

Figura 11 – Distribuzione delle malattie professionali riconosciute, per codice ICD-10. Anni 2010-2019



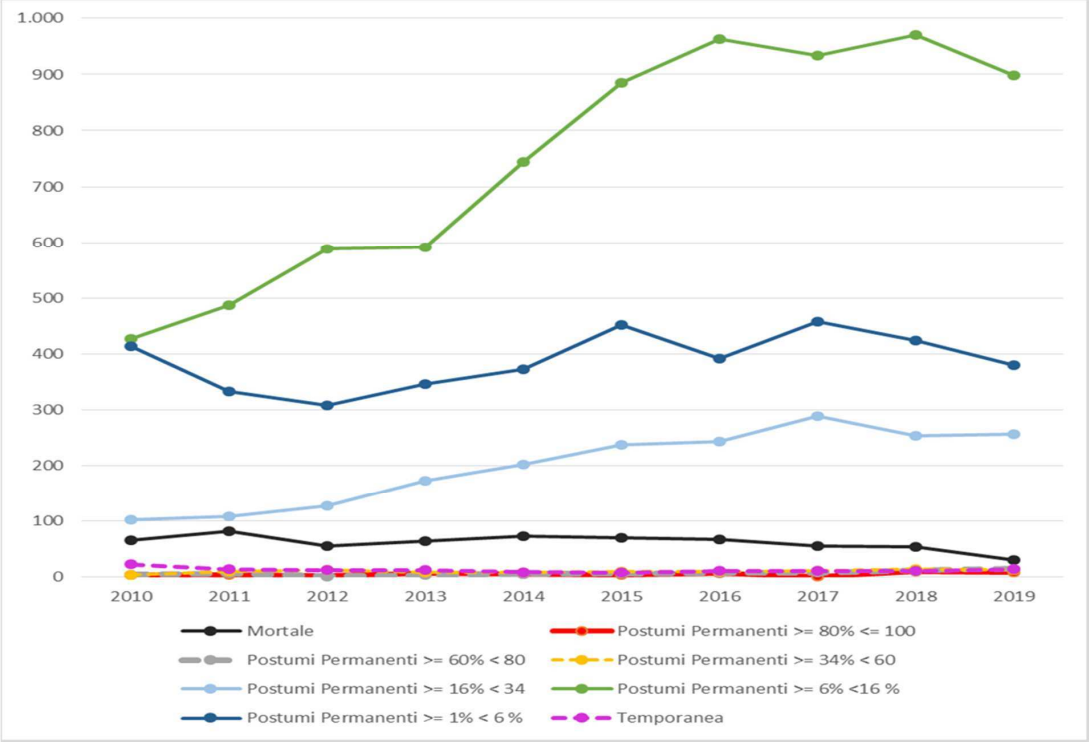
La **Figura 12** riporta la distribuzione delle malattie professionali riconosciute per classe di età e anno di manifestazione. Si può osservare che la fascia di età 50-59 è quella maggiormente interessata dal riconoscimento delle malattie professionali in tutti gli anni di rilevazione, seguita – a partire dal 2012 – dalla classe di lavoratori ultrasessantenni.

Figura 12 – Distribuzione delle malattie professionali riconosciute per classe di età e anno di manifestazione. Anni 2010-2019



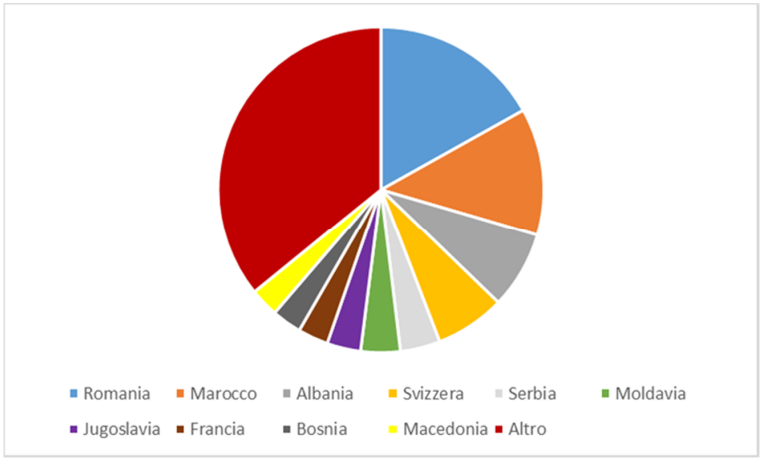
La **Figura 13** riporta la distribuzione delle malattie professionali riconosciute, per gravità. Si osserva che la maggior parte delle patologie riconosciute presenta gravità con postumi permanenti < 16% in tutti gli anni di osservazione. A fronte di un loro generale aumento negli anni precedenti, i postumi permanenti compresi tra 6 e 16% hanno presentato nell'ultimo anno di rilevazione una diminuzione, così come osservato anche per le malattie con postumi permanenti < 6%. Si mantengono costanti in tutto il periodo di rilevazione le distribuzioni delle malattie professionali con esiti temporanei e quelle con esiti permanenti ≥ 34%. Sono invece in leggero calo le malattie professionali con esito mortale.

Figura 13 – Distribuzione delle malattie professionali riconosciute, per gravità. Anni 2010-2019



La **Figura 14** riporta la distribuzione delle malattie professionali denunciate da lavoratori nati all'estero, stratificate per nazione di nascita. Come si osserva, i Paesi di nascita dei lavoratori che denunciano più frequentemente una patologia professionale sono in ordine decrescente la Romania, il Marocco e l'Albania.

Figura 14 – Distribuzione delle malattie professionali denunciate da lavoratori nati all'estero, per Paese di origine. Anni 2010-2019



DETERMINANTI DI SALUTE

3.1 Determinati della cronicità

SORVEGLIANZE

PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è un sistema di sorveglianza della popolazione adulta. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle Aziende Ulss effettua le interviste telefoniche con un questionario standardizzato. PASSI d'Argento è il sistema di sorveglianza dedicato alla popolazione anziana, di 65 anni e più, che completa il quadro offerto dalla sorveglianza PASSI dedicata agli adulti.

Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa. La popolazione target dello studio HBSC sono i ragazzi e ragazze in età scolare (11, 13 e 15 anni). L'obiettivo principale è quello di studiare i determinanti della salute e del benessere degli adolescenti per orientare le pratiche di promozione di salute e le politiche rivolte ai giovani.

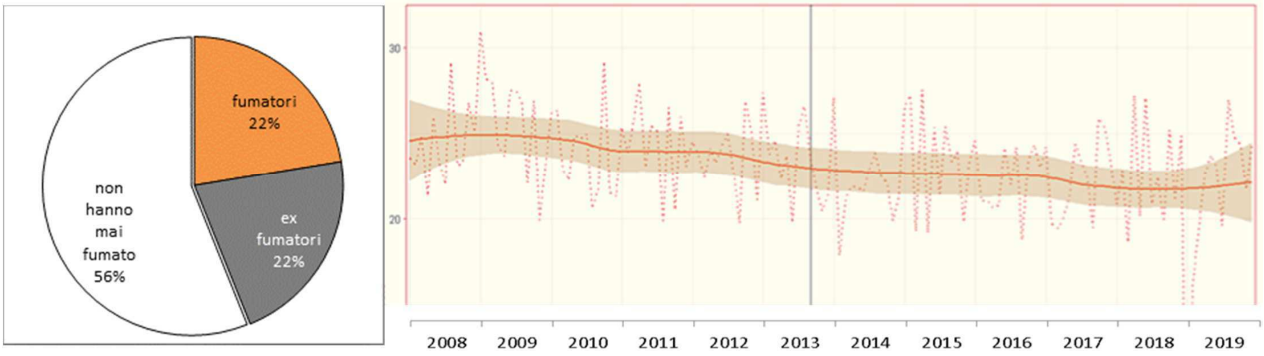
Il sistema di sorveglianza nazionale OKkio alla SALUTE costituisce una solida fonte di dati epidemiologici sugli stili di vita dei bambini della scuola primaria e rappresenta la risposta istituzionale italiana al bisogno conoscitivo del problema del sovrappeso e dell'obesità nella popolazione infantile. I questionari previsti sono quattro (bambini, genitori, insegnanti, dirigenti scolastici) e la rilevazione di peso e altezza dei bambini viene effettuata in classe da personale sanitario formato.

Fumo di tabacco

In Veneto il 22% degli adulti tra 18 e 70 anni fuma: circa 735.000 persone; il 22% è un ex fumatore e il 56% non ha mai fumato. Durante gli ultimi 12 anni la percentuale di fumatori è costantemente diminuita, sia pure molto lentamente

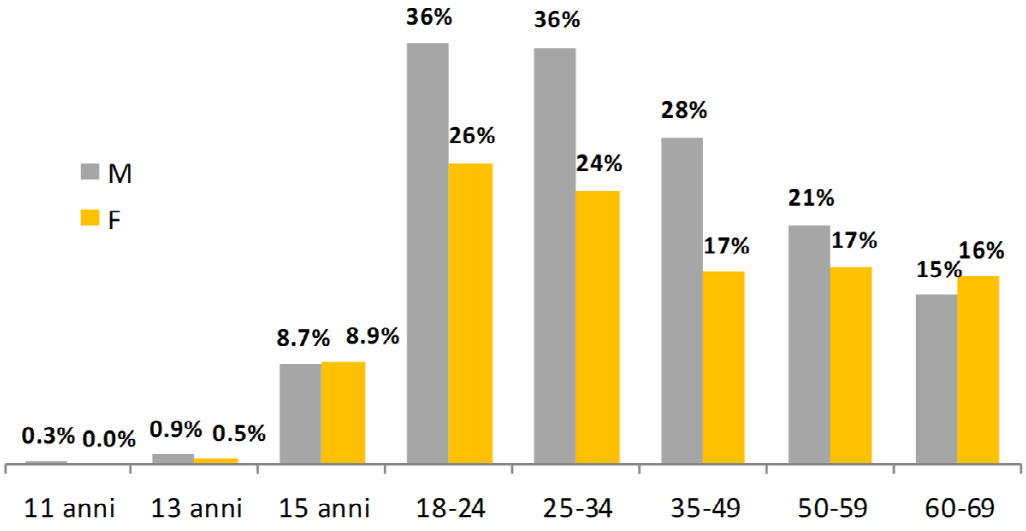
Veneto - abitudine al fumo e serie storica fumatori 2008-2019 (dati PASSI)

La media di sigarette fumate al giorno è 10 e 1 fumatore su 6 dichiara di fumare 20 o più sigarette al giorno



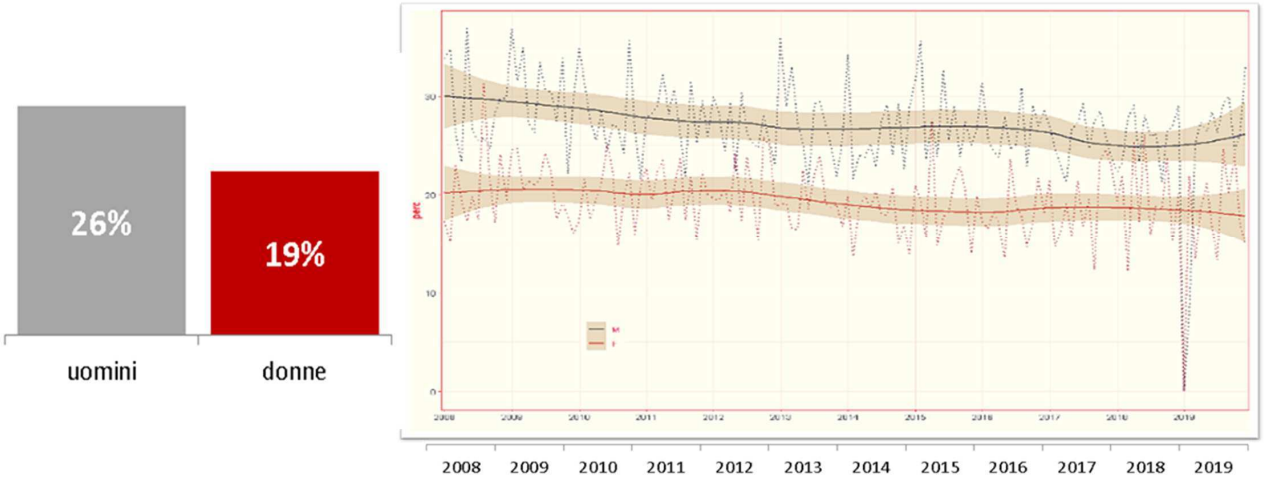
Tra gli adolescenti si comincia a fumare a circa 14 anni; il picco di fumatori si ha verso i 20 anni; dopo i 25 anni per le donne e dopo i 35 per gli uomini i valori cominciano a diminuire.
Tra gli adolescenti non ci sono differenze tra ragazzi e ragazze; in età adulta gli uomini che fumano sono nettamente di più delle donne, ma dopo i 60 anni questa differenza si annulla.

Veneto - % fumatori per classi di età e sesso (HBSC, 2018 - PASSI, 2016-2019)



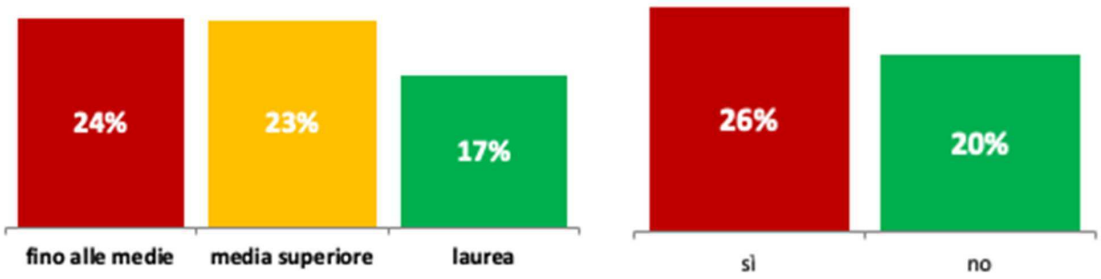
Dal 2008, anno di inizio della sorveglianza PASSI, si è assistito a una **diminuzione lieve ma progressiva dei fumatori tra gli uomini, mentre la percentuale delle fumatrici è rimasta pressoché costante.**

Veneto - fumatori per sesso e serie storica 2008-2019 (PASSI, 2008-2019)



I fumatori aumentano tra le persone con livello di istruzione più basso e all'aumentare delle difficoltà economiche.

Veneto- fumatori per titolo di studio e presenza di difficoltà economiche (PASSI, 2016-2019)

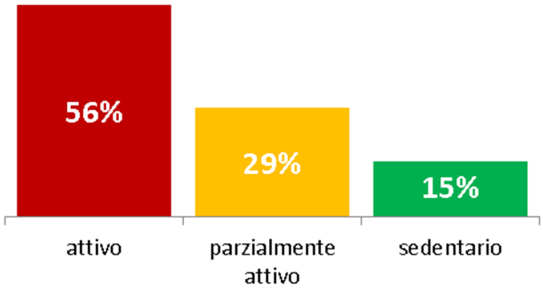


Il fumo di tabacco è la più importante causa evitabile di morte prematura.
In Veneto la mortalità precoce per malattie dovute al fumo ...
I morti prima dei 75 anni dovuti al fumo ...

Sedentarietà

In Veneto il 56% degli adulti tra i 18 e i 70 anni può essere considerato fisicamente attivo perché raggiunge i livelli raccomandati di attività fisica. Solo il 15% è invece completamente sedentario.

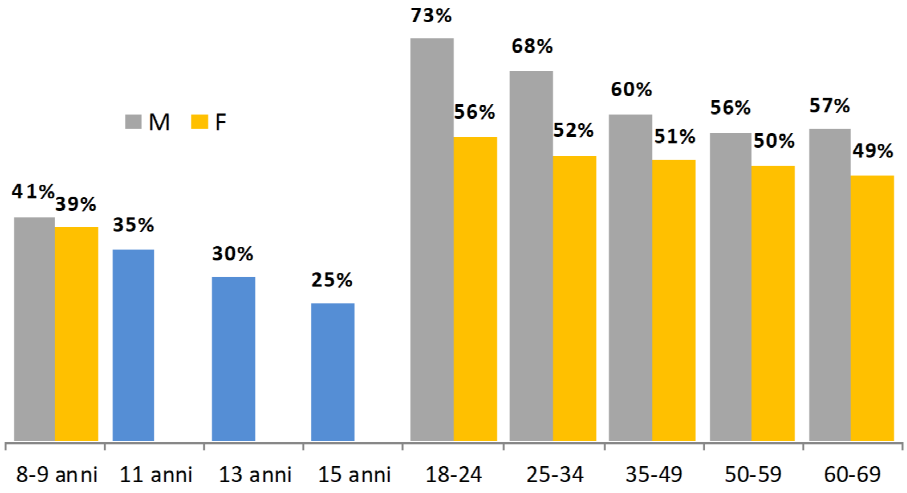
Veneto- livelli di attività fisica (PASSI, 2016-2019)



A raggiungere le soglie di attività raccomandate sono più gli uomini delle donne in qualsiasi classe di età, soprattutto in quelle più giovani, fino ai 35 anni

I livelli di attività fisica nei bambini e negli adolescenti sono insufficienti. Questo è un dato grave, soprattutto perché i comportamenti e le modificazioni del corpo nell'età evolutiva hanno ripercussioni anche sullo stato di salute da adulti.

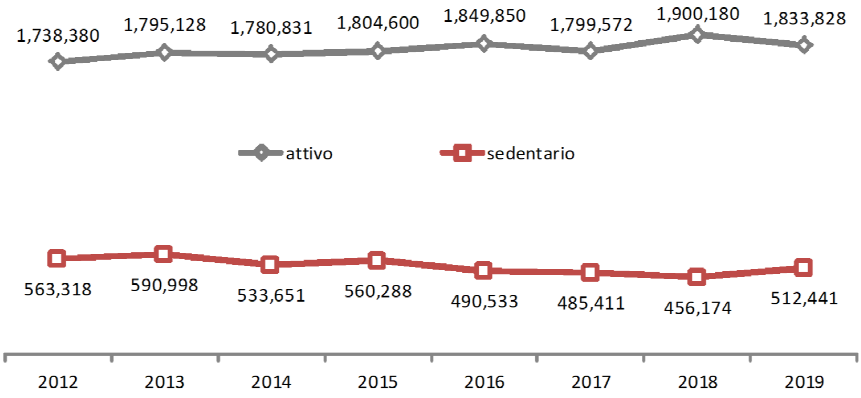
Veneto - % fisicamente attivi per classi di età e sesso (Okkio, 2016; HBSC,2018 e PASSI, 2016-19)



NB: i dati HBSC non sono divisi per sesso

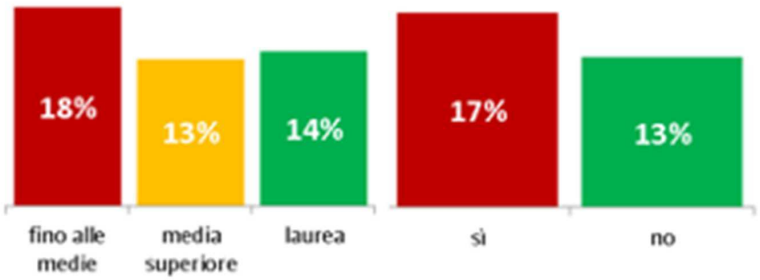
Il numero di persone attive è leggermente in aumento negli ultimi anni, e possiamo stimare che siano circa 1.900.000 gli adulti sotto i 70 anni che raggiungono i livelli raccomandati di attività fisica.

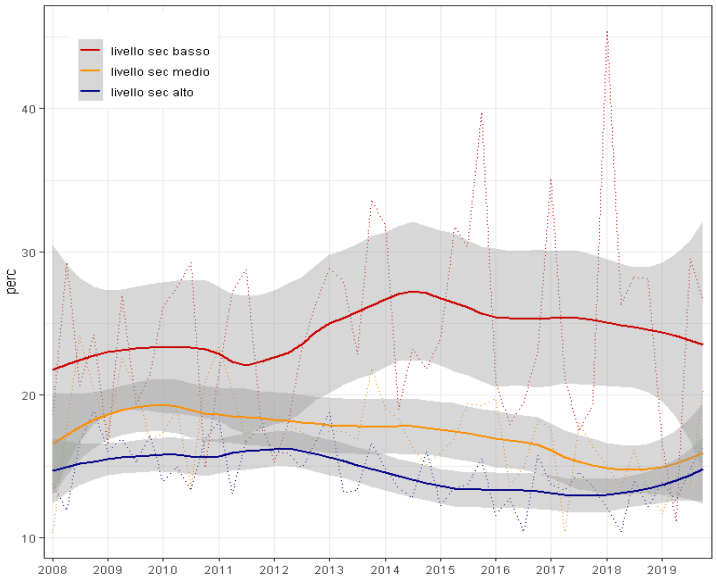
Veneto - adulti fisicamente attivi e sedentari, (PASSI, 2012-2019)



La sedentarietà è più diffusa tra le persone con basso titolo di studio e in difficoltà economica. Questa differenza è rimasta stabile nel tempo.

Veneto- adulti sedentari, per istruzione e titolo di studio (PASSI, 2016-2019)

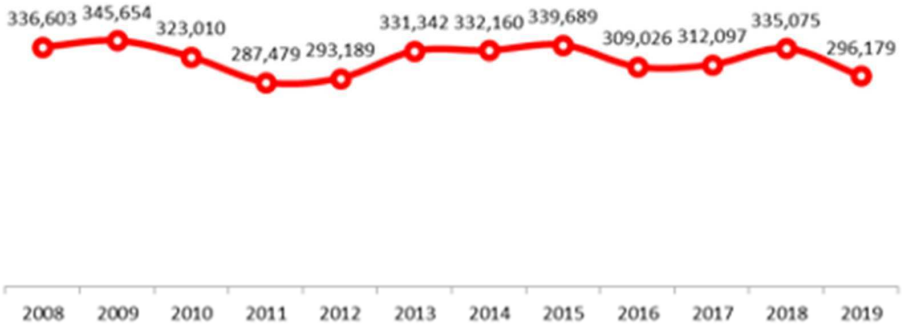




Eccesso ponderale

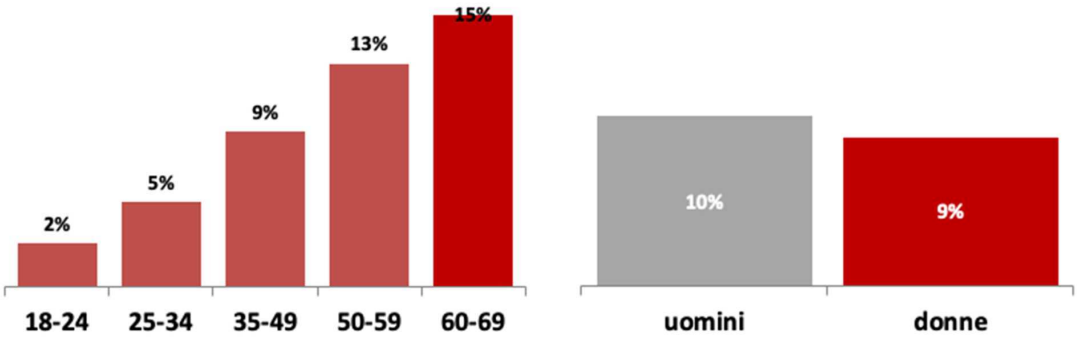
L'eccesso di peso è uno dei principali fattori che determinano l'aumento delle malattie croniche. In Veneto il 9,5% degli adulti tra i 18 e i 69 anni è obeso (circa 300.000 persone), mentre il 20% è in sovrappeso (dati PASSI). questi dati sono rimasti sostanzialmente stabili negli ultimi 12 anni
Tra i bambini di 8/9 anni il 6% sono obesi, in sovrappeso il 19%; tra gli adolescenti (11-15 anni) il 2,6% è obeso e un altro 13,8% è in sovrappeso.

Veneto - Adulti sotto i 70 anni obesi, (dati PASSI, 2008-2019)



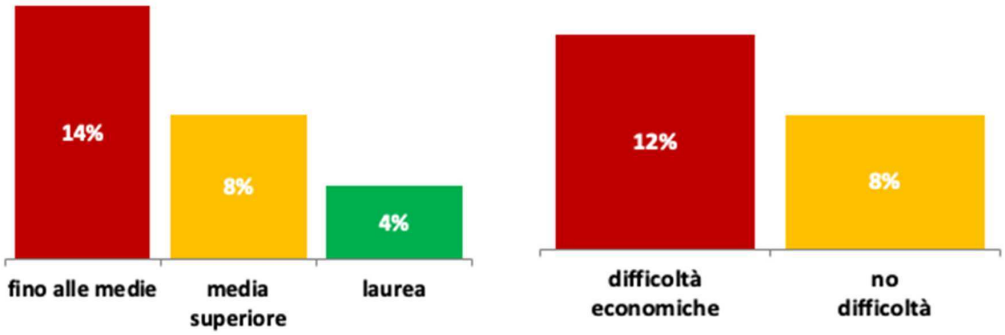
La percentuale di obesi cresce con l'età, mentre c'è solo una lieve differenza tra uomini e donne.

Veneto - Adulti obesi per sesso ed età (dati PASSI, 2016-19)



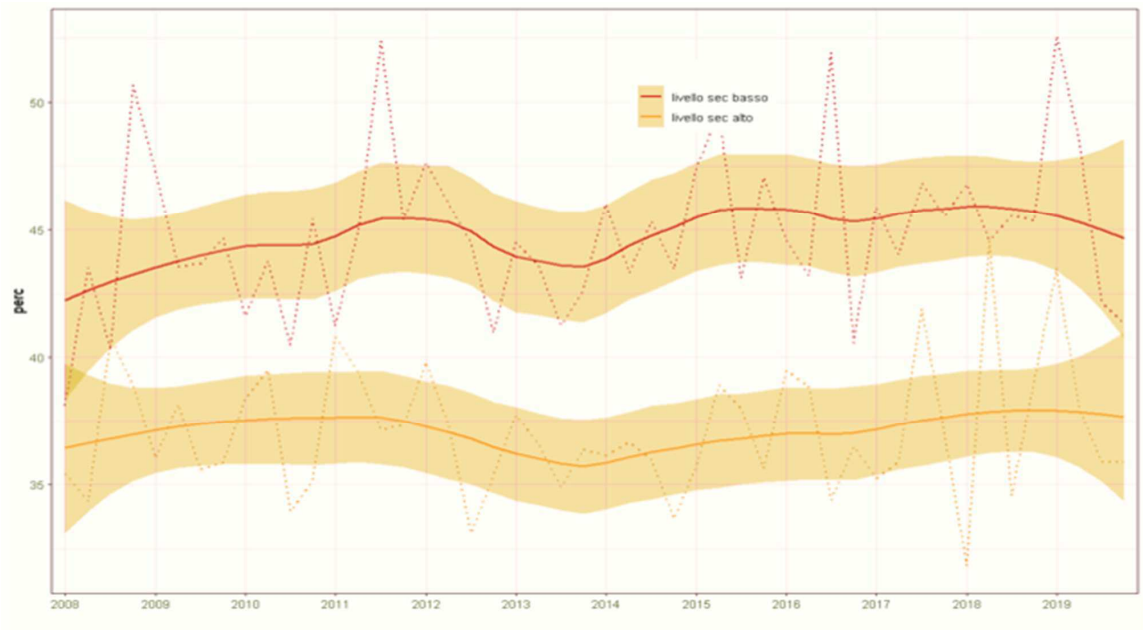
L'obesità è più frequente tra chi ha un più basso livello di istruzione e maggiori problemi economici.

Veneto - Adulti obesi per titolo di studio e difficoltà economiche (dati PASSI, 2016-19)



La differenza percentuale di persone in eccesso ponderale tra livello socioeconomico basso ed alto è rimasta costante nel tempo.

Veneto - persone in eccesso ponderale (sovrappeso ed obesi) per livello socioeconomico.
Serie storica 2008-2019 (PASSI)



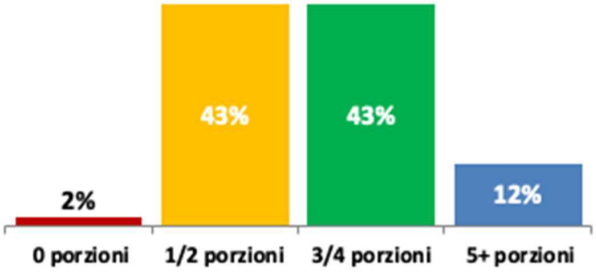
Consumo di frutta e verdura

Adeguate quantità di frutta e verdura proteggono da malattie croniche cardiovascolari e respiratorie e dai tumori, assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti e antiossidanti e consentono di ridurre la densità energetica della dieta, per sensazione di sazietà che danno questi alimenti. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile, in tutto il mondo, di circa il 31% delle malattie coronariche e di circa l'11% degli ictus.

5 porzioni al giorno di questi alimenti (400 grammi) sono la quantità minima consigliata.

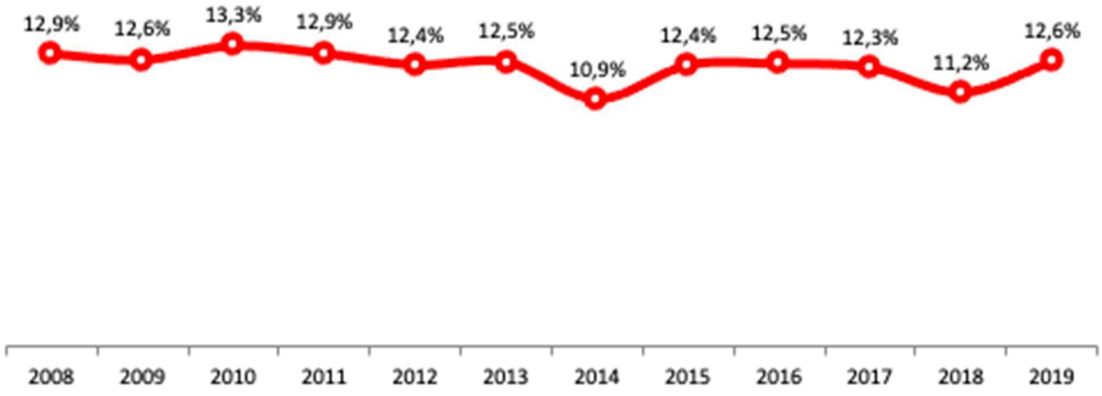
Più del 97% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura tutti i giorni e circa metà ha riferito di mangiarne almeno 3 porzioni. Solo il 12%, però, aderisce completamente alle raccomandazioni consumando 5 porzioni al giorno di frutta e verdura.

Veneto - Porzioni di frutta e verdura giornaliere (PASSI, 2016-2019)



questa percentuale è rimasta stabile negli anni

Veneto – Adulti che mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (PASSI, 2008-2019)



Consumano più frequentemente 5 porzioni al giorno (16% della popolazione in questa classe di età) le persone con più di 50 anni (16%) e le donne (14,5% vs 9,7% degli uomini

Tra gli adolescenti il 35% dichiara di mangiare frutta e verdura tutti i giorni, circa metà di questi più di una volta al giorno. Queste percentuali sono maggiori tra le ragazze.

Tra i bambini di 8/9 anni, invece, il 65% mangia frutta e verdura tutti i giorni, circa il 30% più di una porzione al giorno.

Consumo di alcol

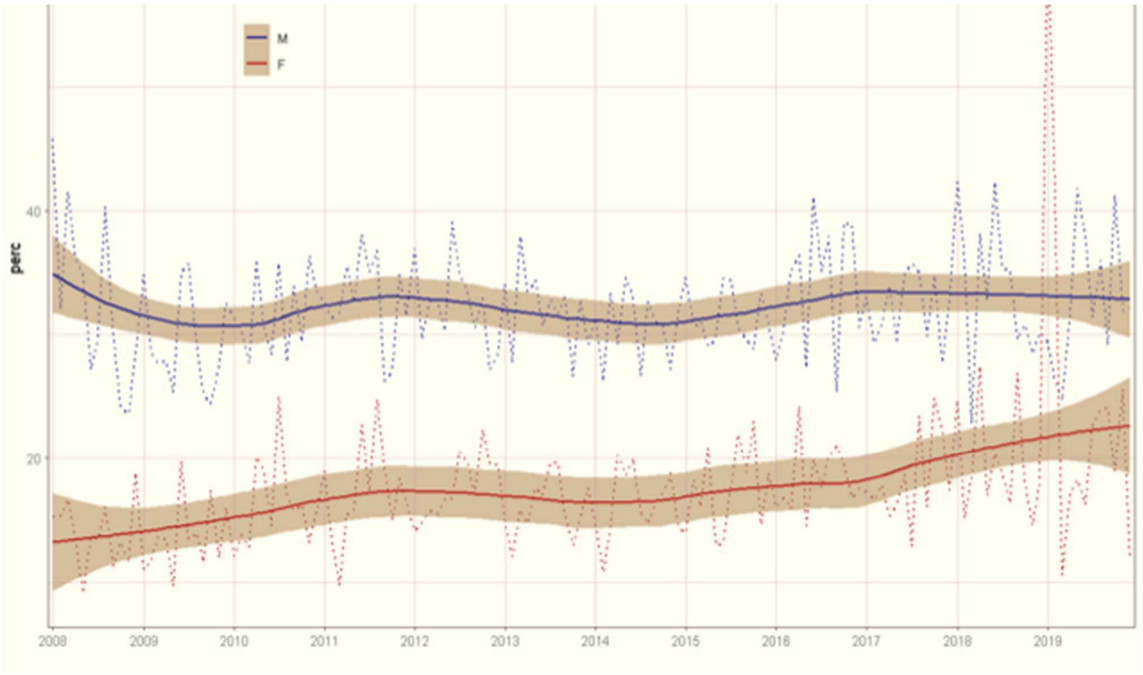
In Veneto, secondo i dati PASSI, 2 adulti su 3 bevono alcol (almeno un'unità alcolica negli ultimi 30 giorni prima dell'intervista).

Consumo a maggior rischio

Tra chi beve alcolici possiamo considerare come consumatore a maggior rischio chi ha un consumo abituale elevato, oppure beve solo o prevalentemente fuori pasto oppure chi è un bevitore "binge".

Nella nostra regione, circa il 26% degli adulti sotto i 70 anni (33% tra gli uomini, 19% tra le donne) è bevitore a maggior rischio. Questa percentuale è in costante crescita tra le donne, mentre negli ultimi 10 anni è rimasta costante tra gli uomini

Veneto - bevitori a maggior rischio per sesso. Serie storica 2008-2019 (PASSI)

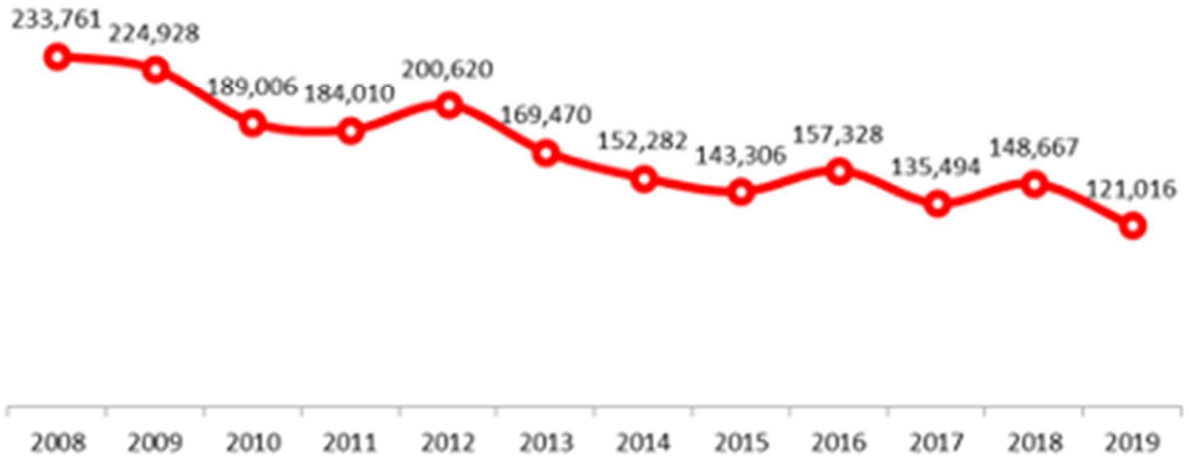


Consumo abituale elevato

Non è possibile stabilire limiti certi sotto i quali il consumo di alcol si possa definire non dannoso per la salute. Si sono però individuati livelli di consumo "moderato" sotto i quali i rischi per la salute sono poco rilevabili e che consistono in 2 unità alcoliche in media al giorno per gli uomini e 1 unità per le donne. Oltre questi limiti il consumo di alcol è considerato rischioso.

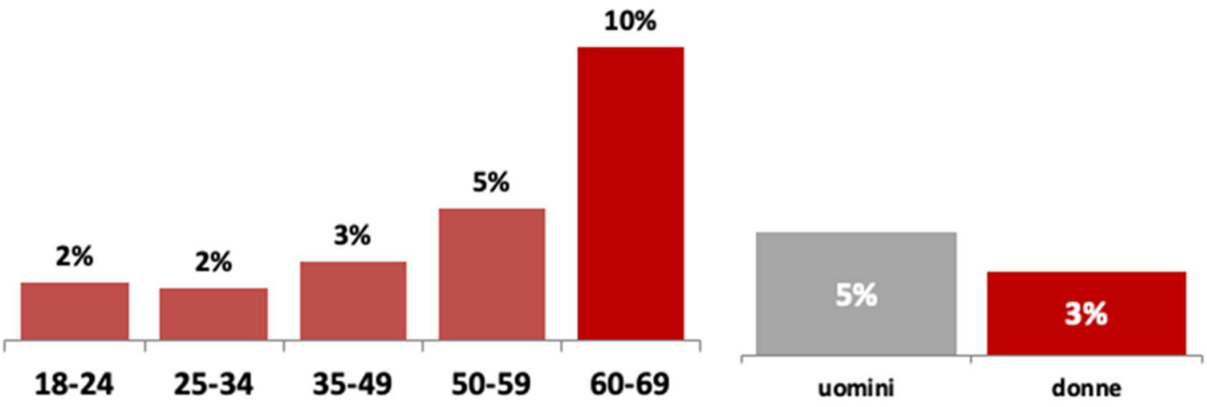
Più del 4% degli adulti nella nostra regione supera questi livelli: circa 120.000 persone

Veneto- Consumo elevato di alcol, (dati PASSI, 2008-2019)



Il consumo elevato di alcol è un po' più diffuso tra gli uomini e cresce con l'età: tra le persone con più di 60 anni arriva al 10%

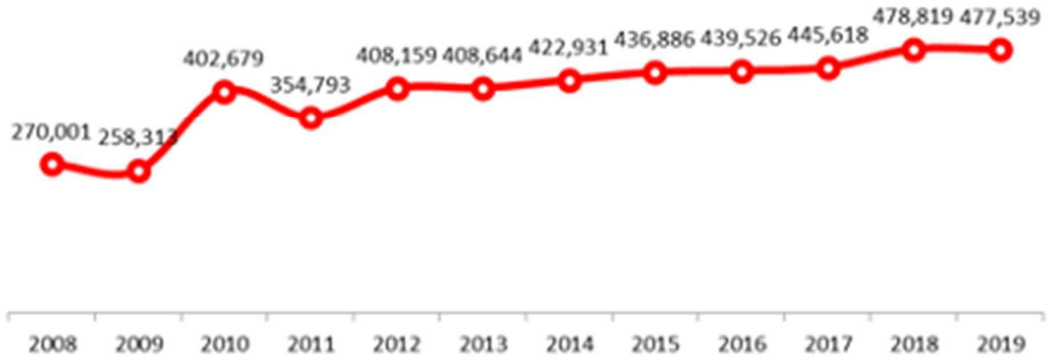
Veneto - Consumo elevato di alcol per età e sesso (dati PASSI, 2016-19)



In alcuni gruppi di persone l'alcol è sempre dannoso: per esempio donne in gravidanza, epatopatici, minorenni...
Tra i minorenni, il 5,5% degli undicenni, il 19,1% dei tredicenni e il 54,2% dei quindicenni ha bevuto alcol negli ultimi 30 giorni (dati HBSC 2018).

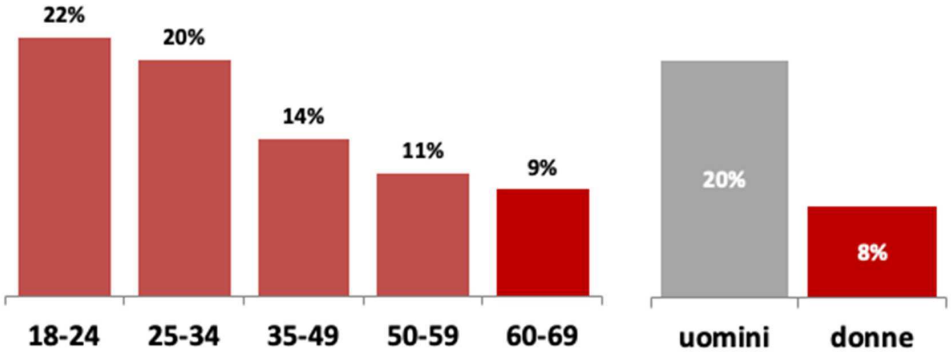
Consumo "binge"
Un'altra modalità di consumo pericoloso è quella chiamata "binge", bere cioè molto alcol in una sola occasione (4 o più unità alcoliche per le donne, 5 o più per gli uomini)
Il 14% degli adulti può essere classificabile come bevitore binge, circa 477.000 persone.
Al di là di leggere variazioni fra un anno e l'altro, Il dato rimane stabile nel corso degli ultimi anni.
Tra gli adolescenti hanno sperimentato il binge il 6,4% degli undicenni, il 13,2% dei tredicenni e il 45,3% dei quindicenni (dati HBSC 2018)

Veneto - Consumo binge (dati PASSI, 2008-2019)



Il "binge drinking" è molto più diffuso tra gli uomini e tra i giovani

Veneto - Consumo binge per età e sesso (dati PASSI, 2016-2019)

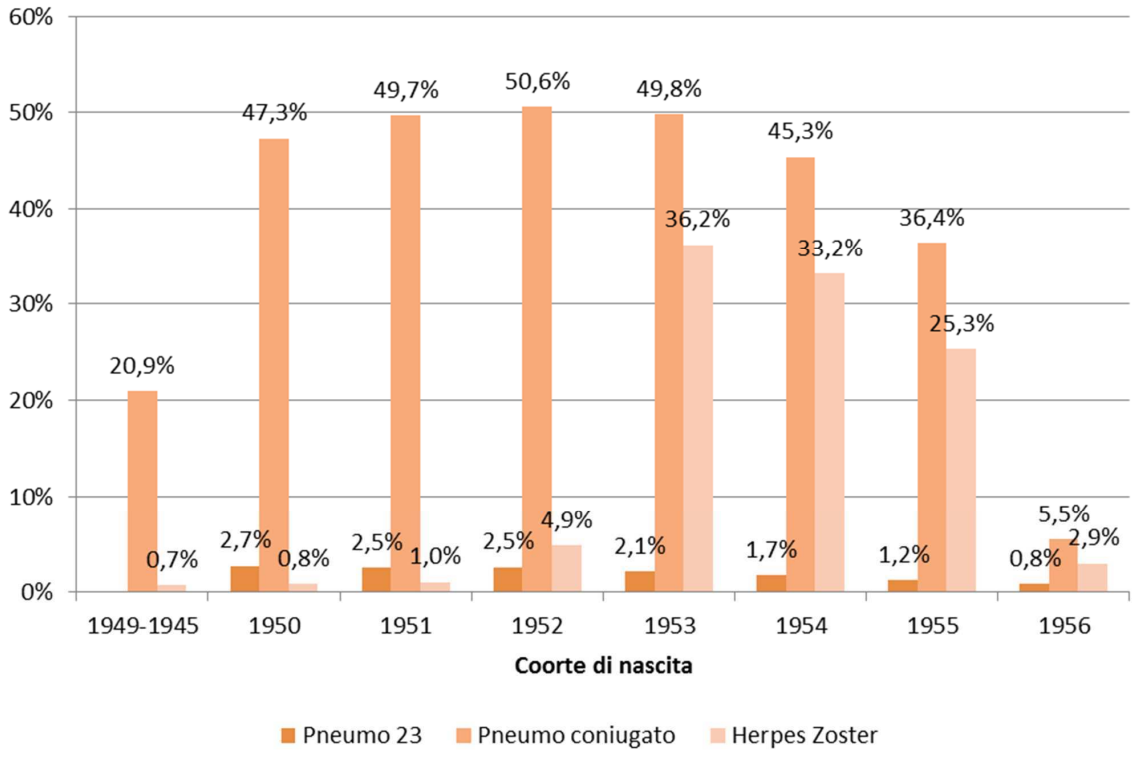


Sia per il consumo abituale elevato che per quello binge, in Veneto non si rilevano grosse differenze per livello di istruzione o per condizione economica

Vaccinazioni negli adulti

L'offerta attiva alla vaccinazione per l'adulto, inserita nel calendario vaccinale regionale, prevede la proposta della vaccinazione antipneumococcica, seguita dall'eventuale vaccinazione antipneumococcica 23valente per determinate categorie di rischio, e della vaccinazione anti Herpes Zoster.
La coorte oggetto della chiamata per il 2020 è quella dei nati nel 1955 che comprende 60.221 persone registrate in anagrafe tra residenti e domiciliati.
Le coorti precedenti sono state oggetto di chiamata negli anni passati, il dato riportato è comunque aggiornato alla data di rilevazione. La coorte dei nati nel 1956 sono soggetti alla chiamata attiva di quest'anno pertanto il dato non va considerato.
Il 36,4% dei nati nel 1955 risultano vaccinati per pneumococco ed il 25,3% per Herpes Zoster, tali coperture risultano in calo rispetto le coorti passate. Tale flessione è legato ad un ritardo di chiamata disomogeneo sul territorio regionale legato anche alla situazione pandemica per COVID-19 che ha rallentato molte attività vaccinali e l'adesione alle campagne proposte.
Lo Zoster, proposto attivamente da tre coorti, vede un calo di copertura dal 36% (coorte 1953, chiamata attivamente nel 2018) all'ultima coorte, mentre la copertura per pneumococco è mediamente del 48% per le coorti del 1950-1954. La proposta della vaccinazione antipneumococcica 23valente è indicativamente del 2,5% per le coorti 1950-1953.

Figura 1 – Coperture vaccinali per Pneumococco coniugato, Pneumococco 23valente, Herpes Zoster (1 dose) . Coorti 1949– 1956, dati al 01/07/2021.



Screening oncologici

Nella Regione del Veneto nel periodo 2018-2019 i tassi di copertura dei programmi di screening, intesa come percentuale di soggetti aderenti agli screening, sulla popolazione avente diritto, sono:

Screening della mammella: 61,3%

Screening della cervice uterina 67,3%

Screening del colon-retto: 60,0%

I tassi di estensione degli inviti e di adesione ai programmi di screening, per gli screening della mammella e del colon-retto sono in linea con le soglie standard desiderabili (soglie di riferimento Osservatorio Nazionale Screening (ONS).

Screening mammografico: approfondimento dalla sorveglianza PASSI

Secondo i dati PASSI raccolti, in Veneto, nel quadriennio 2016-2019 la copertura dello screening mammografico nelle donne tra 50-69 anni è pari al 86,3% (pool nazionale 74,8%).

La gran parte delle donne che ha effettuato lo screening mammografico lo ha fatto nell'ambito di programmi organizzati dalle A.ULSS (67,4%), mentre quello spontaneo, fuori dai programmi offerti dalle A.ULSS, è poco frequente (18,8%). Rispetto al pool nazionale la percentuale di donne venete che aderiscono allo screening organizzato (55,3% nazionale) è più alta mentre non ci sono differenze per l'adesione spontanea.

Negli ultimi anni la copertura dello screening mammografico è aumentata passando dal 81,8% del 2008 al 86,7% del 2019.

Mammografia negli ultimi 2 anni

In Veneto, nel periodo 2016-2019 la percentuale di intervistate, che dichiara di aver eseguito una mammografia nei due anni precedenti l'intervista è significativamente maggiore tra le donne con cittadinanza italiana (87,0 vs 72,2), mentre non si registrano differenze tra i vari livelli socio-economici.

Tuttavia di osserva che l'adesione allo **screening organizzato** è più bassa al crescere del livello di istruzione e nelle donne italiane, mentre raggiunge più facilmente le donne con più di 60 anni.

Fig. 1 Mammografia negli ultimi 2 anni, PASSI 2016-2019

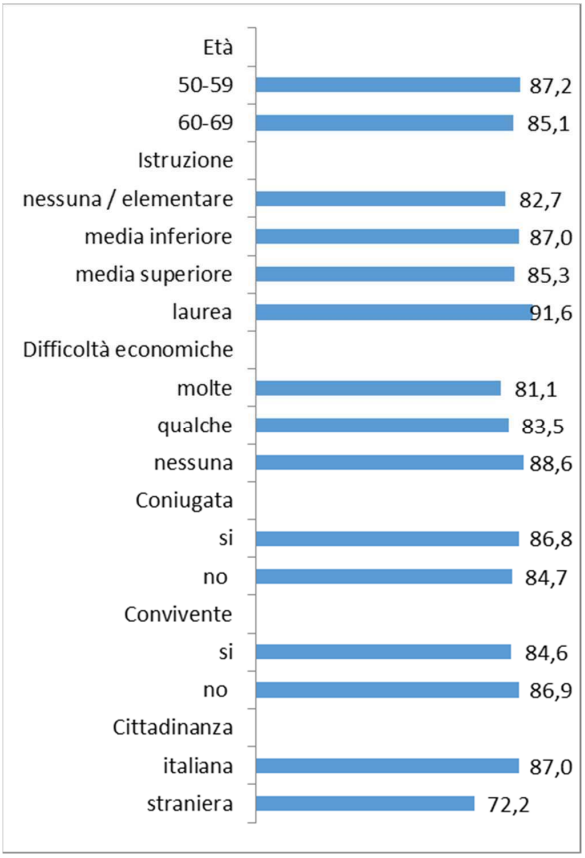
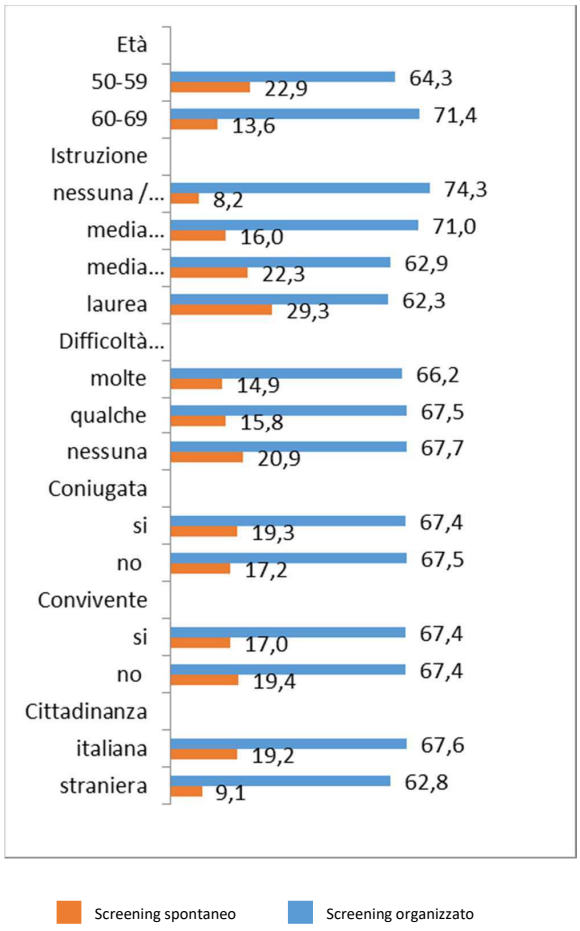


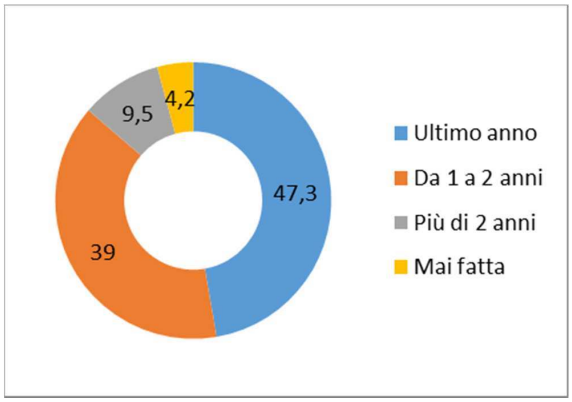
Fig. 2 Mammografia negli ultimi 2 anni nell'ambito dello screening organizzato e spontaneo, PASSI 2016-2019



Periodicità

Rispetto all'ultima mammografia eseguita, il 47% delle donne tra 50 e 69 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 39% uno a due anni, il 9,5% da più di due anni. Il 4% ha riferito di non aver mai eseguito l'esame.

Periodicità



i da

Screening citologico: approfondimento dalla sorveglianza PASSI

Secondo i dati PASSI raccolti, in Veneto, nel quadriennio 2016-2019 la copertura dello screening cervicale nelle donne tra 25-59 anni (Pap-test o HPV test) è pari al 88,4% (pool nazionale 79,9%)

La gran parte delle donne che ha effettuato lo screening mammografico lo ha fatto nell'ambito di programmi organizzati dalle A.ULSS 59,4%, mentre quello spontaneo, fuori dai programmi offerti dalle A.ULSS, è poco frequente (28,8%). Rispetto al pool nazionale la percentuale di donne venete che aderiscono allo screening organizzato è più alta (48,7% nazionale) mentre non ci sono differenze significative per l'adesione spontanea.
La copertura dello screening cervicale è stabile negli anni.

Screening cervicale negli ultimi 3 anni
In Veneto, nel periodo 2016-2019 la percentuale di intervistate, che dichiara di aver eseguito un test di screening cervicale nei tre anni precedenti l'intervista è maggiore tra le donne con livello socioeconomico più alto e con cittadinanza.

Fig. 3 Screening cervicale negli ultimi 3 anni, PASSI 2016-2019

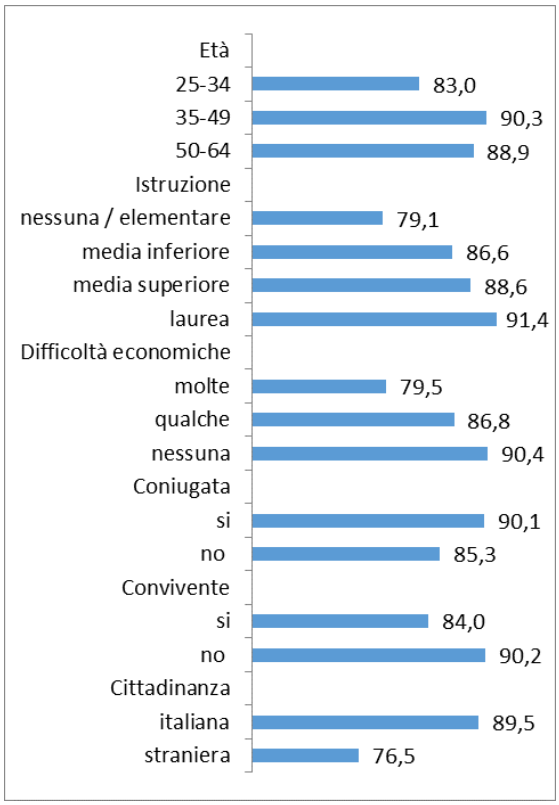
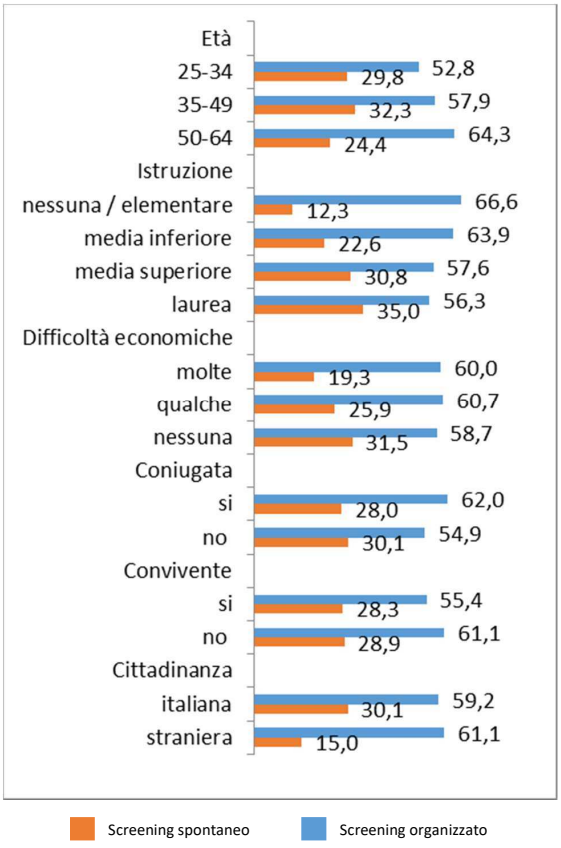
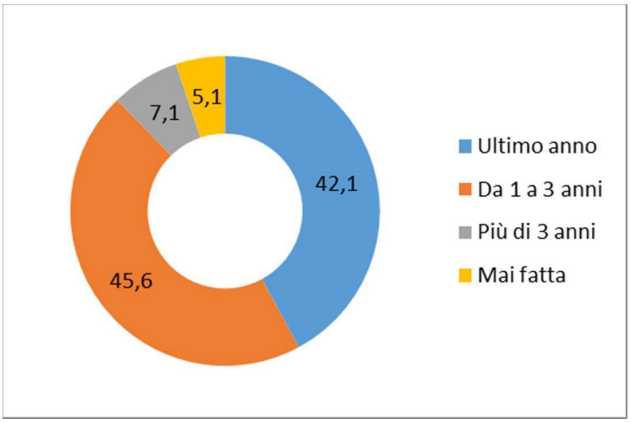


Fig. 4 Screening cervicale negli ultimi 3 anni nell'ambito dello screening organizzato e spontaneo, PASSI 2016-2019



Periodicità

Rispetto all'ultimo test eseguito, il 42% delle donne tra i 25 e 64 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 46% da uno a tre anni, il 7,1% da più di tre anni. Il 5% ha riferito di non aver mai eseguito l'esame.



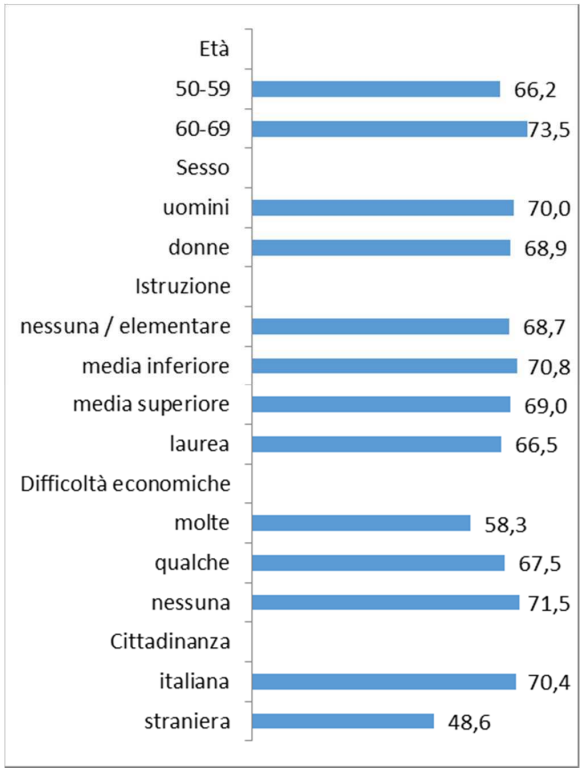
Screening colon-retto: approfondimento dalla sorveglianza PASSI

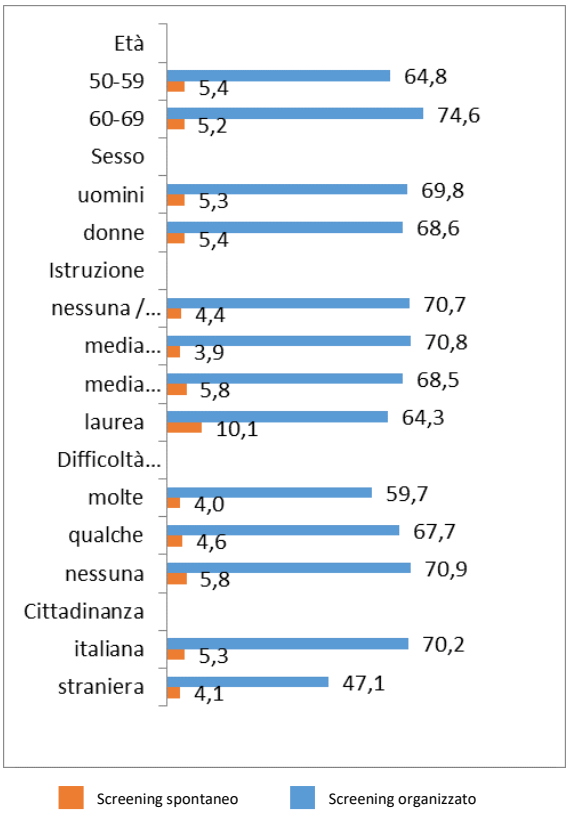
Secondo i dati PASSI raccolti, in Veneto, nel quadriennio 2016-2019 la copertura dello screening colorettale tra la popolazione di età compresa tra i 50-69 anni è pari al 74,8% (pool nazionale 47,6%)

La gran parte delle persone che ha effettuato lo screening colorettale lo ha fatto nell'ambito di programmi organizzati dalle A.ULSS (69,2%), mentre quello spontaneo, fuori dai programmi offerti dalle A.ULSS, è poco frequente (5,3%). Il test più utilizzato per la prevenzione della diagnosi precoce del tumore colorettale è la ricerca del sangue occulto nelle feci (sof), in Veneto il 69,5% degli intervistati tra i 50 e i 69 anni di età riferisce di averlo effettuato nei due anni precedenti l'intervista. Meno del 16,9% degli intervistati riferisce di aver effettuato una colonscopia o una retto-sigmoidoscopia a scopo preventivo nei cinque anni precedenti l'intervista. Negli ultimi anni la copertura dello screening totale è aumentata significativamente passando dal 60,4% del 2010 al 76,7% del 2019.

Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni

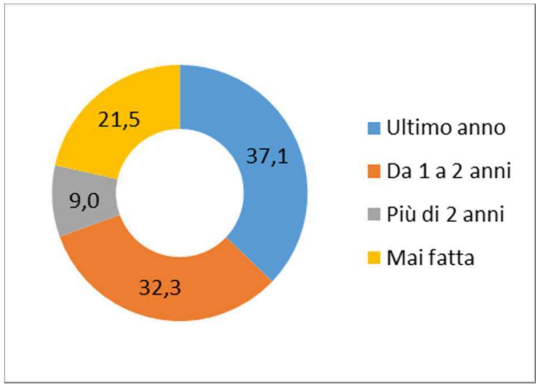
In Veneto, nel periodo 2016-2019 la percentuale di intervistati, che dichiara di aver effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci nei due anni precedenti l'intervista è significativamente maggiore tra le persone di età compresa tra i 60 e i 69 anni, non si registrano differenze per genere. La percentuale di persone che effettuano questo tipo test diminuisce al crescere del titolo di studio e delle difficoltà economiche. Ancora grande è la differenza tra persone con cittadinanza italiana e straniera (70,4% vs 48,6%).

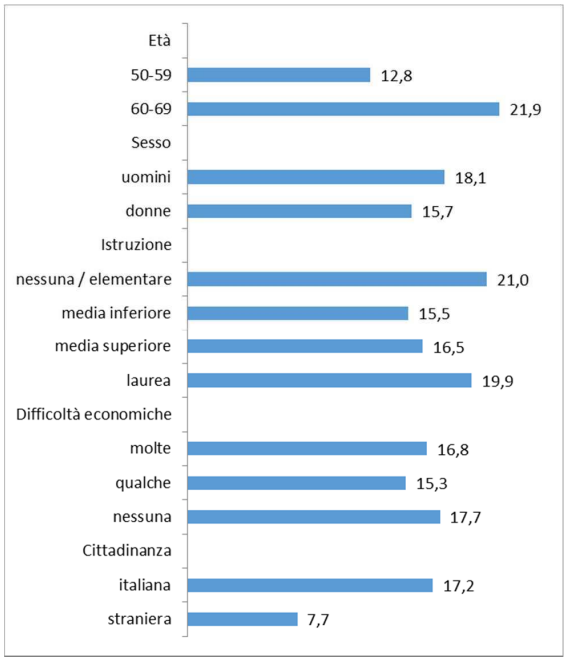




Periodicità

Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto, il 37,1% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 32,3% da uno a due anni, il 9% da più di due anni. Il 21,5% ha riferito di non aver mai eseguito l'esame.





Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni

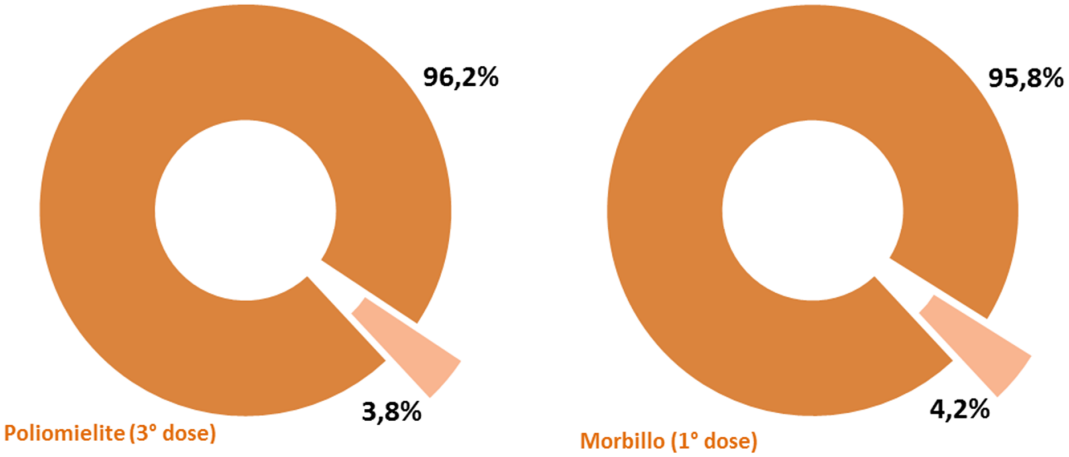
Nel periodo 2016-2019 la percentuale di intervistati, in Veneto, che dichiara di aver effettuato una colonscopia/rettosigmoidoscopia nei cinque anni precedenti l'intervista è significativamente maggiore tra le persone di età compresa tra i 60 e i 69 anni e con nazionalità italiana, non si registrano differenze significative per genere e classe socioeconomica.

Vaccinazioni in età pediatrica

La vaccinazione è uno degli strumenti principali di prevenzione adottati dalla Regione per il contenimento della diffusione delle malattie infettive. Adottando il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale e definendo il calendario vaccinale nel Piano Regionale di Prevenzione, la Regione definisce le strategie vaccinali per ogni fascia d'età.

Al 2020, considerando tutti e 559.182 soggetti residenti o domiciliati sul territorio regionale, è possibile aggiornare la copertura complessiva per i soggetti di età compresa tra i 2 ed i 14 anni al 96,2% per la terza dose di Poliomielite (rappresentativo anche per le altre vaccinazioni comprese nel vaccino esavalente: Difterite, Tetano, Pertosse, Hib ed Epatite B tra le quali le variazioni di coperture sono contenute) e del 95,8% per la prima dose di Morbillo (rappresentativo anche per Rosolia e Parotite) (Figura 1).la copertura per la Poliomielite, rappresentativo per gli altri cinque vaccini del vaccino esavalente, è del 94,9%, mentre quella per il Morbillo e per l'MPR è del 94,4%.
La rilevazione per il Meningococco ACWY indica una copertura del 91,4%. A partire dalla coorte dei nati nel 2015, nella Regione del Veneto, viene offerta attivamente (su invito), anche la vaccinazione anti Meningococco B. La copertura ottenuta è del 91,9%. Rispetto alla coorte 2015 l'adesione alla vaccinazione è in forte crescita su tutto il territorio.
Per il Pneumococco la copertura per ciclo di base (da 1 a 3 dosi a seconda dell'età) per la coorte 2018 è del 94,1%. Il dato sulla Varicella si allinea con quello dell'MPR indicato in precedenza. Oltre alle vaccinazioni elencate, si segnala, sempre per la coorte 2018, una percentuale di copertura del 13,9% per l'Epatite A (prima dose).
Per la coorte dei nati nel 2018, si rileva anche la copertura del vaccino anti Rotavirus che si attesta all'80,9% . Il dato è sempre riferito al 31/12/2020.

Figura 1 – Coperture vaccinali per Poliomielite (3° dose) e Morbillo (1° dose) nei soggetti tra 2 e 14 anni (coorti 2018-2006) residenti e domiciliati nella Regione Veneto: 559.182 soggetti. Dati al 31/12/2020.



A partire dall'anno 2008 è stata avviata, nella Regione Veneto, la campagna vaccinale contro il papilloma virus. Le diverse Aziende Ulss hanno quindi iniziato la vaccinazione della coorte di nascita delle 11-12enni nate nel 1996. Le tempistiche di avvio della campagna vaccinale a livello locale sono state differenti (tra marzo ed ottobre 2008). La scelta della Regione Veneto, con l'approvazione del calendario vaccinale (DGRV n. 1564 del 26.08.2014), è stata quella di includere nella campagna vaccinale contro l'HPV le 11-12enni a partire dalla coorte del 1996 e di mantenere l'offerta gratuita per tutte le coorti oggetto della campagna di vaccinazione fino la compimento del 18° anno di età. Inoltre la Regione ha programmato, a partire dalla coorte dei nati nel 2004, l'invito al vaccino anche ai maschi 12enni e l'offerta gratuita su richiesta ai nati delle coorti 2001-2003.

Ad oggi, l'attività di invito alla vaccinazione ha interessato le coorti delle nate negli anni 1996-2008. I dati in questo report sull'attività vaccinale sono al 31/12/2020 e, a differenza delle rilevazioni precedentemente presentate, il dato di ogni coorte

è aggiornato a tale data.
È bene precisa che per la coorte delle nate nel 2008, l'invito non è ancora stato esteso a tutte le ragazze residenti e che la vaccinazione per molte di loro è ancora in fase di svolgimento, soprattutto per quanto riguarda il completamento del ciclo vaccinale.
Anche per la coorte precedente, delle nate nel 2007, come avvenuto per le altre coorti, si considera il dato ancora parziale ed in fase di consolidamento.
La copertura vaccinale a livello regionale (Figura 2) indica un massimo percentuale per le ragazze nate nel 2000 con fluttuazioni che variano, per i cicli completi, tra il 58,6 e il 79,9%. Per le ultime coorti sembra esserci una risposta leggermente meno decisa all'invito a vaccinarsi o un ritardo rispetto al calendario regionale.
Complessivamente, per le dodici coorti riportate in figura (esclusa la 2008), per un totale di 276.308 ragazze a fine 2020, si ha una copertura del 78,1% per prima dose e del 75,7% per ciclo completo.

La vaccinazione HPV, è offerta anche nei maschi con chiamata attiva a partire dai nati nel 2004 ma l'offerta è gratuita sin dalla coorte 2001 e ad oggi risultano vaccinati tra le coorti 2001-2003 circa il 18,5% degli adolescenti per prima dose e il 17,7% per ciclo completo.
La percentuale di copertura per la coorte 2004 per prima dose è del 68,1% e per il ciclo completo si attesta al 65,8%. La percentuale di copertura per la coorte 2005 per prima dose è del 74,5% e per il ciclo completo si attesta al 71,5%. Per la coorte 2006, le due coperture sono, rispettivamente, del 75,0% e del 69,5%.
La percentuale di copertura, invece, per la coorte dei maschi nati nel 2007 per prima dose è del 64,5%. Il ciclo completo si attesta al 54,1%.

Figura 2 – Coperture vaccinali per papilloma virus, per prima dose e ciclo completo. Coorte delle femmine nate nel 1996-2008, dati al 31/12/2020.

3.3 Determinati della incidentalità

LA SICUREZZA STRADALE

Tra i bevitori di 18-69 anni che hanno guidato l'auto/moto negli ultimi 12 mesi, il 9% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, cioè dopo avere bevuto nell'ora precedente almeno 2 unità alcoliche. Il 32% degli intervistati riferisce di aver subito almeno un controllo, come guidatore o passeggero, da parte delle Forze dell'Ordine nel corso dell'ultimo anno; il 11% riferisce di essere stato sottoposto all'etilotest, in percentuale maggiore i giovani (17%).

Nel periodo 2016-2019, in Veneto la maggior parte degli intervistati ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (95%) e il casco (98%). L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 43% degli intervistati, infatti, la usa sempre. L'utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili posteriori è significativamente più basso nelle classi d'età più anziane; non sono emerse differenze per sesso, livello socio-economico.

In Veneto, il 14% degli intervistati nel quadriennio 2016-2019 ha riferito di avere delle difficoltà nell'utilizzare sempre il dispositivo di sicurezza per bambini.

LA SICUREZZA DOMESTICA

In Veneto la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 94% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente. In particolare hanno una più bassa percezione del rischio: gli uomini e le persone senza difficoltà economiche La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare è invece un fattore che aumenta la percezione del rischio di infortunio domestico

3.4 Determinanti ambientali

Inquinamento atmosferico

Uno dei fattori ambientali con maggiore impatto sulla salute della popolazione è senz'altro l'inquinamento atmosferico, che si presenta come fattore critico in tutte le regioni del Bacino Padano, incluso il Veneto, anche a causa delle caratteristiche meteorologiche e orografiche del territorio, particolarmente sfavorevoli alla dispersione degli inquinanti atmosferici.

Negli ultimi 15 anni si è osservata una significativa riduzione delle concentrazioni medie di inquinanti atmosferici come le polveri sottili e gli ossidi di azoto (Figure 1-3), tuttavia si riscontrano criticità legate al superamento dei limiti di legge per quanto riguarda la concentrazione media di Benzo(a)pirene (Figura 4) e il numero di giorni con superamento del limite giornaliero di PM10 (Figura 5). Inoltre, si consideri che gli attuali limiti di legge per le concentrazioni medie di PM10, PM2.5 e NO2 non sono allineati con le ultime linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, pubblicate nel 2021, che propongono limiti assai più restrittivi a tutela della salute umana.

Figura 1. Veneto - Concentrazioni medie annuali di PM10. Serie storica 2002-2019 (Fonte: ARPAV)

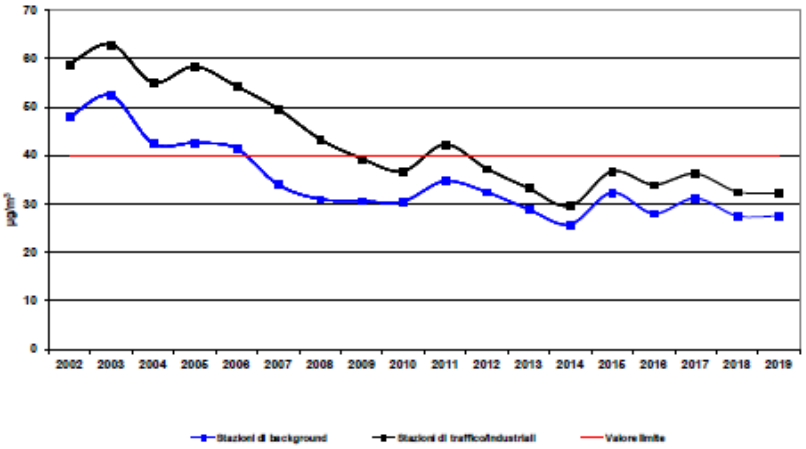


Figura 2. Veneto - Concentrazioni medie annuali di PM2.5. Serie storica 2007-2019 (Fonte: ARPAV)

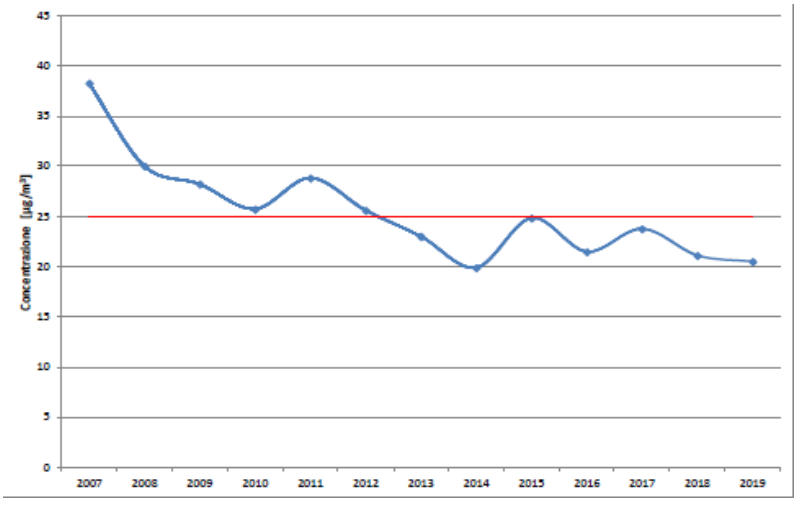


Figura 3. Veneto - Concentrazioni medie annuali di NO2. Serie storica 2002-2019 (Fonte: ARPAV)

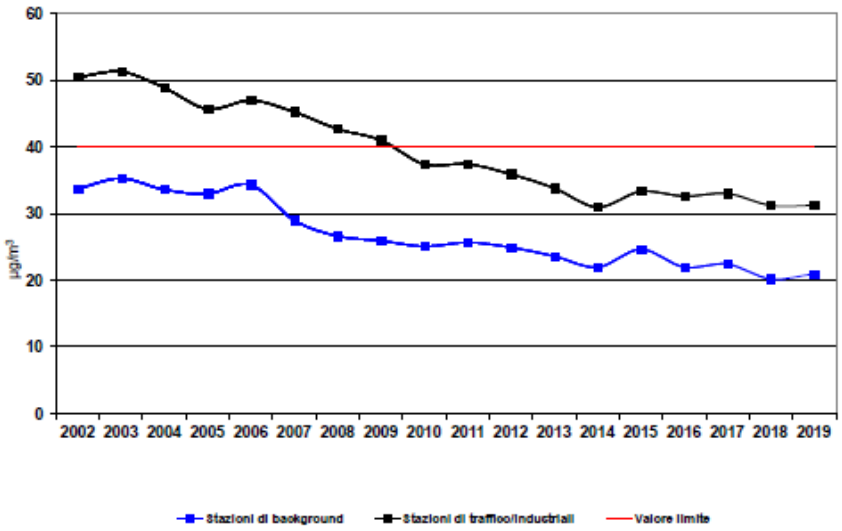


Figura 4. Veneto - Concentrazioni medie annuali di Benzo(a)pirene. Serie storica 2002-2019 (Fonte: ARPAV)

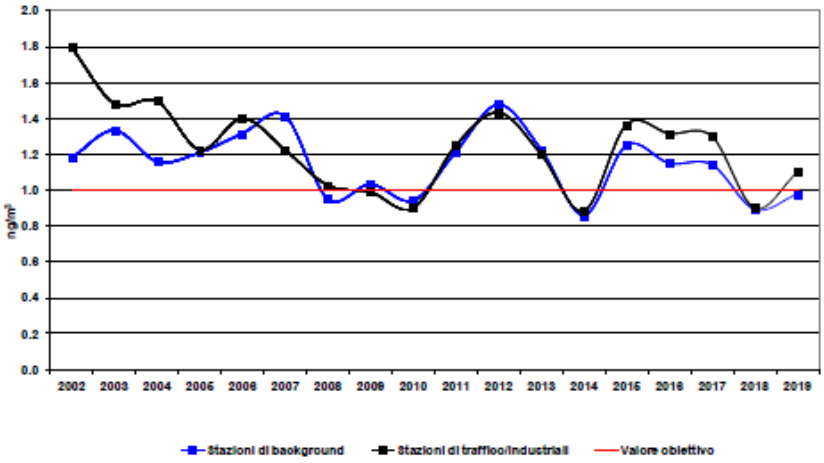
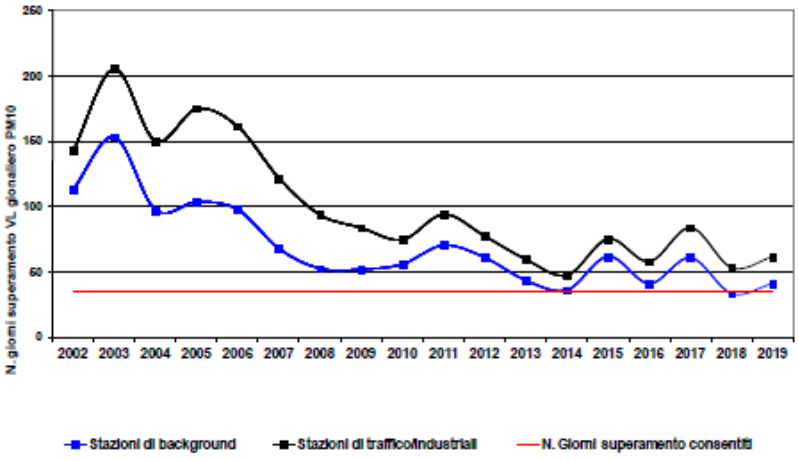


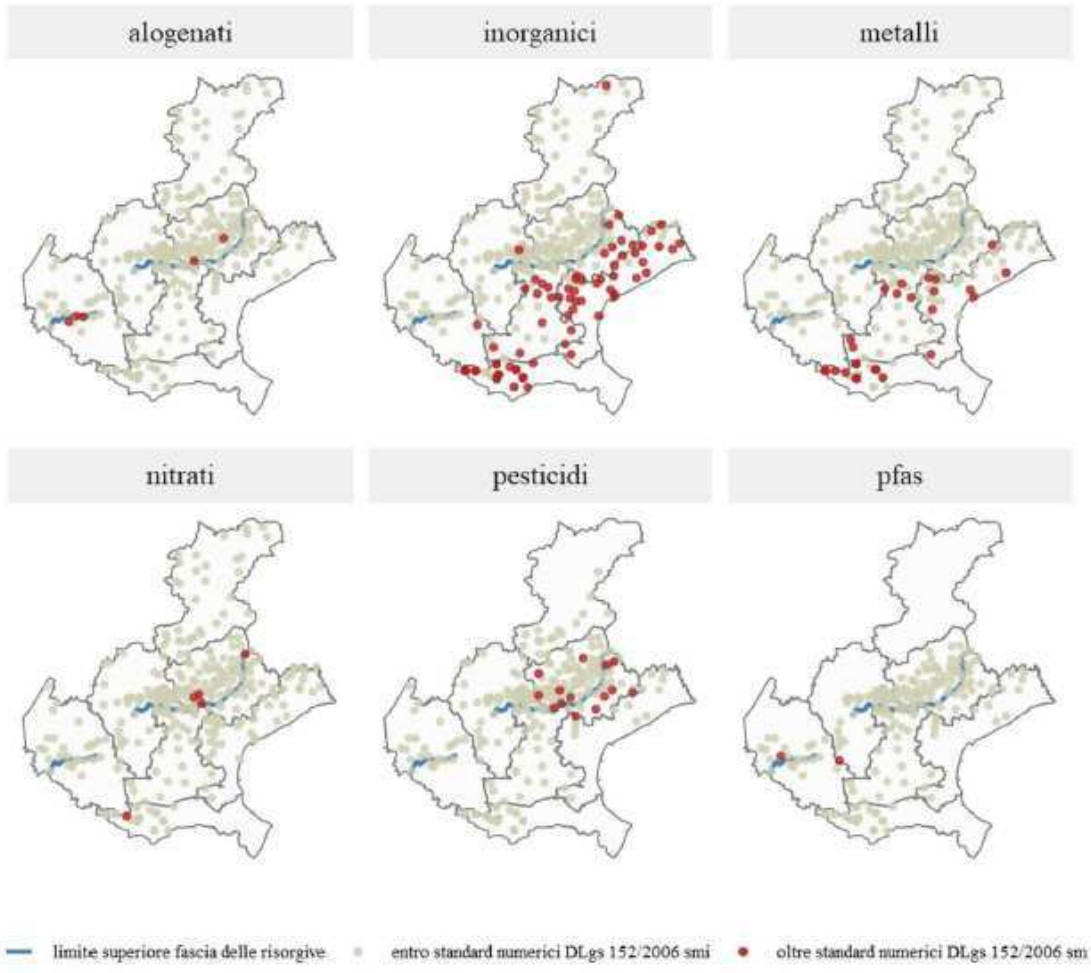
Figura 5. Veneto - Numero giorni di superamento del valore limite giornaliero di PM10. Serie storica 2002-2019 (Fonte: ARPAV)



Inquinamento dei corpi idrici

L'inquinamento dei corpi idrici può avere un impatto sulla salute umana sia in maniera diretta, attraverso il consumo di acqua contaminata per bere, cucinare, lavarsi e preparare i cibi, sia in maniera indiretta attraverso l'utilizzo di acqua contaminata in agricoltura e allevamento. Nel territorio regionale, il sistema di monitoraggio ambientale gestito da ARPAV mostra una situazione di diffusa compromissione della matrice acque a livello di corpi idrici superficiali e sotterranei. Tra i principali contaminanti si annoverano i nitrati, i metalli pesanti, i fitosanitari e, in alcune zone del territorio regionale, le sostanze perfluoroalchiliche (PFAS). In Figura 6 sono illustrati i punti di campionamento della rete di monitoraggio delle acque sotterranee che nel 2019 hanno presentato, per diverse categorie di contaminanti, superamento degli standard stabiliti dal D.Lgs. 152/2006.

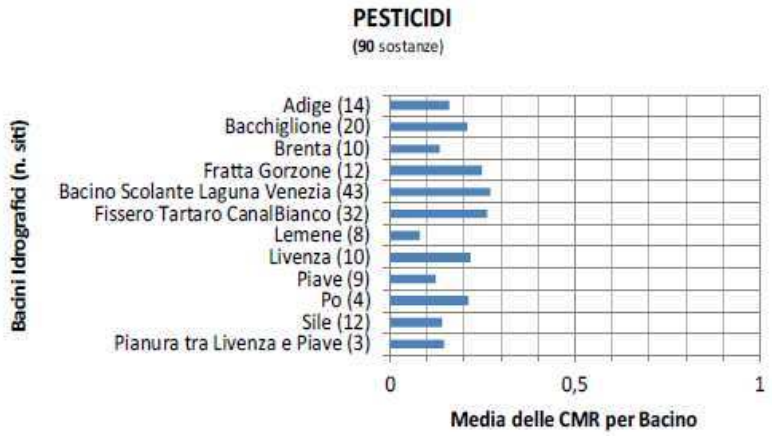
Figura 6. Veneto - Mappa dei punti di monitoraggio della rete delle acque sotterranee con superamento degli standard numerici del D.Lgs. 152/2006 e ss.mm.ii. (Fonte: ARPAV)



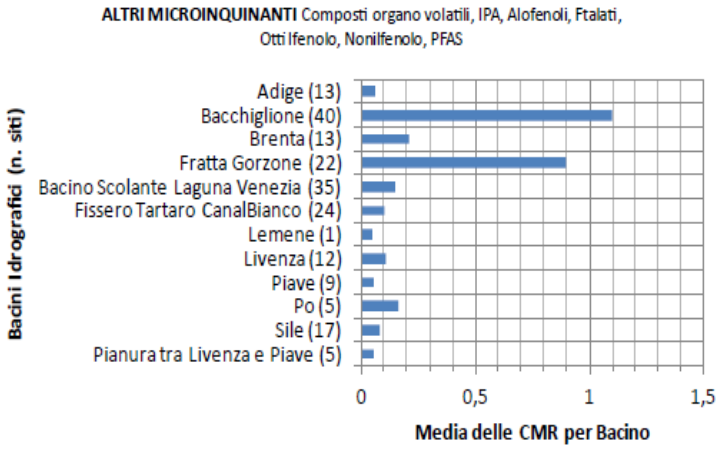
La Figura 7 offre una rappresentazione sintetica dello stato di contaminazione dei corpi idrici superficiali nei vari bacini idrografici, relativamente a Pesticidi e ad Altri microinquinanti; l'indicatore utilizzato è la Concentrazione Media Relativa (CMR), la quale esprime il rapporto tra la concentrazione media misurata di una sostanza e il relativo Standard di Qualità Ambientale; più elevata è la CMR maggiore è la contaminazione ambientale. Per la categoria Altri microinquinanti, nel 2019 sono stati riscontrati valori di CMR elevati nei bacini del Bacchiglione e del Fratta Gorzone, attribuibili alla contaminazione da PFAS e in particolare all'acido perfluoro-ottansulfonico (PFOS), le cui concentrazioni superano lo SQA in numerose stazioni nel corso dell'anno.

Figura 7. Veneto - Livello di contaminazione, per Pesticidi e Altri microinquinanti, dei corpi idrici superficiali raggruppati in bacini idrografici, espresso come media della Concentrazione Media Relativa (Fonte: ARPAV)

Media della concentrazione media relativa di pesticidi per bacino idrografico, anno 2019
(fra parentesi le stazioni monitorate per fitosanitari nel bacino)



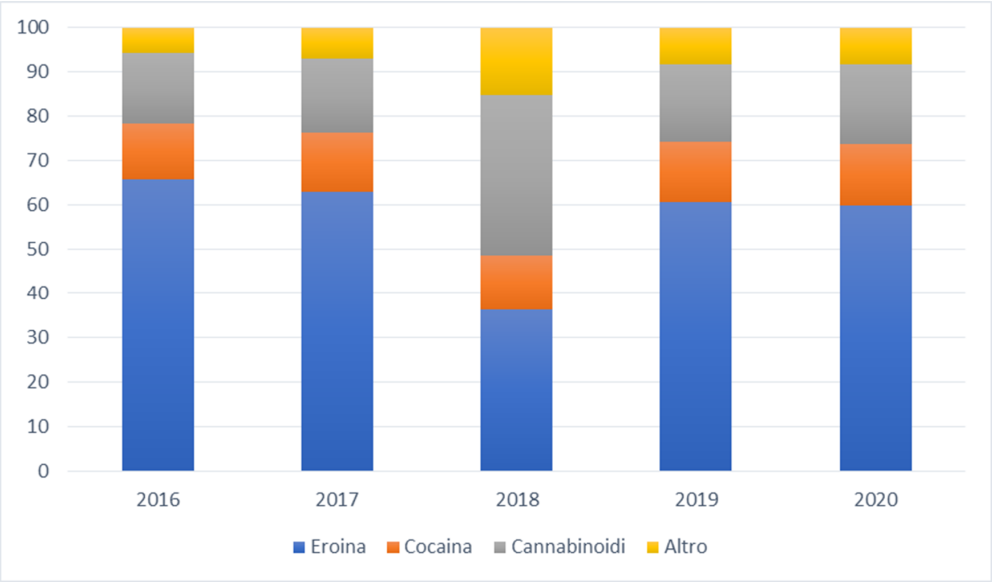
Media della concentrazione media relativa di altri microinquinanti per bacino idrografico, anno 2019



3.3 Uso di sostanze

Il grafico a barre riportato a seguire mostra la ripartizione del consumo di sostanze stupefacenti per tipologia; sulla base del grafico è possibile affermare che nel periodo 2016-2020 la sostanza maggiormente diffusa è l'eroina usata da circa il 60% di soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti.

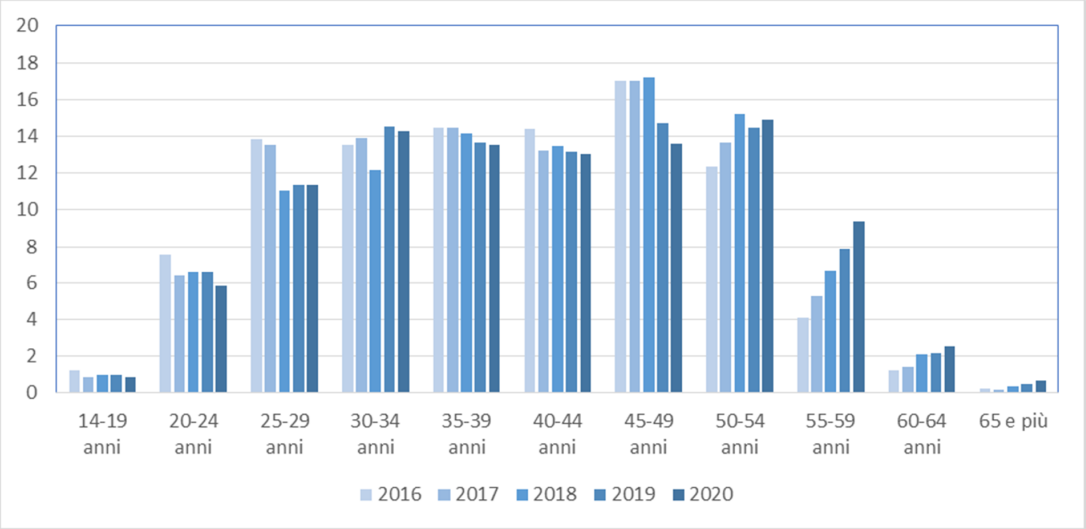
Fig. 1 Consumo, espresso in percentuale sul totale, di sostanze stupefacenti con focus su quelle maggiormente diffuse nel Veneto (2016-2020).



EROINA

Il consumo di eroina è maggiormente diffuso nei soggetti con età compresa tra i 45 e i 49 anni che nel 2016 rappresentano oltre il 15% dei consumatori totali. È possibile affermare che il trend per suddetta classe d'età ha subito una decrescita difatti, nel 2020 i consumatori di età compresa tra i 45 e i 49 anni erano meno del 15% mentre, vi è un aumento di consumo nella classe d'età 55-59 anni passato dal 4% a circa il 10%.

Fig. 2 Consumo di eroina, espresso in percentuale sul totale, ripartito per classi d'età in Veneto (2016-2020).



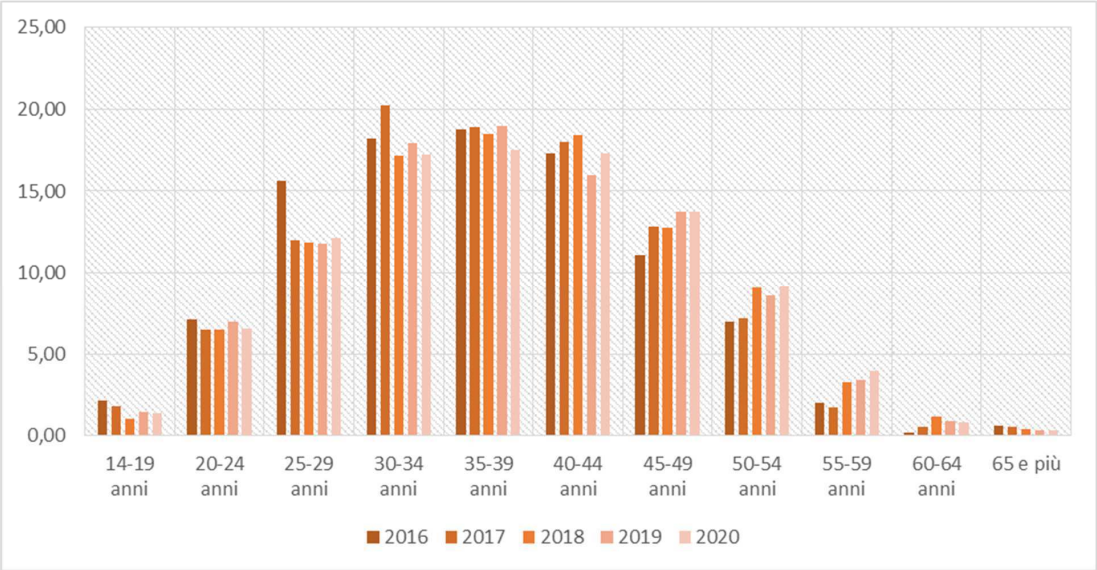
La maggior parte dei soggetti che fanno uso di eroina sono di sesso maschile e sulla base del grafico riportato a seguire è possibile affermare che la ripartizione per sesso rimane costante nel periodo considerato (20% F vs 80% M).

Fig. 3 Consumo di eroina, espresso in termini di percentuale sul totale, ripartito per sesso nel Veneto (2016-2020).

COCAINA

Il consumo di cocaina, terza sostanza in ordine di consumo dopo eroina e cannabis, è maggiormente diffuso in soggetti d'età compresa tra i 30 e i 44 anni che rappresentano quasi il 60% del totale dei consumatori. Anche qui è possibile osservare una crescita nelle classi d'età superiori ai 45 anni mentre per le restanti classi i valori rimangono pressoché costanti.

Fig. 4 Consumo di cocaina, espresso in termini di percentuale sul totale, ripartita per classi d'età nel Veneto (2016-2020).



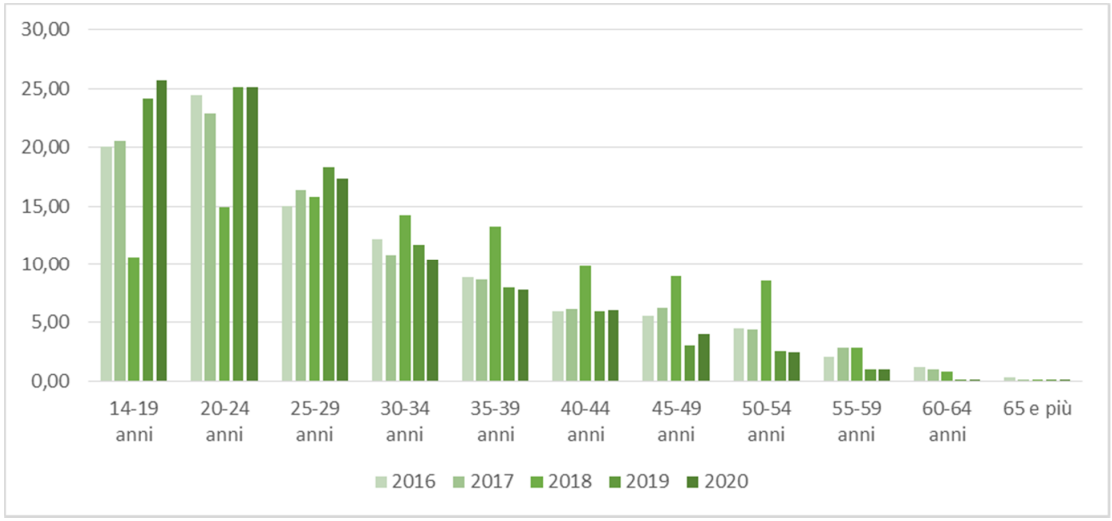
Anche in questo caso la ripartizione del consumo per sesso vede prevalere soggetti di sesso maschile (circa il 90%) a quelli di sesso femminile (circa il 10%) e il trend rimane costante nel periodo considerato.

Fig. 5 Consumo di cocaina, in termini di percentuale sul totale, ripartito per sesso in Veneto (2016-2020).

CANNABINOIDI

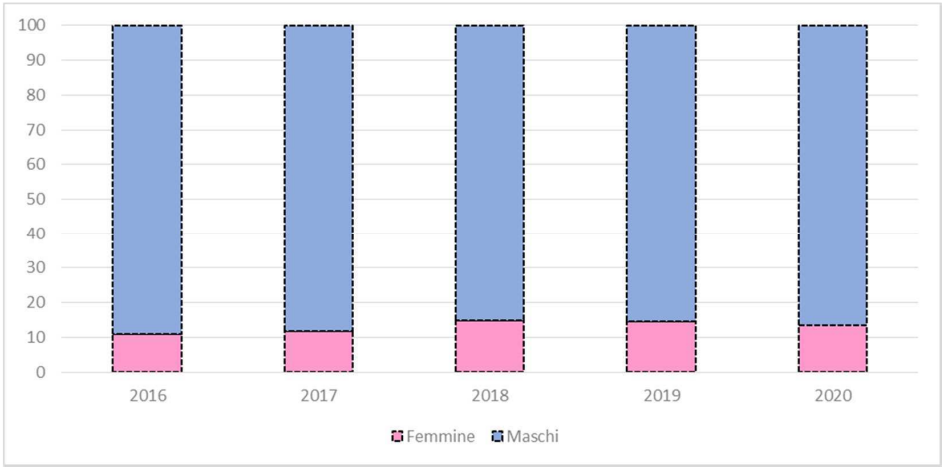
La sezione dei cannabinoidi comprende tutte le sostanze psicoattive che si ottengono dalla Cannabis sativa; i cannabinoidi costituiscono la seconda sostanza con effetti stupefacenti più usata nel Veneto maggiormente diffusa nelle classi d'età inferiori ovvero, tra i soggetti d'età compresa tra i 14 e i 24 anni che costituiscono praticamente oltre o quasi il 50% dei consumi totali. Con l'aumentare dell'età diminuisce anche l'uso della sostanza come è possibile osservare dal grafico sottoriportato.

Fig. 6 Consumo di cannabinoidi, espresso in termini di percentuale sul totale, ripartito per classi d'età nel Veneto (2016-2020).



Anche in questo caso fanno uso di cannabinoidi prevalentemente soggetti di sesso maschile (90% M vs 10% F).

Fig. 7 Consumo di cannabinoidi ripartito per sesso nel Veneto (2016-2020).

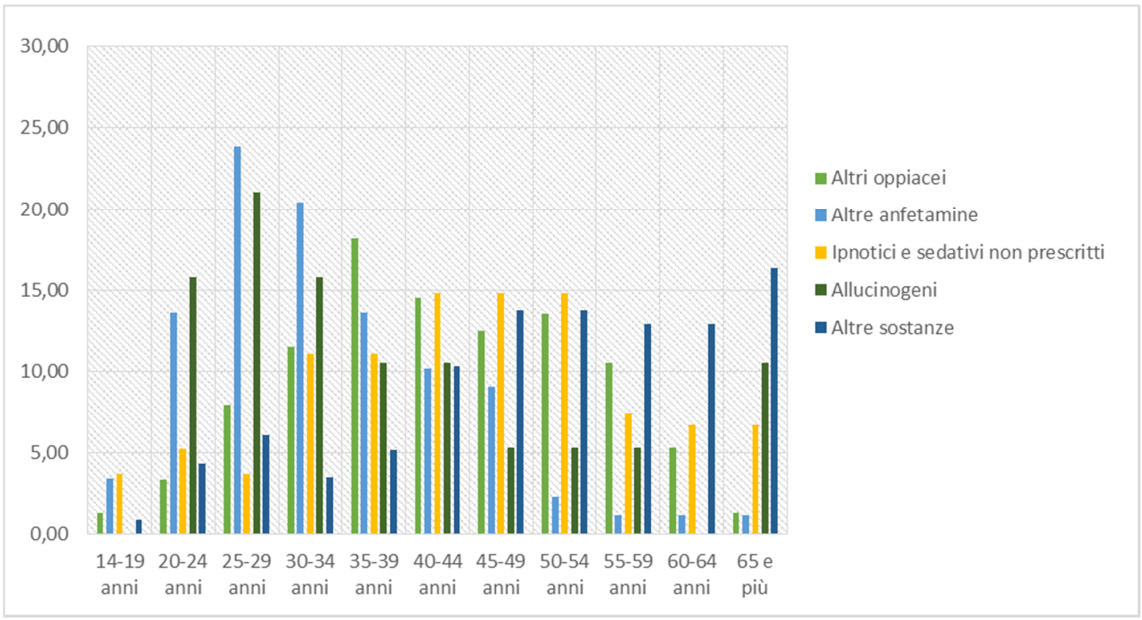


ALTRE SOSTANZE*

Per quanto riguarda il consumo di altri stupefacenti, diversi da quelli elencati in precedenza e più comuni sul territorio del Veneto, sono molto diffusi gli oppiacei e gli ipnotici/sedativi non prescritti. Molto basso è il consumo di allucinogeni.

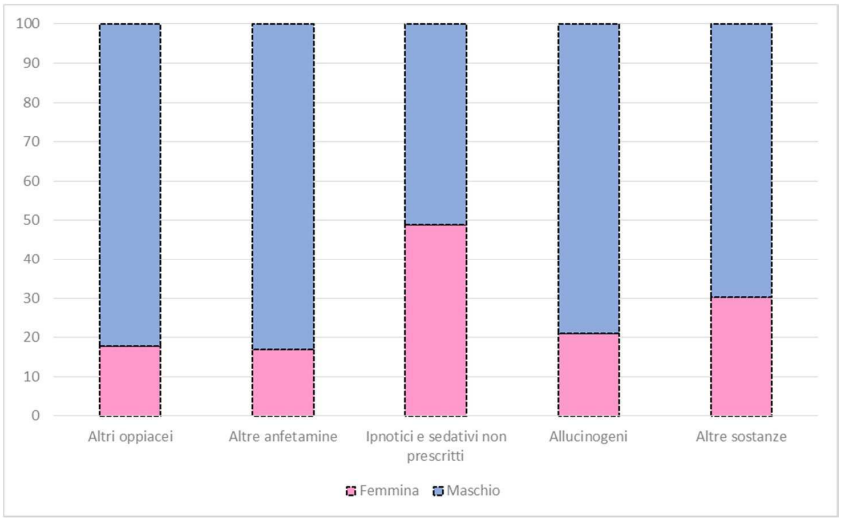
Il grafico a seguire evidenzia che mentre per la maggior parte delle sostanze stupefacenti il consumo è prevalentemente legato ai soggetti di sesso maschile per gli ipnotici e i sedativi non prescritti la ripartizione per sesso è pressoché uguale tra maschi e femmine

Fig. 8 Consumo di altre sostanze diverse da eroina, cocaina e cannabinoidi suddivise in base agli effetti farmacologici ripartite per età in Veneto (2020).



*si considerano (Inalanti volatili, Altre sostanze illegali, GHB, Ketamina, Cannabinoidi sintetici, Buprenofina)

Fig 9 Consumo di altre sostanze diverse da eroina, cocaina e cannabinoidi suddivise in base agli effetti farmacologici ripartite per sesso in Veneto (2020).



Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante "Indicazioni *ad interim* di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale"

Macro Area
COORDINAMENTO DELLA GOVERNANCE

Documenti attuativi

1. Documento per la revisione delle necessità informative e dei flussi esistenti, per le finalità di sorveglianza e controllo di un evento pandemico
2. Indirizzi regionali di attivazione di analisi epidemiologiche retrospettive, predittive a supporto della governance dell'emergenza

Documento Attuativo

DOCUMENTO PER LA REVISIONE DELLE NECESSITÀ INFORMATIVE E DEI FLUSSI ESISTENTI, PER LE FINALITÀ DI SORVEGLIANZA E CONTROLLO DI UN EVENTO PANDEMICO

Il presente documento è elaborato nel contesto dell'attuale fase pandemica dell'emergenza da COVID-19. Le analisi e le revisioni effettuate durante la fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica suggeriranno dei miglioramenti nei modelli e nei processi utili ad aggiornare le raccomandazioni qui contenute, nell'ottica di un percorso dinamico e ciclico di preparazione e risposta alle emergenze (ciclo di preparedness).

SOMMARIO

Premessa

Obiettivi e strutturazione degli strumenti di monitoraggio

Quadro delle necessità informative

Premessa

A fronte della diffusione di una malattia infettiva sul territorio, un ruolo primario lo svolgono le informazioni e i dati che compongono la base per le azioni di governance. L'analisi e la valutazione dei dati consentono di comprendere la situazione epidemiologica, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili.
Il presente documento definisce e analizza, anche alla luce dell'esperienza della pandemia da COVID-19, gli elementi più rilevanti ed importanti per garantire un monitoraggio del fenomeno.

Obiettivi e strutturazione degli strumenti di monitoraggio

Al fine di garantire la governance regionale di un'emergenza pandemica è necessario raccogliere e rappresentare in modo efficace e coerente tutte le informazioni disponibili integrando i dati presenti nei flussi correnti, quelli raccolti ad hoc per la sorveglianza dell'agente patogeno. Inoltre potrebbe essere necessario integrare tali informazioni di carattere sanitario con ulteriori banche dati disponibili che di volta in volta potrebbero risultare utili ad analizzare lo scenario epidemiologico o a fronteggiare e contenere la diffusione virale.

E' quindi di importanza strategica lavorare in continuità con quanto realizzato in considerazione dell'emergenza pandemica da COVID-19. In particolare sviluppando e rafforzando la piattaforma di Biosorveglianza Regionale che permette di avere un costante monitoraggio sull'evoluzione dell'epidemia in tempo reale, mappando i soggetti contagiati e rilevando la presenza di *cluster* o situazioni di maggiore criticità.

L'emergenza da COVID-19 ha evidenziato come le informazioni utili alla caratterizzazione di un evento epidemico possono essere di diversa natura e provenienza. Alcune possono necessitare di una raccolta ad hoc, altre possono essere recuperate ed integrate da flussi già esistenti, altre ancora richiedono la strutturazione e l'integrazione di informazioni in parte già disponibili. Fondamentale è riuscire ad **integrare ed armonizzare** tutte le informazioni per realizzare strumenti utili per leggere il fenomeno individuando indicatori di sintesi utili per la comunicazione con la componente decisionale della catena di governance.

Gli strumenti predisposti devono consentire di fotografare la situazione e di permettere di effettuare un'analisi predittiva dell'evoluzione del diffondersi del contagio individuando le zone dove è più probabile che la pandemia si espanda, al fine di poter intervenire velocemente ed isolare sul nascere nuovi casi e nuovi focolai o di prendere decisioni in merito.

La strutturazione del dato deve poi prevedere la possibilità del coinvolgimento dei vari attori coinvolti su diversi livelli nella gestione di una pandemia che quindi necessitano di diverse informazioni. La stessa base dati, opportunamente filtrata a seconda del ruolo specifico, deve poter essere disponibile a tutti gli attori coinvolti a vario titolo nella gestione dell'emergenza: in forma aggregata per i decisori di livello regionale (es. Unità di Crisi, *task force*), in forma puntuale per le strutture tecniche regionali (es. Direzioni Regionali competenti) per le valutazioni di natura strategica e programmatoria, in forma puntuale per le Aziende Sanitarie e per Azienda Zero per le azioni di sanità pubblica e di sorveglianza, sempre nel rispetto della normativa a tutela di dati personali.

Quadro delle necessità informative

Si riportano di seguito alcuni elementi e funzionalità che è necessario considerare:

- una vista sui principali indicatori e un monitoraggio in real time dell'epidemia (es. dati di incidenza, pressione sui sistemi ospedalieri, occupazione dei posti letto, accessi al sistema di emergenza urgenza, sorveglianza sindromica);

- identificazione e definizione di popolazioni specifiche o target (es. età, condizione di fragilità o di aumentato rischio) utili per stratificazioni o per analisi specifiche;
- strumenti per effettuare simulazioni epidemiologiche sui dati reali dell'evoluzione dell'epidemia;
- strumenti per l'identificazione immediata di cluster che richiedono elevata attenzione (es. monitoraggio delle strutture residenziali per anziani o non-autosufficienti, comunità chiuse, strutture sanitarie o socio-sanitarie, aziende e realtà produttive);
- una visione dell'epidemia georeferenziata per monitorare la diffusione virale sul territorio per micro e macro aree (es. province, aziende ulss, comuni, specifiche aree di interesse);
- una mappa georeferenziata dei casi singoli o aggregati per incidenza territoriale;
- una vista dedicata sui contesti ospedalieri e sugli operatori sanitari per il monitoraggio dello stato di operatività di tutte le strutture regionali;
- dettagli sui pazienti/assistiti, differenziati per medici territoriali o medici competenti per rendere disponibile una gestione capillare territoriale;
- collegamenti con archivi e flussi già in essere per una maggiore caratterizzazione dei pazienti,
- valutazione di una sorveglianza ambientale (es. acque reflue) in relazione al tipo e alle caratteristiche dell'agente patogeno come strumento predittivo e di analisi, integrando i dati con il resto delle informazioni disponibili.

Le necessità elencate a titolo esemplificativo, e non necessariamente esaustivo, prevedono un'azione di strutturazione, analisi e approfondimento da parte di Azienda Zero (es. Servizio Epidemiologico Regionale e Registri, Sistemi Informativi) a supporto della Regione del Veneto, sia su richiesta che su iniziativa. Tali analisi devono essere condotte con tempistiche adeguate all'emergenza e alle conseguenti necessità decisionali e programmatorie.

Azienda Zero garantisce comunque la coerenza dei dati di monitoraggio tra tutte le reportistiche nonché la rappresentazione grafica degli stessi per finalità comunicative e divulgative, adattandoli al target destinatario.

Si rileva che ai fini privacy, i titolari del trattamento delle informazioni sono:

- per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione: le Aziende del Servizio Sanitario Regionale e strutture e gli attori competenti alla gestione dei soggetti;
- per le attività di governo e monitoraggio: la Regione del Veneto per le attività operative specifiche della task force a supporto dei decisori o ad eventuali unità di crisi.

Azienda Zero, in quanto gestore operativo dei software (processor) ricopre il ruolo di responsabile del trattamento, sia per conto delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e di strutture e attori competenti alla gestione dei soggetti, sia per conto della Regione del Veneto e per il supporto delle attività di governo e monitoraggio.

Documento Attuativo

INDIRIZZI REGIONALI DI ATTIVAZIONE DI ANALISI EPIDEMIOLOGICHE RETROSPETTIVE, PREDITTIVE E SUPPORTO DELLA GOVERNANCE DELL'EMERGENZA

Il presente documento è elaborato nel contesto dell'attuale fase pandemica dell'emergenza da COVID-19. Le analisi e le revisioni effettuate durante la fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica suggeriranno dei miglioramenti nei modelli e nei processi utili da aggiornare le raccomandazioni qui contenute, nell'ottica di un percorso dinamico e ciclico di preparazione e risposta alle emergenze (ciclo di preparedness).

PREMESSA

La pandemia COVID-19, causata dal virus SARS-CoV-2, ha evidenziato come un emergenza pandemica, oltre a costituire una minaccia diretta per la salute pubblica, ha importanti riflessi nel carico complessivo di salute della popolazione, sia nella fase acuta, che nella fase post acuta. Al contempo la pandemia da COVID-19 ha portato ad una riflessione sulla definizione del concetto di fragilità, intesa come patologia o condizione che aumenta la vulnerabilità dell'individuo nei confronti dell'infezione e che ne determina una specifica necessità alla tutela della propria salute. La drammatica recente esperienza della pandemia da SARS-COV-2 ha quindi portato alla luce le già note implicazioni dell'equità nella salute, dal momento che le fasce deboli della popolazione (anziani, malati cronici) sono risultate essere i target in cui l'impatto della pandemia è stato peggiore.
Per tali ragioni assume particolare rilevanza, ai fini programmatori regionali, approfondire la conoscenza delle sequele post infezione di un virus pandemico, e dell'utilizzo di risorse sanitarie ad esse associate nell'ambito delle attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria regionale.Le analisi sui flussi correnti relativi ai periodi pre e post fase acuta, possono fornire un quadro descrittivo dell'utilizzo di risorse sanitarie, dopo l'infezione, anche nella popolazione a basso rischio per forme gravi.

Tali analisi si inseriscono in quanto previsto dal "*Piano strategico operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)"* che individua, tra le principali azioni da intraprendere per prepararsi ad un'eventuale futura pandemia, la necessità di programmare adeguati strumenti per la prevenzione, l'identificazione rapida e il monitoraggio epidemico, la cura e il trattamento dei pazienti contagiati; esso, inoltre, ha lo scopo di facilitare il processo decisionale, l'uso razionale delle risorse, l'integrazione, il coordinamento degli attori coinvolti e la gestione della comunicazione.

Il "*Piano strategico operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)"* infatti prevede lo sviluppo di studi di revisione (*After Action Reviews*) per considerare in modo critico e migliorare le attività di risposta all'emergenza, secondo Metodologie *In-Action Review* (IAR) e *After-Action Review* (AAR) che risultano strumenti raccomandati dall'OMS e dall'ECDC per questo tipo di analisi.

In tale contesto infatti, il Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante le "*Indicazioni ad interim di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)*" ha individuato, all'interno del documento Programmatico di cui all'Allegato A della DGR n. 187 del 28.2.2022, nella Macroarea n. 9 "Ricerca e Sviluppo" gli elementi strategici per la programmazione delle attività di analisi finalizzata ad implementare anche la *preparedness*, quale elemento chiave per affrontare un'eventuale futura pandemia e per adeguare la pianificazione regionale post-emergenziale. **Il presente documento, in linea con quanto già approvato per l'emergenza pandemica da COVID-19 (DGR 659 del 1.6.2022), vuole quindi definire i principi generali per la programmazione di tali analisi che, in accordo con quanto previsto dal Piano regionale PanFlu 2021-23 regionale citato, sono previste dal predetto piano nella cosiddetta "fase transizione"**.

Tali analisi consentono infatti di identificare e analizzare le azioni intraprese durante i diversi momenti della risposta pandemica e identificare lezioni che possono essere apprese e che possono suggerire dei miglioramenti nei modelli e nei processi di lavoro per eventi pandemici ad elevato impatto in futuro e per rafforzare la risposta a pandemie influenzali nell'attuale e successive fasi dell'emergenza. I risultati di questi "studi di revisione" possono definire le misure necessarie a prepararsi alle future pandemie e costituire una base per l'aggiornamento di piani pandemici influenzali e di contingenza.

Tale approccio inoltre, risulta in coerenza con quanto previsto anche dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025 (DGR n. 1858 del 29.12.2021), il quale raccoglie l'esperienza maturata dalla pandemia e rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile e promuove un approccio multidisciplinare ed intersettoriale per affrontare i rischi per la salute del singolo e della collettività.

OBIETTIVI

Sarà importante valutare ed analizzare l'impatto dell'infezione sul carico assistenziale sia in fase acuta che successivamente all'infezione nella popolazione della Regione nell'ottica di fornire elementi utili ad adeguare la programmazione sanitaria regionale per gli anni futuri al fine di precisare ed identificare i bisogni di salute e le eventuali nuove esigenze di prevenzione e assistenza sanitaria post-pandemia, nell'ambito delle attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria regionale.

Obiettivi specifici

1. Valutare nella **popolazione generale**, inclusa la popolazione identificata a basso rischio per infezione severa, le sequele a medio e lungo termine dell'infezione.
2. Valutare in **specifici gruppi target di popolazione** - con particolare riferimento ai soggetti a rischio individuali dalle "*Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19*" del Ministero della Salute, l'incidenza dell'infezione e l'impatto sull'assistenza e sul ricorso alle prestazioni sanitarie e assistenziali anche a medio e lungo termine.
3. Valutare l'applicazione delle **"misure non farmacologiche"** nel contesto dell'andamento della pandemia.
4. Valutare **l'impatto delle vaccinazioni** e delle terapie farmacologiche di prevenzione ed antivirali anche per quanto concerne gli effetti a lungo termine dell'infezione nella popolazione valutando le coperture vaccinali per la specifica categoria, le classi di età e le condizioni di rischio anche in relazione alla diffusione delle varianti variali.
5. Valutare l'incidenza dei casi di infezioni (anche in relazione alla circolazione delle varianti) e di ricovero pre-vaccinazione e post-vaccinazione tra gli **operatori sanitari** delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario della Regione del Veneto, quale particolare gruppo di popolazione esposto a specifici fattori di rischio.
6. Valutare le eventuali reazioni avverse correlate alla vaccinazione.
7. Realizzazione di materiale a finalità divulgative, formative ed informative.

Tali approfondimenti sono necessari alle attività istituzionali della Regione del Veneto nell'ambito delle attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria regionale e in particolare relativamente a:

- monitoraggio dei rischi connessi all'attuale emergenza pandemica,
- programmazione per eventuali nuove ondate con particolare riferimento al periodo autunnale 2022,
- programmazione dell'assistenza sanitaria ordinaria post-pandemia al fine di ottimizzare le azioni di tutela della salute della popolazione da parte del Servizio Sanitario Regionale,
- definizione delle azioni di preparazione e risposta a future possibili pandemie in accordo con quanto previsto dal "*Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante indicazioni di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale*".

Gli esiti delle attività e delle analisi avranno quindi un impatto in termini di miglioramento dell'assistenza sanitaria regionale e serviranno a fini programmatori regionali.

PARTECIPANTI E MODALITÀ DI COORDINAMENTO

La Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria della Regione del Veneto garantirà il coordinamento strategico in coerenza con la programmazione regionale di cui in premessa nonchè le modalità di diffusione e condivisione degli esiti delle analisi. Per tali finalità Azienda Zero garantirà periodici aggiornamenti dell'avanzamento delle attività alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria.

Le attività saranno coordinate dal punto di vista operativo da Azienda Zero, quale specifica struttura tecnica individuata dalla Regione ai sensi della citata scheda 12 del Regolamento regionale nr. 1/2014, per tutte le attività operative di elaborazione, analisi e trasmissione dei dati. Le analisi, con il coordinamento operativo di Azienda Zero, vedranno il coinvolgimento:

- degli Enti e Aziende del Servizio Sanitario Regionale,
- del Gruppo di Coordinamento PanFlu,
- del Centro Regionale di Riferimento di consulenza prevaccinale e sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione (Canale Verde),
- del Centro Regionale di Farmacovigilanza della Regione del Veneto,
- dell'Unità di Biostatistica Epidemiologia e Sanità Pubblica del Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Padova.

PERIODO DI ATTUAZIONE

Le presenti valutazioni, in accordo con le strategie definite nel "*Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante indicazioni di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale*" avrà, come periodo di attuazione, il periodo di vigenza del piano stesso (2021-2023) e relative al periodo della pandemia.

TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

Saranno oggetto di trattamento da parte di Azienda Zero, quale Responsabile del trattamento, i dati personali e sanitari contenuti nei flussi di cui alla DGR 1247/2020, relativa al Sistema informativo Covid 19 e di cui alla DGR 1249/2020, relativa ai flussi informativi NSIS e regionali, cui si fa espresso rinvio, per le finalità di programmazione, gestione, controllo e valutazione della Regione, quale Titolare del trattamento dei dati.

Allo scopo, la convenzione di nomina di Azienda Zero quale responsabile del trattamento dei dati sanitari contenuti nel sistema informativo Covid 19, il cui schema è allegato alla DGR 1247/2020, si intende adeguata, rispetto alla durata del trattamento, a quanto disposto del decreto-legge 24 marzo 2022, n. 24 convertito con modificazioni, dalla legge 19 maggio 2022, n. 52 recante "Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da Covid 19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza", che all'articolo 13, comma 7, dispone che le

regioni raccolgono i dati relativi alla situazione epidemiologica determinata dalla diffusione del Sars Cov 2 anche dopo la fine dello stato di emergenza (31 marzo 2022).

L'analisi dei dati personali, nel rispetto di quanto previsto nel Regolamento Regionale n. 1 del 24.10.2014, scheda nr. 12, tiene conto di quanto ivi indicato:

Nell'ambito delle proprie funzioni istituzionali di tutela della salute dei cittadini, attraverso interventi di diagnosi, cura e riabilitazione, il Servizio Sanitario Nazionale, nelle diverse articolazioni, ha l'esigenza di svolgere attività di monitoraggio e valutazione dell'efficacia dei trattamenti sanitari erogati, di valutazione della appropriatezza e della qualità dell'assistenza, di valutazione della soddisfazione dell'utente, di valutazione dei fattori di rischio per la salute (art. 8 octies e art. 10 D. Lgs 502/92).

Il trattamento dei dati è effettuato dalla Regione […] per quanto riguarda le attività tecnico-scientifiche di supporto alle funzioni di prevenzione collettiva e di tutela della salute.

In particolare, il trattamento dei dati ha l'obiettivo di valutare e confrontare (tra gruppi di popolazione o tra strutture) l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza erogata, anche con riferimento a specifiche patologie o problematiche sanitarie e anche attraverso la caratterizzazione dell'esposizione a fattori di rischio, la ricostruzione dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali e l'analisi e il confronto degli esiti di salute; per tali scopi la Regione ha necessità di effettuare, sulla base di dati privi di elementi identificativi diretti, l'elaborazione e l'interconnessione, con modalità informatizzate, di dati personali gestiti nell'ambito dei diversi archivi del Sistema Informativo Sanitario a livello regionale […] Il trattamento avviene con dati privati degli elementi identificativi diretti. I dati provenienti dalle aziende sanitarie sono privati degli elementi identificativi diretti subito dopo la loro acquisizione […].

Tutte le azioni e le attività previste nei paragrafi precedenti saranno poste in essere nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali. Le Strutture coinvolte nei processi, pertanto, si assicureranno, anche avvalendosi della consulenza dei propri *Data Protection Officer*, che i trattamenti dati avvengano nel rispetto dei principi e delle disposizioni di cui al GDPR e al D.lgs. n. 193/2006, coordinato e aggiornato dal D.lgs. n. 101/2018.

PROPRIETA' E UTILIZZO DEI RISULTATI

I risultati delle attività messe in atto potranno essere condivisi in forma aggregata e anonimizzata per finalità di reportistica e informazione alla popolazione, nel contesto di altre attività progettuali, anche internazionali, nonchè in eventuali pubblicazioni o divulgazioni scientifiche salvo che non vi ostino ragioni inerenti al regime di segreto o di tutela della proprietà intellettuale. L'accertamento di queste ragioni e il conseguente rilascio o diniego dell'autorizzazione alla pubblicazione andrà preso in accordo con la Regione del Veneto. Qualora i risultati di tali analisi, in forma aggregata e anonimizzata, vengano utilizzati per esposizioni e congressi, convegni, seminari e simili manifestazioni, sempre e soltanto a scopi scientifici, sarà necessario informare preventivamente la Regione del Veneto - Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria e comunque a citare il provvedimento regionale nel cui ambito è stata svolta l'attività.

Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante "Indicazioni *ad interim* di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale"

Macro Area
SERVIZI SANITARI ASSISTENZIALI OSPEDALIERI E TERRITORIALI

Documenti attuativi

1. Atto di programmazione regionale che definisce le attività previste
2. Piano di aumento di capacità e di continuità dei servizi sanitari assistenziali ospedalieri e territoriali
3. Documento per l'attivazione ed il ripristino delle strutture in risposta ad un'emergenza pandemica (vedi "Piano di aumento di capacità e di continuità dei servizi sanitari assistenziali ospedalieri e territoriali").

Documento Attuativo

ATTO DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE CHE DEFINISCE LE ATTIVITÀ PREVISTE

Il presente documento è elaborato nel contesto dell'attuale fase pandemica dell'emergenza da COVID-19. Le analisi e le revisioni effettuate durante la fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica suggeriranno dei miglioramenti nei modelli e nei processi utili da aggiornare le raccomandazioni qui contenute, nell'ottica di un percorso dinamico e ciclico di preparazione e risposta alle emergenze (ciclo di preparedness).

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale
X legislatura

Proposta n. 1111 / 2020

PUNTO fs / 1 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 16/06/2020

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 782 / DGR del 16/06/2020

OGGETTO:
Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria.

a8492f64

COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Gianluca Forcolin	Assente
Assessori	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Federico Caner	Presente
	Cristiano Corazzari	Presente
	Elisa De Berti	Presente
	Elena Donazzan	Presente
	Manuela Lanzarin	Presente
	Roberto Marcato	Presente
	Giuseppe Pan	Presente
Segretario verbalizzante	Mario Caramel	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

MANUELA LANZARIN

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale
X Legislatura

OGGETTO: Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”. Attuazione delle misure in materia sanitaria.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento vengono programmate le azioni regionali attuative delle misure in materia sanitaria connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19 previste dal decreto-legge n. 34/2020 denominato “Decreto Rilancio”.

Il relatore riferisce quanto segue.

Con delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 è stato dichiarato, per sei mesi - sulla base della dichiarazione di emergenza internazionale di salute pubblica per il coronavirus (PHEIC) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 30 gennaio 2020 - lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

Molti sono gli atti che si sono susseguiti in materia, sia a livello nazionale (decreti-legge, decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, ordinanze del Ministero della Salute, ordinanze del Capo Dipartimento della Protezione Civile) che regionale, che hanno disposto una riorganizzazione dell’assistenza sanitaria finalizzata a fronteggiare l’emergenza COVID-19.

In campo sanitario, la Fase 1, legata alla gestione dell’emergenza e in considerazione del probabile evolversi del rischio epidemiologico, è stata caratterizzata dalla predisposizione di interventi finalizzati a riorientare l’offerta di servizi sanitari e sociosanitari per contrastare la crescita dell’infezione sul territorio regionale. Il decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, si colloca in tale fase del contesto emergenziale, e prevede diverse misure di potenziamento del servizio sanitario nazionale finalizzate a contenere gli effetti negativi dell’emergenza epidemiologica COVID-19.

La Fase 1 ha visto l’adozione di misure finalizzate a potenziare il servizio sanitario nazionale sia a livello ospedaliero che territoriale, sia, parallelamente a tale potenziamento, con riguardo alle risorse umane, garantendo ai servizi sanitari regionali un reclutamento straordinario di risorse professionali mediche e sanitarie, indispensabili per garantire i livelli essenziali di assistenza. Caratteristiche di questa fase sono stati gli interventi di distanziamento sociale, la sorveglianza attiva degli operatori e della popolazione, il potenziamento della gestione domiciliare dei casi positivi, l’incremento dei servizi di degenza soprattutto intensiva, il reperimento e la distribuzione dei dispositivi di protezione individuale, l’adozione degli schemi terapeutici e farmacologici che presentano evidenze cliniche, l’attivazione di flussi informativi tempestivi e dedicati al sistema delle decisioni, la gestione coordinata delle comunicazioni.

A livello regionale, in relazione all’emergenza in atto e alle indicazioni ministeriali, con deliberazione n. 344 del 17 marzo 2020 è stato approvato il “Piano Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica”. Il Piano ha l’obiettivo primario ed urgente di interrompere la catena di trasmissione del virus attraverso un’importante riorganizzazione delle attività dei dipartimenti di prevenzione delle aziende ulss per favorire la ricerca puntuale e sistematica di tutti i casi confermati, intensificare le conseguenti inchieste epidemiologiche ed intervenire con le disposizioni di isolamento domiciliare fiduciario e quarantena, in linea con le indicazioni ministeriali.

8e4cbcdf

Allo stesso tempo, il 15 marzo 2020 è stato elaborato e approvato dall'Unità di Crisi istituita con Decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21 febbraio 2020 il Piano di Emergenza COVID-19 del Veneto, preparando l'intero sistema sanitario all'ipotesi di maggior pressione possibile. E' stato disposto, nella fase iniziale, un incremento dell'offerta di posti letto aggiuntivi, potenziando la capacità degli ospedali Hub e attrezzando ulteriori posti letto di area intensiva e semintensiva respiratoria, ritenendo di fondamentale importanza la presenza di questi ultimi al fine di consentire la corretta selezione dei pazienti da destinare all'assistenza intensiva e di malattie infettive.

Inoltre, è stata rimodulata l'offerta ospedaliera prevedendo l'individuazione di ospedali interamente dedicati all'esclusiva gestione di pazienti COVID-19.

Di seguito, e in considerazione dell'efficacia ed efficienza delle azioni intraprese con tale Piano, è stata approvata la deliberazione n. 552 del 5 maggio 2020, di approvazione del Piano emergenziale ospedaliero, per definire la risposta ad eventi epidemici, garantendo la disponibilità di posti letto con contestuale potenziamento degli stessi.

Nella gestione dell'emergenza, ha assunto e assume a tutt'oggi una grande importanza l'assistenza domiciliare per tutti i casi che non necessitano di ricovero, al fine di non aggravare inappropriatamente i pronto soccorsi nella gestione delle emergenze ed urgenze. In tale ambito, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) sono di rilevanza strategica per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19.

Ancora, in considerazione della situazione sanitaria e nell'ottica dell'erogazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza, al fine di limitare il rischio di contagio oltre che di offrire un supporto ai servizi di assistenza primaria per monitoraggio, cura, riabilitazione e prevenzione secondaria nei confronti di persone fragili o affette da patologie croniche, con deliberazione n. 568 del 5 maggio 2020, è stata riconosciuta agli enti del servizio sanitario regionale la possibilità di erogare servizi di assistenza sanitaria in modalità di telemedicina, secondo le Linee di indirizzo nazionali di cui all'Intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e province autonome sancita in data 20 febbraio 2014 (repertorio atti n.16/CSR).

Sono state altresì implementate azioni sui sistemi informativi per gestire l'emergenza COVID-19, al fine di soddisfare i bisogni conoscitivi che permettano ai soggetti attori di governare l'epidemia avendo i dati necessari a disposizione.

Parallelamente alle azioni di potenziamento e riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale messe in campo e all'evolversi dell'emergenza sanitaria, le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale sono stati autorizzati ad incrementare le dotazioni del personale sanitario.

Infine, con riferimento al settore farmaceutico, sono state adottate misure di riorganizzazione del sistema di prescrizione e distribuzione dei farmaci e dell'assistenza integrativa al fine di ridurre quanto più possibile i contatti tra le persone e gli accessi alle strutture ospedaliere.

La Fase 2, contraddistinta da un progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale, è orientata alla progressiva normalizzazione degli interventi e coincide con la ripresa dell'attività sanitaria ordinaria e programmata. Caratteristiche di questa fase sono il progressivo riassorbimento della capacità produttiva attivata, il potenziamento degli screening sulla popolazione e la sorveglianza attiva, il mantenimento di sistemi di protezione individuale e collettiva. Parallelamente, sono adottate misure di rafforzamento strutturale delle strutture sanitarie operanti sul territorio al fine di rendere i servizi di prevenzione e di

8e4cbcdf

assistenza pronti ad individuare, circoscrivere e gestire eventuali recrudescenze epidemiche (isolamento dei casi e dei contatti stretti), nonché misure di implementazione dell'assistenza domiciliare.

In tal senso, è stato emanato il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 denominato "Decreto Rilancio", che si pone in linea di continuità con quanto disposto dal decreto-legge 18/2020 e con le azioni regionali finora intraprese e con il quale, sempre per quanto riguarda la materia della salute - comprensiva quindi della prevenzione, dell'assistenza, della cura dei cittadini siano essi minori o adulti, portatori di una o più patologie, persone/anziani non autosufficienti, portatori di disabilità psichica, ed altro – sono state dettate le disposizioni il cui ambito di applicazione soggettivo sono i ministeri interessati, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti del servizio sanitario nazionale.

In particolare, si evidenziano di seguito gli articoli del decreto-legge che prevedono le misure che regioni, province autonome ed enti del servizio sanitario nazionale dovranno o, nei casi di disposizioni autorizzative come per esempio quelle riguardanti l'incremento di spesa per il personale, potranno implementare.

L'articolo 1 detta le disposizioni in materia di riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Al fine di rafforzare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2, soprattutto in questa fase di progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale, per l'anno 2020 le regioni e le province autonome sono chiamate ad adottare piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale. L'obiettivo è quello di implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, di monitoraggio e sorveglianza della circolazione del virus, dei casi confermati e dei loro contatti al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai oltre ad assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario.
I predetti piani assistenziali sono recepiti nei programmi operativi regionali per la gestione dell'emergenza COVID-19 previsti dall'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 18/2020 e devono contenere specifiche misure di identificazione e gestione dei contatti, di organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale, indirizzate a un costante monitoraggio e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell'isolamento e del trattamento.
Le regioni devono inoltre organizzare le attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture residenziali.

Inoltre lo stesso articolo prevede:

- l'incremento delle azioni terapeutiche ed assistenziali a livello domiciliare, sia per l'assistenza connessa all'emergenza epidemiologica sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o quarantenati nonché per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità;
- il rafforzamento dei servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità;
- la garanzia di una più ampia funzionalità delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), con il coinvolgimento anche dei medici specialisti ambulatoriali interni;
- la possibilità per aziende ed enti del servizio sanitario nazionale di conferire incarichi di lavoro autonomo a professionisti del profilo di assistente sociale a supporto delle USCA;
- l'attivazione di centrali operative regionali con funzione di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza -urgenza, anche mediante sistemi informativi e di telemedicina;
- la possibilità dell'incremento della spesa di personale anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente.

L’articolo 2 detta disposizioni di riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19.

In particolare, le regioni e le province autonome, al fine di rafforzare strutturalmente il servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso, garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus SARS-CoV-2, ai suoi esiti e a eventuali accrescimenti improvvisi della curva epidemica.
La disposizione prevede per ciascuna regione e provincia autonoma un incremento strutturale dei posti letto di terapia intensiva determinando una dotazione pari a 0,14 posti letto per mille abitanti.
I piani di riorganizzazione sono approvati dal Ministero della Salute secondo la metodologia di cui al comma 8 del medesimo articolo e sono recepiti nei programmi operativi di cui all’articolo 18, comma 1, del decreto-legge 18/2020.

Ulteriori disposizioni inoltre prevedono:

- la programmazione da parte di regioni e province autonome di una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. In relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50 per cento dei posti letto di cui al presente comma, si prevede la possibilità di immediata conversione in posti letti di terapia intensiva;
- la disponibilità, fino al 31 dicembre 2020 e per un periodo massimo di 4 mesi dalla data di attivazione, di 300 posti letto di terapia intensiva, suddivisi in 4 strutture movimentabili, ciascuna delle quali dotata di 75 posti letto, da allocare in aree attrezzabili preventivamente individuate da parte di ciascuna regione e provincia autonoma;
- il consolidamento strutturale della separazione dei percorsi nelle strutture ospedaliere che prevedano unità assistenziali in regime di ricovero per pazienti affetti da COVID-19, la ristrutturazione dei Pronto Soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi, in attesa di diagnosi;
- l’implementazione dei mezzi di trasporto dei servizi di emergenza ed urgenza;
- la remunerazione delle prestazioni correlate alle particolari condizioni di lavoro del personale dipendente delle aziende ed enti del servizio sanitario nazionale;
- l’incremento di spesa per il personale in conseguenza del potenziamento delle terapie intensive e sub intensive nonché della rete di emergenza territoriale - entro un limite massimo - anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia;
- la possibilità del Commissario Straordinario per l’attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell’emergenza COVID-19 di delegare l'esercizio dei poteri a lui attribuiti per l’attuazione del piano di riorganizzazione a ciascun Presidente di regione o di provincia autonoma che agisce conseguentemente in qualità di commissario delegato;
- procedure semplificate per la realizzazione di opere edilizie strettamente necessarie a perseguire le finalità connesse alle disposizioni dell’articolo in questione.

L’articolo 3 disciplina gli incarichi individuali a tempo determinato che, ai sensi dell'articolo 2-ter del decreto legge 18/2020, le aziende ed enti del servizio sanitario nazionale possono conferire al personale delle professioni sanitarie e agli operatori socio-sanitari, prevedendo tra i soggetti destinatari anche i medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e penultimo anno di corso della scuola di specializzazione per la durata di 6 mesi.

8e4cbcdf

L’articolo 4 detta le misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID-19.

Per far fronte all'emergenza epidemiologica COVID-19, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri 31 gennaio 2020, la disposizione, integrando e completando quanto proposto con l’articolo 32 del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23, riconosce alle strutture private una specifica funzione assistenziale, in deroga ai vincoli e limiti previsti dalla normativa vigente, per i maggiori costi correlati all’allestimento dei reparti e alla gestione dell’emergenza COVID-19, e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID-19. La disciplina viene estesa anche alle strutture pubbliche che concorrono al potenziamento delle rete emergenziale COVID-19, compatibilmente con il fabbisogno sanitario riconosciuto per l’anno 2020.
Le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario sopra indicati sono stabilite con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa Intesa con la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

L’articolo 5 prevede un incremento delle borse di studio degli specializzandi attraverso un’ulteriore spesa di 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021 e di 109,2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2022, 2023 e 2024.

L’articolo 8 proroga la validità delle ricette limitative dei farmaci classificati in fascia A per:

- i pazienti già in trattamento con medicinali classificati in fascia A soggetti a prescrizione medica limitativa ripetibile e non ripetibile (RRL e RNRL), di cui agli articoli 91 e 93 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, non sottoposti a Piano Terapeutico o Registro di monitoraggio AIFA, nei casi in cui sia prevista dalla regione o dalla provincia autonoma competente una modalità di erogazione attraverso la distribuzione per conto (DPC);
- i pazienti già in trattamento con i medicinali di cui al punto che precede, con ricetta scaduta e non utilizzata.

Lo stesso articolo detta inoltre disposizioni relative alla validità delle nuove prescrizioni da parte del centro o dello specialista dei medicinali di cui al comma 1 e definisce le condizioni per le quali non si applica la proroga automatica.

L’articolo 9 dispone la proroga piani terapeutici che includono la fornitura di ausili, dispositivi monouso e altri dispositivi protesici, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, per incontinenza, stomie e alimentazione speciale, laringectomizzati, per la prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee, per patologie respiratorie e altri prodotti correlati a qualsivoglia ospedalizzazione a domicilio, in scadenza durante lo stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei Ministri in data 31 gennaio 2020. Prevede, altresì, che le regioni e le province autonome adottino procedure accelerate ai fini delle prime autorizzazioni dei nuovi piani terapeutici.

L’articolo 11 introduce misure urgenti in materia di Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), modificando parzialmente quanto disposto dall'articolo 12 del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221.

L’insieme delle nuove disposizioni introdotte riguardano i seguenti ambiti:

8e4cbcdf

- l’estensione dei contenuti del FSE, che comprende anche le prestazioni erogate al di fuori del servizio sanitario nazionale;
- l’alimentazione e l’accesso anche da parte degli esercenti le professioni sanitarie;
- l’alimentazione del FSE anche su iniziativa dell’assistito con i dati medici in suo possesso;
- una nuova disciplina del consenso, che riguarda solo la consultazione dei dati e documenti presenti nel FSE;
- l’istituzione dell’Anagrafe nazionale dei consensi, dell’Indice nazionale dei documenti dei FSE, la realizzazione del Portale Nazionale FSE;
- l’implementazione delle informazioni contenute nel Sistema Tessera Sanitaria disponibile sul FSE.

L’articolo 12 delinea un’accelerazione nella trasmissione al Sistema Tessera Sanitaria dei dati relativi all’avviso di decesso, alla denuncia della causa di morte, all’attestazione di nascita, alla dichiarazione di nascita da parte delle strutture sanitarie, dei medici, dei medici necroscopi o altri sanitari delegati.

Alla luce di quanto finora esposto, con il presente provvedimento si propone di approvare, quali adempimenti previsti dal decreto-legge n. 34/2020 in materia sanitaria, i seguenti documenti, parti integranti del presente atto:

- Piano di potenziamento dell’assistenza territoriale, di cui all’**Allegato A;**
- Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione di cui all’**Allegato B**;
- Sorveglianza strutture residenziali per non autosufficienti di cui all’**Allegato C**;
- Determinazione del fabbisogno, acquisizione di risorse umane e incentivi al personale di cui all’**Allegato D**;
- Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 di cui all’**Allegato E**;
- Misure urgenti per l’avvio di specifiche funzioni assistenziali per l’emergenza COVID-19 di cui all’**Allegato F**;
- Assistenza Farmaceutica di cui all’**Allegato G**;
- Attuazione degli articoli 11 e 12 decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 di cui all’**Allegato H**;
- Sistema informativo COVID-19 di cui all’**Allegato I** .

Si rappresenta infine che il decreto-legge 34/2020 ha provveduto alla definizione degli incrementi del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, al fine di dare concreta attuazione alle disposizioni in esso contenute.

In particolare, l’Allegato A al decreto-legge medesimo assegna al Veneto, per l’anno 2020, l’importo di euro 100.447.241 per l’attuazione dell’articolo 1 (commi 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, e 9). L’Allegato B, relativo alla spesa per il personale territoriale, assegna al Veneto, per l’anno 2020, l’importo di euro 72.032.652 e a decorrere dall’anno 2021 l’importo di euro 77.903.228. l’Allegato D, per le norme relative all'assistenza ospedaliera, assegna al Veneto, per l’anno 2020 l’importo di euro 101.544.271.

Tutto ciò premesso si propone, infine, di incaricare le Direzioni afferenti all'Area Sanità e Sociale dell’esecuzione di quanto disposto con il presente provvedimento per le parti di rispettiva competenza.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente

8e4cbcdf

legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

Vista la delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020;
Visto il decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27;
Visto il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34;
Visto il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023;
Vista la deliberazione n. 344 del 17 marzo 2020;
Vista la deliberazione n. 552 del 5 maggio 2020;
Vista la deliberazione n. 568 del 5 maggio 2020;
Visto l'articolo 2, comma 2, della legge regionale 31 dicembre 2012, n. 54;

DELIBERA

1. di approvare le disposizioni ed i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
2. di approvare i documenti **Allegati A, B, C, D, E, F, G, H, I** che costituiscono parte integrante del presente provvedimento;
3. di disporre che il presente provvedimento si intende sostitutivo di precedenti indicazioni temporali di attuazione dei posti letto;
4. di dare atto che quanto previsto dal presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale;
5. di informare la Quinta Commissione consiliare del presente provvedimento;
6. di incaricare le Direzioni afferenti all'Area Sanità e Sociale dell'esecuzione di quanto disposto con il presente provvedimento per le parti di rispettiva competenza;
7. di pubblicare la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
f.to - Avv. Mario Caramel -

REGIONE DEL VENETO

DECRETO RILANCIO - D.L. n. 34 del 19/5/2020

PIANO DI POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Art. 1 – Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale

- Implementare ***l'assistenza domiciliare*** per garantire la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti, nonché affette da COVID-19, potenziando anche il servizio di assistenza infermieristica sul territorio.
- Garantire una più ampia funzionalità delle ***Unità Speciali di Continuità Assistenziale*** di cui all'articolo 4-bis del D.L. n. 18 del 17/03/2020.
- Garantire il coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, avvalendosi di ***centrali operative*** con funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.
- Attivare una funzione di ***coordinamento e comunicazione unitaria***, anche telefonica, a servizio dei MMG, PLS, MCA e loro aggregazioni, il SISP e servizi territoriali, per individuare il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio assicurando un coordinamento unitario.
- Sviluppare la figura dell'***infermiere di famiglia o di comunità***.

Potenziamento dell'assistenza domiciliare (Art. 1, commi 3 e 4)

Programmazione regionale: elementi principali

La Regione Veneto da anni promuove uno sviluppo pianificato ed omogeneo delle cure domiciliari su tutto il territorio regionale, attraverso un'organizzazione che garantisca la continuità dell'assistenza, consolidando le esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia, valorizzando il ruolo dell'infermiere quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo, responsabilizzando e coinvolgendo la famiglia/caregivers nell'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato.

La riorganizzazione avviata dal 2017 (DGR n. 1075/2017) ha posto come obiettivi strategici:

1. la presenza di personale infermieristico 7 giorni su 7, nella fascia oraria compresa tra le ore 07:00 e le ore 21:00, con una pianificazione degli accessi domiciliari sviluppata nell'arco dell'intera settimana;
2. la contattabilità del personale infermieristico per la ricezione delle richieste assistenziali dei pazienti già in carico al servizio stesso ed eventuale attivazione degli infermieri dell'area di competenza, 7 giorni su 7, dalle ore 07:00 alle ore 21:00;
3. l'individuazione di un unico numero telefonico di riferimento a livello di Azienda ULSS per

bf5a9448

favorire e semplificare la contattabilità degli operatori dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) da parte del paziente, della sua famiglia, del Medico di Medicina Generale, del Medico di Continuità Assistenziale e dei diversi professionisti coinvolti nella presa in carico;

4. l'integrazione funzionale con i Medici di Medicina Generale e con i Medici di Continuità Assistenziale, pianificando le attività infermieristiche domiciliari in modo che gli assistiti afferenti ad una stessa forma associativa della medicina generale (sia essa medicina di Rete, di Gruppo o Medicina di Gruppo Integrata) abbiano come riferimento un'unica équipe ADI;
5. la garanzia della continuità dell'assistenza in modo che i Medici di Continuità Assistenziale ricevano, con modalità conformi alle disposizioni in tema di tutela della privacy, la lista aggiornata e le informazioni utili sui pazienti afferenti al territorio di propria competenza e già in carico al servizio ADI;
6. la definizione e formalizzazione di procedure organizzativo/assistenziali aziendali relativamente:
   - all'inserimento e affiancamento del nuovo personale nell'equipe ADI;
   - all'attivazione della presa in carico del paziente ADI;
   - alla definizione del Piano Assistenziale Integrato;
   - alla gestione dei problemi di salute e dei bisogni assistenziali della persona;
   - alla formazione all'educazione terapeutica e addestramento della famiglia/caregiver;
   - alla valutazione periodica dell'appropriatezza della presa in carico dei pazienti, con valutazione degli esiti in termini di efficacia/efficienza degli interventi.

Stato dell'arte

Tabella 1 *- Caratteristiche dell'Assistenza Domiciliare Integrata, per Azienda ULSS*

Cure domiciliari	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9
% Copertura oraria (presenza) *Standard previsto: (7/7 gg dalle 7:00 alle 21:00)*	93%	100%	93%	100%	100%	79%	100%	67%	80%
% Attività ADI da internalizzare *(ossia esternalizzazione presente)*	Dist. 1: 82% Dist. 2: 0%	Dist. 1: 43% Dist. 2: 41% Dist. 3: 0% Dist. 4: 0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Dist. 1: 64% Dist. 2: 50% Dist. 3: 0% Dist. 4: 69%
Cartella ADI Unica aziendale	SI	SI	Dist. 1: NO Dist. 2: NO Dist. 3: SI Dist. 4: NO	SI	SI	SI	SI	Dist. 1 NO Dist. 2: SI	SI
Cartella ADI informatizzata	NO	SI	NO	SI	NO	SI	Dist. 1: NO Dist. 2: SI	NO	NO

Dati dichiarati dalle Aziende ULSS al 31/12/2019 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

bf5a9448

Elementi di sviluppo: disposizioni

- Le Aziende ULSS provvedono al completamento del processo di internalizzazione dell'attività delle cure domiciliari, quale obiettivo strategico regionale.
- I Distretti provvedono ad implementare le attività di Assistenza Domiciliare Integrata, o equivalenti, per i pazienti in isolamento per COVID-19 anche ospitati presso le Residenze Sanitarie Assistite, oltre che per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti e, in generale, per le situazioni di fragilità.
- Dovranno essere messi a disposizione adeguati kit di monitoraggio dei pazienti al domicilio o presso le Residenze Sanitarie Assistite, quali apparecchiature per il monitoraggio della saturimetria, anche attraverso le App di telefonia mobile, al fine di garantire un costante monitoraggio della saturazione di ossigeno dell'emoglobina. Dovrà, altresì, essere garantita adeguata attrezzatura diagnostica (termometro a distanza, misuratore di P.A., ecografi ed ECG portatili) ed ogni altro presidio medico necessario, ivi compresi i farmaci di urgenza.
- L'attività infermieristica domiciliare dovrà integrarsi funzionalmente all'attività delle U.S.C.A. come descritto a seguito nel modello di presa in carico della cronicità previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con la L.R. n. 48/2018.
- Sul territorio regionale, nell'ambito dello sviluppo dell'informatizzazione, si prevede il completamento della realizzazione della cartella del paziente ADI unica e informatizzata.

Le Cure domiciliari afferiscono alla Unità Operativa Cure primarie del Distretto.

bf5a9448

Unità Speciali di Continuità Assistenziale (Art. 1, comma 6)

Programmazione regionale: elementi principali

Nella fase di gestione COVID-19 le U.S.C.A. garantiscono l'assistenza al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, ivi compresi la somministrazione ed il monitoraggio delle terapie a domicilio.

Il concetto di gestione domiciliare si intende esteso anche alle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) o strutture di ricovero intermedie, pertanto le U.S.C.A potranno fungere da supporto anche nella gestione dell'emergenza connessa agli ospiti/pazienti ricoverati nelle RSA/Ospedali di Comunità, per i quali è necessario attivare una stretta sorveglianza e monitoraggio.

Dimensione e composizione delle U.S.C.A

Sono attivate preferibilmente presso sedi di Continuità Assistenziale già esistenti, con un bacino di riferimento indicativamente di 50.000 abitanti, attive sette giorni su sette, dalle ore 8:00 alle ore 20:00. Nell'ottica di favorire l'integrazione e la funzionalità operativa con i Medici di Medicina Generale (MMG)/Pediatri di Libera Scelta (PLS) ed assicurare un riferimento continuativo ai pazienti, si conviene di suddividere il bacino in sotto ambiti di circa 8.500 assistiti in modo che ad uno stesso gruppo di MMG possa essere collegato sempre uno stesso medico dell'U.S.C.A. In questo modo ogni U.S.C.A. potrà fare riferimento ad un gruppo indicativo composto da 5-8 MMG.

In conformità alla normativa vigente, possono far parte dell'U.S.C.A:

- i medici titolari e i sostituti di Continuità Assistenziale;
- i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale regionale;
- i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza.

Nelle attività dell'U.S.C.A. possono essere coinvolti i medici di Specialistica Ambulatoriale Interna.

Presa in carico pazienti sospetti/confermati COVID-19

I MMG, mediante la sorveglianza sanitaria attiva operata con triage telefonico di iniziativa, comunicano il nominativo e l'indirizzo dei pazienti all'U.S.C.A (di proprio riferimento) che opera per valutazioni dei soggetti con sintomatologia che devono essere considerati come sospetti casi COVID-19 o che sono COVID-19. Al momento dell'attivazione il MMG fornirà al medico dell'U.S.C.A. tutte le necessarie informazioni cliniche e anamnestiche del paziente.

Gestione visite domiciliari

Per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 è necessario che i medici dell'U.S.C.A lavorino in stretta integrazione con i MMG afferenti alla stessa al fine di assicurare la necessaria continuità dell'assistenza. Pertanto, ciascuna Unità Operativa di Cure Primarie è tenuta ad

bf5a9448

individuare esattamente l'afferenza di ciascun MMG ad una unica U.S.C.A., prevedendo che ad uno stesso gruppo di MMG possa essere collegato sempre uno stesso medico dell'U.S.C.A.

L'attività domiciliare dei medici dell'U.S.C.A. verrà effettuata con accesso congiunto con un infermiere delle Cure Domiciliari del Distretto o della Medicina di Gruppo Integrata qualora insista nel bacino di riferimento. L'accesso congiunto è da preferirsi in quanto permette il supporto e la supervisione per le manovre di vestizione/svestizione dei DPI e l'immediata esecuzione di eventuale attività infermieristica necessaria.

Il medico dell'U.S.C.A. potrà, prima di effettuare l'intervento, contattare telefonicamente il paziente da visitare per verificarne le condizioni di salute e programmare l'intervento.

Spetterà al medico dell'U.S.C.A., adeguatamente formato, decidere, in base alle richieste ricevute e a quelle eventualmente rimaste inevase nei giorni precedenti quali priorità assegnare all'attività.

Al termine di ogni visita domiciliare, il medico dell'U.S.C.A. dovrà compilare apposita modulistica (meglio se informatizzata) con cui comunicare al MMG l'esito dell'intervento effettuato.

Durante la visita domiciliare è possibile utilizzare un dispositivo elettronico per effettuare una videochiamata con il MMG, qualora ritenuto necessario.

Il medico dell'U.S.C.A., in base al quadro clinico evidenziato ed in accordo con il MMG, potrà disporre la permanenza al domicilio con supporto terapeutico o il ricovero in caso di necessità di ulteriore approfondimento diagnostico o di condizioni cliniche critiche, con attivazione del 118.

Analoghe modalità organizzative dovranno essere implementate per i pazienti COVID-19 all'interno di RSA o strutture di ricovero intermedie.

Sedi e dotazioni

I medici dell'U.S.C.A. per lo svolgimento delle specifiche attività devono essere dotati di ricettari del SSN, inoltre i medici e tutto il personale delle U.S.C.A. devono essere dotati di idonei dispositivi di protezione individuale come previsti dalle procedure regionali. È, pertanto, compito delle Aziende ULSS provvedere alla fornitura di un numero adeguato di kit DPI e al rifornimento delle scorte che devono essere disponibili ad ogni inizio turno.

Le Aziende ULSS provvederanno a garantire adeguata attrezzatura diagnostica ed ogni altro presidio medico necessario per gli interventi.

Le Aziende ULSS individuano i locali preposti ad accogliere le U.S.C.A., con almeno un ambiente dedicato alla vestizione/svestizione e un altro ambiente da utilizzarsi come ufficio per attività di documentazione-postazione per comunicazione informatica e per lo stazionamento.

Le sedi devono, altresì, essere dotate dei corretti sistemi di smaltimento di rifiuti, nonché essere garantite accurate opere di pulizia delle superfici ambientali con acqua e detergente seguita dall'applicazione di disinfettanti comunemente usati a livello ospedaliero.

Le Aziende ULSS garantiscono ai medici operanti nelle U.S.C.A. i mezzi idonei per gli spostamenti nell'espletamento dell'incarico prevedendo la sanificazione accurata dell'auto con opportuni disinfettanti dopo ogni intervento.

bf5a9448

Stato dell'arte

Tabella 2 *- N. USCA programmate e N. USCA attivate (e relativi medici) per Azienda ULSS*

USCA	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	TOTALE RV
N. USCA programmate	4	16	12	4	4	20	8	10	19	97
N. USCA attivate	2	4	12	3	1	11	4	3	11	51
%	*50%*	*25%*	*100%*	*75%*	*25%*	*55%*	*50%*	*30%*	*58%*	*53%*
Fabbisogno medici USCA	32	128	78	9	27	118	50	76	101	619
N. medici USCA incaricati	5	22	26	8	4	98	15	20	30	228
%	*16%*	*17%*	*33%*	*89%*	*15%*	*83%*	*30%*	*26%*	*30%*	*37%*
N. pazienti in carico	294	114	45	6	0	9	173	438	279	1.358
di cui n. pazienti in carico in RSA	*157*	*41*	*26*	*0*	*0*	*0*	*54*	*51*	*38*	*367*

Rilevazione al 19/05/2020 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

Elementi di sviluppo: disposizioni

- Fino al 31/12/2020 si estende l'attività delle U.S.C.A. anche ai pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti che a seguito dell'emergenza in corso costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione. Le attività dell'U.S.C.A. dovranno, pertanto, integrarsi funzionalmente con l'attività infermieristica domiciliare, come descritto a seguito nel modello di presa in carico della cronicità previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con la L.R. n. 48/2018.
- Inoltre l'attività delle U.S.C.A. potrà essere integrata coinvolgendo anche i medici Specialisti Ambulatoriali Interni nell'ottica di costituire i team multiprofessionali previsti dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con la L.R. n. 48/2018.
- A supporto dell'attività delle U.S.C.A., ai fini di favorire la valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e l'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari territoriali, le Aziende ULSS possono conferire (in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165) fino al 31 dicembre 2020, incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a professionisti del **profilo di assistente sociale**, regolarmente iscritti all'albo professionale, **secondo uno standard non superiore ad un assistente sociale ogni due U.S.C.A. per un monte ore settimanale massimo di 24 ore**.
- **L'U.S.C.A. afferisce all'UOC Cure primarie del Distretto di competenza, pertanto, ogni Distretto provvederà, per il tramite della UOC Cure primarie, a trasmettere alla Regione una relazione ed apposita rendicontazione trimestrale dell'attività di ciascuna U.S.C.A., comprensiva del numero di pazienti presi in carico e delle attività svolte**

bf5a9448

- A supporto delle attività dei MMG/PLS e delle U.S.C.A, valutate le singole condizioni relazionali, abitative e sociali, qualora le medesime non risultino idonee a garantire l'isolamento, i Distretti in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione, dovranno adottare specifici protocolli con i servizi sociali delle Amministrazioni comunali e le Associazioni di volontariato, al fine di definire tutte le misure necessarie per assicurare la massima tutela e il supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver.

Le U.S.C.A. afferiscono alla Unità Operativa Cure primarie del Distretto.

bf5a9448

Centrali operative (Art. 1, comma 8)

Programmazione regionale: elementi principali

La Centrale Operativa Territoriale (COT) garantisce e coordina la presa in carico, da parte dell'Azienda ULSS, dei pazienti "fragili", intercettando i bisogni di cure e/o di assistenza, garantendo la continuità mediante l'interazione con l'Ospedale, con le strutture di ricovero intermedie (Hospice, Ospedale di Comunità, Unità Riabilitativa Territoriale), con le strutture residenziali, con i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, con i Medici di Continuità Assistenziale, con le equipe delle cure domiciliari e delle cure palliative, con la Centrale Operativa del Suem 118.

La COT riveste un ruolo importante in questo contesto in quanto conosce le risorse, i servizi, la loro interrelazione, i processi, le modalità di attuazione e il monitoraggio e, pertanto, interviene nelle situazioni di varianza artificiale, rendendo operativi i percorsi. Peraltro la valenza della tracciabilità degli interventi si esplica non solo nel sapere chi fa che cosa all'interno del processo in un determinato momento, ma anche nel garantire trasparenza alle azioni svolte sul e con l'assistito.

Nello specifico le funzioni fondamentali assegnate alla COT sono (DGR n. 1075/2017):

- raccogliere i bisogni espressi/inespressi, di carattere sanitario/sociale/socio-sanitario, indipendentemente dal setting assistenziale e trasmettere le informazioni utili a garantire le transizioni protette;
- mappare costantemente le risorse della rete assistenziale;
- coordinare le transizioni protette (intra ed extra Azienda ULSS), per le quali non esistono già percorsi strutturati, con la possibilità di entrare provvisoriamente in modo operativo nel processo, facilitandone una definizione condivisa;
- garantire la tracciabilità dei percorsi attivati sui pazienti segnalati, offrendo trasparenza e supporto nella gestione delle criticità di processo ai soggetti della rete;
- facilitare la definizione/revisione di PDTA/procedure/modalità operative aziendali, anche alla luce delle criticità riscontrate nel corso del monitoraggio dei percorsi attivi.

Ne discende che gli interventi tipici della COT sono:

- coordinare la transizione (dimissione) dei pazienti ricoverati in ospedale verso il trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale o domiciliare protetto;
- coordinare la presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali;
- coordinare la transizione (ammissione/dimissione) dei pazienti ricoverati presso le strutture di ricovero intermedie e sorvegliarne la presa in carico.

Nell'emergenza COVID-19 ha rappresentato il nodo di rete che ha consentito l'integrazione tra le varie strutture aziendali, facilitando la connessione dei vari processi, elemento strategico per la coordinazione oltre che per la tracciabilità dei vari processi.

bf5a9448

Stato dell'arte

Tabella 3 *- N. COT e relative caratteristiche, per Azienda ULSS*

COT	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9
N. COT Attive	**2**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
Orario attività n. ore/sett.li	**Belluno:** ***Lun – ven*** *7.30 – 16.30* **Feltre:** ***Lun – ven*** *7-19,* ***Sabato*** *8-13*	***lun - ven*** *8 – 16*	***Lun – ven*** *8-16* ***Sabato*** *8-14*	***Lun – Dom*** *7-20* ***domenica in pronta disponibilità***	***lun-ven*** *8-17*	***Lun – sab*** *7.30-19.30*	***Lun - ven*** *8-18*	***Lnu – ven*** *8 -16*	***Lun – ven*** *8-19* ***Sabato*** *8-13*
Aumento orario attività a supporto emergenza COVID-19	**SI**	**NO**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**	**SI**
Funzione a supporto emergenza COVID-19	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

Rilevazione al 25/05/2020 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

Elementi di sviluppo: disposizioni

- Si conferma il ruolo di coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, svolto dalle COT quale raccordo con tutti i servizi, anche mediante l'utilizzo di strumenti informativi. Più precisamente **la COT deve costituire il luogo di coordinamento della gestione delle transizioni ed il punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione.**
- La COT dovrà essere unica per ogni Azienda ULSS, fermo restando la possibilità di organizzarla in sub-articolazioni, e **dovrà essere coordinata da un Coordinatore infermieristico**.
- L'orario di attività della COT dovrà essere di norma analoga alla copertura oraria assicurata per l'ADI infermieristica, ossia dalle ore 7:00 alle pre 21:00 per 7 giorni su 7. Conseguentemente la dotazione organica andrà commisurata all'orario di funzionamento ed alla complessità dell'attività volta.
- La COT dovrà essere in grado di fornire il necessario supporto informativo sia ai MMG/PLS che ai diversi operatori del sistema, fornendo risposte direttamente o indirizzando le richieste al servizio di competenza, avendo cura di assicurarsi che le stesse vengano compiutamente evase.
- Nello specifico, con riferimento all'emergenza COVID-19, le attività garantite dalla COT possono riguardare:

bf5a9448

- verifica dell'esecuzione del tampone a pazienti dimessi verso RSA/strutture intermedie e verso il proprio domicilio, verificando che l'esito sia stato comunicato al MMG/PLS, all'ADI e/o ai vari servizi coinvolti nella presa in carico (es. cure palliative, ecc.);
- verifica dell'esecuzione dei tamponi prima dell'ingresso nelle strutture residenziali o comunque prima delle transizioni rilevanti;
- garanzia di informazione strutturata con avviso di dimissione da area COVID-19 al MMG e ai servizi territoriali di competenza (es. ADI, cure palliative, ecc.);
- supporto alla gestione delle dimissioni/ammissioni o trasferimenti di pazienti COVID-19 verso i Centri COVID-19, ricevendo le richieste di trasferimento, organizzando gli accessi e i trasferimenti, registrando gli ingressi in entrata e uscita;
- garanzia di comunicazione ai soggetti coinvolti nella presa in carico dell'elenco aggiornato dei soggetti positivi e dei soggetti in quarantena;
- supporto alla programmazione dei tamponi a domicilio, negli ambulatori dedicati e in tutte le strutture (sia per ospiti che per dipendenti del SSN);
- supporto nella presa in carico dei problemi socio-sanitari dei pazienti in quarantena attivando i servizi a supporto (es. consegna pasti e farmaci a domicilio, tramite la protezione civile, la croce rossa, ecc.);
- supporto all'attività programmatoria delle U.S.C.A. anche per la gestione dei tamponi nelle varie dimensioni aziendali (domicilio, strutture residenziali, strutture intermedie, ecc.);
- garanzia della tracciabilità dei percorsi dei pazienti per cui il MMG ha attivato l'U.S.C.A.;
- supporto informativo per utenti, MMG/PLS, servizi territoriali e reparti ospedalieri al fine di indirizzare la richiesta al servizio di competenza, ed assicurarsi della sua presa in carico.

La COT afferisce al Direttore sanitario dell'Azienda ULSS.

bf5a9448

Potenziamento del Sistema Cure primarie (Art. 1, comma 5)

Programmazione regionale: elementi principali

La Regione Veneto ha colto la sfida di sviluppare le Cure primarie riconoscendo nel medico di famiglia la figura di riferimento per il paziente in ogni fase del percorso di cura, rappresentando il "*contatto*" più immediato e frequente per l'assistito e costituendo il setting assistenziale che meglio si presta all'individuazione ed alla presa in carico del paziente cronico.

Con L.R. n. 23/2012 e smi di approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, si è dato avvio alla riorganizzazione delle Cure primarie attraverso la diffusione sul territorio regionale delle Medicine di Gruppo Integrate, con lo scopo di garantire agli assistiti:

- una maggiore accessibilità, assicurando la copertura h12;
- una presa in carico effettiva della cronicità sulla scorta dei Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) definiti a livello regionale e contestualizzati nelle singole realtà aziendali;
- il rispetto di obiettivi di governance finalizzati alla sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Con DGR n. 751/2015 è stato recepito il modello di assistenza territoriale che prevedeva l'istituzione di Medicine di Gruppo Integrate, quali team multiprofessionali che:

- operano in una sede di riferimento (assicurando presenza medica, infermieristica ed amministrativa nelle 12 ore, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì), salvaguardando la capillarità di ambulatori periferici in particolari zone geografiche o di difficoltà assistenziale;
- assicurano una presa in carico effettiva della cronicità sulla scorta dei PDTA definiti a livello regionale e contestualizzati nelle singole realtà aziendali;
- assumono la responsabilità verso la salute della Comunità, affrontando i determinanti di malattia e collaborando con gli attori locali.

Se la figura del collaboratore amministrativo è necessaria per organizzare le attività della Medicina di Gruppo Integrata, risulta fondamentale valorizzare il ruolo degli infermieri, con lo sviluppo ed il potenziamento di competenze che permettano di diventare un riferimento nell'ambito della gestione della cronicità e delle iniziative di promozione di stili di vita sani.

In coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità, il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con la L.R. n. 48/2018, ha confermato che "*…la prevenzione della malattia e il trattamento della sua cronicizzazione sono le vocazioni prioritarie della rete dei servizi territoriali e l'assistenza primaria costituisce il "contatto" più immediato e frequente per l'assistito, rappresentando perciò il setting assistenziale che meglio si presta all'individuazione ed alla presa in carico della cronicità semplice. Per questo motivo le Medicine di Gruppo e i team multiprofessionali dell'Assistenza primaria, diversamente organizzati e dimensionati a seconda delle caratteristiche del territorio ove sono collocati, rappresentano il punto di riferimento per le comunità e si impegnano a:*

- *riconoscere i malati cronici;*
- *inserirli in percorsi di presa in carico integrata;*

bf5a9448

- *sviluppare un modello di gestione dell'assistenza da parte di un team.*

Per fare questo sono richiesti:

- *la valorizzazione del rapporto di fiducia tra medico e paziente;*
- *un elevato livello di integrazione dell'assistenza primaria nel sistema;*
- *lo sviluppo del lavoro per percorsi assistenziali con applicazione dei PDTA;*
- *una forte crescita e valorizzazione del ruolo degli infermieri nell'assistenza primaria;*
- *la dimostrazione del contributo al raggiungimento degli standard di sostenibilità del Sistema".*

Nello specifico la L.R. n. 48/2018 prevede team multiprofessionali di assistenza primaria nelle seguenti differenti accezioni:

1. forme di aggregazione che coinvolgono medici convenzionati con il SSN, opportunamente organizzate e dimensionate con riferimento alle specifiche caratteristiche del contesto;
2. team di assistenza primaria che coinvolgono medici dipendenti del SSN nella gestione dell'assistenza medico-generica, anche in conformità a quanto stabilito dalla Legge n. 833/1978;
3. team di assistenza primaria la cui gestione è affidata ad un soggetto privato accreditato con riferimento ad uno specifico bacino di riferimento.

Inoltre si prevede: *"Le aziende sanitarie attivano e/o adeguano medicine di gruppo con compiti aggiuntivi legati all'accessibilità, alla presa in carico della cronicità, all'assistenza domiciliare, dimensionate rispetto alla popolazione residente, con risorse aggiuntive e con attività monitorate secondo indicatori di struttura, processo e esito concordati a livello regionale"*.

Alla luce di ciò, con successiva DGR n. 476/2019 sono stati approvati i Piani aziendali di sviluppo delle Cure primarie attraverso l'implementazione delle Medicine in Rete e Medicine di Gruppo ex ACN della medicina generale del 23 marzo 2005 e smi a valere per il biennio 2019-2020, favorendo l'aggregazione da parte dei MMG. A completamento del biennio, con l'attuazione di detti Piani, più del 60% dei MMG lavorerà in una forma associativa evoluta (il 40% in Medicina di Gruppo ed il 22% in Medicina di Gruppo Integrate).

Rientrano nel finanziamento previsto dalla **DGR n. 476/2019** i costi derivanti dal riconoscimento dell'indennità di collaboratore di studio e di personale infermieristico per le Medicine in Rete e Medicine di Gruppo.

bf5a9448

Stato dell'arte

Tabella 4 - N. MMG per forma associativa

Forme associative	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	TOTALE RV	%
Medico Singolo	3	65	29	28	31	95	13	95	74	433	14%
Associazione semplice	0	29	0	8	25	16	0	9	26	113	4%
Rete dei medici	85	143	73	37	20	155	64	21	124	722	24%
Forme Miste	0	13	0	0	0	40	0	0	13	66	2%
Medicina di Gruppo	14	195	187	51	44	137	49	123	251	1051	35%
UTAP/ MGI Sperimentale	0	5	0	0	0	0	12	0	0	17	1%
Medicina di Gruppo Integrata	30	73	104	15	42	137	93	62	83	639	21%
TOTALE	132	523	393	139	162	580	231	310	571	3.041	100%

Rilevazione al 19/05/2020 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

Tabella 5 - *N. MMG per forma associativa con personale infermieristico*

Forma associativa -MMG -	N. MMG	N. MMG CON P.I.	di cui MMG con P.I. (per tipologia di contratto)		
			Indennità da ACN	Personale dip. az.le	Terzo settore
Medico Singolo	433	2	2	0	0
Associazione semplice	113	0	0	0	0
Rete dei medici	722	14	14	0	0
Forme Miste	66	7	7	0	0
Medicina di Gruppo	1.051	315	275	21	19
UTAP/ MGI Sperimentale	17	3	3	0	0
Medicina di Gruppo Integrata	639	405	164	23	218
Totale	3.041	746	465	44	237

Rilevazione al 19/05/2020 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

bf5a9448

Tabella 6 - N. Medicine di Gruppo Integrate attive

MGI	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	TOTALE RV
N. MGI ATTIVE	4	9	14	2	5	14	11	8	9	76
N. MMG	30	73	104	15	42	137	93	62	83	639
N. ASSISTITI	41.113	111.786	149.685	23.060	60.232	199.720	127.657	90.087	122.482	935.822
% assistiti con MMG in MGI	*23%*	*15%*	*28%*	*12%*	*29%*	*25%*	*40%*	*21%*	*15%*	22%

Rilevazione al 19/05/2020- Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

Elementi di sviluppo: disposizioni

Il modello regionale di presa in carico della cronicità e della multimorbidità si fonda sul concetto di intensità di cura e di assistenza, mutuandolo dall'ambito ospedaliero, per sottolineare la gradualità nell'erogazione dell'assistenza correlata al bisogno.

A partire dalla stratificazione (Figura 1), vengono distinti due livelli di complessità:

1. la **cronicità "semplice",** che viene appropriatamente presa in carico dai team multiprofessionali dell'Assistenza primaria;
2. la **cronicità "complessa ed avanzata"**, che richiede team multiprofessionali "specialistici".

Figura 1 –Presa in carico della cronicità per intensità di cura e di assistenza: profili di popolazione e percentuale sulla popolazione del Veneto

Pertanto, con riferimento ai pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti, che anche a seguito dell'emergenza COVID-19, costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione, il modello organizzativo regionale prevede un lavoro fondato su team multiprofessionali, che vedranno la partecipazione dei MMG, degli specialisti territoriali, degli infermieri, degli assistenti

bf5a9448

sociali, con legami funzionali con i professionisti che operano all'interno delle strutture ospedaliere e con gli operatori del Dipartimento di Prevenzione.

Costituiscono componenti fondamentali del modello organizzativo:

1. ***i MMG*** afferenti alle diverse tipologie di forme associative, dalle più semplice alle più evolute e organizzate come le Medicine di Gruppo Integrate;
2. ***i Medici di Continuità Assistenziale***, estendendo l'utilizzo dei contratti diurni come previsti dall'ACN a supporto della gestione della cronicità;
3. ***le U.S.C.A.,*** operando a supporto dell'attività del MMG ed in stretta connessione per la gestione anche della cronicità fino al 31/12/2020. Nello specifico le U.S.C.A. dovranno essere programmate in modo che i MMG afferenti ad una stessa forma associativa (sia essa medicina di Rete, di Gruppo o Medicina di Gruppo Integrata) abbiano come riferimento sempre la medesima U.S.C.A.
4. ***l'infermiere di famiglia*** che svolge attività sia presso gli ambulatori distrettuali (talora sede di U.S.C.A.) sia presso il domicilio dei pazienti non già presi in carico dall'ADI; l'infermiere di famiglia non è quindi l'infermiere dell'equipe ADI.

   Dipendente gerarchicamente dalla UOC Cure primarie del Distretto di afferenza.

   Posto che: "*…l'Infermiere di famiglia è il professionista che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia, conoscendone il contesto anche relazionale della comunità di inserimento…*", si ritiene declinare l'attività nei seguenti ambiti:

   - *l'infermiere di famiglia* collabora alla gestione dell'ambulatorio della cronicità con riferimento alle attività infermieristiche previste dai PDTA, ivi comprese la rilevazione di parametri, le verifiche di follow up, il front office sanitario;
   - *l'infermiere di famiglia* garantisce prestazioni infermieristiche di consulenza e di educazione sanitaria e terapeutica con adozione di interventi di counselling, di supporto motivazionale e di rinforzo al paziente (o gruppi) e alla famiglia, allo scopo di sviluppare abilità di autocura e di fiducia nella gestione della malattia, provvedendo al monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed alla segnalazione di anomalie al MMG;
   - *l'infermiere di famiglia* effettua visite domiciliari su disposizione del MMG a pazienti non già in carico alle equipe infermieristiche di Cure domiciliari dell'Azienda ULSS;
   - *l'infermiere di famiglia* contribuisce al monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale ed alla valutazione delle alterazioni sintomatiche delle condizioni di salute in caso di malattia, acuta o cronica, che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze, in integrazione con gli altri professionisti coinvolti nel team;
   - *l'infermiere di famiglia* svolge un'attività di mappatura delle risorse del territorio per il mantenimento di stili di vita sani, progettando ed attivando iniziative di promozione della salute rivolte alla comunità che favoriscano la partecipazione attiva, avvalendosi anche della collaborazione delle associazioni di volontariato;
   - *l'infermiere di famiglia* contribuisce a garantire la continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione dei servizi distrettuali, ospedalieri, dei Dipartimenti di prevenzione, lavorando in sinergia con i MMG e gli altri professionisti del team, anche partecipando alle

Unità di Valutazione Multidimensionali dei Distretti.

La presenza dell'infermiere di famiglia è prevista secondo uno standard non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti.

Tutte le attività sopra elencate sono a supporto dei servizi offerti dalle cure primarie, delle U.S.C.A. ma anche sono svolte in integrazione funzionale con i MMG, specie laddove non siano presenti già dei team di assistenza primaria organizzatiti (come le Medicine di Gruppo Integrate). Laddove siano attive forme associative evolute dei MMG, le attività sopra descritte in capo all'infermiere di famiglia del Distretto possono essere svolte dall'infermiere delle forme associative. Laddove, invece, non vi siano forme associative evolute dei MMG, l'infermiere di famiglia afferente al Distretto potrà svolgere, previo accordo con i MMG stessi, l'attività anche presso gli studi dei MMG che operano non in forma aggregata.

5. ***le equipe multiprofessionali dell'ADI***. Nello specifico le attività infermieristiche domiciliari dovranno essere pianificate in modo che gli assistiti afferenti ad una stessa forma associativa della medicina generale (sia essa medicina di Rete, di Gruppo o Medicina di Gruppo Integrata) abbiano come riferimento sempre la medesima équipe ADI.
6. i ***medici specialisti ambulatoriali interni***, attivati a seconda della tipologia di bisogno, potranno agire sia presso le sedi distrettuali, che presso il domicilio del paziente, che presso le strutture residenziali e le strutture di ricovero intermedie.
7. il ***Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio*** dovrà essere coinvolto a seconda della tipologia di bisogno, garantendo la propria consulenza anche a domicilio o presso le strutture residenziali qualora necessario.
8. ***gli assistenti sociali*** al fine di favorire la valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e l'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari territoriali, **secondo uno standard non superiore ad un assistente sociale ogni due U.S.C.A. per un monte ore settimanale massimo di 24 ore**.
9. ***gli operatori del Dipartimento di Prevenzione***, qualora si rilevassero necessità di gestioni legate all'emergenza COVID-19 ma anche attività correlate alla salute della comunità (prevenzione, gestione malattie infettive, ecc.).
10. i ***servizi sociali delle Amministrazioni comunali e le Associazioni di volontariato*** al fine di definire tutte le misure necessarie per assicurare la massima tutela e il supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver.

Per migliorare e potenziare l'assistenza al domicilio o presso le strutture residenziali, i team multiprofessionali dovranno potersi avvalere di adeguati kit di monitoraggio dei pazienti al domicilio o presso le RSA, di adeguata attrezzatura diagnostica (termometro a distanza, misuratore di P.A., Ecografi ed ECG portatili) ed ogni altro presidio medico necessario, ivi compresi i farmaci di urgenza.

Per facilitare l'integrazione multiprofessionale sarà anche favorito l'impiego della telemedicina, non solo per il monitoraggio dei pazienti ma anche per la diagnostica, e la promozione del teleconsulto tra MMG e specialisti dell'Azienda ULSS di afferenza, anche tramite video-consultazione, promuovendo il collegamento del paziente previo appuntamento.

In particolare la presa in carico dell'apice della piramide richiede che questi team multiprofessionali

bf5a9448

garantiscano il coordinamento dei diversi nodi della rete nell'attuazione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) o Piani Integrati di cura, condivisi dal team stesso e dal paziente, coinvolgendo anche la rete ospedaliera quale parte integrante delle transizioni protette, con importante funzione consulenziale nella definizione del Piano stesso e di supporto alla domiciliarizzazione. Il Piano Assistenziale Individuale costituirà parte integrante del Fascicolo Sanitario Elettronico e, quindi, sarà consultabile da tutti gli attori della filiera assistenziale.

A livello di sistema, **il Fasciolo Sanitario Elettronico rappresenta elemento portante per garantire la continuità dell'assistenza tra tutta la filiera assistenziale**.

Nell'ambito del Distretto sarà individuato un team di coordinamento/riferimento che coadiuvi i MMG/PLS per definire il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio. Le transizioni dovranno, comunque, essere monitorate dalla COT.

In via generale, l**a COT viene a costituire il luogo di coordinamento della gestione delle transizioni ed il punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione.**

I Team multiprofessionali sopradescritti afferiscono al Distretto.

bf5a9448

PIANO DI POTENZIAMENTO DEI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE

Premessa

Decreto- legge 19 Maggio 2020 n, 34. Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali, connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Art. 1 Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale

1.Per l'anno 2020, al fine di rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2 soprattutto in una fase di progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale, con l'obiettivo di implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2, dei casi confermati e dei loro contatti al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus, oltre ad assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario, le regioni e le province autonome adottano piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale. ***I piani di assistenza territoriale contengono specifiche misure di identificazione e gestione dei contatti, di organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale nonché con le Unità speciali di continuità assistenziale, indirizzate a un monitoraggio costante e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell'isolamento e del trattamento****.*

(...)

5. Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì ***dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati COVID-19****, anche supportando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie.*

POTENZIAMENTO DELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DELLE EMERGENZE DI SALUTE PUBBLICA

Organizzazione Regionale per le emergenze

La Sanità Pubblica Regionale ha predisposto, negli anni, una serie di atti per garantire una risposta articolata ed organizzata alle "Emergenze Sanitarie di natura infettiva e non infettiva".

La Regione del Veneto, con atto siglato il 13 aprile 2007, ha aderito al Progetto "Sostegno alle funzioni di Interfaccia tra le regioni e le province autonome e il Centro nazionale per la Prevenzione ed il controllo malattie" CCM, documento approvato dalla Conferenza degli assessori regionali alla sanità nella seduta del 18-06-2006. Il "Centro per il controllo delle malattie regionale" (CCMR) è stato istituito con **DGR n. 4181 del 30/12/2008,** quale organismo che si pone in relazione funzionale con la Direzione Prevenzione della Regione e si interfaccia con il Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie a livello nazionale.

Con **D.G.R. n. 2315 del 28 luglio 2009** è stato definito il Coordinamento Regionale per la prevenzione e il controllo delle Malattie (CCMR) che, tra l'altro, assicura:

"*il supporto tecnico-scientifico alle strutture regionali deputate alla gestione delle emergenze di sanità pubblica, con particolare riferimento alle emergenze infettive, ai fenomeni epidemici e pandemici e al bioterrorismo".*

Con **D.D.R. n. 20 del 30/04/2009**, era stata formalizzata l'istituzione di una **task force regionale per la definizione di un protocollo per la gestione dei casi sospetti di influenza H1N1.**

Le funzioni del CCMR sono state inserite nelle funzioni di Azienda Zero, come previsto dall'articolo 2, comma 2, lettera f) Legge 19/2016, quali "Strutture e attività a supporto della programmazione" dell'allegato A) alla legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016."

Funzioni del Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è l'articolazione dell'Azienda ULSS che garantisce la tutela della salute collettiva e l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza ricompresi nel livello "Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica", come definiti dal DPCM del 12.01.2017, tra i quali in tema di emergenza figurano:

- interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive (LEA A2),
- predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva (LEA A5),
- gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici) (LEA B14),
- interventi intersettoriali per la salute nei luoghi di lavoro (LEA C2).

Nell'attuale emergenza epidemica da SARS-CoV-2 i Dipartimenti di Prevenzione hanno dovuto far fronte ad un notevole aggravio di lavoro per assicurare le attività di indagine epidemiologica, *contact tracing*, sorveglianza attiva dei casi in isolamento domiciliare e dei loro contatti, esecuzione di test di screening e diagnostici in collaborazione con l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). E' stata garantita assistenza e consulenza ad altre articolazioni del Servizio Sanitario Regionale (ad esempio i Distretti e i Presidi Ospedalieri) e altri Enti pubblici (es. Comuni), nonché il controllo e l'assistenza sul rispetto delle misure igienico-sanitarie in strutture pubbliche e private.

Durante il periodo emergenziale sono state attivate mediamente 680 persone di diversi profili professionali, per lo più afferenti ad articolazioni aziendali diverse dal Dipartimento di Prevenzione e assegnate al Dipartimento solo per la fase emergenziale. In questa rilevazione non è considerato il personale impegnato nell'esecuzione a livello territoriale dei test diagnostici (test sierologici qualitativi e test di biologia molecolare) e il personale coinvolto nelle attività di controllo e assistenza sulle misure adottate dalle imprese.

Tale riorganizzazione è stata possibile a seguito della sospensione e di un riorientamento, per il periodo emergenziale, di molte attività dei servizi del Dipartimento di Prevenzione che, in quanto comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, dovranno essere recuperati nei prossimi mesi. Si rende pertanto necessario garantire una progressiva ripresa delle altre attività assicurando nel contempo la continuità delle azioni funzionali al controllo e alla gestione dell'emergenza in corso, anche in previsione di possibili future recrudescenze epidemiche. Pertanto, il piano di potenziamento del Dipartimento di Prevenzione deve partire dalla definizione degli standard minimi di personale, la cui approvazione è in itinere con provvedimenti ad hoc.

La situazione emergenziale ha evidenziato la necessità di rafforzare l'offerta territoriale, con l'obiettivo di consolidare il sistema di sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2 e la presa in carico precoce dei casi. A tal fine, il Decreto Legge n. 34 del 19.05.2020 (cosiddetto "Decreto rilancio

Italia") ha introdotto disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale, prevedendo tra l'altro che le Regioni e le Province autonome adottino piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale. I piani di assistenza territoriale contengono misure di identificazione e gestione dei contatti, di organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale nonché con le Unità Speciali di Continuità Assistenziale, indirizzate a un monitoraggio costante e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell'isolamento e del trattamento.
Per quanto riguarda specificamente le **attività di indagine epidemiologica, rintraccio e sorveglianza dei contatti ed esecuzione di test**, il Decreto del Ministero della Salute del 30.04.2020 prevede uno standard di risorse umane dedicate o dedicabili pari ad almeno **1 persona ogni 10.000 abitanti**, in linea con le indicazioni dello European Centre for Disease Control (ECDC) [1].

Organizzazione delle Aziende ULSS per le emergenze
La Regione del Veneto, con **D.G.R. n. 443/2012** ha istituito tale organizzazione definendo l'attivazione per ogni Azienda ULSS di un Comitato per l'Emergenza di Sanità Pubblica (CESP) ed un Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR).
La composizione del CESP e del GORR sono stati aggiornati, su richiesta della Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria in data 27.1.2020[2] allo scopo di predisporre tutte le misure per fronteggiare l'infezione da coronavirus.
Il **Comitato per l'Emergenza di Sanità Pubblica (CESP)** è istituito dal Direttore Generale e composto da:

- Direttore Sanitario (coordinatore)
- Direttore Dipartimento di Prevenzione
- Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica
- Direttore Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
- Punto di contatto
- Direttore del presidio ospedaliero
- Direttore della funzione territoriale
- Direttore dello Spisal
- Direttore del Servizio Veterinario se coinvolto
- Responsabile del Servizio infermieristico
- Direttore del Servizio Farmaceutico.

Fanno parte del comitato e partecipano, quando la situazione lo richieda, un referente Arpav, un referente IZS, il Direttore del Laboratorio di riferimento. Il CESP è convocato dal Direttore Sanitario o per delega dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione.
All'atto dell'attivazione dell'allarme di emergenza il CESP è limitato a pochi componenti (Comitato ristretto), in particolare sarà costituito da Direttore Sanitario, Direttore Dipartimento di Prevenzione, Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Punto di contatto e Direttore del presidio ospedaliero e ha il compito di valutare alla luce delle prime evidenze che l'evento costituisca un'emergenza di

[1] *ECDC Technical Report - Resource estimation for contact tracing, quarantine and monitoring activities for COVID-19 cases in the EU/EEA - 2 marzo 2020.*
[2] *Nota del Direttore della Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria del 27.01.2020 prot. n. 40049.*

sanità pubblica, quali componenti e quali unità operative attivare e decide le prime misure da intraprendere e la definizione delle fasi operative. In considerazione dell'emergenza il Direttore Sanitario può disporre il trasferimento in via di urgenza di personale da un ambito territoriale all'altro secondo necessità.

Il **Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR)** è attivato dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione, in accordo con quanto deciso del CESP. Il GORR, che assolve a funzioni di "*epidemic intelligence*", è costituito da personale del Dipartimento di Prevenzione e si occupa della gestione dell'emergenza di sanità pubblica con capacità di attivazione elevata: raccolta di informazioni sugli eventi rilevati attraverso i sistemi di sorveglianza correnti e valutazione del loro potenziale patologico, comunicazioni di informazioni e coordinazione delle informazioni pervenute dagli attori coinvolti, allerta del personale della rete prevenzione, rifornimento del materiale ed attrezzature necessarie. Il funzionamento del GORR è disciplinato da un **Regolamento** che dovrà essere proposto al CESP dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

L'emergenza COVID-19 ha fatto emergere la necessità di integrare l'attuale assetto organizzativo rafforzando i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS al fine di poter rispondere in maniera più pronta e strutturata a future emergenze, rivedendo il ruolo e la composizione dei GORR al fine di consentire la mobilitazione rapide, a moduli e organizzata per ambiti territoriali definiti in funzione della complessità dell'emergenza. Ogni Azienda ULSS dovrà quindi provvedere all'identificazione di **un GORR per ogni Distretto Socio Sanitario che sarà di riferimento per il relativo ambito territoriale**. Ogni GORR dovrà, in fase di non emergenza, essere costituito da:

- punto di contatto
- n. 1 medico igienista del SISP
- n. 1 medico dello SPISAL
- n. 1 medico veterinario e/o del SIAN
- n. 3 assistenti sanitari (AS),
- n. 1 tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (TP),
- n. 1 infermiere (INF).

Il **punto di contatto, unico per tutta l'ULSS e identificato nel Direttore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica**, avrà funzione di connessione con il CESP e di coordinamento tra i diversi GORR aziendali. Il punto di contatto sarà uno dei componenti medici igienisti del SISP di uno dei GORR; per le Aziende con un singolo GORR il punto di contatto coincide con il componente medico igienista del SISP.

Al momento dell'attivazione del GORR sarà coinvolto, su indicazione del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, solamente il medico del servizio maggiormente coinvolto dalla tipologia di emergenza; tale medico svolgerà **funzione di coordinamento delle attività** del singolo GORR.

Tabella- Numero di GORR per ogni Azienda ULSS e loro composizione

	Pop. totale	n. GORR in rapporto al n. dei Distretti	n. punti di contatto	n. medici *	n. AS	n. TP	n. INF
ULSS 1	202.950	2	1	9	9	3	3
ULSS 2	887.806	4	1	12	12	4	4
ULSS 3	624.770	4	1	12	12	4	4
ULSS 4	228.568	1	1	3	3	1	1
ULSS 5	237.385	2	1	6	6	2	2
ULSS 6	935.460	5	1	15	15	5	5
ULSS 7	366.429	2	1	6	6	2	2
ULSS 8	495.989	2	1	6	6	2	2
ULSS 9	926.497	4	1	12	12	4	4
Regione	**4.905.854**	**26**	**9**	**81**	**81**	**27**	**27**

** Include n. 1 medico del igienista del SISP, n. 1 medico dello SPISAL e n. 1 medico veterinario e/o del SIAN*

Tale organizzazione deve agire nel pieno delle sue potenzialità senza pregiudicare, per quanto possibile, la continuità delle ordinarie attività istituzionali di cui il Dipartimento di Prevenzione è responsabile in applicazione dei LEA. Il conseguimento di tale obiettivo passa necessariamente attraverso un potenziamento delle dotazioni organiche dei Dipartimenti di Prevenzione, nell'ambito del più ampio programma di interventi per il potenziamento dell'assistenza territoriale previsti dal D.L. n. 34 del 19.05.2020.

L'**attivazione dei GORR** dovrà avvenire su base **modulare e progressiva**, partendo dalla base standard sopra definita e ampliandolo in funzione del tipo e della complessità dell'emergenza, considerando la numerosità e la tipologia di profili professionali del personale necessario per farvi fronte. Al di fuori delle situazioni di emergenza, i componenti del GORR concorreranno alle ordinarie attività istituzionali del Dipartimento di Prevenzione, nell'ambito del proprio Servizio di assegnazione. Tutti componenti dei GORR dovranno essere **identificati nominalmente**, e costantemente aggiornati, con atto formale del Direttore del Dipartimento di Prevenzione e dovranno poter essere mobilitati immediatamente per fronteggiare eventuali emergenze, nei limiti delle rispettive competenze e professionalità. La composizione dei GORR sarà trasversale ai diversi Servizi del Dipartimento di Prevenzione e avrà un carattere multidisciplinare e multiprofessionale, per garantire una risposta competente e coordinata a qualunque tipo di emergenza di sanità pubblica.

edcfc1ed

	Popolazione assistita > 18 anni	Dotazione organica del GORR attivabile su base modulare in corso di emergenza n. Operatori Sanitari
ULSS 1	174.027	17
ULSS 2	736.992	73
ULSS 3	531.290	53
ULSS 4	193.445	19
ULSS 5	205.667	20
ULSS 6	785.758	78
ULSS 7	304.700	30
ULSS 8	412.681	41
ULSS 9	770.841	77
Regione Veneto	**4.115.401**	**411**

La composizione complessiva del personale attivabile per il GORR su base modulare, dovrà mantenere i rapporti già sopra descritti tra le diverse figure professionali. Dovrà essere valutato anche l'inserimento di ulteriori figure tecniche come statistici, chimici, biologi, entomologi, agronomi, ingegneri gestionali inseriti nelle Unità Operative facenti parte dell'organizzazione del Dipartimento, secondo quanto stabilito dalla Legge 19/2016.

Nell'ambito del modello organizzativo del Dipartimento di Prevenzione per la gestione delle emergenze concorrono le diverse Unità Operative. In particolare va garantita una stretta connessione con la presenza nel GORR del personale afferente alle UO di "Epidemiologia" e "Salute e Ambiente", che dovranno essere costituite con una dotazione minima come da tabella seguente (D.G.R. n. 1306 del 16 agosto 2017; LEGGE REGIONALE n. 48 del 28 dicembre 2018 - Piano socio sanitario regionale 2019-2023).

Tabella- Dotazione organica minima U.O. Epidemiologia e U.O. Salute e Ambiente

Epidemiologia	Salute e Ambiente
n. 1 medico specialista in igiene	n. 1 medico specialista in igiene
n. 1 assistente sanitario	n. 1 assistente sanitario
n. 1 statistico	n. 1 tecnico della prevenzione
	n. 1 chimico
	n. 1 ingegnere gestionale

Il GORR dovrà avere le competenze necessarie per svolgere un'ampia gamma di attività funzionali alla gestione e controllo delle emergenze di salute pubblica, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- indagini epidemiologiche nell'ambito delle malattie trasmissibili e attività di *contact tracing*;
- sorveglianza attiva dei casi e dei contatti di casi di malattie trasmissibili a fini di salute pubblica,
- effettuazione di esami di screening e diagnostici, funzionali al contenimento e gestione di malattie trasmissibili e altre emergenze di salute pubblica;
- adozione di provvedimenti in merito all'isolamento e alla quarantena di casi e contatti;
- coordinamento aziendale, in connessione con Azienda Zero, per la raccolta e l'invio tempestivo e puntuale dei flussi informativi previsti dalla Regione per il monitoraggio dell'emergenza;
- elaborazione di dati e analisi epidemiologiche;
- collegamento funzionale con le altre strutture e servizi dell'Azienda sanitaria coinvolte nella gestione dell'emergenza (es. Distretti, Presidi Ospedalieri). In particolare per garantire un collegamento funzionale con le componenti del Distretto di afferenza territoriale, ivi compresi i MMG e PLS, dovrà essere garantito il coinvolgimento del direttore di Distretto di afferenza, avvalendosi anche della COT quale punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione assistenza tecnico-specialistica nei confronti di altri servizi aziendali, Enti pubblici e imprese private ai fini della definizione e del monitoraggio di misure igienico-sanitarie per la mitigazione dei rischi nel contesto emergenziale;
- attività di controllo e assistenza sul rispetto, l'efficacia e la sicurezza delle misure igienico-sanitarie di prevenzione e mitigazione nel contesto emergenziale (inclusi gli interventi di disinfezione e disinfestazione);
- promozione e supporto all'organizzazione delle campagne vaccinali specifiche per l'emergenza;
- attività di campionamento di matrici varie (es. alimentari, ambientali, ecc.).

L'impatto delle emergenze di sanità pubblica sulla popolazione è fortemente influenzato dalle condizioni di salute della popolazione stessa. Pertanto le attività di gestione dell'emergenza, dovrà essere fortemente integrata, in particolare nei periodi inter-emergenziali, con le attività di **promozione della salute e contrasto alle malattie cronico-degenerative**.

Per questo motivo dovrà essere garantito il coinvolgimento dei Dipartimenti di Prevenzione nei team multi professionali per la gestione della cronicità e fragilità come previsto dal modello organizzativo nella L.R. n. 48/2018.

La **formazione** rappresenta una delle principali risorse utilizzabili nelle strategie di prevenzione. La conoscenza diffusa ed approfondita degli scenari di rischio, delle procedure organizzative e dei comportamenti più idonei da adottare in emergenza, può infatti migliorare i livelli di vigilanza, ridurre i tempi di risposta, rinforzare i comportamenti più efficaci per contrastare le minacce e limitare gli effetti degli eventi lesivi. Pertanto, tutto il personale afferente al GORR, con particolare riferimento alla personale afferente al modulo di prima attivazione, dovrà seguire percorsi formativi specifici e trasversali finalizzati a rafforzare ed uniformare le conoscenze e le competenze, considerando comunque i diversi ruoli e profili professionali, diffondere e consolidare strategie efficaci a fronteggiare dei pericoli attivando una collaborazione costante tra tutti i componenti della GORR. Ogni azione di formazione deve necessariamente includere modi efficaci di comunicare, decidere, valutare, gestire gli eventi e far conoscere procedure comuni all'interno dei differenti scenari ipotizzati. La formazione sarà prevalentemente rivolta alle emergenze di natura infettiva ma dovrà garantire un programma di conoscenze anche attinenti ad emergenze di altra natura (rischio chimico, rischio radiologico, catastrofi naturali, ecc). Tale programma assume finalità non secondaria di creazione di una rete di conoscenze formali ed informali utili per l'eventuale gestione degli eventi citati.

SORVEGLIANZA STRUTTURE RESIDENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENTI

Premessa
Decreto Rilancio - D.L. n. 34 del 19 Maggio 2020 Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19
Art. 1 Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale
Comma 1
"(….) Le regioni e le province autonome organizzano inoltre le **attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture residenziali**, anche garantendo la collaborazione e la consulenza di medici specialisti in relazione alle esigenze di salute delle persone assistite, con le risorse umane strumentali e finanziarie disponibili a *legislazione vigente."*

SORVEGLIANZA STRUTTURE RESIDENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENTI

L'attività di attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture residenziali vengono articolate in tre livelli:

1° Livello – Sorveglianza ordinaria

Il livello di prevenzione e protezione in favore dei residenti e degli operatori delle strutture residenziali per non autosufficienti ivi comprese le condizioni organizzative e il coordinamento delle funzioni cliniche è previsto tra i requisiti organizzativi specifici prescritti per l'accreditamento delle unità di offerta dei "Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti", con la presenza di una figura direzionale con profilo sanitario, denominata "Direttore sanitario di Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti".
Tale figura assume la responsabilità e il compito di curare, sia nelle singole unità di offerta sia nei Centri di servizi, ogni aspetto igienico organizzativo in ambito sanitario, a garanzia del sistema delle unità di offerta presenti nel "Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti".
Il Direttore sanitario svolge ogni attività di indirizzo, gestione e vigilanza ritenuta necessaria al governo del sistema igienico sanitario e di tutela della salute e igiene pubblica all'interno del Centro, in autonomia e avvalendosi delle risorse necessarie, in coerenza con gli indirizzi della Regione, dell'Azienda ULSS e con le più recenti indicazioni tecnico scientifiche dettate dagli organismi preposti nei settori di intervento.

L'individuazione di tale figura è di competenza del legale rappresentante del "Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti"; la nomina deve essere conferita a soggetto che sia in possesso dei seguenti requisiti:
- laurea in medicina e chirurgia,
- iscrizione all'Albo dell'Ordine dei medici chirurghi,
- una specializzazione tra le seguenti: Igiene e Medicina Preventiva, Medicina del Lavoro, Medicina Legale, Statistica sanitaria e Biometria, Medicina di comunità e delle cure primarie o nelle altre aree di prevenzione e sanità pubblica, oppure (in alternativa alla specializzazione) 10

anni di esperienza in una delle seguenti discipline dell'area della prevenzione e sanità pubblica: Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Organizzazione dei Servizi Sanitari di base.

Il Direttore sanitario del Centro di Servizi per persone anziane non autosufficienti è in rapporto di servizio con il Centro di servizi; tale rapporto è regolato sulla base di accordi o contratti stipulati dal Centro di Servizi con il Direttore sanitario. L'atto istitutivo e regolativo di detto rapporto (accordo o contratto) deve essere trasmesso dal Centro di Servizi all'Azienda ULSS competente.

Data la natura dell'incarico il "Direttore sanitario di Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti" costituisce riferimento nei confronti dell'Azienda Ulss nei termini seguenti:

- in relazione con il Direttore Sanitario dell'Azienda Ulss territorialmente competente per gli aspetti di prevenzione ed igiene;
- di riferimento del Direttore dei Servizi socio sanitari e delle strutture di cui si avvale, ivi compreso il medico coordinatore - ai sensi della DGR n. 1231/2018 - dell'Azienda Ulss territorialmente competente.

Considerate le funzioni assegnate alla figura del Direttore sanitario del Centro di Servizi per persone anziane non autosufficienti per tale ruolo si prevede uno standard orario minimo settimanale che può variare a seconda delle classi dimensionali (incluse tra gli estremi da "fino a 30 pl" a "oltre 601 pl"), con un minimo di ore settimanali da 3 ore a 34 ore, da svolgersi presso uno o più "Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti".
La proposta di introduzione del requisito organizzativo specifico di accreditamento che prevede la presenza della figura del "Direttore Sanitario del Centro di Servizi per persone anziane non autosufficienti", è stata oggetto di parere favorevole espresso dall'Organismo tecnico consultivo regionale di cui all'art. 18, comma 4 della L.R. n. 22/2002, nella seduta del 6 maggio 2020 (convocato con nota prot. reg. 174671/20).

2° Livello – Sorveglianza con epidemia in atto

Si intende mantenere la strategia organizzativa di cui alla nota prot. n. 141750 del 1 Aprile 2020, che ha previsto la costituzione di un team multidisciplinare costituito da personale del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP), dell'Unità Operativa di Cure Primarie e dei Servizi Sociali al fine di giungere alla definizione di un "Piano di Sanità Pubblica" specifico per queste strutture che riguardi l'isolamento dei pazienti, la gestione dei DPI e la gestione del personale, da attuare a cura del Direttore dei Servizi Socio-Sanitari.
Per la valutazione del rischio è necessario disporre di:

- Dati di prevalenza di positivi al COVID-19, distinti per operatori e ospiti, tali dati per quanto riguarda gli operatori si possono avere attraverso l'incrocio con il flusso informativo ad hoc;
- Dati sulla disponibilità di DPI al momento presente e dall'inizio dell'epidemia COVID-19, con eventuale valutazione degli acquisti;
- Dati sulle competenze sanitarie del personale presente o che si occupa degli ospiti (occorre acquisire l'organigramma) e Piano Formativo dei Dipendenti, questi devono essere forniti dal Direttore della struttura residenziale;

La “Valutazione del rischio” verrà redatta dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) e dall’U.O. Cure Primarie e presentata ai Direttori dei Servizi Socio-Sanitari per definire le indicazioni che devono essere contenute nel Piano di Sanità Pubblica. Le azioni potranno anche prevedere l’intervento delle USCA e/o di Team di medici specialisti o altre azioni specifiche. Azione indispensabile sarà il controllo dell’adempimento delle indicazioni fornite ad ogni singolo Centro di Servizi.

3° Livello – Sorveglianza in situazione di particolare criticità dell’epidemia

E’ previsto un piano straordinario d’azione per la gestione di situazioni di contagio all’interno dei Centri di Servizi aventi carattere di urgenza ed emergenza e non efficacemente affrontabili in autonomia dalle singole strutture, con le misure di contenimento e isolamento da esse già previste anche nel quadro delle precedenti indicazioni regionali.
Tale Piano si pone a complemento del Piano di Sanità Pubblica specifico per i Centri di Servizi di cui alla nota regionale prot. n. 138002/2020, prevedendo, anche ai sensi del comma 2, art. 1 del DL n. 34/2020, la messa a disposizione dell’intero servizio sanitario regionale (SSR) di una rete potenziale di strutture residenziali da destinare temporaneamente in via esclusiva all’accoglimento e all’assistenza di pazienti affetti da COVID-19 provenienti principalmente dai Centri di Servizi, la cui attivazione è subordinata ad apposita valutazione tecnica, secondo le modalità di seguito indicate e riferita alle singole situazioni locali. Così procedendo si creeranno le condizioni per la razionalizzazione delle risorse umane ed economiche dedicate alla cura dei soggetti contagiati, permettendo, nel contempo, un graduale ritorno alla normalità nelle strutture nelle quali la situazione lo consenta.
A tale scopo, considerata la speciale esigenza di coordinamento operativo tra gli uffici regionali e i vari enti presenti sul territorio, quali la Direzione Protezione Civile, le Direzioni dell’Area Sanità e Sociale, in particolare la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria e la Direzione Servizi Sociali, Azienda Zero, le Aziende ULSS, le unità speciali di continuità assistenziale (USCA), i Prefetti, le amministrazioni provinciali e comunali e i Centri di Servizi accreditate e altri eventuali, si procede ad incaricare delle funzioni di Sovrintendente Sanitario Provinciale per l’emergenza COVID-19 nel settore degli anziani non autosufficienti, uno dei Direttori Sanitari delle strutture del relativo ambito.
I Sovrintendenti avranno il compito di monitorare, a livello provinciale, la situazione dei contagi COVID-19 nei Centri di Servizi, concorrendo all’attuazione del Piano di Sanità Pubblica di cui alla nota regionale prot. n. 138002/2020 per la gestione dei soggetti risultati positivi in coordinamento con gli uffici e gli enti testé richiamati.
Come già descritto, l’individuazione di specifiche strutture residenziali da destinare esclusivamente all’assistenza ai casi positivi all’infezione da SARS-CoV-2 costituisce il fattore strategico del Piano nel duplice obiettivo, da un lato, di garantire a questi pazienti un livello assistenziale speciale e maggiormente appropriato rispetto alle esigenze sanitarie implicate dalla patologia COVID-19, e dall'altro di liberare le rimanenti strutture residenziali, le quali potranno così gradualmente tornare alla normalità, nel rispetto, comunque, delle precauzioni necessarie ad ostacolare una nuova diffusione al loro interno della malattia.
Considerato che tali strutture si troveranno ad assistere in prevalenza persone anziane non autosufficienti, il cui stato di salute risulta di solito determinato dalla presenza contemporanea della patologia COVID-19 e di altre patologie croniche preesistenti al contagio, si ritiene appropriato

assumere per esse lo standard organizzativo-funzionale stabilito per i Centri di Servizi residenziali per non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale (requisito CS-PNA-M-au-1.1 di cui all'Allegato A alla D.G.R. n. 84 del 16 Gennaio 2007) potenziato nella componente sanitaria. A tal fine l'Azienda ULSS di riferimento provvederà a garantire, con oneri a proprio carico a valere sulle risorse di seguito specificate, la presenza di personale infermieristico aggiuntivo rispetto a quanto previsto dal predetto standard nella seguente misura:

- 1 infermiere professionale ogni 20 ospiti presenti in media nell'anno.

Il servizio infermieristico dovrà essere, comunque, garantito nell'arco delle 24 ore, con la presenza notturna in sede di almeno 3 infermieri ogni 120 ospiti.

In relazione all'utilità e opportunità di disporre con continuità nel tempo di tali presidi, in un ottica di razionalizzazione e ottimizzazione dei parametri di appropriatezza dell'intero sistema assistenziale regionale, vi è la necessità di garantirne la sostenibilità economica in modo indipendente dai livelli di saturazione dei posti letto, valorizzando l'elemento di disponibilità ed il correlato vincolo di destinazione, prevedendo allo scopo il seguente meccanismo di finanziamento e i relativi importi:

- quota giornaliera di rilievo sanitario pari ad € 58,00 a carico delle aziende ULSS di riferimento;
- quota alberghiera a carico dell'ospite, o di chi è tenuto al pagamento, da determinarsi a cura dell'ente gestore in misura congrua con il mantenimento della quota alberghiera corrisposta alla struttura di provenienza;
- nell'eventualità in cui i posti letto vincolati alla destinazione COVID-19 risultassero temporaneamente non occupati, le Aziende ULSS provvedono a riconoscere all'ente gestore il pagamento degli stessi fino a concorrenza di una quota di saturazione teorica complessiva della struttura COVID-19 pari al 90%, applicando una tariffa giornaliera onnicomprensiva di € 116,00.

La nomina agli incarichi di Sovrintendente Sanitario Provinciale verrà effettuata dal Direttore dell'Area Sanità e Sociale, in relazione all'effettiva esigenza dettata dall'evolversi della situazione epidemiologica in atto in ciascuna provincia e potrà essere valutata, in relazione alla casistica emergente, la possibilità di attribuire ad un Sovrintendente già nominato l'interim su altri ambiti provinciali.

Le strutture residenziali da destinare esclusivamente all'accoglimento e all'assistenza ai pazienti affetti da COVID-19, vincolandole a tale destinazione per un periodo di sei mesi, eventualmente prorogabile in relazione all'evoluzione epidemiologica, decorrente dall'effettiva attivazione formalizzata dal Sovrintendente Sanitario Provinciale di riferimento territoriale in dipendenza delle specifiche situazioni di contagio, verranno individuate sentite le Associazioni di categoria URIPA e UNEBA ed acquisita la disponibilità degli enti gestori interessati.

I Sovrintendenti Sanitari Provinciali per l'emergenza COVID-19 nel settore degli anziani non autosufficienti concorrono all'attuazione del Piano di Sanità Pubblica di cui alla nota regionale prot. n. 138002/2020 nei termini suindicati e per l'esercizio della loro funzione potranno avvalersi dei mezzi e del personale che l'Azienda ULSS sede del capoluogo di provincia provvederà a mettere a disposizione. I predetti Sovrintendenti Sanitari Provinciali si rapporteranno direttamente con il Direttore dell'Area Sanità e Sociale ai fini del monitoraggio delle singole situazioni locali, dell'attivazione delle strutture residenziali e di rendicontazione dei risultati di volta in volta raggiunti.

In via del tutto eccezionale e ad integrazione della rete di strutture da destinare esclusivamente all'accoglimento e all'assistenza ai pazienti affetti da COVID-19, qualora ne ravvisasse la necessità, il Sovrintendente Sanitario Provinciale, sentiti il Direttore dell'Area Sanità e Sociale della Regione

del Veneto ed il Dipartimento di Prevenzione potrà chiedere al Prefetto, per tramite del Dipartimento della protezione civile territorialmente competente, di disporre la requisizione in uso di strutture alberghiere, ovvero di altri immobili aventi analoghe caratteristiche di idoneità da destinare a Strutture residenziali per anziani non autosufficienti affetti da COVID-19, così come previsto al comma 7 dell'art. 6 del DL n. 18 del 17 Marzo 2020 convertito con modificazioni dalla legge n. 27 del 24 Aprile 2020.

Determinazione del Fabbisogno, acquisizione di risorse umane e incentivi al personale

Con nota Prot. n. 106965 datata 5 Marzo 2020, è stato trasmesso al Ministero della Salute un primo fabbisogno di Medici, Infermieri e Operatori Socio Sanitari, legati alla prima fase di incremento dei letti in Terapia Intensiva e Semintensiva, come richiesto dal Ministero stesso con Circolare 1 Marzo 2020. Come specificato nella nota di trasmissione il fabbisogno di personale medico riguardava principalmente le specialità di anestesia e Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore e Malattie Infettive e Tropicali, in relazione ai posti letto di Terapia sub Intensiva. Il fabbisogno di professionisti per i soli letti aggiuntivi di terapia intensiva e semintensiva, ad elevata intensità di cura dedicati ai pazienti Covid, dichiarato nella prima fase dell'emergenza è stato pari a 180 medici, 414 infermieri e 204 operatori socio sanitari. L'evolversi dell'emergenza sanitaria ha evidenziato l'esigenza di far fronte a nuovi fabbisogni di personale in ragione delle mutate esigenze organizzativo-gestionali e dell'evolversi delle caratteristiche cliniche della patologia.

Inizialmente, al fine di fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, la Regione del Veneto, per il tramite dell'Area Sanità e Sociale, ha adottato misure specifiche in materia di personale già a decorrere dal mese di febbraio, prevedendo un incremento della dotazione di personale per le aree maggiormente interessate dall'emergenza sanitaria. In primo luogo, le aziende sono state autorizzate ad effettuare assunzioni a tempo indeterminato in deroga ai tetti di spesa fissati per il costo del personale ed alle previsioni dei Piani Triennali di fabbisogno di personale formulati ed approvati dalla Regione Veneto prima dell'emergenza.

Successivamente, nel mese di marzo, in sede di disamina dei piani trimestrali di assunzione del personale presentati dalle Aziende ed Enti del SSR per il I trimestre 2020, è stata autorizzata l'assunzione di altro personale appartenente sia al Comparto che all'Area della Dirigenza Sanitaria, ugualmente in deroga ai tetti di spesa fissati per il costo del personale ed alle previsioni dei Piani Triennali di fabbisogno di personale.

Le aziende hanno, in seguito, rappresentato principalmente fabbisogni derivanti dalle necessità di adeguare i servizi presenti sul territorio, al fine di potenziare le attività a domicilio e di prevenzione, che sono state principalmente autorizzate nella seduta crite di Maggio 2020.

Ulteriori autorizzazioni all'assunzione di personale per l'emergenza COVID-19 sono state rilasciate anche successivamente alle sedute di disamina dei Piani trimestrali presentati dalle Aziende con riferimento al I e al II trimestre 2020, in ragione dell'eccezionalità della situazione, addivenendo ad un totale complessivo delle unità di personale dipendente autorizzate pari a 1.677.

Azienda	MEDICO	FARMACISTA	BIOLOGO	INFERMIERE	OSTETRICA/O	TECNICO LABORATORIO	TECNICO RADIOLOGIA	TECNICO PREVENZIONE	ASSISTENTE SANITARIO	OSS	OPERATORE TECNICO	FISIOTERAPISTA	COLLAB. TECNICO PROF.	ASSISTENTE TECNICO	TOTALE
501 - Ulss n1	3	0	0	64	0	2	2	0	24	31	0	0	2	0	128
502 - Ulss n2 Treviso	20	0	3	62	0	10	2	0	10	89	0	0	0	0	196
503 - Ulss n3	8	0	3	107	0	12	0	1	14	55	5	0	1	1	207
504 - Ulss n4 Veneto Orientale	3	0	0	69	0	6	0	6	10	51	1	0	0	0	146
505 - Ulss n5	5	0	3	65	0	12	0	0	10	38	0	0	0	0	133
506 - Ulss n6	3	0	0	81	0	5	0	0	21	41	0	4	0	0	155
507 - Ulss n7	2	0	4	39	0	6	0	1	15	24	0	0	0	0	91
508 - Ulss n8	10	0	0	122	3	5	3	0	10	21	0	0	0	0	174
509 - Ulss n9	2	0	0	34	0	6	5	0	8	24	0	0	0	0	79
501 - AO di Padova	12	0	0	85	0	9	0	0	1	66	0	0	0	0	173
512 - AOUI di Verona	51	1	2	96	0	7	0	0	0	35	0	1	0	0	193
502 - IOV	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
TOTALE	119	1	15	826	3	80	12	8	123	475	6	5	3	1	1.677

Contestualmente all'adozione di specifiche disposizioni adottate dal Legislatore con DL 2 marzo 2020 n. 9 e con DPCM 1 marzo 2020 è stata comunicata alle Aziende la possibilità di stipulare contratti di lavoro autonomo a personale medico ed infermieristico collocato in quiescenza, alle condizioni previste dalla suddetta normativa.

Inoltre, a seguito del DL 9 marzo 2020 n. 14, con Circolare n. 116609 del 11 Marzo 2020, la Regione del Veneto ha autorizzato le Aziende alla stipula di contratti di lavoro autonomo per le finalità e alle condizioni

indicate dall'art. 1 del medesimo decreto, per il reclutamento di personale medico, ivi compresi i medici iscritti all'ultimo e penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione, nonché di tutto il rimanente personale sanitario, qualora non risultino presenti presso Azienda Zero o presso l'Azienda interessata valide graduatorie di concorso pubblico o avviso pubblico.

Con L 24.04.2020 n. 27, fra le altre misure, è stato abrogato il DL 9 marzo 2020 n. 14. L'art. 2 bis del DL 18/2020 ha tuttavia riproposto in larga parte i contenuti dell'art. 1 del DL citato in relazione al conferimento di incarichi di lavoro autonomo a personale sanitario. A seguito di tale provvedimento normativo la Regione ne ha reso noto i principali contenuti con nota prot. n. 177934 del 05.05.2020.

Al fine di supportare le Aziende nel reclutamento di personale con incarico di lavoro autonomo, Azienda Zero ha predisposto avvisi pubblici di manifestazione di interesse a partire dalla data del 11 marzo a maggio 2020 per la formazione di elenchi di medici, medici specializzandi iscritti all'ultimo e penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione, medici collocati in quiescenza, e personale sanitario diverso da medico.

Azienda Zero, ricevute le manifestazioni di interesse, provvedeva ad inoltrarle alle Aziende, le quali potevano contattare i professionisti e stipulare contratti di lavoro. Azienda Zero ha raccolto complessivamente un numero di 998 manifestazioni di interesse come di seguito rappresentato.

	PROFILO	TOTALE MANIFESTAZONI MESE MARZO	TOTALE MANIFESTAZONI MESE APRILE	TOTALE MANIFESTAZONI MESE MAGGIO	TOTALE
MEDICI	Laureati Abilitati	257	143	7	407
	Pensionati	99	16	0	115
	Specialisti	223	43	8	274
	Specializzandi	175	39	3	217
	TOTALE	754	241	18	1013
	Di cui Anestesisti	*63*	*17*	*0*	*80*
SANIT.	Biologi	30	33	10	73
	Farmacisti	0	10	1	11
	TOTALE	30	43	11	84
COMPARTO SANITARIO	Assistenti Sanitari	30	8	1	39
	Infermieri	502	85	12	599
	Tecnici di Laboratorio	68	11	10	89
	Tecnici di Radiologia	139	23	2	164
	Tecnici della Prevenzione	65	36	4	105
	Tecnico fisiopat. cardiocirc.	1	0	1	2
	TOTALE	805	163	30	998
	Autisti di ambulanza segnalati	*22*	*16*	*4*	*42*

A fronte delle autorizzazioni rilasciate e delle manifestazioni di interesse raccolte e distribuite alle Aziende, la Regione monitora quotidianamente le acquisizioni di personale effettuate dalla data del 18 marzo. Alla data del 1 giugno il totale delle unità acquisite per l'emergenza COVID-19 risulta:

Azienda	T. Ind.	T. Det.	Rapp. Lib. Prof/co.co.co.	Rapp. con pers. in quiescen.	Pers. trattenuto in servizio ex art. 12 D.L. 18/2020	Altro	TOTALE
501 - Dolomiti	21	1	20	7	2	0	51
502 - Marca Trevigiana	99	48	36	4	0	0	187
503 - Serenissima	79	2	69	13	2	2	167
504 - Veneto Orientale	52	3	4	8	0	2	69
505- Polesana	4	28	18	4	1	5	60
506 - Euganea	12	20	40	6	0	0	78
507 - Pedemontana	13	5	39	12	0	0	69
508 - Berica	46	6	11	2	0	0	65
509 - Scaligera	40	3	31	18	0	0	92
901 - AO di Padova	107	5	26	1	0	0	139
912 - AOUI di Verona	95	5	52	2	0	0	154
952 - IOV	0	0	20	2	0	0	22
TOTALE	568	126	366	79	5	9	1.153

Stima di impatto economico

a) Personale Dipendente

Azienda	MEDICO	FARMACISTA	BIOLOGO	ODONTOIATRA	OSTETRICA/O	TECNICO LABORATORIO	TECNICO RADIOLOGIA	TECNICO PREVENZIONE	ASSISTENTE SANITARIO	OSS	OPERATORE TECNICO	FISIOTERAPISTA	COLLAB. TECNICO PROF.	ASSISTENTE TECNICO	TOTALE
501 - Dolomiti	€ 167.671,48	€ -	€ -	€ 1.948.177,98	€ -	€ 58.797,76	€ 58.797,76	€ -	€ 424.981,29	€ 559.595,28	€ -	€ -	€ 48.546,71	€ -	€ 2.827.486,17
502 - Marca Trevigiana	€ 1.117.809,52	€ -	€ 147.695,18	€ 1.948.177,98	€ -	€ 715.958,59	€ 48.858,21	€ -	€ 178.125,85	€ 1.485.881,51	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 4.528.875,75
503 - Serenissima	€ 447.125,75	€ -	€ 148.888,45	€ 2.566.915,97	€ -	€ 295.908,79	€ -	€ 77.887,13	€ 249.941,95	€ 991.899,41	€ 112.788,29	€ -	€ 28.775,35	€ 16.667,88	€ 4.646.518,96
504 - Veneto Orientale	€ 167.671,48	€ -	€ -	€ 1.677.619,97	€ -	€ 157.193,95	€ -	€ 155.855,65	€ 151.627,15	€ 979.996,61	€ 22.541,26	€ -	€ -	€ -	€ 3.311.648,98
505- Polesana	€ 779.452,55	€ -	€ 147.695,18	€ 1.429.771,59	€ -	€ 268.989,82	€ -	€ -	€ 185.298,75	€ 618.945,25	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2.987.563,82
506 - Euganea	€ 167.671,48	€ -	€ -	€ 1.765.783,72	€ -	€ 111.795,97	€ -	€ -	€ 507.418,88	€ 682.426,79	€ -	€ 75.859,68	€ -	€ -	€ 3.188.884,50
507 - Pedemontana	€ 111.780,95	€ -	€ 289.251,89	€ 851.488,85	€ -	€ 121.914,62	€ -	€ 77.887,13	€ 262.459,85	€ 588.889,57	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.964.740,88
508 - Berica	€ 642.748,56	€ -	€ -	€ 2.855.889,26	€ 68.859,86	€ 181.595,52	€ 68.957,53	€ -	€ 187.456,45	€ 592.797,16	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 4.182.171,12
509 - Scaligera	€ 111.780,95	€ -	€ -	€ 818.954,12	€ -	€ 152.595,78	€ 126.994,48	€ -	€ 155.582,56	€ 452.586,15	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.787.711,22
901 - AO di Padova	€ 712.685,48	€ -	€ -	€ 1.996.925,78	€ -	€ 715.958,59	€ -	€ -	€ 28.858,49	€ 1.714.884,87	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 4.157.787,67
912 - AOUI di Verona	€ 5.451.258,27	€ 49.251,85	€ 98.467,86	€ 2.785.828,56	€ -	€ 162.952,85	€ -	€ -	€ -	€ 678.529,88	€ -	€ 25.449,88	€ -	€ -	€ 9.741.370,63
952 - IOV	€ -	€ -	€ -	€ 48.546,71	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 48.546,71
TOTALE	€ 7.377.561,69	€ 49.251,85	€ 782.881,88	€ 18.575.459,78	€ 68.859,86	€ 1.767.702,85	€ 729.387,67	€ 189.848,91	€ 2.228.217,51	€ 8.487.339,36	€ 135.247,55	€ 101.409,68	€ 68.859,86	€ 16.667,88	€ 48.881.393,78

Per la valorizzazione dei costi relativi al personale dipendente da assumere nell'ambito del piano di autorizzazioni della Regione relativo all'emergenza epidemiologica COVID-19, è stato calcolato un costo medio per profilo.

Tale costo medio è stato calcolato utilizzando la sommatoria degli importi indicati nelle tabelle di spesa del personale del conto annuale 2018, in particolare Tabella 12 relativa agli oneri annui per voci retributive a carattere stipendiale corrisposte al personale in servizio e Tabella 13 relativa alle Indennità e compensi accessori corrisposti al personale in servizio rispetto al personale, rispetto al personale in servizio al 31 dicembre 2018.

I costi sono stati calcolati considerando come decorrenza delle assunzioni il mese di marzo per le autorizzazioni del I trimestre anno 2020 e il mese di maggio per le autorizzazioni riferite al II trimestre anno 2020.

b) Personale non Dipendente

cef1f5ab

Azienda	TOTALE	
501 - Dolomiti	€	835.000,00
502 - Marca Trevigiana	€	1.127.100,00
503 - Serenissima	€	2.402.055,00
504 - Veneto Orientale	€	416.700,00
505- Polesana	€	522.634,00
506 - Euganea	€	1.488.960,00
507 - Pedemontana	€	1.725.553,00
508 - Berica	€	560.560,00
509 - Scaligera	€	990.115,00
901 - AO di Padova	€	857.322,00
912 - AOUI di Verona	€	2.134.080,00
952 - IOV	€	679.680,00
TOTALE	€	13.739.759,00

Rapp. Lib. Prof./co.co.co.
Rapp. con pers. in quiescen.
Pers. trattenuto in servizio ex art. 12 D.L. 18/2020
Pers. con titolo conseg. estero ex art. 13 D.L. 18/2020
Altro

I costi relativi a tutte le fattispecie relative alla non dipendenza sono stati valorizzati in base agli incarichi conferiti alla data del 1° giugno e di quelli che le Aziende presumono di conferire fino al termine dell'emergenza tenendo conto dell'effettiva prestazione da rendere.

In merito alla gestione dell'emergenza sono stati adottati dall'Area Sanità e Sociale Circolari volte a fornire alle aziende del SSR indicazioni operative relativamente al trattamento giuridico - economico del personale in servizio (Prot. n 105574 del 05/03/2020 e Prot. n. 106965 del 05/03/2020) così come disposto dalla legislazione emergenziale.

Con nota del 13 marzo 2020, prot.n. 120472 è stata disposta la sospensione dell'attività chirurgica programmata, per la quale è previsto il ricovero in terapia intensiva post operatoria, e le altre attività programmate, ad eccezione delle urgenze indifferibili.

Parte del personale assegnato a dette attività è stato assegnato temporaneamente ad attività direttamente o indirettamente collegate con le esigenze dettate dell'emergenza COVID-19.

Il valore economico di tali costi non è quantificabile, nemmeno nelle sue componenti incrementali: a titolo esemplificativo, non è possibile addivenire a una valutazione dell'importo degli straordinari dedicati alle attività Covid, né tantomeno delle indennità relative.

Le nuove immissioni di personale derivanti dalle autorizzazioni rilasciate per il piano emergenza sono state necessarie anche per sopperire l'elevato tasso di assenza del personale contagiato durante l'emergenza.

La dotazione di personale al 31.5.2020 è riportata nello schema che segue, a confronto con quella al 31.12.2019.

Data	31/12/2019
Macro profilo	F.T.E.
Dirigenza medica	8.358,43
Dirigenza veterinaria	376,73
Dirigenza sanitaria	985,19
Dirigenza ruoli PTA	318,63
Personale infermieristico/ostetrico	23.794,38
Personale della prevenzione	1.106,05
Personale della riabilitazione	2.060,83
Personale tecnico sanitario	3.260,59
Altro personale ruolo sanitario	127,86
OSS/OTAA	8.338,16
Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	3.957,46
Personale ruolo amministrativo professionale	5.717,15
Totale complessivo	**58.401,46**

Data	31/05/2020
Macroprofilo	F.T.E.
Dirigenza medica	8.367,22
Dirigenza veterinaria	386,31
Dirigenza sanitaria	988,36
Dirigenza ruoli PTA	320,63
Personale infermieristico/ostetrico	24.377,52
Personale della prevenzione	1.104,15
Personale della riabilitazione	2.081,51
Personale tecnico sanitario	3.302,84
Altro personale ruolo sanitario	139,03
OSS/OTAA	8.871,89
Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	3.877,58
Personale ruolo amministrativo professionale	5.636,55
Totale complessivo	**59.453,58**

Fabbisogno di personale per il potenziamento delle terapie intensive e sub intensive

Il DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.” prevede all’art. 2 il riordino della rete ospedaliera. In particolare, il comma 1, mira a rafforzare strutturalmente il Servizio Sanitario Nazionale in ambito ospedaliero attraverso un piano di riorganizzazione volto a fronteggiare le emergenze pandemiche, attraverso il potenziamento delle Terapie Intensive, fino a determinare una dotazione strutturale per Regione pari a 0,14 posti letto per mille abitanti.

Per l’attivazione dei letti di Terapia Intensiva occorre determinare il relativo fabbisogno di personale, ai fini della stima del costo relativo. Ai fini della determinazione del fabbisogno di professionisti si ritiene di imputare un criterio “standard” sulla base dell’intensità assistenziale e delle necessità organizzative minime dell’unità operative di riferimento. Ipotizzato che, nelle Terapie Intensive debba essere garantita la presenza di un medico ogni 8 letti, di un infermiere ogni due letti e di un operatore socio sanitario ogni 8 letti, e che nel rispetto del criterio organizzativo, debba essere garantita la presenza minima per moduli assistenziali, a livello regionale risultano necessari 294 medici, 786 infermieri e 294 operatori socio sanitari. Considerati questi valori di fabbisogno, si stima che il costo del personale relativo al potenziamento dei posti letto di terapia intensiva sia pari a circa 56 milioni di euro su base annua. Si riporta, in seguito, prospetto riassuntivo dei fabbisogni di personale derivanti da potenziamento delle terapie intensive[1].

[1] . Ai fini della stima dei costi, il costo medio è stato calcolato utilizzando la sommatoria degli importi indicati nelle tabelle di spesa del personale del conto annuale 2018, in particolare Tabella 12 relativa agli oneri annui per voci retributive a carattere stipendiale corrisposte al personale in servizio e Tabella 13 relativa alle Indennità e compensi accessori corrisposti al personale in servizio rispetto al personale, rispetto al personale in servizio al 31 dicembre 2018.

DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	050501	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	050501	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	18	1.512.000,00 €	60	1.860.000,00 €	18	432.000,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	18	1.512.000,00 €	66	2.046.000,00 €	18	432.000,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €

DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	12	1.008.000,00 €	30	930.000,00 €	12	288.000,00 €

cef1f5ab

DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	6	504.000,00 €	24	744.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	504	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale	050504	OSPEDALI DI SAN DONA'	0	- €	0	- €	0	- €
050	VENETO	504	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale	050504	OSPEDALI DI SAN DONA'	0	- €	0	- €	0	- €
050	VENETO	504	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale	050504	OSPEDALI DI SAN DONA'	12	1.008.000,00 €	30	930.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €

DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	12	1.008.000,00 €	30	930.000,00 €	12	288.000,00 €
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	12	1.008.000,00 €	48	1.488.000,00 €	12	288.000,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	6	504.000,00 €	24	744.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	050507	OSPEDALI DI BASSANO	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €

DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
050	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	050507	OSPEDALI DI BASSANO	6	504.000,00 €	18	558.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	18	1.512.000,00 €	60	1.860.000,00 €	18	432.000,00 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	050509	OSPEDALI DI LEGNAGO	0	- €	0	- €	0	- €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	050509	OSPEDALI DI LEGNAGO	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	050509	OSPEDALI DI LEGNAGO	12	1.008.000,00 €	42	1.302.000,00 €	12	288.000,00 €

DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
050	VENETO	PED	Azienda Ospedale Università di Padova	OSPED	Azienda Ospedale Università di Padova	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	UAL	Azienda Ospedale Università di Padova	ATTUAL	Azienda Ospedale Università di Padova	24	2.016.000,00 €	90	2.790.000,00 €	24	576.000,00 €
050	VENETO	912	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	050912	AZ.OSP.UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	24	2.016.000,00 €	90	2.790.000,00 €	24	576.000,00 €
050	VENETO	912	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	050912	AZ.OSP.UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	6	504.000,00 €	24	744.000,00 €	6	144.000,00 €

cef1f5ab

DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
050	VENETO	952	Istituto Oncologico Veneto	050952	IOV	0	- €	0	- €	0	- €
050	VENETO	952	Istituto Oncologico Veneto	050952	IOV	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	509	05002200. CASA DI CURA PEDERZOLI	050022	CASA DI CURA PEDERZOLI	0	- €	0	- €	0	- €
050	VENETO	509	05001700. OSPEDALE S. CUORE - D. CALABRIA	050017	OSPEDALE SACRO CUORE DON CALABRIA	0	- €	0	- €	0	- €

cef1f5ab

Parte di questo fabbisogno è stato soddisfatto in fase emergenziale, facendo ricorso prevalentemente a contratti a tempo parziale o a incarichi di lavoro autonomo. Si rappresenta, inoltre, che in fase emergenziale il fabbisogno dei reparti intensivi è stato soddisfatto anche e soprattutto con ricorso a professionisti provenienti da altri reparti e non necessariamente con nuove assunzioni.

Il medesimo art. 2, comma 2, ha come obiettivo la riqualificazione dei posti letto di semi intensiva, mediante adeguamento e ristrutturazione di posti letto di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure che, in caso di pandemia, potrebbero essere convertiti fino al 50% in posti letto di terapia intensiva.

Con riferimento a quanto previsto all'art. 2 comma 2 del DL 34/2020: *"2. Le regioni e le province autonome programmano una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unita' di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. In relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50%dei posti letto di cui al presente comma, si prevede la possibilità di immediata conversione in posti letti di terapia intensiva, mediante integrazione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio. Al funzionamento dei predetti posti letto, a decorrere dal 2021, si provvede con le risorse umane programmate a legislazione vigente."*

In relazione all'attivazione dei posti letto di semi intensiva risulta alquanto problematico stimare il relativo fabbisogno di personale in quanto i posti letto dovranno essere resi disponibili da conversione di posti letto di area medica già esistenti. Ne consegue che anche il relativo fabbisogno di personale dovrà essere stimato al netto del personale già in servizio presso i reparti eventualmente convertiti in caso di emergenza.

Fabbisogno di personale per il potenziamento dei servizi territoriali

Con riferimento al potenziamento della rete territoriale e al necessario conseguente adeguamento della dotazione di infermieri di famiglia, per la Regione Veneto si stima un fabbisogno pari a circa 441 unità. Tale fabbisogno è stato determinato sulla base del criterio 8 unità infermieristiche per ogni 50.000 abitanti. Sulla base di questo criterio si stima un costo annuo aggiuntivo per personale infermieristico pari a circa 13,6 milioni di euro. Il dettaglio dei fabbisogni per aziende è riportato nella tabella che segue.

CODICE AZIENDA	AZIENDA	Distretti	Popolazione assistita MMG	Parametro - 8 INF/50.000 ab (*)	N. INF presso MMG	Tot. Fabbisogno Infermieri	Stima costo
501	Dolomiti	2	177.043	28	11	17	527.000,00 €
502	Marca Trevigiana	4	765.570	122	30	92	2.852.000,00 €
503	Serenissima	4	540.843	87	36	50	1.550.000,00 €
504	Veneto Orientale	1	198.187	32	4	27	837.000,00 €
505	Polesana	2	209.599	34	18	15	465.000,00 €
506	Euganea	5	796.800	127	56	72	2.232.000,00 €
507	Pedemontana	2	315.823	51	31	19	589.000,00 €
508	Berica	2	429.306	69	19	49	1.519.000,00 €
509	Scaligera	4	801.246	128	29	100	3.100.000,00 €

Fabbisogno di personale per il potenziamento dei servizi di emergenza territoriale

Il comma 5 dell'art 2 del DL 34/2020 autorizza le regioni a implementare i mezzi di trasporto dedicati ai trasferimento secondari per i pazienti COVID-19, per le dimissioni protette e per i trasporti intraospedalieri e per pazienti non affetti da COVID-19. A tal fine viene prevista la possibilità di assumere personale dipendente medico, infermieristico e operatori tecnici.

Nella tabella che segue si definisce il fabbisogno di personale per rendere pienamente operativa la rete di emergenza territoriale e garantire il trasporto intraospedaliero con personale strutturato come previsto dalla circolare del Ministero della Salute prot n. 11254 del 29 maggio 2020 "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19".

cef1f5ab

DATI ANAGRAFICI				PERSONALE DIPENDENTE - MEZZI DI SOCCORSO (AMBULANZE)							
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR PERSONALE OTA/OSS	COSTO PERSONALE OTA/OSS	NR PERSONALE AUTISTA-BARELLIERE	COSTO PERSONALE AUTISTA-BARELLIERE
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
50	VENETO	501	Dolomiti	4	336.000,00 €	5	155.000,00 €		- €	5	120.000,00 €
50	VENETO	502	Marca Trevigiana	4	336.000,00 €	9	279.000,00 €	3	72.000,00 €	6	144.000,00 €
50	VENETO	503	Serenissima	4	336.000,00 €	9	279.000,00 €	3	72.000,00 €	6	144.000,00 €
50	VENETO	505	Polesana	5	420.000,00 €	6	186.000,00 €		- €	6	144.000,00 €
50	VENETO	508	Berica	5	420.000,00 €	9	279.000,00 €		- €	6	144.000,00 €
50	VENETO	901	Azienda Ospedaliera Padova	4	336.000,00 €	10	310.000,00 €		- €	6	144.000,00 €
50	VENETO	912	Azienda Ospedaliera Verona	5	420.000,00 €	15	465.000,00 €		- €	6	144.000,00 €

cef1f5ab

Trattamento accessorio del personale in servizio

L'emergenza epidemiologica in atto da Covid-19 ha determinato nella Regione del Veneto una generalizzata riorganizzazione delle attività in ambito socio-sanitario, sia ospedaliere che territoriali, che si è tradotta, da un lato nell'incremento dei posti letto delle unità operative di terapia intensiva, sub intensiva e malattie infettive, e dall'altro nella riconversione di interi ospedali o di reparti che sono stati dedicati ad accogliere in via esclusiva pazienti affetti da contagio, nonché nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale e delle modalità di erogazione dei servizi del dipartimento di prevenzione.

Tale riorganizzazione ha comportato, di conseguenza, anche una revisione delle modalità di lavoro con un incremento molto rilevante sia dell'attività lavorativa del personale sia del numero delle unità di lavoratori quotidianamente impegnati a fornire le prestazioni necessarie a fronteggiare tale emergenza. Le aziende hanno, infatti, provveduto all'assunzione di nuovo personale, sia dipendente che non dipendente, a rivedere l'organizzazione delle attività e ad effettuare i necessari trasferimenti di personale verso gli ambiti che più lo richiedevano.

Ciò ha determinato un notevole impatto sulle condizioni di lavoro di tutti gli operatori, in particolare di quelli impegnati nei reparti di assistenza ai pazienti Covid-19.

La situazione emergenziale ed assolutamente eccezionale, ha imposto alla Regione e alle Organizzazioni Sindacali una riflessione per determinare quali risorse e strumenti poter mettere in campo per sostenere lo sforzo fatto dal personale del Servizio Sanitario Regionale, riconoscendo che lo stesso ha sempre dimostrato grande impegno, responsabilità, disponibilità e dedizione al lavoro.

I benefici economici che sono stati previsti sono finanziati in parte con risorse stanziate dallo Stato e attribuite alle Regioni, in particolare dall'art. 1 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito nella legge 24 aprile 2020, n. 27, come integrato e modificato dall'art. 2 del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, in parte con risorse messe a disposizione dalla Regione, così come consentito dal medesimo decreto legge (art. 2, comma 6, lett. b).

Per la Regione del Veneto la somma complessivamente disponibile ammonta ad euro 60.932.640, che vanno ad incrementare prioritariamente i fondi contrattuali per le condizioni di lavoro della dirigenza dell'Area Sanità e il fondo condizioni di lavoro ed incarichi del personale del Comparto e, per la restante parte, i relativi fondi incentivanti.

L'incremento dei fondi è in deroga, oltre che all'articolo 23, comma 2, del D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75.

L'importo complessivamente disponibile è stato ripartito tra le aree del comparto e della dirigenza e tra le aziende Ulss ed ospedaliere del SSR, alle quali sono state state fornite specifiche linee di indirizzo regionali per l'attuazione di quanto previsto nei rispettivi verbali di confronto sindacale approvati con le deliberazioni n. 646 del e n. 22 Maggio 2020 e n. 715 del 04 Giugno 2020.

Con le risorse previste nell'accordo regionale è stato possibile riconoscere l'indennità di terapia sub intensiva al personale del ruolo sanitario e agli operatori socio-sanitari che prestano servizio presso le unità operative che saranno specificatamente qualificate come "sub intensive" ed estendere l'erogazione dell'indennità di Malattie Infettive ai reparti prevalentemente dedicati a pazienti Covid.

La Regione ha ritenuto, inoltre, di adeguare il sistema retributivo accessorio della premialità legata alla performance rimodulando gli obiettivi e integrandoli con progetti specifici legati all'emergenza sanitaria. Pertanto potrà essere individuata, previo passaggio in contrattazione integrativa, una particolare maggiorazione della retribuzione di risultato e della produttività da destinare al personale dirigenziale e non dirigenziale, del ruolo sanitario e non, impegnato nelle attività correlate all'emergenza, eventualmente da graduare in relazione all'intensità dell'impegno profuso.

REGIONE DEL VENETO

PIANO DI RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA IN EMERGENZA COVID-19

Relazione sintetica

Programmazione regionale: elementi principali

In attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2019 – 2023 con DGR n. 614 del 14 maggio 2019 sono state approvate le schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle aziende sanitarie del Veneto.

Per ogni singola struttura ospedaliera le schede, definiscono tra gli altri aspetti la dotazione di posti letto per singola specialità e il ruolo dell'ospedale nella rete regionale.
Con riferimento ai posti letto definiti per ognuna delle discipline interessate dalla patologia COVID- 19 (Terapia intensiva, malattie infettive, pneumologia) la distribuzione dei posti letto prima dell'emergenza viene di seguito riassunta:

	TERAPIA INTENSIVA	PNEUMOLOGIA	MALATTIE INFETTIVE
	Numero di posti letto	Numero di posti letto	Numero di posti letto
Dgr 614/2019 Schede Ospedaliere	559*	281	144*
Posti letto attivati a febbraio 2020 (flussi ministeriali)	494	233 (di cui 85 presso hub)	165

**Ai quali si aggiungono i posti letto per pazienti extraregione*

Rispetto al bacino di utenza per specialità e al conseguente numero di strutture complesse previsto dal DM 70/2015, l'allegato E della DGR 614/2019 evidenzia come alcuni aspetti siano stati adeguati al modello organizzativo ospedaliero regionale.

In ragione del modello organizzativo regionale adottato, nella dotazione ospedaliera della Regione del Veneto erano presenti, già prima dell'emergenza COVID-19:

- una unità complessa di malattie infettive per ciascuna provincia;
- una diffusione capillare delle pneumologie nell'ottica dell'integrazione ospedale territorio;
- una specifica unità di svezzamento dalla ventilazione meccanica presso l'UO di Fisiopatologia respiratoria nell'Azienda Ospedale Università di Padova;
- una unità complessa di anestesia presso gli ospedali con pronto soccorso;
- un istituto di ricerca a carattere scientifico nella disciplina Malattie infettive e tropicali all'´Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria di Negrar (VR).

E' inoltre definito un parametro di riferimento per aree funzionali omogenee e in particolare per l'area delle terapie intensive da un minimo di 0,1 posti letto/1000 abitanti fino a un massimo di 0,2 posti letto/1000 abitanti.

Stato dell'arte

In relazione all'emergenza COVID-19 e alle indicazioni ministeriali della circolare del Ministero della Salute prot. n. 2627 del 01/03/2020 relative all'aumento di posti letto di terapia intensiva, pneumologia e malattie infettive è stato approvato, il 15 marzo 2020, dall'Unità di crisi istituita con decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21 febbraio 2020, il Piano di Emergenza Ospedaliera COVID-19 del Veneto, finalizzato ad assicurare che l'intero sistema ospedaliero fosse in grado di affrontare l'ipotesi di maggior pressione possibile.

In attuazione a tale piano sono stati attivati in Veneto 825 posti letto di terapia intensiva e 383 posti letto di pneumologia semi intensiva.

Considerata l'efficacia e l'efficienza delle azioni intraprese con tale piano, è stata approvata il 5 maggio 2020 la DGR n. 552/2020 "Approvazione Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici" che permette di definire la risposta del sistema ospedaliero in caso di emergenza.

Il potenziamento della disponibilità posti letto di tale piano emergenziale ha previsto la strutturazione di 840 posti letto di terapia intensiva così ripartiti:

- 559 sono i posti letto programmati dalle schede di dotazione ospedaliera;
- 191 sono posti letto aggiuntivi, attivati secondo le linee guida predisposte dal Coordinamento Regionale Emergenza ed Urgenza;
- 90 sono i posti letto ricavabili dalla riconversione di sale operatorie in caso di emergenza.

Considerate le necessità assistenziali evidenziate nel periodo di fase 1 dell'emergenza sono stati inoltre previsti 663 posti letto di pneumologia semi intensiva di cui 382 posti letto ricavabili riconvertendoli da altre discipline.

La DGR n. 552/2020 prevede inoltre che in tutti i Pronto Soccorso devono essere previsti specifici percorsi di pre-triage tesi ad individuare tempestivamente i pazienti sospetti positivi a malattie infettive al fine di indirizzarli verso i percorsi specificatamente dedicati ed evitare al massimo contaminazioni sia tra i soggetti in attesa di diagnosi, sia contaminazioni intraospedaliere da parte di soggetti affetti da patologie acute.

Elementi di sviluppo: disposizioni

L'art 2 del D.L. n. 34/20 prevede che le regioni predispongano un piano di riorganizzazione ospedaliera per l'emergenza e la circolare del Ministero della Salute n. 11254 del 29/05/2020 definisce, nel dettaglio, per la Regione Veneto l'aumento di 211 posti letto di terapia intensiva e 343 di semi intensiva.

Tali indicazioni, quindi, integrano il più ampio piano emergenziale definito dalla DGR n. 552/20.

Sia da quanto accaduto in fase emergenziale, sia dalle considerazioni metodologiche effettuate per la definizione del piano della DGR n. 552/20, si individuano 3 tipologie di strutture ospedaliere per l'accoglienza di pazienti COVID-19 all'interno del percorso di cura delle acuzie.

Viene di seguito descritta per ciascuna tipologia la finalità specifica degli interventi da avviare per determinare le condizioni che possano permettere la migliore risposta a eventuali altri eventi emergenziali.

- Ospedale Hub e di riferimento provinciale con presenza di reparti di pneumologia e malattie infettive.
    - Interventi finalizzati a creare le condizioni per non sospendere l'attività di elezione e permettere la continuità soprattutto per le cure indifferibili e per potenziare il trasporto intraospedaliero e il servizio di emergenza urgenza.
- Ospedali spoke con posti letto di terapia intensiva e personale con specifiche competenze intensivologiche:

- Interventi finalizzati a creare le condizioni per il potenziamento della capillarità territoriale dell'offerta di posti letto di terapia intensiva e semi intensiva;
- Interventi finalizzati a migliorare la separazione dei percorsi dedicati a pazienti COVID-19 in pronto soccorso;
- Interventi finalizzati al rafforzamento della dotazione di apparecchiature di ausilio alla ventilazione e monitoraggio.

- Ospedali dedicati alla patologia (Covid Hospital)
  - Interventi finalizzati a creare le condizioni per stabilizzare e completare l'attrezzamento dei posti letto aggiuntivi attrezzati in fase emergenziale.

Piano di riorganizzazione

Dotazione di posti letto

Incremento posti letto di terapia intensiva (comma 1 art. 2 DL 34/2020)

Il DL 34/2020 prevede di incrementare i posti letto di terapia intensiva determinando una dotazione di 0,14 posti letto per 1000 abitanti.

Per la Regione del Veneto tale parametro corrisponde quindi a una dotazione strutturale di 705 posti letto per fronteggiare le emergenze pandemiche.

Coerentemente con quanto indicato nella circolare del Ministero della Salute "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" del 29 maggio 2020, l'identificazione dei posti letto di terapia per la fase emergenziale, ha seguito i seguenti criteri:

- Accelerare l'attuazione di quanto previsto della programmazione regionale;
- Identificare negli ospedali hub con presenza di reparti di malattie infettive e pneumologia una numerosità di posti letto che garantisca la prima risposta in caso di nuova ondata dell'epidemia;
- Rendere adeguati e/o ampliare gli spazi preferibilmente attigui alle attuali terapie intensive, utilizzati nella fase emergenziale in modo da garantire un ampiamento di posti letto territorialmente diffuso;
- Attrezzare adeguatamente gli spazi per i posti letto di terapia intensiva negli ospedali individuati come Covid Hospital.

L'identificazione dei 211 posti letto aggiuntivi, , sono stati puntualmente identificati nella "Tabella 2 delle linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 " allegata al presente piano.

Durante la fase emergenziale sono state fornite in comodato d'uso gratuito dal Commissario per l'emergenza la strumentazione per attrezzare i posti letto di terapia intensiva; rimane quindi da definire se tali attrezzature sono da considerarsi di proprietà della Regione del Veneto o se la Regione dovrà provvedere all'acquisto. A seguito di questa considerazione i valori riportati nel Piano di riorganizzazione ospedaliera per l'allestimento della aree della terapia intensiva possono inevitabilmente modificarsi.

L'attivazione dei posti letto aggiuntivi di terapia intensiva comporta la realizzazione di lavori di adeguamento edile e impiantistico nelle aree individuate a tale scopo. Nella scheda seguente si riportano le principali caratteristiche strutturali, impiantistiche e la dotazione delle attrezzature che dovranno essere garantite.

TERAPIA INTENSIVA	
REQUISITI MINIMI STRUTTURALI	
Descrizione	**Ulteriori specifiche**
Degenze con una superficie di 15 mq per posto letto	
Zona filtro degenti	
Zona filtro personale addetto	
Spogliatoio	Zona per indossare/togliere DPI
Locale medici	
Locale lavoro infermiere	
Locale per i pazienti infetti dotato di zona filtro	
Servizi igienici per il personale	
Deposito strumentazione e materiale pulito	
Deposito materiale sporco	
Vuotatoio con adeguata ventilazione	
Locale preparazione farmaci	
Locale bonifica /decontaminazione	
Bagno assistito	
Locale Tisaneria	
REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI	
Descrizione	**Ulteriori specifiche**
Temperatura interna	20-24 °C
Umidità relativa	40-60 %
Ricambi aria	min 6 vol/h (preferibile 10-15 vol/h) + filtri assoluti H14 + aspirazione separata
Prese ossigeno con doppi circuiti separati	min. 3 prese, pressione d'esercizio di 4-5 atm, costante con un flusso di 60 l/min per ciascuna presa
Aria medicale con doppie linee con doppi circuiti separati	min. 3 prese, pressione d'esercizio di 4-5 atm, costante con un flusso di 60 l/min per ciascuna presa
Impianto aspirazione con doppi circuiti separati	min. 2 prese, garantire quando tutte le prese sono in funzione una pressione minima di aspirazione di 500 mm Hg (40 l/min costanti) per ciascuna presa
Presa Evacuazione Ossido Nitrico tipo Attiva	La presa di evacuazione è necessaria qualora la terapia intensiva debba dotarsi di sistemi di erogazione dello stesso gas
Prese elettriche	15 per posto letto
Prese elettriche a pensile	min. 8 per P.L.
Prese TD	min. 4 per PL il RAC dati deve essere anch'esso alimentato da IT-M.
Impianto segnalazione esaurimento gas medicali del reparto	
Impianti speciali antincendio rilevazione incendi ed EVAC	
Impianto chiamata infermieri	
Impianto monitoraggio/ controllo dinamico della portata dei gas medicali O2-AC con contabilizzatore del flusso parziale e totale del reparto	
Almeno il 50% degli ambienti devono essere in pressione negativa	Da valutarsi in caso di realizzazione per COVID
Impianto elettrico tipo IT-M locali di gruppo 2 ai sensi della CEI 64-8	

TERAPIA INTENSIVA	
ATTREZZATURA PER POSTO LETTO	
Descrizione	**Ulteriori specifiche**
Strutture pensili/travi testa letto a muro dove alloggiare prese gas, elettriche e supporto alle apparecchiature	
Letto per rianimazione elettrico	Con sistemi di articolazione (trendelenburg, anti trendelenburg, zona testa, ginocchia e piedi), dotato di sistema antidecubito e tavolino a comparsa sulla pediera, porta bombola di ossigeno (per gli spostamenti), e almeno 3 aste porta flebo
Materasso	A fluttuazione dinamica già compreso con il letto
Ventilatore automatico da rianimazione	Dotato delle più avanzate modalità ventilatorie invasiva e non invasiva/reclutamento. Dotato di avanzati sistemi di svezzamento toraco polmonari e diaframmatici. Monitoraggi avanzati della funzionalità respiratoria. Elevata autonomia delle batterie intercambiabili anche durante l'utilizzo. Completo di sistema di umidificazione.
Monitor multiparametrico	Monitor multiparametrico (misurazione parametri vitali) In particolare pressione arteriosa invasiva e non invasiva, saturimetro, temperatura, EtCO2. EtCO2 è un parametro che può essere presente anche nei ventilatori • il monitor fisso nel posto letto del paziente può avere in dotazione un monitor base integrato più piccolo utile per gli spostamenti del paziente (es: Philips MX800 con X2)
Centrale di monitoraggio	
Apparecchiatura erogazione ossido nitrico	La presa di evacuazione è necessaria qualora la terapia intensiva debba dotarsi di sistemi di erogazione dello stesso gas
Pompe peristaltiche a siringa (in totem)	Almeno 5 x paziente
Pompe peristaltiche per enterale	1 x paziente
Pompe parenterale	2 x paziente
Auxiliary Manual Breathing Unit (Ambu)	2 x paziente
URM(Unità respiratoria manuale)	
Posizionatori per la pronazione del paziente (accessorio)	
Scialitica per posto letto	
Maschere per ossigeno	
Sistema di aspirazione bronchiale	
Sistema di aspirazione	
1 tavolino servitore	
Paravento medicale (divisorio)	
generatore CPAP (e relativo circuito)	
Circuito NIV	
Apparecchio per ossigeno terapia ad alti flussi/ rotametri completi di umidificatore per circa il 40/50% dei posti letto	
Carrello per medicazioni/emergenze (1 per posto letto)	
Supporto per i presidi di utilizzo frequente ed immediato per ventilatore e sistema di aspirazione	
ATTREZZATURA PER UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA	
Descrizione	**Ulteriori specifiche**
Portatile di radiologia per RX toracici	
2 defibrillatori capaci di erogare fino a 360J	
2 elettrocardiografi 12 derivazioni diagnostici	
1 eco, completo anche di funzioni cardio	
1 massaggiatore cardiaco automatico	
1-2 sistemi per emodinamica in continuo	
1-2 sistemi per monitoraggio emoglobina in continuo/sistema bilaterale di profondità anestesia	
Videolaringoscopio per intubazioni difficili	

Riqualificazione posti letto di area semi –intensiva (comma 2 art. 2 DL 34/2020)

Il Dl 34/2020 prevede di riqualificare, per la Regione del Veneto 343 posti letto semi intensivi mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica.

I posti letto devono essere dotati di impiantistica idonea a supportare apparecchiature di ausilio alla ventilazione.

Inoltre il 50% di tali posti letto deve essere potenzialmente e immediatamente riconvertibile in posti letto di terapia intensiva e per essere riconvertiti i posti letto devono essere integrati con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio.

L'identificazione dei posti letto di terapia semi intensiva per la fase emergenziale ha seguito le seguenti linee di indirizzo:

- Individuare puntualmente i posti letto di pneumologia per casi complessi di insufficienza respiratoria a elevato carico assistenziale individuati nell'allegato B della DGR n. 552/20;
- Prevedere la dotazione di strumentazione di ventilazione non invasiva nelle pneumologie degli ospedali hub;
- Identificare, in un numero diffuso di ospedali, una percentuale di posti letto di area medica funzionali anche alla gestione del percorso di pazienti in urgenza;
- Attrezzare adeguatamente i posti letto di terapia semi intensiva negli ospedali individuati come Covid Hospital.

L'identificazione dei 343 posti letto aggiuntivi previsti sono puntualmente identificati nella "Tabella 2 delle linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" allegata al presente Piano.

Durante la fase emergenziale sono state fornite in comodato d'uso gratuito dal commissario per l'emergenza, le strumentazioni per attrezzare posti letto di semi intensiva, rimane quindi da definire se tali attrezzature sono da considerarsi di proprietà della Regione del Veneto o se la Regione dovrà provvedere all'acquisto. A seguito di questa considerazione i valori riportati nel Piano di riorganizzazione ospedaliera per l'allestimento delle aree di terapia semi intensiva possono inevitabilmente modificarsi.

L'attivazione dei posti letto aggiuntivi di terapia semi intensiva, comporta la realizzazione di lavori di adeguamento edile e impiantistico nelle aree individuate a tale scopo.

Inoltre dovrà essere garantita la presenza del cablaggio strutturale per la trasmissione dei dati.

Nella scheda seguente si riportano le principali caratteristiche strutturali, impiantistiche e la dotazione delle attrezzature che dovranno essere garantite per i posti strutturali di terapia semi intensiva.

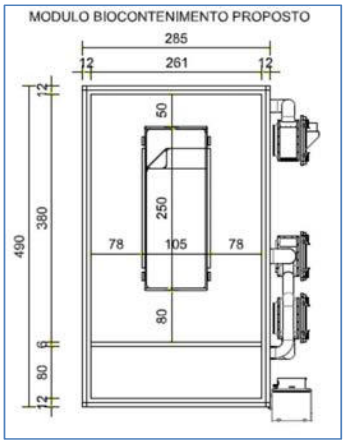
TERAPIA SEMINTENSIVA	
REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI	
Descrizione	**Ulteriori specifiche**
Temperatura interna	20°÷26° C
Ricambi aria	4 Vol/h
Prese ossigeno con doppi circuiti separati	Minimo 2 prese a 4 atm con flusso costante di 60 l/min per ciascuna presa
Aria medicale con doppi circuiti separati	Minimo 2 prese press esercizio 4/5 atm con flusso costante di 60 l/min per presa
Impianto aspirazione con doppi circuiti separati	Minimo 2 prese, quando tutte le prese sono in funzione bisogna garantire una pressione minima di aspirazione di 500mmHg (40 l/min) costanti per ciascuna presa
Prese elettriche	10 per posto letto
Prese TD (dati)	4 per posto letto
Impianto segnalazione esaurimento gas medicali del reparto	
Impianto monitoraggio/ controllo dinamico della portata dei gas medicali O2-AC con contabilizzatore del flusso parziale e totale del reparto	
Impianti speciali antincendio: Rilevazione ed EVAC	
Impianto di chiamata infermieri	
Impianto elettrico del **gruppo 1** ai sensi della CEI 64-8	
ATTREZZATURA PER POSTO LETTO	
Descrizione	**Ulteriori specifiche**
Strutture pensili/travi testa letto a muro dove alloggiare prese gas, elettriche e supporto alle apparecchiature	
Letto per rianimazione elettrico	Con sistemi di articolazione (trendelenburg, anti trendelenburg, zona testa, ginocchia e piedi), dotato di sistema antidecubito e tavolino a comparsa sulla pediera, porta bombola di ossigeno (per gli spostamenti), e almeno 3 aste porta flebo
Materasso	A fluttuazione dinamnica già compreso con il letto
Ventilatore per rianimazione (1 ogni 2 posti letto circa)	Dotato delle più avanzate modalità ventilatorie invasiva e non invasiva/reclutamento. Dotato di avanzati sistemi di svezzamento toraco polmonari e diaframmatici. Monitoraggi avanzati della funzionalità respiratoria. Elevata autonomia delle batterie intercambiabili anche durante l'utilizzo. Completo di sistema di umidificazione.
Monitor multiparametrico	Monitor multiparametrico (misurazione parametri vitali) In particolare pressione arteriosa invasiva e non invasiva, saturimetro, temperatura, EtCO2. EtCO2 è un parametro che può essere presente anche nei ventilatori • il monitor fisso nel posto letto del paziente può avere in dotazione un monitor base integrato più piccolo utile per gli spostamenti del paziente (es: Philips MX800 con X2).
Centrale di monitoraggio	
Pompe peristaltiche a siringa (in totem)	almeno 5 x paziente
Pompe peristaltiche per enterale	1 x paziente
Pompe parenterale	2 x paziente
Auxiliary Manual Breathing Unit (Ambu)	2 x paziente
Scialitica per posto letto (o in alternativa 1 per unità di degenza)	
Maschere per ossigeno	
Sistema di aspirazione bronchiale	
Sistema di aspirazione	
1 tavolino servitore	

91496bca

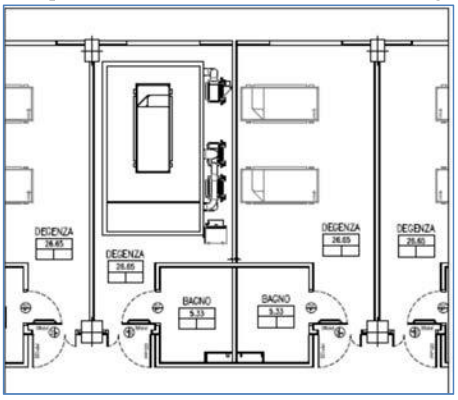
Al fine di adeguare tempestivamente e garantire la riconvertibilità dei posti letto di semi intensiva in terapia intensiva sia dal punto di vista dell'attrezzamento che dal punto di vista strutturale, la Regione del Veneto intende dotare ogni posto letto di un modulo di biocontenimento.

Inoltre, i locali che prevedono l'inserimento del modulo di bio-contenimento dovranno garantire il rispetto delle prescrizioni dettate dalla Norma CEI 64-8/7 Sezione 710 per i locali ad uso medico di Gruppo 2, in modo da assicurare la sicurezza dei pazienti e del personale medico ed essere cablati per il monitoraggio centralizzato.

Lo schema del modulo è sotto riportato:



Esempio di inserimento modulo in stanza di degenza



Strutture movimentabili (comma 3 art. 2 D.L. n. 34/2020)

Il DL n. 34/20 prevede che le regioni individuino un'area attrezzabile per allocare una struttura movimentabile da 75 posti letto di terapia intensiva.

In fase emergenziale è state predisposta un'area per l'allocazione di una struttura da campo presso l'ospedale di Schiavonia per la superficie complessiva di 9.500 metri quadrati

L'area potrà quindi essere utilizzata per il fine del comma 3 art 2 del DL n. 34/20.

Rete emergenza urgenza ospedaliera (comma 4 art. 2 DL n. 34/2020)

Il DL n. 34/20 prevede la ristrutturazione dei pronti soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi.

A tal proposito si ritiene che gli interventi destinati alla ristrutturazione devono poter prevedere nel maggior numero possibile di ospedali:

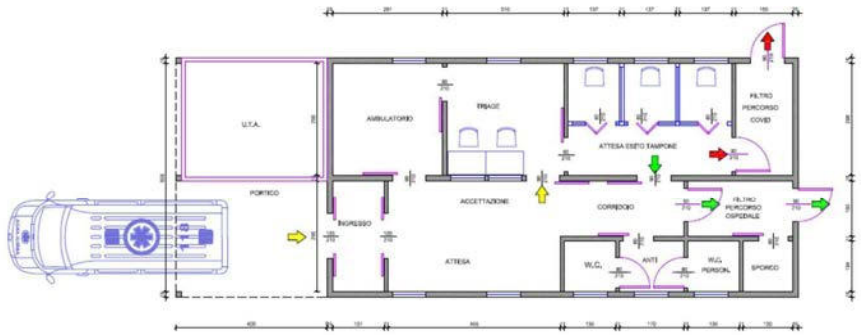
- aree di pre-triage distinte;
- area di attesa dedicata a sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi;
- ambulatorio per sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi;
- area dedicata per soggetti in attesa di esito tampone;
- percorso specificatamente individuato per paziente COVID-19;
- accesso diretto e percorsi dedicati di mezzi di soccorso a spazi di attesa sospetti barellati;
- diagnostica radiologica dedicata.

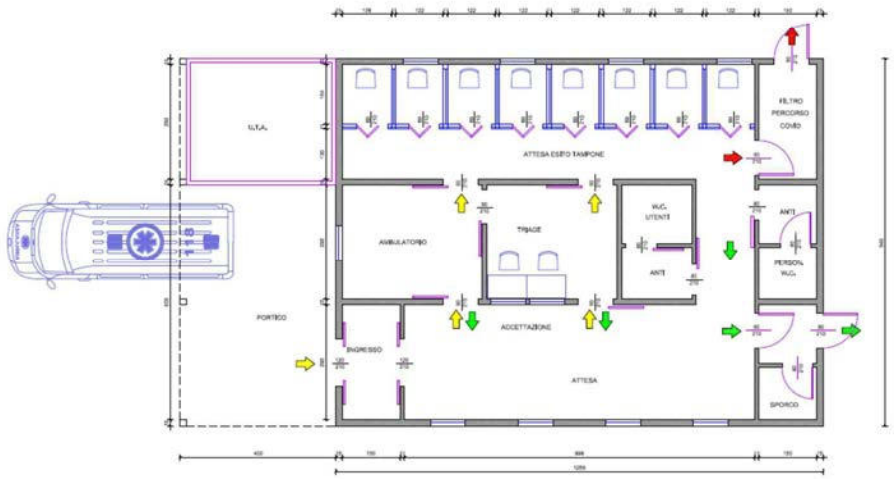
La definizione puntuale degli interventi sono puntualmente identificati nella "Tabella 3 delle linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" allegata.

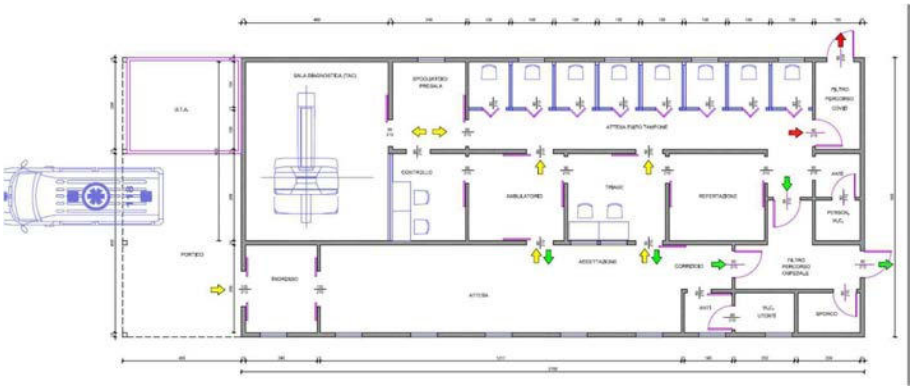
Per quanto riguarda interventi sui Pronto Soccorso non essendo definibili soluzioni specifiche strutturali che garantiscano una soluzione a breve termine e prevedendo necessità di definire nuovi spazi dedicati in tutti i pronto soccorso, la Regione del Veneto intende adottare tipologie di moduli di pre triage covid in relazione alla tipologia di struttura ospedaliera e di servizio.

Per i moduli da collocare negli ospedali con elevata affluenza nei pronto soccorso, è prevista inoltre la presenza di una tac dedicata.

Esempi di schema dei moduli è riportato nelle figure sottostanti:







Emergenza territoriale (comma 5 art. 2 DL 34/2020)

Il DL n. 34/2020 prevede interventi che mirano a implementare la rete di emergenza territoriale.
L'identificazione degli interventi ha seguito le seguenti linee di indirizzo:

- potenziare il sistema del soccorso in emergenza urgenza e in particolare il servizio del Suem;
- identificare gli interventi per il potenziamento del trasporto intra ospedaliero.

Le Regione del Veneto, nella analisi del fabbisogno e a seguito di quanto potuto riscontrate nella fase emergenziale, ha riscontrato la necessità di potenziare due SUEM definiti nella "Tabella 3 A delle linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" allegata al presente Piano.

TABELLA 2 DELLE LINEE DI INDIRIZZO ORGANIZZATIVE PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA PER EMERGENZA COVID-19
TERAPIA INTENTIVA E SEMI-INTENSIVA

DATI ANAGRAFICI										DESCRIZIONE INTERVENTO							QUADRO ECONOMICO					ANALISI COSTI		
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DENOMINAZIONE STABILIMENTO	COMUNE	PROVINCIA	Classificazione struttura (Base/ DEA I/ DEA II)	Tipologia Lavori	Posti letto da realizzare [terapia intensiva] NA	Posti letto da realizzare [terapia semi-intensiva] NA	Tipologia di intervento	Adeguamento posti letto esistenti?	Superfice complessiva [mq]	Descrizione intervento	Importo lavori [€]	Importo attrezzature elettromedicali [€]	Altro [€]	IVA	Importo complessivo da quadro economico IVA inclusa [€]	€/mq [€]	€/p.l. [€]	mq/p.l. [mq]
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)= 19+20+21+22	(25)= (23)/(17)	(26)= (23)/(13 o 14)	(27)= (17)/(13 o 14)
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	050501	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	05050101	OSPEDALE DI BELLUNO	BELLUNO	BELLUNO	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	0	18	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	915	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	853.508,03 €	106.229,51 €	196.306,85 €	108.721,29 €	1.264.765,68 €	1.382,26 €	70.264,76 €	50,83
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	050501	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	05050104	OSPEDALE DI FELTRE	FELTRE	BELLUNO	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	19	5	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.600	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	2.116.784,81 €	1.376.885,25 €	486.860,51 €	514.593,24 €	4.495.123,80 €	2.809,45 €	187.296,82 €	66,67
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	05050201	OSPEDALE DI TREVISO	TREVISO	TREVISO	DEA II	*Intervento su struttura esistente*	20	30	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	2.000	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	2.550.332,93 €	1.152.459,02 €	586.576,57 €	508.574,28 €	4.797.942,80 €	2.398,97 €	95.958,86 €	40,00
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	05050202	OSPEDALE DI ODERZO	ODERZO	TREVISO	PS	*Intervento su struttura esistente*	6	0	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	500	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	1.127.819,55 €	16.721,31 €	259.398,50 €	116.460,64 €	1.520.400,00 €	3.040,80 €	253.400,00 €	83,33
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	05050205	OSPEDALE DI VITTORIO VENETO	VITTORIO VENETO	TREVISO	PS	*Intervento su struttura esistente*	4	19	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.200	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	1.803.180,78 €	258.196,72 €	414.731,58 €	237.121,36 €	2.713.230,44 €	2.261,03 €	117.966,54 €	52,17
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	05050301	OSPEDALE DI MESTRE	MESTRE	VENEZIA	DEA II	*Intervento su struttura esistente*	2	21	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.380	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	995.759,37 €	824.368,85 €	229.024,65 €	280.937,08 €	2.330.089,96 €	1.688,47 €	101.308,26 €	60,00
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	05050303	OSPEDALE DI DOLO	DOLO	VENEZIA	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	9	24	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.800	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	2.265.830,26 €	1.653.233,61 €	521.140,96 €	590.294,42 €	5.030.499,24 €	2.794,72 €	558.944,36 €	54,55
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	05050304	OSPEDALE DI MIRANO	MIRANO	VENEZIA	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	8	0	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	550	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	977.443,61 €	330.819,67 €	224.812,03 €	170.524,69 €	1.703.600,00 €	3.097,45 €	212.950,00 €	68,75
050	VENETO	504	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale	050504	OSPEDALI DI SAN DONA'	05050403	OSPEDALE DI JESOLO	JESOLO	VENEZIA	PS	*Intervento su struttura esistente*	0	18	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.100	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	853.508,03 €	914.245,90 €	196.306,85 €	286.484,90 €	2.250.545,68 €	2.045,95 €	125.030,32 €	61,11
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	05050501	OSPEDALE DI ROVIGO	ROVIGO	ROVIGO	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	1	8	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	700	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	379.336,90 €	427.508,20 €	87.247,49 €	131.985,49 €	1.026.078,08 €	1.465,83 €	1.026.078,08 €	77,78
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	05050502	OSPEDALE DI TRECENTA	TRECENTA	ROVIGO	PS	*Intervento su struttura esistente*	11	14	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.500	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	1.791.659,13 €	1.008.795,08 €	412.081,60 €	401.100,83 €	3.613.636,64 €	2.409,09 €	328.512,42 €	60,00
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	05050601	OSPEDALE DI CITTADELLA	CITTADELLA	PADOVA	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	14	20	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	2.100	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	3.579.921,20 €	658.524,59 €	823.381,88 €	502.867,53 €	5.564.695,20 €	2.649,85 €	397.478,23 €	61,76
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	05050602	OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	CAMPOSAMPIERO	PADOVA	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	15	0	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.000	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	2.706.766,92 €	856.557,38 €	622.556,39 €	459.119,31 €	4.645.000,00 €	4.645,00 €	309.666,67 €	66,67
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	05050604	OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO	PIOVE DI SACCO	PADOVA	PS	*Intervento su struttura esistente*	6	0	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	400	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	1.879.699,25 €	1.086.065,57 €	432.330,83 €	426.904,35 €	3.825.000,00 €	9.562,50 €	637.500,00 €	66,67
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	05050605	OSPEDALE DI SCHIAVONIA	SCHIAVONIA	PADOVA	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	4	18	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	900	Attrezzature	- €	491.803,28 €	- €	108.196,72 €	600.000,00 €	666,67 €	150.000,00 €	40,91
050	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	050507	OSPEDALI DI BASSANO	05050701	OSPEDALE DI BASSANO	BASSANO	VICENZA	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	4	8	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	600	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	755.276,75 €	158.688,52 €	173.713,65 €	110.439,15 €	1.198.118,08 €	1.996,86 €	299.529,52 €	50,00
050	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	050507	OSPEDALI DI BASSANO	05050703	OSPEDALE DI SANTORSO	SANTORSO	VICENZA	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	1	14	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.050	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	663.839,58 €	443.098,36 €	152.683,10 €	163.865,60 €	1.423.486,64 €	1.355,70 €	1.423.486,64 €	70,00
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	05050801	OSPEDALE DI VICENZA	VICENZA	VICENZA	DEA II	*Intervento su struttura esistente*	17	36	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	2.300	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	4.338.595,01 €	1.901.639,34 €	997.876,85 €	852.220,16 €	8.090.331,36 €	3.517,54 €	475.901,84 €	43,40
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	050509	OSPEDALI DI LEGNAGO	05050905	OSPEDALE DI VILLAFRANCA	VILLAFRANCA	VERONA	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	14	20	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.800	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	3.203.981,35 €	1.068.360,66 €	736.915,71 €	555.437,48 €	5.564.695,20 €	3.091,50 €	397.478,23 €	52,94
050	VENETO	UAL	Azienda Ospedale Università di Padova	050901	Azienda Ospedale Università di Padova		ATTUALE AOU DI PADOVA	PADOVA	PADOVA	DEA II	*Intervento su struttura esistente*	18	28	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.800	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	4.711.137,80 €	2.040.081,97 €	1.083.561,70 €	919.931,81 €	8.754.713,28 €	4.863,73 €	486.372,96 €	39,13
050	VENETO	912	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	050912	AZ.OSP.UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	05091201	AOUI VERONA BORGO TRENTO	VERONA	VERONA	DEA II	*Intervento su struttura esistente*	30	14	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	2.700	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	4.047.298,23 €	891.803,28 €	930.878,59 €	600.926,54 €	6.470.906,64 €	2.396,63 €	215.696,89 €	61,36
050	VENETO	912	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	050912	AZ.OSP.UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	05091202	AOUI DI VERONA BORGO ROMA	VERONA	VERONA	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	8	28	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	2.200	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	2.831.438,56 €	1.045.573,77 €	651.230,87 €	513.170,09 €	5.041.413,28 €	2.291,55 €	630.176,66 €	61,11
totale												211	343	0	0	30095		€ 44.433.118,04	€ 18.711.659,84	##########	€ 8.559.876,97	€ 81.924.272,00			

I VALORI DELLE SUPERFICI SARANNO DETERMINATI PIU' PRECISAMENTE IN FASE SUCCESSIVA

91496bca

TABELLA 3 DELLE LINEE DI INDIRIZZO ORGANIZZATIVE PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA PER EMERGENZA COVID-19
PRONTO SOCCORSO

DATI ANAGRAFICI											DESCRIZIONE INTERVENTO			REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI							QUADRO ECONOMICO					ANALISI COSTI
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DENOMINAZIONE STABILIMENTO	COMUNE	PROVINCIA	Classificazione strutture (DGR n.1570 del 2019)	Tipologia intervento	Superficie complessiva (mq)	Descrizione intervento	a) per il pronto soccorso (cod.1)	b) per la rianimazione (cod.2)	c) per la terapia intensiva (cod.3)	d) per la sub-intensiva per pazienti in attesa di posto letto (cod.4)	e) per la terapia intensiva cardiologica (cod.5)	f) per la terapia intensiva neonatale (cod.6)	g) per la radiologia (cod.7)	importo lavori (A)	importo sommesse [importo complessivo IVA esclusa] (B)	Altro (C)	IVA	importo complessivo da quadro economico IVA esclusa (D)	importo sostenuto (ripartizione art. 2 comma 14 D.L. n. 34 del 19 maggio 2020)	Costo (K)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)= 22+23+24+25	(27)	(28)= (26)/(13)
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	950581	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	058501001	OSPEDALE DI BELLUNO	BELLUNO	BELLUNO	DEA I	Intervento su struttura esistente	150	2) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Farmacia all' aggravo/ristoro diagnostica radiologica dedicata (TAC)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	2.000.361,91 €	491.883,28 €	51.879,78 €	130.753,10 €	900.000,00 €		6.000,00 €
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	950581	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	058501009	OSPEDALE DI FELTRE	FELTRE	BELLUNO	DEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	188.451,13 €		41.503,78 €	18.045,11 €	248.000,00 €		2.066,00 €
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	950581	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	058501010	OSPEDALE DI PIEVE DI CADORE	PIEVE DI CADORE	BELLUNO	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	128.380,75 €		27.668,17 €	12.030,08 €	168.000,00 €		2.100,00 €
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	950581	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	058501020	OSPEDALE DI AGORDO	AGORDO	BELLUNO	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	128.380,75 €		27.668,17 €	12.030,08 €	168.000,00 €		2.100,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	950582	OSPEDALI DI TREVISO	058502001	OSPEDALE DI TREVISO	TREVISO	TREVISO	DEA II	Intervento su struttura esistente	280	2) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Farmacia all' aggravo/ristoro diagnostica radiologica dedicata (TAC)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	308.751,88 €	491.883,28 €	69.172,93 €	130.271,91 €	1.000.080,00 €		5.000,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	950582	OSPEDALI DI TREVISO	058502002	OSPEDALE DI ODERZO	ODERZO	TREVISO	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	128.380,75 €		27.668,17 €	12.030,08 €	168.000,00 €		2.100,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	950582	OSPEDALI DI TREVISO	058502004	OSPEDALE DI CONEGLIANO	CONEGLIANO	TREVISO	DEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	188.451,13 €		41.503,78 €	18.045,11 €	248.000,00 €		2.066,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	950582	OSPEDALI DI TREVISO	058502027	OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	MONTEBELLUNA	TREVISO	DEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	188.451,13 €		41.503,78 €	18.045,11 €	248.000,00 €		2.066,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	950582	OSPEDALI DI TREVISO	058502031	OSPEDALE DI VITTORIO VENETO	VITTORIO VENETO	TREVISO	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	128.380,75 €		27.668,17 €	12.030,08 €	168.000,00 €		2.100,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	950583	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	058503001	OSPEDALE DI MESTRE	MESTRE	VENEZIA	DEA II	Intervento su struttura esistente	280	2) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Farmacia all' aggravo/ristoro diagnostica radiologica dedicata (TAC)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	308.751,88 €	491.883,28 €	69.172,93 €	130.271,91 €	1.000.080,00 €		5.000,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	950583	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	058503002	OSPEDALE DI VENEZIA	VENEZIA	VENEZIA	DEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	188.451,13 €		41.503,78 €	18.045,11 €	248.000,00 €		2.066,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	950583	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	058503003	OSPEDALE DI DOLO	DOLO	VENEZIA	DEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	188.451,13 €		41.503,78 €	18.045,11 €	248.000,00 €		2.066,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	950583	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	058503004	OSPEDALE DI MIRANO	MIRANO	VENEZIA	DEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	188.451,13 €		41.503,78 €	18.045,11 €	248.000,00 €		2.066,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	950583	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	058503006	OSPEDALE DI CHIOGGIA	CHIOGGIA	VENEZIA	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	128.380,75 €		27.668,17 €	12.030,08 €	168.000,00 €		2.100,00 €
050	VENETO	504	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale	950584	OSPEDALI DI SAN DONA'	058504001	OSPEDALE DI PORTOGRUARO	PORTOGRUARO	VENEZIA	DEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	188.451,13 €		41.503,78 €	18.045,11 €	248.000,00 €		2.066,00 €
050	VENETO	504	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale	950584	OSPEDALI DI SAN DONA'	058504002	OSPEDALE DI SAN DONA' DI PIAVE	SAN DONA'	VENEZIA	DEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	188.451,13 €		41.503,78 €	18.045,11 €	248.000,00 €		2.066,00 €
050	VENETO	504	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale	950584	OSPEDALI DI SAN DONA'	058504003	OSPEDALE DI JESOLO	JESOLO	VENEZIA	PS	Intervento su struttura esistente	130	2) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Farmacia all' aggravo/ristoro diagnostica radiologica dedicata (TAC)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	166.413,54 €	491.883,28 €	38.045,11 €	124.738,87 €	820.000,00 €		7.454,55 €
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	950585	OSPEDALI DI ROVIGO	058505001	OSPEDALE DI ROVIGO	ROVIGO	ROVIGO	DEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	188.451,13 €		41.503,78 €	18.045,11 €	248.000,00 €		2.066,00 €
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	950585	OSPEDALI DI ROVIGO	058505002	OSPEDALE DI TRECENTA	TRECENTA	ROVIGO	PS	Intervento su struttura esistente	130	2) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Farmacia all' aggravo/ristoro diagnostica radiologica dedicata (TAC)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	166.413,54 €	491.883,28 €	38.045,11 €	124.738,87 €	820.000,00 €		7.454,55 €
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	950585	OSPEDALI DI ROVIGO	058505003	OSPEDALE DI ADRIA	ADRIA	ROVIGO	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	128.380,75 €		27.668,17 €	12.030,08 €	168.000,00 €		2.100,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	950586	OSPEDALI EUGANEA	058506001	OSPEDALE DI CITTADELLA	CITTADELLA	PADOVA	DEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	188.451,13 €		41.503,78 €	18.045,11 €	248.000,00 €		2.066,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	950586	OSPEDALI EUGANEA	058506002	OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	CAMPOSAMPIERO	PADOVA	DEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	188.451,13 €		41.503,78 €	18.045,11 €	248.000,00 €		2.066,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	950586	OSPEDALI EUGANEA	058506004	OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO	PIOVE DI SACCO	PADOVA	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	128.380,75 €		27.668,17 €	12.030,08 €	168.000,00 €		2.100,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	950586	OSPEDALI EUGANEA	058506005	OSPEDALE DI SCHIAVONIA	SCHIAVONIA	PADOVA	DEA I	Intervento su struttura esistente	150	2) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Farmacia all' aggravo/ristoro diagnostica radiologica dedicata (TAC)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	225.563,91 €	491.883,28 €	51.879,78 €	130.753,10 €	900.000,00 €		6.000,00 €
050	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	950587	OSPEDALI DI BASSANO	058507001	OSPEDALE DI BASSANO	BASSANO	VICENZA	DEA I	Intervento su struttura esistente	150	2) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Farmacia all' aggravo/ristoro diagnostica radiologica dedicata (TAC)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	225.563,91 €	491.883,28 €	51.879,78 €	130.753,10 €	900.000,00 €		6.000,00 €
050	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	950587	OSPEDALI DI BASSANO	058507003	OSPEDALE DI MAROSTICA	MAROSTICA	VICENZA	DEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	188.451,13 €		41.503,78 €	18.045,11 €	248.000,00 €		2.066,00 €
050	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	950587	OSPEDALI DI BASSANO	058507702	OSPEDALE DI ASIAGO	ASIAGO	VICENZA	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	128.380,75 €		27.668,17 €	12.030,08 €	168.000,00 €		2.100,00 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	950588	OSPEDALI DI VICENZA	058508001	OSPEDALE DI VICENZA	VICENZA	VICENZA	DEA II	Intervento su struttura esistente	280	2) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Farmacia all' aggravo/ristoro diagnostica radiologica dedicata (TAC) e adeguamento strutturale e tecnologico della centrale 16/64 116	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	308.751,88 €	491.883,28 €	69.172,93 €	130.271,91 €	1.000.080,00 €		5.000,00 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	950588	OSPEDALI DI VICENZA	058508002	OSPEDALE DI ARZIGNANO	ARZIGNANO	VICENZA	DEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	188.451,13 €		41.503,78 €	18.045,11 €	248.000,00 €		2.066,00 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	950588	OSPEDALI DI VICENZA	058508003	OSPEDALE DI MONTECCHIO	MONTECCHIO	VICENZA	DEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	188.451,13 €		41.503,78 €	18.045,11 €	248.000,00 €		2.066,00 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	950588	OSPEDALI DI VICENZA	058508004	OSPEDALE DI NOVENTA VICENTINA	NOVENTA VICENTINA	VICENZA	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	128.380,75 €		27.668,17 €	12.030,08 €	168.000,00 €		2.100,00 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	580.5	OSPEDALI DI VICENZA	058508004	OSPEDALE DI VALDAGNO	VALDAGNO	VICENZA	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	128.380,75 €		27.668,17 €	12.030,08 €	168.000,00 €		2.100,00 €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	950589	OSPEDALI DI LEGNAGO	058509001	OSPEDALE DI LEGNAGO	LEGNAGO	VERONA	DEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	188.451,13 €		41.503,78 €	18.045,11 €	248.000,00 €		2.066,00 €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	950589	OSPEDALI DI LEGNAGO	058509002	OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	SAN BONIFACIO	VERONA	DEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	188.451,13 €		41.503,78 €	18.045,11 €	248.000,00 €		2.066,00 €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	950589	OSPEDALI DI LEGNAGO	058509003	OSPEDALE DI VILLAFRANCA	VILLAFRANCA	VERONA	DEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	188.451,13 €		41.503,78 €	18.045,11 €	248.000,00 €		2.066,00 €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	950589	OSPEDALI DI LEGNAGO	058509004	OSPEDALE DI ROVOLONE	ROVOLONE	VERONA	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	128.380,75 €		27.668,17 €	12.030,08 €	168.000,00 €		2.100,00 €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	950589	OSPEDALI DI LEGNAGO	058509004	OSPEDALE DI BUSSOLENGO	BUSSOLENGO	VERONA	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	128.380,75 €		27.668,17 €	12.030,08 €	168.000,00 €		2.100,00 €
050	VENETO	510	Azienda Ospedale Università di Padova	950581	Azienda Ospedale Università di Padova		OSPEDALE SANT'ANTONIO	PADOVA	PADOVA	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	128.380,75 €		27.668,17 €	12.030,08 €	168.000,00 €		2.100,00 €
050	VENETO	510	Azienda Ospedale Università di Padova	950581	Azienda Ospedale Università di Padova		ATTUALE AOU DI PADOVA	PADOVA	PADOVA	DEA II	Intervento su struttura esistente	280	2) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Farmacia all' aggravo/ristoro diagnostica radiologica dedicata (TAC)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	308.751,88 €	491.883,28 €	69.172,93 €	130.271,91 €	1.000.080,00 €		5.000,00 €
050	VENETO	512	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	950912	AZ.OSP.UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	058512001	AOUI VERONA BORGO TRENTO	VERONA	VERONA	DEA II	Intervento su struttura esistente	280	2) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Farmacia all' aggravo/ristoro diagnostica radiologica dedicata (TAC)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	308.751,88 €		69.172,93 €	30.075,18 €	408.000,00 €		2.100,00 €
050	VENETO	512	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	950912	AZ.OSP.UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	058512002	AOUI VR VERONA BORGO ROMA	VERONA	VERONA	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	128.380,75 €	491.883,28 €	27.668,17 €	120.216,85 €	768.000,00 €		9.590,00 €
050	VENETO	562	Istituto Oncologico Veneto	950562	IOV	058562001	IOV PADOVA	PADOVA	PADOVA	PS	Intervento su struttura esistente	150	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	225.563,91 €		51.879,78 €	22.556,09 €	300.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	562	Istituto Oncologico Veneto	950562	IOV	058562002	IOV sede Castelfranco	CASTELFRANCO	TREVISO	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture ex-novo/edificio da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	128.380,75 €		27.668,17 €	12.030,08 €	168.000,00 €		2.100,00 €
TOTALE																					7.689.002,34 €	2.554.618,70 €	1.750.875,19 €	1.847.880,47 €	13.122.080,00 €		

91496bca

TABELLA 3 A DELLE LINEE DI INDIRIZZO ORGANIZZATIVE PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA PER EMERGENZA COVID-19
SUEM

DATI ANAGRAFICI											DESCRIZIONE INTERVENTO			TIPOLOGIA INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE							QUADRO ECONOMICO						ANALISI COSTI
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DENOMINAZIONE STABILIMENTO	COMUNE	PROVINCIA	Classificazione struttura (Base / DEA I / DEA II)	Tipologia Lavori	Superficie complessiva [mq]	Descrizione Intervento	area di pre-triage esterna	area di attesa dedicata covid-19	ambulatorio dedicato covid-19	area dedicata per magenti in attesa di esito tamponi	percorso specifico interno riservato per pazienti COVID-19	accesso da cielo e percorsi dedicati di risalita dei pazienti critici verso reparti bunker	diagnostica radiologica dedicata	Importi lavori [€]	Importo attrezzature elettromedicali [€]	Altro [€]	IVA	Importo complessivo da quadro economico IVA inclusa [€]	Importo sostenuto *(applicazione art. 2 comma 14 D.L. n.34 del 19 maggio 2020)*	€/mq [€]
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)= 22+23+24+25	(27)	(28)= (26)/(13)
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	050S0801	OSPEDALE DI VICENZA	VICENZA	VICENZA	DEA II	*Intervento su struttura esistente*	0	*Adeguamento P del 1 mediante aggiornamento Strutturale dell'SUEM 118*	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1.315.789,47 €	- €	302.632	131.578,95 €	1.750.000,00 €		- €
050	VENETO	UAL	Azienda Ospedale Università di Padova	050901	Azienda Ospedale Università di Padova		ATTUALE AOU DI PADOVA	PADOVA	PADOVA	DEA II	*Intervento su struttura esistente*	0	*Adeguamento impiantistico e Strutturale del SUEM 118*	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1.315.789,47 €	- €	302.632	131.578,95 €	1.750.000,00 €		- €
totale													-								2.631.578,95 €			263.157,89 €	3.500.000,00 €		

91496bca

REGIONE DEL VENETO

Misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID-19

Premessa

L'art. 4 del decreto legge n. 34/2020 dispone quanto segue.

Comma 1: per far fronte all'emergenza epidemiologica COVID-19, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri 31 gennaio 2020, anche in deroga al limite di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124 convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157, e in deroga all'articolo 8-sexies, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le regioni, ivi comprese quelle in piano di rientro, e le province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture inserite nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18 (incremento della dotazione dei posti letto in terapia intensiva e nelle unità operative di pneumologia e di malattie infettive, isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto ventilatorio e in conformità alle indicazioni fornite dal Ministro della salute con circolare prot. GAB 2619 in data 29 febbraio 2020), la remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID 19 secondo le disposizioni dei predetti piani e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID. Il riconoscimento avviene in sede di rinegoziazione per l'anno 2020 degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per le finalità emergenziali previste dai predetti piani;

Comma 2: le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario, di cui al comma 1, sono stabilite con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, in modo da garantire la compatibilità con il finanziamento per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2020 e con le risorse previste per l'attuazione dell'articolo 3, comma 6, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18;

Comma 3: limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, la specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19 e l'incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID, come individuati nel decreto di cui al comma 2, sono riconosciuti anche agli enti del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 19, lettera c), della legge n. 23 giugno 2011, n. 118 (aziende sanitarie locali; aziende ospedaliere; istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni; aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale), compatibilmente con il fabbisogno sanitario riconosciuto per l'anno 2020;

Comma 4: nella vigenza dell'accordo rinegoziato ai sensi del comma 1, gli enti del servizio sanitario nazionale corrispondono agli erogatori privati, a titolo di acconto e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati, un corrispettivo, su base mensile, per le prestazioni rese ai sensi del presente articolo, fino ad un massimo del 90 per cento dei dodicesimi corrisposti o comunque dovuti per l'anno 2020;

Comma 5: nelle more dell'adozione del decreto di cui al comma 2, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020 e che vedono altresì una temporanea sospensione delle attività ordinarie in funzione anche di quanto previsto dall'articolo 5-sexies, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, la remunerazione a titolo di acconto, su base mensile, e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati, fino a un massimo del 90 per cento del volume di attività riconosciuto nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 stipulati per il 2020.

Vista la premessa si rappresenta quanto segue.

Il Piano di Emergenza Ospedaliera COVID-19, approvato il 15 marzo 2020 dall'Unità di crisi istituita con decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21 febbraio 2020, ha riconosciuto quali COVID Hospital i seguenti ospedali:

- Azienda Ulss 1 Dolomiti: Ospedale di Belluno (struttura pubblica)
- Azienda Ulss 2 Marca trevigiana: Ospedale di Vittorio Veneto (struttura pubblica) e Ospedale Classificato San Camillo di Treviso (struttura privata accreditata)
- Azieda Ulss 3 Serenissima: Ospedale di Dolo (struttura pubblica) e Ospedale Classificato Villa Salus di Venezia-Mestre (struttura privata accreditata)
- Azienda Ulss 4 Veneto orientale: Ospedale di Jesolo (struttura pubblica)
- Azienda Ulss 5 Polesana: Ospedale di Trecenta (struttura pubblica)
- Azienda Ulss 6 Euganea: Ospedale di Schiavonia (struttura pubblica)
- Azienda Ulss 7 Pedemontana: Ospedale di Santorso (struttura pubblica)
- Azienda Ulss 9 Scaligera: Ospedale di Villafranca
- Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona: polo Borgo Roma

I citati COVID Hospital hanno, complessivamente, aumentato la dotazione di posti letto pari a n. 206 per terapia intensiva, n. 212 per pneumologia – terapia semi intensiva e n. 1.327 per malattie infettive.
Il Piano, unitamente alla rapida evoluzione della pandemia da SARS-COv-2 nel territorio del Veneto, ha indotto il potenziamento, anche in altri ospedali, sia pubblici che privati accreditati, di posti letto di terapia intensiva, di pneumologia – terapia semi intensiva e di malattie infettive (vedi Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 di cui all'Allegato E alla presente deliberazione).

Per adempiere a quanto previsto dal comma 1, nei confronti degli erogatori ospedalieri privati accreditati, interessati dal potenziamento dei posti letto ospedalieri, così come sopra indicato, si rende necessario, non appena verrà emanato il decreto del Ministro della Salute, di cui al comma 2 dell'art. 4 del D.L. n. 34/2020, addivenire alla rinegoziazione per l'anno 2020 degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per le finalità emergenziali previste dai predetti piani. Si ricorda che gli accordi contrattuali sono sottoscritti dal Direttore generale dell'Azienda Ulss di ubicazione territoriale dell'erogatore e dal Legale rappresentante dell'erogatore medesimo.

Inoltre, in attuazione a quanto previsto dai commi 4 e 5 del citato articolo 4, si ritiene di disporre quanto di seguito esposto.

Limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri 31 gennaio 2020, anche in deroga ai tetti di spesa stabiliti dalla Giunta Regionale con la deliberazione n. 597/2017 (tutt'ora vigente per il previsto regime di proroga), agli erogatori ospedalieri privati accreditati - di cui al Piano di Emergenza Ospedaliera COVID-19 approvato il 15 marzo 2020 dall'Unità di crisi istituita con decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21 febbraio 2020 - siano riconosciute, per le specialità di terapia intensiva, pneumologia – terapia semi intensiva e malattie infettive, la specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19 e l'incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID così come saranno determinati con Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.
Tale riconoscimento avviene in sede di rinegoziazione, per l'anno 2020, degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
Pertanto l'Azienda Ulss di riferimento territoriale, nella vigenza dell'accordo rinegoziato, procede alla corresponsione ai citati erogatori ospedalieri privati accreditati, a titolo di acconto e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori medesimi, un corrispettivo, su base mensile, per le prestazioni rese ai sensi dell'articolo 4 del D.L. n. 34/2020, fino ad un massimo del 90 per cento dei dodicesimi corrisposti o comunque dovuti per l'anno 2020.

Inoltre, nelle more dell'adozione del decreto di cui al comma 2, viene riconosciuto agli erogatori ospedalieri privati accreditati, nei confronti dei quali con la citata deliberazione n. 517/2017 sono stati determinati i tetti di spesa e che hanno altresì avuto la temporanea sospensione delle attività ordinarie in funzione anche di quanto previsto dall'articolo 5-sexies, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, la remunerazione a titolo di acconto, su base mensile, e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori medesimi, fino a un massimo del 90 per cento del volume di attività riconosciuto nell'ambito degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 stipulati per il 2020. Spetta all'Azienda Ulss di riferimento territoriale procedere alla corresponsione secondo le modalità sopra indicate.

Quanto sopra riportato relativamente all'attuazione dei commi 4 e 5 si intende modificativo di quanto disposto con deliberazione n. 444 del 7 aprile 2020.

Infine, per quanto riguarda gli Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale, come previsto dal comma 3, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, vengono riconosciuti la specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19 e l'incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID, come individuati nel decreto di cui al comma 2, compatibilmente con il fabbisogno sanitario riconosciuto per l'anno 2020.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

(artt.8, 9 D.L. n.34 del 19.5.2020)

PREMESSA

L'emergenza sanitaria correlata alla diffusione del Coronavirus ha imposto una veloce riorganizzazione del sistema di prescrizione e di distribuzione dei farmaci e dell'assistenza integrativa al fine di ridurre quanto più possibile i contatti tra le persone e gli accessi alle strutture ospedaliere, quando non indispensabili per ragioni cliniche non urgenti e differibili.

A partire infatti dall'entrata in vigore del DL n.14 del 9.3.2020, che all'art. 13, comma1, testualmente stabiliva: "*le regioni e le province autonome possono rimodulare o sospendere le attività di ricovero e ambulatoriali differibili e non urgenti, ivi incluse quelle erogate in regime di libera professione intramuraria*", sono state fornite le prime disposizioni nell'ambito dell'assistenza farmaceutica, aggiornate periodicamente in base all'evolversi rapido della situazione epidemiologica.

A riguardo, si richiamano in particolare le seguenti disposizioni suddivise per ambito di applicazione:

prescrizione/erogazione in modalità dematerializzata

Posto che all'interno dell'infrastruttura del FSEr, nell'intero territorio regionale era già possibile gestire integralmente il processo di prescrizione ed erogazione della ricetta elettronica, anche in assenza di stampa del promemoria, per i farmaci distribuiti in convenzionata presso le farmacie pubbliche e private convenzionate, si è dato ulteriore impulso alla prescrizione dematerializzata, estendendo anche per farmaci distribuiti attraverso la Distribuzione per Conto- DPC-, la dematerializzazione della ricetta, secondo previsioni e modalità definite dall'Ordinanza n. 651 "*Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili*." del 19.3.2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Protezione Civile.

Dette disposizioni, ai sensi dell'art. 3 "*Misure emergenziali per la ricetta dematerializzata*" del decreto 25.3.2020 del Ministero dell'Economia e delle Finanze "*Estensione della dematerializzazione delle ricette e dei piani terapeutici e modalità alternative al promemoria cartaceo della ricetta elettronica*" (GU n.86 del 31.3.2020), restano valide fino al perdurare dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19; tale decreto ministeriale entrerà pertanto a regime al termine dell'emergenza.

Da evidenziare a riguardo che ai sensi dell'art. 11 del DL n. 34 del 19.5.2020 è in corso di dematerializzazione anche la ricetta relativa ai farmaci di fascia C non rimborsati dal SSN.

farmaci distribuiti in Distribuzione Diretta

Per tutto il periodo dell'emergenza sanitaria, l'attività di distribuzione diretta dei farmaci dovrà essere limitata a quelli ad esclusiva distribuzione ospedaliera o comunque non inclusi nel vigente Accordo unico regionale DPC/Farmacup, distribuiti ai sensi della L. 405/2001, erogando fino a tre mesi di terapia dopo la dimissione da ricovero o a seguito di visita specialistica. A riguardo, sono state individuate e rimangono valide fino al termine dello stato di emergenza, modalità organizzative utili per la gestione della distribuzione diretta, da applicare e adattare alle diverse strutture in base alla propria organizzazione:

- programmare la consegna dei farmaci concordando con i pazienti, quando possibile, il giorno e l'ora di ritiro dei prodotti, garantendo tutte le misure di sicurezza necessarie;
- erogare fino a 3 mesi di terapia, in base alle necessità dei pazienti, ed alla tipologia di farmaco prescritto;

- individuare e rendere facilmente accessibile un numero di telefono della farmacia ospedaliera al quale il paziente nonché le strutture territoriali possano rivolgersi per problemi, necessità e per concordare le modalità di ritiro dei farmaci;
- valutare, compatibilmente con l'organizzazione locale e in accordo con la Direzione Sanitaria Aziendale, la possibilità di prevedere la consegna dei farmaci per i pazienti in dimissione, anche presso le sedi di dimissione stesse.

ossigenoterapia domiciliare

Limitatamente alla fase emergenziale, è stato attivato un percorso specifico di ossigenoterapia domiciliare per i pazienti affetti da Covid-19, che prevede il rilascio di una prescrizione transitoria di ossigenoterapia domiciliare della durata massima di 60 giorni, per i pazienti che ne necessitano.

Successivamente, qualora sussista la necessità di proseguire la terapia con ossigeno, il paziente dovrà essere preso in carico dalla Pneumologia di riferimento dell'Azienda ULSS di residenza dell'assistito, nel rispetto del Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT) per l'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (ODLT) nel paziente adulto, approvato con Decreto del Direttore Generale Area e Sanità Sociale n.113 del 26.9.2013.

prescrizione ed erogazione dell'Assistenza Integrativa

I piani terapeutici (PT) per l'erogazione dell'Assistenza Integrativa di cui al DPCM 12.1.2017 – art.10, che includono la fornitura di:

- ✓ *dispositivi per i pazienti affetti da malattia diabetica compresi i microinfusori;*
- ✓ *dispositivi monouso (per pazienti con stomie, pazienti tracheostomizzati/laringectomizzati, pazienti con incontinenza urinaria o fecale cronica, per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee);*
- ✓ *alimenti ai fini medici speciali alle persone affette da malattie metaboliche congenite e da fibrosi cistica;*
- ✓ *prodotti dietetici a favore delle persone affette da nefropatia cronica;*
- ✓ *preparati addensanti a favore delle persone con grave disfagie;*
- ✓ *alimenti per soggetti celiaci;*

in scadenza nei mesi di marzo, aprile, maggio e giugno 2020 sono stati prorogati di 90 giorni. La possibilità di proroga è stata applicata limitatamente ai pazienti già in terapia, stabili, e per i quali il medico stesso (MMG/Specialista/Centro di riferimento a seconda della patologia) non ritenesse necessaria una modifica della cura.

L'erogazione dei citati prodotti è stata garantita limitando ogni altro percorso autorizzativo ovvero evitando il più possibile l'accesso dei pazienti alle strutture delle Aziende ULSS, che hanno attivato, pertanto, modalità di rilascio di tale autorizzazione per via telematica (via fax, via posta elettronica o via web attraverso sistemi già disponibili, etc) e compatibilmente con l'organizzazione aziendale, favorendo la consegna domiciliare, laddove applicabile.

Considerate altresì le limitazioni dettate dall'emergenza sanitaria di ridotta mobilità interregionale sono state adottate procedure tali da consentire la fornitura delle prestazioni di assistenza integrativa a pazienti residenti fuori dalla Regione del Veneto, momentaneamente presenti sul territorio regionale qualora fossero impossibilitati a rientrare presso il proprio domicilio e ad accedere alla fornitura nella propria regione. Il Servizio Farmaceutico Territoriale competente per il territorio in cui si trovava il paziente (in Veneto) è stata la struttura che ha fatto da *trait d'union* tra il cittadino e la propria Azienda Sanitaria di residenza extraregionale per ottenere le relative autorizzazioni necessarie per l'erogazione della prestazione e per provvedere alla successiva richiesta di compensazione della spesa sostenuta da parte dell'azienda extraregionale.

In aggiunta, con l'obiettivo di limitare al massimo la circolazione delle persone, la Regione del Veneto, con DGR n.425 del 7.4.2020, ha stipulato un accordo con l'Associazione della Croce Rossa Italiana – Organizzazione di Volontariato, Comitato regionale del Veneto, per la consegna di farmaci o dispositivi medici/ausili al domicilio della popolazione con patologie correlate al virus Covid-19 o con patologie pregresse o comunque impossibilitata al ritiro dei farmaci o dispositivi medici/ausili oggetto di "distribuzione diretta".

Per quanto riguarda il DL n. 34 del 19.5.2020 -c.d. decreto rilancio- (GU Serie Generale n.128 del 19-05-2020 - Suppl. Ordinario n. 21), si dispone quanto segue in relazione alla prescrizione di farmaci di fascia A e di proroga dei piani terapeutici che includono la fornitura di ausili, dispositivi monouso e altri dispositivi protesici.

farmaci soggetti a Piano Terapeutico

Con riferimento ai farmaci soggetti a Piano Terapeutico –PT-, in linea con le disposizioni di AIFA, la validità di tutti i PT già sottoscritti dagli specialisti e in scadenza nei mesi di marzo-aprile-maggio 2020 è stata estesa automaticamente di 90 giorni a partire dalla data di scadenza del PT stesso. Alla luce dell'attuale contesto sanitario e della progressiva ripresa delle attività specialistiche, limitatamente ai casi in cui non fosse ancora possibile seguire i percorsi di ordinario monitoraggio delle terapie soggette a piano terapeutico, la validità di tali piani può essere prorogata fino al 31 agosto.

Tale proroga è applicabile esclusivamente per i pazienti già in terapia, stabili, non già sottoposti a monitoraggio frequente secondo quanto stabilito dal medico specialista, per cui il MMG/PLS non ritiene necessaria una modifica della cura e/o reputi che la visita specialistica prevista in occasione del rinnovo del PT, non sia differibile per ragioni cliniche.

ART. 8 "*PROROGA VALIDITÀ DELLE RICETTE LIMITATIVE DEI FARMACI CLASSIFICATI IN FASCIA A*"

Farmaci soggetti a Ricetta Limitativa senza Piano Terapeutico

Nelle more del perfezionamento del processo di dematerializzazione della prescrizione dei farmaci soggetti a ricetta limitativa di cui agli articoli 91 e 93 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, non sottoposti a Piano Terapeutico o Registro di monitoraggio AIFA, il decreto legge 19.5.2020, n. 34, art.8, fino al perdurare del periodo di emergenza, con l'obiettivo di agevolare il più possibile i pazienti, nonché di limitare l'accesso alle strutture ospedaliere/specialisti per il solo rinnovo delle ricette, ha prolungato la validità della ricetta limitativa da 30 a 60 giorni. Tale estensione si applica ai farmaci classificati in fascia A, inclusi i farmaci del PHT, distribuiti dalle farmacie territoriali pubbliche e private convenzionate sia in DPC (comma 1) che nel canale convenzionale (comma 5). In particolare:

- ✓ per i pazienti già in trattamento, la validità delle ricette è estesa di ulteriori 30 gg;
- ✓ per i pazienti già in trattamento, con ricetta scaduta e non utilizzata, la validità è prorogata per una durata di 60 giorni dalla data di scadenza della ricetta stessa;
- ✓ per le nuove prescrizioni redatte dal centro prescrittore o dallo specialista la validità della ricetta è estesa a una durata massima di 60 giorni per un numero massimo di 6 pezzi per ricetta, necessari a coprire l'intervallo temporale di 60 giorni e tenuto conto del fabbisogno individuale, fatte salve le disposizioni più favorevoli già previste, tra cui quelle per le patologie croniche e per le malattie rare, di cui all'articolo 26 del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito dalla legge 11 agosto 2014, n.114.
  Si specifica tuttavia che per i farmaci distribuiti in DPC, non si applicano le disposizioni di cui all'articolo 26 del suddetto DL n. 90/2014 (ovvero massimo 6 confezioni/ massimo 180 giorni di

terapia), come stabilito dalle vigenti Linee di indirizzo regionali (DDR n.133/2019) applicative dell'accordo unico regionale DPC/FarmaCUP.

Eccezioni
La proroga automatica fino a 60 giorni non è da ritenersi valida qualora il paziente presenti un peggioramento della patologia di base o un'intolleranza al trattamento.
A riguardo, l'Azienda sanitaria dovrà attivare un percorso avvalendosi della modalità del Teleconsulto, tale da consentire al medico specialista che ha redatto la prescrizione, di monitorare il paziente per verificare intolleranze e/o necessità di aggiustamenti del dosaggio o una modifica della cura.
Allo stesso modo anche il MMG /PLS, qualora rilevasse fenomeni di intolleranza alla terapia o necessità di revisione della stessa, dovrà prescrivere la necessaria visita specialistica.
Anche la Farmacia può esercitare un ruolo attivo, e qualora il paziente segnali fenomeni di intolleranza alla terapia o un peggioramento della patologia di base, il farmacista indirizzerà prontamente il paziente al medico specialista o al proprio MMG /PLS.

L'estensione della validità della ricetta limitativa senza PT non è da considerarsi automatica anche nel caso in cui il trattamento stesso prevede il monitoraggio di parametri necessari ai fini prescrittivi, sulla base della valutazione clinica da parte dello specialista. In questi casi lo specialista è tenuto a riportare sulla prescrizione la posologia e il numero massimo di confezioni erogabili necessari al paziente fino alla successiva visita programmata e/o accertamento clinico utile ai fini della nuova prescrizione.

Verifica della validità della ricetta in farmacia
Qualora si applichino le condizioni previste per la proroga automatica delle suddette ricette limitative così come accertato dallo specialista/centro prescrittore, il farmacista è tenuto a verificare, prima dell'erogazione del farmaco, la validità della prescrizione.

ART. 9 "*PROROGA PIANI TERAPEUTICI*"

In continuità di quanto già disposto relativamente all'erogazione dell'Assistenza Integrativa di cui al DPCM 12.1.2017 – art.10, i Pianti Terapeutici in scadenza nel mese di luglio 2020 sono prorogati di 90 giorni a partire dalla data di scadenza del PT stesso, fatte salve nuove disposizioni a riguardo.

La possibilità di proroga si applica limitatamente ai pazienti già in terapia, stabili, e per i quali il medico stesso (MMG/Specialista/Centro di riferimento a seconda della patologia) non ritenga necessaria una modifica della cura. Si confermano altresì le medesime modalità di autorizzazione ed erogazione in precedenza impartite con particolare riferimento anche alla consegna domiciliare. Se tale disposizione non potrà essere applicata, sarà necessario adottare tutte le misure/strumenti idonei per garantire il distanziamento e la protezione dell'utenza e del personale di servizio per l'erogazione presso le strutture aziendali. Deve essere previsto un adeguato spazio per l'attesa nel rispetto delle disposizioni vigenti, quali il distanziamento degli utenti, il controllo degli accessi, le protezioni individuali.

Inoltre, alla luce del protrarsi delle limitazioni in merito alla circolazione interregionale, si ritiene utile confermare anche le disposizioni inerenti alla fornitura delle prestazioni di assistenza integrativa ai pazienti residenti fuori dalla Regione del Veneto qualora fossero impossibilitati a rientrare presso il proprio domicilio e ad accedere alla fornitura nella propria regione.

Relativamente alla stesura dei nuovi piani terapeutici inerenti l'erogazione dell'assistenza integrativa suddetta, che necessariamente dovrà avvenire dopo opportuna visita ad opera dello Specialista/Centro di riferimento /MMG-PLS, limitatamente alla durata del periodo emergenziale, le Aziende Sanitarie favoriranno, sulla base del proprio contesto organizzativo, il rilascio dell'autorizzazione alla fornitura dei

dispositivi /alimenti prescritti /ausili con tempistiche ridotte rispetto al percorso ordinario attivando modalità di trasmissione per via telematica (via fax, via posta elettronica o via web attraverso sistemi già disponibili, etc) ovvero favorendo lo scambio di documenti fra le strutture sanitarie incaricate per tale attività al fine di evitare il più possibile lo spostamento fisico del paziente stesso.

Relativamente ai piani terapeutici (PT) per **l'erogazione dell'Assistenza Protesica** di cui al DPCM 12.1.2017 – art.17, che includono la fornitura di ausili, protesi e ortesi di cui all'allegato 5 al DPCM stesso e/o elenco 1 del DM 332/99, limitatamente alla durata del periodo emergenziale, in scadenza nei mesi di giugno e luglio 2020 sono prorogati di 90 giorni a partire dalla data di scadenza del PT stesso e fatte salve nuove disposizioni a riguardo, tenuto conto delle seguenti indicazioni:

1- la proroga si applica ai piani riabilitativi assistenziali individuali (PRAI) recanti la prescrizione di protesi, ortesi ed ausili, riferita a pazienti per i quali non sussistono sopravvenute diverse necessità terapeutiche o riabilitative e alle stesse condizioni di erogabilità a carico del SSN, per:

   - rottura o usura del presidio in uso ai sensi dell'art. 18, comma 10, lettera b), del D.P.C.M. 12.01.2017

Con riferimento a tale fattispecie, la struttura dell'Azienda ULSS (di residenza del paziente) competente in materia di assistenza protesica, ricevuta la segnalazione telefonica da parte dell'assistito della rottura o dell'usura del dispositivo protesico, mette in atto tutte le procedure per accertarsi della non riparabilità del dispositivo citato (anche attraverso evidenze fornite dall'assistito stesso con strumenti informatici adeguati - trasmissione foto scannerizzata, foto via telematica, foto via WhatsApp, etc.). Verificato quanto detto ed al fine di riscontrare la permanenza della medesima esigenza terapeutica o riabilitativa, l'assistito sarà contattato dallo specialista responsabile del precedente PRAI che provvederà a comunicare con modalità telematica (via fax, via posta elettronica, via web) alla struttura sanitaria di competenza territoriale dell'assistito, la necessità di fornire un dispositivo protesico uguale a quello rotto o usurato. Il percorso così individuato include in sé di fatto anche la fase di autorizzazione di competenza dell'azienda sanitaria di residenza del paziente;

2- la proroga non si applica ai pazienti che richiedono una prestazione di assistenza protesica che, per particolari necessità terapeutiche o riabilitative o modifiche dello stato psicofisico, necessitano di una nuova valutazione dello specialista competente per disabilità al fine di rilevare il corretto bisogno riabilitativo o di mantenere le autonomie del soggetto stesso nel suo contesto di vita ai sensi dell'art. 18, comma 10, lettera a) del D.P.C.M. 12.01.2017

Relativamente alla stesura dei nuovi PRAI inerenti l'erogazione dell'assistenza protesica da parte dello Specialista e alle fattispecie di cui al punto 2, in deroga ai percorsi vigenti e limitatamente alla durata del periodo emergenziale (fino al 31.07.2020), le Aziende Sanitarie attiveranno modalità di rilascio delle autorizzazioni alla fornitura con tempistiche ridotte rispetto al percorso ordinario favorendone la trasmissione via telematica (via fax, via posta elettronica, via web, etc.) laddove applicabile.

REGIONE DEL VENETO

Attuazione degli Articoli 11 e 12 Decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34

SOMMARIO

Introduzione 2
Individuazione degli ambiti 2
Elementi per il prospetto di pianificazione 3
Disamina dettagliata delle disposizioni 4
Tempistiche generali 9

6225e76c

1. Introduzione

Nell'arco piano dell'emergenza COVID-19, il recente il Decreto Legge del 19 maggio 2020 n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19." risulta essere di rilevanza tale da determinare una tempestiva individuazione delle attività da predisporre, raccordare e armonizzare rispetto a quanto disposto precedentemente e in essere nella Regione del Veneto. L'insieme della trattazione, nelle parti di competenza della presente disamina, evidenzia le azioni di accelerazione, rafforzamento ed estensione delle disposizioni in essere, introducendo alcune variazioni rispetto all'approccio tenuto fino a questo momento.

2. Individuazione degli ambiti

L'ambito di competenza richiede un approfondimento degli articoli n. 6, n. 11 e n. 12 acclusi al Titolo 1 del Decreto Legge del 19 maggio 2020 n. 34 per contribuire fattivamente allo sviluppo delle disposizioni in essi contenute, tenendo presente gli indirizzi programmatori regionali (PSSSR Regione del Veneto 2019-2023 Allegato A e Deliberazione del Direttore Generale di Azienda Zero n. 622 del 9 dicembre 2019). Ogni articolo prende in considerazione rispettivamente "Deroghe alle riduzioni di spesa per la gestione del settore informatico in ragione dell'emergenza da COVID-19", "Misure urgenti in materia di Fascicolo Sanitario Elettronico" e "Accelerazione dell'acquisizione delle informazioni relative alle nascite e ai decessi".

L'articolo n. 6 consente agli enti locali che sottostanno ai commi 610 e 601 della legge di bilancio per il 2020, di disporre, unicamente per l'anno di esercizio corrente, delle risorse finanziarie per la gestione del settore informatico, originariamente in capo al Ministero della Salute, per quanto concerne la spesa e relativi importi.

Per l'attuazione di quanto asserito nell'articolo n. 11 che più esplicitamente si rivolge all'ambito del FSEr, si individuano i seguenti filoni operativi, in alcuni casi enunciati in disposizioni precedenti:

- Inclusione delle prestazioni erogate al di fuori del SSN, anche con informazioni passate (Comma 1, lettere a, c, e e h) con eventuale inclusione anche di documentazione prodotta al di fuori dei confini nazionali (Fascicolo Europeo NCPeH);
- Avvio a regime dell'indicizzazione su INI di tutto ciò che compone il FSEr (Comma 1, lettere b, c e g);
- Rilancio alimentabilità del taccuino (Comma 1, lettera c);
- Inclusione di nuovi operatori (sia Soggetti che esercenti le professioni sanitarie, necessario approfondimento civilistico riforma Gelli-Bianco e successive):
    - alimentano il FSEr (Comma 1, lettera c);
    - accedono al FSEr (Comma 1, lettera e).
- Ulteriori servizi per le Regioni in sussidiarietà (non Regione del Veneto): Codifica, firma remota e conservazione (ulteriori servizi) (Comma 1, lettera f);

- Comunicazione del consenso/revoca al FSEr per alimentare l'Anagrafe Nazionale dei Consensi basata sugli assistiti presenti in ANA e comprensiva dei dati dei delegati; nuovo modello di consenso (Comma 1, lettere d e g);
- Disponibilità sul FSE tramite sistema TS dei piani terapeutici (Comma 1, lettera h);
- Disponibilità sul FSE tramite sistema TS, per la specialistica, delle ricette, dati relativi alle prestazioni erogate e relativo referto, anche delle prestazioni non erogate a carico del SSN (Comma 1, lettera h);
- Disponibilità sul FSE tramite sistema TS (da alimentazione da parte delle anagafi vaccinali regionali) dei dati relativi alla situazione vaccinale (Comma 1, lettera i);
- Disponibilità sul FSE dei dati relativi alle prenotazioni con le informazioni provenienti dai CUP regionali se ritenuto inerente (Comma 1, lettera i).

Per quanto concerne l'Art. 12 si delinea un'accelerazione nella trasmissione al sistema TS di dati relativi avviso di morte, certificato necroscopico, denuncia causa di morte, attestazione nascita, dichiarazione di nascita, da parte delle strutture sanitarie, i medici, i medici necroscopi o altri sanitari delegati (art.12, comma 1).

3. Elementi per il prospetto di pianificazione

Allo scopo di rendere maggiormente individuabile l'insieme degli aggiornamenti operati dal recente Decreto Legge del 19 maggio 2020 n. 34, in particolar modo gli apporti accclusi all'articolo n. 11 sull'articolo n. 12 del Decreto Legge del 18 ottobre 2012 n.179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del paese", si propone di seguito un'elaborazione in cui, al testo precedentemente in vigore, sono evidenziate con sottolineatura le porzioni di testo integrative e vengono barrate le porzioni abrogate. A seguire per completezza sono riportati i testi degli articoli n. 12 e n. 6 del Decreto Legge del 19 maggio 2020 n. 34.

Sulla base dell'articolato esaminato, la pianificazione richiede di evidenziare e prendere in considerazione l'insieme delle modifiche che rientrano nelle seguenti tipologie:

- Nuove attività (N);
- Nuove attività ed estese anche ai privati (NP);
- Attività già in essere o previste (attività sanate, ufficializzate) (A);
- Attività già in essere o previste ed estese ai privati (AP).

Per ciascuna attività è possibile che si attendano ulteriori passaggi formali per l'avvio della progettazione (propedeuticità), tra questi si ravvisano a titolo di esempio:

- Decreti Attuativi (DA);
- Pareri del Garante (G);
- Ulteriori disposizioni in emanazione (M);
- Avvii a livello nazionale (LN).

La tipologia di azioni necessarie dovrà ricomprendere le seguenti fasi di attività, calibrate secondo lo stato di ogni servizio e funzionalità richiesta dal Decreto Legge del 19 maggio 2020 n. 34 ed emanazioni successive:

A. Partecipazione attiva ai tavoli, ai diversi livelli in cui operano (tematici, nazionali, gruppi di lavoro, convegni,...)
B. Management secondo gli ambiti di competenza e mandato dei diversi attori coinvolti

C. Analisi documentale, raffronto con le specifiche in essere, aggiornamento e redazione documentazione
D. Attività di implementazione (da parte dei privati in caso di attività inerente tale estensione) ed eventuale azione regionale per possibili soluzioni secondo le specifiche regionali
E. Predisposizione piattaforma di test, labeling, pre production test
F. Monitoraggio in test, produzione
G. Produzione di report e supporto
H. Aggiornamento e adeguamento infrastruttura (rete, web application,...)
I. Assistenza e supporto in esercizio
J. Attività formative/comunicative (operatori, cittadino,...)

Ogni voce del precedente elenco sarà oggetto di progettazione e confronto con gli attori di competenza e saranno oggetto di monitoraggio key performance indicator (generali, di qualità, di servizio) ove attuabile ed eventualmente secondo ulteriori fattori ritenuti di interesse. Nella trattazione, tutte le attività sopra riportate sono indicate con la dicitura "blocco base".

4. Disamina dettagliata delle disposizioni

In ragione della molteplicità degli aspetti in cui si articola il testo analizzato, ne consegue la seguente analisi dettagliata. In forma tabellare viene proposta una sintesi delle modifiche che possono comportare attività, comprensiva di: "Codice" (assegnato per la presente trattazione), "Testo coordinato", "Tipologia", "Propedeuticità", "Attività e commento" e "Tempistica prevista".

Codice	Modifiche al DL 18/10/2012 n.179 Art. 12 secondo il DL 19/05/2020 n. 34 Art.11 comma 1 [lettera della rispettiva modifica nel recente DL]	Tipologia (N,NP, A,AP)	Propedeuticità (DA, G, M, LN)	Attività e commento	Tempistica prevista
11.1.a	[a] 1. Il fascicolo sanitario elettronico (FSE) e' l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito , riferiti anche alle prestazioni erogate al di fuori del Servizio sanitario nazionale.	AP	/	Estensione alle prestazioni non a carico del SSN in attuazione dell'insieme di regole già previste per il FSE. Risulta necessario disporre un approfondimento in riferimento agli enti autorizzati e agli enti accreditati. Attività necessarie: "Blocco base".	Elevata in ragione del numero dei privati (3 anni)
11.2.b	[b] 2. Il FSE e' istituito dalle regioni e province autonome, conformemente a quanto disposto dai decreti di cui al comma 7 ovvero tramite il Portale nazionale di cui al comma 15-ter, entro il 30 giugno 2015, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, a fini di:	A	LN	Attività necessarie: attualmente in corso (analisi, test, riscontro degli esiti,...).	Breve-medio termine (6 mesi)
11.3.c	[c] 3. ~~Il FSE e' alimentato in maniera continuativa, senza~~	AP	LN	Integrazione dei dati con il pregresso: attualmente già ricompreso per la	Elevata in ragione del

	~~ulteriori oneri per la finanza pubblica, dai soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali, nonche', su richiesta del cittadino, con i dati medici in possesso dello stesso.~~ Il FSE e' alimentato con i dati degli eventi clinici presenti e trascorsi di cui al comma 1 in maniera continuativa e tempestiva, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, dai soggetti e dagli esercenti le professioni sanitarie che prendono in cura l'assistito sia nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali sia al di fuori degli stessi, nonche', su iniziativa dell'assistito, con i dati medici in possesso dello stesso. Il sistema del FSE aggiorna contestualmente anche l'indice di cui al comma 15-ter.			documentazione pubblicabile. Adeguamento alle nuove specifiche relative alle tipologie documentali definite nell'ambito del Tavolo Tecnico di monitoraggio e indirizzo per l'attuazione del FSE (art. 26 DPCM n.178/2015). Si riepilogano di seguito per completezza: verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione, dossier farmaceutico, consenso diniego donazione organi, bilanci di salute, vaccinazioni, certificati medici, esenzioni, prestazioni di protesica nonché taccuino. Per quanto concerne il taccuino, si attende il deliverable nazionale tavolo ex. art. 26 coordinato dal Piemonte con un gruppo interregionale in uscita a breve. Sono state proposte delle osservazioni da parte di Regione del Veneto in merito a standard, codifiche, attività di implementazione da parte dell'interfaccia per il cittadino e ulteriori modalità. Attualmente non è presente la definizione tecnica e procedurale. Estensione alle prestazioni non a carico del SSN. Viene rafforzata l'ufficializzazione dell'indicizzazione sul registro nazionale dei documenti (INI). Attività necessarie: "Blocco base" applicato anche per la parte taccuino e le tipologie documentali indicizzate.	numero dei privati (3 anni)
11.3-bis.d	[d] ~~3-bis. Il FSE puo' essere alimentato esclusivamente sulla base del consenso libero e informato da parte dell'assistito, il quale puo' decidere se e quali dati relativi alla propria salute non devono essere inseriti nel fascicolo medesimo.~~	N	/	La presente modifica richiederà l'adeguamento della gestione del consenso a ogni livello in cui esso è rilevato, revocato, e gestito: distretti, URP, MMG/PLS (tutti gli applicativi) e sistemi Sanità km Zero (Visualizzatore, Fascicolo, App,...). Nell'insieme richiederà un rilevante aggiornamento della documentazione tecnica e nonché di tutti i servizi che invocano sistemi di verifica del consenso. Per quanto concerne l'indicizzazione della documentazione del FSE senza il consenso all'alimentazione, essa è attualmente in corso; sarà necessario porre in essere attività di propagazione massiva su INI (già testata). Attività necessarie: "Blocco base".	Breve-medio termine (6 mesi)
11.4.e	[e] 4. Le finalita' di cui alla lettera	NP	/	Estensione all'utilizzo del FSEr per le	Elevata in

	a) del comma 2 sono perseguite dai soggetti del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali e da tutti gli esercenti le professioni sanitarie che prendono in cura l'assistito secondo le modalita' di accesso da parte di ciascuno dei predetti soggetti e da parte degli esercenti le professioni sanitarie, nonche' nel rispetto delle misure di sicurezza definite ai sensi del comma 7.			finalità indicate (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) anche agli esercenti le professioni sanitarie. Attività necessarie: "Blocco base" o rimodulato, applicato anche per la parte di Sanità km Zero Visualizzatore (accesso per i nuovi operatori) e approfondimento civilistico in merito ai nuovi operatori abilitati (esercenti le professioni sanitarie).	ragione del numero dei privati (3 anni)
11.15-ter.3.f	[f] 15-ter 3) per le regioni e province autonome che, entro il 31 marzo 2017, comunicano al Ministero dell'economia e delle finanze e al Ministero della salute di volersi avvalere dell'infrastruttura nazionale ai sensi del comma 15, l'interconnessione dei soggetti di cui al presente articolo per la trasmissione telematica, la codifica e la firma remota dei dati di cui ai decreti attuativi del comma 7, ad esclusione dei dati di cui al comma 15-septies, per la successiva ~~alimentazione e consultazione~~ alimentazione, consultazione e conservazione, di cui all'articolo 44 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 del FSE da parte delle medesime regioni e province autonome, secondo le modalita' da stabilire con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute;	/	/	Aggiornamento tecnico dei servizi concernenti le regioni in sussidiarietà.	Non inerente
11.15-ter.4.g	[g] 15-ter 4-bis) l'istituzione dell'Anagrafe Nazionale dei consensi e relative revoche, da associarsi agli assistiti risultanti in ANA, comprensiva delle informazioni relative all'eventuale soggetto delegato dall'assistito secondo la normativa vigente in materia e nel rispetto delle modalita' e delle misure di sicurezza stabilite, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, dal decreto di cui al punto 3) del presente comma; 4-ter) la realizzazione dell'Indice Nazionale dei documenti dei FSE, da associarsi agli assistiti risultanti in ANA, al fine di assicurare in interoperabilita' le funzioni del FSE, secondo le modalita' e le misure di sicurezza stabilite, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, dal decreto di cui al punto 3) del presente comma; 4-quater) la realizzazione del Portale Nazionale FSE, secondo le modalita' e le misure di sicurezza stabilite, previo parere del	A	G, LN	4-bis: Aggiornamento dell'analisi del modello del consenso (in recepimento dell'abrogazione del consenso all'alimentazione). La comunicazione del consenso alla consultazione verso INI è stata precedentemente attivata secondo le modalità precedenti: è necessario addivenire a un raccordo delle specifiche e interfacciamento, comprensivo delle attività di testing e verifica con l' "Indice Nazionale dei consensi", avvio in produzione. 4-ter Viene rafforzata l'ufficializzazione dell'indicizzazione su INI. 4-quater: Interfacciamento per l'invocazione e richiamo del Portale Nazionale FSE (chiamata di contesto per l'accesso al FSEr testato positivamente e con approfondimenti in corso sul tema dell'accesso aggregato). Attività necessarie: "Blocco base" rimodulato sui rispettivi commi aggiuntivi. Dovranno essere svolti approfondimenti sull'integrazione con ANA).	Breve-medio termine (6 mesi)

	Garante per la protezione dei dati personali, dal decreto di cui al punto 3) del presente comma, anche attraverso l'interconnessione con i corrispondenti portali delle regioni e province autonome, per consentire, tramite le funzioni dell'Indice Nazionale, l'accesso on line al FSE da parte dell'assistito e degli operatori sanitari autorizzati, secondo modalita' determinate ai sensi del comma 7. Tale accesso e' fornito in modalita' aggregata, secondo quanto disposto dalla Determinazione n. 80 del 2018 dell'Agenzia per l'Italia Digitale.				
11.15septies.h	[h] 15-septies. Il Sistema Tessera sanitaria realizzato in attuazione dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, entro il 30 aprile 2017, rende disponibile ai FSE e ai dossier farmaceutici regionali, attraverso l'infrastruttura nazionale di cui al comma 15-ter, i dati risultanti negli archivi del medesimo Sistema Tessera sanitaria relativi alle esenzioni dell'assistito, alle prescrizioni e prestazioni erogate di farmaceutica , comprensivi dei relativi piani terapeutici, e specialistica a carico del Servizio sanitario nazionale, nonche' le ricette e le prestazioni erogate non a carico del SSN, ai certificati di malattia telematici e alle prestazioni di assistenza protesica, termale e integrativa, nonche' i dati di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175, comprensivi dei dati relativi alla prestazione erogata e al relativo referto, secondo le modalita' stabilite, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, dal decreto di cui al punto 3) del comma 15-ter, che individuera' le misure tecniche e organizzative necessarie a garantire la sicurezza del trattamento e i diritti e le liberta' degli interessati,. *[presente punteggiatura di refuso]*	NP	G, LN, M	Estensione alle prestazioni non a carico del SSN. Tale integrazione richiede inoltre l'individuazione delle azioni necessarie per il reperimento e la fruizione di ulteriori dati e documenti dal Sistema Tessera Sanitaria attraverso INI: dei piani terapeutici, ricette e prestazioni non a carico SSN e dati con referto di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175. Approfondimento sui dati resi fruibili una volta rese pubbliche le misure tecniche e organizzative. Attività necessarie: "Blocco base".	Lungo termine (3 anni)
11.15-octies.i	[i] 15-octies. Le specifiche tecniche dei documenti del FSE e del dossier farmaceutico, definiti con i decreti attuativi del comma 7,	N	DA, G, M	Viene normata la pubblicazione dei documenti (FSE e dossier farmaceutico) previo parere del Garante. Attività di predisposizione attività tecniche e organizzative per realizzare	Lungo termine (2 anni)

	sono pubblicate sul portale del nazionale FSE, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali. 15-nonies. Ai fini dell'alimentazione dei FSE attraverso l'infrastruttura nazionale di cui al comma 15-ter, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, con il decreto di cui al punto 3) del comma 15-ter, sono stabilite le modalita' tecniche con le quali: a) il Sistema Informativo Trapianti del Ministero della salute di cui alla legge 1 aprile 1999, n. 91, rende disponibile ai FSE i dati relativi al consenso o al diniego alla donazione degli organi e tessuti; b) le Anagrafi vaccinali regionali rendono disponibili ai FSE i dati relativi alla situazione vaccinale; c) il Centro Unico di prenotazione di ciascuna regione e provincia autonoma rende disponibili ai FSE i dati relativi alle prenotazioni.			quanto indicato una volta note le misure tecniche. Sarà necessario attivare quattro linee di progetto in base alle componenti coinvolte. Attività necessarie: "Blocco base" per ogni parte.	

Per quanto concerne l'articolo n.12 del DL 19/05/2020 n. 34, viene riportata di seguito l'analisi per stabilire le azioni necessarie.

Codice	DL 19/05/2020 n. 34 Art.12	Tipologia (N,NP, A,AP)	Propedeuticità (DA, G, M, N)	Attività e commento	Tempistica prevista
N12	1. Ai fini dell'accelerazione dell'acquisizione delle informazioni relative alle nascite e ai decessi di cui all'articolo 62, comma 6, lettera c), del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante Codice dell'amministrazione digitale, le strutture sanitarie, i medici, i medici necroscopi o altri sanitari delegati, inviano al Sistema Tessera Sanitaria del Ministero dell'economia e delle finanze i dati: a) dell'avviso di decesso di cui all'articolo 72, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396; b) del certificato necroscopico di cui all'articolo 74, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396; c) della denuncia della causa di morte di cui all'articolo 1 del regolamento di polizia mortuaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285; d) dell'attestazione di nascita di cui all'articolo 30, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396; e) della dichiarazione di nascita di cui all'articolo 30, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre	/	G, M	Necessario ulteriore approfondimento con gli interlocutori di riferimento Disamina delle specifiche inerenti (Sistema TS), per valutare eventuali ulteriori integrazioni o implementazione di nuovi sistemi di inserimento dati per utenti coinvolti non ancora integrati	Medio-lungo termine (1 anno)

	2000, n. 396. 2. La trasmissione dei dati di cui al comma 1 esonera i soggetti interessati all'ulteriore invio ai Comuni di ulteriore attestazione cartacea. 3. Il Sistema Tessera Sanitaria rende immediatamente disponibili, senza registrarli, i dati di cui al comma 1: a) all'Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente (ANPR), per le finalita' di cui all'articolo 62, comma 6, lettera c) del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante Codice dell'amministrazione digitale; b) tramite Posta elettronica certificata (PEC), ai Comuni non ancora collegati alla ANPR; c) all'ISTAT 4. Con uno o piu' decreti del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute e con il Ministero dell'interno, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, sono definiti i dati di cui al presente articolo e le relative modalita' tecniche di trasmissione. 5. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono allo svolgimento delle attivita' del presente articolo con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.				

Tempistiche generali

L'insieme delle nuove disposizioni introdotte dal Decreto Legge DL 19/05/2020 n. 34 possono essere raggruppate opportunamente nei seguenti macro filoni di attività:

1. Estensione alle prestazioni non a carico del SSN
2. Integrazione con il Portale Nazionale, indicizzazione INI e accesso aggregato
3. Alimentazione anche da parte di esercenti le professioni sanitarie e adeguamento alle nuove specifiche su tutti i documenti previsti
4. Adeguamento nella gestione e modello del consenso
5. Accesso da parte di esercenti le professioni sanitarie
6. Adeguamento per il reperimento di nuove tipologie informative dal Sistema TS (piani terapeutici, ricette e prestazioni e referti fuori SSN)
7. Realizzazione del dossier farmaceutico secondo nuove disposizioni
8. Fruizione dei dati relativi al consenso/diniego donazione di organi e tessuti dal Sistema informativo Trapianti
9. Alimentazione del FSE con i dati relativi alla situazione vaccinale (da anagrafe vaccinale regionale)
10. Alimentazione del FSE con i dati relativi alle prenotazioni (da CUP regionale)
11. Art. 12 Invio a TS dati relativi ai decessi e nascite

Come esaminato nel corso della trattazione, è necessario inquadrare delle tempistiche indicative generali per la programmazione dei lavori previsti per l'adempimento alle disposizioni di cui al presente decreto. Nella tabella seguente si indicano le diverse tempistiche previste e la presenza di propedeuticità che ne possono posticipare il rispettivo avvio.

Macro filone di attività secondo l'articolato	P	2020		2021				2022				2023			
		3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Estensione alle prestazioni non a carico del SSN	P														
Integrazione con il Portale Nazionale, indicizzazione INI e accesso aggregato															
Alimentazione anche da parte di esercenti le professioni sanitarie e adeguamento alle nuove specifiche su tutti i documenti previsti	P														
Adeguamento nella gestione e modello del consenso	P														
Accesso da parte di esercenti le professioni sanitarie	P														
Adeguamento per il reperimento di nuove tipologie informative dal Sistema TS (piani terapeutici, ricette e prestazioni e referti fuori SSN)	P														
Realizzazione del dossier farmaceutico secondo nuove disposizioni	P														
Fruizione dei dati relativi al consenso/diniego donazione di organi e tessuti dal Sistema informativo Trapianti	P														
Alimentazione del FSE con i dati relativi alla situazione vaccinale (da anagrafe vaccinale regionale)	P														
Alimentazione del FSE con i dati relativi alle prenotazioni (da CUP regionale)	P														
Art. 12 Invio a TS dati relativi ai decessi e nascite	P														

6225e76c

REGIONE DEL VENETO

Sistema informativo COVID- 19

Questo documento sintetizza le principali azioni sui sistemi informativi messe in campo per gestire l'emergenza Covid-19 che devono essere consolidate in attuazione della presente delibera.

Al fine di soddisfare i bisogni informativi dell'unità di crisi e prendere decisioni basate sui dati, sono stati implementati progressivamente e devono essere completati i seguenti moduli software:

1. Il ***sistema di biosorveglianza***: si tratta di una piattaforma che permette di avere uno stato aggiornato in tempo reale dell'evoluzione dell'epidemia, mappare i soggetti contagiati e rilevare la presenza di cluster che richiedono elevata attenzione. La soluzione armonizza, sincronizza, integra e visualizza dati provenienti da fonti diverse.
2. L'applicazione per la ***gestione dei casi confermati***: un software per arricchire le informazioni sui casi positivi sia con dati provenienti dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (derivanti dall'indagine epidemiologica), sia con dati inseriti dalla direzioni mediche di ogni ospedale (per i casi ricoverati).
3. L'applicazione per la ***gestione dei casi in isolamento***: un software utilizzato dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica per gestire i casi sottoposti ad isolamento fiduciario, permette la registrazione quotidiana dei sintomi anche attraverso app, integrato con anagrafe unica regionale, importa i risultati dei test diagnostici, esporta le informazioni cliniche nel software dei casi confermati
4. L'applicazione per effettuare la ***la gestione degli screening per covid-19***: un software (sviluppato a partire dal sistema per la gestione degli screening oncologici) per gestire, anche in mobilità, il processo di effettuazione del prelievo, identificazione dei campioni, integrato con tutti i laboratori analisi e di microbiologia del Veneto, sia per gli esami di microbiologia molecolare, che per esami di sierologia, anche rapidi, assecondando la logica dei laboratori di processazione e refertazione Hub
5. L'app mobile ***Zero Covid Veneto***, applicazione che deve raccogliere su base volontaria i sintomi correlati al covid-19 dei cittadini della Regione del Veneto al fine di garantire una presa in carico precoce dei casi da parte dei MMG e dei SISP ed evitare la nascita di nuovi focolai
6. Dematerializzazione dei farmaci in Distribuzione per Conto e in Fascia C.

Tutti i moduli sopra presentati devono essere implementati e completati al più presto, e in ogni caso non più tardi del 31/08/2020.Nei paragrafi successivi si riporta per ogni modulo una descrizione estesa.

c1158d1b

Sistema di biosorveglianza

Nella prima fase emergenziale è nata immediatamente l'esigenza di raccogliere velocemente informazioni e rappresentarle in modo efficace, al fine di mettere l'unità di crisi in condizioni di governare l'epidemia e decidere avendo i dati a disposizione.
Si è proceduto ad implementare quindi una piattaforma che permette di avere uno stato aggiornato in tempo reale dell'evoluzione dell'epidemia, mappare i soggetti contagiati e rilevare la presenza di cluster che richiedono elevata attenzione.
La soluzione, ha armonizzato, sincronizzato e integrato dati provenienti da fonti diverse.
L'idea è quella di supportare con i dati le decisioni più opportune circa l'applicazione di norme restrittive sulla mobilità delle persone e di accesso alle aree critiche. La disponibilità delle informazioni permette inoltre di effettuare un'analisi predittiva dell'evoluzione del contagio, individuando le zone dove è più probabile che il Covid-19 si espanda, al fine di poter intervenire velocemente ed isolare sul nascere nuovi casi e nuovi focolai.
Il progetto è stato pensato fin dall'inizio per poter soddisfare il bisogno informativo di diverse tipologie di utenti. La stessa base dati, opportunamente filtrata a seconda del ruolo specifico degli utenti, è utilizzata dall'unità di crisi, dalla task-force, dalle aziende ULSS, dai medici di medicina generale e dai medici competenti delle aziende operanti nei vari settori produttivi.

Le principali funzionalità fornite per i vari ruoli sono:

- **ai membri della task-force / unità di crisi regionale:**
  - una vista sui principali indicatori e un monitoraggio in real time dell'epidemia
  - strumenti per effettuare simulazioni epidemiologiche sui dati reali dell'evoluzione dell'epidemia
  - strumenti per l'identificazione immediata di cluster che richiedono elevata attenzione (residenze per anziani, nuclei familiari positivizzati)
  - una vista georeferenziata dei test effettuati sul territorio, l'esito, l'analisi del contesto familiare, abitativo e lavorativo del soggetto esaminato
  - una mappa georeferenziata dei casi positivi aggregati per incidenza territoriale
  - una vista dedicata agli operatori sanitari per il monitoraggio dello stato di operatività di tutte le strutture regionali.
- **agli operatori delle strutture sanitarie:**
  - una vista sugli indicatori principali dell'evoluzione dell'epidemia nel territorio di riferimento
  - una vista georeferenziata dei test effettuati sul territorio, l'esito, l'analisi del contesto familiare, abitativo e lavorativo del soggetto esaminato
  - una vista dedicata agli operatori sanitari per valutare in tempo reale la forza lavoro a disposizione nelle strutture e quella colpita dal Covid-19

c1158d1b

- un monitoraggio dei cluster a rischio (residenze per anziani, contesti abitativi con molti casi positivi)

- **ai medici di base:**
  - una vista dei loro assistiti con il dettaglio di chi ha effettuato i test di screening (sia molecolari che epidemiologici)
  - uno strumento per applicare i protocolli corretti e approcciarsi in modo sicuro ai pazienti.
- **ai medici competenti del lavoro:**
  - indicatori in tempo reale dei casi Covid positivi nelle aziende seguite
  - una vista dei lavoratori delle aziende da loro assistite, con il dettaglio di chi ha effettuato i test di screening (sia molecolari che epidemiologici)
  - la possibilità di registrare i risultati degli screening effettuati con i test rapidi nel caso siano fatti direttamente dall'azienda
  - uno strumento per applicare i protocolli corretti e approcciarsi in modo sicuro alle attività produttive.

.

Di seguito sono riportate le diverse fonti di dati che dovranno essere utilizzate per garantire gli obiettivi di gestione e contenimento della pandemia:

1. Base dati dei casi in isolamento
2. Anagrafe degli operatori sanitari (per individuare focolai nei reparti)
3. Flusso NSIS denominato FAR (per il controllo dei focolai nelle strutture residenziali)
4. Sistemi LIS delle Aziende Sanitarie e dei laboratori coinvolti nell'emergenza (per ottenere gli esiti dei test di laboratorio sul covid-19)
5. Base dati dei casi confermati
6. Anagrafe degli assistiti (per individuare focolai nelle famiglie, tra vicini e conviventi)
7. Anagrafe dei nuclei familiari (ricavata dai nuclei fiscali della dichiarazione dei redditi, senza utilizzare dati economici, con lo scopo di individuare focolai tra familiari)
8. Sistemi di Veneto Lavoro (con il fine di individuare focolai nelle aziende)
9. Base dati dei sintomi raccolti dalla app "Zero Covid Veneto" per intervenire precocemente sul nascere dei sintomi

Si rileva che ai fini privacy, i titolari del trattamento effettuato con tale modulo software sono le aziende ULSS della Regione del Veneto e le strutture presso le quali sono eseguito i test per covid-19 per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la Regione del Veneto per le attività operative specifiche della task force a supporto dell'Unità di Crisi, e per le attività di governo e monitoraggio. Azienda Zero, in quanto gestore operativo del software (processor) ricopre il ruolo di responsabile del trattamento, sia per conto delle aziende ULSS, sia per conto della Regione del Veneto.

c1158d1b

Gestione dei casi confermati

Il modulo gestisce tutti i casi che risultano positivi al test di biologia molecolare, importa inoltre l'esito di tutti i test diagnostici erogati dalle strutture sanitarie.
In particolare vengono inserite informazioni registrate dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) o importate dall'applicazione "Gestione dei casi in isolamento" a seguito dell'indagine epidemiologica effettuata sulla singola persona (stato clinico iniziale, domicilio di isolamento, possibili link epidemiologici, etc.). Per i casi ricoverati vengono inserite dalle strutture ospedaliere le informazioni relative all'ingresso e ai successivi trasferimenti (provenienza, data di ricovero e/o trasferimento, area di ricovero, reparto di ricovero, stato clinico, data e modalità di dimissione).
Tutti i dati aggiunti in tale modulo sono poi ritornati al sistema di biosorveglianza per essere rappresentati nei cruscotti di monitoraggio in uso ai diversi attori.
Tale modulo inoltre è la base per l'invio dei dati verso l'Istituto Superiore di Sanità, flusso previsto a livello nazionale.
Si rileva che ai fini privacy, i titolari del trattamento effettuato con tale modulo software sono le aziende ULSS della Regione del Veneto per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la Regione del Veneto per le attività operative specifiche della task force a supporto dell'Unità di Crisi, e per le attività di governo e monitoraggio. Azienda Zero, in quanto gestore operativo del software (processor) ricopre il ruolo di responsabile del trattamento, sia per conto delle aziende ULSS, sia per conto della Regione del Veneto.

c1158d1b

Gestione dei casi in isolamento

In considerazione dell'emergenza covid e della necessità di disporre dei dati anagrafici di tutti i potenziali sorvegliati, la Regione del Veneto attraverso i Sistemi informativi di Azienda Zero, ha disposto l'attivazione di un modulo applicativo apposito di Sorveglianza Covid-19 integrato con l'anagrafe unica regionale.

L'implementazione della nuova funzionalità garantisce, a tutte le ULSS del Veneto un monitoraggio efficiente dei pazienti in isolamento fiduciario positivi al test e di tutte le persone entrate in contatto con pazienti positivi, fornendo agli operatori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica un monitoraggio real time per il controllo dei casi presi in carico, comprendendo l'acquisizione tempestiva, dal sistema di biosorveglianza, degli esiti dei test eseguiti ai soggetti in carico. Il software raccoglie le informazioni cliniche dei soggetti in sorveglianza esportando le informazioni al software dei casi confermati. L'applicativo permette la registrazione quotidiana dei sintomi dei soggetti in isolamento sia agli operatori dei Servizi di Igiene e sanità pubblica sia ai MMG e PLS che volontariamente aderiscono all'attività. Fornisce inoltre l'elenco dei soggetti in isolamento per la trasmissione alla Prefettura e ai Comuni per la vigilanza.

Gli assistiti per i quali è già attiva una scheda di sorveglianza sul software regionale, potranno a breve con un'APP trasmettere direttamente alla ULSS di competenza le informazioni richieste sul proprio stato di salute. In pratica giornalmente ogni paziente COVID19 verrà guidato nella registrazione dei propri sintomi, che saranno raccolti ed elaborati in tempo reale sull'applicativo di sorveglianza regionale.

Questo modulo software dovrà progressivamente fornire quindi a tutti gli operatori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica della Regione del Veneto uno strumento altamente avanzato e costantemente aggiornato per il monitoraggio della situazione sanitaria regionale, efficientando il controllo sulla diffusione del virus e le azioni di contenimento in tutte le strutture sanitarie.
Il software potrà essere utilizzato anche dai medici competenti delle aziende sanitarie per la gestione dei casi in isolamento dei dipendenti.
E' stata inoltre predisposta una APP per gli operatori che permette la registrazione dei risultati dei test rapidi somministrati ai soggetti previsti dallo screening territoriale per i destinatari individuati dal piano di sanità pubblica, i risultati vengono esportati verso il software dello screening e verso il sistema di biosorveglianza.

Tutti gli strumenti sopra descritti saranno a supporto del Piano di Sanità pubblica gestito dal Sistema Sanitario Regionale.

c1158d1b

Si rileva che ai fini privacy, i titolari del trattamento effettuato con tale modulo software sono le aziende ULSS della Regione del Veneto per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la Regione del Veneto per le attività di governo e monitoraggio. Azienda Zero, in quanto gestore operativo del software (processor) ricopre il ruolo di responsabile del trattamento, sia per conto delle aziende ULSS, sia per conto della Regione del Veneto.

c1158d1b

Gestione degli screening per covid-19

La Regione del Veneto ha deciso di contrastare il virus attraverso un piano di sanità pubblica denominato “Epidemia Covid 19 Interventi Urgenti di Sanità Pubblica” che ha previsto l’impiego massiccio del tampone naso-faringeo e successivamente dei test sierologici, procedendo quindi a screenare tutti i dipendenti del Sistema Sanitario Regionale, MMG, PLS e Farmacisti, operatori delle Strutture per non autosufficienti ecc.

Nell’ambito di questo piano, attraverso l’UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero, ha disposto quindi l’adeguamento e ampliamento delle funzionalità del Sistema Informativo degli Screening Oncologici alle esigenze dello screening Covid19, per facilitare e rendere più corrette e sicure dal punto di vista informativo le attività degli operatori sanitari e per ottenere una base dati omogenea e standard.

Le principali funzioni dell’applicativo software sono: l’individuazione della persona fisica, tramite integrazione con l’Anagrafe Unica Regionale, ottenendo dati anagrafici corretti e attendibili ed evitando inserimenti manuali; l’individuazione delle categorie di appartenenza dei soggetti sottoposti a screening, la creazione di codici campione e la stampa delle relative etichette con codice a barre da apporre sulle provette dei test, l’invio delle liste di lavoro complete di dati anagrafici associati ai codici campione ai LIS , ottimizzando così strumenti e risorse dei Laboratori di microbiologia e analisi cliniche. Le strutture sanitarie sono così in grado di rispondere tempestivamente alla specifica e urgente richiesta, indipendentemente dall’Azienda che ha in carico il soggetto e da dove viene effettuato il test. L’analisi e la refertazione è affidata ai laboratori tramite i LIS, rendendo superflua la parte di input manuale dei dati. Il software è utilizzato nelle sue funzionalità principali anche nel progetto di indagine relativa alla sieroprevalenza in capo al Ministero della Salute.

Si rileva che ai fini privacy, i titolari del trattamento effettuato con tale modulo software sono le aziende sanitarie della Regione del Veneto (sia le aziende richiedenti i test, sia i soggetti giuridici che erogano le prestazioni richieste) per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la Regione del Veneto per le attività di ricerca, governo e monitoraggio. Azienda Zero, in quanto gestore operativo del software (processor) ricopre il ruolo di responsabile del trattamento, sia per conto delle aziende aziende sanitarie, sia per conto della Regione del Veneto.

c1158d1b

App “Zero Covid Veneto”

L’app mobile “Zero Covid Veneto”, dovrà raccogliere su base volontaria i sintomi correlati al covid-19 dei cittadini della Regione del Veneto. Il fine di garantire una presa in carico dei casi, a seconda della gravità dei sintomi, o da parte dei MMG, o da parte dei SISP.

La finalità ultima è quella di agire il più precocemente possibile sull’insorgenza di nuovi casi ed evitare la nascita di nuovi focolai.

L’applicazione non effettuerà contact tracing e non utilizzerà il GPS per localizzare i dispositivi.

Si rileva che ai fini privacy, i titolari del trattamento effettuato con tale modulo software sono le aziende ULSS della Regione del Veneto per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la Regione del Veneto per le attività di governo e monitoraggio. Azienda Zero, in quanto gestore operativo del software (processor) ricopre il ruolo di responsabile del trattamento, sia per conto delle aziende ULSS, sia per conto della Regione del Veneto.

c1158d1b

Dematerializzazione dei farmaci

Sempre nell'ambito della gestione dell'emergenza covid si è proceduto inoltre all'estensione della dematerializzazione della ricetta cartacea anche per farmaci distribuiti attraverso la Distribuzione per Conto, secondo previsioni e modalità definite dall'Ordinanza n. 651 "Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili." del 19.3.2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Protezione Civile.
Da evidenziare infine che ai sensi dell'art. 11 del DL n. 34 del 19.5.2020 è in corso di dematerializzazione anche la ricetta relativa ai farmaci di fascia C non rimborsati dal SSN e che in applicazione del presente atto tale nuova modalità di gestione dovrà essere adottata dai prescrittori e nei punti di dispensazione dei farmaci di tutto il territorio regionale.

Si rileva che ai fini privacy, i titolari del trattamento effettuato con tale modulo software sono le aziende sanitarie della Regione del Veneto per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la Regione del Veneto per le attività di governo e monitoraggio. Azienda Zero, in quanto gestore operativo del software (processor) ricopre il ruolo di responsabile del trattamento, sia per conto delle aziende aziende sanitarie, sia per conto della Regione del Veneto.

c1158d1b

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale
X legislatura

Proposta n. 1567 / 2020

PUNTO 38 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 06/08/2020

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1103 / DGR del 06/08/2020

OGGETTO:
Approvazione del documento recante "Emergenza COVID-19 - Piano emergenziale per l'autunno 2020".

6368ebcf

COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Gianluca Forcolin	Presente
Assessori	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Federico Caner	Presente
	Cristiano Corazzari	Presente
	Elisa De Berti	Presente
	Elena Donazzan	Presente
	Manuela Lanzarin	Presente
	Roberto Marcato	Presente
	Giuseppe Pan	Presente
Vicesegretario verbalizzante	Stefania Zattarin	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

MANUELA LANZARIN

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

6368ebcf

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale
X Legislatura

OGGETTO: Approvazione del documento recante “Emergenza COVID-19 – Piano emergenziale per l’autunno 2020”.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento si intende approvare il documento recante “Emergenza COVID-19 – Piano emergenziale per l’autunno 2020”.
Il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale.

Il relatore riferisce quanto segue.

Con la Delibera del Consiglio dei Ministri del 31/01/2020 è stato dichiarato, per sei mesi - sulla base della dichiarazione di emergenza internazionale di salute pubblica per il coronavirus (PHEIC) dell’Organizzazione Mondiale della Sanità del 30/01/2020 - lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

Molti sono gli atti che si sono susseguiti in materia, sia a livello nazionale, che regionale, che hanno disposto una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria finalizzata a fronteggiare l'emergenza COVID-19.

In particolare, nel corso dell’emergenza sono state adottate dal Presidente della Giunta Regionale specifiche Ordinanze volte all’adozione di misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da virus COVID-19.

Inoltre, con il Decreto del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria n. 3 del 30/01/2020 è stata istituita una Task force regionale per la definizione di misure di prevenzione e controllo dell’epidemia, nell’ambito del Gruppo Operativo Risposta Rapida Regionale (GORR) per l’emergenza in sanità pubblica.

In collaborazione con la Task force regionale, la sopra citata Direzione Prevenzione ha elaborato, mantenendola costantemente aggiornata, una procedura contenente le indicazioni regionali da attuare per la gestione dei casi sospetti, probabili e confermati per COVID-19, nonché dei relativi contatti, in linea con le raccomandazioni ministeriali e con i principali organismi internazionali (Organizzazione Mondiale della Sanità – WHO e Centers for Disease Control and Prevention – CDC).

Successivamente, con la D.G.R. n. 269 del 02/03/2020 è stato costituito il “Comitato scientifico COVID-2019 in Regione Veneto”, con lo scopo di fornire indicazioni in relazione alla gestione dell’emergenza relativa al rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili da COVID-2019, nel territorio regionale.

In considerazione dell’evoluzione dello scenario epidemiologico del COVID-19 e del carattere particolarmente diffusivo di questa epidemia, nonché dell’incremento del numero di casi sul territorio nazionale, è sorta la necessità di attuare strategie di sanità pubblica, volte a garantire le idonee misure di contenimento del virus, ulteriori rispetto a quelle già adottate.

Nell’ambito dell’assistenza ospedaliera, alla luce delle indicazioni contenute nella Circolare del Ministero della Salute prot. n. 2627 del 01/03/2020, relative all’aumento di posti letto di terapia intensiva, pneumologia e malattie infettive, è stato approvato in data 15/03/2020, dall’Unità di crisi istituita con il Decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21/02/2020, il Piano di Emergenza Ospedaliera COVID-19

del Veneto, finalizzato ad assicurare che l'intero sistema ospedaliero fosse in grado di affrontare l'ipotesi di maggior pressione possibile.

Considerata l'efficacia e l'efficienza delle azioni intraprese con tale Piano, con la D.G.R. n. 552 del 05/05/2020 è stato approvato il documento recante "Approvazione Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici", che permette di definire la risposta del sistema ospedaliero in caso di emergenza.

Inoltre, con la citata D.G.R. n. 552/2020 è stato anche previsto che presso tutti i Pronto Soccorso dovessero essere attivi specifici percorsi di pre-triage, tesi ad individuare tempestivamente i pazienti sospetti positivi a malattie infettive, al fine di indirizzarli verso i percorsi specificatamente dedicati ed evitare al massimo contaminazioni sia tra i soggetti in attesa di diagnosi, sia contaminazioni intraospedaliere da parte di soggetti affetti da patologie acute.

Al fine di garantire l'accesso e la continuità di assistenza all'utenza privilegiando, per ragioni di sanità pubblica, la permanenza degli assistiti a domicilio, con la D.G.R. n. 568 del 05/05/2020 sono stati attivati i servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza (c.d. "Telemedicina").

E' stato, inoltre, messo in atto, con la D.G.R. n. 344 del 17/03/2020, il "Piano Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica", con l'obiettivo primario ed urgente di interrompere la catena di trasmissione del virus attraverso un'importante riorganizzazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto, per favorire la ricerca puntuale e sistematica di tutti i casi confermati, intensificare le conseguenti inchieste epidemiologiche ed intervenire con le disposizioni di isolamento domiciliare fiduciario e quarantena, in linea con le indicazioni ministeriali.

Successivamente, con la D.G.R. n. 782 del 16/06/2020 sono state programmate le azioni regionali attuative delle misure in materia sanitaria connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19, previste dal Decreto-legge n. 34/2020, denominato "Decreto Rilancio" ed è stato approvato, tra le altre cose, il "Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione".

Inoltre, in ottemperanza alle disposizioni previste dal citato decreto-legge n. 34/2020, è stata garantita dalla rete delle cure primarie, anche con l'attivazione delle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) l'assistenza al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19, che non necessitano di ricovero ospedaliero. Allo stesso tempo la rete di assistenza territoriale ha garantito il supporto ai pazienti fragili, cronici ed affetti da patologie invalidanti che, ancor più a seguito dell'emergenza in corso, costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione.

Nell'attuale scenario epidemiologico in continua evoluzione, che evidenzia un aumento della circolazione di SARS-CoV-2 in specifici contesti, e alla luce del Decreto-legge n. 83 del 30/07/2020, con il quale è stato prorogato lo stato di emergenza fino al 15/10/2020, è sorta l'esigenza di rafforzare la capacità del Servizio Sanitario Regionale di rispondere ad una eventuale situazione di crisi, anche in considerazione della situazione a livello internazionale e della possibile insorgenza di nuovi focolai nel contesto del territorio nazionale.

In particolare, al fine di individuare misure per una risposta efficace in caso di aggravamento della situazione sanitaria a causa della diffusione del virus nei prossimi mesi, è stato elaborato dalle Strutture regionali dell'Area Sanità e Sociale, in collaborazione con Azienda Zero, soprattutto per la parte relativa ai flussi informativi, acquisito il parere favorevole del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 di cui alla D.G.R. n. 269 del 02/03/2020, il documento recante "Emergenza COVID-19 – Piano emergenziale per l'autunno 2020", che si intende proporre all'approvazione della Giunta Regionale, quale **Allegato "A"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

Il suddetto documento intende adeguare l'attuale sistema assistenziale all'attuale scenario pandemico, prevedendo interventi specifici con riferimento all'assistenza ospedaliera e all'accesso al Pronto Soccorso, al potenziamento dei laboratori di microbiologia e all'adozione da parte di Pronto Soccorso, RSA e Medici di Medicina Generale di test rapidi, che forniscano un risultato nel giro di minuti per lo screening di COVID-19.

Inoltre, poiché non è esclusa una co-circolazione di virus influenzali e SARS-CoV-2 nelle prossime stagioni autunnali e invernali, il suddetto documento ribadisce l'importanza della vaccinazione antinfluenzale, in particolare per i soggetti, di tutte le età, ad alto rischio per complicanze.

Nel suddetto documento vengono anche proposte azioni di prevenzione, quali la definizione di un modello aziendale per la gestione delle emergenze di sanità pubblica, una campagna vaccinale pneumococcica per RSA e per i nuovi 65enni e di recupero (PCV13), livelli di rischio sulla base degli indicatori di monitoraggio e delle eventuali misure integrative di sanità pubblica, un Progetto di sorveglianza epidemiologica di SARS-CoV-2 attraverso le acque reflue urbane, lo sviluppo di interfaccia software per la registrazione delle vaccinazioni non eseguite presso il servizio vaccinale, la regolamentazione degli accessi e delle visite strutture residenziali per anziani, l'intensificazione del piano regionale di screening per ricerca di SARS-CoV-2 e il rafforzamento della stretta integrazione delle Strutture coinvolte nella gestione dell'emergenza.

Si conferma la validità del modello veneto delle Cure Primarie, organizzato in medicine di gruppo integrate, e della sua evoluzione in team di assistenza primaria.

Da ultimo, il suddetto documento dedica una sezione alle attività della UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero, per la raccolta di tutti gli esiti dei test per Covid-19, nel rispetto della normativa che regola la protezione dei dati personali", al fine di identificare e prevenire l'insorgenza di focolai nei differenti contesti assistenziali, sociali e lavorativi, per incentivare la Telemedicina e per coordinare i sistemi informativi delle strutture pubbliche e private interessate nella gestione dell'emergenza, con lo scopo di garantire la continuità informativa a tutti gli attori coinvolti.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTA la Delibera del Consiglio dei Ministri del 31/01/2020;
VISTO il Regolamento UE 2016/679 e il D.lgs. 196/2003, come modificato e integrato dal D.lgs. n. 101/2018;
VISTA la Circolare del Ministero della Salute prot. n. 2627 del 01/03/2020;
VISTO il Decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21/02/2020;
VISTI l'art. 2, comma 2 e l'art. 4 della L.R. n. 54 del 31/12/2012;
VISTA la L.R. n. 1 del 10/1/1997;
VISTO il Decreto del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria n. 3 del 30/01/2020;
VISTI il Decreto-legge n. 34/2020, il Decreto-legge n. 83 del 30/07/2020;
VISTE la D.G.R. n. 269 del 02/03/2020, la D.G.R. n. 344 del 17/03/2020, la D.G.R. n. 552 del 05/05/2020, la D.G.R. n. 568 del 05/05/2020, la D.G.R. n. 782 del 16/06/2020;

DELIBERA

1. di approvare le premesse quale parte integrale e sostanziale della presente deliberazione;

2. di approvare il documento recante "Emergenza COVID-19 – Piano emergenziale per l'autunno 2020", che si intende proporre all'approvazione della Giunta Regionale, quale **Allegato "A"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale;

4. di incaricare le Direzioni afferenti all'Area Sanità e Sociale dell'esecuzione di quanto disposto con il presente provvedimento per le parti di rispettiva competenza;

5. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.

IL VERBALIZZANTE
Vicesegretario della Giunta Regionale
ai sensi della DGR 1217/2015
f.to - Dott.ssa Stefania Zattarin -

REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

PIANO EMERGENZIALE PER L'AUTUNNO 2020

ASSISTENZA OSPEDALIERA

In relazione all'emergenza COVID-19 e alle indicazioni ministeriali della circolare del Ministero della Salute prot. n. 2627 del 01/03/2020 relative all'aumento di posti letto di terapia intensiva, pneumologia e malattie infettive è stato approvato, il 15 marzo 2020, dall'Unità di crisi istituita con decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21 febbraio 2020, il Piano di Emergenza Ospedaliera COVID-19 del Veneto, finalizzato ad assicurare che l'intero sistema ospedaliero fosse in grado di affrontare l'ipotesi di maggior pressione possibile.

In attuazione a tale piano sono stati attivati in Veneto 825 posti letto di terapia intensiva e 383 posti letto di pneumologia semi intensiva.

Considerata l'efficacia e l'efficienza delle azioni intraprese con tale piano, è stata approvata il 5 maggio 2020 la DGR n. 552/2020 "Approvazione Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici" che permette di definire la risposta del sistema ospedaliero in caso di emergenza.

Il potenziamento della disponibilità posti letto di tale piano emergenziale ha previsto la strutturazione di 840 posti letto di terapia intensiva così ripartiti:

- 559 sono i posti letto programmati dalle schede di dotazione ospedaliera;
- 191 sono posti letto aggiuntivi, attivati secondo le linee guida predisposte dal Coordinamento Regionale Emergenza ed Urgenza;
- 90 sono i posti letto ricavabili dalla riconversione di sale operatorie in caso di emergenza.

Considerate le necessità assistenziali evidenziate nel periodo di fase 1 dell'emergenza sono stati inoltre previsti 663 posti letto di pneumologia semi intensiva di cui 382 posti letto ricavabili riconvertendoli da altre discipline, in aggiunta ai 281 già programmati dalle schede di dotazione ospedaliera per la disciplina di Pneumologia.

Non ultimo, con la DGR 552/2020 sono stati previsti complessivamente 1085 posti letto di malattie infettive, dei quali 941 riconvertibili in fase emergenziale in aggiunta ai 144 già programmati dalle schede di dotazione ospedaliera per la disciplina di malattie infettive.
Successivamente, con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 782 del 16/06/2020, è stato attuato quanto previsto all'art 2 del D.L. n. 34/20 recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" che prevede come le regioni debbano predisporre un piano di riorganizzazione ospedaliera per l'emergenza.

Nel dettaglio la circolare del Ministero della Salute n. 11254 del 29/05/2020 ha esplicitato come per la Regione Veneto l'incremento di posti letto fosse pari a 211 posti letto di terapia intensiva con una riconversione invece di 343 posti letto da destinare alla terapia semi intensiva; si precisa come con DGR n. 782 del 16/06/2020 per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza Covid-19, relativamente all'incremento dei posti letto di terapia intensiva e la riconversione di quelli di semi intensiva sia stato quantificato un importo pari a € 81.924.272,00 per lavori edili, impiantistici e attrezzature.

L'incremento dell'offerta ospedaliera per un eventuale fase emergenziale va considerato nell'ambito della strategia già intrapresa che è consistita nell'individuazione di specifici ospedali su base provinciale dedicati alla patologia epidemica, i cosiddetti COVID Hospital, da attivare progressivamente in base alle necessità e presso i quali è da prevedere la contestuale progressiva chiusura delle attività routinarie, compresa l'attività ambulatoriale e di pronto soccorso, eccezion fatta per trattamenti salvavita non destinati a pazienti COVID-19, quali ad esempio la dialisi.

TIPOLOGIA DI STRUTTURE OSPEDALIERE PER PAZIENTI COVID-19

Da quanto esposto ne deriva l'individuazione di 3 tipologie di strutture ospedaliere per l'accoglienza di pazienti COVID-19 all'interno del percorso di cura delle acuzie, ovvero:

Ospedale Hub e di riferimento provinciale con presenza di reparti di pneumologia e malattie infettive.

- Interventi finalizzati a creare le condizioni per non sospendere l'attività di elezione e permettere la continuità soprattutto per le cure indifferibili e per potenziare il trasporto intraospedaliero e il servizio di emergenza urgenza.

Ospedali spoke con posti letto di terapia intensiva e personale con specifiche competenze intensivologiche:

- Interventi finalizzati a creare le condizioni per il potenziamento della capillarità territoriale dell'offerta di posti letto di terapia intensiva e semi intensiva;
- Interventi finalizzati a migliorare la separazione dei percorsi dedicati a pazienti COVID-19 in pronto soccorso;
- Interventi finalizzati al rafforzamento della dotazione di apparecchiature di ausilio alla ventilazione e monitoraggio.

Ospedali dedicati alla patologia (Covid Hospital)

- Interventi finalizzati a creare le condizioni per stabilizzare e completare l'attrezzamento dei posti letto aggiuntivi attrezzati in fase emergenziale

Tale offerta assistenziale è da ritenersi a tutti gli effetti integrata dalla presenza di strutture sanitarie dedicate alla fase post acuzie, quali gli ospedali di Comunità, che hanno ricoperto un ruolo importante nella fase più critica dell'epidemia della scorsa primavera risultando destinati alle dimissioni protette dei pazienti già affetti da COVID-19, una volta risolta l'acuzie e nel pieno rispetto delle misure di contenimento del rischio infettivo, sospendendo le usuali procedure di valutazione dell'idoneità all'accesso agli stessi.

Infine va considerata, qualora sopraggiungessero eventuali ulteriori bisogni di accoglienza in spazi dedicati oltre il limite di sostenibilità, anche la possibilità di avvalersi di strutture sanitarie dismesse e ricondizionate in deroga agli standard strutturali e tecnologici attualmente previsti, che saranno attrezzate dal Dipartimento della Protezione Civile per garantire il rispetto dei requisiti minimi strutturali e organizzativi.

MODALITA' DI ACCESSO AL RICOVERO OSPEDALIERO – PRONTO SOCCORSO

Con DGR n. 552/2020 è stato previsto come presso tutti i Pronto Soccorso dovessero essere attivi specifici percorsi di pre-triage tesi ad individuare tempestivamente i pazienti sospetti positivi a malattie infettive al fine di indirizzarli verso i percorsi specificatamente dedicati ed evitare al massimo contaminazioni sia tra i soggetti in attesa di diagnosi, sia contaminazioni intraospedaliere da parte di soggetti affetti da patologie acute.

Con DGR n. 782/2020 sono state recepite anche le linee di indirizzo della circolare del Ministero della Salute n. 11254 del 29/05/2020, in applicazione al DL n. 34/20, in merito alla ristrutturazione dei pronto soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi.

A tal proposito si è ritenuto come gli interventi destinati alla ristrutturazione dovessero poter prevedere nel maggior numero possibile di ospedali:
- aree di pre-triage distinte;
- area di attesa dedicata a sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi;
- ambulatorio per sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi;
- area dedicata per soggetti in attesa di esito tampone;
- percorso specificatamente individuato per paziente COVID-19;
- accesso diretto e percorsi dedicati di mezzi di soccorso a spazi di attesa sospetti barellati;
- diagnostica radiologica dedicata.

Per quanto concerne poi gli interventi sui Pronto Soccorso presso i quali non sono definibili soluzioni specifiche strutturali tali da garantire una soluzione a breve termine ed è necessario definire nuovi spazi dedicati si è optato per adottare tipologie di moduli di pre triage Covid in relazione alla tipologia di struttura ospedaliera e di servizio, prevedendo nel contempo per i moduli da collocare negli ospedali con elevata affluenza nei pronto soccorso la presenza di una TAC dedicata.

L'importo complessivo da quadro economico per gli interventi di ristrutturazione dei pronto soccorso previsto dalla DGR n. 782/2020 è pari a € 16.120.000,00.

Per quanto concerne i criteri generali di accesso dell'utenza alle strutture ospedaliere si rammenta come l'accesso delle persone all'ospedale/struttura sanitaria debba essere consentito solo in caso di effettiva necessità, attraverso un limitato numero di varchi, quanto più separati possibile per i dipendenti e per l'utenza esterna, verificando l'eventuale sussistenza di condizioni che controindicano l'ingresso.

Auspicabile inoltre come all'interno dell'ospedale i diversi percorsi siano differenziati, e a titolo esemplificativo si riportano i percorsi di Pronto Soccorso, di fast-track, di ricovero e ambulatoriali, in considerazione del fatto che tale differenziazione è finalizzata ad evitare il più possibile l'incrocio fra pazienti interni e pazienti esterni.

Per l'accesso al Pronto Soccorso le misure da mettere in atto, in un'ottica di accesso ai soli casi appropriati, sono fondamentalmente l'istituzione dei percorsi rapidi (fast track) per le patologie a gestione specialistica, evitando il transito per le prestazioni ambulatoriali con codice di priorità U, senza trascurare il fatto che prima dell'ingresso al PS ogni persona dovrà essere sottoposta preliminarmente ad un pretriage in un'area strutturalmente separata dal PS, presso la quale verranno verificate le sue condizioni di salute in rapporto al COVID-19, la dotazione di idonea copertura di naso e bocca, in assenza della quale va fornita una mascherina adeguata, l'esecuzione dell'igiene delle mani, e non ultimo, va richiamata la massima attenzione sulla necessità di mantenere la distanza di sicurezza di almeno 1 mt in tutti i percorsi e le aree del PS, ivi compresi quello di pre-triage e triage.

In tabella 1 e 2 sono riportati per ogni singolo ospedale i posti letto rispettivamente di terapia intensiva e di terapia semintensiva, mentre in **tabella 3** è riportata la tempistica per l'attuazione delle principali attività del piano operativo.
Le attività individuate in relazione alla tipologia di posto letto da realizzare sono:

- Individuazione posti letto
- Determinazione fabbisogno lavori/attrezzamento
- Realizzazione lavori
- Attrezzamento

I soggetti attuatori per la realizzazione dei posti letto sono:

- Regione Veneto nella attività di controllo e monitoraggio della realizzazione dei posti letto;
- Ciascuna azienda sanitaria per i posti previsti dalla DGR 552/20;
- Azienda Zero per la fornitura delle attrezzature principali per la realizzatone dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva previsti dalla DGR 552/20
- Il Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19 per quanto concerne i posti letto previsti dalla DGR 782/20;

Per quanto concerne infine l'attività prevista in capo al Commissario, in attesa delle modalità e della tempistica della loro attuazione, in questa fase verrà sviluppato un Piano di contingenza della DGR 782/20 per raggiungere l'obiettivo prefissato dalla DGR 552/20 secondo le tempistiche previste dalla Regione Veneto.

Le attrezzature che Azienda Zero procederà ad acquistare centralmente per tutte le aziende sanitarie della regione veneto sono, in analogia alla fase 1, le seguenti:

- Ventilatori per terapia intensiva e semintensiva;
- Monitor per terapia intensiva e semintensiva;
- Letti per terapia intensiva e semintensiva;
- Centraline di monitoraggio
- Pome siringa
- Pompe volumetriche

Le attrezzature che verranno acquisite per i Piani di contingenza della DGR 782/20 e che si renderanno disponibili al termine delle attività poste in capo al Commissario straordinario saranno utilizzate per il rinnovo tecnologico delle attrezzature esistenti nella Regione Veneto.
Anche per i Pre-Triage Covid, di competenza del Commissario straordinario, sono state definite le attività principali e il Piano di contingenza.

PIANO AUTUNNO 2020 LABORATORI DI MICROBIOLOGIA

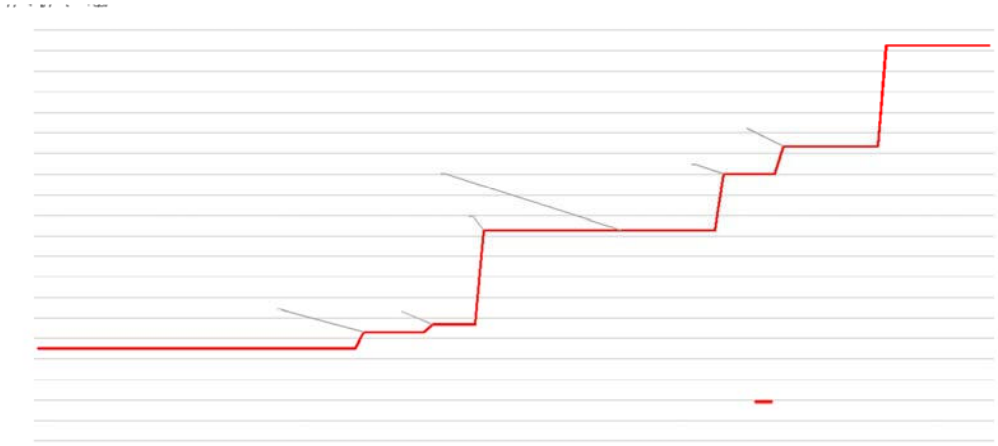
Per quanto concerne i laboratori di microbiologia il piano prevede tre linee d'azione:

1) Completamento del piano straordinario di potenziamento dei laboratori di microbiologia

Entro l'autunno, con l'avvio della produzione delle ultime piattaforme acquisite, la potenzialità produttiva teorica massima dei laboratori di microbiologia del Veneto si attesterà attorno ai **32.000 test/gg**, alla quale va aggiunta la potenzialità garantita dalle piattaforme acquisite in autonomia dalle singole aziende sanitarie. Si riporta di seguito la sintesi delle piattaforme aggiuntive rispetto a quelle in dotazione pre-Covid 19 con le relative tempistiche di avvio produzione.

Azienda	Produttore	Potenzialità produttiva della singola attrezzatura [test/gg]	Massimo aumento di potenzialità produttiva giornaliera [test/gg]	Data di inizio produzione
ULSS 1 Dolomiti	Estrattore Nurex	576	384 (+93%)	In produzione da inizio giugno
	Amplificatore Nurex	384		
ULSS 2 Marca Trevigiana	Estrattore Nurex	576	384 (+27%)	In produzione da inizio giugno
	Amplificatore Nurex	384		
	Estrattore Perkin Elmer e modulo Janus G3	3.840	1.000 (+69%)	Installato il 19 giugno
ULSS 4 Veneto Orientale	Estrattore A.B. Analitica	922	922 (+372%)	Amplificatore installazione entro il 12 giugno; estrattore installazione entro fine luglio
	Amplificatore A.B. Analitica	1200		
ULSS 5 Polesana	Estrattore Perkin Elmer e modulo Janus G3	3.840	200 (+80%)	Installato il 19 giugno
ULSS 6 Euganea	Estrattore Nurex	576	384 (+45%)	In produzione dal 9 giugno
	Amplificatore Nurex	384		
	Estrattore Perkin Elmer e modulo Janus G3	3.840	1.548 (+282%)	Installato il 19 giugno
Azienda Ospedale-Università di Padova Laboratorio Regionale di Riferimento	Estrattore Roche Magna Pure	2.304	2.304 (+33%)	in produzione dal 15 giugno
	Estrattore Roche Magna Pure	2.304	1.344 (+13%)	
	Amplificatore Quantstudio 6	2.304	960 (+10%)	in produzione dal 15 giugno
	Amplificatore Quantstudio 5	4.128	0 (+0%)	
	Amplificatore	4.128	300 (+4%)	In collaudo al 13 luglio

	Quantstudio			
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	Estrattore Biomek i5 S8	4.000	4.000 (+161%)	In produzione da inizio agosto
	Estrattore Biomek i5			
	Pippettatore ECHO 525 + 1	8.000		
	Amplificatore Liason MDX	4.000		
	Panther Hologic	1.000	1.000 (+40%)	In produzione da metà luglio



2) Utilizzo di test rapidi

Ricerca, sviluppo e acquisto di test rapidi che forniscono un risultato nel giro di minuti, finalizzati allo screening di Covid 19 da dotare i Pronto Soccorso, le RSA e i medici di medicina generale. Essendo un test di screening, non sarà effettuata una diagnosi definitiva a risultato positivo, ma si dovrà sottoporre il paziente risultato positivo al successivo tampone nasofaringeo.

3) Soggetti attuatori

- dott. Roberto Rigoli, Direttore del laboratorio di microbiologia del P.O. di Treviso: coordinatore delle microbiologie del Veneto
- per quanto riguarda l'U.O.C. di Microbiologia dell'Azienda Ospedale Università Padova, resta confermato quanto previsto nella DGR n. 344/2020

- Azienda Zero: acquisizione centralizzata di macchinari e reattivi. Fornirà, inoltre, le piattaforme informatiche ed il supporto metodologico ed operativo al monitoraggio degli indicatori e all'implementazione di nuove metodologie
- Aziende Sanitarie: prelievo e la successiva processazione di tamponi e test rapidi, proponendo l'implementazione di piattaforme aggiuntive per il raggiungimento della potenzialità produttiva necessaria a soddisfare il piano di esecuzione di tamponi.

DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE

PREMESSA

L'emergenza da SARS-CoV-2 conferma la necessità di **rafforzare la capacità del Servizio Sanitario Regionale di rispondere** ad una eventuale situazione di crisi, anche in considerazione dello scenario epidemiologico internazionale e della possibile insorgenza di nuovi focolai nel contesto del territorio nazionale.

Non è esclusa una co-circolazione di virus influenzali e SARS-CoV-2 nelle prossime stagioni autunnali e invernali, pertanto, si ribadisce l'importanza della vaccinazione antinfluenzale, in particolare nei soggetti, di tutte le età, ad alto rischio per complicanze. Risulta, altresì, necessario definire dei criteri per affrontare le criticità possibili legate alla diagnosi differenziale tra SARS-CoV-2 e sindromi influenzali, anche in considerazione della **definizione delle priorità** nell'utilizzo dei test diagnostici, del **monitoraggio delle curve epidemiche** di entrambe le malattie infettive e dei necessari **interventi di sanità pubblica**. Vaccinando contro l'influenza, inoltre, si riducono le complicanze da influenza nei soggetti a rischio e gli accessi al pronto soccorso, permettendo una riduzione dell'impegno delle risorse a disposizione del servizio sanitario e prevenendo il sovraccarico del sistema delle cure.

OBIETTIVI

L'obiettivo principale della strategia regionale è quello di intervenire prontamente intercettando ed isolando tutti i possibili focolai di SARS-CoV-2, individuando i casi singoli ed attuando, anche su base modulare in funzione del livello di rischio identificato dal monitoraggio degli indicatori ministeriali e regionali, interventi di sanità pubblica generali o in specifiche aree geografiche.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Per quanto concerne l'area della prevenzione i documenti cui far riferimento sono da un lato il **Piano di Sanità Pubblica "Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica"** contenuto nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 344 del 17.03.2020 e dall'altro il **Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione** di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 782 del 16.06.2020.

Il **piano di Sanità Pubblica ex DGR 344/2020** è stato **aggiornato** alla luce del modificarsi dello scenario epidemiologico dell'infezione da COVID-19 e nel documento "Emergenza COVID-19 fase 3- aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'effettuazione dei test diagnostici" sono evidenziati tre elementi cardine:

1. **Rafforzamento delle attività di contact tracing** di ricerca della circolazione virale in tutti i contatti a rischio. A seguito di ogni caso confermato, i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) proseguiranno le attività di indagine epidemiologica tempestiva e puntuale, includendo sia i contatti stretti che i contatti in seguito a valutazione della tipologia del contatto.
2. **Screening per la ricerca di SARS-CoV-2**. La modifica dei gruppi da sottoporre a screening è stata focalizzata dall'obiettivo di intercettare precocemente nuovi casi in contesti con presenza di soggetti vulnerabili (ad es: operatori sanitari coinvolti nell'assistenza di pazienti con particolare

fragilità, ospiti ed operatori di strutture residenziali per anziani, personale direttamente coinvolto nell'assistenza continuativa delle persone affette da disabilità sensoriali, psichiche, intellettive. Oltre alla proposta di screening attivo su alcuni specifici gruppi "target", la Regione ha esteso anche l'offerta passiva del test tampone al personale di assistenza domiciliare di anziani e disabili di ritorno dall'estero.

3. **Studio di un sistema di allerta precoce (early warning).** In previsione di una possibile ripresa della circolazione virale, sarà attivato, a fianco delle attività di screening, un sistema di allerta precoce (early warning), attraverso la ricerca ed il monitoraggio della circolazione virale in campioni rappresentativi di specifici gruppi di popolazione individuati come sentinella attraverso l'utilizzo del test rapido. Sulla base degli esiti delle attività svolte dai SISP in seguito al contact tracing, alle indagini di screening e all'attivazione del sistema di allerta precoce, la Regione Veneto valuterà l'eventuale rimodulazione del Piano di Sanità Pubblica.

AZIONI

1. Definizione del modello aziendale per la gestione delle emergenze di sanità pubblica

Le singole Aziende ULSS provvedono, sulla base di quanto disposto dalla DGR 782 del 2020, ad aggiornare l'organizzazione relativa alla gestione delle emergenze di sanità pubblica provvedendo in particolare ad:

a) aggiornare la composizione del CESP,
b) istituire i Gruppi Operativi a Risposta Rapida (GORR) su base distrettuale,
c) identificare nominalmente con atto formale del Direttore del Dipartimento di Prevenzione tutti i componenti dei GORR,
d) definire l'organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione e l'attivazione dei GORR in ottica Dipartimentale, su base modulare e progressiva in funzione dello scenario epidemiologico.

2. Campagna vaccinale pneumococcica per RSA (schedula sequenziale)

In considerazione dell'impatto che COVID-19 ha avuto in tutto il mondo, così come a livello nazionale, sui soggetti fragili ed in particolare sugli ospiti delle Strutture Residenziali per Anziani, in accordo con quanto previsto dalle Linee di indirizzo per la ripresa delle attività del Dipartimento di Prevenzione - Fase 2 (prot. 186806 del 11.5.2020) e dai documenti specifici[1] a partire dal luglio sarà avviata una campagna vaccinale anti-pneumococcica, applicando la schedula sequenziale in accordo con il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, rivolta ai soggetti fragili ospiti delle strutture residenziali per anziani. Tale campagna sarà condotta dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica in collaborazione con le strutture e con i medici operanti nelle stesse, secondo specifica organizzazione aziendale, anche in considerazione di eventuali progetti vaccinali già in essere.

3. Definizione dei livelli di rischio sulla base degli indicatori di monitoraggio e delle eventuali misure integrative di sanità pubblica

Individuazione e monitoraggio di indicatori di Early Warning allo scopo di identificare il possibile aumento della circolazione virale in determinate contesti del territorio regionale (es. case di riposo, strutture ospedaliere, comuni...) e prevedere il rischio di trasmissione di SARS-CoV-2.

[1] *"Linee di indirizzo Strutture residenziali extraospedaliere" approvate con Ordinanza n. 55 del 29.5.2020 e "Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale" approvate con ordinanza n. 61 del 22.6.2020.*

Delineare misure specifiche (es. norme igienico-comportamentali, distanziamento sociale, chiusura degli esercizi commerciali, rimodulazione del trasporto pubblico ecc.) da attuare per contenere il rischio rilevato tramite i suddetti indicatori. Potrà essere disposta l'esecuzione di test rapidi a "a cerchi concentrici" allargati.

4. Progetto di sorveglianza epidemiologica di SARS-COV-2 attraverso le acque reflue urbane (SARI, Sorveglianza Ambientale Reflue in Italia)

Con il coordinamento tecnico-scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e del Coordinamento Interregionale della Prevenzione, Commissione Salute, della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, una rete di strutture territoriali analizzerà la presenza di tracce di SARS-COV-2 nelle acque reflue a fini di monitoraggio preventivo sulla presenza del virus e la sua possibile propagazione in Italia. Il progetto consentirà di acquisire indicazioni utili sull'andamento epidemico e sull'allerta precoce di focolai.

5. Sviluppo di interfaccia software per la registrazione delle vaccinazioni non eseguite presso il servizio vaccinale

E' in corso di ultimazione una specifica interfaccia software per la registrazione puntuale e precisa delle vaccinazioni effettuate da operatori e servizi diversi dal Servizio Vaccinale del SISP (MMG, RSA, Medico Competente Aziende Ospedaliere e IOV, etc.). In particolare, tale interfaccia, integrata con l'anagrafe vaccinale regionale (SIARV) ed i software dei MMG consentirà la registrazione completa e tempestiva di tutte le vaccinazioni eseguite, anche al fine di garantire un monitoraggio periodico sullo stato e sull'andamento della copertura vaccinale.

6. Campagna informativa prevenzione influenza e COVID-19

Sarà avviata una specifica campagna informativa rivolta alla popolazione per la promozione del vaccino anti-influenzale oltre che per promuovere le raccomandazioni igienico sanitarie finalizzate alla prevenzione sia dell'influenza che di SARS-CoV-2, in particolare sensibilizzando all'applicazione delle norme igienico-comportamentali dei soggetti affetti da sintomatologia respiratoria, con particolare riferimento alla necessità di rimanere in isolamento domiciliare con automonitoraggio seguendo le indicazioni del medico curante.

7. Campagna vaccinale anti-influenzale, stagione 2020/2021

Nella prossima stagione influenzale 2020/2021, si rende necessario ribadire l'importanza della vaccinazione antinfluenzale, in particolare nei soggetti ad alto rischio di tutte le età, per semplificare la diagnosi e la gestione dei casi sospetti, dati i sintomi simili tra COVID-19 e Influenza. Vista l'attuale situazione epidemiologica relativa alla circolazione di SARS-CoV-2, si prevede di **anticipare la conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale e offrire la vaccinazione ai soggetti eleggibili in qualsiasi momento della stagione influenzale**, anche se si presentano in ritardo per la vaccinazione. La vaccinazione antinfluenzale può essere **offerta gratuitamente anche nella fascia d'età 60-64 anni**. È fondamentale nella strategia di sanità pubblica la vaccinazione antinfluenzale di tutti gli operatori sanitari, in tutte le occasioni possibili.

Particolare attenzione va rivolta agli anziani istituzionalizzati in strutture residenziali o di lungo degenza, per i quali si rafforza l'indicazione alla vaccinazione e per tutti i soggetti con patologie croniche.

Gli obiettivi di copertura, per tutti i gruppi target, sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale.

8. Campagna vaccinale pneumococcica ai nuovi 65enni e di recupero (PCV13)

Per quanto riguarda la popolazione generale, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale secondo specifica organizzazione aziendale, sarà avviata una campagna vaccinale, in aggiunta alla chiamata attiva dei 65enni, di recupero estesa a tutti soggetti delle coorti di nascita già invitati ma non vaccinati (*drop out*) e ai soggetti nati dal 1943 al 1947. Per tale campagna ogni azienda provvederà a definire le specifiche modalità favorendo la vaccinazione anti-pneumococcica, come da indicazioni sopra riportate, in tutte le occasioni opportune. Gli obiettivi di copertura, per i nuovi 65enni sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale mentre per gli ospiti delle strutture residenziali l'obiettivo è del 95%.

9. Nuove indicazioni per diagnosi differenziale COVID-19 e Influenza

In funzione dello scenario epidemiologico prevedibile ad ottobre, identificare tutti i soggetti a cui riservare "prioritariamente" l'esecuzione di saggi diagnostici per la ricerca di SARS-CoV-2, stratificando sulla base di categorie a rischio di complicanze nonché in base al loro contesto sociale e lavorativo. In particolare si evidenzia la necessità di riservare particolare attenzione ai soggetti fragili e/o appartenenti a comunità chiuse.

Ottimizzazione risorse e riduzione delle misure contumaciali

Caso	Vaccinato per influenza	Frequenta una collettività o è un operatore sanitario	Priorità diagnostica
Caso sospetto	si	si	1
Caso sospetto	no	si	2
Caso sospetto	si	no	3
Caso sospetto	no	no	3

10. Sorveglianza virologica per Influenza e per Sars-Cov-2

Rafforzare la partecipazione alla sorveglianza virologica da parte dei MMG e PLS come "medici sentinella". Questo al fine di stimare l'impatto dell'influenza confermata e l'efficacia vaccinale sul campo dei vaccini antinfluenzali, nei soggetti di tutte le età non ospedalizzati, oltre che monitorare l'andamento delle curve epidemiche in relazione alla diffusione di SARS-CoV-2 per aggiornare e integrare le raccomandazioni di diagnostica differenziale e le disposizioni di sanità pubblica.

11. Regolamentazione accessi e visite strutture residenziali per anziani

In funzione dell'andamento epidemiologico e in considerazione delle caratteristiche delle strutture sanitarie e sociosanitarie residenziali e semiresidenziali extraospedaliere che richiedono una particolare attenzione nelle strategie di sanità pubblica, andrà valutata nel tempo la possibilità di adottare specifiche regolamentazioni per i nuovi accessi, per l'ingresso di accompagnatori e per le visite a pazienti e ospiti.

12. Intensificazione del piano regionale di screening per ricerca di SARS-CoV-2

In considerazione dello scenario epidemiologico prevedibile per il mese di ottobre, si rafforzano le attività di screening per la ricerca di tutti i casi positivi di COVID-19, anche paucisintomatici e asintomatici, al fine di

interrompere ogni possibile catena di trasmissione virale di SARS-CoV-2 e contenere l'insorgenza di nuovi focolai. Si rimodula, a tale scopo, l'offerta per le categorie di popolazione target, con possibilità di ampliamento al variare dello scenario epidemiologico.

13. Rinforzare la stretta integrazione tra SISP, COT, Distretti, MMG, PLS, MCA e USCA

I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle Aziende ULSS definiranno specifiche procedure al fine di lavorare in sinergia con i Servizi Distrettuali e la COT. Inoltre, la presa in carico territoriale per tutti i casi sospetti dovrà essere fortemente integrata con le attività di sorveglianza sanitaria coordinata dai SISP.

Inoltre, dovrà essere definita una specifica organizzazione aziendale che coinvolga i medici delle USCA, a supporto dei SISP e dei MMG, per garantire le campagne vaccinali (es. anti-influenzale e anti-pneumococcica), in sinergia con i SISP e dei Distretti.

CRONOPROGRAMMA

	Mag		Giu.		Lug.		Ago.		Set.		Ott.		Nov.		Dic.	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	FASE 2				FASE 3						FASE 4					
Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione (DGR 782/20)																
Aggiornamento CESP e GORR delle Aziende ULSS (DGR 782/20)																
Definizione dei piani dei Dipartimenti di Prevenzione per la "Fase 4"																
Definizione dei livelli di rischio e delle eventuali misure integrative																
Sviluppo di interfaccia software per la registrazione delle vaccinazioni																
Campagna vaccinale pneumococcica per RSA (schedula sequenziale)																
Campagna informativa prevenzione influenza e COVID-19																
Campagna vaccinale pneumococcica coorti di recupero (PCV13)																
Campagna vaccinali anti-influenzale, stagione 2020/2021																
Nuove indicazioni per diagnosi differenziale COVID-19 e Influenza																
Sistema di misure integrative in funzione del livello di rischio																
Regolamentazione accessi e visite strutture residenziali per anziani																
Intensificazione del piano regionale di screening per SARS-CoV-2																

ASSISTENZA TERRITORIALE

Unità Speciali di Continuità Assistenziale

In ottemperanza alle disposizioni previste dal DL 34/2020 le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) operano all'interno del Distretto, afferiscono alla Unità Operativa di Cure Primarie distrettuale e svolgono le seguenti funzioni:

- garantiscono l'assistenza al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, ivi compresi la somministrazione ed il monitoraggio delle terapie a domicilio. Il concetto di gestione domiciliare si intende esteso anche alle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e strutture di ricovero intermedie (Ospedali di Comunità, Unità Riabilitative Territoriali, strutture residenziali per persone con disabilità, dell'area della Salute Mentale, Comunità Terapeutiche o strutture di accoglienza per minori, ecc.);
- garantiscono supporto anche ai pazienti fragili, cronici ed affetti da patologie invalidanti che, a seguito dell'emergenza in corso, costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione.

Punti di forza rilevati nella fase 1

- Importante ruolo svolto non solo per i pazienti a domicilio ma anche in supporto alle RSA, strutture di ricovero intermedie e comunità residenziali/semiresidenziali, strutture ricettive alberghiere, casa circondariale.
- Forte integrazione con il SISP per il monitoraggio clinico e l'esecuzione dei tamponi naso faringei, sia di screening, sia su richiesta dei MMG.
- Garanzia dell'attività di triage sulle attivazioni USCA, quale elemento di riferimento ordinario per MMG/PLS/MCA, in collegamento con le centrali operative dell'ADI e la COT.

Disposizioni operative

Per rinforzare la stretta integrazione tra MMG e medici USCA e assicurare una continuità di assistenza, mantenendo in capo ai medici curanti la titolarità dell'assistenza del proprio paziente, ogni Unità Operativa di Cure Primarie distrettuale è tenuta ad individuare esattamente l'afferenza di ciascun MMG ad una unica USCA. L'elenco dettagliato dovrà essere reso noto a tutti i servizi che operano a livello territoriale, in particolare ai SISP, alle Centrali Operative dell'ADI, alla COT.

- Fermo restando che l'USCA afferisce all'Unità Operativa di Cure Primarie del Distretto di competenza, in un'ottica di integrazione dei servizi viene mantenuto un collegamento funzionale con i SISP ai fini del coordinamento della sorveglianza epidemiologica dei casi sospetti e dei positivi.
- Gli accessi a domicilio dei medici delle USCA dovranno avvenire in modo congiunto con l'infermiere qualora siano richieste anche prestazioni infermieristiche, mentre si considera l'affiancamento di un OSS nel caso sia prevalentemente richiesto il supporto vestizione/svestizione DPI.
- I medici delle USCA saranno coinvolti in modo diretto nelle campagne vaccinali (es. antinfluenzale e antipneumococcica), in integrazione con i servizi SISP e dei Distretti e a supporto dei MMG, anche con riferimento alle strutture residenziali, alle case circondariali, alle strutture ricettive.
- I medici dell'USCA, sulla base dell'organizzazione aziendale, sono coinvolti anche nella presa in carico di soggiornanti per motivi di turismo o lavoro/studio che si rivolgono ai servizi aziendali per motivazioni legate all'emergenza COVID 19 o su segnalazione dei SISP.
- E' in corso di sviluppo un'interfaccia con i software dei MMG e il sistema informativo regionale, anche per la registrazione delle vaccinazioni, in modo che i MMG possano seguire in tempo reale l'andamento

dei pazienti presi in carico dalle USCA e la situazione vaccinale.

- Ogni USCA dovrà essere dotata di kit per il monitoraggio dei pazienti a domicilio o presso le RSA, prevedendo device come saturimetro, termometro a distanza, misuratore PA, eventuale ecografo ed ECG portatili. Tale dotazione dovrà essere fornita in funzione di attività in telemedicina ottimizzando il ruolo degli Specialisti Ambulatoriali Interni nella refertazione a distanza.
  Il sistema di telemonitoraggio attraverso i device forniti ai medici USCA sarà poggiato su una piattaforma che consenta: la registrazione e l'accesso da remoto ai valori misurati dai device, alcuni lasciati al paziente (come termometro e saturimetro), altri utilizzati dagli operatori sanitari al momento dell'accesso, come l'ECG. Detto telemonitoraggio non solo sarà rivolto ai pazienti COVID19, ma anche nell'ambito della gestione domiciliare del paziente cronico complesso. È auspicabile che detta piattaforma sia unica a livello regionale (implementata poi da ogni singola Azienda ULSS) così da garantire sistemi tecnologicamente avanzati che dialogano tra loro, anche per una possibile integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico (garantendo in questo modo facile accesso ai dati a tutti gli attori sanitari che hanno in carico ed entrano nell'assistenza al paziente).
- Ogni Distretto deve attivare un sistema di monitoraggio puntuale dell'attività delle USCA al fine di trasmettere, per il tramite della UOC Cure primarie di afferenza, alla Regione (U.O. Cure primarie e strutture socio-sanitarie territoriali) una relazione ed apposita rendicontazione trimestrale, **comprensiva del numero di pazienti presi in carico dall'USCA, della tipologia degli stessi, delle attività svolte, descrivendo dettagliatamente anche i meccanismi di funzionamento delle USCA**.

Centrale Operativa Territoriale

In conformità a quanto previsto dalla DGR n.1075/2017 e di quanto previsto dalla DGR n.782/2020:

- svolge attività di coordinamento funzionale delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, con funzioni di raccordo con tutti i servizi, garantendo la tracciabilità delle informazioni e supervisionando la gestione delle transizioni;
- assicura, a supporto dei Direttori della Funzione Territoriale e della Funzione Ospedaliera e del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, la funzione di coordinamento e comunicazione unitaria, anche telefonica, a servizio dei MMG, PLS, MCA e loro aggregazioni, dei SISP e servizi territoriali, delle strutture di ricovero intermedie, delle strutture residenziali, per individuare il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio;
- costituisce il luogo di coordinamento della gestione delle transizioni ed il punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Distretto e Dipartimento di Prevenzione.

Punti di forza rilevati nella fase 1

- Forte integrazione/coordinamento con le Cure Primarie e il SISP per:
  a) supportare nella comunicazione alla popolazione, attraverso ad esempio la gestione del numero verde aziendale in collaborazione con i servizi URP, la raccolta delle segnalazioni dei cittadini che entrano in Italia da un paese estero, ecc.;
  b) facilitare le comunicazioni verso i professionisti che operano nell'ambito dei servizi distrettuali, in particolare MMG, PLS, MCA, attraverso la trasmissione delle comunicazioni/procedure operative prodotte dal SISP-Dipartimento di Prevenzione e dalla Direzione Aziendale, inerenti l'emergenza COVID19, la contestuale disponibilità telefonica e per mail nel raccogliere richieste di approfondimenti, ecc.
- Ampliamento dell'orario di attività al fine di supportare tutte le fasi della gestione dell'emergenza.

- Riconoscimento quale punto di riferimento per gli attori del sistema per l'emergenza COVID, anche per le strutture residenziali.
- Mantenimento e garanzia dell'attività ordinaria assegnata alla COT anche in fase di emergenza, quindi senza perdere la sua identità, ma valorizzando le competenze acquisite ed ampliando il raggio della propria azione.

Disposizioni operative

- Ogni Azienda ULSS dovrà ampliare l'orario di copertura della COT rendendolo progressivamente sovrapponibile a quello dell'ADI infermieristica (dalle ore 7:00 alle ore 21:00 per 7 giorni su 7), riadeguandone la dotazione organica.
- Alla COT dovrà essere assegnato il coordinamento del personale addestrato (anche non sanitario) che gestisce il numero verde dedicato al cittadino per informazioni e inserimento/presa in carico della richiesta nel corretto flusso aziendale secondo procedure specifiche (ad esempio comunicazione arrivo in Italia da stati esteri).
- Ogni Azienda ULSS dovrà individuare un numero telefonico (gestito dal personale sanitario della COT) dedicato agli operatori sanitari sia territoriali che ospedalieri (in particolare MMG, PLS, USCA) per informazioni e supporto sulle procedure aziendali attivate per la gestione dell'emergenza COVID19 e, più in generale, per un supporto nella identificazione della risorsa più appropriata da attivare in funzione dei bisogni del paziente fragile rappresentati dall'operatore che contatta il servizio.
- Dovrà essere individuato un indirizzo mail specificatamente dedicato alle segnalazioni di criticità inerenti il COVID19 e gestito dall'URP, eventualmente con il supporto della COT, provvedendo allo smistamento delle stesse per competenza ed alla tracciabilità dell'effettiva presa in carico e conclusione.
- Ogni Azienda ULSS dovrà individuare un gruppo di specialisti infettivologi che, attraverso il filtro organizzativo della COT, rispondano direttamente ai quesiti dei medici convenzionati, con possibilità di estendere l'esperienza anche ad altre specialità.
- Dovrà essere garantita anche alla COT l'accessibilità alle piattaforme del sistema informativo regionale (su tamponi, esiti, pazienti presi in carico dalle USCA, pazienti in isolamento, ecc.) così da poter far circuitare le informazioni ed assicurarsi che le stesse siano comunicate agli attori coinvolti nella presa in carico ed anche per poter avere una visione aziendale complessiva dei casi. La stessa piattaforma dovrà anche consentire la programmazione delle attività di esecuzione dei tamponi, fermo restando che la gestione degli stessi per la sorveglianza rimane in carico al SISP.

INFERMIERE DI FAMIGLIA

L'infermiere di famiglia gestisce i processi infermieristici in ambito familiare e di comunità e opera in collaborazione con il MMG e PLS, l'équipe multiprofessionale distrettuali, per aiutare il cittadino e la sua famiglia a trovare le soluzioni ai bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e le disabilità.

L'infermiere di famiglia afferisce alla UOC Cure Primarie del Distretto di riferimento.

Svolge la propria attività sia presso l'ambulatorio territoriale, sia a domicilio delle persone non già prese in carico dall'ADI, garantendo la presa in carico di utenti con bassa complessità assistenziale. Promuove un'assistenza differenziata per bisogno e per fascia d'età, attraverso interventi che rispondono ai bisogni di salute della popolazione.

L'infermiere di famiglia opera in collaborazione con la rete dei servizi socio-sanitari e del volontariato presenti nel territorio utilizzando un modello assistenziale infermieristico orientato alla famiglia e al contesto in cui questa vive. Caratteristiche del modello sono:

- *prossimità* alla famiglia e alla comunità: opera in un ambito territoriale secondo un criterio geografico di ripartizione del territorio, coerente con l'organizzazione dei vari servizi presenti;
- *proattività*: intercetta e riconosce in modo precoce i bisogni latenti della popolazione di riferimento, conosce la rete dei servizi territoriali e del volontariato, orienta e facilita l'accesso appropriato e tempestivo ai servizi;
- *equità*: facilita l'accesso degli utenti ai vari servizi sociosanitari e l'attenzione proattiva ai determinanti di salute e sociali, assume un ruolo di garante verso i cittadini dell'equità del sistema di erogazione delle cure;
- *multiprofessionalità*: opera secondo una logica multiprofessionale con l'adozione del modello della presa in cura integrata che prevede l'utilizzo di piani assistenziali individuali e PDTA, superando così la logica prettamente prestazionale, verso un modello di presa in carico.

Le attività attribuite all'infermiere di famiglia sono quelle già previste nella DGR n.782.

Disposizioni operative

- Ogni Distretto introdurrà in maniera progressiva la figura dell'infermiere di famiglia, **dando priorità alle zone geografiche in cui non siano già presenti forme evolute di aggregazioni della medicina generale** o si ritenga necessario potenziare gli studi medici periferici al fine di supportare la capillarità dell'assistenza. Si ricorda che lo standard massimo previsto è di 8 infermieri ogni 50.000 assistiti, equivalenti al massimo a circa un infermiere ogni 4 MMG massimalisti. **Ciò richiede l'elaborazione di un progetto pilota aziendale, in condivisione con i Medici di Medicina Generale, in cui vengano esplicitati gli obiettivi, le attività assegnate in conformità a quanto già stabilito con la DGR n.782/2020, il bacino di utenza affidato, gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione. Gli obiettivi individuati dovranno essere congruenti e correlati a quelli assegnati alla medicina generale**.
- Per l'identificazione dei pazienti con cronicità semplice che possono essere presi in carico dall'infermiere di famiglia andranno utilizzati anche strumenti di case mix (es. ACG), al fine della valutazione di impatto e per il dimensionamento delle risorse per singola area geografica.
- È necessario che ogni Azienda ULSS provveda alla definizione di procedure uniformi per la presa in carico (applicazione PDTA, azioni proattive di promozione della salute, ecc.), corredate da opportuni indicatori per valutarne a distanza il reale impatto. Dette procedure andranno condivise con tutti gli attori coinvolti nella presa in carico.

TEAM MULTIPROFESSIONALI

Con riferimento ai pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti che, anche a seguito dell'emergenza COVID-19, costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione, il modello organizzativo regionale prevede un lavoro fondato su team multiprofessionali, che vedranno la partecipazione dei MMG, degli specialisti territoriali, degli infermieri, dei fisioterapisti, degli assistenti sociali, o di altri operatori sanitari, con legami funzionali con i professionisti che operano all'interno delle strutture ospedaliere e con gli operatori del Dipartimento di Prevenzione.

Punti di forza rilevati nella fase 1

- L'emergenza COVID ha richiesto un lavoro di integrazione operativa tra Ospedale-Distretto-Dipartimento Prevenzione-SISP, ciò ha consentito di migliorare la reciproca conoscenza delle specifiche competenze e la messa in comune/trasferimento di competenze prima non previste con conseguente miglioramento della qualità del servizio offerto alla popolazione.
- Necessità ed importanza di garantire/proseguire a domicilio con attività riabilitative per pazienti COVID post dimissione dai reparti ospedalieri.

Disposizioni operative

- In ogni Azienda ULSS andranno definite procedure organizzativo/assistenziali atte a garantire un coordinamento funzionale tra le Unità Operativa Cure Primarie distrettuali e i Dipartimenti di Prevenzione-SISP, **prevedendo squadre operative integrate "rimodulabili" a seconda della fase emergenziale e del relativo carico** (composizione delle squadre, dimensionamento, obiettivi, modalità di attivazione).
- Dovrà essere portata a compimento entro il 2021 l'attuazione dei piani di sviluppo delle cure primarie così come previsti dalla DGR n.476/2019, completando la rete della medicina generale organizzata nelle diverse tipologie di forme associative, dalle più semplice alle più evolute.
- A supporto della gestione della cronicità e per garantire una fidelizzazione andrà estesa l'adozione dei contratti diurni come previsti dall'ACN per i Medici di Continuità Assistenziale.
- Ogni Azienda ULSS è tenuta ad implementare la geriatria territoriale, quale valido riferimento anche per MMG, infermieri ADI e infermieri di famiglia nella gestione dei pazienti anziani fragili, individuando modalità dirette di contatto e consultazione, con definizione territoriale/geografica (suddivisione per zone al fine di garantire una risposta integrata).
- Andranno potenziate in ogni Distretto le equipe multiprofessionali delle cure domiciliari e modulabili, a seconda della tipologia di bisogno, coinvolgendo le diverse professionalità già in fase di dimissione o di transizione del paziente da un setting ad un altro, al fine di definire il prima possibile il percorso più appropriato. In particolare la fisioterapia domiciliare, quale parte integrante del Dipartimento Funzionale Riabilitazione Ospedale Territorio, è la componente che assicura la continuità dell'assistenza tra i diversi setting di cura (ospedale, strutture riabilitative intensive ed estensive, territorio), integrandosi a livello distrettuale nell'équipe dell'ADI, e che dovrà garantite le seguenti attività:
  - riattivazione motoria per utenti che hanno subito un periodo di prolungata inattività, provocato da un ricovero ospedaliero o da un evento morboso acuto;
  - trattamenti di riabilitazione per pazienti con esiti di politraumatismo, in caso di frattura prossimale di femore ed in tutti quei casi nel quale il paziente non possa essere trasportato con i comuni mezzi;
  - sedute di addestramento all'utilizzo degli ausili e di educazione del caregiver alla gestione del paziente;
  - valutazione dell'adeguamento paziente-ambiente-ausili su segnalazione del MMG o dei servizi territoriali (in particolare la COT) al fine di assicurare la fornitura di un ausilio-presidio necessario all'utente a garantire l'autonomia nelle ADL o consentirne la mobilità domestica;
  - continuità del Progetto Riabilitativo Individuale stilato nel reparto di Riabilitazione o nelle Unità Riabilitative Territoriali per assicurare un efficace ed adeguato reinserimento del paziente presso il proprio domicilio;
  - attività di Teleriabilitazione, anche a seguito dell'emergenza COVID, per i pazienti dimessi dall'Ospedale e che necessitano di continuare e monitorare l'attività motoria di riallenamento.

Questo modello risulta particolarmente rilevante nella presa in carico dei pazienti COVID19 negativizzati dimessi dai reparti per acuti e per post-acuti o di riabilitazione intensiva, richiedendo un monitoraggio nel tempo e/o la prosecuzione del trattamento, sia a domicilio o in ambulatorio, secondo interventi personalizzati in base agli esiti.

Obiettivi specifici diventano infatti:

a. abbreviare i tempi di ripresa del trattamento attraverso una presa in cura diretta dei pazienti da parte dei fisioterapisti territoriali, riservando visite fisiatriche domiciliari a situazione di particolare complessità che prefigurino la necessità di un Progetto Riabilitativo Individuale;
b. riservare le prestazioni ambulatoriali laddove necessario un setting terapeutico dedicato;
c. integrare il set informativo (Fascicolo Sanitario Elettronico e cartella ADI) con dati rilevanti sull'andamento dello stato funzionale.

Dal punto di vista operativo diventa efficiente prevedere canali di interlocuzione diretta tra fisioterapista ospedaliero e fisioterapista del territorio, supportata da un adeguato scambio informativo, con comunicazione alla COT e alla centrale ADI di riferimento per la tracciatura dei casi.

La possibilità di avvalersi della teleassistenza sia per funzioni di triage che di follow up o di monitoraggio da remoto tra un accesso a domicilio e il successivo potrà altresì efficientare il sistema.

Le Aziende ULSS potranno definire specifici accordi con i Centri di Servizi per l'utilizzo nel territorio dei fisioterapisti delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani.

- Le equipe multiprofessionali domiciliari andranno dotate di adeguati kit di monitoraggio dei pazienti al domicilio o presso le RSA, di adeguata attrezzatura diagnostica ed ogni altro presidio necessario, ivi compresi i farmaci di urgenza. **La dotazione andrà fornita in funzione di attività in telemedicina, ottimizzando anche il ruolo degli specialisti ambulatoriali interni nella refertazione a distanza**.
- Il teleconsulto, gli strumenti di video-chiamata, la telemedicina andranno estesi a tutti gli ambiti del Distretto (minori, anziani, disabilità, dipendenze, ecc.), al fine di garantire l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza, di assicurare la continuità dell'assistenza ed interventi educativo-relazionale a sostegno degli utenti e delle loro famiglie.

CAMPAGNE VACCINALI ANTI-INFLUENZALE RIVOLTA ALLA POPOLAZIONE PEDIATRICA

- In considerazione della possibile co-circolazione di virus influenzali e virus SARS-CoV-2, al fine di garantire la protezione e ridurre la circolazione del virus influenzale e per facilitare la diagnosi, per la stagione 2020-21 si ritiene utile coinvolgere i PLS nell'offerta vaccinale antiinfluenzale nei bambini dai 6 mesi ai 6 anni, previo accordo con le rappresentanze sindacali, al fine di definire le modalità di offerta, i tempi di svolgimento della campagna vaccinale antinfluenzale e le modalità di registrazione delle vaccinazioni effettuate.

SISTEMI INFORMATIVI

Questo paragrafo descrive le principali azioni sui sistemi informativi che le strutture del SSR, sotto il coordinamento tecnico di Azienda Zero, e nel pieno rispetto delle vigenti disposizioni normative in materia di protezione dei dati personali, devono obbligatoriamente mettere in atto nel caso che in autunno si verifichi il ritorno della pandemia Covid-19.

SORVEGLIANZA SANITARIA E MICROBIOLOGICA

Primariamente è necessario raccogliere tutti gli esiti dei test per Covid-19 per avere un controllo ed un monitoraggio complessivo dell'epidemia ed incrociarli con una serie di altri flussi informativi per identificare e prevenire l'insorgenza di focolai nei differenti contesti assistenziali, sociali e lavorativi.
Più nel dettaglio la raccolta e la processazione dei dati deve essere svolta per le seguenti finalità:

- prevenire nuovi contagi, diagnosticare velocemente i nuovi casi, isolare e curare i casi infetti, monitorarne lo stato
- prevedere e rilevare l'insorgenza di focolai in ambito familiare, di quartiere (urbani), nelle strutture per anziani e disabili, negli ambienti lavorativi, nelle scuole, nelle strutture sanitarie (sia per i degenti che per gli operatori) o di altro tipo correlati ad eventi specifici, al fine di interrompere precocemente la catena dei contagi, contenere l'espansione dell'epidemia e salvare vite umane
- monitorare il carico delle strutture sanitarie, in particolare l'occupazione dei posti letto per ricoveri Covid-19, con particolare attenzione alla terapie intensive e sub-intensive per poter intervenire prima della saturazione delle risorse
- descrivere la dinamica della pandemia in termini di spazio e tempo per governare la situazione generale e per simulare e prevedere la sua evoluzione

Gli strumenti software previsti per garantire le azioni sotto riportate, la cui messa a punto, anche sotto i profili di sicurezza e protezione del trattamento dei dati personali, dovrà essere assicurata dalle strutture competenti, sono già stati indicati nella DGR 782 del 2020. Al fine di soddisfare i bisogni informativi dell'unità di crisi e prendere decisioni basate sui dati, devono quindi essere garantiti i seguenti flussi informativi e le seguenti elaborazioni, nel rispetto delle disposizioni che regolano l'anonimizzazione e la pseudonimizzazione dei dati personali :

1. Tutti le strutture e i laboratori pubblici o privati autorizzati ad eseguire esami per Covid-19 di qualsiasi tipo (microbiologia molecolare, sierologici quali-quantitativi, sierologici qualitativi, etc.) devono in modo mandatorio conferire i dati anagrafici e degli esiti dei casi al *Sistema di Biosorveglianza* secondo le specifiche tecniche e le tempistiche (un aggiornamento ogni ora) già definite da Azienda Zero; devono inoltre garantire la qualità dei processo di identificazione degli assistiti primariamente attraverso il processo di preaccettazione supportato dal modulo software per gli *screening covid-19*
2. I dati provenienti dai laboratori di cui al punto 1 devono essere processati dal *Sistema di Biosorveglianz*a e nel dettaglio:
    a. Essere incrociati con l'anagrafe degli assistiti regionale con il fine di correggere ed integrare i dati anagrafici per evitare errori di persona o di mancata identificazione;

b. Essere incrociati con la base dati dei nuclei familiari con il fine di identificare focolai familiari e altri soggetti esposti al rischio Covid-19
c. Essere incrociati con i flussi informativi FAR (Flusso di Assistenza Residenziale), SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera), APS (Assistenza Pronto Soccorso) al fine di identificare i positivi, i focolai e altri soggetti esposti nelle strutture residenziali per anziani, e consolidare i casi in regime di ricovero e in pronto soccorso; più in generale bisogna prevedere l'incrocio con tutti i flussi informativi che permettono di identificare il setting assistenziale dei casi positivi e quindi intervenire prima dell'insorgenza di focolai (ADI, strutture intermedie, strutture per pazienti psichiatrici, etc.)
d. Essere incrociati con l'anagrafe dei dipendenti pubblici SSR al fine di identificare i casi positivi, i focolai ed altri soggetti esposti nelle strutture sanitarie
e. Essere incrociati con l'anagrafe dei lavoratori con il fine di identificare casi positivi, focolai ed altri soggetti esposti negli ambienti di lavoro
f. Essere incrociati con l'anagrafe degli studenti al fine di identificare casi positivi, focolai ed altri soggetti esposti nelle scuole
g. Essere arricchiti dalle informazioni raccolte dai SISP sui casi confermati,in isolamento e sui contatti stretti con la finalità di ricostruire la catena del contagio ed identificare e contenere i focolai
h. Essere arricchiti dalle informazioni raccolte dalle Direzioni Mediche sui casi positivi che vengono ricoverati con il fine di monitorare lo stato clinico dei pazienti e misurare lo stato di occupazione dei posti letto di degenza, con particolare attenzione alle terapie intensive e sub-intensive
i. Essere correlati con i sintomi raccolti dalla App "*Zero Covid Veneto*", (di prossima eventuale implementazione) per identificare molto più precocemente l'insorgere di nuovo casi o focolai

3. I dati raccolti e processati con le finalità sopra indicate devono essere conferiti dalle Aziende Sanitarie per il tramite dei SISP, delle COT, dei MMG/USCA, delle Direzioni Mediche; tali soggetti devono, utilizzando obbligatoriamente i moduli software per la gestione dei casi confermati e dei casi in isolamento di cui alla DGR 782/2020, procedere alle indagini epidemiologiche e inserire le informazioni necessarie al completamento del quadro complessivo di ogni caso (richieste anche per l'invio obbligatorio verso l'Istituto Superiore di Sanità) sia per i casi in isolamento che per i casi ricoverati o in altro regime assistenziale, al fine di prendere in carico precocemente i soggetti ed agire sui casi positivi ed sui focolai di cui ai punti precedenti
4. I dati devono inoltre essere conferiti e ai medici competenti delle aziende private aderenti al progetto di cui alla Delibera di Giunta Regionale 601 del 2020 con le modalità e gli strumenti nella stessa indicati al fine di controllare in modo più efficace lo stato di salute dei lavoratori e l'insorgenza di focolai negli ambienti di lavoro
5. Devono essere garantite al livello regionale, pur nel rispetto dei principi che regolano il trattamento dei dati personali previsti dalla vigente normativa, in particolare del GDPR, tutte le informazioni necessarie al governo e al monitoraggio dell'epidemia, per il tramite dei cruscotti del sistema di biosorveglianza e di specifici ed ulteriori report o elaborazioni
6. Nel caso si renda necessario dichiarare una fase di lockdown o instaurare zone rosse, al fine di valutare l'efficacia di tali misure di contenimento dovrà essere possibile rilevare ed incrociare con i dati sopra indicati anche i dati di mobilità, i dati delle presenze turistiche ed i dati ambientali (in collaborazione con la Direzione ICT di Regione del Veneto e con gli eventuali enti strumentali coinvolti).

TELEMEDICINA

Come previsto dalla DGR 589 del 2020 “Attivazione di servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza: Telemedicina”, al fine di garantire l’accesso e la continuità di assistenza all’utenza privilegiando, per ragioni di sanità pubblica, la permanenza degli assistiti a domicilio, gli Enti del SSR devono avviare prontamente l’erogazione di servizi sanitari in modalità di Telemedicina, supportati da strumenti informatici e tecnologici adeguati, con contestuale comunicazione di una relazione da inviare congiuntamente alla Direzione Regionale Programmazione Sanitaria e Azienda Zero, per le valutazioni e eventuali considerazioni di competenza (tale relazione dovrà descrivere le caratteristiche e gli standard del servizio di Telemedicina, così come individuati nel documento “Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali” del Ministero della Salute, con particolare attenzione, tra l’altro, agli aspetti di protezione dei dati personali, previsti dal capitolo 8.3, e indicati dal Garante della Privacy”).
Analogamente i MMG/PLS, per le stesse ragioni, devono dotarsi di una piattaforma di telemedicina, come previsto dai recenti accordi di categoria.

COORDINAMENTO DELLE AZIONI ICT

A supporto di tutte le azioni sopra descritte è necessario che i sistemi informativi delle strutture pubbliche e private interessate nella gestione dell’emergenza agiscano sotto il coordinamento della UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero, organizzandosi per rispondere ed intervenire nella risoluzione di criticità e malfunzionamenti h24, 7 su 7, con lo scopo di garantire la continuità informativa a tutti gli attori coinvolti.

CONDIZIONI RIFERITE ALLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Tutte le azioni e le attività previste nei paragrafi precedenti, in particolare quelli riferiti alla “Sorveglianza sanitaria e microbiologica” e alla “Telemedicina” dovranno essere poste in essere nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di protezione dati personali. Le Strutture coinvolte nei processi dovranno, pertanto, assicurarsi, anche avvalendosi della consulenza dei propri DPO, che i trattamenti dati avvengano nel rispetto dei principi e delle disposizioni di cui al GDPR e al D.lgs. 193/2006 coordinato e aggiornato dal D.lgs. n. 101/2018.

Tabella 1

	DGR 552/2020 + DGR 782/2020											
PUBBLICI	PL ATTIVI				DGR 782/20 (DL 34)		PL AGGIUNTIVI DA DGR 552					
	POSTI ATTIVI AL 01/03/20 HSP 49		ADEGUEMNTO PROGRAMMAZIONE HSP 49				AGGIUNTIVI		RICONVERTIBILI DA BLOCCO		TOTALE	
501. Dolomiti		**18**		**-1**		**19**						**36**
05050101. OSPEDALE DI BELLUNO	9		1								10	
05050104. OSPEDALE DI FELTRE	7				19						26	
PIEVE DI CADORE	2		-2									
502. Marca Trevigiana		**46**		**5**		**30**				**9**		**90**
05050201. OSPEDALE DI TREVISO	30		2		20						52	
05050202. OSPEDALE DI ODERZO	5				6						11	
05050204. OSPEDALE DI CONEGLIANO	6		2								8	
05050207. OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	5		1								6	
05050205. OSPEDALE DI VITTORIO VENETO					4				9		13	
503. Serenissima		**54**				**19**		**5**		**14**		**92**
05050301. OSPEDALE DI MESTRE	22		2		2						26	
05050302. OSPEDALE DI VENEZIA	8						2				10	
05050303. OSPEDALE DI DOLO	6				9				14		29	
05050304. OSPEDALE DI MIRANO	12		-2		8		1				19	
05050306. OSPEDALE DI CHIOGGIA	6						2				8	
504. Veneto Orientale		**16**						**10**		**4**		**30**
05050401. OSPEDALE DI PORTOGRUARO	8										8	
05050402. OSPEDALE DI SAN DONA` DI PIAVE	8										8	
05050403. OSPEDALE DI JESOLO							10		**4**		14	
505. Polesana		**22**				**12**		**4**		**8**		**46**
05050501. OSPEDALE DI ROVIGO	14				1						15	
05050502. OSPEDALE DI TRECENTA	4				11				8		23	
05050503. OSPEDALE DI ADRIA	4						4				8	
506. Euganea		**33**				**39**				**5**		**77**
05050601. OSPEDALE DI CITTADELLA	7				14						21	
05050602. OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	8				15						23	
05050604. OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO	6				6						12	
05050605. OSPEDALE DI SCHIAVONIA	12				4				**5**		21	
507. Pedemontana		**25**		**-3**		**5**		**7**		**14**		**48**
05050701. OSPEDALE DI BASSANO	10				4						14	
05050703. OSPEDALE DI SANTORSO	15		-3		1		7		**14**		34	
05050702.OSPEDALE DI ASIAGO												
508. Berica		**42**		**6**		**17**						**65**
05050801. OSPEDALE DI VICENZA	34		2		17						53	
05050803. OSPEDALE DI ARZIGNANO	8		2								10	
05050805. OSPEDALE DI VALDAGNO			2								2	
05050802. OSPEDALE DI NOVENTA VICENTINA												
05050805. MONTECCHIO MAGGIORE												
509. Scaligera		**22**				**14**		**2**		**10**		**48**
05050901. OSPEDALE DI LEGNAGO	8										8	
05050903. OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	8						2				10	
05050905. OSPEDALE DI VILLAFRANCA	6				14				**10**		30	
05050902. OSPEDALE DI BOVOLONE												
05050906. OSPEDALE DI BUSSOLENGO												
901. AOU Padova		**85**		**8**		**18**		**5**				**116**
OSPEDALE DI S. ANTONIO	16		-4				5				17	
ATTUALE AO PADOVA	69		12		18						99	
912. AOUI Verona		**78**				**38**				**12**		**128**
05091201. AOUI VERONA BORGO TRENTO	66				30						96	
05091202. AOUI DI VERONA BORGO ROMA	12				8				**12**		32	
952. IRCCS IOV		**9**		**1**								**10**
05095201. IOV PADOVA	4		-2								2	
05095202. IOV SEDE CASTELFRANCO	5		3								8	
Totale PUBBLICO	**450**		**16**		**211**		**33**		**76**		**786**	

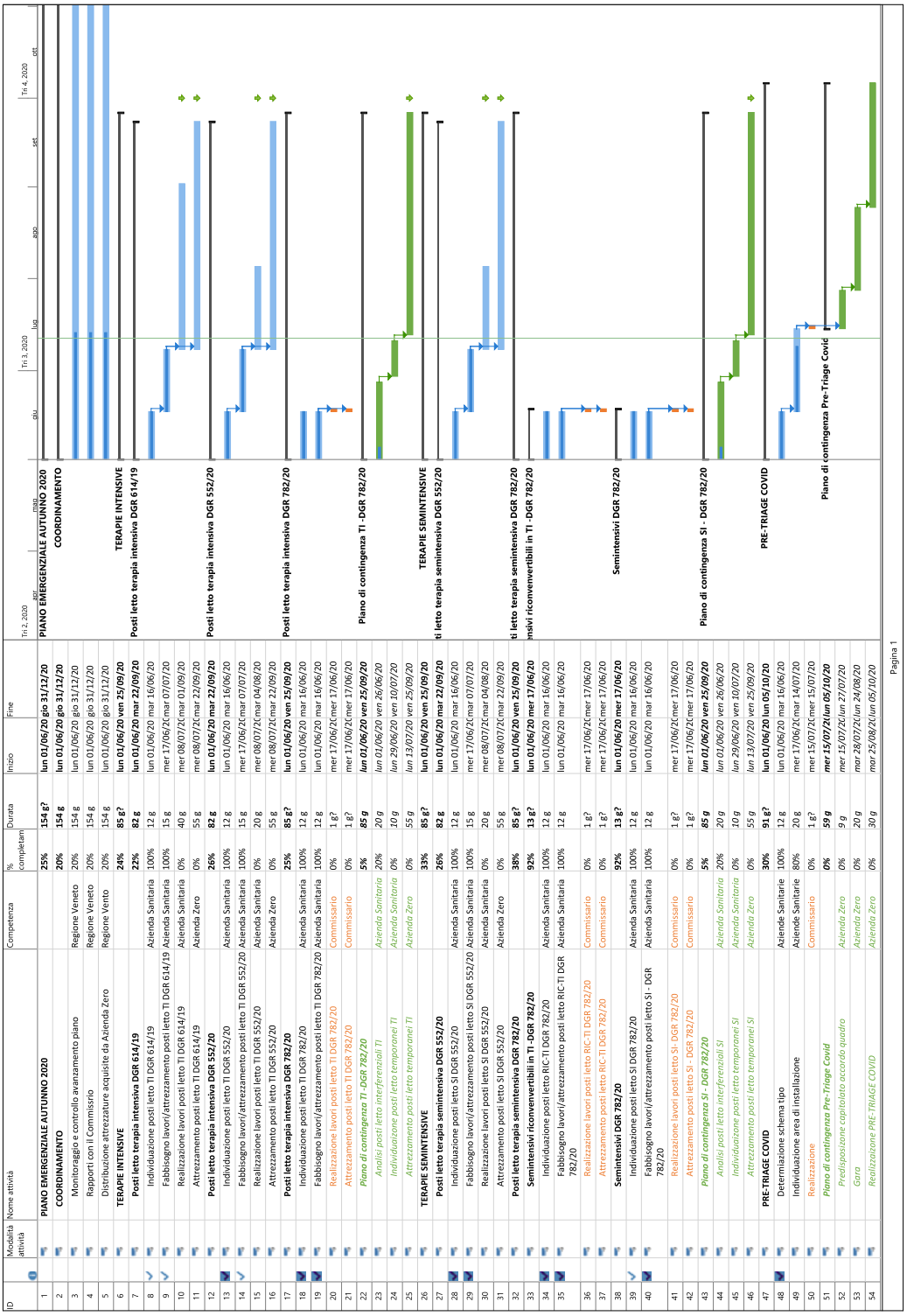
PRIVATI ACCREDITATI	DGR 614/19				DGR 782/20 (DL 34)		DGR 552					
	POSTI ATTIVI AL 01/03/20 HSP 49		ADEGUEMNTO PROGRAMMAZIONE HSP 49				AGGIUNTIVI		RICONVERTIBILI		TOTALE	
05002200. CASA DI CURA PEDERZOLI	12						4					
05001700. OSPEDALE S. CUORE - D. CALABRIA	8						6					
05008100. C.C.GIOVANNI XXIII	2											
05007900. C.C S. CAMILLO	2											
05009900. CASA DI CURA S.MARCO	2											
05009800. OSP.CLASS.VILLASALUS												
05010000. CASA DI CURA SILENO E ANNA RIZZOLA S.P.A	2											
05014500. CASA DI CURA MADONNA DELLA SALUTE	4											
05012300. CASA DI CURA ABANO TERME	8											
05004500. CASA DI CURA ERETENIA	2											
05004600. CASA DI CURA VILLA BERICA	2											
Totale PRIVATI A.	**44**						**10**					

TOTALE PUBBLICO E PRIVATO ACCREDITATO	DGR 614/19				DGR 782/20 (DL 34)		DGR 552					
	POSTI ATTIVI AL 01/03/20 HSP 49		ADEGUEMNTO PROGRAMMAZIONE HSP 49				AGGIUNTIVI		RICONVERTIBILI		TOTALE	
TOTALE PUBBLICO E PRIVATO A.	**494**		**16**		**211**		**43**		**76**		**840**	

Tabella 2

	DGR 552/2020 + DGR 782/2020							
PUBBLCI	POSTI DI TERAPIA SEMINTENSIVA E SEMINTENSIVA RICONVNRTIBILE IN INTENSIVA							
	DGR 782/20 RICONV. IN TI		DGR 782/20 ULTERIORI SEMI INT		PL AGGIUNTIVI DA DGR 552/20		TOTALE	
501. Dolomiti		**8**		**15**		**23**		**46**
05050101. OSPEDALE DI BELLUNO	8		10		4		22	
05050104. OSPEDALE DI FELTRE			5		19		24	
502. Marca Trevigiana		**26**		**23**		**34**		**83**
05050201. OSPEDALE DI TREVISO	20		10		10		40	
05050207. OSPEDALE DI MONTEBELLUNA					10		10	
05050205. OSPEDALE DI VITTORIO VENETO	6		13		14		33	
503. Serenissima		**20**		**25**		**28**		**73**
05050301. OSPEDALE DI MESTRE	13		8		4		25	
05050303. OSPEDALE DI DOLO	7		17		24		48	
504. Veneto Orientale		**10**		**8**		**26**		**44**
05050402. OSPEDALE DI SAN DONA` DI PIAVE					4		4	
05050403. OSPEDALE DI JESOLO	10		8		22		40	
505. Polesana		**14**		**8**		**23**		**45**
05050501. OSPEDALE DI ROVIGO	8				7		15	
05050502. OSPEDALE DI TRECENTA	6		8		16		30	
05050503. OSPEDALE DI ADRIA								
506. Euganea		**16**		**22**		**42**		**80**
05050601. OSPEDALE DI CITTADELLA	6		14				20	
05050602. OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO					10		10	
05050604. OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO					10		10	
05050605. OSPEDALE DI SCHIAVONIA	10		8		22		40	
507. Pedemontana		**14**		**8**		**38**		**60**
05050701. OSPEDALE DI BASSANO	8				12		20	
05050703. OSPEDALE DI SANTORSO	6		8		26		40	
05050702.OSPEDALE DI ASIAGO								
508. Berica		**20**		**16**				**36**
05050801. OSPEDALE DI VICENZA	20		16				36	
509. Scaligera		**8**		**12**		**18**		**38**
05050901. OSPEDALE DI LEGNAGO					16		16	
05050905. OSPEDALE DI VILLAFRANCA	8		12		2		22	
901. AOU Padova		**20**		**8**		**32**		**60**
OSPEDALE DI S. ANTONIO					16		16	
ATTUALE AO PADOVA	20		8		16		44	
912. AOUI Verona		**20**		**22**				**42**
05091201. AOUI VERONA BORGO TRENTO	10		4				14	
05091202. AOUI DI VERONA BORGO ROMA	10		18				28	
Totale PUBBLICO	**176**		**167**		**264**		**607**	

Tabella 3



ID	Modalità attività	Nome attività	Competenza	% completam	Durata	Inizio	Fine
1		**PIANO EMERGENZIALE AUTUNNO 2020**		**25%**	**154 g?**	**lun 01/06/20**	**gio 31/12/20**
2		**COORDINAMENTO**		**20%**	**154 g**	**lun 01/06/20**	**gio 31/12/20**
3		Monitoraggio e controllo avanzamento piano	Regione Veneto	20%	154 g	lun 01/06/20	gio 31/12/20
4		Rapporti con il Commissario	Regione Veneto	20%	154 g	lun 01/06/20	gio 31/12/20
5		Distribuzione attrezzature acquisite da Azienda Zero	Regione Veneto	20%	154 g	lun 01/06/20	gio 31/12/20
6		**TERAPIE INTENSIVE**		**24%**	**85 g?**	**lun 01/06/20**	**ven 25/09/20**
7		**Posti letto terapia intensiva DGR 614/19**		**22%**	**82 g**	**lun 01/06/20**	**mar 22/09/20**
8		Individuazione posti letto TI DGR 614/19	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
9		Fabbisogno lavori/attrezzamento posti letto TI DGR 614/19	Azienda Sanitaria	100%	15 g	mer 17/06/20	mar 07/07/20
10		Realizzazione lavori posti letto TI DGR 614/19	Azienda Sanitaria	0%	40 g	mer 08/07/20	mar 01/09/20
11		Attrezzamento posti letto TI DGR 614/19	Azienda Zero	0%	55 g	mer 08/07/20	mar 22/09/20
12		**Posti letto terapia intensiva DGR 552/20**		**26%**	**82 g**	**lun 01/06/20**	**mar 22/09/20**
13		Individuazione posti letto TI DGR 552/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
14		Fabbisogno lavori/attrezzamento posti letto TI DGR 552/20	Azienda Sanitaria	100%	15 g	mer 17/06/20	mar 07/07/20
15		Realizzazione lavori posti letto TI DGR 552/20	Azienda Sanitaria	0%	20 g	mer 08/07/20	mar 04/08/20
16		Attrezzamento posti letto TI DGR 552/20	Azienda Zero	0%	55 g	mer 08/07/20	mar 22/09/20
17		**Posti letto terapia intensiva DGR 782/20**		**25%**	**85 g?**	**lun 01/06/20**	**ven 25/09/20**
18		Individuazione posti letto TI DGR 782/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
19		Fabbisogno lavori/attrezzamento posti letto TI DGR 782/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
20		Realizzazione lavori posti letto TI DGR 782/20	Commissario	0%	1 g?	mer 17/06/20	mer 17/06/20
21		Attrezzamento posti letto TI DGR 782/20	Commissario	0%	1 g?	mer 17/06/20	mer 17/06/20
22		*Piano di contingenza TI -DGR 782/20*		*5%*	*85 g*	*lun 01/06/20*	*ven 25/09/20*
23		*Analisi posti letto interferenziali TI*	*Azienda Sanitaria*	*20%*	*20 g*	*lun 01/06/20*	*ven 26/06/20*
24		*Individuazione posti letto temporanei TI*	*Azienda Sanitaria*	*0%*	*10 g*	*lun 29/06/20*	*ven 10/07/20*
25		*Attrezzamento posti letto temporanei TI*	*Azienda Zero*	*0%*	*55 g*	*lun 13/07/20*	*ven 25/09/20*
26		**TERAPIE SEMINTENSIVE**		**33%**	**85 g?**	**lun 01/06/20**	**ven 25/09/20**
27		**Posti letto terapia semintensiva DGR 552/20**		**26%**	**82 g**	**lun 01/06/20**	**mar 22/09/20**
28		Individuazione posti letto SI DGR 552/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
29		Fabbisogno lavori/attrezzamento posti letto SI DGR 552/20	Azienda Sanitaria	100%	15 g	mer 17/06/20	mar 07/07/20
30		Realizzazione lavori posti letto SI DGR 552/20	Azienda Sanitaria	0%	20 g	mer 08/07/20	mar 04/08/20
31		Attrezzamento posti letto SI DGR 552/20	Azienda Zero	0%	55 g	mer 08/07/20	mar 22/09/20
32		**Posti letto terapia semintensiva DGR 782/20**		**38%**	**85 g?**	**lun 01/06/20**	**ven 25/09/20**
33		**Semintensivi riconvertibili in TI -DGR 782/20**		**92%**	**13 g?**	**lun 01/06/20**	**mer 17/06/20**
34		Individuazione posti letto RIC-TI DGR 782/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
35		Fabbisogno lavori/attrezzamento posti letto RIC-TI DGR 782/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
36		Realizzazione lavori posti letto RIC-TI DGR 782/20	Commissario	0%	1 g?	mer 17/06/20	mer 17/06/20
37		Attrezzamento posti letto RIC-TI DGR 782/20	Commissario	0%	1 g?	mer 17/06/20	mer 17/06/20
38		**Semintensivi DGR 782/20**		**92%**	**13 g?**	**lun 01/06/20**	**mer 17/06/20**
39		Individuazione posti letto SI DGR 782/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
40		Fabbisogno lavori/attrezzamento posti letto SI - DGR 782/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
41		Realizzazione lavori posti letto SI- DGR 782/20	Commissario	0%	1 g?	mer 17/06/20	mer 17/06/20
42		Attrezzamento posti letto SI - DGR 782/20	Commissario	0%	1 g?	mer 17/06/20	mer 17/06/20
43		*Piano di contingenza SI - DGR 782/20*		*5%*	*85 g*	*lun 01/06/20*	*ven 25/09/20*
44		*Analisi posti letto interferenziali SI*	*Azienda Sanitaria*	*20%*	*20 g*	*lun 01/06/20*	*ven 26/06/20*
45		*Individuazione posti letto temporanei SI*	*Azienda Sanitaria*	*0%*	*10 g*	*lun 29/06/20*	*ven 10/07/20*
46		*Attrezzamento posti letto temporanei SI*	*Azienda Zero*	*0%*	*55 g*	*lun 13/07/20*	*ven 25/09/20*
47		**PRE-TRIAGE COVID**		**30%**	**91 g?**	**lun 01/06/20**	**lun 05/10/20**
48		Determinazione schema tipo	Aziende Sanitarie	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
49		Individuazione area di installazione	Aziende Sanitarie	80%	20 g	mer 17/06/20	mar 14/07/20
50		Realizzazione	Commissario	0%	1 g?	mer 15/07/20	mer 15/07/20
51		*Piano di contingenza Pre-Triage Covid*		*0%*	*59 g*	*mer 15/07/20*	*lun 05/10/20*
52		*Predisposizione capitolato accordo quadro*	*Azienda Zero*	*0%*	*9 g*	*mer 15/07/20*	*lun 27/07/20*
53		*Gara*	*Azienda Zero*	*0%*	*20 g*	*mar 28/07/20*	*lun 24/08/20*
54		*Realizzazione PRE-TRIAGE COVID*	*Azienda Zero*	*0%*	*30 g*	*mar 25/08/20*	*lun 05/10/20*

Bur n. 51 del 22/04/2022

(Codice interno: 474795)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 367 del 08 aprile 2022

Aggiornamento del "Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19" di cui alla DGR n. 782/2020. Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19".

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:
Con il presente provvedimento vengono aggiornate le azioni regionali attuative delle misure in materia sanitaria connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 previste dal decreto-legge n. 34/2020 denominato "Decreto Rilancio" in particolare per quanto riguarda l'allegato E alla DGR n. 782/2020 relativo al Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19.

L'Assessore Manuela Lanzarin riferisce quanto segue.

Con deliberazione n. 782 del 17 giugno 2020 la Giunta Regionale ha approvato il programma delle azioni regionali attuative delle misure in materia sanitaria connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 previste dal decreto-legge n. 34/2020 denominato"Decreto Rilancio".

Tale decreto, tra le altre, detta disposizioni in materia di riorganizzazione dell'assistenza territoriale e di riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19.

In particolare la citata deliberazione n. 782 del 17 giugno 2020 ha approvato, all'allegato E, il "Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19".

Il Piano, di cui all'allegato E approvato, prevede in sostanza:

1. la realizzazione di n. 211 posti letto aggiuntivi di terapia intensiva e di n. 343 posti letto di terapia semi-intensiva con un finanziamento specifico di € 81.924.272,00;
2. la realizzazione di n. 43 moduli di pre-triage per la gestione dell'emergenza con un finanziamento specifico di € 16.120.000,00;
3. la realizzazione di n. 2 interventi di adeguamento del SUEM con un finanziamento specifico di € 3.500.000,00

utilizzando complessivamente ed esclusivamente il finanziamento specifico di € 101.544.272,00 di cui all'art. 2 del DL 34/2020.

Il piano di riorganizzazione è stato trasmesso al Ministero della Salute che lo ha approvato in data 22/07/2020 (giusta comunicazione del Ministero della Salute prot. n. 15029 del 22/07/2020) e l'attuazione dello stesso era di competenza del Commissario straordinario allo scopo nominato.

Con nota prot. n. 1629 del 02/11/2020 il Commissario Straordinario ha comunicato alle aziende del Servizio sanitario nazionale della Regione Veneto, in quanto Soggetti attuatori per l'attuazione dei piani di riorganizzazione delle reti ospedaliere nelle strutture di rispettiva competenza, l'avvenuto perfezionamento degli Accordi quadro per l'affidamento di lavori, servizi di ingegneria e architettura e altri servizi tecnici, al fine di dare attuazione al Piano e con successiva nota prot. n. 1630 del 03/11/2020 ha altresì informato le Regioni.

A partire da tale data le Aziende ULSS hanno potuto avviare le fasi per la progettazione e realizzazione delle opere previste nel Piano.

Il Piano predisposto dalla Regione dopo l'entrata in vigore del D.L. n. 34/2020 è stato ideato e programmato nei primi mesi successivi all'inizio della pandemia, quando le informazioni sulla stessa erano ancora frammentate e incerte; le amministrazioni coinvolte nel processo di contrasto all'emergenza valutavano in progress la situazione e i relativi dati, sia sanitari che clinici, erano conseguentemente ancora parziali.

Con il passare dei mesi i dati acquisiti sono stati via via affinati in base ai monitoraggi sanitari in atto consentendo di verificare e valutare l'efficacia delle azioni e dei programmi definiti nella prima fase emergenziale.

Il tempo trascorso dalla sua elaborazione, l'adozione, da parte dei vari soggetti interessati, di atti e provvedimenti conseguenti e necessari a contrastare l'emergenza in questi due ultimi anni, l'attivazione delle varie fasi operative e l'analisi delle molteplici e puntuali soluzioni sanitarie aziendali via via susseguitesi e conseguenti all'emergenza, hanno portato molte Aziende, in qualità di Soggetti attuatori del Piano, a richiedere all'Amministrazione Regionale sia modifiche di carattere tecnico che integrazioni finanziarie inerenti agli interventi programmati; tali modifiche interessano sia la componente dei lavori, con le progettualità in corso di perfezionamento, sia quella relativa agli attrezzamenti.

In particolare, per quanto riguarda l'incremento dei posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, viene confermata con il presente atto, l'identificazione rispettivamente dei 211 e dei 343 posti letto aggiuntivi previsti, mentre vengono aggiornati gli importi dei relativi interventi dovuti principalmente:

- all'affinamento, durante la predisposizione e redazione delle relative fasi progettuali da parte dei soggetti incaricati dai Soggetti Attuatori, delle principali caratteristiche strutturali e impiantistiche che dovranno essere garantite durante la realizzazione dei lavori di adeguamento edile e impiantistico nelle aree individuate a tale scopo;

- all'aggiornamento della dotazione delle attrezzature necessarie per garantire la funzionalità sia dei posti letto che dei reparti individuati allo scopo.

Relativamente alla rete di emergenza e urgenza ospedaliera, alcune Aziende, in base all'esperienza maturata nel corso dei mesi ed alle implicazioni dal punto di vista dell'organizzazione sanitaria interna, hanno valutato e conseguentemente ritenuto non corrispondente alle proprie necessità l'adozione dei moduli pre-triage adottando, in alternativa, soluzioni tecniche ed impiantistiche mirate, specifiche e puntuali per separare i percorsi e le aree di permanenza nei pronto soccorso.

Dei 43 moduli di pre-triage previsti, viene pertanto confermata l'installazione di n. 25 moduli mentre n. 18 non vengono realizzati avendo preferito soluzioni tecniche alternative ma comunque rispondenti alle indicazioni del DL 34/2020.

L'aggiornamento degli importi relativi agli interventi confermati riguarda principalmente il costo per la fornitura dei moduli, a seguito della procedura aperta telematica per la fornitura in opera tramite un accordo quadro di moduli destinati alla funzione di "pre-triage" quali misure di "Emergenza COVID-19 - Piano emergenziale per l'autunno 2020", da installare all'esterno del pronto soccorso delle strutture ospedaliere venete, gara effettuata da Azienda Zero, ed il loro successivo affinamento in fase progettuale oltre alle opere edilizie ed impiantistiche propedeutiche alla messa in opera degli stessi (preparazione basamento, allacci impiantistici etc.).

Viene infine confermata, con il presente atto di aggiornamento, la realizzazione del potenziamento dei SUEM previsti presso l'ospedale di Vicenza (azienda ULSS n. 8) e l'ospedale di Padova (Azienda Ospedale Università di Padova) modificando leggermente la previsione finanziaria per il solo intervento presso l'ospedale di Padova.

La struttura regionale competente ha pertanto provveduto ad aggiornare il Piano a suo tempo approvato e lo stesso è stato esaminato favorevolmente dalla CRITE nella seduta del 6 dicembre 2021 per l'importo complessivo di € 111.561.025,55 alla cui copertura finanziaria si provvede per € 101.544.272,00 con i fondi di cui al D.L. n. 34/2020 e per la differenza di € 10.016.753,55 con le risorse di cui alla DGR n. 929/2021 Fondo per il Finanziamento degli investimenti degli Enti del SSR accantonato in Azienda Zero (quota parte relativa al 2021) così come assegnate con precedente DGR n. 72/2022

Con deliberazione n. 72 del 01/02/2022 la Giunta Regionale ha preso atto del verbale della seduta del 6 dicembre 2021 della CRITE ed ha autorizzato i relativi investimenti anche in virtù della loro congruità in rapporto ad una valutazione complessiva degli investimenti, inerenti alle dotazioni di tutti gli enti sanitari presenti sul territorio.

Alla luce di quanto esposto, con il presente provvedimento si propone di approvare l'aggiornamento al "Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera in Emergenza Covid-19", **Allegato A** parte integrante del presente atto, quale adempimento previsto dal decreto-legge n. 34/2020 e specificatamente dal paragrafo 6 punto C del "Disciplinare di attuazione economico-finanziaria e di rendicontazione delle spese" trasmesso dal Commissario Straordinario per l'emergenza covid-19 in data 01/02/2021.

Si propone, infine, di incaricare le Direzioni afferenti all'Area Sanità e Sociale dell'esecuzione di quanto disposto con il presente provvedimento per le parti di rispettiva competenza.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

Vista la delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020;

Visto il decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27;

Visto il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34;

Visto il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023;

Vista la deliberazione n. 344 del 17 marzo 2020;

Vista la deliberazione n. 552 del 5 maggio 2020;

Vista la deliberazione n. 568 del 5 maggio 2020;

Vista la deliberazione n. 782 del 17 giugno 2020;

Vista la deliberazione n. 72 del 01/02/2022;

Visto l'articolo 2, comma 2, della legge regionale 31 dicembre 2012, n. 54;

delibera

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare l'aggiornamento al "Piano di Riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza covid-19" di cui alla DGR n. 782/2020, così come riportato nel documento **Allegato A** che costituisce parte integrante del presente provvedimento;
3. di dare atto che l'importo complessivo del Piano di Riorganizzazione di cui al precedente punto 2., pari a € 111.561.025,55 trova copertura finanziaria per € 101.544.272,00 con i fondi di cui al D.L. n. 34/2020 e per la differenza di € 10.016.753,55 con le risorse di cui alla DGR n. 929/2021 "Fondo per il Finanziamento degli investimenti degli Enti del SSR" accantonato in Azienda Zero (quota parte relativa al 2021) così come assegnate con precedente DGR n. 72/2022;
4. di inviare il presente provvedimento al Ministero della Salute per le valutazioni di competenza;
5. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
6. di pubblicare il presente atto nel Bollettino ufficiale della Regione.

REGIONE DEL VENETO

PIANO DI RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA IN EMERGENZA COVID-19 AGGIORNAMENTO

Relazione sintetica

Premesse

In relazione all'emergenza COVID-19 e alle indicazioni ministeriali della circolare del Ministero della Salute prot. n. 2627 del 01/03/2020 relative all'aumento di posti letto di terapia intensiva, pneumologia e malattie infettive è stato approvato, il 15 marzo 2020, dall'Unità di crisi istituita con decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21 febbraio 2020, il Piano di Emergenza Ospedaliera COVID-19 del Veneto, finalizzato ad assicurare che l'intero sistema ospedaliero fosse in grado di affrontare l'ipotesi di maggior pressione possibile.

In attuazione a tale piano sono stati attivati in Veneto 825 posti letto di terapia intensiva e 383 posti letto di pneumologia semi intensiva.

Considerata l'efficacia e l'efficienza delle azioni intraprese con tale piano, è stata approvata il 5 maggio 2020 la DGR n. 552/2020 "Approvazione Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici" che permette di definire la risposta del sistema ospedaliero in caso di emergenza.

Il potenziamento della disponibilità posti letto di tale piano emergenziale ha previsto la strutturazione di 840 posti letto di terapia intensiva così ripartiti:

- 559 sono i posti letto programmati dalle schede di dotazione ospedaliera;
- 191 sono posti letto aggiuntivi, attivati secondo le linee guida predisposte dal Coordinamento Regionale Emergenza ed Urgenza;
- 90 sono i posti letto ricavabili dalla riconversione di sale operatorie in caso di emergenza.

Considerate le necessità assistenziali evidenziate nel periodo di fase 1 dell'emergenza sono stati inoltre previsti 663 posti letto di pneumologia semi intensiva di cui 382 posti letto ricavabili riconvertendoli da altre discipline.

La DGR n. 552/2020 prevede inoltre che in tutti i Pronto Soccorso devono essere previsti specifici percorsi di pre-triage tesi ad individuare tempestivamente i pazienti sospetti positivi a malattie infettive al fine di indirizzarli verso i percorsi specificatamente dedicati ed evitare al massimo contaminazioni sia tra i soggetti in attesa di diagnosi, sia contaminazioni intraospedaliere da parte di soggetti affetti da patologie acute.

L'art 2 del D.L. n. 34/20 prevede che le Regioni predispongano un piano di riorganizzazione ospedaliera per l'emergenza e la circolare del Ministero della Salute n. 11254 del 29/05/2020 definisce, nel dettaglio, per la Regione Veneto l'aumento di 211 posti letto di terapia intensiva e 343 di semi intensiva.

Tali indicazioni, quindi, integrano il più ampio piano emergenziale definito dalla DGR n. 552/20.

Sia da quanto accaduto in fase emergenziale, sia dalle considerazioni metodologiche effettuate per la definizione del piano della DGR n. 552/20, si individuano 3 tipologie di strutture ospedaliere per l'accoglienza di pazienti COVID-19 all'interno del percorso di cura delle acuzie.

Viene di seguito descritta per ciascuna tipologia la finalità specifica degli interventi da avviare per determinare le condizioni che possano permettere la migliore risposta a eventuali altri eventi emergenziali.

7b06bd8b

- Ospedale Hub e di riferimento provinciale con presenza di reparti di pneumologia e malattie infettive.
    - Interventi finalizzati a creare le condizioni per non sospendere l'attività di elezione e permettere la continuità soprattutto per le cure indifferibili e per potenziare il trasporto intraospedaliero e il servizio di emergenza urgenza.
- Ospedali spoke con posti letto di terapia intensiva e personale con specifiche competenze intensivologiche:
    - Interventi finalizzati a creare le condizioni per il potenziamento della capillarità territoriale dell'offerta di posti letto di terapia intensiva e semi intensiva;
    - Interventi finalizzati a migliorare la separazione dei percorsi dedicati a pazienti COVID-19 in pronto soccorso;
    - Interventi finalizzati al rafforzamento della dotazione di apparecchiature di ausilio alla ventilazione e monitoraggio.
- Ospedali dedicati alla patologia (Covid Hospital)
    - Interventi finalizzati a creare le condizioni per stabilizzare e completare l'attrezzamento dei posti letto aggiuntivi attrezzati in fase emergenziale.

Piano di riorganizzazione approvato

Nel contesto sopra delineato, entrata in vigore del DL. n. 34/2020 e circ. Min. Salute n. 11254/2020 la Giunta Regionale ha approvato tra gli altri, con l'allegato E alla deliberazione n. 782 in data 17/06/2020, il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 che prevede:

1) L'incremento di posti letto di terapia intensiva previsti dall'art. 2 comma 1 del D.L. n. 34/2020 determinando una dotazione di 0,14 posti letto per 1000 abitanti che per il Veneto corrisponde ad una dotazione strutturale di 705 posti letto di cui 211 posti letto di incremento rispetto alla programmazione pre-covid identificati nella tabella 2 dell'allegato E;

2) La riqualificazione dei posti letto di terapia semi-intensiva previsti dall'art. 2 comma 2 del D.L. n. 34/2020 mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica per 343 posti letto, il 50% dei quali deve essere potenzialmente e immediatamente riconvertibile in posti letto di terapia intensiva attraverso l'integrazione con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio. In tal senso, al fine di adeguare tempestivamente e garantire la riconvertibilità dei posti letto di semi intensiva in terapia intensiva sia dal punto di vista dell'attrezzamento che dal punto di vista strutturale, la Regione del Veneto ha previsto di dotare ogni posto letto di un modulo di biocontenimento Anche questi posti letto sono stati identificati nella tabella 2 dell'allegato E;

3) La predisposizione di un'area per l'allocazione di una struttura da campo da 75 posti letto di terapia intensiva presso l'ospedale di Schiavonia per la superficie complessiva di 9.500 metri quadrati da utilizzarsi per il fine del comma 3 art 2 del DL n. 34/20;

4) La ristrutturazione dei pronto soccorso, prevista dall'art. 2 comma 4 del D.L. n. 34/2020, con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi. Non essendo definibili soluzioni specifiche strutturali che garantiscano una soluzione a breve termine e prevedendo necessità di definire nuovi spazi dedicati in tutti i pronto soccorso, la Regione del Veneto ha adottato moduli di pre triage covid in relazione alla tipologia di struttura ospedaliera e di servizio. Per i moduli da collocare negli ospedali con elevata affluenza nei pronto soccorso, è stata prevista inoltre la presenza di una tac dedicata. Gli interventi sono stati identificati nella tabella 3 dell'allegato E;

5) L'implementazione della rete di emergenza territoriale, prevista dall'art. 2 comma 5 del D.L. n. 34/2020, con la necessità di potenziare due SUEM definiti nella tabella 3 A dell'allegato E.

Con Decreto in data 02/07/2020 il Ministero della Salute ha approvato il Piano regionale così come approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 782/2020 per un importo complessivo e finanziato di € 101.544.272,00.

Gli interventi previsti dovevano essere realizzati dal Commissario straordinario per l'emergenza.

Attuazione e realizzazione del Piano

Con nota prot. n. 333924 del 26/08/2020 il Presidente della Regione ha chiesto al Commissario straordinario lo stato di attuazione degli interventi previsti dal Piano Regionale.

Il Commissario ha risposto con nota prot. n. 1298 del 27/08/2020 segnalando la necessità di condividere un percorso condiviso per stabilire modalità organizzative e sistema dei ruoli e delle responsabilità per l'attuazione delle misure previste nei Piani stessi.

A seguito degli esiti delle Conferenze Stato Regioni del 9 e 23 settembre 2020 il Presidente della Regione Veneto ha richiesto la delega per l'esercizio dei poteri per l'esercizio dei poteri attribuiti al Commissario straordinario ai sensi e per gli effetti dell'art. 122 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 (convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27) ai fini di dar corso all'attuazione del "Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19" della Regione del Veneto, ossia all'attuazione delle opere edilizie ed impiantistiche strettamente necessarie per l'adeguamento o ristrutturazione delle aree mediche e per la separazione dei percorsi e/o ristrutturazione delle aree di pronto soccorso, approvate con Decreto Direttoriale trasmesso dal Ministero della Salute con nota prot. n. 15029/2020. Richiesta di Delega poi ritirata in data 13/10/2020.

In data 14/10/2020 con Ordinanza n. 30/2020 il Commissario straordinario ha provveduto alla nomina delle aziende del Servizio sanitario nazionale della Regione Veneto quali soggetti attuatori per l'attuazione dei piani di riorganizzazione delle reti ospedaliere nelle strutture di rispettiva competenza.

Con nota prot. n. 1629 del 02/11/2020 il Commissario Straordinario ha comunicato ai Soggetti attuatori l'avvenuto perfezionamento degli Accordi quadro per l'affidamento di lavori, servizi di ingegneria e architettura e altri servizi tecnici, al fine di dare attuazione al Piano. Con successiva nota prot. n. 1630 del 03/11/2020 il Commissario ha informato le Regioni.

Soltanto a partire da tale data, le aziende ULSS hanno potuto avviare le fasi per la realizzazione delle opere previste nel Piano.

Infine, con nota del 01/02/2021 sono state impartite alle Regioni e ai soggetti attuatori le direttive per procedere con le richieste di erogazione dei fondi stanziati dall'art. 2 del D.L. 34/2020 che per il Veneto ammontano a complessivi € 101.544.272,00. Tali direttive hanno sostituito quelle impartite a dicembre 2020 e di fatto mai applicate.

Durante la fase emergenziale sono state fornite in comodato d'uso gratuito dal Commissario per l'emergenza la strumentazione per attrezzare i posti letto di terapia intensiva; rimaneva quindi da definire se tali attrezzature sono da considerarsi di proprietà della Regione del Veneto o se la Regione dovrà provvedere all'acquisto.

Con l'Ordinanza n. 9/2021 della Presidenza del Consiglio dei Ministri viene comunicato ai soggetti attuatori il trasferimento, a titolo definitivo e gratuito, dei beni mobili durevoli acquistati dalla Struttura di Supporto al Commissario Straordinario e distribuiti alle Regioni e Province autonome, salvo specifici accordi (vedasi ventilatori polmonari).

Con la nota rif. CSEC19RM 001 REG2021 1019595 09-09-2021 la struttura a supporto del Commissario Straordinario comunica che anche i ventilatori polmonari distribuiti dalla Struttura prima dell'approvazione dei Piani di riorganizzazione ospedaliera di cui all'art. 2 del DL 34/2020 dovranno essere considerati rientranti nell'Ordinanza n. 9/2021

Per quanto riguarda i ventilatori distribuiti alle Aziende Sanitarie successivamente al 22 luglio 2020 (data di comunicazione di approvazione del Piano regionale da parte del Ministero della Salute, avvenuto con Decreto Ministeriale del 2 luglio 2020), gli stessi dovevano pertanto essere inseriti a cespite nell'attivo immobilizzato e il relativo valore economico decurtato dal valore complessivo assegnato alle Aziende Sanitarie nell'ambito degli interventi di attrezzamento dei posti letto di Terapia Intensiva e semi intensiva di cui alla Dgrv n. 782/2020 in quanto tali attrezzature, per l'importo specificato, rientrano tra le dotazioni acquisite da ciascuna Azienda.

Con successiva nota del 10/02/2022 la struttura a supporto del Commissario Straordinario comunica ai Soggetti Attuatori che *".....la suddetta Ordinanza è da considerarsi valida per tutti i ventilatori polmonari distribuiti, ivi compresi quelli ceduti successivamente all'approvazione dei Piani ..... e, pertanto, il loro costo non sarà fatto valere sulle risorse a disposizione dei Soggetti Attuatori per l'attuazione di quanto previsto dall'art. 2 del DL 34/2020"*.

Aggiornamento del Piano

Il Piano predisposto dalla Regione dopo l'entrata in vigore del D.L. n. 34/2020 (maggio 2020) è stato idealizzato e programmato nei primi mesi successivi all'inizio della pandemia quando le informazioni sulla stessa erano ancora embrionali, le amministrazioni coinvolte nel processo di contrasto all'emergenza valutavano "in progress" la situazione e i relativi dati sia sanitari che clinici erano conseguentemente ancora parziali.

Con il passare dei mesi i dati acquisiti sono stati via via affinati in base ai monitoraggi sanitari in atto consentendo di verificare e valutare l'efficacia delle azioni e dei programmi definiti nella prima fase emergenziale.

Il tempo trascorso dalla sua elaborazione, l'adozione, da parte dei vari soggetti interessati, di atti e provvedimenti conseguenti e necessari a contrastare l'emergenza in quest'ultimo anno, l'attivazione delle varie fasi operative e l'analisi delle molteplici e puntuali soluzioni sanitarie aziendali via via susseguitesi e conseguenti all'emergenza, hanno portato molte Aziende, in qualità di Soggetti attuatori del Piano, a richiedere all'Amministrazione Regionale sia modifiche tecniche che integrazioni finanziarie inerenti agli interventi finanziati sia per quanto riguarda i lavori, con i progetti che si stanno perfezionando, che per quanto riguarda le attrezzature previste.

Incremento posti letto di terapia intensiva (comma 1 art. 2 DL 34/2020)

Il DL 34/2020 prevede di incrementare i posti letto di terapia intensiva determinando una dotazione di 0,14 posti letto per 1000 abitanti.

Per la Regione del Veneto tale parametro corrisponde quindi a una dotazione strutturale di 705 posti letto per fronteggiare le emergenze pandemiche

Viene confermata, con il presente atto di aggiornamento, l'identificazione dei 211 posti letto aggiuntivi previsti e indicati nella "Tabella 2 delle linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" allegata al presente piano.

L'aggiornamento degli importi relativi agli interventi per l'incremento dei posti letto di terapia intensiva riguarda principalmente:

1) l'affinamento, dovuto alla predisposizione e redazione delle relative fasi progettuali dei soggetti incaricati dai Soggetti Attuatori, delle principali caratteristiche strutturali e impiantistiche che dovranno essere garantite durante la realizzazione dei lavori di adeguamento edile e impiantistico nelle aree individuate a tale scopo;
2) l'aggiornamento della dotazione delle attrezzature necessarie per garantire la funzionalità sia dei posti letto che dei reparti individuati allo scopo.

Riqualificazione posti letto di area semi –intensiva (comma 2 art. 2 DL 34/2020)

Il Dl 34/2020 prevede di riqualificare, per la Regione del Veneto 343 posti letto semi intensivi mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica.

I posti letto devono essere dotati di impiantistica idonea a supportare apparecchiature di ausilio alla ventilazione.

Inoltre il 50% di tali posti letto deve essere potenzialmente e immediatamente riconvertibile in posti letto di terapia intensiva e per essere riconvertiti i posti letto devono essere integrati con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio.

L'identificazione dei posti letto di terapia semi intensiva per la fase emergenziale ha seguito le seguenti linee di indirizzo:

- Individuare puntualmente i posti letto di pneumologia per casi complessi di insufficienza respiratoria a elevato carico assistenziale individuati nell'allegato B della DGR n. 552/20;
- Prevedere la dotazione di strumentazione di ventilazione non invasiva nelle pneumologie degli ospedali hub;
- Identificare, in un numero diffuso di ospedali, una percentuale di posti letto di area medica funzionali anche alla gestione del percorso di pazienti in urgenza;
- Attrezzare adeguatamente i posti letto di terapia semi intensiva negli ospedali individuati come Covid Hospital.

Viene confermata, con il presente atto di aggiornamento, l'identificazione dei 343 posti letto aggiuntivi previsti e identificati nella "Tabella 2 delle linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" allegata al presente Piano.

Analogamente a quanto indicato per i posti letto di terapia intensiva, l'aggiornamento degli importi relativi agli interventi per la riqualificazione dei posti letto di area semi-intensiva riguarda principalmente:

1) l'affinamento, dovuto alla predisposizione e redazione delle relative fasi progettuali dei soggetti incaricati dai Soggetti Attuatori, delle principali caratteristiche strutturali e impiantistiche che dovranno essere garantite durante la realizzazione dei lavori di adeguamento edile e impiantistico nelle aree individuate a tale scopo;
2) l'aggiornamento della dotazione delle attrezzature necessarie per garantire la funzionalità sia dei posti letto che dei reparti individuati allo scopo.

Viene infine confermata, al fine di adeguare tempestivamente e garantire la riconvertibilità dei posti letto di semi intensiva in terapia intensiva sia dal punto di vista dell'attrezzamento che dal punto di vista strutturale, la dotazione di un modulo di biocontenimento per ogni posto letto con l'adeguamento dei relativi locali che dovranno garantire il rispetto delle prescrizioni dettate dalla Norma CEI 64-8/7 Sezione 710 per i locali ad uso

medico di Gruppo 2, in modo da assicurare la sicurezza dei pazienti e del personale medico ed essere cablati per il monitoraggio centralizzato.

Strutture movimentabili (comma 3 art. 2 D.L. n. 34/2020)

Il D.L. n. 34/20 prevede che le regioni individuino un'area attrezzabile per allocare una struttura movimentabile da 75 posti letto di terapia intensiva.

In fase emergenziale è state predisposta un'area per l'allocazione di una struttura da campo presso l'ospedale di Schiavonia per la superficie complessiva di 9.500 metri quadrati.

L'area potrà quindi essere utilizzata per il fine del comma 3 art 2 del DL n. 34/20.

Il presente aggiornamento non interessa tale fattispecie.

Rete emergenza urgenza ospedaliera (comma 4 art. 2 DL n. 34/2020)

Il D.L. n. 34/20 prevede la ristrutturazione dei pronti soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi.

Gli interventi destinati alla ristrutturazione dovevano poter prevedere nel maggior numero possibile di ospedali:

- • aree di pre-triage distinte;
- • area di attesa dedicata a sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi;
- • ambulatorio per sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi;
- • area dedicata per soggetti in attesa di esito tampone;
- • percorso specificatamente individuato per paziente COVID-19;
- • accesso diretto e percorsi dedicati di mezzi di soccorso a spazi di attesa sospetti barellati;
- • diagnostica radiologica dedicata.

In tal senso, il Piano approvato dalla Regione, relativo alla rete di emergenza e urgenza ospedaliera, prevedeva l'adozione di moduli di pre triage covid in relazione alla tipologia di struttura ospedaliera e di servizio, non essendo definibili, a quella data (maggio 2020) soluzioni specifiche strutturali che potessero garantire una soluzione a breve termine e prevedendo necessità di definire nuovi spazi dedicati in tutti i pronto soccorso.

Per i moduli da collocare negli ospedali con elevata affluenza nei pronto soccorso, era prevista inoltre la presenza di una tac dedicata.

Alcune Aziende, in base all'esperienza maturata nel corso dei mesi ed alle implicazioni dal punto di vista dell'organizzazione sanitaria interna, hanno valutato e conseguentemente ritenuto non corrispondente alle proprie necessità l'adozione dei moduli pre-triage adottando, in alternativa, soluzioni tecniche ed impiantistiche mirate, specifiche e puntuali per separare i percorsi e le aree di permanenza nei pronto soccorso.

Dei 43 moduli di pre-triage previsti, viene confermata l'installazione di n. 25 moduli mentre n. 18 non vengono realizzati avendo preferito soluzioni tecniche alternative ma comunque rispondenti alle indicazioni del DL 34/2020.

L'aggiornamento degli importi relativi agli interventi confermati riguarda principalmente il costo per la fornitura dei moduli, a seguito della Procedura aperta telematica per la fornitura in opera tramite un accordo quadro di moduli destinati alla funzione di "pre-triage" quali misure di "Emergenza COVID-19 – Piano emergenziale per l'autunno 2020", da installare all'esterno del pronto soccorso delle strutture ospedaliere venete, gara effettuata da Azienda Zero, ed il loro successivo affinamento in fase progettuale oltre alle opere

edilizie ed impiantistiche propedeutiche alla messa in opere degli stessi (preparazione basamento, allacci impiantistici etc.).

Emergenza territoriale (comma 5 art. 2 DL 34/2020)

Il DL n. 34/2020 prevede interventi che mirano a implementare la rete di emergenza territoriale.

L'identificazione degli interventi ha seguito le seguenti linee di indirizzo:

- • potenziare il sistema del soccorso in emergenza urgenza e in particolare il servizio del Suem;
- • identificare gli interventi per il potenziamento del trasporto intra ospedaliero.

Le Regione Veneto, nella analisi del fabbisogno e a seguito di quanto potuto riscontrate nella fase emergenziale, ha riscontrato la necessità di potenziare due SUEM definiti nella "Tabella 3 A delle linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" allegata al presente Piano.

Si conferma, con il presente atto di aggiornamento, la realizzazione del potenziamento dei SUEM previsti c/o l'ospedale di Vicenza (azienda ULSS n. 8) e l'ospedale di Padova (Azienda Ospedale Università di Padova).

Fermi restando gli obiettivi, le finalità e i principi delineati dal DL 34/2020, dalla circolare del Ministero della Salute "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" del 29 maggio 2020, che con il presente documento si intendono confermati, il quadro riepilogativo del Piano per singolo Soggetto attuatore è rappresentato nelle tabelle 2, 3 e 4 allegate alla presente relazione.

TABELLA 2 DELLE LINEE DI INDIRIZZO ORGANIZZATIVE PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA PER EMERGENZA COVID-19
TERAPIA INTENTIVA E SEMI-INTENSIVA - Aggiornamento dicembre 2021

DATI ANAGRAFICI											DESCRIZIONE INTERVENTO							QUADRO ECONOMICO						ANALISI COSTI				QUADRO ECONOMICO AGGIORNATO dicembre 2021									ANALISI COSTI		
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DENOMINAZIONE STABILIMENTO	COMUNE	PROVINCIA	Classificazione struttura (Rete ospedaliera DGR n.)	Tipologia Lavori	Posti letto da realizzare (Posti letto aggiuntivi)	Posti letto da realizzare (posti letto in rimodulazione) su tipologia di intervento	Tipologia di intervento	Adeguamento posti letto esistenti?	Superficie complessiva [mq]	Descrizione intervento	Importo lavori [€]	Importo attrezzature elettromedicali [€]	Altro [€]	IVA	Importo complessivo da quadro economico IVA inclusa [€]	Importo sostenuto o (applicazione art. 2 comma 14 D.L. n.	€/mq [€]	€/p.l. [€]	mq-p.l. [mq]	Superficie complessiva [mq] aggiornata	Importo lavori [€]	Importo attrezzature elettromedicali [€]	Altro [€]	IVA	Importo complessivo da quadro economico IVA inclusa [€]	Importo sostenuto prima della nomina a soggetto attuatore (finanziato con DL 34/2020)	Totale complessivo	Importo finanziato DL 34/2020	Importo finanziato Regione/ULSS	€/mq [€]	€/p.l. [€]	mq-p.l. [mq]
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)= 19+20+21+22	(24)	(25)= (23)/(17)	(26)= (23)/(13 o 14)	(27)= (17)/(13 o 14)	(17a)	(22a)	(23a)	(24a)	(25a)	(26a)= 22a+23a+24a+25a	(27a)	(28a)= (26a)+(27a)	(29a)	(30a)	(25a)= (26a)/(17a)	(26a)= (26a)/(13 o 14)	(27a)= (17a)/(13 o 14)
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	050501	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	05050101	OSPEDALE DI BELLUNO	BELLUNO	BELLUNO	DEA I	Intervento su struttura esistente	0	18	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	915	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur	853.508,03€	106.229,51€	196.306,85€	108.721,29€	1.264.765,68€		1.382,26€	70.264,76€	50,83	915	550.278,09€	775.059,34€	138.159,83€	210.217,86€	1.673.715,12€	-€	1.673.715,12€	1.673.715,12 €	- €	1.829,20€	92.984,17 €	50,83 €
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	050501	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	05050104	OSPEDALE DI FELTRE	FELTRE	BELLUNO	DEA I	Intervento su struttura esistente	19	5	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	1.600	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur	2.116.784,83€	1.376.885,25€	486.860,51€	514.593,24€	4.495.123,80€		2.809,45€	187.296,82€	66,67	1.600	2.254.189,14€	871.989,92€	395.628,48€	430.137,70€	3.951.945,23€	-€	3.951.945,23€	3.951.945,23 €	- €	2.469,97€	164.664,38 €	66,67 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	05050201	OSPEDALE DI TREVISO	TREVISO	TREVISO	DEA II	Intervento su struttura esistente	20	30	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	2.000	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur	2.550.332,93€	1.152.459,02€	586.576,57€	508.574,28€	4.797.942,80€		2.398,97€	95.958,86€	40,00	2.140	2.499.003,83€	773.798,05€	1.012.048,06€	344.621,27€	4.630.371,21€	-€	4.630.371,21€	4.630.371,21 €	- €	2.163,72€	92.607,42 €	42,80 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	05050202	OSPEDALE DI ODERZO	ODERZO	TREVISO	PS	Intervento su struttura esistente	6	0	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	500	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur	1.127.819,55€	16.721,31€	259.398,50€	116.460,64€	1.520.400,00€		3.040,80€	253.400,00€	83,33	1.155	1.112.750,00€	97.580,29€	236.375,00€	159.957,00€	1.606.642,29€	-€	1.606.642,29€	1.606.642,29 €	- €	1.391,03€	267.773,72 €	192,50 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	05050205	OSPEDALE DI VITTORIO VENETO	VITTORIO VENETO	TREVISO	PS	Intervento su struttura esistente	4	19	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	1.200	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur	1.803.180,78€	258.196,72€	414.731,58€	237.121,36€	2.713.230,44€		2.261,03€	117.966,54€	52,17	1.518	3.403.180,78€	227.435,91€	414.731,58€	371.723,29€	4.417.071,56€	-€	4.417.071,56€	3.273.179,44 €	1.143.892,11 €	2.909,80€	192.046,59 €	66,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	05050301	OSPEDALE DI MESTRE	MESTRE	VENEZIA	DEA II	Intervento su struttura esistente	2	21	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	1.380	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur	995.750,37€	824.368,85€	229.024,65€	280.937,08€	2.330.089,96€		1.688,47€	101.308,26€	60,00	1.517	1.726.661,05€	508.422,98€	116.754,29€	196.361,62€	2.548.199,94€	-€	2.548.199,94€	2.548.199,94 €	- €	1.679,76€	110.791,30 €	65,96 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	05050303	OSPEDALE DI DOLO	DOLO	VENEZIA	DEA I	Intervento su struttura esistente	9	24	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	1.800	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur	2.265.830,29€	1.653.233,01€	521.140,96€	590.294,42€	5.030.499,24€		2.794,72€	558.944,36€	54,55	1.488	6.646.920,95€	824.001,48€	1.481.484,05€	1.075.205,29€	10.027.609,77€	-€	10.027.609,77€	5.398.342,34 €	4.629.267,43 €	6.738,99€	303.866,96 €	45,09 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	05050304	OSPEDALE DI MIRANO	MIRANO	VENEZIA	DEA I	Intervento su struttura esistente	8	0	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	550	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur	977.663,63€	330.819,67€	224.812,03€	170.524,69€	1.703.600,00€		3.097,45€	212.950,00€	68,75	562	1.246.888,27€	387.802,20€	289.505,79€	213.899,18€	2.138.095,44€	-€	2.138.095,44€	2.138.095,44 €	- €	3.804,44€	267.261,93 €	70,25 €
050	VENETO	504	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale	050504	OSPEDALI DI SAN DONA'	05050403	OSPEDALE DI JESOLO	JESOLO	VENEZIA	PS	Intervento su struttura esistente	0	18	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	1.100	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur	853.508,03€	914.245,90€	196.306,85€	286.484,90€	2.250.545,68€		2.045,95€	125.030,32€	61,11	670	849.099,54€	568.202,45€	309.938,00€	206.028,59€	1.933.268,58€	-€	1.933.268,58€	1.668.903,38 €	264.365,20 €	2.885,48€	107.403,81 €	37,22 €
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	05050501	OSPEDALE DI ROVIGO	ROVIGO	ROVIGO	DEA I	Intervento su struttura esistente	1	8	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	700	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur	379.336,90€	427.508,20€	87.247,49€	131.985,49€	1.026.078,08€		1.465,83€	1.026.078,08€	77,78	500	709.056,69€	277.729,30€	155.964,82€	97.790,04€	1.240.540,85€	-€	1.240.540,85€	1.240.540,85 €	- €	2.481,08€	137.837,87 €	55,56 €
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	05050502	OSPEDALE DI TRECENTA	TRECENTA	ROVIGO	PS	Intervento su struttura esistente	11	14	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	1.500	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur	1.791.659,13€	1.008.795,08€	412.081,60€	401.100,83€	3.613.636,64€		2.409,09€	328.512,42€	60,00	2.400	671.716,86€	810.636,59€	153.331,27€	183.234,63€	1.818.919,35€	369.389,99€	2.188.309,34€	2.188.309,34 €	- €	757,88€	72.756,77 €	96,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	05050601	OSPEDALE DI CITTADELLA	CITTADELLA	PADOVA	DEA I	Intervento su struttura esistente	14	20	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	2.100	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur	3.579.921,20€	658.524,59€	823.381,88€	502.867,53€	5.564.695,20€		2.649,85€	397.478,29€	61,76	1.350	2.715.259,55€	658.524,59€	824.309,70€	416.401,36€	4.614.695,20€	-€	4.614.695,20€	4.614.695,20 €	- €	3.418,29€	135.726,33 €	39,71 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	05050602	OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	CAMPOSAMPIERO	PADOVA	DEA I	Intervento su struttura esistente	15	0	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	1.000	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur	2.706.766,92€	856.557,38€	622.556,39€	459.119,31€	4.645.000,00€		4.645,00€	309.666,67€	66,67	1.150	2.706.766,92€	856.557,38€	767.556,39€	459.119,31€	4.790.000,00€	-€	4.790.000,00€	4.790.000,00 €	- €	4.165,22€	319.333,33 €	76,67 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	05050604	OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO	PIOVE DI SACCO	PADOVA	PS	Intervento su struttura esistente	6	0	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	400	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur e	1.879.699,25€	1.086.065,57€	432.330,83€	426.904,35€	3.825.000,00€		9.562,50€	637.500,00€	66,67	1.000	2.421.052,63€	1.086.065,57€	641.842,11€	481.039,69€	4.630.000,00€	-€	4.630.000,00€	4.630.000,00 €	- €	4.630,00€	771.666,67 €	166,67 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	05050605	OSPEDALE DI SCHIAVONIA	SCHIAVONIA	PADOVA	DEA I	Intervento su struttura esistente	4	18	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	900	Attrezzatur e	-€	491.803,28€	-€	108.196,72€	600.000,00€		666,67€	150.000,00€	40,91	-	-€	491.803,28€	-€	108.196,72€	600.000,00€	-€	600.000,00€	600.000,00 €	- €		27.272,73 €	- €
050	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	050507	OSPEDALI DI BASSANO	05050701	OSPEDALE DI BASSANO	BASSANO	VICENZA	DEA I	Intervento su struttura esistente	4	8	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	600	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur	755.276,79€	158.688,52€	173.713,65€	110.439,15€	1.198.118,08€		1.996,86€	299.529,52€	50,00	2.302	685.336,55€	267.785,35€	185.389,52€	175.621,90€	1.314.133,32€	-€	1.314.133,32€	1.307.713,40 €	6.419,92 €	570,87€	109.511,11 €	191,83 €
050	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	050507	OSPEDALI DI BASSANO	05050703	OSPEDALE DI SANTORSO	SANTORSO	VICENZA	DEA I	Intervento su struttura esistente	1	14	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	1.050	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur	863.839,58€	443.098,36€	152.683,10€	163.865,80€	1.423.486,64€		1.355,70€	1.423.486,64€	70,00	1.602	669.500,38€	329.563,94€	136.455,39€	100.195,21€	1.235.714,92€	-€	1.235.714,92€	1.229.000,00 €	6.714,92 €	771,36€	82.380,99 €	106,80 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	05050801	OSPEDALE DI VICENZA	VICENZA	VICENZA	DEA II	Intervento su struttura esistente	17	36	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	2.300	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur	4.338.595,03€	1.901.639,34€	997.876,85€	852.220,16€	8.090.331,36€		3.517,54€	475.901,84€	43,40	2.300	2.187.266,14€	1.941.594,98€	997.876,85€	852.220,16€	5.978.868,13€	2.111.463,23€	8.090.331,36€	8.090.331,36 €	- €	2.599,51€	112.808,83 €	43,40 €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	050509	OSPEDALI DI LEGNAGO	05050905	OSPEDALE DI VILLAFRANCA	VILLAFRANCA	VERONA	DEA I	Intervento su struttura esistente	14	20	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	1.800	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur	3.203.981,35€	1.068.360,66€	736.915,71€	555.437,48€	5.564.695,20€		3.091,50€	397.478,21€	52,94	2.800	2.637.933,83€	1.068.360,66€	326.068,69€	498.832,73€	4.531.195,91€	128.924,89€	4.660.120,80€	4.660.120,80 €	- €	1.618,28€	133.270,47 €	82,35 €
050	VENETO	UAL	Azienda Ospedale Università di Padova	050901	Azienda Ospedale Università di Padova		ATTUALE AOU DI PADOVA	PADOVA	PADOVA	DEA II	Intervento su struttura esistente	18	28	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	1.800	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur	4.711.137,80€	2.040.081,97€	1.083.561,70€	919.931,81€	8.754.713,28€		4.863,75€	486.372,96€	39,13	2.421	8.550.000,00€	2.040.081,97€	-€	448.818,03€	11.038.900,00€	-€	11.038.900,00€	9.664.713,28 €	1.374.186,72 €	4.559,64€	239.976,09 €	52,63 €
050	VENETO	912	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	050912	AZ.OSP.UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	05091201	AOUI VERONA BORGO TRENTO	VERONA	VERONA	DEA II	Intervento su struttura esistente	30	14	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	2.700	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur e	4.047.298,23€	891.803,28€	930.878,50€	600.926,54€	6.470.906,64€		2.396,63€	215.696,89€	61,36	2.400	4.796.472,69€	891.803,28€	713.925,99€	818.595,15€	7.220.797,11€	-€	7.220.797,11€	6.325.000,00 €	895.797,12 €	3.008,67€	164.109,03 €	54,55 €
050	VENETO	912	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	050912	AZ.OSP.UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	05091202	AOUI DI VERONA BORGO ROMA	VERONA	VERONA	DEA I	Intervento su struttura esistente	8	28	Posti letto aggiuntivi da conformare in fase 2	si'	2.200	Lavori edili, impianti(i) e e attrezzatur	2.831.438,56€	1.045.573,77€	651.230,87€	513.170,09€	5.041.413,28€		2.291,55€	630.176,66€	61,11	1.400	2.611.458,94€	1.045.573,77€	594.325,25€	603.221,02€	4.794.558,98€	-€	4.794.558,98€	4.347.319,94 €	447.239,05 €	3.424,68€	133.182,19 €	38,89 €
totale												211	343		0	30095		€ 44.431.118,04	€ 18.711.659,84	€ 10.219.617,15	€ 8.559.876,97	€ 81.924.272,00					31.790	€ 51.651.672,23	€ 16.800.283,27	€ 9.831.871,06	€ 8.451.416,34	€ 86.735.242,91	€ 2.609.778,11	€ 89.345.021,02	€ 80.577.138,55	€ 8.767.882,47			

ALLEGATO H DGR n. 766 del 29 giugno 2022 pag. 139 di 193

7b06bd8b

TABELLA 3 DELLE LINEE DI INDIRIZZO ORGANIZZATIVE PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA PER EMERGENZA COVID-19
PRONTO SOCCORSO - Aggiornamento dicembre 2021

| DATI ANAGRAFICI | | | | | | | | | | | DESCRIZIONE INTERVENTO | | | QUADRO ECONOMICO | | | | | | | | | | |

TABELLA 3 A DELLE LINEE DI INDIRIZZO ORGANIZZATIVE PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA PER EMERGENZA COVID-19

SUEM - Aggiornamento dicembre 2021

DATI ANAGRAFICI											DESCRIZIONE INTERVENTO			TIPOLOGIA INTEVENTI DI RISTRUTTURAZIONE							QUADRO ECONOMICO							ANALISI COSTI	QUADRO ECONOMICO AGGIORNATO NOVEMBRE 2021						
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DENOMINAZIONE STABILIMENTO	COMUNE	PROVINCIA	Classificazione struttura [Base/ DEA I/ DEA II]	Tipologia Lavori	Superficie complessiva [mq]	Descrizione intervento	aree di pre triage distinte	area di attesa dedicata covid-19	ambulatorio dedicato covid-19	aree dedicate per soggetti in attesa di esito tamponi	percorso specificatamente individuato per paziente COVID-19	accesso diretto a percorsi dedicati di mezzi di soccorso e spazi di attesa riservati barellati	diagnostica radiologica dedicata	Importo lavori [€]	Pre-triage	Importo attrezzature elettromedicali [€]	Altro [€]	IVA	Importo complessivo da quadro economico IVA inclusa [€]	Importo sostenuto (applicazione art. 2 comma 14 D.L. n. 34 del 19 maggio 2020)	€/mq [€]	Importo lavori [€]	Importo attrezzature elettromedicali [€]	Altro [€]	IVA	Importo complessivo da quadro economico IVA inclusa [€]	Totale finanziato DL 34
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)		(23)	(24)	(25)	(26)= 22+23+24+25	(27)	(28)= (26)/(13)	(22a)	(23a)	(24a)	(25a)	(26a)= 22a+23a+24a+25a	(28)
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	05050801	OSPEDALE DI VICENZA	VICENZA	VICENZA	DEA II	*intervento su strutturo esistente*	0	*Adeguamento impiantistico e Strutturale del SUEM 118*	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1.315.789,47 €	- €	- €	302.631,58	131.578,95 €	1.750.000,00 €		- €	1.401.040,69 €		174.275,09 €	174.684,22 €	1.750.000,00 €	1.750.000,00 €
050	VENETO	UAL	Azienda Ospedale Università di Padova	050901	Azienda Ospedale Università di Padova		ATTUALE AOU DI PADOVA	PADOVA	PADOVA	DEA II	*intervento su strutturo esistente*	0	*Adeguamento impiantistico e Strutturale del SUEM 118*	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1.315.789,47 €	- €	- €	302.631,58	131.578,95 €	1.750.000,00 €		- €	850.555,47 €		565.720,20 €	183.724,33 €	1.600.000,00 €	1.600.000,00 €
totale													-								2.631.578,95 €	- €			263.157,89 €	**3.500.000,00 €**			**2.251.596,16 €**				**3.350.000,00 €**	**3.350.000,00 €**

7b06bd8b

REGIONE DEL VENETO

Documento Attuativo

PIANO DI AUMENTO DI CAPACITÀ E DI CONTINUITÀ DEI SERVIZI SANITARI ASSISTENZIALI OSPEDALIERI E TERRITORIALI

Piano di aumento di capacità e di continuità dei servizi sanitari assistenziali ospedalieri e territoriali. Documento attuativo Piano Pandemico Regionale.

A cura della Direzione Programmazione Sanitaria, Area Sanità e Sociale, Regione del Veneto

Claudio PILERCI[1], Monica BRIANI[1], Ylenia RIZZOLO[1], Marco NARDIN[1], Mirko CLAUS[1]

e dei componenti dei Gruppi di Lavoro "Servizi sanitari assistenziali territoriali" e "Servizi sanitari assistenziali ospedalieri" (DDR 26/2021):

Giovanna BUSSO[2], Anna Maria CATTELAN[3], Lucia DALLA TORRE[4], Giuseppe GAGNI[5], Piero REALDON[6], Nicola ZANETTI[7]
Chiara BERTI[8], Luisa LONGHIN[9], Antonio STURARO[10], Evelina TACCONELLI[11]

[1]Direzione Programmazione Sanitaria, Area Sanità e Sociale, Regione del Veneto
[2]Direzione Amministrativa Territoriale, Azienda ULSS 3 Serenissima
[3]UOC Malattie Infettive dell'Azienda Ospedale-Università di Padova
[4]UOC Cure Primarie, Distretto Feltre, Azienda ULSS 1 Dolomiti
[5]UO Non Autosufficienza, Direzione Servizi Sociali, Area Sanità e Sociale, Regione del Veneto
[6]Direzione Funzione Territoriale, Azienda ULSS 6 Euganea
[7]Direzione Professioni Sanitarie, Azienda ULSS 9 Scaligera
[8]Direzione Medica Ospedale dell'Angelo Mestre, Azienda ULSS 3 Serenissima
[9]Direzione Amministrativa di Ospedale, Azienda Ospedale-Università di Padova
[10]UOS Sistemi Informativi, Azienda ULSS 6 Euganea
[11]UOC Malattie Infettive, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Revisione del 21.02.2022
Anno 2022

SOMMARIO

Acronimi **5**

Introduzione e scopo del documento **6**

Implementazione del Piano a livello Aziendale **6**

Individuazione generale degli scenari **7**

Servizi sanitari assistenziali ospedalieri **9**

Introduzione 9

Obiettivi 9

Attuazione del Piano di aumento di capacità e di continuità dei servizi sanitari assistenziali 10

Modalità di attivazione 10

Distribuzione dei Posti letto attivabili 11

Attivazione posti letto 11

Fasi di attivazione e indicatori 12

Individuazione della rete delle strutture ospedaliere per la gestione di pazienti con infezione 15

Azioni per fase ed impatto sull'attività per l'emergenza ed ordinaria nelle strutture ospedaliere 18

Indirizzi e criteri organizzativi per potenziare la capacità di risposta 21

Modalità di Accesso al Ricovero Ospedaliero – Pronto Soccorso 21

Procedure igienico-organizzative 27

Approvvigionamento DPI e farmaci 27

Telemedicina 27

Servizi sanitari assistenziali territoriali **28**

Introduzione 28

Obiettivi 28

Modalità di attivazione 29

Risorse 29

Fasi di Attivazione e Indicatori 30

Il Coordinamento delle azioni nei diversi contesti dei Servizi Sanitari Territoriali 30

Distretto 32

Assistenza Sanitaria di Base e Domiciliare 35

Cure Primarie – MMG, PLS, CA – ADI – USCA 35

Centrale Operativa Territoriale – COT 40
Assistenza specialistica ambulatoriale, attività ambulatoriale territoriale (specialistica, punti prelievi). 42
Assistenza sanitaria presso le Strutture intermedie – OdC/URT/Hospice 44
Assistenza Sanitaria presso i Centri Servizi Per Anziani Non Autosufficienti 46
Monitoraggio del Piano **49**
Servizi Ospedalieri 49
Servizi Territoriali 49
Revisione e aggiornamento del Piano 49
Riferimenti **50**

Acronimi

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata - servizio di Cure Domiciliari
CA	Continuità Assistenziale
CESP	Comitato Emergenza di Sanità Pubblica
COT	Centrale Operativa Territoriale
CREU	Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza
DL	Decreto Legislativo
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
GORR	Gruppo Operativo di Risposta Rapida
IPC	Prevenzione e controllo delle infezioni
MMG	Medico di Medicina Generale
OdC	Ospedale di Comunità
PANFLU	Piano Pandemico
PL	Posti Letto
PLS	Pediatra di Libera Scelta
R0	Numero di riproduzione di una malattia infettiva (R0)
TI	Terapia intensiva
URT	Unità Riabilitativa Territoriale
USCA	Unità Speciali di Continuità Assistenziale

Introduzione e scopo del documento

Il Piano strategico-operativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale nazionale durante la fase interpandemica prevede la predisposizione di **Piani di aumento della capacità e di continuità operativa dei servizi sanitari assistenziali territoriali ed ospedalieri**.

Il Piano Nazionale include tra le azioni a sostegno dell'operatività dei **Piani di aumento della capacità e di continuità operativa** l'individuazione dei diversi servizi e delle funzioni essenziali, la definizione di procedure per la rimodulazione delle attività sanitarie di elezione, la stima del fabbisogno di personale minimo necessario a livello di singola struttura per la gestione dei servizi e delle funzioni essenziali, la presenza di una pianificazione di continuità operativa delle strutture sanitarie in base agli scenari di assenza degli operatori a causa di contagi, la stima del fabbisogno di personale aggiuntivo, con identificazione dei ruoli che possono essere supportati da personale mobilitato da altri settori (es. sanità militare) o da volontari, l'elaborazione di procedure per coordinare e trasferire il personale tra le strutture sanitarie, lo sviluppo o rafforzamento degli accordi istituzionali con gli operatori sanitari privati per coordinare l'erogazione dei servizi sanitari durante una pandemia, la definizione di procedure per mobilitare, addestrare, accreditare e gestire i volontari per fornire, se necessario, capacità di intervento supplementare, la predisposizione di metodi a distanza per triage e per offrire assistenza sanitaria ai pazienti non in emergenza, l'organizzazione del sistema delle cure primarie, con riferimento alla presa in carico precoce a domicilio dei pazienti asintomatici e paucisintomatici, lo sviluppo e rafforzamento delle attività di assistenza territoriale e distrettuale e dell'integrazione ospedale-territorio (anche con riferimento al ruolo delle strutture sanitarie a bassa intensità assistenziale).

Il documento è costituito da **quattro sezioni**: la prima di individuazione generale degli **scenari**, la seconda relativa ai servizi sanitari assistenziali **ospedalieri**, la terza relativa ai servizi sanitari assistenziali **territoriali**, la quarta relativa ai **flussi informativi** e alle modalità per il **monitoraggio** dell'aumento della capacità dei servizi.

Implementazione del Piano a livello Aziendale

Il presente **Piano regionale per l'aumento della capacità e di continuità operativa dei servizi sanitari assistenziali territoriali ed ospedalieri**, documento attuativo del Piano Pandemico Regionale, definisce per le fasi di allerta pandemica e pandemica, in linea con l'esperienza maturata nel corso della Pandemia da COVID-19, gli elementi essenziali per l'aumento di capacità e di continuità dei servizi sanitari assistenziali ospedalieri e territoriali in modo coordinato nella Regione del Veneto, nel caso di rischio posto da un virus a trasmissione respiratoria di tipo influenzale ad elevato potenziale pandemico.

Al fine di realizzare una pianificazione puntuale a livello territoriale, ogni Azienda ULSS entro 180 giorni dall'approvazione del Piano Pandemico Regionale è tenuta a **redigere un Piano Aziendale di aumento di capacità e di continuità dei servizi sanitari assistenziali ospedalieri e territoriali, allegato al Piano Pandemico Aziendale coerente con quanto previsto da questo documento.**

Individuazione generale degli scenari

L'individuazione degli scenari di impatto sui servizi sanitari considera le stime presenti all'interno del PanFlu nazionale 2021-2023, Tabella n.6, ottenute in base ai parametri che regolano la trasmissione delle passate pandemie influenzali e a riferimenti di letteratura italiana, proporzionati al Veneto.

Nella tabella seguente sono riportate le stime di numero di casi, ospedalizzazioni e terapie intensive (TI) in diversi scenari di influenza pandemica senza interventi con controllo/mitigazione, rapportati alla popolazione della Regione del Veneto.

Scenario	Parametri rif. TABELLA 6. PanFlu 2021-2023			ITALIA			VENETO		
	Tasso d'attac-co clinico	Tasso di ospedaliz-zazione	Tasso di TI fra ospedaliz-zati	Numero di casi stimato	Numero di ospedalizza-zioni stimato	Numero di ammissio-ni in TI stimato	Numero di casi stimato	Numero di ospedalizza-zioni stimato	Numero di ammissioni in TI stimato
INFLUENZALE STAGIONALE	12%	0,30%	12%*	4.704.480	14.113	1.694	**386.757**	**1.160**	**139**
INFLUENZALE STAGIONALE	24%	0,30%	12%*	9.408.960	28.227	3.387	**773.514**	**2.321**	**278**
INFLUENZALE STAGIONALE	12%	1,10%	12%*	7.200.000	79.200	9.504	**591.915**	**6.511**	**781**
INFLUENZALE STAGIONALE	24%	1,10%	12%*	14.400.000	158.400	19.008	**1.183.829**	**13.022**	**1.563**

** Tasso di ospedalizzati che richiedono il ricovero in terapia intensiva stimato da Bassetti et al. per H1N1*

Nella tabella seguente, sempre adattata dal PanFlu nazionale 2021-2023, sono riportate le ipotesi di impatto sui servizi sanitari basate su uno studio di modellistica che considera due scenari considerati probabili (in quanto rispondenti ai parametri di pandemie documentate in epoca recente), con valori di R0 rispettivamente uguali a 1,4 e 1,7. Le stime che individuano il fabbisogno di PL in Terapia Intensiva al picco pandemico negli scenari pandemici più probabili, riferimento Tabella n. 7 PanFlu nazionale 2021-2023, sono rapportate alla popolazione della Regione del Veneto.

Parametri rif. TABELLA 7. PANFLU 2021-2023								
R0	ITALIA				VENETO			
	N. ospedalizzazioni		Stima del numero di ospedalizza-zioni al picco**	Stima del numero di posti letto TI occupati al picco**	N. ospedalizzazioni		Stima del numero di ospedaliz-zazioni al picco**	Stima del numero di posti letto TI occupati al picco**
	stimato	in Terapia Intensiva stimato			stimato	in Terapia Intensiva stimato		
7A: Stime basate sull'ipotesi che vengano applicate misure farmacologiche di controllo (somministrazione di 1 ciclo di antivirali a scopo di terapia entro 1 gg dalla comparsa dei sintomi (caso indice) e a scopo profilattico (contatti stretti). Si ipotizza una riduzione del 70% dell'infettività del caso indice e nei contatti stretti una riduzione della suscettibilità all'infezione del 30%, dell'infettività del 70%, e della comparsa di infezioni sintomatiche del 60%								
1,4	*30.228,00*	*3.627,36*	*1.386,00*	*166,32*	***2.485,05***	***298,21***	***113,94***	***13,67***
1,7	*102.102,00*	*12.252,24*	*12.474,00*	*1.496,88*	***8.393,84***	***1.007,26***	***1.025,49***	***123,06***
7B: Stime basate sull'ipotesi che vengano applicate misure farmacologiche (descritte in precedenza) in aggiunta alle seguenti misure non farmacologiche: 70% dei nuclei familiari sottoposti a quarantena nel caso della presenza di casi confermati di infezione, chiusura reattiva delle scuole e chiusura reattiva del 10% dei posti di lavoro.								
1,7	*67.716,00*	*8.125,92*	*7.584,00*	*942,48*	***5.566,96***	***668,03***	***623,48***	***77,48***

** Tasso di ospedalizzati che richiedono il ricovero in terapia intensiva stimato da Bassetti et al. per H1N1;*
*** Stime basate sull'assunzione che la durata dell'ospedalizzazione duri 7 giorni in media.*

Servizi sanitari assistenziali ospedalieri

Introduzione

Una pandemia influenzale genera un notevole sovraccarico in svariati settori del sistema sanitario, rendendo necessarie ulteriori risorse per la sua gestione. A seconda delle caratteristiche del nuovo virus pandemico, aumenta in misura massiccia la domanda di assistenza sia domiciliare che ospedaliera, con **notevole aumento del fabbisogno di posti letto nei vari livelli di intensità assistenziale** e di servizi sanitari territoriali. In questa sezione è descritto il coordinamento della **risposta dei servizi sanitari ospedalieri** a livello regionale.

Nel corso della pandemia da COVID-19 con DGR n. 552/2020 è stato approvato il "Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici" che adotta un piano di emergenza specifico con conseguenti indirizzi organizzativi in caso di epidemie, per definire una risposta che garantisca la disponibilità di posti letto da dedicare alla patologia epidemica e agli altri servizi sanitari essenziali. In continuità con quanto previsto dalla DGR n. 552/2020 - in coerenza con le previsioni normative nazionali, DL 34/2020 convertito in legge con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77 - le successive DGR n. 782/2020, DGR n. 1103/2020 e la nota del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 455886/2020, hanno aggiornato ed integrato il piano emergenziale ospedaliero con la predisposizione di un piano di attivazione dei posti letto al fine di:

- preservare la possibilità di continuare a svolgere attività ordinaria, posticipando il più possibile la sospensione delle attività non urgenti;
- ottimizzare l'occupazione dei posti letto di terapia intensiva su base regionale;
- ridurre i tempi di attivazione dei posti letto disponibili;
- rendere sostenibile la risposta ai fabbisogni emergenziali su territorio provinciale in ogni fase del percorso del paziente "contagiato", dalla diagnosi e presa in carico territoriale, alla cura in fase acuta alla cura in fase post acuta.

In considerazione dell'evoluzione dell'epidemia si è reso allora necessario un incremento dell'offerta di posti letto aggiuntivi, potenziando la capacità degli ospedali Hub e attrezzando ulteriori posti letto di area intensiva e semintensiva respiratoria, ritenendo di fondamentale importanza la presenza di questi ultimi al fine di consentire la corretta selezione dei pazienti da destinare all'assistenza intensiva e di malattie infettive. Con gli atti sopra indicati è stata inoltre rimodulata l'offerta ospedaliera prevedendo l'individuazione di ospedali interamente dedicati a pazienti "contagiati" e la possibilità di trasferire e ricollocare i pazienti da detti ospedali ad altri ospedali del Servizio Sanitario Regionale. Il suddetto programma ha coinvolto anche alcune strutture ospedaliere private accreditate già integrate nella rete ospedaliera regionale, per le quali sono stati definiti posti letto da dedicare a pazienti "infetti".

Obiettivi

- Definire per le fasi di allerta pandemica e pandemica **le linee guida per le Aziende del SSR necessarie per aumentare la capacità di risposta dei servizi sanitari ospedalieri** e per garantire la continuità dei servizi sanitari essenziali nella Regione del Veneto, nel caso del rischio posto da un virus di tipo respiratorio ad elevato potenziale pandemico;
- **Modulare le azioni previste** attraverso la loro attivazione progressiva nel contesto delle **fasi** di allerta pandemica e pandemica, al fine di aumentare la capacità di risposta dei servizi sanitari ospedalieri e garantire la continuità dei servizi sanitari essenziali individuati nella Regione del Veneto.

Attuazione del Piano di aumento di capacità e di continuità dei servizi sanitari assistenziali

Di seguito sono previste, per ciascun contesto, le azioni da prevedere, le procedure da attivare e le conseguenze sulle attività ordinarie al fine di garantire l'aumento della capacità.

I **Piani Aziendali**, predisposti entro 180 giorni in allegato al Piano Pandemico Aziendale dal Gruppo di Coordinamento aziendale PanFlu, sono approvati dal Direttore Generale delle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere e dell'Istituto Oncologico Veneto e devono individuare:

- per i posti letto del Piano di tutte le strutture sanitarie le relative dotazioni strumentali, di personale e di formazione, necessarie al loro funzionamento,
- la temporizzazione delle riorganizzazioni per fase necessarie a fronteggiare l'epidemia,
- la riorganizzazione delle attività ordinarie finalizzata al mantenimento dei servizi non correlati all'emergenza o la loro rimodulazione quando necessario,
- le modalità di reclutamento del personale aggiuntivo necessario a fronteggiare l'emergenza,
- la formazione del personale coinvolto a vario titolo nell'emergenza epidemica, coerente con il Piano Formativo Nazionale e Regionale.

Modalità di attivazione

Il Piano dell'aumento della capacità e della continuità dei servizi sanitari assistenziali ospedalieri è attivato, secondo la catena di comando e controllo definita dal Piano Pandemico Regionale, a livello regionale e a livello aziendale in coordinamento e sotto il controllo delle direttive delle rispettive Direzioni strategiche secondo le fasi oltre precisate.

Il Coordinamento dei trasporti in emergenza e da/per strutture sanitarie è demandato al Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza (CREU).

Distribuzione dei Posti letto attivabili

TOTALE POSTI LETTO TERAPIA INTENSIVA DISPONIBILI		di cui PL attivabili da riconversione		di cui PL attrezzati a disposizione del CREU
		gruppi operatori	da semi intensiva	
Totale regionale	**1.000**	**111**	**176**	**191**
Ulss 1	43		8	18
Ulss 2	116	16	26	12
Ulss 3	112	14	20	24
Ulss 4	40	4	10	10
Ulss 5	60	9	14	14
Ulss 6	96	17	16	27
Ulss 7	64	16	14	12
Ulss 8	85		20	10
Ulss 9	56	10	8	12
AOU PD	118	13	20	16
AOUI VR	148	12	20	26
IOV	10		0	
Privati	52			10

Rif. Allegato 1 Nota del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 455886/2020

Attivazione posti letto

L'attivazione dei posti letto di Terapia Intensiva avverrà secondo quanto già previsto nel piano di riorganizzazione della rete ospedaliera quale allegato E alla DGR n. 782/2020, mentre la quantificazione numerica dei posti letto suddivisi per area critica, pneumologia e malattie infettive nonché per azienda Ulss e singolo ospedale di riferimento è individuata nell'allegato A della DGR 552/ 20.

Fasi di attivazione e indicatori

Il Piano di aumento di capacità e di continuità dei servizi sanitari assistenziali ospedalieri è determinato, sulla base degli scenari dal carico assistenziale atteso e realizzato, così come individuati dai seguenti indicatori (indicatori di allarme) che a livello regionale indicano situazioni di rischio - per il loro carico assistenziale - e che a loro volta determinano l'attivazione degli interventi previsti per la fase successiva.

Per il coordinamento dell'attivazione delle fasi sono stati individuati per la loro specificità i seguenti contesti dei servizi ospedalieri: **Area Critica** e **Area Non Critica. I due indicatori sono definiti per ciascun contesto come "la proporzione in percentuale di posti letto occupati da pazienti con patologia specifica sul totale di posti letto complessivamente attivabili"**.

L'attivazione della fase opportuna è definita dall'Unità di crisi su proposta del Dipartimento Regionale Servizio Urgenza ed Emergenza Medica che si avvale del supporto tecnico dell'Area Sanità e Sociale e di Azienda Zero.

AREA CRITICA - TERAPIA INTENSIVA

Indicatore di RISCHIO AREA TERAPIA INTENSIVA		
% PL occupati da pazienti con patologia in TI	**Descrizione**	**FASE**
	Fase di allerta pandemica	**Attivazione Fase 0**
≤ 5 %	**Da 0 a 50 pz con patologia in TI** - fino a 95 % posti liberi	**Attivazione Fase 1**
≤ 15 %	**Da 51 a 150 pz con patologia in TI** - fino a 85 % posti liberi	**Attivazione Fase 2**
≤ 25 %	**DA 151 a 250 pz con patologia in TI** - fino a 75 % posti liberi	**Attivazione Fase 3**
≤ 40 %	**Da 251 a 400 pz con patologia in TI** - fino a 60 % posti liberi	**Attivazione Fase 4**
> 40 %	**>400 pz con patologia in TI**	**Attivazione Fase 5**

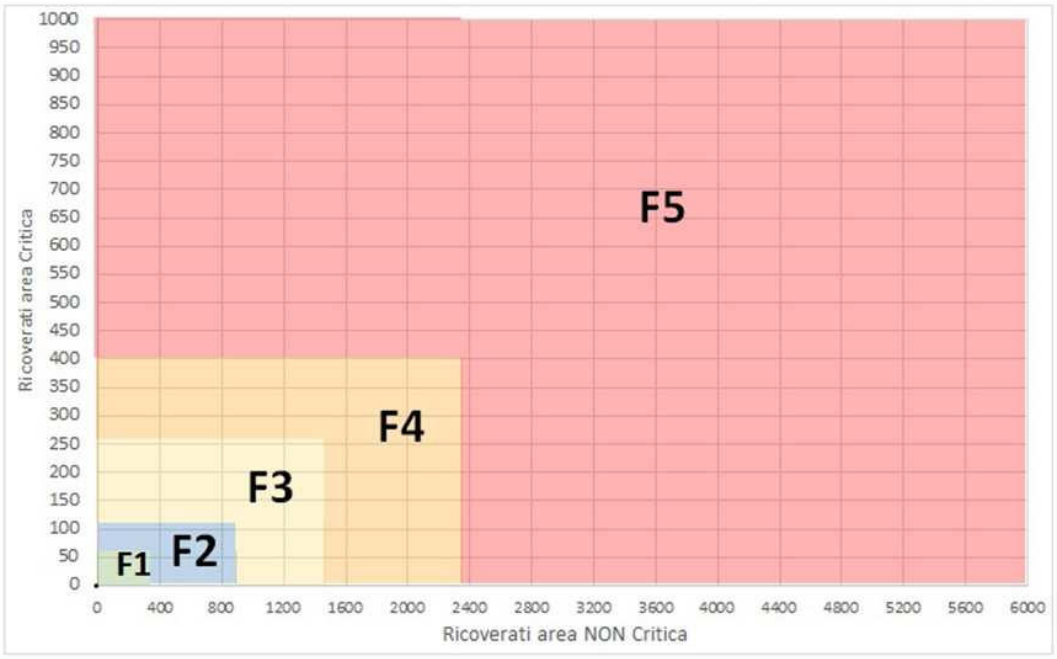
AREA NON CRITICA – DEGENZE ORDINARIE

Indicatore di RISCHIO - area NON critica		
% PL occupati da pazienti con patologia in TI	Descrizione	FASE
	Fase di allerta pandemica	Attivazione Fase 0
≤ 5 %	Da 0 a 300 pz contagiati in area non critica	Attivazione Fase 1
≤ 15 %	Da 301 a 900 pz contagiati in area non critica	Attivazione Fase 2
≤ 25 %	DA 901 a 1500 pz contagiati in area non critica	Attivazione Fase 3
≤ 40 %	Da 1501 a 2400 pz contagiati in area non critica	attivazione Fase 4
> 40 %	>2400 pz contagiati in area non critica	Attivazione Fase 5

Considerando anche che l'evoluzione di un'epidemia può avvenire in modo territorialmente disomogeneo e localizzato, si ritiene sia cruciale una visione regionale per poter coordinare la gestione dell'occupazione dei posti letto di terapia intensiva.

Tale coordinamento si rende necessario anche per la gestione delle reti tempo dipendenti che deve essere garantita in modo tempestivo in tutto il territorio regionale. Prioritario inoltre preservare da sospensioni o ritardi anche la presa in carico e cura delle patologie neoplastiche.

L'attivazione contestualizzata delle singole fasi avviene a livello provinciale e viene identificata in base alla matrice di rischio su base provinciale e di seguito riportata sui numeri regionali.



Individuazione della rete delle strutture ospedaliere per la gestione di pazienti con infezione

L'incremento dell'offerta ospedaliera per un eventuale fase emergenziale comprende l'individuazione di specifici ospedali su base provinciale dedicati alla patologia epidemica da attivare progressivamente in base alle necessità e presso i quali è da prevedere la contestuale progressiva chiusura delle attività routinarie, compresa l'attività ambulatoriale e di pronto soccorso, eccezion fatta per trattamenti salvavita non destinati a pazienti "infetti", quali ad esempio la dialisi.

A livello regionale sono individuate 3 tipologie di strutture ospedaliere per l'accoglienza di pazienti "infetti" all'interno del percorso di cura delle acuzie, ovvero:

1. **Ospedale Hub e di riferimento provinciale con presenza di reparti di pneumologia e malattie infettive**

    - Interventi finalizzati a creare le condizioni per non sospendere l'attività di elezione e permettere la continuità soprattutto per le cure indifferibili e per potenziare il trasporto intraospedaliero e il servizio di emergenza urgenza.

2. **Ospedali spoke con posti letto di terapia intensiva e personale con specifiche competenze intensivologiche**

    - Interventi finalizzati a creare le condizioni per il potenziamento della capillarità territoriale dell'offerta di posti letto di terapia intensiva e semintensiva.
    - Interventi finalizzati a migliorare la separazione dei percorsi dedicati a pazienti "infetti" in pronto soccorso.
    - Interventi finalizzati al rafforzamento della dotazione di apparecchiature di ausilio alla ventilazione e monitoraggio.
    - Interventi finalizzati all'accoglimento delle aree assistenziali che necessitino di spostamento dall'ospedale che viene dedicato alla patologia.

3. **Ospedali dedicati alla patologia**

    - Interventi finalizzati a creare le condizioni per stabilizzare e completare l'attrezzamento dei posti letto aggiuntivi attrezzati in fase emergenziale.

Tale offerta assistenziale è da ritenersi a tutti gli effetti integrata dalla presenza di strutture sanitarie dedicate alla fase post acuzie, quali gli ospedali di Comunità, destinati alle dimissioni protette dei pazienti già infetti, una volta risolta l'acuzie e nel pieno rispetto delle misure di contenimento del rischio infettivo, sospendendo le usuali procedure di valutazione dell'idoneità all'accesso agli stessi.

Infine va considerata, qualora sopraggiungessero eventuali ulteriori bisogni di accoglienza in spazi dedicati oltre il limite di sostenibilità, anche la possibilità di avvalersi di strutture sanitarie dismesse e ricondizionate in deroga agli standard strutturali e tecnologici attualmente previsti, che saranno attrezzate dal Dipartimento della Protezione Civile per garantire il rispetto dei requisiti minimi strutturali e organizzativi.

OSPEDALI DEDICATI ALLA PATOLOGIA

Azienda Sanitaria	Ospedale	Struttura
Ulss 1 Dolomitica	O. Belluno	Struttura pubblica
Ulss 2 Marca Trevigiana	O. Vittorio Veneto	Struttura pubblica
	O. Classificato San Camillo di Treviso	Struttura Privata Accreditata
Ulss 3 Serenissima	O. Dolo	Struttura pubblica
	O. Classificato San Camillo di Mestre-Venezia	Struttura Privata Accreditata
Ulss 4 Veneto Orientale	O. Jesolo	Struttura pubblica
Ulss 5 Polesana	O. Trecenta	Struttura pubblica
Ulss 6 Euganea	O. Schiavonia	Struttura pubblica
Ulss 7 Pedemontana	O. Santorso	Struttura pubblica
Ulss 9 Scaligera	O. Villafranca	Struttura pubblica
AOUI-VR	O. Borgo Roma	Struttura pubblica

Macro classificazione PSSR	Classificazione DGR n. 614/19	Descrizione Ospedale
Ospedale HUB	Hub nazionale e regionale	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA
		AZIENDA OSPEDALE- UNIVERSITÀ DI PADOVA
		ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO
	Hub provinciale	O. TREVISO
		O. MESTRE
		O. VICENZA
Ospedali di rilievo provinciale	Hub provinciale	O. BELLUNO
		O. ROVIGO
Ospedali presidi di rete – Spoke	Ospedale Spoke	O. FELTRE
		O.CONEGLIANO–O.VITTORIO VENETO
		O. MONTEBELLUNA - O. CASTELFRANCO
		O. MIRANO - O. DOLO
		O. S.DONA' - O. PORTOGRUARO
		O. CAMPOSAMPIERO/CTO
		O. CITTADELLA
		O. SCHIAVONIA
		O. BASSANO
		O. SANTORSO
		O. ARZIGNANO - MONTECCHIO
		O. LEGNAGO
		O. S. BONIFACIO
		O. VENEZIA
		O. CHIOGGIA
		O. ADRIA
		O. PIOVE DI SACCO
		O. VILLAFRANCA
	Ospedale Spoke - presidio ospedaliero a valenza provinciale	C.C. PEDERZOLI
		O.CL. SACRO CUORE - DON CALABRIA

Macro classificazione PSSR	Classificazione DGR n. 614/19	Descrizione Ospedale
Ospedali nodo di rete	Ospedali di base	O. ODERZO
		O. NOVENTA
	Ospedale di base in zona disagiata	O. AGORDO
		O. PIEVE DI CADORE
		O. S.LUCA TRECENTA
		O. ASIAGO
		O. VALDAGNO
		O. CORTINA
Strutture Private Accreditate integrative della rete	Presidio ospedaliero a valenza sul distretto aziendale	C.C. S. M. MADDALENA
		C.C. GIOVANNI XXIII
		C.C. MADONNA DELLA SALUTE
	Struttura Privata Accreditata integrativa della rete ospedaliera regionale	O.CLASSIFICATO SAN CAMILLO
		O.CLASSIFICATO VILLA SALUS
		C.C. POLICLINICO SAN MARCO
		C.C. ANNA RIZZOLA
		C.C. ABANO TERME
		C.C. VILLA MARIA
		C.C. VILLA BERICA
		C.C. ERETENIA
		C.C. VILLA S.MARGHERITA
		C.C. SAN FRANCESCO

Azioni per fase ed impatto sull'attività per l'emergenza ed ordinaria nelle strutture ospedaliere

Il Direttore della Funzione Ospedaliera e le Direzioni Mediche di Presidio coordinano la risposta dal punto di vista igienico-organizzativo delle strutture ospedaliere coerentemente alle indicazioni regionali, della Direzione Strategica e/o condivise nel Comitato di Emergenza di Sanità Pubblica.

Si evidenziano di seguito le fasi di progressione, così come in precedenza definite, con la descrizione dell'intervento previsto per ciascuna fase e le conseguenze dell'intervento stesso.

FASE	Azioni	Conseguenze	Attività da sospendere
0.	ALLERTA PANDEMICA		
1.	Utilizzo posti letto isolati in ospedali hub e spoke	Si preserva attività ordinaria in modo diffuso in ogni ospedale	Nessuna sospensione, solo eventuale ritardo nel programmato
2.	Attivazione posti letto aggiuntivi negli ospedali hub and spoke e attivazione parziale posti TI CREU	Si preserva parzialmente attività ordinaria in ospedali spoke e totalmente in ospedale hub	Riorganizzazione dell'attività ordinaria con eventuale sospensione/ritardo dell'attività programmata
3.	Attivazione Ospedali dedicati alla patologia Attivazione progressiva posti TI CREU e posti aggiuntivi ordinari e subintensivi	Si preserva parzialmente attività ordinaria in ospedali spoke e hub. Si preserva attività ordinaria e emergenza in hub e spoke	Riduzione attività ordinaria negli Ospedali dedicati all'emergenza con trasferimento di attività d'urgenza
4.	Utilizzo posti letto ricavabili da sale operatorie negli Ospedali dedicati all'emergenza.	Si preserva parzialmente attività ordinaria in hub. Mantenimento attività di urgenza in Hub	Parziale riduzione di attività ordinaria negli spoke
5.	Utilizzo posti letto anche a coorte in hub	Si preserva attività di emergenza in hub	Sospensione attività ordinaria in hub

Come già accaduto in corso di Pandemia da COVID-19, le manifestazioni cliniche legate all'infezione virale che la determina possono variare con necessità di attivazione di livelli assistenziali diversamente stratificati

nei vari momenti. Per tale motivo, il rapporto tra i PL presenti nei vari livelli assistenziali deve considerare un certo grado di flessibilità, in base all'andamento dell'epidemia/pandemia.

L'attivazione contestuale di posti letto non critici è determinata orientativamente dal rapporto di 1 posto letto di terapia intensiva ogni 2 di semi intensiva e 4 posti letto di degenza ordinaria. In fase 5 i posti letto necessari per l'area non critica sono ricavati utilizzando tutti i posti letto disponibili dagli ospedali spoke del Veneto.

Declinazione delle fasi a livello provinciale:

	FASE 1			FASE 2			FASE 3			FASE 4			FASE 5		
	AREA CRITICA	AREA NON CRITICA		AREA CRITICA	AREA NON CRITICA		AREA CRITICA	AREA NON CRITICA		AREA CRITICA	AREA NON CRITICA		AREA CRITICA	AREA NON CRITICA	
PROVINCIA	TI	DEG	*ODC*	TI	DEG	*ODC*	TI	DEG	*ODC*	TI	DEG	*ODC*	TI	DEG	*ODC*
BELLUNO	2	14	*6*	6	43	*24*	11	72	*30*	17	115	*97*	43	286	*97*
TREVISO	6	39	*27*	19	116	*106*	32	193	*133*	51	308	*206*	128	771	*346*
VENEZIA	8	54	*26*	23	161	*102*	39	268	*128*	62	429	*266*	156	1.072	*266*
PADOVA	11	62	*28*	34	186	*112*	56	310	*140*	90	496	*233*	224	1.241	*437*
ROVIGO	3	22	*7*	10	65	*28*	16	108	*35*	26	172	*105*	64	431	*105*
VICENZA	8	46	*26*	23	139	*103*	38	232	*129*	61	371	*223*	153	928	*223*
VERONA	12	64	*28*	35	191	*113*	59	318	*141*	94	508	*296*	234	1.271	*692*
REGIONE VENETO	**50**	**300**	***147***	**150**	**900**	***589***	**250**	**1.500**	***736***	**400**	**2.400**	***1.426***	**1.000**	**6.000**	***2.166***

Indirizzi e criteri organizzativi per potenziare la capacità di risposta

Le necessità assistenziali correlate ad un evento epidemico/pandemico possono essere diverse e di diversa intensità assistenziale. Si specificano di seguito alcune indicazione per setting assistenziale che devono essere opportunamente declinate nel Piano Aziendale.

Modalità di Accesso al Ricovero Ospedaliero – Pronto Soccorso

Per quanto concerne i criteri generali di accesso dell'utenza alle strutture ospedaliere si rammenta come l'accesso delle persone all'ospedale/struttura sanitaria debba essere consentito **solo in caso di effettiva necessità**, attraverso un limitato numero di varchi, quanto più separati possibile per i dipendenti e per l'utenza esterna, verificando l'eventuale sussistenza di condizioni che controindicano l'ingresso.

Da disposizioni vigenti (DGR n. 552/2020) è previsto come presso tutti i Pronto Soccorso debbano essere attivi specifici percorsi di pre-triage tesi ad individuare tempestivamente i pazienti sospetti positivi a malattie infettive al fine di indirizzarli verso i percorsi specificatamente dedicati ed evitare al massimo contaminazioni sia tra i soggetti in attesa di diagnosi, sia contaminazioni intraospedaliere da parte di soggetti affetti da patologie acute.

E' da prevedere, inoltre, che all'interno dell'ospedale i diversi percorsi siano differenziati. A titolo esemplificativo si riportano i percorsi di Pronto Soccorso, di fast-track, di ricovero e ambulatoriali, in considerazione del fatto che tale differenziazione è finalizzata ad evitare il più possibile l'incrocio fra pazienti interni e pazienti esterni.

Per l'accesso al Pronto Soccorso le misure minime di pronta implementazione in fase di allerta pandemica (fase 0) sono:

- l'identificazione di una zona per il pre-triage in un'area strutturalmente separata dal PS, presso la quale verranno verificate le condizioni di salute di ciascuna persona in rapporto alla patologia infettiva prima dell'ingresso al PS e/o prima dell'accesso a percorsi rapidi (fast track) per le patologie a gestione specialistica;
- la dotazione di idonei presidi di protezione individuali, in assenza dei quali vengono forniti presidi adeguati;
- l'esecuzione dell'igiene delle mani;
- la possibilità prima dell'accesso al PS, ove disponibili e salvo casi d'urgenza, di prevedere l'esecuzione di test di diagnostica rapida/precoce dotati di sufficienti parametri di sensibilità e specificità;
- la massima attenzione sulla necessità di mantenere la distanza di sicurezza di almeno 1 mt in tutti i percorsi e le aree del PS, ivi compresi quello di pre-triage e triage;
- la definizione di aree di pre-triage distinte, area di attesa dedicata a sospetti infetti o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi, ambulatorio per sospetti infetti o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi, area dedicata per soggetti in attesa di esito tampone, percorso specificatamente individuato per paziente infetti, accesso diretto e percorsi dedicati ai mezzi di soccorso e spazi di attesa per pazienti sospetti barellati, diagnostica dedicata;
- l'istituzione dei percorsi rapidi (fast track) per le patologie a gestione specialistica, evitando il transito per le prestazioni ambulatoriali con codice di priorità U;

- la segnalazione all'utenza dei percorsi e delle diverse misure da adottare attraverso idonea cartellonistica.

Per quanto concerne gli interventi sui Pronto Soccorso presso i quali non siano risultate definibili soluzioni specifiche strutturali possono essere impiegati moduli temporanei per il pre-triage in relazione alla tipologia di struttura ospedaliera e di servizio, prevedendo, nel contempo, negli ospedali con elevata affluenza nei pronto soccorso la presenza di una TAC dedicata.

Area critica e aree di degenza ad alto carico assistenziale

Terapia intensiva

A livello regionale in fase di allerta pandemica è attivato un Coordinamento della disponibilità di posti letto di terapia intensiva, istituito con DGR 1367/2020, che si avvale di strumenti informatici adeguati e integrati a quelli aziendali anche al fine di mantenere il monitoraggio per la gestione della rete dell'emergenza urgenza regionale.

Fonte: Mappatura dei servizi sanitari (PanFlu 2021-2023) - Strutture pubbliche ed equiparate e Strutture private accreditate/non accreditate

Azienda	Posti letto Terapia intensiva	Posti terapia Intensiva Attivabili
Ulss 1	17,0	18
Ulss 2	74,8	20
Ulss 3	86,8	7
Ulss 4	18,0	14
Ulss 5	29,0	21
Ulss 6	50,9	37
Ulss 7	26,5	23,5
Ulss 8	52,4	17
Ulss 9	59,0	22
Aou Pd	87,5	10
Aoui Vr	84,8	43
IOV	8,8	2
Totale	**595,7**	**234,5**

Terapia Semi-intensiva

Azienda	Posti letto Semintensiva	Posti di Semintensiva convertibili in posti di terapia intensiva
Ulss 1	46,0	8
Ulss 2	83,0	26
Ulss 3	73,0	20
Ulss 4	44,0	10
Ulss 5	34,0	14
Ulss 6	80,0	16
Ulss 7	60,0	14
Ulss 8	36,0	20
Ulss 9	38,0	8
Aou Pd	60,0	20
Aoui Vr	42,0	20
IOV	0,0	0
Totale	**596,0**	**176**

Fonte: Mappatura dei servizi sanitari (PanFlu 2021-2023) - Strutture pubbliche ed equiparate e Strutture private accreditate/non accreditate

---

Azienda	Posti letto Malattie Infettive	Posti letto Medicina Generale	Posti letto Pneumologia
Ulss 1	7,9	140,1	38,3
Ulss 2	113,2	549,6	48,8
Ulss 3	53,0	390,2	36,6
Ulss 4	43,2	161,0	0,8
Ulss 5	12,5	178,7	47,4
Ulss 6	69,0	251,8	32,0
Ulss 7	56,8	147,1	25,5
Ulss 8	27,9	273,4	24,9
Ulss 9	111,0	216,5	59,2
Aou Pd	40,6	244,5	21,5
Aoui Vr	29,8	145,5	31,8
IOV	0,0	0,0	0,0
Totale	**564,8**	**2.698,3**	**366,9**

Fonte: Mappatura dei servizi sanitari (PanFlu 2021-2023) - Strutture pubbliche ed equiparate e Strutture private accreditate/non accreditate

---

Anche all'interno della struttura ospedaliera, una pandemia comporta una complessiva riorganizzazione dell'offerta assistenziale per cui devono essere attivati nuovi percorsi assistenziali finalizzati alla gestione dei pazienti "contagiati", identificati nella fase interpandemica. All'interno delle strutture sanitarie devono quindi essere individuati percorsi clinici dedicati, con necessità logistico organizzative ben definite, caratterizzati dalla presenza di specifiche attrezzature e che necessitano di un'intensità assistenziale particolare.

Per questi motivi è opportuno individuare i posti letto di degenza finalizzati alla gestione della criticità (non codificati in area critica) che si qualificano per essere corredati di specifiche attrezzature di monitoraggio dei parametri vitali e di sostegno delle funzioni vitali.

Tabella semi-intensive

Azienda Sanitaria	Posti letto di pneumologia per casi complessi di insufficienza respiratoria a elevato carico assistenziale
Ulss 1 Dolomitica	8
Ulss 2 Marca Trevigiana	10
Ulss 3 Serenissima	10
Ulss 5 Polesana	8
Ulss 6 Euganea	6
Ulss 7 Pedemontana	8
Ulss 8 Berica	10
Ulss 9 Scaligera	6
Azienda Ospedale Università di Padova	15
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	10
Totale	**91**

L'intensità assistenziale di tali posti letto, compresi nel conteggio dei posti letto della disciplina a cui fanno riferimento, risulta inferiore rispetto a quella della terapia intensiva ma comunque più elevata di quella che caratterizza un posto letto di degenza ordinaria.

Si tratta in particolare di posti letto di pneumologia intensiva (inclusi nel totale del numero di posti letto della pneumologia) per casi complessi di insufficienza respiratoria ad elevata intensità assistenziale.

Uno specifico riferimento va fatto alle patologie respiratorie di interesse pneumologico, che per elevata incidenza e rischio di esacerbazione richiedono una particolare attenzione.

A tale riguardo, è necessario definire un modello organizzativo che, da un lato consenta alle Unità Operative di Pneumologia di prendere in carico in fase acuta i casi maggiormente complessi caratterizzati da severa insufficienza respiratoria, garantendo un valido supporto alle Terapie intensive per la gestione di pazienti anche in ventilazione assistita, e che dall'altro assicuri la gestione specialistica di problematiche respiratorie di grande diffusione (per es. BPCO, asma bronchiale, sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno etc.) e di quelle che richiedano procedure di endoscopia respiratoria interventistica, in particolare quelle oncologiche.

Si definiscono pertanto i compiti della rete delle pneumologie come segue:

- sviluppare percorsi diagnostico terapeutici fortemente integrati con il territorio allo scopo di prendere in carico pazienti respiratori cronici con multimorbilità (per es soggetti con BPCO, asma bronchiale, fibrosi polmonare, etc),
- attivare percorsi diagnostico terapeutici specifici per le patologie respiratorie in fase acuta grave che necessitino di competenze intensivologiche,
- definire modalità di integrazione professionale nell'ambito dell'assistenza domiciliare e dell'assistenza ai residenti presso strutture territoriali con l'obiettivo di migliorare la cura dei soggetti che presentino grave insufficienza respiratoria cronica, soprattutto legate a patologie degenerative (per es Sclerosi Laterale Amiotrofica o altre malattie neuromuscolari),
- partecipare alla rete riabilitativa, introducendo competenze specialistiche pneumologiche.

Recovery-room

Infine, sempre nell'ottica di migliorare il monitoraggio delle disponibilità per l'area critica, si ritiene di identificare i posti letto tecnici di recovery room rilevati presso gli ospedali nei quali è presente il reparto di terapia intensiva. Le recovery room sono definite come Aree di recupero post-anestesiologico dedicate al ripristino della stabilità dei parametri vitali, dello stato di coscienza, ma anche della attività motoria e sensibilità, estendendo così la sua funzione anche al controllo post–operatorio degli interventi condotti con tecniche di anestesia loco-regionali. La recovery room prevede la possibilità di ricovero temporaneo per tutti i pazienti provenienti dalle sale operatorie, è un'area logisticamente inserita nel Blocco Operatorio o nelle immediate vicinanze dello stesso e deve essere dotata di personale qualificato e di attrezzature idonee al monitoraggio e al trattamento postoperatorio dei pazienti sottoposti a intervento chirurgico o trattamento diagnostico invasivo.

Visto il contesto in cui si collocano le recovery room, il loro utilizzo deve essere preceduto dalla stesura di protocolli di gestione dei percorsi sia del personale che dei pazienti, al fine di mantenere l'asetticità dell'ambiente della sala operatoria.

Tabella posti letto tecnici recovery room

Ospedale	**Posti letto tecnici di Recovery room**
Ulss 1 Dolomitica	10
Ulss 2 Marca Trevigiana	11
Ulss 3 serenissima	28
Ulss 4 Veneto Orientale	7
Ulss 5 Polesana	20
Ulss 6 Euganea	17
Ulss 7 Pedemontana	21
Ulss 9 Scaligera	19
AOU di Padova	12

AOUI di Verona	45

Area medica

Si ritiene di destinare in ogni ospedale un numero di posti letto (il 10% del totale posti letto di area medica - esclusi i posti letto di reparti di malattie infettive), esclusivamente a pazienti con patologie respiratorie/infettive. Tali aree mediche devono prevedere almeno una stanza singola (o doppia uso singola) isolata per la gestione di eventuali casi sospetti e può essere utilizzata anche per finalità legate al contrasto dell'antibiotico resistenza.

Tutti i reparti di malattie infettive devono prevedere la possibilità di isolamento di coorte e percorsi di accesso dedicati, preferibilmente esterni. Dove possibile, deve essere identificata un'area di espansione delle degenze di malattie infettive con i criteri dell'isolamento di coorte, che possa essere facilmente attivata nella fase allerta pandemica.

In area medica devono inoltre essere allestiti stabilmente in ogni ospedale con più di 40 posti di area medica, 4 posti letto a alta intensità assistenziale attrezzati per valutazione di parametri vitali.

Procedure igienico-organizzative

Nel Piano Aziendale deve essere prevista la definizione di procedure da impiegare in un contesto di elevato aumento della capacità dei servizi, a titolo esemplificativo: servizi di pulizia e disinfezione, gestione e smaltimento rifiuti, gestione salme.

Approvvigionamento DPI e farmaci

Nel Piano Aziendale deve essere prevista la definizione di procedure da impiegare in un contesto di elevato aumento dell'utilizzo di DPI e farmaci, a titolo esemplificativo: monitoraggio delle scorte e del consumo di DPI, farmaci e dispositivi medici e aggiornamento dei sistemi informativi per il monitoraggio predisposto a livello aziendale

Telemedicina

Al fine di garantire l'accesso e la continuità assistenziale all'utenza privilegiando, per ragioni di sanità pubblica, la permanenza degli assistiti a domicilio, con la DGR n. 568/2020 sono stati attivati i servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza (c.d. "Telemedicina").

I servizi di Telemedicina in ambito specialistico, come anche in quello territoriale, con l'uso di tecnologie sempre più sofisticate ed affidabili, possono rivelarsi strategici nella gestione delle pandemie, in quanto rendono più efficiente e razionale l'utilizzo delle risorse materiali e professionali del SSR, garantiscono la continuità assistenziale a domicilio e permettono lo svolgimento di visite ambulatoriali e di controllo post dimissione in modalità telematica, con conseguente riduzione dell'accesso alle strutture ospedaliere e

dell'affollamento dei pronto soccorso e minor aggravio dei MMG, su cui si concentra la richiesta assistenziale

Servizi sanitari assistenziali territoriali

Introduzione

Il Piano di aumento di capacità e di continuità dei servizi sanitari assistenziali territoriali, sulla base del Piano Strategico Nazionale definisce le azioni necessarie, per le fasi di allerta pandemica e pandemica, previste per **aumentare la capacità di risposta dei servizi sanitari territoriali e per garantire la continuità dei servizi sanitari territoriali essenziali** nella Regione del Veneto, nel caso di rischio posto da un virus a trasmissione respiratoria ad elevato potenziale pandemico.
In questa sezione è descritto il coordinamento della risposta dei servizi sanitari territoriali a livello regionale.

Definizione
Sono ricompresi nella definizione i servizi sanitari governati e/o gestiti dai Distretti delle Aziende ULSS, in particolare i servizi sanitari garantiti nell'ambito del Livello Essenziale di Assistenza - Assistenza distrettuale:

- assistenza sanitaria di base;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza sanitaria domiciliare;
- assistenza sanitaria presso struttre residenziali.

I Servizi Sanitari territoriali nel contesto di un patogeno a trasmissione respiratoria ad elevato potenziale pandemico costituiscono, in coordinamento con gli altri servizi, un elemento fondamentale del sistema sanitario per assicurare **le funzioni di:**

- **sorveglianza**, l'assistenza sanitaria di base è spesso il primo punto di contatto con l'utente;
- **informazione e comunicazione alla popolazione,** l'assistenza sanitaria di base (MMG/PLS) in particolare è il livello con cui l'utente ha spesso un rapporto duraturo di fiducia e pertanto sono ritenute una fonte affidabile di informazioni;
- **diagnostica**, la definizione e le modalità diagnostiche, il tempestivo referral attraverso l'individuazione di percorsi per pazienti sospetti e di gestione dei pazienti confermati sono funzioni essenziali nella risposta;
- **assistenza**, il coordinamento dei percorsi diagnostici e terapeutici in presenza di quadri clinici che possono essere gestiti nel setting territoriale anche attraverso strumenti di telemedicina, rappresenta una delle funzioni più rilevanti sia per il setting domiciliare che residenziale o semi-residenziale;
- **promozione del benessere psicologico e di salute mentale.**

Obiettivi

- Definire per le fasi di allerta pandemica e pandemica **le azioni necessarie nei diversi contesti previste per aumentare la capacità di risposta dei servizi sanitari territoriali** e per garantire la continuità dei servizi sanitari essenziali nella Regione del Veneto, nel caso del rischio posto da un virus di tipo respiratorio ad elevato potenziale pandemico;
- **Modulazione delle azioni previste** attraverso la loro attivazione progressiva nel contesto delle **fasi** di allerta pandemica e pandemica, al fine di aumentare la capacità di risposta dei servizi sanitari territoriali e garantire la continuità dei servizi sanitari essenziali individuati nella Regione del Veneto.

Modalità di attivazione

Il Piano aumento di capacità e di continuità dei servizi sanitari assistenziali territoriali è attivato, secondo la catena di comando e controllo definita dal Piano Pandemico, a livello regionale e a livello aziendale in coordinamento con il Piano aumento di capacità e di continuità dei servizi sanitari assistenziali ospedalieri e sotto il controllo e le direttive delle rispettive Direzioni strategiche secondo le fasi oltre precisate.

Risorse

Risorse dei Servizi Sanitari Territoriali nella Regione Veneto *(Mappatura dei servizi sanitari)*

Distretti
26

COT
10

Assisstenza sanitaria di base									
Medicina di base				Guardia medica	ADI		USCA		
Medici Generici	Medici Pediatri	Adesione influnet	Infermieri di comunità	Medici	Infermieri	Oss	Numero USCA attivate	Medici	Infermieri
2995	538	145	40	661	992	61	58	491	14

Ospedali di comunità
35 strutture per tot. 674 pl (22 utilizzabili come strutture alternative)

Strutture residenziali di assistenza agli anziani
363 strutture per tot. 32.195 pl medi (117 utilizzabili come strutture alternative)

Fasi di Attivazione e Indicatori

L'attivazione delle fasi del Piano di aumento di capacità e di continuità dei servizi sanitari assistenziali territoriali è determinata dal carico assistenziale atteso e realizzato sui servizi sanitari assistenziali territoriali, in base all'agente patogeno sulla scorta delle valutazioni di rischio condotte a livello nazioanle e così come individuato da indicatori selezionati dall'Unità di Crisi regionale in fase di allerta pandemica. Tali indicatori dovrebbero poter fornire stime d'impatto differenti a seconda di diverse variabili (Rt, tasso d'attacco, mortalità, durata della fase sintomatica, durata della fase clinica, etc.) proprie dell'agente.

Di seguito si indicano alcuni indicatori di esempio:

- numero di casi sospetti e/o confermati al giorno in numero assoluto per 100.000 abitanti;
- numero di casi clinici al giorno in soggetti >80 anni per 100.000 abitanti;
- numero di casi clinici che necessitano di assistenza sanitaria ma, al momento, non necessitano di ricovero ospedaliero al giorno per 100.000 abitanti;
- numero di accessi in pronto soccorso al giorno per 100.000 abitanti;
- numero di casi deceduti al giorno per 100.000 abitanti in ospedale e sul territorio
- numero di casi nei Centri Servizi per Anziani
- numero di nuovi focolai di trasmissione (2 o più casi collegati epidemiologicamente tra loro o un aumento inatteso di casi in un tempo definito) all'interno di RSA, strutture intermedie, etc
- numero di occupazione di posti letto per nuovi casi all'interno di RSA/strutture intermedie, etc
- numero pazienti con più di 65 anni segnalati da MMG, PLS, CA con specifici sintomi/problematiche cliniche correlate alla pandemia influenzale che necessitano di monitoraggio clinico (invio quotidiano dei dati attraverso interfaccia delle cartelle informatizzate di un campione di MMG attraverso il sistema informativo regionale)

Indicatori sulla capacità di accertamento diagnostico tipo:

- tempo tra data inizio sintomi e data diagnosi/data isolamento

FASE 0	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	FASE 5
ALLERTA PANDEMICA	**PANDEMICA**				
emergenza virus influenzale a potenziale pandemico INDICATORI DEFINITI DALL'UNITÀ DI CRISI	diffusione del virus e saturazione risorse territoriali/ ospedaliere **bassa**	diffusione del virus e saturazione risorse territoriali/ ospedaliere **media**	diffusione del virus e saturazione risorse territoriali/ ospedaliere **alta**	diffusione del virus e saturazione risorse territoriali/ ospedaliere **critica**	diffusione del virus e saturazione risorse territoriali/ ospedaliere **estrema**

Il Coordinamento delle azioni nei diversi contesti dei Servizi Sanitari Territoriali

Per il coordinamento delle diverse azioni nei diversi ambiti sono stati individuati per la loro specificità i seguenti contesti:

- **Distretto**, ruolo di governance della risposta dei Servizi Sanitari Territoriali, coordinamento delle attività distrettuali e delle Unità Operative, si avvale del supporto della Direzione Amministrativa Territoriale ed è il collegamento con la Direzione Strategica ed il CESP;
- **Assistenza sanitaria di base, attività coordinata dalla UO Cure Primarie**, coordinamento dell'attività di MMG, PLS, CA, delle Cure domiciliari (ADI) e USCA
- **Centrale Operativa Territoriale**, essenziale per l'integrazione tra il setting Ospedaliero, Territoriale e la risposta dei Dipartimenti di Prevenzione, con funzioni di raccordo con tutti i servizi facilitando connessione, coordinazione e tracciabilità dei processi;
- **Assistenza specialistica ambulatoriale**, attività ambulatoriale territoriale (specialistica, punti prelievi)
- Assistenza sanitaria presso le **Strutture intermedie – OdC/URT/Hospice**
- Assistenza sanitaria presso i **Centri servizi per anziani non autosufficienti e altre strutture residenziali e semi-residenziali**

Di seguito sono previste le linee guida, per ciascun contesto, da declinare nei Piani Aziendali relativamente le procedure da attivare (se previsto da chi), le risorse (umane, tecnologiche, economico/finanziarie, etc.) da attivare o rimodulare - da specificare a livello Aziendale, le necessità informative aggiuntive o proprie del contesto pandemiche e le conseguenze sulle attività ordinarie al fine di garantire l'aumento della capacità per le funzioni di **sorveglianza, informazione/comunicazione, diagnosi e assistenza** nonché per la continuità nei servizi essenziali.

Distretto

Il Distretto, quale articolazione dell'Azienda ULSS deputata al perseguimento dell'integrazione tra i diversi servizi e le diverse strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio, deve assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, garantendo il coordinamento di tutte le attività distrettuali e delle Unità Operative, con il supporto della Direzione Amministrativa Territoriale (DAT), governando la risposta in modo sinergico con le altre articolazioni aziendali.

Il Direttore della Funzione Territoriale, quando previsto, o i Direttori di Distretto in forma coordinata, svolgono infatti il ruolo di collegamento tra la Direzione Strategica, partecipano al Comitato per l'emergenza di sanità pubblica ed integrano le informazione riferite alle altre macrostrutture (Ospedale e Dipartimento di Prevenzione), avvalendosi anche della COT, per i Servizi Sanitari Territoriali.

Il Direttore della Funzione Territoriale, quando previsto, o i Direttori di Distretto in forma coordinata, nella fase interpandemica definiscono i contenuti nell'ambito del Gruppo di Coordinamento aziendale PanFlu, per il potenziamento della risposta territoriale da attuarsi nelle fasi di allerta pandemica e pandemica con particolare attenzione a DPI, farmaci e dispositivi medici per i diversi servizi territoriali, identificando in modo chiaro ruoli e responsabilità, ed assicurano una comunicazione interna efficace e tempestiva.

In modo particolare, avvalendosi anche della UO Cure primarie, secondo le indicazioni regionali definiscono l'organizzazione del servizio in risposta alla pandemia, e garantiscono la comunicazione rapida delle disposizioni a tutti i Medici, compresi i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta e mettono a disposizione una repository online della documentazione pertinente aggiornato accessibile in modo riservato agli utenti abilitati.

DISTRETTO	
FASE 0	**<u>Azioni da attuare/procedure da attivare</u>** – Monitoraggio dell'implementazione in fase di allerta delle attività previste dal Piano Aziendale all'interno della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali. – Monitoraggio e rafforzamento della partecipazione di MMG/PLS/CA al sistema di sorveglianza sindromica basato sulle attività del setting dell'Assistenza Primaria. – Predisposizione e verifica della mappatura dei pazienti in assistenza domiciliare in funzione della complessità assistenziale e del supporto della rete famigliare. – Individuazione di un team di coordinamento/riferimento tra UO Cure Primarie e Malattie infettive/Pneumologia che coadiuvi i MMG/PLS per definire il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio garantendo continuità e presa in carico territoriale. – Rafforzamento delle misure di Prevenzione e controllo delle infezioni (IPC), misure generali di prevenzione e protezione, ed eventuali misure aggiuntive da parte di tutti gli operatori dei diversi servizi territoriali. – Rafforzamento delle attività di sensibilizzazione e formazione sulle misure di prevenzione da adottare rivolte agli utenti dei diversi servizi territoriali. – Attivazione degli strumenti informativi per il monitoraggio del n. di casi sospetti/confermati, con aggiornamento almeno quotidiano, secondo le indicazioni regionali. – Attivazione degli strumenti informativi per il monitoraggio delle necessità di DPI, farmaci e dispositivi medici dei diversi servizi distrettuali. **<u>Necessità informative minime:</u>** – Strumenti informativi per il monitoraggio del n. di casi sospetti/confermati sul territorio, del n. di casi clinici che necessitano di assistenza sanitaria ma, al momento, non necessitano di ricovero ospedaliero, del n. di casi gestiti dal livello assistenza sanitaria di

	base, del n. di accessi gestiti dal livello assistenza sanitaria di base – Strumenti informativi per il monitoraggio delle necessità di DPI, farmaci e dispositivi medici dei diversi servizi territoriali – Strumenti informativi per il monitoraggio n. di risorse umane per setting e profilo attivabili ed impiegate – Strumenti informativi per la mappatura dei pazienti in assistenza domiciliare in funzione della complessità assistenziale
FASE 1	*In aggiunta a quanto previsto per la fase precedente* **Azioni da attuare** – Gestione della Comunicazione rivolta a tutte le attività distrettuali, UO e servizi territoriali in maniera coordinata e omogenea, in linea con quanto previsto a livello aziendale, in particolare in relazione a: o procedure e catena di comando o aggiornamento e condivisione dei Documenti essenziali e aggiornati (raccolti all'interno di un unico repository aziendale). – Applicazione delle misure di mitigazione del rischio presso tutti i servizi e programmazione degli accessi. – Attivazione di un team di coordinamento/riferimento tra UO Cure Primarie e Malattie infettive/Pneumologia che coadiuvi i MMG/PLS per definire il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio garantendo continuità e presa in carico territoriale. – Attivazione procedure per presa in carico e sorveglianza attiva per i pazienti in isolamento/quarantena, in particolare per pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti attivato attraverso il coinvolgimento delle Cure Primarie, secondo gli indirizzi regionali ed aziendali; – Attivazione di appositi accordi con le strutture esterne, definite dal Piano Aziendale, per la presa in carico di casi sospetti/confermati, non gestibili a domicilio per problematiche sociali. – Estensione e promozione degli strumenti di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleconsulenza) a tutti gli ambiti del Distretto. – Attuazione delle procedure definite in sede di Piano Aziendale per garantire consulenza specialistica ospedaliera ai servizi distrettuali e alla medicina generale. – Stretto monitoraggio del numero di risorse umane per setting e profilo attivabili ed impiegate. – Attivazione di un monitoraggio permanentemente attivo a livello distrettuale (i cui dati sintetici saranno condivisi con il CESP) su: o prese in carico domiciliari dei pazienti positivi al patogeno pandemico effettuate da MMG, PLS, USCA e ADI; o disponibilità di DPI Farmacie e Dispositivi medici per gli ambiti territoriali. **Risorse da attivare/rimodulare** – Attivazione/potenziamento telemedicina (televisita, teleconsulto, teleconsulenza) per tutti gli ambiti del Distretto. – Attivazione team di coordinamento Cure Primarie + Malattie infettive/Pneumologia per MMG/PLS – Consulenze specialistiche ospedaliere ai servizi distrettuali e alla medicina generale. – Attivazione di un cruscotto sui dati di prese in carico domiciliari dei pazienti positivi al patogeno pandemico effettuate da MMG, PLS, USCA e ADI (funzione condivisa o supportata dalla COT). **Rimodulazione attività ordinaria**

	– Rimodulazione accesso ai servizi in presenza non essenziali con conversione in modalità telematica/a distanza e programmazione dell'accesso agli sportelli.
FASE 2	*In aggiunta a quanto previsto per la fase precedente* **Azioni da attuare/procedure da attivare** – Potenziamento presa in carico e sorveglianza attiva per i pazienti in isolamento/quarantena, in particolare per pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti attivato attraverso il coinvolgimento delle Cure Primarie (MMG, PLS, CA - ADI - USCA) **Rimodulazione attività ordinaria** – Riduzione delle attività differibili per sostenere le attività prioritarie relative l'emergenza pandemica.
FASE 3	
FASE 4	*Potenziamento incrementale di tutte le attività previste nelle fasi precedenti e verifica dell'efficacia delle azioni intraprese*
FASE 5	

Assistenza Sanitaria di Base e Domiciliare

Cure Primarie – MMG, PLS, CA – ADI – USCA

La mappatura del personale disponibile prevede la seguente distribuzione per Azienda ULSS:

Azienda	Medicina di base				Guardia Medica	ADI		USCA		
	Medici generici (MMG)	Medici Pediatri (PLS)	Adesione influnet	Infermieri di comunità	Medici	Infermieri	OSS	N. USCA attivate	Medici	Infermieri
Ulss 1	129	20	12	0	51	40	1	3	20	3
Ulss 2	513	100	20	0	144	155	15	4	114	0
Ulss 3	386	62	11	33	36	139	3	12	63	0
Ulss 4	133	21	8	0	64	80	7	3	15	6
Ulss 5	157	21	14	4	50	53	3	5	35	0
Ulss 6	579	101	19	0	128	207	24	10	121	0
Ulss 7	229	44	13	0	63	60	0	7	26	1
Ulss 8	303	55	17	3	71	105	4	5	45	4
Ulss 9	566	114	31	0	54	153	4	9	52	0
Totale	2.995	538	145	40	661	992	61	58	491	14

L'assistenza sanitaria di base, coordinata dalla UO Cure Primarie, costituisce una parte fondamentale della risposta territoriale in caso di evento pandemico, al fine di ottenere una presa in carico precoce sul territorio dei pazienti contagiati. L'attività di MMG, PLS, CA, dell'ADI e delle USCA deve essere coordinata e monitorata dall'UO Cure Primarie in linea con quanto previsto e integrato a livello distrettuale.

ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E DOMICILIARE **CURE PRIMARIE** **MMG, PLS, CA - ADI - USCA**	
FASE 0	**<u>Azioni da attuare/procedure da attivare</u>** **Trasversali** a tutte le componenti dell'assistenza sanitaria di base e domiciliare (MMG, PLS, CA - ADI - USCA): − Partecipazione di tutti gli operatori alle attività di formazione previste dal Piano Aziendale e partecipazione alle attività specifiche per la fase di allerta pandemica individuate a livello regionale. − Rafforzamento delle misure di IPC - misure generali di prevenzione e protezione e corretto utilizzo dei DPI previsti. − Attivazione delle misure previste per garantire sicurezza nella fruizione dei servizi, implementazione delle misure organizzative per la gestione delle attese. − Rafforzamento delle attività di sensibilizzazione e formazione sulle misure di prevenzione da adottare rivolte ai pazienti. − Accesso ai documenti essenziali e aggiornati (raccolti all'interno di un unico *repository* aziendale). **MMG, PLS:** − Rafforzamento partecipazione alla rete di sorveglianza epidemiologica/virologica Influnet. − Adesione alle campagne vaccinali.

	– Monitoraggio e segnalazione all'interno dei sistemi informativi previsti a livello aziendale del n. di casi sospetti/confermati tra i propri assistiti, del n. di casi clinici che necessitano di assistenza sanitaria ma, al momento, non necessitano di ricovero ospedaliero, e del n. di accessi gestiti per tali pazienti. – Verifica degli spazi ambulatoriali di MMG – PLS e potenziamento delle forme associative. – Definizione afferenza di ciascun MMG/PLS ad una precisa USCA. **CA:** – Segnalazione a MMG/PLS e all'interno dei sistemi informativi previsti a livello aziendale del n. di casi sospetti/confermati individuati e del relativo n. di accessi gestiti. **ADI:** – Monitoraggio e segnalazione al MMG/PLS dei casi sospetti/confermati tra i propri assistiti ed eventuali criticità con particolare riferimento ai pazienti multimorbidi o con difficoltà di tenuta della rete sociale. **USCA:** – Attivazione delle USCA per supporto e collaborazione con MMG/PLS/CA nella gestione domiciliare dei casi sospetti/confermati segnalati. – Definizione procedure per l'attivazione dei percorsi delle USCA per supporto e collaborazione con MMG/PLS/CA nella gestione domiciliare dei casi sospetti/confermati segnalati. **<u>Necessità informative</u>** – Strumenti informativi per il monitoraggio del n. di casi sospetti/confermati sul territorio, del n. di casi clinici che necessitano di assistenza sanitaria ma, al momento, non necessitano di ricovero ospedaliero, del n. di casi gestiti dal livello assistenza sanitaria di base, del n. di accessi gestiti dal livello assistenza sanitaria di base – Strumenti informativi per il monitoraggio delle necessità di DPI, farmaci e dispositivi medici dei diversi servizi territoriali – Strumenti informativi per il monitoraggio n. di risorse umane per setting e profilo attivabili ed impiegate **<u>Risorse da attivare/rimodulare</u>** **USCA:** – Attivazione almeno al 30% dello standard programmato – Identificazione sede ed allestimento per effettuazione test diagnostici
FASE 1	*In aggiunta a quanto previsto per la fase precedente* **<u>Azioni da attuare/procedure da attivare</u>** **Trasversali** a tutte le componenti dell'assistenza sanitaria di base e domiciliare (MMG, PLS, CA - ADI – USCA): – Rafforzamento delle misure di IPC - misure generali di prevenzione e protezione con particolare attenzione alla disinfezione degli ambienti e corretto utilizzo dei DPI previsti. – Monitoraggio delle scorte e del consumo di DPI, farmaci e dispositivi medici e aggiornamento dei sistemi informativi per il monitoraggio predisposti a livello aziendale.

	– Partecipazione alle attività di formazione e aggiornamento sulla gestione dei pazienti a domicilio attivate a livello aziendale/regionale. **MMG, PLS:** - Attivazione/potenziamento dei percorsi di telemedicina (televisita/teleconsulto/teleconsulenza) anche tramite consulenza specialistica ospedaliera - Potenziamento del processo di dematerializzazione delle prescrizioni - Presa in carico e sorveglianza attiva pazienti con infezione accertata **CA:** **ADI:** – Addestramento del personale ADI all'esecuzione dei test diagnostici per l'identificazione dei casi – Organizzazione dei test diagnostici, su indicazione del medico curante o secondo indicazione del SISP, per i pazienti già in carico in ADI – Attivazione/potenziamento dei percorsi di telemedicina/teleassistenza **USCA:** – Supporto a MMG/PLS e alle attività delle Cure Primarie nella gestione domiciliare dei casi sospetti/confermati – Organizzazione dei test diagnostici per i pazienti segnalati da MMG/PLS/SISP – Supporto nella gestione dei casi nelle RSA e strutture intermedie territoriali **<u>Necessità informative</u>** – Strumenti informativi per la mappatura dei pazienti in funzione della complessità assistenziale/comorbidità ed età (patient summary) – Attivazione portale / gestionale per tracciabilità, inserimento, refertazione dei test diagnostici **<u>Risorse da attivare/rimodulare</u>** **MMG:** – Attivazione o incremento della presenza del collaboratore di studio per MMG **USCA:** – Attivazione ad almeno il 50% dello standard programmato **<u>Rimodulazione attività ordinaria</u>** **MMG, PLS:** – Rimodulazione degli accessi in presenza – Limitazione dell'accesso alle strutture per pazienti sospetti – Accessi ambulatoriali su appuntamento - conversione delle attività a distanza **CA:** – Rimodulazione degli accessi in presenza – Limitazione dell'accesso alle strutture per pazienti sospetti
FASE 2	*In aggiunta a quanto previsto per la fase precedente* **<u>Azioni da attuare/procedure da attivare</u>** **MMG, PLS:** – Valutazione di attività di case finding con chiamata attiva nei confronti di pazienti con almeno 3 comorbidità ed età superiore a 65 anni – Presa in carico e sorveglianza attiva pazienti con infezione accertata

	USCA: – Supporto alle attività dei MMG-PLS-CA-ADI e SISP (sorveglianza attiva e presa in carico domiciliare) e supporto a strutture residenziali/semiresidenziali territoriali **Necessità informative** – Attivazione sui dati di prese in carico domiciliari dei pazienti positivi al patogeno pandemico effettuate da MMG, PLS, CA, USCA, ADI (sorveglianza attiva, monitoraggio da remoto, gestione clinica / farmacologica, accessi in PS, ricoveri…) – Strumenti informativi per la mappatura dei focolai presso strutture intermedie territoriali, strutture socio sanitarie residenziali e semiresidenziali **Risorse da attivare/rimodulare** **MMG:** – Attivazione o incremento della presenza del collaboratore di studio per MMG **USCA:** – Progressiva attivazione fino al 100 % dello standard programmato
FASE 3	*In aggiunta a quanto previsto per la fase precedente* **Azioni da attuare/procedure da attivare** **MMG, PLS:** – Coinvolgimento nelle attività di testing e vaccinazione **CA:** – Coinvolgimento nelle attività di testing e vaccinazione **ADI:** – Coinvolgimento nelle attività di testing e vaccinazione, supporto alle strutture residenziali e semiresidenziali territoriali/str. Intermedie, supporto alle strutture alberghiere **USCA:** – Coinvolgimento nelle attività di vaccinazione, supporto alle strutture alternative **Necessità informative** – Portale vaccinazioni **Risorse da attivare/rimodulare** **MMG:** – Attivazione o incremento della presenza del collaboratore di studio a 20 ore settimanali **ADI:** – Potenziamento del servizio attraverso lo spostamento di risorse recuperate dalla riduzione dell'attività ambulatoriale programmata **USCA:** – Attivazione al 100% dello standard programmato – Potenziamento dell'organico con altre figure professionali (Ass. sociali/psicologi/infermieri…) **Rimodulazione attività ordinaria** **MMG, PLS:** – Chiusura accesso in presenza (per i pazienti sospetti) e potenziamento disponibilità telefonica e attività in telemedicina
FASE	*Potenziamento incrementale di tutte le attività previste nelle fasi precedenti e verifica*

4	*dell'efficacia delle azioni intraprese*
FASE 5	

Centrale Operativa Territoriale – COT

La Centrale Operativa Territoriale, essenziale per l'integrazione tra il setting ospedaliero, territoriale e la risposta dei Dipartimenti di Prevenzione, svolge una funzione di raccordo con tutti i servizi facilitando connessione, coordinazione e tracciabilità dei processi. Essa conosce le risorse, i servizi, la loro interrelazione, i processi, le modalità di attuazione e il loro monitoraggio, garantendo e coordinando la presa in carico, da parte dell'Azienda ULSS, dei pazienti "fragili".

COT	
FASE 0	**Azioni da attuare/procedure da attivare** – Verifica e aggiornamento della mappatura delle risorse territoriali identificate nel Piano Aziendale. – Definizione delle attività prioritarie relative alla funzione della COT, anche in relazione ai percorsi di ammissione e dimissione di pazienti infetti. – Implementazione delle attività di Formazione e aggiornamento continuo previste dal Piano Aziendale specifiche per la fase di allerta pandemica – Abilitazione e utilizzo delle piattaforme del sistema informativo regionale dedicate alle attività correlate alla pandemia. – Apertura di un canale telefonico e mail dedicato ai professionisti sanitari che operano sul territorio (MMG, PLS, USCA, CA, ADI) per un supporto informativo sulle direttive e procedure organizzative specifiche relative la pandemia disposte dai competenti organi regionali e aziendali. – Supporto e monitoraggio delle procedure straordinarie attivate per la fase pandemica a supporto della continuità ospedale-territorio e dell'assistenza territoriale. – Collegamento con il Dipartimento di Prevenzione per reperimento informazioni necessarie agli operatori sul territorio. **Necessità informative** – Database aggiornato di mappatura delle risorse della rete assistenziale – Piattaforme del sistema informativo regionale dedicate alle attività correlate alla pandemia
FASE 1	*In aggiunta a quanto previsto per la fase precedente* **Azioni da attuare/procedure da attivare** – Presa in carico e tracciamento all'interno del monitoraggio delle transizioni in capo alla COT dei casi sospetti/confermati. – Attivazione di un tavolo di coordinamento con i servizi sociali per la segnalazione di casi con problematiche sociali aggravate dalla situazione pandemica. – Partecipazione per la parte di competenza all'attivazione e aggiornamento costante di strumenti per la condivisione in un unico *repository* aziendale dei documenti essenziali. – Report periodico sui dati di competenza, relativi alle transizioni e ai bisogni emergenti, al CESP e alle altre strutture Aziendali coinvolte nel contrasto alla pandemia. **Rimodulazione attività ordinaria** – Sospensione graduale delle attività non prioritarie svolte dalla COT in funzione delle risorse necessarie a sostenere le attività previste dal Piano Aziendale e le attività essenziali.

FASE 2	*In aggiunta a quanto previsto per la fase precedente* **Azioni da attuare/procedure da attivare** – Supporto all'accesso al teleconsulto con specialistica per MMG, PLS, CA e USCA. **Rimodulazione attività ordinaria** – Sospensione graduale delle attività non prioritarie svolte dalla COT in funzione delle risorse necessarie a sostenere le attività previste dal Piano Aziendale e le attività essenziali.
FASE 3	*In aggiunta a quanto previsto per la fase precedente* **Azioni da attuare/procedure da attivare** – Attivazione di una procedura di emergenza per l'inserimento diretto da parte della COT di pazienti positivi all'agente pandemico, clinicamente stabili e non gestibili a domicilio per motivi sociali, in strutture dedicate identificate dal Piano Aziendale. – Monitoraggio quotidiano della capacità di presa in carico delle richieste, da parte delle strutture territoriali (strutture intermedie, Hospice e Centri Servizio per Anziani), dell'ADI e delle USCA. Relazione quotidiana al CESP e alle direzioni di distretto sui tempi di attesa e sulle eventuali motivazioni ostative la presa in carico. – Monitoraggio dei pazienti dimissibili dai reparti ospedalieri e sulle eventuali motivazioni ostative la dimissione, relazione quotidiana al CESP e alle direzioni di distretto. **Necessità informative** – Sistemi informativi di rete per il monitoraggio delle dimissioni ospedaliere e presa in carico territoriale **Rimodulazione attività ordinaria** – Sospensione graduale delle attività non prioritarie svolte dalla COT in funzione delle risorse necessarie a sostenere le attività previste dal piano di contrasto alla pandemia e le attività essenziali.
FASE 4 **FASE 5**	*Potenziamento incrementale di tutte le attività previste nelle fasi precedenti e verifica dell'efficacia delle azioni intraprese*

Assistenza specialistica ambulatoriale, attività ambulatoriale territoriale (specialistica, punti prelievi).

All'interno del Piano Aziendale devono essere individuate le attività di assistenza specialistica ambulatoriale e ambulatoriali territoriali (specialistica, punti prelievi) essenziali e rimodulabili, con la stima del relativo fabbisogno del personale minimo necessario per la gestione dei servizi e di quello mobilitabile a supporto di altri setting.

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE **ATTIVITÀ AMBULATORIALE TERRITORIALE** **(SPECIALISTICA, PUNTI PRELIEVI)**	
FASE 0	**Azioni da attuare/procedure da attivare** – Verifica, adeguamento ed aggiornamento dei percorsi e delle procedure di gestione dei pazienti per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali previsti dal Piano Aziendale. – Partecipazione di tutti gli operatori alle attività di formazione e aggiornamento continuo previste dal Piano Aziendale e partecipazione alle attività specifiche per la fase di allerta pandemica individuate a livello regionale. – Rafforzamento delle misure di IPC - misure generali di prevenzione e protezione. – Rafforzamento delle attività di sensibilizzazione e formazione sulle misure di prevenzione da adottare rivolte ai pazienti. – Verifica della disponibilità e predisposizione all'organizzazione dei servizi in telemedicina. – Accesso ai documenti essenziali e aggiornati (raccolti all'interno di un unico *repository* aziendale). **Necessità informative** – Piattaforma di telemedicina – Monitoraggio accessi ai servizi distrettuali e alle prestazioni
FASE 1	*In aggiunta a quanto previsto per la fase precedente* **Azioni da attuare/procedure da attivare** – Attuazione dei percorsi previsti dal Piano Aziendale con l'obiettivo di garantire sicurezza nella fruizione dei servizi, implementazione delle misure organizzative per la gestione delle attese. **Risorse da attivare/rimodulare** – Attivazione e potenziamento dei servizi di telemedicina. **Rimodulazione attività ordinaria** – Riorganizzazione della pianificazione delle attività infermieristiche, riduzione della presenza infermieristica negli ambulatori non essenziali (eventuale supporto con OSS).
FASE 2	*In aggiunta a quanto previsto per la fase precedente* **Azioni da attuare/procedure da attivare** – Sostegno alle attività di screening e diagnostiche di massa. **Rimodulazione attività ordinaria** – Rimodulazione dell'offerta di attività specialistica differibile.

FASE 3	*In aggiunta a quanto previsto per la fase precedente* **Azioni da attuare/procedure da attivare** – Sostegno alle attività vaccinali specifiche per il contrasto alla pandemia.
FASE 4 **FASE 5**	*Potenziamento incrementale di tutte le attività previste nelle fasi precedenti e verifica dell'efficacia delle azioni intraprese*

Assistenza sanitaria presso le Strutture intermedie – OdC/URT/Hospice

Assistenza sanitaria presso le Strutture intermedie – OdC/URT/Hospice

ASSISTENZA SANITARIA PRESSO LE STRUTTURE INTERMEDIE **ODC/URT/HOSPICE**	
FASE 0	**<u>Azioni da attuare/procedure da attivare</u>** – Valutazione e verifica dei percorsi dedicati per casi sospetti e delle aree di isolamento. – Partecipazione di tutti gli operatori alle attività di formazione e aggiornamento continuo previste dal Piano Aziendale specifiche per la fase di allerta pandemica. – Rafforzamento delle misure standard di IPC - misure generali di prevenzione e protezione. – Rafforzamento delle attività di sensibilizzazione e formazione sulle misure di prevenzione da adottare rivolte a pazienti, visitatori e operatori esterni. – Adesione alle campagne vaccinali. – Attivazione sistema di sorveglianza per identificazione precoce di casi sospetti tra pazienti e operatori/monitoraggio giornaliero. – Rafforzamento partecipazione alla rete di sorveglianza epidemiologica/virologica Influnet. – Monitoraggio e segnalazione all'interno dei sistemi informativi previsti a livello aziendale del n. di casi sospetti/confermati tra i pazienti. – Attivazione del monitoraggio delle scorte e necessità di DPI, farmaci e dispositivi medici delle diverse strutture. **<u>Necessità informative</u>** – Strumenti informativi per il monitoraggio del n. di casi sospetti/confermati all'interno delle strutture – Strumenti informativi per il monitoraggio delle necessità di DPI, farmaci e dispositivi medici delle diverse strutture – Strumenti informativi per il monitoraggio del n. di risorse umane per setting e profilo attivabili ed impiegate
FASE 1	*In aggiunta a quanto previsto per la fase precedente* **<u>Azioni da attuare/procedure da attivare</u>** – Potenziamento della capacità dei servizi di pulizia e smaltimento rifiuti. – Monitoraggio delle scorte e del consumo di DPI, farmaci e dispositivi medici e aggiornamento dei sistemi informativi per il monitoraggio predisposti a livello aziendale. – Attivazione dei percorsi interni per il contenimento dell'infezione e delle procedure previste per l'isolamento dei casi sospetti/confermati. – Effettuazione di screening sistematici agli operatori al fine della diagnosi precoce dell'infezione, secondo modalità definite a livello regionale. – Attivazione delle procedure previste per nuovi ingressi, rientri dalle strutture ospedaliere e trasferimenti interni. – Limitazione degli accessi ai visitatori e adozione di protocolli specifici per le visite di familiari e congiunti. – Partecipazione di tutti gli operatori alle attività formative di aggiornamento. – Attivazione dei servizi di assistenza sanitaria erogabili in modalità di telemedicina. – Riduzione degli accessi dei visitatori esterni sulla base delle direttive della direzione sanitaria.

	– Attivazione procedure previste per medicina necroscopica e gestione delle salme. **<u>Risorse da attivare/rimodulare</u>** – Servizi di assistenza sanitaria erogabili in modalità di telemedicina.
FASE 2	*In aggiunta a quanto previsto per la fase precedente* **<u>Azioni da attuare/procedure da attivare</u>** – Disporre di una consulenza infettivologica in grado di garantire una adeguata gestione dei nuovi casi riscontrati. **<u>Risorse da attivare/rimodulare</u>** – Coinvolgimento delle USCA – Consulenza infettivologica
FASE 3	*In aggiunta a quanto previsto per la fase precedente* **<u>Risorse da attivare/rimodulare</u>** – Potenziamento dell'organico in funzione del carico assistenziale dovuto alla positività all'agente patogeno pandemico dei pazienti ricoverati. – Arruolamento di infermieri e medici specialisti per l'implementazione dei team multidisciplinari di assistenza. – Possibile ambito di arruolamento Infermieri ADI/Infermieri di comunità rimodulando i piani assistenziali dei pazienti a bassa intensità assistenziale e le attività degli Infermieri di Famiglia e Comunità.
FASE 4	*In aggiunta a quanto previsto per la fase precedente* **<u>Azioni da attuare/procedure da attivare</u>** – Sospensione dell'accesso ai visitatori ad eccezione dei soli casi indicati dalla Direzione Sanitaria della struttura che è tenuta ad adottare le misure preventive necessarie a prevenire la trasmissione.
FASE 5	*<u>Potenziamento incrementale di tutte le attività previste nelle fasi precedenti e verifica dell'efficacia delle azioni intraprese</u>*

Assistenza Sanitaria presso i Centri Servizi Per Anziani Non Autosufficienti

Assistenza Sanitaria presso i Centri Servizi Per Anziani Non Autosufficienti

Assistenza Sanitaria presso i Centri Servizi Per Anziani Non Autosufficienti **CENTRI SERVIZI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**	
FASE 0	**Azioni da attuare/procedure da attivare** – Attivazione di un tavolo di coordinamento con la Direzione dei servizi sociali dell'Azienda ULSS – Valutazione dei percorsi e delle aree di isolamento. – Partecipazione degli operatori alle attività di formazione e aggiornamento continuo previste dal Piano Aziendale specifiche per la fase di allerta pandemica. – Rafforzamento delle misure standard di IPC - misure generali di prevenzione e protezione. – Rafforzamento delle attività di sensibilizzazione e formazione sulle misure di prevenzione da adottare rivolte a pazienti, visitatori e operatori esterni. – Adesione alle campagne vaccinali. – Attivazione sistema di sorveglianza per identificazione precoce di casi sospetti tra pazienti e operatori/monitoraggio giornaliero. – Rafforzamento partecipazione alla rete di sorveglianza epidemiologica/virologica Influnet. – Monitoraggio e segnalazione all'interno dei sistemi informativi previsti a livello aziendale del n. di casi sospetti/confermati tra i pazienti. – Attivazione del monitoraggio delle scorte e necessità di DPI, farmaci e dispositivi medici delle diverse strutture. – Predisposizione di strumenti/canali informativi per garantire la comunicazione tra gli ospiti ed i familiari per l'attivazione nelle fasi successive. **Necessità informative** – Predisposizione ed attivazione di strumenti informativi per il monitoraggio del n. di casi sospetti/confermati all'interno delle strutture – Strumenti informativi per il monitoraggio delle necessità di DPI, farmaci e dispositivi medici delle diverse strutture – Predisposizione di strumenti informativi per il monitoraggio del n. di risorse umane per setting e profilo attivabili ed impiegate
FASE 1	*In aggiunta a quanto previsto per la fase precedente* **Azioni da attuare/procedure da attivare** – Attivazione dei percorsi interni per il contenimento dell'infezione e delle procedure previste per l'isolamento dei casi sospetti/confermati. – Effettuazione di screening sistematici agli operatori al fine della diagnosi precoce dell'infezione, secondo modalità definite a livello regionale. – Attivazione delle procedure previste per nuovi ingressi, accessi dei visitatori, rientri in famiglia, rientri dalle strutture ospedaliere e trasferimenti interni. – Partecipazione degli operatori alle attività formative di aggiornamento sulla base delle indicazioni del Direttore della struttura. – Attivazione delle azioni per disporre di una consulenza infettivologica in grado di garantire un'adeguata gestione dei nuovi casi riscontrati nell'ambito delle competenze disciplinate dall'accordo contrattuale.

	– Attivazione su indicazione dell'Azienda ULSS dei servizi di assistenza sanitaria erogabili in modalità di telemedicina. – Coinvolgimento della Centrale Operativa Territoriale quale facilitatore nella gestione delle transizioni complesse e nella comunicazione tra Centro Servizi per Anziani, Distretto, Dipartimento di Prevenzione, Servizi Sociali Territoriali delle amministrazioni comunali, con particolare riferimento ai nuovi ingressi temporanei. – Attivazione di sistemi di archiviazione documentale condivisa predisposti a livello di Azienda ULSS – Definizione delle azioni di controllo sulle indicazioni fornite dai Servizi Igiene e Sanità Pubblica e Cure Primarie ai centri servizio. **Risorse da attivare/rimodulare** – Servizi di assistenza sanitaria erogabili in modalità di telemedicina attraverso le disposizioni impartite dall'Azienda ULSS. – Potenziamento assistenza medica (cfr consulenza infettivologa)
FASE 2	*In aggiunta a quanto previsto per la fase precedente* **Azioni da attuare/procedure da attivare** – Potenziamento attività di screening agli operatori. – Potenziamento dei piani di screening in atto per l'identificazione dei casi di infezione. – Pianificazione per l'arruolamento di Infermieri ADI e delle USCA per il supporto ai centri di servizio e per la rimodulazione dei piani assistenziali dei pazienti a bassa intensità assistenziale e pianificazione per il coinvolgimento delle attività degli Infermieri di Famiglia e Comunità. – Rimodulazione delle procedure previste per gli ingressi in struttura di ospiti e visitatori sulla base delle indicazioni nazionali e regionali. – Individuazione delle azioni di supporto erogabili da altri soggetti/enti (volontariato, ecc) nell'ambito del tavolo di coordinamento con le Direzioni dei servizi sociali. – Attivazione delle azioni di controllo definite dai Servizi Igiene e Sanità Pubblica e Cure Primarie ai centri servizio. **Risorse da attivare/rimodulare** – Coordinamento con i SISP e Cure Primarie – Coinvolgimento delle USCA
FASE 3	*In aggiunta a quanto previsto per la fase precedente* **Azioni da attuare/procedure da attivare** – Attivazione di un confronto con le Aziende ULSS per il potenziamento dell'organico in funzione del carico assistenziale e della rivisitazione dei processi produttivi dovuto alla positività all'agente patogeno pandemico dei pazienti ricoverati nell'ambito del controllo esterno. – Attivazione delle Azioni di arruolamento di infermieri e medici specialisti per l'implementazione dei team multidisciplinari di assistenza e attivazione di tavoli di confronto con i Centri di Servizio/Aziende ULSS ed altri enti preposti alla programmazione/gestione risorse umane. – Attivazione di modelli di collaborazione con altri centri di servizio ed altre strutture sanitarie, con il coinvolgimento dei Direttori dei servizi sociali, per l'ottimizzazione della gestione del personale tra le varie strutture. – Rimodulazione della definizione dei protocolli di assistenza medica in funzione delle criticità correlate nell'ambito dell'attività di coordinamento tra parti disciplinata dall'accordo contrattuale. – Arruolamento Infermieri ADI/Infermieri di comunità ed USCA per il supporto ai centri

	di servizio rimodulando i piani assistenziali dei pazienti a bassa intensità assistenziale e le attività degli Infermieri di Famiglia e Comunità. – Coinvolgimento condiviso delle realtà del territorio/enti del terzo settore a supporto delle attività funzionali all'ottimizzazione delle risorse in ragione della rivisitazione dei processi produttivi. **Risorse da attivare/rimodulare** – ADI – USCA/CA diurna – infermieri di famiglia e di comunità – Potenziamento assistenza medica (cfr assistenza infettivologa) – Terzo settore – Volontariato
FASE 4	*In aggiunta a quanto previsto per la fase precedente* **Azioni da attuare/procedure da attivare** – Formulazione di un piano condiviso con l'Azienda ULSS per la rivisitazione dei criteri di accesso in struttura da parte degli ospiti, dei visitatori e per i rientri in famiglia sulla base delle disposizioni ministeriali e regionali. – Attivazione e potenziamento di procedure di reclutamento straordinario. – Intensificazione dei tavoli di coordinamento con le Aziende ULSS nell'ambito dei piani di sanità per la condivisione delle strategie. **Risorse da attivare/rimodulare** – ADI – USCA/CA diurna – infermieri di famiglia e di comunità – Potenziamento assistenza medica (cfr assistenza infettivologa) – Terzo settore – Volontariato **Rimodulazione attività ordinaria** – Rimodulazione sospensione delle attività in funzione delle priorità sanitarie emergenti
FASE 5	*Potenziamento incrementale di tutte le attività previste nelle fasi precedenti e verifica dell'efficacia delle azioni intraprese*

Monitoraggio del Piano

Il Piano di aumento di capacità e di continuità dei servizi sanitari assistenziali ospedalieri e territoriali è uno strumento a supporto del Servizio Sanitario Regionale per coordinare la risposta durante la pandemia.

Ai fini del monitoraggio dell'aumento della capacità di risposta, dal momento dell'attivazione del Piano (fase 0) - fase di allerta pandemica - è prevista l'attivazione di un set minimo di flussi informativi:

Servizi Ospedalieri

In particolare:

- l'occupazione dei posti letto per ricoveri di pazienti infetti, in area critica - terapia intensiva e sub-intensiva per singola struttura,
- l'occupazione dei posti letto per ricoveri di pazienti infetti, in area non critica per singola struttura,
- numero di accessi in Pronto Soccorso per singola struttura,
- numero di deceduti per patologia in ospedale per singola struttura,
- numero di risorse umane per setting e profilo attivabili ed impiegate per singola struttura.

Servizi Territoriali

In particolare:

- numero di casi sospetti sul territorio,
- numero di casi gestiti dal livello assistenza sanitaria di base,
- numero di casi gestiti dal livello assistenza sanitaria di base, che non hanno necessità di ricovero ospedaliero,
- numero di ospiti e casi in strutture intermedie,
- numero di ospiti e casi in centri servizi per anziani,
- numero di deceduti per patologia,
- numero di risorse umane per setting e profilo attivabili ed impiegate.

Revisione e aggiornamento del Piano

Il Piano di aumento della capacità e continuità dei servizi ospedalieri e territoriali è sottoposto a revisione annuale da parte del Gruppo di Coordinamento Regionale PanFlu 2021-2023, su proposta della Direzione Programmazione Sanitaria, ed è aggiornato, o confermato, almeno con cadenza annuale con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale - specificando eventuali adempimenti a carico delle Aziende sanitarie per l'aggiornamento dei relativi Piani.

Riferimenti

- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 103 del 11 febbraio 2013. Protezione Civile: Approvazione del "Protocollo operativo per la gestione delle Emergenze", nell'ambito del Sistema Regionale di Protezione Civile
- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 438 del 07 aprile 2020. Approvazione dei criteri di individuazione degli alberghi/hotel, idonei ad ospitare persone malate in caso di carenza di posti letto negli ospedali pubblici regionali, con procedura di affidamento regionale di servizi alberghieri, a seguito di circostanze di somma urgenza dovute all'emergenza epidemiologica da COVID-19. D.lgs. n. 50/2016 art. 163.
- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 552 del 05 maggio 2020. Approvazione "Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici" con contestuale potenziamento della disponibilità posti letto e definizione di indirizzi organizzativi.
- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 568 del 05 maggio 2020. Attivazione di servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza: Telemedicina.
- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 782 del 16 giugno 2020. Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria.
- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1103 del 06 agosto 2020. Approvazione del documento recante "Emergenza COVID-19 - Piano emergenziale per l'autunno 2020".
- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1523 del 10 novembre 2020. Approvazione delle linee di indirizzo "Emergenza COVID19 - Gestione domiciliare dei pazienti con COVID-19".
- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1589 del 17 novembre 2020. Emergenza COVID-19. Disposizioni per la gestione dell'emergenza epidemiologica nelle Strutture residenziali per anziani non autosufficienti.
- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 385 del 30 marzo 2021. Emergenza COVID-19. Disposizioni definitive ai sensi della DGR n. 1589/2020 per la gestione dell'emergenza epidemiologica nelle Strutture residenziali per anziani non autosufficienti.
- Nota del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 455886/2020 del 27 ottobre 2020. Emergenza COVID-19 Invio "Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno" e rilevazione Ospedali di Comunità

Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante "Indicazioni *ad interim* di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale"

Macro Area
APPROVVIGIONAMENTO DI DPI, MEDICINALI, FORNITURA DI DISPOSITIVI MEDICI ESSENZIALI

Documenti attuativi

1. Approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), fornitura di dispositivi medici essenziali

Approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), fornitura di dispositivi medici essenziali

Documenti Attuativi

Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettive

Gennaio 2022

Premessa

Il presente documento rappresenta l'attuazione del Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale 2021-2023, di cui al Documento Programmatico del 29/10/2021 per le aree e attività di competenza della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva, di seguito sommariamente riportate:

- Gestione Attrezzature
- DPI, Farmaci e DM
- Laboratori Microbiologia

In particolare, le fasi in cui dette attività sono da espletarsi sono la fase Interpandemica e di Allerta, come rappresentato nel Documento programmatico (Par. 11.7 e 12.7).

Per quanto riguarda le **attrezzature**, in ottemperanza a quanto disposto dal Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34, con DDGRV 552/2020, 782/2020 e 1103/2020 è stata incrementata la capacità di ricovero in Terapia Intensiva e Semi-intensiva in maniera strutturale nei presidi ospedalieri del territorio regionale. La consistenza è definita secondo programmazione regionale (DGRV 1103/2020, Allegato A, Tabella 1 e 2); la dotazione per l'allestimento di ciascun posto letto è definita e secondo standard individuati con DGRV 782/2020, Allegato E.

Le attività che riguardano **DPI, farmaci e dispositivi medici** di competenza della Direzione Edilizia Ospedaliera riguardano essenzialmente, in stretta collaborazione con Azienda Zero, l'approvvigionamento, lo stoccaggio e la logistica. Per la definizione di un piano regionale per l'individuazione dei differenti livelli di acquisto (regionale o aziendale) e stoccaggio (incluso il trasporto) di farmaci e dispositivi medici e DPI si rimanda allo specifico documento a cura della Direzione Farmaceutico- Protesica-Dispositivi Medici "*Piano Regionale per l'individuazione dei Livelli di Acquisto e Stoccaggio*".

Infine, per quanto concerne la rete dei **laboratori di Microbiologia**, le attività previste riguardano la gestione delle attrezzature, l'approvvigionamento e la distribuzione dei consumabili e dei dispositivi necessari all'esecuzione dei test e l'ottimizzazione e incremento della capacità produttiva della rete regionale in relazione al fabbisogno emergenziale.

Con il presente si intende individuare gli attori coinvolti nei processi di esecuzione delle attività previste e le rispettive competenze; a questo proposito sono indicati i documenti attuativi corrispondenti alle attività individuate, nonché una checklist di controllo delle attività per ciascuna fase, allegata al presente documento:

- *PANFLU_11.7_Interpandemica – Checklist*
- *PANFLU_12.7_Allerta - Checklist*

A) Fase Interpandemica

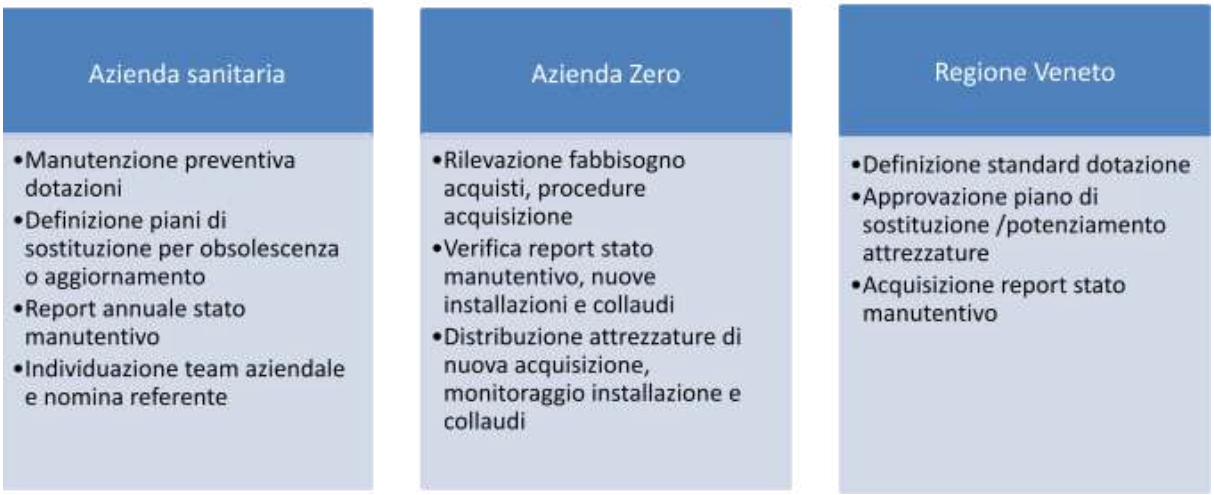
11.7 - Programmazione approvvigionamento farmaci, DPI e DM

- **Attività: Gestione Attrezzature**

E' necessario garantire la funzionalità di ciascun posto letto e delle attrezzature in dotazione, in particolare quelli aggiuntivi e non in funzione in assetto non emergenziale.

La reportistica predisposta distingue le tipologie di posto letto, così come definite dalla DGRV 782/2020, di cui si monitora la consistenza, l'allestimento e lo stato manutentivo:

- TERAPIA INTENSIVA - Posti letto da programmazione attivati
- TERAPIA INTENSIVA - Posti letto a disposizione del CREU
- TERAPIA INTENSIVA - Posti letto attivabili da riconversione - gruppi operatori
- TERAPIA INTENSIVA - Posti letto attivabili da riconversione - da semi-intensiva
- TERAPIA SEMINTENSIVA



Documenti attuativi:

- Gestione attrezzature - Report periodici
  Reportistica relativa alla consistenza e allo stato manutentivo della dotazione (Azienda Zero).

  PANFLU_11.7_Interpandemica - Monitoraggio Attrezzature – Monitoraggio manutenzione TI
  PANFLU_11.7_Interpandemica - Monitoraggio Attrezzature – Monitoraggio manutenzione SEMI
  PANFLU_11.7_Interpandemica - Monitoraggio Attrezzature – Raccolta fabbisogni

Attività: DPI, Farmaci e DM

Al fine di garantire la fornitura di DPI, Farmaci e Dispositivi Medici ai presidi sanitari, vengono definiti i quantitativi e le modalità di stoccaggio e gestione delle scorte.

I magazzini aziendali vengono gestiti autonomamente dalle singole Aziende sanitarie, sia nella definizione dei fabbisogni che per la gestione delle scorte; i magazzini centralizzati sono gestiti da Azienda Zero. Nel corso della fase interpandemica Azienda Zero predispone un sistema di controllo dei magazzini aziendali in coordinamento con quelli centralizzati, che consenta il monitoraggio dei consumi e dell'eventuale fabbisogno emergenziale. Al fine di soddisfare l'incremento dei fabbisogni in caso di evento pandemico, Azienda Zero prevede nelle procedure di acquisizione centralizzate che effettua opzioni contrattuali per maggiori forniture, da attivarsi al bisogno.

I diversi attori che intervengono nell'attività elaborano e approvano i necessari documenti attuativi, ognuno per propria competenza.

Azienda sanitaria	Azienda Zero	Regione Veneto
•Definizione fabbisogni ordinari e quantitativi scorte emergenziali •Gestione magazzini aziendali e scorte •Individuazione team aziendale e nomina referente	•Gestione magazzini centrali •Approvvigionamento scorte e forniture •Predisposizione sistema di monitoraggio consumi, controllo centrale dei magazzini aziendali, rilevazione fabbisogni emergenziali •Predisposizione opzioni contrattuali per forniture d'emergenza •Report annuale scorte	•Acquisizione report di Azienda Zero

Documenti attuativi:

- Atto aziendale di costituzione del Team aziendale (Azienda Sanitaria)
  Delibera Direttore Generale
- Piano regionale per l'individuazione dei livelli di acquisto e stoccaggio (incluso il trasporto) di farmaci e dispositivi medici e DPI, e delle modalità di accesso alle scorte nelle varie fasi (Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici);
- Contratti/opzioni contrattuali per l'attivazione di scorte preventive (Azienda Zero)
- Procedure di approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini) e dispositivi medici essenziali con individuazione specifica dei ruoli (Azienda Zero)
- Report periodici stato consistenza scorte a livello aziendale e regionale (Azienda Sanitaria/Azienda Zero)
  PANFLU_11.7_12.7_DPI - Report consistenza magazzini

- Partecipa alla stesura del piano pandemico per le parti di competenza (Laboratori Microbiologia)

E' stata predisposta la possibilità di incrementare la capacità dei laboratori di microbiologia del territorio regionale mediante l'acquisizione di attrezzature, risulta pertanto necessario garantire senza soluzione di continuità la funzionalità delle attrezzature acquisite, nonché la possibilità di fornitura incrementale di materiali e dispositivi consumabili necessari.

Azienda sanitaria	Azienda Zero	Regione Veneto
•Manutenzione preventiva attrezzature laboratorio •Individuazione team aziendale e nomina referente	•Predisposizione opzioni contrattuali per forniture d'emergenza consumabili, in funzione dell'utilizzo ordinario e dei tempi di scadenza	•Individuazione coordinatore regionale per UUOO Microbiologia (Dir. Area Sanità e Sociale)

B) Fase Allerta

12.7 - Programmazione approvvigionamento farmaci, DPI e DM

- **Attività: Ricognizione e verifica attrezzature in dotazione e allestimento PL programmati**

In fase di allerta si attiva l'effettivo allestimento dei posti letto aggiuntivi predisposti in fase inter-pandemica; a questo proposito l'Azienda Sanitaria costituisce un team di verifica dello stato di ciascun posto letto individuando i necessari referenti.

In relazione allo specifico evento pandemico e alle peculiari necessità diagnostico-assistenziali, gli standard di dotazione di ciascun posto letto vengono verificati ed eventualmente perfezionati ed aggiornati; per le attrezzature, integrative o sostitutive, che dovessero essere previste in dotazione viene elaborato un piano di acquisizione e distribuzione presso i presidi ospedalieri sulla base del fabbisogno segnalato dalle Aziende Sanitarie.

Documenti attuativi:

- Gestione attrezzature - Report periodici
  - *PANFLU_12.7_Allerta - Ricognizione Attrezzature - Monitoraggio stato TI*
  - *PANFLU_12.7_Allerta - Ricognizione Attrezzature - Monitoraggio stato SEMI*
  - *PANFLU_12.7_Allerta - Ricognizione Attrezzature – Raccolta fabbisogni*
- Atto aziendale di costituzione del Team aziendale (Azienda Sanitaria)
  - *Delibera Direttore Generale*

- ## Approvvigionamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini), e dispositivi medici essenziali

In fase di allerta si attivano le forniture aggiuntive necessarie a garantire la funzionalità e la sicurezza delle strutture sanitarie. A questo proposito si attivano le forniture opzionali previste nei contratti di fornitura attivati in fase inter-pandemica e se ne cura la corretta distribuzione nel territorio regionale.

Documenti attuativi:

- Procedure definite in fase inter-pandemica per il monitoraggio routinario della disponibilità delle scorte - Report periodici stato consistenza scorte a livello aziendale e regionale (Azienda Sanitaria/Azienda Zero)

  PANFLU_11.7_12.7_Report consistenza magazzini

- Contratti preliminari con Ditte produttrici di medicinali, dispositivi medici e kit di laboratorio;
- Contratti per l'attivazione di scorte preventive.

- ## Attività di segnalazione e monitoraggio (Laboratori)

In fase di allerta vengono attivate tutte le azioni atte ad incrementare la capacità produttiva e di esecuzione dei laboratori di microbiologia. Contestualmente viene attivato il Gruppo Regionale di Coordinamento al fine di ottimizzare l'esecuzione dei test nel territorio regionale.

Documenti attuativi:

- Report periodici stato consistenza scorte a livello aziendale e regionale (Azienda Zero)
  Categorie merceologiche da definire in funzione dell'evento pandemico

Attori	Attività	Azioni	Verifica Sì	Verifica No	Riferimento Documento
Azienda Sanitaria	Gestione attrezzature	Manutenzione preventiva attrezzature			
		Piani di sostituzione			*PANFLU_11.7_Interpandemica - Monitoraggio Attrezzature – Raccolta fabbisogni*
		Team aziendale e nomina referente			
	DPI, Farmaci e DM	Definizione fabbisogni ordinari e quantitativi scorte emergenziali			
		Gestione magazzini aziendali e scorte			
		Individuazione team aziendale e nomina referente			*Delibera Direttore Generale*
	Laboratori Microbiologia	Manutenzione preventiva attrezzature laboratorio			
		Individuazione team aziendale e nomina referente			*Delibera Direttore Generale*

Attori	Attività	Azioni	Verifica Sì	Verifica No	Riferimento Documento
Azienda Zero	Gestione attrezzature	Monitoraggio manutenzione TI			*PANFLU_11.7_Interpandemica - PANFLU_11.7_Interpandemica - Monitoraggio Attrezzature – Monitoraggio manutenzione SEMI*
		Monitoraggio manutenzione Semi-intensiva			
		Elaborazione report consistenza e stato manutentivo			
	DPI, Farmaci e DM	Predisposizione sistema di monitoraggio consumi, controllo centrale dei magazzini aziendali, rilevazione fabbisogni emergenziali			
		Predisposizione opzioni contrattuali per forniture d'emergenza			
		Report annuale scorte			*PANFLU_11.7_12.7_DPI - Report consistenza magazzini*
	Laboratori Microbiologia	Predisposizione opzioni contrattuali per forniture d'emergenza consumabili, in funzione dell'utilizzo ordinario e dei tempi di scadenza			
Regione Veneto	Gestione attrezzature	Definizione standard dotazione			
		Approvazione piano sostituzione attrezzature			
		Acquisizione report stato manutentivo			
	DPI, Farmaci e DM	Acquisizione report di Azienda Zero			
	Laboratori Microbiologia	Individuazione coordinatore regionale UUOO Microbiologia			

Attori	Attività	Azioni	Verifica Sì	Verifica No	Riferimento Documento
Azienda Sanitaria	Ricognizione e verifica attrezzature in dotazione e allestimento PL programmati	Allestimento Posti letto aggiuntivi			*PANFLU_12.7_Allerta - Ricognizione Attrezzature – Raccolta fabbisogni*
		RIchiesta integrazione/sostituzione attrezzature			
		Team aziendale verifica PL e nomina referente			*Atto aziendale di costituzione del Team aziendale) - Delibera Direttore Generale*
	DPI, Farmaci e DM	Verifica consistenza scorse aziendali			*PANFLU_11.7_12.7_Report consistenza magazzini*
		Perfezionamento stima fabbisogno			
	Laboratori Microbiologia	Attivazione attrezzature per potenziamento capacità			
		Verifica scorte e definizione fabbisogno			

Attori	Attività	Azioni	Verifica Sì	Verifica No	Riferimento Documento
Azienda Zero	Ricognizione e verifica attrezzature in dotazione e allestimento PL programmati	Acquisizione report su stato dotazioni allestite SEMI			*PANFLU_12.7_Allerta - Ricognizione Attrezzature - Monitoraggio stato TI*
		Acquisizione report su stato dotazioni allestite TI			*PANFLU_12.7_Allerta - Ricognizione Attrezzature - Monitoraggio stato SEMI*
		Procedure acquisizione eventuali ulteriori attrezzature necessarie			
		Distribuzione e monitoraggio installazione/collaudo eventuali attrezzature fornite in allerta			
	DPI, Farmaci e DM	Attivazione acquisizione scorte emergenziali			*Opzioni contratti in essere*
		Verifica consistenza scorte magazzini aziendali e centrali			*PANFLU_11.7_12.7_Report consistenza magazzini*
		Attivazione sistema rilevazione fabbisogni emergenziali			
		Distribuzione scorte emergenziali			
	Laboratori Microbiologia	Attivazione procedure acquisizione consumabili per potenziamento capacità laboratori (opzioni contrattuali)			*Report periodici stato consistenza scorte a livello aziendale e regionale*
Regione Veneto	Ricognizione e verifica attrezzature in dotazione e allestimento PL programmati	Verifica e coordinamento attivazione PL aggiuntivi			
		Assestamento e perfezionamento definizione standard dotazione e fabbisogni sanitari in funzone dell'evento pandemico			
		Monitoraggio distribuzione eventuali attrezzature aggiuntive			
	DPI, Farmaci e DM	Coordinamento e verifica			
	Laboratori Microbiologia	Istituzione Gruppo Regionale Microbiologia con le diverse professionalità			

Presidio Ospedaliero

_____

TERAPIA INTENSIVA - Posti letto da programmazione attivati

	PRESENTE (SI/NO)	DITTA	MODELLO	S.N.	INVENTARIO	DATA COLLAUDO	PERIODICITA' MP	PERIODICITA' VSE	PERIODICITA' CF	DATA ULTIMA MP	DATA ULTIMA VSE	DATA ULTIMA CF
CENTRALE DI MONITORAGGIO												
DOTAZIONE PER POSTO LETTO												
LETTO PER TERAPIA INTENSIVA												
VENTILATORE POLMONARE												
MONITOR MULTIPARAMETRICO												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
ALTRO, specificare _____												
LETTO PER TERAPIA INTENSIVA												
VENTILATORE POLMONARE												
MONITOR MULTIPARAMETRICO												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												

Presidio Ospedaliero

_____

TERAPIA INTENSIVA - Posti letto da programmazione attivati

	PRESENTE (SI/NO)	DITTA	MODELLO	S.N.	INVENTARIO	DATA COLLAUDO	PERIODICITA' MP	PERIODICITA' VSE	PERIODICITA' CF	DATA ULTIMA MP	DATA ULTIMA VSE	DATA ULTIMA CF
POMPA SIRINGA												
POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
ALTRO, specificare _____												
LETTO PER TERAPIA INTENSIVA												
VENTILATORE POLMONARE												
MONITOR MULTIPARAMETRICO												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
ALTRO, specificare _____												

Presidio Ospedaliero

_____

TERAPIA INTENSIVA - Posti letto attivabili da riconversione - gruppi operatori

	PRESENTE (SI/NO)	DITTA	MODELLO	S.N.	INVENTARIO	DATA COLLAUDO	PERIODICITA' MP	PERIODICITA' VSE	PERIODICITA' CF	DATA ULTIMA MP	DATA ULTIMA VSE	DATA ULTIMA CF
CENTRALE DI MONITORAGGIO												
DOTAZIONE PER POSTO LETTO												
LETTO PER TERAPIA INTENSIVA												
VENTILATORE POLMONARE												
MONITOR MULTIPARAMETRICO												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
ALTRO, specificare _____												
LETTO PER TERAPIA INTENSIVA												
VENTILATORE POLMONARE												
MONITOR MULTIPARAMETRICO												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												

Presidio Ospedaliero _____

TERAPIA INTENSIVA - Posti letto attivabili da riconversione - gruppi operatori

	PRESENTE (SI/NO)	DITTA	MODELLO	S.N.	INVENTARIO	DATA COLLAUDO	PERIODICITA' MP	PERIODICITA' VSE	PERIODICITA' CF	DATA ULTIMA MP	DATA ULTIMA VSE	DATA ULTIMA CF
POMPA VOLUMETRICA												
ALTRO, specificare _____												
LETTO PER TERAPIA INTENSIVA												
VENTILATORE POLMONARE												
MONITOR MULTIPARAMETRICO												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
ALTRO, specificare _____												

Presidio Ospedaliero

_____

TERAPIA INTENSIVA - Posti letto a disposizione del CREU

	PRESENTE (SI/NO)	DITTA	MODELLO	S.N.	INVENTARIO	DATA COLLAUDO	PERIODICITA' MP	PERIODICITA' VSE	PERIODICITA' CF	DATA ULTIMA MP	DATA ULTIMA VSE	DATA ULTIMA CF
CENTRALE DI MONITORAGGIO												
DOTAZIONE PER POSTO LETTO												
LETTO PER TERAPIA INTENSIVA												
VENTILATORE POLMONARE												
MONITOR MULTIPARAMETRICO												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
ALTRO, specificare _____												
LETTO PER TERAPIA INTENSIVA												
VENTILATORE POLMONARE												
MONITOR MULTIPARAMETRICO												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
ALTRO, specificare _____												

Presidio Ospedaliero

_____

TERAPIA INTENSIVA - Posti letto a disposizione del CREU

	PRESENTE (SI/NO)	DITTA	MODELLO	S.N.	INVENTARIO	DATA COLLAUDO	PERIODICITA' MP	PERIODICITA' VSE	PERIODICITA' CF	DATA ULTIMA MP	DATA ULTIMA VSE	DATA ULTIMA CF
LETTO PER TERAPIA INTENSIVA												
VENTILATORE POLMONARE												
MONITOR MULTIPARAMETRICO												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
ALTRO, specificare _____												

Presidio Ospedaliero

_____

TERAPIA INTENSIVA - Posti letto attivabili da riconversione - da semi-intensiva

	PRESENTE (SI/NO)	DITTA	MODELLO	S.N.	INVENTARIO	DATA COLLAUDO	PERIODICITA' MP	PERIODICITA' VSE	PERIODICITA' CF	DATA ULTIMA MP	DATA ULTIMA VSE	DATA ULTIMA CF
CENTRALE DI MONITORAGGIO												
DOTAZIONE PER POSTO LETTO												
LETTO PER TERAPIA INTENSIVA												
VENTILATORE POLMONARE												
MONITOR MULTIPARAMETRICO												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
ALTRO, specificare _____												
LETTO PER TERAPIA INTENSIVA												
VENTILATORE POLMONARE												
MONITOR MULTIPARAMETRICO												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
ALTRO, specificare _____												

Presidio Ospedaliero _____

TERAPIA INTENSIVA - Posti letto attivabili da riconversione - da semi-intensiva

	PRESENTE (SI/NO)	DITTA	MODELLO	S.N.	INVENTARIO	DATA COLLAUDO	PERIODICITA' MP	PERIODICITA' VSE	PERIODICITA' CF	DATA ULTIMA MP	DATA ULTIMA VSE	DATA ULTIMA CF
LETTO PER TERAPIA INTENSIVA												
VENTILATORE POLMONARE												
MONITOR MULTIPARAMETRICO												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
ALTRO, specificare _____												

Presidio Ospedaliero

_____

TERAPIA SEMINTENSIVA

	PRESENTE (SI/NO)	DITTA	MODELLO	S.N.	INVENTARIO	DATA COLLAUDO	PERIODICITA' MP	PERIODICITA' VSE	PERIODICITA' CF	DATA ULTIMA MP	DATA ULTIMA VSE	DATA ULTIMA CF
CENTRALE DI MONITORAGGIO												
DOTAZIONE PER POSTO LETTO												
LETTO PER TERAPIA INTENSIVA												
VENTILATORE POLMONARE												
APPARECCHIO PER OSSIGENOTERAPIA (ALTI FLUSSI)												
MONITOR MULTIPARAMETRICO												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
ALTRO, specificare _____												
LETTO PER TERAPIA INTENSIVA												
VENTILATORE POLMONARE												
APPARECCHIO PER OSSIGENOTERAPIA (ALTI FLUSSI)												
MONITOR MULTIPARAMETRICO												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE												

Presidio Ospedaliero _____

TERAPIA SEMINTENSIVA												
	PRESENTE (SI/NO)	DITTA	MODELLO	S.N.	INVENTARIO	DATA COLLAUDO	PERIODICITA' MP	PERIODICITA' VSE	PERIODICITA' CF	DATA ULTIMA MP	DATA ULTIMA VSE	DATA ULTIMA CF
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
ALTRO, specificare _____												
LETTO PER TERAPIA INTENSIVA												
VENTILATORE POLMONARE												
APPARECCHIO PER OSSIGENOTERAPIA (ALTI FLUSSI)												
MONITOR MULTIPARAMETRICO												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA SIRINGA												
POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
POMPA VOLUMETRICA												
ALTRO, specificare _____												

Per ciascuna categoria di DPI, inserire i quantitativi numerici presenti in ciascun magazzino aziendale e centrale

Azienda	Magazzino	Mascherine Chirurgiche	Mascherine FFP2	Mascherine FFP3	Calzari al ginocchio	Camici in TNT impermeabili	Camici in TNT monouso per visitatori	Occhiali	Tute	Visiera	Guanti	Cuffie / copricapo

Data

Presidio Ospedaliero _____							DA COMPILARE SOLO IN CASO DI SOSTITUZIONE				
DOTAZIONE PER POSTO LETTO	**TIPOLOGIA POSTO LETTO**	**QUANTITA'**	**MOTIVAZIONE (SOSTITUZIONE/POTENZIAMENTO/NUOVA INTRODUZIONE) E DESCRIZIONE**	**IMPORTO STIMATO (IVA ESCLUSA)**	**EVENTUALE MATERIALE DI CONSUMO DEDICATO (TIPOLOGIA, FABBISOGNO ANNUO E IMPORTO STIMATO IVA ESCLUSA)**	**NOTE**	**DITTA**	**MODELLO**	**S.N.**	**INVENTARIO**	**DATA COLLAUDO**
LETTO PER TERAPIA INTENSIVA											
VENTILATORE POLMONARE											
MONITOR MULTIPARAMETRICO											
APPARECCHIO PER OSSIGENOTERAPIA (ALTI FLUSSI)											
POMPA SIRINGA											
POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE											
POMPA VOLUMETRICA											
ALTRO, specificare _____											

Presidio Ospedaliero
_____

TERAPIA INTENSIVA - Posti letto da programmazione attivati							
POSTI LETTO	**LETTO PER TERAPIA INTENSIVA**	**VENTILATORE POLMONARE**	**MONITOR MULTIPARAMETRICO**	**POMPE SIRINGA (almeno 4)**	**POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE**	**POMPE VOLUMETRICHE (almeno 3)**	**ALTRO, specificare _____**
PL. N. 1							
PL. N. 2							
PL. N. 3							
PL. N. X							

Presidio Ospedaliero
_____

TERAPIA INTENSIVA - Posti letto attivabili da riconversione - gruppi operatori							
POSTI LETTO	**LETTO PER TERAPIA INTENSIVA**	**VENTILATORE POLMONARE**	**MONITOR MULTIPARAMETRICO**	**POMPE SIRINGA (almeno 4)**	**POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE**	**POMPE VOLUMETRICHE (almeno 3)**	**ALTRO, specificare** _____
PL. N. 1							
PL. N. 2							
PL. N. 3							
PL. N. X							

Presidio Ospedaliero

TERAPIA INTENSIVA - Posti letto a disposizione del CREU							
POSTI LETTO	**LETTO PER TERAPIA INTENSIVA**	**VENTILATORE POLMONARE**	**MONITOR MULTIPARAMETRICO**	**POMPE SIRINGA (almeno 4)**	**POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE**	**POMPE VOLUMETRICHE (almeno 3)**	**ALTRO, specificare _____**
PL. N. 1							
PL. N. 2							
PL. N. 3							
PL. N. X							

Presidio Ospedaliero

TERAPIA INTENSIVA - Posti letto attivabili da riconversione - da semi-intensiva							
POSTI LETTO	**LETTO PER TERAPIA INTENSIVA**	**VENTILATORE POLMONARE**	**MONITOR MULTIPARAMETRICO**	**POMPE SIRINGA (almeno 4)**	**POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE**	**POMPE VOLUMETRICHE (almeno 3)**	**ALTRO, specificare _____**
PL. N. 1							
PL. N. 2							
PL. N. 3							
PL. N. X							

Presidio Ospedaliero
_____

TERAPIA SEMINTENSIVA								
POSTI LETTO	**LETTO PER TERAPIA INTENSIVA**	**VENTILATORE POLMONARE (1 ogni 2 posti letto)**	**APPARECCHIO PER OSSIGENOTERAPIA (ALTI FLUSSI)**	**MONITOR MULTIPARAMETRICO**	**POMPE SIRINGA (almeno 3)**	**POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE**	**POMPE VOLUMETRICHE (almeno 3)**	**ALTRO, specificare _____**
PL. N. 1								
PL. N. 2								
PL. N. 3								
PL. N. X								

Presidio Ospedaliero _____							Da compilare solo in caso di sostituzione				
DOTAZIONE PER POSTO LETTO	**TIPOLOGIA POSTO LETTO**	**QUANTITA'**	**MOTIVAZIONE (SOSTITUZIONE/POTENZIAMENTO/NUOVA INTRODUZIONE) E DESCRIZIONE**	**IMPORTO STIMATO (IVA ESCLUSA)**	**EVENTUALE MATERIALE DI CONSUMO DEDICATO (TIPOLOGIA, FABBISOGNO ANNUO E IMPORTO STIMATO IVA ESCLUSA)**	**NOTE**	**DITTA**	**MODELLO**	**S.N.**	**INVENTARIO**	**DATA COLLAUDO**
LETTO PER TERAPIA INTENSIVA											
VENTILATORE POLMONARE											
MONITOR MULTIPARAMETRICO											
APPARECCHIO PER OSSIGENOTERAPIA (ALTI FLUSSI)											
POMPA SIRINGA											
POMPA PER NUTRIZIONE ENTERALE											
POMPA VOLUMETRICA											
ALTRO, specificare _____											

Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante "Indicazioni *ad interim* di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale"

Macro Area
RICERCA E SVILUPPO

Documenti attuativi

1. Procedure per la definizione e l'aggiornamento delle priorità di ricerca
2. Procedure di attivazione di analisi avanzate del patogeno emergente nella rete sentinella dei laboratori

Documento Attuativo

PROCEDURE PER LA DEFINIZIONE E L'AGGIORNAMENTO DELLE PRIORITÀ DI RICERCA

Il presente documento è elaborato nel contesto dell'attuale fase pandemica dell'emergenza da COVID-19. Le analisi e le revisioni effettuate durante la fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica suggeriranno dei miglioramenti nei modelli e nei processi utili da aggiornare le raccomandazioni qui contenute, nell'ottica di un percorso dinamico e ciclico di preparazione e risposta alle emergenze (ciclo di preparedness).

Documento attuativo 1 Macroarea 9

Procedure per la definizione della rete di ricerca e sviluppo e l'aggiornamento delle priorità di ricerca epidemiologica e clinica per la sorveglianza ed il controllo delle malattie infettive emergenti della Regione Veneto

Sono definite emergenti e riemergenti le infezioni identificate in un'area geografica precedentemente non interessata dall'infezione stessa o che si presentano con recrudescenze epidemiche dopo un periodo di controllo della trasmissione o causate da patogeni precedentemente non isolati nella popolazione.

Questo documento riporta nel dettaglio le procedure indicate nel Piano Strategico Operativo Regionale di preparazione e risposta a un evento pandemico (PanFlu 2021-2023) per quanto riguarda la Macro Area 7 "Ricerca e Sviluppo". In particolare, le procedure sono dettagliate a seconda del tempo e delle modalità di implementazione. In coerenza con il PanFlu vengono distinti quattro periodi: fase di allerta (identificazione di un possibile agente patogeno che potrebbe causare una pandemia); fase pandemica (l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce lo stato di pandemia a livello locale o globale); fase di transizione (la pandemia è in fase di miglioramento / risoluzione); ed infine fase post-pandemica (la pandemia è risolta con assenza di isolamento di nuovi casi).

Durante un evento pandemico o endemico ad alto impatto clinico, la ricerca e lo sviluppo svolgono un compito essenziale nel fornire rapidamente le evidenze necessarie per sviluppare protocolli di prevenzione e terapia e per indirizzare le decisioni di Sanità Pubblica. Una corretta ricerca di alta qualità deve informare i piani di preparedeness, volti a minimizzare i rischi delle malattie infettive emergenti e a mitigare il loro impatto durante un'emergenza di Sanità Pubblica, ed i piani di readness, che hanno lo scopo di sviluppare una risposta al patogeno emergente, tempestiva ed efficace, basata su evidenze scientifiche di buona qualità.

La pandemia da SARS-CoV-2 ha purtroppo evidenziato il limite della organizzazione attuale della ricerca in Italia nel produrre rapidamente evidenze scientifiche nel campo della terapia e prevenzione in situazioni di emergenza o di mancanza di evidenze scientifiche già note. Come conseguenza il SSN Italiano e di conseguenza quello Regionale, per fornire le indicazioni di terapia e prevenzione durante la pandemia, si è basato prevalentemente su risultati di studi internazionali prodotti in contesti epidemiologici (ed economici) non sempre sovrapponibili a quelli italiano e della Regione Veneto. L'importanza della creazione di reti di ricerca a livello regionale e nazionale è stato anche recentemente sottolineato dalla Commissione Europea come alta priorità ed ha ricevuto stanziamenti rilevanti di fondi dedicati. Piani di questo tipo sono stati già sviluppati in Germania ed Inghilterra e sono attualmente in corso di costituzione in Francia, Spagna e Belgio.

Questo documento descrive la rete, le competenze e la governance della rete di ricerca per le Malattie Infettive emergenti e le procedure per la definizione e l'aggiornamento delle priorità di ricerca regionale. Le procedure per la selezione e la implementazione degli studi clinici di interesse regionale e quelle per la piena funzionalità della rete di ricerca in periodo pandemico e sospensione nel periodo post pandemico verranno descritte successivamente, a seguito dell'acquisizione dei dati di mappatura regionale nell'ambito delle strutture e competenze già esistenti per la ricerca (vedi descrizione procedure).

La Macroarea di ricerca e sviluppo collabora attivamente con tutte le altre Aree incluse nel Piano Pandemico (formazione basata sulle Good Clinical Practice per referenti di ricerca; programmi di prevenzione e controllo delle infezioni; attività di sorveglianza epidemiologica e virologica; sviluppo e diffusione di linee guida per la prevenzione e la terapia), Azienda Zero, Istituto Zooprofilattico e la Fondazione SSP in tutte le sue azioni.

La tempistica specificata è applicata alla fase interpandemica. Le tempistiche per l'attuazione delle parti inerenti alle fasi di allerta, pandemica e postpandemica verranno definite da documenti specifici, a secondo della fase epidemiologica attiva.

Obiettivo

- Creare una rete di ricerca e sviluppo della Regione Veneto che colleghi le componenti maggiori delle strutture regionali coinvolte con la prevenzione e la terapia delle Malattie Infettive emergenti con lo scopo di testare rapidamente ipotesi terapeutiche e di prevenzione calibrate sulla organizzazione locale sanitaria ed epidemiologia della malattia infettiva emergente. L'obiettivo ultimo è di disegnare ed implementare rapidamente studi scientifici di alta qualità che informino il CTS, le task forces e le altri componenti del Piano Regionale Pandemico.

La rete di ricerca che svolge la sua azione sulla base di protocolli definiti e personale formato dedicato non limita la sua funzione a potenziali nuove epidemie ma a tutte le situazioni di emergenza sanitaria in campo infettivologico, microbiologico e di Sanità Pubblica quali la resistenza alle terapie antibiotiche (collocazione corretta delle nuove molecole antibiotiche, screening pre-operatorio per la riduzione delle infezioni post-chirurgiche, terapia personalizzata o vaccinazioni calibrate sulle caratteristiche del singolo individuo).

- Creare coorti cliniche ospedaliere "perpetue" per la identificazione precoce di quadri clinici anomali (per esempio sindromi respiratorie in PS) e l'allerta della rete di laboratori sentinella della Regione per una rapida definizione delle caratteristiche molecolari del patogeno al fine di individuare tempestivamente varianti virali o nuovi patogeni con caratteristiche tali da indurre un rischio potenziale nella popolazione

La rete di ricerca della Regione Veneta eseguirà studi su:

- Nuovi farmaci (inclusi vaccini) attivi contro il patogeno emergente sia in ambito domiciliare che ospedaliero;
- Nuove applicazioni elettroniche o dispositivi che possano essere utili per il contenimento della diffusione del patogeno emergente sia in ambito domiciliare che ospedaliero (incluse RSA);
- Efficacia clinica /eventi avversi dei farmaci utilizzati per il trattamento delle infezioni da patogeni emergenti (monoclonali, antivirali, antibiotici)
- Farmaci non ancora disponibili a livello nazionale ma utilizzabili all'interno di studi clinici (aumento accesso a nuovi farmaci a livello regionale)
- Follow up della malattia emergente a lungo termine
- Sviluppo di test specifici per la diagnostica rapida
- Suscettibilità ai farmaci antivirali sui primi ceppi isolati del nuovo patogeno

Procedure

La Rete di Ricerca e sviluppo per le malattie infettive emergenti è coordinata da un rappresentante della Università di Verona e da un rappresentante della Università di Padova ed include un rappresentante per ciascun HUB di Malattie infettive, privato accreditato, MMG, PLS ed il coordinatore dei centri microbiologici. Il gruppo di coordinazione partecipa alle revisioni e alle calibrazioni post esercitazione nazionale del Piano pandemico. La rete contribuisce inoltre alla costituzione di un tavolo di collaborazione tra medicina umana

e veterinaria con lo scopo di definire un approccio One Health in collaborazione con i gruppi regionali costituiti (Task Force regionale per la definizione di misure di prevenzione e controllo delle emergenze sanitarie di origine infettiva, ambientale e radiologica nell'ambito del GORR per le emergenze in Sanità Pubblica) o in via di costituzione secondo il nuovo il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) e collabora con la rete italiana di preparedeness.

La rete coordina le attività di ricerca su prevenzione, management e terapia delle infezioni ad alto impatto sulla Sanità Pubblica nelle fasi interpandemiche, epidemiche e pandemiche a tre livelli ospedaliero, MMG, RSA. Gli studi della rete di Ricerca veneta potranno essere finanziati dalla Regione o da enti esterni nazionali o internazionali secondo procedure identificate e con il coordinamento degli enti regionali di competenza.

A seguire le procedure a seconda delle fasi pandemiche:

Fase interpandemica

Procedure del gruppo di coordinazione della rete di regionale di Ricerca ed Innovazione

- Eseguire la mappatura delle strutture e del personale disponibile nelle strutture sanitarie della Regione (ospedali, RSA e Medicina Generale con riferimento al Piano Regionale di distribuzione di posti letto di medicina, semi-intensiva ed intensiva) per identificare le risorse necessarie per la costituzione di una rete di ricerca per lo studio delle infezioni da patogeni emergenti ad impatto sanitario elevato (entro settembre 2022)

- Selezionare i centri ed i rappresentati delle varie componenti (ospedali, MMG, PLS e RSA) da coinvolgere nelle diverse attività di ricerca e sviluppo della rete sulla base dei risultati della mappatura e collegandosi ai piani già esistenti (entro ottobre 2022)

- Sviluppare le procedure di governance per la gestione della rete di ricerca regionale (entro settembre 2022)

- Definire, con approccio basato sulle evidenze scientifiche (quale il "Multi Decision Criteria Analysis", MCDA), le priorità di ricerca regionali (aggiornate ogni tre anni) della Regione Veneto nel campo delle infezioni trasmissibili a carattere epidemico ed endemico (prevenzione e trattamento) (vedi dettaglio protocollo a seguire)

- Sviluppare protocolli per il monitoraggio degli indicatori e della qualità della ricerca (entro novembre 2022)

- Sviluppare un protocollo centralizzato per una rapida valutazione etica degli studi in fase emergenziale (entro novembre 2022)

- Definire ed organizzare un protocollo per la costituzione di coorti cliniche "perpetuo" per la identificazione rapida di patogeni emergenti (in particolare di virus respiratori) (entro ottobre 2022)

- Sviluppo piattaforma unica regionale di raccolta dati clinici ed epidemiologici per gli studi regionali (entro ottobre 2022)

- Sviluppare procedure per la selezione degli studi clinici di interesse regionale (documento attuativo entro ottobre 2022)
- Sviluppare procedure per la implementazione degli studi clinici di interesse regionale (documento attuativo entro dicembre 2022)
- Sviluppare procedure per la piena funzionalità delle rete di ricerca ed il rispristino delle attività sospese nel periodo pandemico (documento attuativo entro marzo 2023)

Procedure delle ASL

- Definire un rappresentante per ASL per la il gruppo coordinatore Ricerca e Sviluppo (entro settembre 2022)
- Completare lo studio di fattibilità e mappatura delle strutture e personale necessari nelle singole strutture sanitarie (ospedali e RSA e Medicina Generale; strutture HUB e Spoke) per l'esecuzione di studi clinici su patogeni emergenti (entro settembre 2022)
- Selezionare i centri ed i rappresentati delle varie componenti della rete di Ricerca secondo le indicazioni regionali (entro ottobre 2022)
- Contribuire alla definizione delle priorità di ricerca di Sanità Pubblica nel campo delle infezioni (prevenzione e trattamento) ad alto impatto assistenziale secondo indicazioni regionali (entro dicembre 2022)
- Contribuire allo sviluppo delle procedure per la selezione dei protocolli di ricerca da implementare tramite la rete regionale di ricerca e dei protocolli di implementazione secondo indicazioni regionali
- Implementazione dei protocolli di ricerca selezionati a livello regionale

Fase di allerta

Procedure del gruppo di coordinazione della rete di regionale di Ricerca ed Innovazione

- Attivazione della rete per nuovi studi sul patogeno emergente
- Collaborazione con la rete dei laboratori sentinella (selezionati nella fase interpandemica) per la definizione puntuale dell'inizio della fase di allerta
- Sviluppare studi per la valutazione di nuovi farmaci (inclusi vaccini) attivi contro il patogeno emergente sia in ambito domiciliare che ospedaliero
- Valutare e selezionare proposte di studio di enti terzi finanziatori a livello nazionale ed internazionale per la valutazione di nuovi farmaci (inclusi vaccini) attivi contro il patogeno emergente sia in ambito domiciliare che ospedaliero
- Valutare e selezionare proposte di studio di enti terzi finanziatori a livello nazionale ed internazionale per la valutazione di nuove applicazioni elettroniche o dispositivi che possano essere

utili per il contenimento della diffusione del patogeno emergente sia in ambito domiciliare che ospedaliero (incluse RSA)

- Sviluppare e selezionare protocolli di studio per la valutazione di procedure di assistenza ospedaliera e domiciliare, studi di follow up a lungo termine nei soggetti affetti dalla patologia causata dal patogeno emergente, sviluppo di un test specifico sensibile e riproducibile per la diagnosi molecolare rapida del nuovo agente patogeno virale
- Contribuire alla definizione della informazione corretta in collaborazione con Area 6
- Contribuire a protocolli per tempestivi studi FFX con Area 2
- Contribuire alla valutazione critica dei risultati degli studi clinici ed epidemiologici per lo sviluppo di protocolli di management clinico e di prevenzione della infezione da patogeno emergente

Procedure delle ASL

- Recepire ed implementare i protocolli per la riorganizzazione rapida della rete (attivazione rapida di nuovi studi e temporanea sospensione di quelli in corso) secondo le indicazioni regionali
- Diffondere nei centri della rete di pertinenza i protocolli per la valutazione di studi su nuovi farmaci (inclusi vaccini) e dispositivi attivi contro il patogeno emergente sia in ambito domiciliare che ospedaliero che in RSA
- Diffondere nei centri della rete di pertinenza i protocolli per la valutazione delle conseguenze a lungo termine delle infezioni causate dal patogeno emergente
- Implementare i protocolli clinici e di prevenzione secondo le indicazioni regionali

Fase pandemica

Procedure del gruppo di coordinazione della rete di regionale di Ricerca ed Innovazione

- Attivare nuovi studi e monitorare gli studi in corso per la valutazione di nuovi farmaci e dispositivi, della gestione delle infezioni a livello ospedaliero, domiciliare e di RSA e della gestione delle conseguenze a lungo termine con particolare riferimento ai pazienti fragili
- Attivare la piena funzionalità del coordinamento regionale e dei piani operativi locali/di struttura della rete regionale di ricerca
- Monitorare la piena operatività delle procedure
- Attivare la rete degli ospedali di riferimento e dei protocolli di collegamento con gli altri ospedali e strutture della rete di ricerca
- Garantire il rilascio tempestivo dei nuovi dati dagli studi in corso
- Contribuire allo sviluppo di sistemi di trasmissione rapida dei dati sul territorio
- Contribuire allo sviluppo ed aggiornamento dei protocolli di trattamento, tra cui farmaci antivirali, antibiotici, ventilazione, trattamento di supporto e trattamento delle infezioni secondarie

- Definisce una collaborazione continua con altri enti di ricerca nazionali ed internazionali per omogeneizzazione delle procedure ed una rapida diffusione dei risultati
- Eseguire analisi ad interim dei risultati degli studi
- Contribuire alla identificazione di notizie false, confondenti, non verificate e fake news che possono creare falsi stereotipi, portando all'adottare comportamenti discriminatori di stigma sociale, nonché al rifiuto dei comportamenti e delle misure di contenimento del rischio

Procedure delle ASL

- Diffondere i protocolli di monitoraggio a tutti i centri coinvolti nella rete di ricerca
- Diffondere rapidamente i nuovi dati disponibili
- Contribuire alla diffusione delle evidenze scientifiche e alla rapida identificazione di notizie false, confondenti, non verificate e *fake news*
- Contribuire alla analisi critiche dei risultati degli studi e le limitazioni della implementazione della rete

Fase di transizione

Procedure del gruppo di coordinazione della rete di regionale di Ricerca ed Innovazione

- Contribuire alla **revisione critica** delle evidenze per il contenimento, la gestione ed il trattamento delle infezioni da patogeno emergente ad alto impatto clinico per la modifica di protocolli correlati
- **Analizzare le limitazioni delle procedure di ricerca** in periodo pandemico per definire procedure di miglioramento
- Definire i protocolli per la gestione delle conseguenze a lungo termine sulla base delle evidenze scientifiche
- Coordinare il ripristino di tutte le attività di ricerca e degli studi sospesi nel periodo pandemico

Procedure delle ASL

- Supportare il ripristino di tutte le attività di ricerca e degli studi sospesi nel periodo pandemico nei centri di ricerca della rete
- Diffondere i risultati delle conclusioni di studi di revisione
- Diffondere i risultati degli studi effettuati
- Implementare i protocolli di osservazione a lungo termine e gestione complicanze

La recente pandemia da SARS-CoV-2 e l'incremento delle infezioni e mortalità associata causate da numerosi virus, batteri e funghi ha mostrato il ruolo essenziale di appropriati piani pandemici a livello nazionale e regionale. L'allocazione infatti delle limitate risorse disponibili nell'area della prevenzione e del controllo delle malattie trasmissibili è non solo estremamente impegnativa ma anche controversa in termini di pianificazione. La distribuzione delle risorse di Sanità Pubblica per la sorveglianza, il controllo ed il rapido isolamento di nuovi agenti patogeni infettivi ad elevato impatto clinico varia notevolmente tra agenti patogeni e tipo di popolazione. La pianificazione delle attività di ricerca e sviluppo è quindi essenziale per limitare il rischio di essere impreparati di fronte a nuove emergenze infettivologiche. Poiché sono molti gli agenti patogeni potenzialmente dannosi per l'uomo ed in grado di costituire una grave minaccia per la salute pubblica, è necessario definire un piano regionale basato sulle evidenze scientifiche per dare priorità alle risorse dedicate alla sorveglianza e alla ricerca epidemiologica delle malattie infettive. Tale processo di pianificazione deve essere sviluppato secondo protocolli ben definiti, tenendo presenti le diverse caratteristiche dei patogeni (epidemiologiche, microbiologiche e cliniche), la trasmissibilità tra vari compartimenti (uomo-animale-ambiente), il loro impatto sulla società e le conseguenze a lungo termine della loro presenza e diffusione nelle popolazioni. La definizione delle priorità può fornire indicazioni non solo per l'allocazione futura delle risorse e la pianificazione strategica a diversi livelli ma anche fungere da piattaforma per il dibattito interdisciplinare che coinvolge legislatori, ricercatori, clinici ed il pubblico in generale.

La prioritizzazione della ricerca epidemiologica e clinica della Regione Veneto sulle malattie infettive emergenti si baserà sulle evidenze scientifiche nazionali e regionali con approccio di consenso multidisciplinare per classificare i patogeni in base alla loro importanza epidemiologica e clinica. In assenza di standard metodologici stabiliti, abbiamo progettato una metodologia utilizzando l'esperienza per lo sviluppo della lista di priorità per batteri resistenti agli antibiotici sviluppata per l'organizzazione Mondiale della Sanità ed attualmente in fase di aggiornamento e precedenti esercizi simili sviluppati da ECDC e CDC.

Il processo multifasico include diversi livelli di esecuzione. Nella prima fase il gruppo di coordinamento della Ricerca compila un elenco di patogeni a cui assegnare la priorità e criteri di valutazione sulla base di evidenze scientifiche. Il primo elenco di patogeni includerà: (a) tutti i patogeni soggetti a notifica secondo le indicazioni regionali (b) tutti le malattie infettive soggette a notifica all'interno dell'Unione Europea, (c) tutti i patogeni soggetti a denuncia OMS ai sensi dei regolamenti sanitari internazionali, (d) tutti gli agenti infettivi con potenziale rilascio deliberato (terrorismo) ed (e) tutti i patogeni responsabili di eventi epidemici nella regione Veneto. Nella seconda fase il gruppo di coordinamento contatterà la Task Force per le malattie emergenti della Regione Veneto per valutare la fattibilità della metodologia e la pertinenza dei criteri suggeriti. Nella terza fase si applicherà un processo Delphi a due round e si selezioneranno esperti con competenza specifica per la regione Veneto nell'ambito della batteriologia, virologia, micologia, parassitologia, malattie infettive generali, medicina tropicale, medicina generale, epidemiologia, salute pubblica, salute veterinaria e controllo delle infezioni. Questo gruppo di esperti peserà le evidenze scientifiche ed i criteri con metodologia multi criteria decision analysis. La matrice finale verrà aggiornata ogni tre anni con la stessa metodologia.

Obiettivo

Sviluppare una lista di patogeni emergenti ad alto impatto clinico nella Regione Vento che necessitano di interventi di Sanità Pubblica per la prevenzione ed il controllo della diffusione nella popolazione.

Procedura a cura della coordinazione della rete regionale per la Ricerca

- Definizione della prima lista di patogeni (settembre 2022)

- Definizione del gruppo di esperti (settembre 2022)

- Valutazione evidenza scientifiche (novembre 2022)

- Peso dei criteri (dicembre 2022)

- Sviluppo lista finale (gennaio 2023)

- Approvazione della lista finale (febbraio 2023)

Bibliografia

Center for diseases control and prevention. Antibiotic resistance threats in the United States 2019. Consultabile https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/threats-report/2019-ar-threats-report-508.pdf

European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC tool for the prioritisation of infectious disease threats – Handbook and manual. Stockholm: ECDC; 2017. Consultabile https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Tool-for-disease-priority-ranking_handbook_0_0.pdf

Tacconelli E, Carrara E, Savoldi A, Harbarth S, Mendelson M, Monnet DL, Pulcini C, Kahlmeter G, Kluytmans J, Carmeli Y, Ouellette M, Outterson K, Patel J, Cavaleri M, Cox EM, Houchens CR, Grayson ML, Hansen P, Singh N, Theuretzbacher U, Magrini N; WHO Pathogens Priority List Working Group. Discovery, research, and development of new antibiotics: the WHO priority list of antibiotic-resistant bacteria and tuberculosis. Lancet Infect Dis. 2018 Mar;18(3):318-327.

The Commission of the European Communities (2009) Commission Decision of 2 April 2009 amending Decision 2000/96/EC as regards dedicated surveillance networks for communicable diseases (notified under document number 2009/312/EC). Official Journal of the Europeam Union.

World Health Organisation (2008) International Health Regulations (2005).

Tegnell A, Van Loock F, Baka A, Wallyn S, Hendriks J, et al. (2006) Development of a matrix to evaluate the threat of biological agents used for bioterrorism. Cell Mol Life Sci 63: 2223–2228.

Documento Attuativo

PROCEDURE DI ATTIVAZIONE DI ANALISI AVANZATE DEL PATOGENO EMERGENTE NELLA RETE SENTINELLA DEI LABORATORI

Il presente documento è elaborato nel contesto dell'attuale fase pandemica dell'emergenza da COVID-19. Le analisi e le revisioni effettuate durante la fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica suggeriranno dei miglioramenti nei modelli e nei processi utili da aggiornare le raccomandazioni qui contenute, nell'ottica di un percorso dinamico e ciclico di preparazione e risposta alle emergenze (ciclo di preparedness).

Documento attuativo 4 – Macroarea 9

Procedure di attivazione di analisi avanzate del patogeno emergente nella rete sentinella dei laboratori

Premessa

Sono definite emergenti le infezioni che si presentano in un'area geografica precedentemente non interessata dall'infezione stessa, che si presentano con recrudescenze epidemiche dopo un periodo di controllo della infezione e quelle infezioni precedentemente sconosciute che interessano l'uomo.

La comparsa di una patologia emergente indica tra le varie necessità anche quella di validare i presidi sanitari (preventivi, diagnostici e terapeutici) nelle varie fasi di malattia e di monitorare l'infezione anche attraverso indagini laboratoristiche (ruolo immunizzante della infezione naturale e della sua durata) al fine di contribuire alle misure di controllo dell'infezione, allo sviluppo di adeguate strategie terapeutiche e vaccinali.

Il *testing* rappresenta, come indicato anche dall'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), indispensabile al fine di:

- controllare la trasmissione;
- monitorare l'incidenza, l'andamento e valutare la gravità nel tempo:
- mitigare l'impatto nelle strutture sanitarie e socioassistenziali;
- rilevare cluster o focolai in contesti specifici;
- prevenire la (re)introduzione nelle aree che hanno raggiunto un controllo.

Alla identificazione di una minaccia a carattere pandemico generalmente consegue una dichiarazione da parte dell'OMS di una emergenza di sanità pubblica internazionale (*Public Health Emergency of International Concern – PHEIC*). Sarà pertanto necessario intensificare la raccolta di informazioni. È importante rendere più tempestivo e formale il sistema di segnalazione di eventi, che rientrino nei criteri di notifica identificati, attraverso l'adesione al Sistema di Allerta Rapida e Risposta al fine di rendere lo scambio di informazioni veloce e sicuro tra attori del SSN a livello centrale e regionale. Sistemi accurati di sorveglianza dell'influenza umana e animale sono utilizzati per monitorare l'emergere di virus influenzali non stagionali (o nuovi), che hanno il potenziale di mutare in forme che potrebbero dar luogo ad una pandemia influenzale umana.

In Italia è attiva la sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza e delle sindromi simil-influenzali attraverso lo strumento "InfluNet" che permette il monitoraggio dell'andamento dell'epidemia stagionale delle sindromi simil-influenzali e dei virus influenzali circolanti ed inoltre strumento facilmente adattabile ai cambiamenti epidemiologici. Nel casi di allerta la sua implementazione e modifica può essere operata nelle diverse fasi pandemiche mediante il coinvolgimento di un maggior numero di medici e pediatri sentinella e con l'effettuazione di un maggior numero di campioni clinici processati dai laboratori della rete.

La sorveglianza virologica dell'influenza, e di altri microrganismi, è prioritariamente finalizzata all'identificazione delle varianti emergenti durante la circolazione del virus nella popolazione umana ed al conseguente tempestivo aggiornamento dei presidi sanitari (composizione vaccinale, terapie).

La sorveglianza agisce quindi come un sistema di allarme rapido contro la pandemia, risulta pertanto importante un aggiornamento continuo delle competenze e delle

metodologie necessarie per la sorveglianza dei microrganismi nei laboratori con la condivisione di protocolli aggiornati per la diagnostica rapida.

Obiettivo

Rapida valutazione delle caratteristiche epidemiologiche e microbiologiche dei primi casi di infezione del patogeno emergente per lo sviluppo e l'aggiornamento degli orientamenti in materia di salute pubblica per la gestione dei casi e la riduzione della potenziale diffusione e dell'impatto dell'infezione nella Regione Veneto.

Stesura di protocolli condivisi a livello regionale anche in accordo con gli organismi nazionali e internazionali.

Condizioni

Disporre di un sistema di sorveglianza in grado di monitorare i virus influenzali stagionali e/o nuovi virus a potenziale pandemico e altre eventuali minacce emergenti.

Disporre nei laboratori HUB della rete di strumentazioni ad alta tecnologia e personale adeguatamente formato in grado di permettere lo svolgimento degli obiettivi preposti.

Fase interpandemica

- Verifica della rete dei medici sentinella al fine di poter valutare la possibilità di una sua implementazione al fine della raccolta dei campioni clinici
- Formazione del personale in relazione ai bisogni espressi
- Valutazione della piattaforma di condivisione delle informazioni
- Selezionare i laboratori nella rete delle microbiologie e contribuire allo sviluppo di un protocollo microbiologico comune per lo studio delle caratteristiche molecolari ed evolutive dei ceppi di virus influenzali circolanti e dei virus che provocano forme gravi

  Tali attività dovranno essere effettuate di concerto con le Aziende ULSS e l'Istituto zooprofilattico e la Fondazione SPP e i rappresentanti dei MMG e PLS

Fase di allerta

- Implementazione della rete di sorveglianza con coinvolgimento di un maggior numero di medici sentinella.
- Identificazione del centro di coordinamento in relazione alla tipologia di allerta. Scelta proposta alla Regione sentiti i referenti della rete delle microbiologie
- Attivare i laboratori della ULSS specializzati nella diagnostica rapida a supporto del NIC/ISS secondo le indicazioni regionali
- Condivisione delle informazioni microbiologiche con quelle cliniche ai fini di studiare le caratteristiche di trasmissibilità del nuovo patogeno
- Coordinamento degli studi finalizzati a definire il quadro epidemiologico e i parametri di diffusione della malattia
- Diffondere nei laboratori della rete di pertinenza i protocolli per la messa a punto del saggio diagnostico
- Diffondere nei laboratori della rete di pertinenza i protocolli di studio per la valutazione della suscettibilità ai farmaci antivirali sui primi ceppi isolati del nuovo virus respiratorio tramite saggi genotipi e fenotipi
- Formazione del personale

Tale attività dovrà essere effettuata di concerto con le Aziende ULSS e l'Istituto zooprofilattico e la Fondazione SPP e i rappresentanti dei MMG e PLS

Fase pandemica

- Integrazione e messa a disposizione delle informazioni epidemiologiche, microbiologiche e cliniche raccolte dai centri di ricerca e sviluppo per la sorveglianza ed il controllo delle malattie infettive emergenti della Regione Veneto, al fine di coordinare gli studi necessari per analizzare le caratteristiche di trasmissibilità del nuovo patogeno, i parametri di diffusione della malattia e l'associazione tra patogeno e diverse forme dell'infezione.
- Supporto del gruppo ricerca e sviluppo alla valutazione di nuove tecnologie
- Definizione e coordinamento degli studi di valutazione dei presidi preventivi, diagnostici e terapeutici avviati nella Regione Veneto al fine di fornire indicazioni utili alla scelta degli strumenti adeguati per un uso razionale e sostenibile delle risorse nei diversi contesti in fase pandemica.
- Invio dei campioni al laboratorio HUB o a laboratorio riconosciuto nel territorio con capacità di analisi, personale, strumentazioni ad alta tecnologia con livello di sicurezza BLS adeguati.

  Tale attività dovrà essere effettuata di concerto con le Aziende ULSS e l'Istituto zooprofilattico e la Fondazione SPP e i rappresentanti dei MMG e PLS

Fase di transizione

- Epicrisi e valutazione delle azioni di miglioramento

  Tale attività dovrà essere effettuata di concerto con le Aziende ULSS e l'Istituto zooprofilattico e la Fondazione SPP e i rappresentanti dei MMG e PLS

In tutte le fasi

Invio dei campioni al laboratorio HUB o a laboratorio riconosciuto nel territorio con capacità di analisi, personale, strumentazioni ad alta tecnologia con livello di sicurezza BLS adeguati.

Studio delle caratteristiche molecolari ed evolutive dei ceppi di virus influenzale circolanti e, in particolare, dei virus che causano forme gravi, al fine di individuare varianti virali dotate di diverse proprietà antigeniche e/o di virulenza a seguito di mutazioni o riassortimenti tra ceppi circolanti nella popolazione

Sviluppo di un rapporto periodico su caratteristiche dei ceppi circolanti nei diversi setting ed aree regionali

Raccolta degli isolati (con creazione di una "ceppoteca") presso un unico laboratorio di riferimento identificato dalla rete delle microbiologie, in relazione al background, che presenti capacità per l'isolamento del microrganismo e l'effettuazione di analisi specifiche per la caratterizzazione antigenica e genetica ad alta tecnologia.

Collaborazione con la rete regionale di ricerca per la sorveglianza ed il controllo delle malattie infettive emergenti della Regione Veneto per studi nazionali ed internazionali.

Etica

Approvazione del comitato etico non necessaria in quanto rientra in attività di sorveglianza di patogeni a potenziale epidemico.

14.7 Valutazione e stima delle risorse economiche e del personale

FASE	**TRANSIZIONE**
MACRO AREA	Valutazione e stima delle risorse economiche e del personale
TITOLO/TIPO DI ATTIVITÀ	Coordinamento delle necessità e della valutazione dei fabbisogni di personale (USCA, contact tracing, sorveglianza sanitaria, personale epidemiologica organizzativa, farmacisti, area informatica, trasporti)
REFERENTE	Direttore Direzione Risorse Strumentali SSR
GRUPPO DI LAVORO IDENTIFICATO	*Direzione Risorse Strumentali SSR* *Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria* *Direzione Programmazione Sanitaria*
DESCRIZIONE GENERALE DELL' ATTIVITÀ	• Monitoraggio e verifica del personale necessario per arrivare a avere il numero di USCA pari a quanto presente nel picco covid • Monitoraggio e verifica personale necessario per analisi epidemiologica • Monitoraggio e verifica personale necessario per le attività di sorveglianza sanitaria • Monitoraggio e verifica del personale necessario per soddisfare le esigenze informative nelle diverse fasi pandemiche • Monitoraggio e verifica personale necessario per soddisfare il fabbisogni di personale adibito alle attività di trasporto
AZIONI A LIVELLO REGIONALE	Coordinamento Fabbisogno di Personale Definizione dello standard di riferimento Assegnazione delle risorse e dei limiti di spesa Definizione di strumenti di reclutamento straordinario e loro utilizzo
AZIONI A LIVELLO ASL	Assunzione del Personale necessario al raggiungimento dell'obiettivo specifico nei limiti delle risorse e dello standard di riferimento Attribuzione delle risorse ai diversi servizi
DOCUMENTI ATTUATIVI	DGR definizione valori minimi di riferimento DDR attribuzione delle risorse CIRCOLARI ricognitive strumenti emergenziali eccezionali