



COMMISSARIO AD ACTA
per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 07.12.2018
DECRETO

N. 65

IN DATA 26/10/2020

OGGETTO: *"Piano di riorganizzazione per il potenziamento della rete territoriale per l'emergenza Covid"* ex art. 1, D.L. n. 34/2020 (convertito in Legge 17 luglio 2020, n. 77) .
Approvazione.

Il Responsabile dell'istruttoria
Dott.ssa Stefania Pizzi

Dott.ssa Stefania Pizzi

Il Direttore Generale per la Salute
Dott.ssa Lolita Gallo

Dott.ssa Lolita Gallo

Il Sub Commissario Ad Acta
Dott.ssa Ida Grossi

Dott.ssa Ida Grossi



COMMISSARIO AD ACTA
per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 07.12.2018
DECRETO

N. 65

IN DATA 26/10/2020

OGGETTO: "*Piano di riorganizzazione per il potenziamento della rete territoriale per l'emergenza Covid*" ex art. 1, D.L. n. 34/2020 (convertito in Legge 17 luglio 2020, n. 77) . Approvazione.

IL COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO che, con delibera adottata in data 7 dicembre 2018 il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministro della Salute, ha nominato il dott. Angelo Giustini quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale Molisano, con l'incarico prioritario di attuare i Programmi Operativi 2015-2018 nonché tutti gli interventi tesi a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei LEA in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, ivi compresa l'adozione e l'attuazione dei Programmi Operativi 2019-2021, laddove richiesti dai predetti Tavoli tecnici, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle azioni ed interventi prioritari riportati nella delibera stessa;

DATO ATTO che con la suddetta delibera il Consiglio dei Ministri ha nominato la dott.ssa Ida Grossi quale SubCommissario *ad acta*, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione del relativo mandato commissariale;

DATO ATTO che il presente decreto è conforme a quanto previsto nella citata delibera del Consiglio dei Ministri del 7 dicembre 2018 ed in particolare alle azioni ed interventi di cui al punto "vii. Definizione e sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, in coerenza con la normativa vigente in materia e con quanto previsto dai punti i. e v.";

ATTESO che tanto rileva a titolo di istruttoria tecnica in fatto ed in diritto del responsabile del procedimento, secondo le disposizioni di cui alla legge regionale n. 10 del 23 Marzo 2010 e ss.mm.ii.;

VISTO il D.M. 2 aprile 2015, n. 70, concernente "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*";

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 con la quale è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

VISTO il decreto legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante *"Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019"*, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 23 febbraio 2020, n. 45, che, tra l'altro, dispone che le autorità competenti hanno facoltà di adottare ulteriori misure di contenimento al fine di prevenire la diffusione dell'epidemia da COVID-19;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 febbraio 2020, recante *"Disposizioni attuative del decreto legge 23 febbraio 2020 n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19"* pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana del 23 febbraio 2020, n. 45;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25 febbraio 2020, recante *"Ulteriori disposizioni attuative del decreto legge 23 febbraio 2020 n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19"*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana del 25 febbraio 2020, n. 47;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° marzo 2020: *"Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19"*;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 marzo 2020: *"Ulteriori disposizioni attuative del decreto legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di territorio nazionale"*;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 marzo 2020, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 59 dell'8 marzo 2020, recante *"Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19"*;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 9 marzo 2020, recante *"Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale"* pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 62 del 9 marzo 2020";

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 11 marzo 2020 *"Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale."*;

VISTO il decreto legge 2 marzo 2020, n. 9, recante: *"Misure urgenti di sostegno per le famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"*;

VISTO il decreto legge 9 marzo 2020, n. 14 recante *"Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19."*;

VISTO il decreto legge 17 marzo 2020, n. 18 recante *"Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19."*;

VISTO 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*;

VISTO il decreto- legge 8 aprile 2020, n. 23 *"Misure urgenti in materia di accesso al credito e di adempimenti fiscali per le imprese, di poteri speciali nei settori strategici, nonché interventi in materia di salute e lavoro, di proroga di termini amministrativi e processuali"*;

VISTO il decreto-legge 10 maggio 2020, n. 30 *"Misure urgenti in materia di studi epidemiologici e statistiche sul SARS-COV-2"*, convertito con L. n. 72 del 2.07.2020;

VISTO il Decreto Legge del 19 maggio 2020, n. 34 convertito con la legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77 recante: *"Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"*;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'11 giugno 2020 *"Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19"*;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020 con la quale è stato prorogato lo stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

VISTO il decreto legge 7 ottobre 2020 *"Misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e per la continuità operativa del sistema di allerta COVID, nonché attuazione della direttiva (UE) 2020/739 del 3 giugno 2020"*;

VISTO il decreto del Presidente della Giunta Regionale del Molise n. 17 del 11-03-2020 con il quale è stata istituita l'Unità di crisi regionale";

VISTI i provvedimenti del Direttore Generale A.S.Re.M.:

- n. 31 del 13 marzo 2020 avente ad oggetto *"Approvazione Piano Aziendale per la Gestione dell'Emergenza Coronavirus"*;
- n. 48 del 16 marzo 2020 avente ad oggetto *"Approvazione documento denominato: Percorsi Operativi Gestione Emergenza Covid 2019."*;
- n. 55 del 18 marzo 2020 avente ad oggetto *"Misure per la gestione dell'emergenza Covid-19 - Piano Integrativo Organizzativo dei posti letto per l'emergenza Covid-19."*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 48 del 14 luglio 2020 recante *"Piano di riorganizzazione rete ospedaliera per emergenza COVID-19 DL 34/2020- Regione Molise. Approvazione"*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 21 del 2 marzo 2018 recante *"Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Programma 11 "Riequilibrio Ospedale-Territorio" - "Documento riorganizzazione delle Reti Territoriali". Approvazione"*;

CONSIDERATO che il D.L. n. 34/2020 all'art. 1 rubricato *"Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale"*, prevede che *"Per l'anno 2020, al fine di rafforzare l'offerta sanitaria 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. I predetti piani sono recepiti nei programmi operativi richiamati dall'articolo 18, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 e sono monitorati congiuntamente a fini esclusivamente conoscitivi dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze in sede di monitoraggio dei citati programmi operativi. 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."*;

RAVVISATA la volontà regionale di promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, orientando l'attività sanitaria verso forme che rispondano più efficacemente ai bisogni della popolazione assistita, al fine di incidere maggiormente sulla qualità e in ossequio alle misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemologica da COVID-19;

RITENUTO pertanto, di approvare il "*Piano di riorganizzazione per il potenziamento della rete territoriale per l'emergenza Covid*", con il quale si propone una riorganizzazione dei servizi tale da assicurare la più efficace risposta del Servizio Sanitario Nazionale in funzione dell'evoluzione della situazione epidemiologica regionale dell'infezione da Covid allegato 1 al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

In virtù dei poteri conferiti con la Deliberazione del Consiglio dei Ministri, di cui in premessa,

DECRETA

per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare il "*Piano di riorganizzazione per il potenziamento della rete territoriale per l'emergenza Covid*", con il quale si propone una riorganizzazione dei servizi tale da assicurare la più efficace risposta del Servizio Sanitario Nazionale in funzione dell'evoluzione della situazione epidemiologica regionale dell'infezione da Covid allegato 1 al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

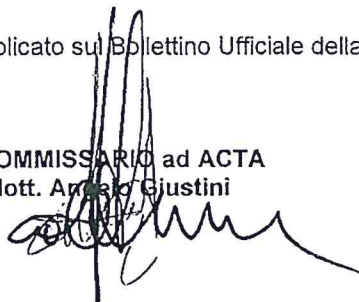
- di trasmettere il presente provvedimento:

- al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e Finanze;
- all' A.S.Re.M;

- di prendere atto che il presente decreto è conforme a quanto previsto nella citata delibera del Consiglio dei Ministri del 7 dicembre 2018

Il presente decreto, composto da pagine n.5 e allegati n. 1, sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise.

IL COMMISSARIO ad ACTA
dott. Angelo Giustini



Relazione

Piano di riorganizzazione per il potenziamento della rete territoriale per l'emergenza Covid

Indice

1	Premessa	2
2	Spesa complessiva rete territoriale	4
3	Potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (Art.1, commi 3 e 4)	8
3.1	Azioni migliorative	10
3.2	Impatto economico per il potenziamento delle ADI	12
4	Potenziamento delle cure primarie (Art.1, comma 5).....	12
4.1	Infermiere di famiglia/comunità (Art.1, comma 5)	12
4.2	Case della Salute.....	14
4.2.1	Casa della Salute - Presidio territoriale di Larino.....	15
4.2.2	Casa della Salute - Presidio territoriale di Venafrò.....	19
4.2.3	Implementazione attività post Covid	20
4.3	Impatto economico per il potenziamento delle cure primarie.....	21
5	Unità speciali di continuità assistenziale (Art.1, comma 6)	22
5.1	Azioni migliorative	23
5.2	Impatto economico per il potenziamento delle Unità speciali di continuità assistenziale ..	24
6	Centrali Operative (Art.1, comma 8).....	24
6.1	Azioni migliorative	25
6.2	Impatto economico per l'implementazione delle centrali operative	26
7	Impatto economico per l'ulteriore potenziamento del territorio	26
8	Sorveglianza sanitaria e <i>contact tracing</i>	26
8.1	Rete dei laboratori	26

1 Premessa

La presente relazione illustra i contenuti del piano di riorganizzazione della rete di assistenza territoriale per la regione Molise, in attuazione dell'articolo 1 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34., convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020 al fine di ricalibrare la risposta del Servizio Sanitario Nazionale in funzione dell'evoluzione della situazione epidemiologica regionale dell'infezione da Covid.

L'attuale situazione epidemiologica legata alla diffusione del contagio da Covid ha determinato la necessità di rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale con l'obiettivo di implementare un piano di potenziamento della rete assistenziale territoriale in grado di:

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

La regione Molise ha posto in campo le misure idonee a contenere il rischio di contagio della popolazione e degli operatori sanitari impegnati nella gestione dell'emergenza sanitaria, inoltre, intende incrementare ed indirizzare le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare con l'obiettivo di:

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

Da una parte, la Regione si impegna al **potenziamento dei servizi infermieristici, dell'assistenza domiciliare** e della **sorveglianza attiva** per i pazienti affetti da Covid non ospedalizzati, supportando le U.S.C.A., e, dall'altra, al rafforzamento della assistenza dei soggetti fragili e cronici, anche attraverso la collaborazione rafforzata con i MMG, riducendo così il carico di prestazioni e servizi del livello ambulatoriale. A tal fine vengono definiti, in una specifica sezione, ruoli e responsabilità della figura professionale dell'infermiere di famiglia o di comunità.

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

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

Altro aspetto che la Regione Molise intende prefissarsi, in linea con gli indirizzi nazionali, è l'entrata dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni nelle U.S.C.A.

Ai fine della valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e dell'integrazione con i servizi sociali e socio-sanitari territoriali, ASReM predispone l'assunzione di professionisti del profilo di assistente sociale e psicologo.

Infine, per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, così come implementate nel Piano regionale, la Regione provvede all'attivazione di 1 Centrale Operativa regionali, con la funzione di raccordo fra i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza.

Il rafforzamento strutturale dell'assistenza territoriale trova le sue componenti costitutive qualificanti nell'incremento delle azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare sia per i pazienti in isolamento domiciliare o quarantenati sia per i soggetti cronici e disabili, nella garanzia di una più ampia funzionalità delle U.S.C.A., nel rafforzamento dei servizi infermieristici, nella funzione di raccordo con tutti i servizi mediante l'attivazione della **Centrale Operativa regionale**. Tale piano assistenziale, nel rispetto della normativa nazionale, viene recepito nel Programma Operativo Regionale per la gestione dell'emergenza Covid previsto dall'art. 18, comma 1 del decreto-legge, n.18 del 17 marzo 2020.

Si rappresenta, infine, che il del decreto-legge, n.34 del 19 maggio 2020, convertito in legge, n. 77, il 17 luglio 2020 ha provveduto alla definizione degli incrementi del livello del finanziamento del fabbisogno nazionale standard cui concorre lo Stato, al fine di dare concreta attuazione alle disposizioni in esso contenute. In particolare, l'Allegato A al DL medesimo assegna al Molise, per l'anno 2020, l'importo di euro **8,8 €mln** per l'attuazione dell'articolo1. L'Allegato B, con specifico riferimento alla spesa per il personale territoriale, assegna al Molise, per l'anno 2020, l'importo di euro **4,3 €m mln** e a decorrere dall'anno 2021 l'importo di euro **4,7 €mln**.

L'obiettivo di potenziare l'offerta territoriale mediante l'incremento delle risorse umane prevede l'attuazione di azioni e misure, che la Regione ha programmato nel rispetto di quanto previsto dal decreto-legge, n. 34 del 19 maggio 2020, convertito in legge n.77 del 17 luglio 2020.

Le risorse di cui all'articolo 1 del decreto-legge, n. 34 del 19 maggio 2020, convertito in legge n.77 del 17 luglio 2020, spettanti alla Regione riguardano nello specifico:

comma 4 - potenziamento dell'ADI, quale necessità di implementare ed indirizzare le azioni terapeutiche e assistenziali sempre più a livello domiciliare, anche al fine di decongestionare le strutture ospedaliere e favorirne un deflusso monitorato;

comma 5 - potenziamento della componente infermieristica, motivato dall'esigenza di garantire la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti, nonché affette da Covid;

comma 6 – rafforzamento delle U.S.C.A., al fine di garantire una più ampia funzionalità delle stesse;

comma 7 – assunzione di professionisti del profilo di assistente sociale, per le persone affette da Covid, a supporto della valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e dell'integrazione con i Servizi Sociali e socio-sanitari;

comma 8 - centrale operativa, per le funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza, ovvero per il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali.

2 Spesa complessiva rete territoriale

La spesa complessiva per il piano di potenziamento della rete territoriale per l'emergenza Covid, prevista dal decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge, n.77, il 17 luglio 2020, per la regione Molise per l'anno 2020 è pari a **8,8 €mln**, come mostrato in *Figura 1*.

Nel dettaglio, **4,4 €mln** sono destinati al piano di riorganizzazione della rete di assistenza territoriale, mentre **4,3 €mln** è la spesa autorizzata per il personale sanitario destinato alle seguenti attività. In particolare, **1,1 €mln** per il personale a supporto delle ADI, **1,7 €mln** per l'incremento dei servizi infermieristici, **0,3 €mln** per il potenziamento delle U.S.C.A, **0,07 €mln** per le assunzioni delle professionalità degli assistenti sociali e **1,1 €mln** destinati al personale delle centrali operative (*Figura 1*).

Per l'anno 2021 i finanziamenti relativi all'incremento del personale per il potenziamento della rete territoriale previsti dal suddetto decreto ammontano a **4,7 €mln**. Nel dettaglio **1,1 €mln** sono destinati alle ADI, **2,5 €mln** agli infermieri e **1,1 €mln** alle centrali operative (*Figura 1*).

La spesa complessiva che regione Molise intende utilizzare per il potenziamento e la riorganizzazione del territorio conseguentemente all'emergenza Covid è di 4,4 €mln.

Tale importo risulta pari a quanto previsto nell' articolo 1 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020.

La spesa complessiva che regione Molise intende utilizzare per il personale sul territorio conseguentemente all'emergenza Covid è di 4,3 €mln per il 2020 e 4,7 €mln per il 2021. Tali importi risultano pari a quanto previsto nell'articolo 1 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020.

Figura 1: Riparto fondi Rete Territoriale Anno 2020 - DL 34/2020 (Art.1) Allegato A – Allegato B

Allegato A - Ripartizione somme complessive per articolo 1 (commi 2,3,4,5,6,7,8 e 9) Anno 2020				
Regioni	Quota d'accesso Anno 2020	Riparto risorse sulla base della quota d'accesso	Riparto risorse sulla base della distribuzione delle apparecchiature/piattaforma /centrali operative (Co.8)	Totale da ripartire a Regioni a valere sul FSN
PIEMONTE	7,36%	87.225.697	3.862.515	91.088.212
V D'AOSTA	0,21%	2.487.695	2.660.698	5.148.393
LOMBARDIA	16,64%	197.128.024	5.482.885	202.610.909
BOLZANO	0,86%	10.164.260	2.775.891	12.940.150
TRENTO	0,89%	10.543.575	2.778.709	13.322.284
VENETO	8,14%	96.428.646	4.018.595	100.447.241
FRIULI	2,06%	24.450.381	2.970.205	27.420.586
LIGURIA	2,68%	31.750.041	3.065.487	34.815.528
E ROMAGNA	7,46%	88.328.890	3.891.794	92.220.684
TOSCANA	6,30%	74.603.183	3.684.471	78.287.654
UMBRIA	1,49%	17.647.326	2.875.552	20.522.878
MARCHE	2,56%	30.359.316	3.058.280	33.417.596
LAZIO	9,68%	114.626.974	4.295.058	118.922.032
ABRUZZO	2,19%	25.935.209	2.997.578	28.932.787
MOLISE	0,51%	6.078.088	2.711.816	8.789.904
CAMPANIA	9,30%	110.167.261	4.273.074	114.440.335
PUGLIA	6,62%	78.425.586	3.769.524	82.195.110
BASILICATA	0,93%	11.066.393	2.784.893	13.851.286
CALABRIA	3,19%	37.787.240	3.178.117	40.965.357
SICILIA	8,16%	96.660.831	4.045.308	100.706.139
SARDEGNA	2,74%	32.498.164	3.090.755	35.588.919
TOTALE	100,00%	1.184.362.779	72.271.204	1.256.633.983

Allegato B - Ripartizione Spesa Personale Territoriale Anno 2020

Regioni	ADI (Co.4)	INFERMIERI (Co.5)	POTENZIAMENTO USCA (Co.6)	ASSISTENTI SOCIALI (Co.7)	CENTRALI OPERATIVE (Co.8)
PIEMONTE	25.131.703	24.498.200	4.492.515	1.049.923	1.125.000
V D'AOSTA	1.161.746	698.694	128.127	29.944	1.125.000
LOMBARDIA	28.023.303	55.365.355	10.152.978	2.372.801	1.125.000
BOLZANO	4.686.349	2.854.733	523.505	122.346	1.125.000
TRENTO	111.531	2.961.267	543.041	126.911	1.125.000
VENETO	37.697.508	27.082.939	4.966.508	1.160.697	1.125.000
FRIULI	7.965.095	6.867.131	1.259.304	294.306	1.125.000
LIGURIA	12.325.316	8.917.313	1.635.270	382.171	1.125.000
E ROMAGNA	23.715.325	24.808.042	4.549.334	1.063.202	1.125.000
TOSCANA	27.389.828	20.953.042	3.842.399	897.988	1.125.000
UMBRIA	4.632.738	4.956.426	908.917	212.418	1.125.000
MARCHE	9.055.453	8.526.714	1.563.641	365.431	1.125.000
LAZIO	16.977.056	32.194.119	5.903.804	1.379.748	1.125.000
ABRUZZO	4.041.654	7.284.160	1.335.780	312.178	1.125.000
MOLISE	1.126.425	1.707.091	313.049	73.161	1.125.000
CAMPANIA	18.381.153	30.941.565	5.674.108	1.326.067	1.125.000
PUGLIA	17.898.239	22.026.601	4.039.270	943.997	1.125.000
BASILICATA	1.254.351	3.108.106	569.969	133.205	1.125.000
CALABRIA	8.280.112	10.612.920	1.946.212	454.839	1.125.000
SICILIA	8.285.524	27.148.150	4.978.467	1.163.492	1.125.000
SARDEGNA	6.888.215	9.127.431	1.673.801	391.176	1.125.000
TOTALE	265.028.624	332.640.000	61.000.000	14.256.000	23.625.000

Allegato B - Ripartizione Spesa Personale Territoriale Anno 2021

Regioni	ADI (Co.4)	INFERMIERI (Co.5)	POTENZIAMENTO USCA (Co.6)	ASSISTENTI SOCIALI (Co.7)	CENTRALI OPERATIVE (Co.8)
PIEMONTE	25.131.703	35.350.937	-	-	1.125.000
V D'AOSTA	1.161.746	1.008.216	-	-	1.125.000
LOMBARDIA	28.023.303	79.892.287	-	-	1.125.000
BOLZANO	4.686.349	4.119.384	-	-	1.125.000
TRENTO	111.531	4.273.113	-	-	1.125.000
VENETO	37.697.508	39.080.720	-	-	1.125.000
FRIULI	7.965.095	9.909.281	-	-	1.125.000
LIGURIA	12.325.316	12.867.695	-	-	1.125.000
E ROMAGNA	23.715.325	35.798.041	-	-	1.125.000
TOSCANA	27.389.828	30.235.269	-	-	1.125.000
UMBRIA	4.632.738	7.152.130	-	-	1.125.000
MARCHE	9.055.453	12.304.061	-	-	1.125.000
LAZIO	16.977.056	46.456.161	-	-	1.125.000
ABRUZZO	4.041.654	10.511.053	-	-	1.125.000
MOLISE	1.126.425	2.463.335	-	-	1.125.000
CAMPANIA	18.381.153	44.648.723	-	-	1.125.000
PUGLIA	17.898.239	31.784.418	-	-	1.125.000
BASILICATA	1.254.351	4.485.001	-	-	1.125.000
CALABRIA	8.280.112	15.314.459	-	-	1.125.000
SICILIA	8.285.524	39.174.820	-	-	1.125.000
SARDEGNA	6.888.215	13.170.896	-	-	1.125.000
TOTALE	265.028.624	480.000.000	-	-	23.625.000

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

La Regione in attuazione del DPCM 12 gennaio 2017 (Nuovi LEA), ha posto come proprio obiettivo prioritario il potenziamento di modalità assistenziali che limitino il ricorso al ricovero ospedaliero attraverso una strategia di sviluppo della componente territoriale dell'assistenza che si fondi su un nuovo modello di cure territoriali, volto ad anticipare la presa in carico ed a ritardare il bisogno principalmente negli anziani fragili. In questa prospettiva si intende ri-orientare il sistema di offerta dell'ASReM da un atteggiamento passivo di risposta alle richieste e alle sollecitazioni dei cittadini ad un approccio attivo che identifichi il bisogno, ne prevenga l'evoluzione e le complicanze, orienti la domanda e - conseguentemente - amplii l'offerta. La strategia del cambiamento delle Cure Domiciliari è stata declinata già nell'atto di indirizzo regionale adottato con determinazione del Direttore Generale per la Salute della Regione Molise n. 232 del 26 ottobre 2015, recante "Approvazione linee guida per il potenziamento e la qualificazione del sistema delle Cure Domiciliari della Regione Molise, in coerenza con le indicazioni ministeriali, regionali e aziendali in materia".

Il servizio di cure domiciliari per i pazienti residenti nella regione Molise è in fase di aggiudicazione in seguito a gara per la durata di 3 anni, con riserva di opzione del rinnovo per 24 ulteriori mesi. Pertanto, ASReM per lo sviluppo qualitativo, il potenziamento e la copertura assistenziale di tutto il territorio intende acquistare prestazioni infermieristiche, riabilitative, socio-sanitarie, medico specialistiche, strumentali e di telemedicina, nell'ambito del servizio di Cure Domiciliari, nonché della fornitura di apparecchiature per la Telemedicina, così come sopracitata dalla determina ASReM.

In relazione ai bisogni il DPCM 12 gennaio 2017, suddivide le Cure Domiciliari:

- Cure Domiciliari di livello base
- Cure Domiciliari di Bassa intensità assistenziale
- Cure Domiciliari di Media intensità assistenziale
- Cure Domiciliari di Alta intensità assistenziale
- Cure palliative domiciliari

A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al caregiver.

Pertanto, le cure domiciliari devono coinvolgere operatori con diverse professionalità e provenienze, primi fra tutti i MMG e i PLS, che assumono la responsabilità della gestione clinica della presa in carico, garantendo il coordinamento degli apporti professionali forniti dagli operatori del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dagli specialisti, e la continuità assistenziale nell'erogazione del trattamento. L'attivazione dell'ADI richiede la presa in carico della persona, la preliminare valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione di un Piano di cura personalizzato, con individuazione degli obiettivi di cura e dei tempi di recupero, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi. La Regione Molise, stante i dati NSIS, nel 2016 e 2017 è la prima regione d'Italia in termini di anziani assistiti in ADI sia per quantità che per qualità (intensità di cura).

Per ADI si intende un complesso di prestazioni ed interventi definite nel piano di Assistenza Individuale (PAI). Le linee guida regionali prevedono, in particolare, che le Cure Domiciliari Integrate siano perfettamente inserite nel modello a rete dei servizi e rappresentano il circuito assistenziale che accompagna l'evolversi del bisogno del paziente fragile e della sua famiglia, che consentono la cura del paziente al proprio domicilio e/o in eventuali residenze assimilabili al

domicilio, prefigurando il percorso verso un nuovo modo di “dare salute” e perseguendo i seguenti obiettivi:

- garantire un’appropriata assistenza sanitaria domiciliare all’utente;
- favorire il recupero dell’autonomia residua e delle relazioni interpersonali al fine di migliorare la qualità della vita dell’assistito;
- sostenere la famiglia, trasmettendo ove possibile, le competenze minime necessarie ad acquisire autonomia negli interventi socio-assistenziali;
- ottenere un elevato livello di integrazione tra i servizi già operanti, al fine di ottimizzare le risorse e aumentare la qualità degli interventi.

La richiesta di cure domiciliari è fatta dal MMG o PLS al Distretto di residenza del paziente. L’arruolamento del paziente nelle Cure Domiciliari, in presenza di un bisogno complesso, presuppone la valutazione da parte della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e l’elaborazione di un PAI da parte dell’UVM con la specifica degli obiettivi dell’intervento/ risultati attesi.

Il Programma di assistenza individualizzato (PAI)

Il PAI definisce in rapporto al bisogno accertato:

- gli obiettivi e risultati che si intendono raggiungere;
- il regime prestazionale: domiciliare, semiresidenziale, residenziale o ricovero in regime ospedaliero;
- il livello di intensità assistenziale e la durata del PAI stesso, espresse con G.d.C. (giorni di cura) e C.I.A. (coefficiente di intensità assistenziale dato dal rapporto dei giorni di durata del PAI e il numero effettivo di accessi a domicilio del paziente);
- la tipologia delle prestazioni da erogare, che determinano la durata dell’accesso e le figure professionali impegnate;
- le motivazioni e la documentazione sanitaria a supporto della redazione del PAI, ed allegata allo stesso, nel caso di Cure Domiciliari integrate ad altissima intensità assistenziale, secondo quanto disposto dalle linee guida regionali
- il numero, la frequenza e la motivazione di eventuali esami diagnostici domiciliari (es. RX, ECG, ECD, Elettroencefalogramma, etc);
- l’elezione del paziente al programma aziendale di telemedicina;
- il numero e la frequenza degli accessi del MMG/PLS;
- gli interventi e le prestazioni di natura socio-assistenziale eventualmente previsti, scelti secondo il nomenclatore regionale di cui al Regolamento regionale 1/2015;
- la quantità e la tipologia dei presidi e degli ausili necessari al paziente, nonché i materiali vari, quali i presidi per l’incontinenza, effettuandone la relativa prescrizione;
- l’eleggibilità del paziente in eventuali azioni e progetti di assistenza specifici (es. Assistenza Domiciliare Alzheimer, ecc.) indicandone i tempi di realizzazione e i risultati attesi;
- l’individuazione del *caregiver* e del responsabile della presa in carico (case manager);
- i tempi e gli strumenti di valutazione e verifica del progetto;
- l’elenco della documentazione sanitaria, medico-legale (certificazione L.104/92 o d’invalidità, ecc.) e sociale (es. ISEE) acquisita.

Il PAI, registrato nel software aziendale di gestione delle cure Domiciliari a cura dell’UVM o da specifico personale individuato, viene autorizzato dal responsabile della UVM (o da altro Dirigente delegato dal Direttore del Distretto sanitario) e nello stesso viene indicata la data di inizio, nonché la data di termine/ revisione del PAI stesso. Il PAI, viene di seguito, posto all’attenzione del Referente Aziendale delle Cure Domiciliari/ DEC, per la verifica logico-formale.

Le prestazioni richieste debbono essere svolte da operatori che appartengono alle seguenti categorie e profili professionali:

- Medici;
- Infermieri;
- Dietista;
- Fisioterapista, Logopedista, Tecnico di riabilitazione occupazionale, Psicomotricista;
- Psicologo;
- Tecnico di radiologia, Tecnico della neuro fisiopatologia;
- O.S.S.

Il servizio in ADI appaltato all'azienda aggiudicataria prevede l'interfacciamento bidirezionale della piattaforma informatica utilizzata dalla ditta connessa con il sistema informativo territoriale di ASReM, per l'invio delle informazioni circa l'agenda degli operatori coinvolti nelle Cure Domiciliari e l'aggiornamento in tempo reale tramite degli accessi domiciliari collegati all'agenda.

3.1 Azioni migliorative

In seguito alla pandemia, la regione Molise intende mettere in capo misure che garantiscono ai cittadini da un lato la prevenzione del rischio infettivo e dall'altro la garanzia di una continuità dell'assistenza ai pazienti cronici, fragili o dimessi dagli ospedali.

L'attuale situazione epidemiologica legata alla diffusione del contagio da Covid ha determinato la necessità di potenziare il sistema di ADI rafforzando l'opera di "messa a regime" delle cure domiciliari sia a livello regionale che aziendale, favorendo le cure in ADI, attraverso azioni tese ad applicare efficientemente le Linee guida per l'integrazione sociosanitaria, l'UVM e il PAI, come da previsioni di cui al DGR 447/2017 e coinvolgendo in maniera attiva anche la Medicina Generale.

Nella fase 2 dell'emergenza, considerato che la quasi totalità dei pazienti assistiti in ADI è anziana, è stata predisposta tale attività solo per i pazienti negativi al tampone o al test sierologico. L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) distrettuale, in collaborazione con l'U.S.C.A. di riferimento si è quindi occupata di effettuare gli opportuni accertamenti. ASReM e la Regione, ai sensi del decreto-legge, n. 18 del 17 marzo 2020, si è occupata della rimodulazione delle modalità di erogazione del servizio in ADI per i pazienti affetti da Covid, adeguando le prestazioni, la durata degli accessi e la, validi per il solo periodo di vigenza dell'emergenza. Tutti gli operatori coinvolti nel servizio in ADI sono stati puntualmente formati, attrezzati degli appositi DPI nonché sottoposti a tampone/test, come previsto dalle linee di indirizzo regionali riportate nell'ordinanza n. 30 del 15 maggio 2020.

Pertanto, la Regione, al fine di evitare visite periodiche negli ospedali, per i pazienti che presentano patologie per le quali non può essere interrotto il percorso, programma il miglioramento e l'implementazione dei sistemi di controllo degli accessi domiciliari attraverso il sistema di telemedicina domiciliare.

In linea con il servizio ADI in carico alla ditta aggiudicataria, come azioni prioritarie nella gestione dell'offerta delle cure domiciliari in emergenza Covid si dovrà:

- Prevenire l'infezione da Covid per pazienti fragili, anche attraverso attività informativa nei confronti del nucleo familiare, coinvolgendo familiari e i *caregiver* nei processi assistenziali e relazionali;
- Gestire i pazienti nel setting domiciliare, al fine di garantire la stabilità clinica e assistenziale, controllare i sintomi e prevenire forme di aggravamento della condizione clinica anche attraverso strumenti di Telemedicina;

- Garantire la rapida presa in carico in ADI supportando la dimissione dalle strutture sanitarie o sociosanitarie verso il territorio;
- Formare e informare il personale sanitario e socio-sanitario delle Cure Domiciliari, non specificamente operante nella rete assistenziale Covid;
- Integrare le attività di infermiere Case Management.

Le procedure organizzative in ADI per la gestione dell'emergenza Covid devono prevedere:

- il colloquio di Presa In Carico (PIC) che può avvenire anche per via telefonica attraverso il numero telefonico gestito dalla Centrale Operativa regionale;
- L'accesso domiciliare della figura professionale medica con cadenza temporale definita dal PAI;
- L'estensione della pronta disponibilità medico-infermieristica, nonché l'eventuale collegamento con lo pneumologo dell'Unità di Pneumologia del PO Cardarelli di Campobasso;
- Il monitoraggio telefonico, nei giorni in cui non avviene l'accesso domiciliare, dell'U.S.C.A.;
- La garanzia per i pazienti della tipologia paziente Covid complesso, cronico e fragile, dell'accesso ai farmaci con obbligo di piano terapeutico a carico del SSR, secondo la normativa vigente e la fornitura diretta di presidi e degli ausili necessari;
- L'attività consulenziale dello specialista di riferimento della struttura dimettente che ha richiesto la PIC, anche telefonica con il medico U.S.C.A. per la durata della presa in carico;
- L'eventuale passaggio nella tipologia paziente Covid complesso, cronico e fragile, in caso di bisogno di Cure Palliative, a tale modalità assistenziale avviene con valutazione congiunta da parte del medico delle Cure Palliative e dello specialista di riferimento per la patologia prevalente;
- L'implementazione della Cartella assistenziale/clinica informatizzata, per garantire la comunicazione tra i diversi setting assistenziali ed una visualizzazione immediata delle informazioni relative al PAI;
- La valorizzazione degli interventi di Teleassistenza per la presa in carico della persona anziana o fragile a domicilio, attraverso il coordinamento della Centrale Operativa, tramite la gestione di alert;
- Il collegamento tra la Centrale ADI della ditta aggiudicatrice del servizio con la Centrale Operativa regionale.

Con l'aggiudicazione della gara sarà appaltato anche la fornitura della strumentazione e l'erogazione del Servizio di telemedicina e telemonitoraggio dei pazienti arruolati in ADI. Il Servizio di telemedicina offre la possibilità di rilevare dati clinici direttamente al domicilio del paziente, grazie all'utilizzo di apparecchiature portatili e di facile utilizzo. In questo modo il paziente, oltre a sentirsi seguito e controllato, non è costretto a rivolgersi ad una struttura assistenziale in caso di bisogno e molti accessi impropri alle strutture ospedaliere vengono così evitati. Il Centro servizi di Telemedicina, oltre ad essere in diretto collegamento con la Centrale ADI, dovrà essere interconnesso anche con la Centrale Operativa regionale, che svolgerà un ruolo di monitoraggio.

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

È prevista l'assunzione delle 15 figure professionali tra cui 3 medici, 3 infermieri, 3 OTA/OSS e 6 altro personale necessarie per l'effettivo potenziamento ed efficientamento del servizio in ADI in

seguito allo stato emergenziale e sulla base di quanto previsto dal decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge, n.77, il 17 luglio 2020.

3.2 Impatto economico per il potenziamento delle ADI

La spesa complessiva per l'incremento del personale ADI per l'anno 2020 è di **1,1 €mln** mentre la spesa per l'anno 2021 è di **1,1 €mln**; tali importi risultano pari a quanto previsto nell' articolo 1 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34., convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020.

Dei finanziamenti previsti il costo complessivo per il potenziamento del servizio in ADI sulla base dell'art.1 comma 4 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge, n.77, il 17 luglio 2020 è pari a **0,6 €mln**. La quota di finanziamento rimanente pari a **0,5 €mln** verrà utilizzata per il potenziamento delle U.S.C.A (art. 1 comma 6 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge, n.77, il 17 luglio 2020).

4 Potenziamento delle cure primarie (Art.1, comma 5)

4.1 Infermiere di famiglia/comunità (Art.1, comma 5)

La regione Molise intende potenziare l'area delle cure primarie attraverso il potenziamento dell'assistenza infermieristica ed in particolare attraverso l'implementazione della figura dell'infermiere di comunità. Tale soluzione si inserisce nel più ampio quadro di ridefinizione della rete territoriale regionale, alla luce della necessaria gestione dell'emergenza secondo le previsioni di cui al decreto-legge n.34 del 18 maggio 2020, convertito in legge n.77 del 17 luglio 2020, nonché nell'ambito della Medicina di Iniziativa. Specificatamente per quanto si attiene all'assistenza infermieristica, risulta necessario procedere allo sviluppo di azioni coordinate, anche alla luce dei cambiamenti organizzativi programmati ovvero attuati:

- implementazione del modello delle Case della Salute;
- incremento dell'assistenza domiciliare integrata per far fronte ai bisogni degli assistiti;
- promozione di modelli assistenziali per le malattie croniche e la gestione di patologie specifiche all'interno dei PDTA;
- accesso al sistema in rete dei servizi territoriali di cure primarie.

Nel complessivo quadro di ridefinizione organizzativa del sistema delle cure primarie si prevede la necessità di inserire la figura assistenziale infermieristica orientata alla famiglia e alla comunità di riferimento in grado di rilevare i bisogni emergenti anche in correlazione alla gestione di pazienti in isolamento domiciliare ai fini della gestione pandemica, assicurare l'adesione e la continuità delle cure nell'ottica della sorveglianza domiciliare e la presa in carico con l'intento di evitare ricoveri inappropriati, favorire la deospedalizzazione, presidiare l'efficacia dei piani terapeutico-assistenziali.

L'infermiere di Comunità partecipando al modello organizzativo dell'assistenza territoriale in particolare rispetto alle cure primarie, costituisce espressione diretta del Distretto a cui tale figura farà capo. Il Distretto Sanitario provvederà all'implementazione del modello sul territorio di propria competenza assicurando il coordinamento istituzionale.

L'Infermiere di Comunità diviene il responsabile della gestione dei processi infermieristici nell'ambito della comunità affidata allo stesso. Pone in essere e promuove l'assistenza preventiva, curativa e riabilitativa in regione dei diversificati bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento, attraverso interventi domiciliari e/o di integrazione ambulatoriale.

L'infermiere di Comunità partecipa altresì, nell'ambito della presa in carico nell'ambito della gestione dell'emergenza Covid, alle attività di sorveglianza per i pazienti in isolamento domiciliare in stretto raccordo con le indicazioni delle U.S.C.A..

In linea con l'articolo 5 del decreto-legge n.34 del 19 maggio 2020, convertito in legge n.77 del 17 luglio 2020, 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, anche coadiuvando le U.S.C.A. la Regione, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, prevede di utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con 46 infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, distribuiti nei 3 distretti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021 si procederà al reclutamento degli infermieri necessari al rafforzamento della rete territoriale, attraverso assunzioni a tempo indeterminato.

Ciascun Infermiere di Comunità nel territorio e rispetto alla popolazione di riferimento, interagisce con i MMG, i PLS, e le altre figure professionali, coordinandosi con gli stessi al fine di fare emergere i fattori di rischio presenti nella comunità e i singoli bisogni assistenziali. Svolge, pertanto, funzione di collegamento tra gli pazienti, le famiglie, professionisti sanitari e sociali, ed eventuali altre figure coinvolte (es. Associazioni di volontariato) operando in team.

Gli ambiti di esercizio professionale dell'Infermiere di Comunità sono costituiti principalmente dal domicilio del paziente o della famiglia, le sedi ambulatoriali presenti sul territorio, le strutture intermedie e residenziali.

Gli infermieri di Comunità potranno anche coordinare e supervisionare la sicurezza nei plessi scolastici, allertando e attivando in caso di necessità il medico del dipartimento di prevenzione. con lo scopo di verificare la corretta applicazione delle misure anti-Covid, monitorare la salute degli alunni e del personale scolastico.

Con riferimento all'identificazione dell'area territoriale di pertinenza sarà preso in considerazione il raggruppamento in ragione del numero di abitanti di competenza secondo un criterio geografico di ripartizione del territorio, coerente con la numerosità della popolazione indicata, la presenza dei MMG/PLS e delle U.S.C.A. e dei Presidi Socia Sanitari Integrati/Case della Salute.

L' Infermiere di Comunità in ragione dei bisogni degli assistiti afferenti alla popolazione di riferimento funge, altresì, da raccordo con gli altri "nodi" della rete dei servizi presenti e quindi orienta e favorisce l'accesso appropriato e tempestivo dell'utente a tutti i servizi.

Collabora come promotore al processo di sviluppo e diffusione di corretti comportamenti a garanzia della salute attraverso la sensibilizzazione nonché interventi preventivi e curativi per ottimizzare l'utilizzo di risorse e strumenti disponibili.

Gestisce il monitoraggio dello stato di salute degli assistiti, mediante visite domiciliari, follow up telefonici, telemedicina, l'educazione dei caregiver e svolge programmi di supporto per l'accesso precoce ed appropriato ai vari servizi presenti sul territorio, partecipa i passaggi di setting assistenziale, con particolare riguardo agli aspetti più critici della continuità delle cure.

L'Infermiere di Comunità, facilita altresì l'accesso degli utenti ai vari servizi sociosanitari e assicura l'attenzione proattiva ai bisogni di salute della popolazione, favorendo, quindi l'equità del sistema di erogazione di cure del territorio di riferimento e di attenzione ai determinanti sociali della salute. Tale figura in un approccio multiprofessionale partecipa alla definizione e alla verifica della adesione dei pazienti dei piani assistenziali personalizzati al fine di rispondere al bisogno globale del singolo assistito, superando così la logica tipicamente prestazionale, in raccordo diretto con il MMG, il PLS, gli assistenti sociali, i professionisti della riabilitazione.

In definitiva all'infermiere di comunità vengono attribuite le seguenti funzioni e responsabilità:

- Valutazione dello stato di salute e i bisogni della persona rispetto alla specifica casistica, del contesto familiare e della comunità;
- Partecipazione ad interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie atti a promuovere modificazioni degli stili di vita;
- Facilitazione dell'accesso ai percorsi assistenziali nei diversi servizi utilizzando le competenze presenti nella rete;
- Pianificazione ed erogazione interventi assistenziali personalizzati ai pazienti alle famiglie, anche avvalendosi delle consulenze specifiche;
- Promozione e supporto per assicurare l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi;
- Monitoraggio dello stato di salute degli assistiti, mediante visite domiciliari, follow up telefonici, telemedicina;
- Sostegno ai percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario, tra ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari residenziali e semi-residenziali;
- Partecipazione nell'integrazione professionale al perseguimento dell'appropriatezza degli interventi terapeutici ed assistenziali.

L'implementazione del modello a livello sistemico potrà prevedere la costituzione di forme aggregative in gruppi al fine di rafforzare le funzioni della singola figura presente per area favorendo lo scambio di esperienze e la massima copertura dei bisogni assistenziali.

Sotto il profilo organizzativo, nell'ambito dell'aggregazione sopra descritte sarà possibile individuare un coordinatore al fine di rafforzare l'assetto organizzativo di tale modello moltiplicandone le capacità in termini di risposta assistenziale.

4.2 Case della Salute

La riconversione dei presidi ospedalieri di Larino e Venafrò in Ospedali di Comunità ha consentito di potenziare le cure primarie ed intermedie sul territorio in una logica di integrazione tra ospedale e territorio per la presa in carico complessiva del paziente.

Il DM 70/2015 ha ridisegnato sia la mappa che l'organizzazione dell'intera rete ospedaliera italiana. Nel suddetto documento si configura l'Ospedale di Comunità quale strumento di integrazione ospedale-territorio e di continuità delle cure, erogate sulla base di una valutazione multidimensionale della persona da assistere, attraverso un piano integrato e individualizzato di cura; struttura da intendersi non come struttura *ex novo*, bensì derivante dalla riconversione di posti letto per la degenza in strutture già esistenti che vengono rimodulate all'interno del nuovo modello organizzativo.

Le Case della Salute rappresentano oggi una delle soluzioni organizzative che le regioni e le Aziende Sanitarie hanno a loro disposizione per determinare moderne politiche di assistenza territoriale e per indicare una precisa gestione del governo clinico territoriale. Dal 2006, quando

cioè il Ministero della Salute dichiarò come proprio e fondamentale obiettivo programmatico per la riforma dell'assistenza territoriale proprio il modello di assistenza delle Case della Salute, la normativa ha indirizzato sempre più specificatamente la programmazione delle regioni verso l'istituzione di queste strutture. La Casa della Salute si trova all'interno della rete distrettuale, diventata il vero centro della *governance* della rete complessa dei servizi di cure primarie che si coordina con gli enti locali al fine di garantire programmi di azione e forte integrazione socio-sanitaria. È anche spazio di integrazione dei bisogni di partecipazione, comunicazione e formazione dei cittadini a stili di vita sani e alla prevenzione delle malattie.

Nelle Case della Salute e negli Ospedali di Comunità si realizza, o può realizzarsi, un'integrazione forte tra la cittadinanza e le istituzioni, attraverso spazi di supporto reciproco, per portare capillarmente su tutto il territorio politiche di prevenzione e di aderenza ai percorsi di cura.

La Regione Molise, coerentemente con il potenziamento e la riorganizzazione della rete assistenziale regionale, ha istituito le Case della Salute, identificando tali strutture come punto di riferimento per il cittadino, attraverso le quali è possibile garantire l'accesso alle cure e la presa in carico dei pazienti cronici. All'interno è prevista anche l'erogazione di prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici e delle altre professionalità convenzionate con il SSN. Il modello organizzativo di tipo *Hub&Spoke* prevederà, come da programmazione 2019-2021, inoltre, due tipologie di Case della Salute: a bassa complessità e a medio/alta complessità.

4.2.1 Casa della Salute - Presidio territoriale di Larino

Relativamente all'Ospedale Vietri di Larino che, in linea con le indicazioni del DM 70/2015, è stato riconvertito quale Ospedale territoriale di Comunità all'interno della Casa della Salute (DCA 68/2016, invio SiVeAs n. 136_A_2016 del 14/12/2016), si prevede un potenziamento dell'attuale offerta che verrà affrontata nell'ambito della rete territoriale, in attuazione dell'articolo 1 del decreto-legge n.34 del 19 maggio 2020. Inoltre, la Casa della Salute di Larino ricoprirà il ruolo di *Hub*.

Ad oggi sono attivi all'interno della Casa della Salute e dell'Ospedale di Comunità:

- pass – CUP;
- punto prelievi;
- scelta e revoca medico;
- esenzioni per patologia e per reddito;
- riabilitazione e protesica;
- PUA e cure domiciliari;
- specialistica ambulatoriale;
- continuità assistenziale;
- vaccinazioni;
- farmacia territoriale;
- radiodiagnostica;
- postazione 118;
- farmacia territoriale;
- camera iperbarica e centro di trattamento delle ferite difficili.

Il POS 2015-2018 recepito con il DCA n.52 del 12.09.2016 (Invio SiVeAS prot_91_A_2016) ha previsto la seguente dotazione dei posti letto:

- 10 PL di riabilitazione extra ospedaliera intensiva;
- 30 PL di riabilitazione extra ospedaliera, di cui 15 per riabilitazione estensiva e 15

- per riabilitazione di mantenimento;
- 40 posti letto di RSA
- 10 PL per la cura dell'Alzheimer (Centro Regionale per la cura e la prevenzione dell'Alzheimer);
- 15 - 20 PL UDI;
- 16 PL Hospice.

4.2.1.1 Implementazione attività post Covid

In dell'attuazione della normativa vigente relativa all'emergenza Covid e in particolare per quanto concerne l'articolo 1 del decreto-legge n.34 del 19 maggio 2020 verranno potenziati anche i percorsi inerenti a:

- **Patologie cronico-degenerative** Il Piano Nazionale Cronicità (PNC) prevede la realizzazione di Percorsi Assistenziali personalizzati con l'obiettivo di inserire ogni singolo paziente attraverso la cosiddetta "presa in carico", fin dal momento della diagnosi, in un processo di gestione integrata condivisa, che preveda l'adozione di un Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) basato sulle sue specifiche necessità. Tale piano dovrà essere gestito da un team composto da diverse figure (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, infermieri, specialisti territoriali e ospedalieri, assistenti sociali, etc.) in una logica di collaborazione e corresponsabilità, individuando il soggetto responsabile della gestione del percorso di cura. La situazione emergenziale in atto ha evidenziato la necessità di un sistema di cure domiciliari con una organizzazione integrata e trasversale basata sulla presa in carico dei pazienti. A tal proposito saranno implementati, in linea con quanto definito dall'articolo 1 del decreto-legge n.34 del 19 maggio 2020, i servizi di ADI anche presso il Presidio territoriale di Larino. Inoltre, l'inserimento della figura dell'**infermiere di comunità** avrà il compito di facilitare la presa in carico del bisogno assistenziale dell'assistito. La Regione Molise intende implementare la figura dell'infermiere di comunità anche in Presidio territoriale di Larino, al fine di fornire assistenza domiciliare e ridurre la riacutizzazione delle patologie croniche. In particolare, l'infermiere di comunità dovrà essere in grado di realizzare interventi informativi ed educativi, prendere in carico e progettare interventi assistenziali, erogarli e valutarne con competenza e capacità critica i risultati ed infine attivare percorsi sulla base di specifici obiettivi assistenziali. L'infermiere sarà impegnato in attività domiciliari, svolgendo una funzione di raccordo tra i pazienti cronici e/o anziani, la rete familiare e i diversi professionisti sanitari, ed erogherà servizi tesi a supportare gli assistiti nelle attività quotidiane, nella promozione dell'inclusione sociale, nella prevenzione degli incidenti domestici, nell'assistenza e monitoraggio della terapia. Sarà inoltre implementata la **Medicina d'Iniziativa**, come attività qualificante delle Cure Primarie. La Medicina d'Iniziativa prevede un modello assistenziale idoneo a gestire le patologie croniche, in costante aumento per l'invecchiamento della popolazione, sia in termini di gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici sia nell'ottica della sostenibilità economica e sociale di queste malattie. Tali malattie non si prestano ad essere curate dal modello classico della "medicina d'attesa", disegnato sulle malattie acute, secondo il quale il medico attende che il paziente giunga da lui sottoponendogli un disturbo o una malattia che il più delle volte potrà essere risolta, anche ricorrendo a tecnologie sofisticate, in un lasso di tempo breve. Il modello della Medicina di Iniziativa si basa anche sulla predisposizione di alcuni strumenti organizzativi, come per esempio: 1) sistemi di primo invito e di richiamo che agevolino l'avanzamento lungo i percorsi di cura, 2) un insieme di indicatori che permetta di verificare la qualità degli interventi e risultati di salute, 3) un sistema informativo che registri i percorsi del paziente e permetta l'attività di valutazione.

Una buona gestione delle malattie croniche prevede invece che il medico si prenda cura in maniera attiva delle persone, invitandole a sottoporsi ai controlli e offrendo loro un insieme di interventi personalizzati che, iniziando prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, possano curarla nel corso degli anni e rallentarne l'evoluzione.

- **Riabilitazione** La riabilitazione costituisce il terzo pilastro del sistema sanitario, accanto alla prevenzione e alla cura, per il completamento delle attività volte a tutelare la salute dei cittadini. La riabilitazione è un processo nel corso del quale si porta una persona con disabilità a raggiungere il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, con la minor restrizione delle sue scelte operative, pur nei limiti della sua menomazione. Nel Presidio territoriale di Larino saranno implementate le attività in ADI anche per i pazienti che necessitano di prestazioni di riabilitazione, in linea con quanto definito dall'articolo 1 del decreto-legge n.34 del 19 maggio 2020.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.” prevede tra l'altro i seguenti articoli destinati all'assistenza alle persone non autosufficienti:

- o l'art. 29 recante “assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario”, tiene conto della specificità dei bisogni di determinati pazienti che – a cagione delle patologie da cui sono affetti, contraddistinte da alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità – che rendono appunto necessario un trattamento contraddistinto da elevato impegno sanitario, continuativo e con pronta disponibilità, da somministrare, proprio in virtù del suddetto grave quadro clinico, necessariamente in ambito residenziale siccome “non erogabile al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità”;
- o l'art. 30 disciplina l'assistenza sociosanitaria residenziale delle persone non autosufficienti prevedendo al comma 1 lett. a) i trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti, i quali sono interamente a carico del SSN (articolo 30 comma 2 prima parte). La previsione di un limite temporale di durata del trattamento estensivo, fissata in 60 gg., legata evidentemente alle condizioni di appropriatezza del trattamento, non è cogente, come è fatto palese dalla indicazione “di norma”, dovendo, dunque, escludersi ogni paventato automatismo nella definizione della durata del trattamento che, pertanto, andrà stimata sulla scorta delle effettive condizioni dell'assistito e sulla scorta di una specifica valutazione multidimensionale. Ove permangano le esigenze di un trattamento estensivo gli oneri resteranno, dunque, a carico del SSN;
- o l'art. 34 recante la disciplina per l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità, prevede scadenze temporali predefinite (da 45 giorni a 60 giorni) valide solo in via “di norma”, facendo espressamente salva la possibilità che la rivalutazione multidimensionale rilevi il persistere del bisogno riabilitativo.

In particolare, saranno erogati:

- o trattamenti di riabilitazione intensiva (RD1) rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere e un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore;
- o trattamenti di riabilitazione estensiva (RD2) rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento

riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore.

- o assistenza per Alzheimer;
- o trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore.

Inoltre, sarà necessario attivare le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale con particolare attenzione al paziente post Covid.

Con la prevista riorganizzazione, Casa della Salute di Larino, contenente il Presidio Territoriale di Larino assume la seguente conformazione:

- 60 PL ex art 26 di cui 30 RD1 – 30 RD2
- 20 PL ex art 26 RD3 10 gravi 10 lievi
- 20 PL UDI per Vulnologia e Cure Ferite Difficili
- 10 PL R2D - 20 P.L. R2

Anche al fine di dare una maggiore risposta all'utenza la Casa della Salute Presidio territoriale di Larino sarà fornita di un sistema che dovrà consentire l'esecuzione, il controllo e la refertazione di esami diagnostici in regime di *point-of care*. Nello specifico il sistema, attraverso una strumentazione precisa, accurata, di facile uso, potrà garantire risultati in tempo reale, riducendo il tempo di percorso di una richiesta necessario all'ottenimento del risultato o della risposta del referto. Il sistema permette, inoltre, l'archiviazione e la tracciabilità dei dati.

- **Prevenzione** Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), parte integrante del Piano sanitario nazionale, affronta le tematiche relative alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie e prevede che ogni Regione predisponga e approvi un proprio Piano. La validità del PNP 2014-2018 è stata prorogata al 2019 dall' Intesa Stato-Regioni del 21 dicembre 2017. In Italia, il Piano ha come obiettivo principale affermare il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare, in particolare alla luce delle dinamiche demografiche, garantendo equità e contrasto alle disuguaglianze. Il piano prevede un sistema di monitoraggio in grado di fornire un quadro completo sugli stili di vita attraverso l'analisi dei principali fattori di rischio oggetto di attività di prevenzione, promozione della salute, intervento sanitario, riabilitazione e, non ultimo, reinserimento sociale. Queste azioni, orientate a creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza che mantenga o migliori il controllo della salute, sono risultate molto efficaci in quelle Regioni d'Italia che le hanno adottate maggiormente. In particolare, sono positivi i dati degli ultimi anni sulla sopravvivenza dei pazienti oncologici: i progressi nella prevenzione primaria emergono chiaramente nel caso del tumore polmonare, per il quale il carico sanitario della patologia è in sensibile diminuzione da anni negli uomini, grazie alla riduzione della prevalenza di fumatori che rappresenta un grande successo delle normative anti-fumo (tra le più avanzate in Europa). Per quanto riguarda i tumori oggetto di programmi di screening organizzato, gli effetti dell'introduzione di misure efficaci di prevenzione secondaria sono visibili nelle aree del Paese dove si è iniziato prima e dove la copertura è ottimale. La prevenzione gioca un ruolo importante non solo per salvaguardare lo stato naturale di salute degli individui, ma per la sostenibilità del sistema sanitario in un periodo storico caratterizzato da aumento dei costi a fronte di risorse limitate. A tal proposito sarà necessario potenziare l'attività di prevenzione presso la Casa della Salute – Presidio

territoriale di Larino. Di conseguenza, in seguito all'emergenza Covid è prevista anche l'individuazione dei pazienti fragili al fine di identificare i diversi livelli di rischio e definire le misure di prevenzione e protezione adeguate, nonché l'implementazione delle attività di vaccinazione previste nel Piano Regione della Prevenzione, in particolare per quanto concerne la campagna di vaccinazione antinfluenzale.

4.2.1.2 Iniziative di comunicazione e informazione verso i cittadini

La comunicazione sta assumendo un ruolo sempre più rilevante nell'implementazione dei modelli organizzativi sanitari a diversi livelli ed in particolare nelle politiche sanitarie preordinate alla ristrutturazione/riorganizzazione del sistema delle reti ed i processi di riconversione delle Strutture. La comunicazione è anche strumento per migliorare l'*accountability* del Sistema, attraverso una rendicontazione periodica degli obiettivi, delle azioni e dei risultati raggiunti, anche nel rispetto dei principi di trasparenza che tanta importanza hanno assunto negli ultimi anni per le Pubbliche Amministrazioni e per le Aziende Sanitarie, in particolare. La comunicazione in ambito sanitario interessa tutta l'attività sanitaria: dal rapporto medico operatore; al rapporto paziente/utente; ai rapporti con la comunità di riferimento nel suo complesso, rapporti con i soggetti della programmazione sanitaria territoriale; rapporti con il volontariato; rapporti interni all'Azienda. Nell'ottica di sensibilizzare la popolazione alla prevenzione e renderla consapevole relativamente a specifiche patologie saranno previsti, ciclicamente, incontri con i cittadini presso il Presidio territoriale di Larino.

4.2.2 Casa della Salute - Presidio territoriale di Venafro

L'Ospedale S.S. Rosario di Venafro, in linea con le indicazioni del DM 70/2015, è stato riconvertito quale Ospedale territoriale di Comunità all'interno della Casa della Salute. Il Presidio è concepito per essere un contenitore di più servizi di assistenza territoriale concentrati in un unico edificio, quale Ospedale territoriale di comunità. Il POS 2015-2018 recepito con il DCA n.52 del 12.09.2016 (Invio SiVeAS prot_91_A_2016) aveva previsto la seguente dotazione dei posti letto:

- 20 unità di riabilitazione extra ospedaliera, di cui 10 per riabilitazione estensiva e 10 per riabilitazione di mantenimento;
- 10 posti letto per la cura dell'Alzheimer;
- 40 posti letto di RSA;
- 20 posti letto gestiti da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai MMG o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN;
- 1 Punto di Primo Intervento che sarà poi sostituito, così come previsto dal DM 70/2015, da una postazione medicalizzata 118;
- di attività ambulatoriale anche a carattere chirurgico;
- di altri servizi territoriali e socio-sanitari.

Ad oggi sono attivi all'interno della Casa della Salute e dell'Ospedale di Comunità:

- pass – CUP;
- punto prelievi;
- scelta e revoca medico;
- esenzioni per patologia e per reddito;
- riabilitazione e protesica;
- PUA e cure domiciliari;
- specialistica ambulatoriale;
- continuità assistenziale;

- vaccinazioni;
- radiodiagnostica;
- postazione 118;

Come già sopra descritto per l'ospedale di comunità di Larino, anche per l'ospedale di comunità di Venafrò si prevede una rimodulazione dell'attuale offerta assistenziale in attuazione dell'articolo 1 del decreto-legge n.34 del 19 maggio 2020, convertito in legge n.77 del 17 luglio 2020.

Con la prevista riorganizzazione, Casa della Salute di Venafrò, contenente il Presidio Territoriale di Venafrò assume la seguente conformazione:

- 20 posti letto RSA;
- 20 unità di riabilitazione extra ospedaliera, di cui 10 per riabilitazione estensiva e 10 per riabilitazione di mantenimento;
- 10 posti letto per la cura dell'Alzheimer;
- 20 posti letto in UDI.

4.2.3 Implementazione attività post Covid

In dell'attuazione della normativa vigente relativa all'emergenza Covid e in particolare per quanto concerne l'articolo 1 del decreto-legge n.34 del 19 maggio 2020 verranno potenziati anche i percorsi inerenti a:

- **Patologie cronico-degenerative** Il Piano Nazionale Cronicità (PNC) prevede la realizzazione di Percorsi Assistenziali personalizzati con l'obiettivo di inserire ogni singolo paziente attraverso la cosiddetta "presa in carico", fin dal momento della diagnosi, in un processo di gestione integrata condivisa, che preveda l'adozione di un Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) basato sulle sue specifiche necessità. Tale piano dovrà essere gestito da un team composto da diverse figure (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, infermieri, specialisti territoriali e ospedalieri, assistenti sociali, etc.) in una logica di collaborazione e corresponsabilità, individuando il soggetto responsabile della gestione del percorso di cura. La situazione emergenziale in atto ha evidenziato la necessità di un sistema di cure domiciliari con una organizzazione integrata e trasversale basata sulla presa in carico dei pazienti. A tal proposito saranno implementati, in linea con quanto definito dall'articolo 1 del decreto-legge n.34 del 19 maggio 2020, i servizi di ADI anche presso il Presidio territoriale di Larino. Inoltre, l'inserimento della figura dell'**infermiere di comunità** avrà il compito di facilitare la presa in carico del bisogno assistenziale dell'assistito. La Regione Molise intende implementare la figura dell'infermiere di comunità anche in Presidio territoriale di Larino, al fine di fornire assistenza domiciliare e ridurre la riacutizzazione delle patologie croniche. In particolare, l'infermiere di comunità dovrà essere in grado di realizzare interventi informativi ed educativi, prendere in carico e progettare interventi assistenziali, erogarli e valutarne con competenza e capacità critica i risultati ed infine attivare percorsi sulla base di specifici obiettivi assistenziali. L'infermiere sarà impegnato in attività domiciliari, svolgendo una funzione di raccordo tra i pazienti cronici e/o anziani, la rete familiare e i diversi professionisti sanitari, ed erogherà servizi tesi a supportare gli assistiti nelle attività quotidiane, nella promozione dell'inclusione sociale, nella prevenzione degli incidenti domestici, nell'assistenza e monitoraggio della terapia. Sarà inoltre implementata la **Medicina d'Iniziativa**, come attività qualificante delle Cure Primarie. La Medicina d'Iniziativa prevede un modello assistenziale idoneo a gestire le patologie croniche, in costante aumento per l'invecchiamento della popolazione, sia in termini di gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici sia nell'ottica della sostenibilità

economica e sociale di queste malattie. Tali malattie non si prestano ad essere curate dal modello classico della “medicina d'attesa”, disegnato sulle malattie acute, secondo il quale il medico attende che il paziente giunga da lui sottoponendogli un disturbo o una malattia che il più delle volte potrà essere risolta, anche ricorrendo a tecnologie sofisticate, in un lasso di tempo breve. Il modello della Medicina di Iniziativa si basa anche sulla predisposizione di alcuni strumenti organizzativi, come per esempio: 1) sistemi di primo invito e di richiamo che agevolino l'avanzamento lungo i percorsi di cura, 2) un insieme di indicatori che permetta di verificare la qualità degli interventi e risultati di salute, 3) un sistema informativo che registri i percorsi del paziente e permetta l'attività di valutazione. Una buona gestione delle malattie croniche prevede invece che il medico si prenda cura in maniera attiva delle persone, invitandole a sottoporsi ai controlli e offrendo loro un insieme di interventi personalizzati che, iniziando prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, possano curarla nel corso degli anni e rallentarne l'evoluzione.

- **Riabilitazione** La riabilitazione costituisce il terzo pilastro del sistema sanitario, accanto alla prevenzione e alla cura, per il completamento delle attività volte a tutelare la salute dei cittadini. La riabilitazione è un processo nel corso del quale si porta una persona con disabilità a raggiungere il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, con la minor restrizione delle sue scelte operative, pur nei limiti della sua menomazione. Nel Presidio territoriale di Larino saranno implementate le attività in ADI anche per i pazienti che necessitano di prestazioni di riabilitazione, in linea con quanto definito dall'articolo 1 del decreto-legge n.34 del 19 maggio 2020.

In dell'attuazione della normativa vigente relativa all'emergenza Covid e in particolare per quanto concerne l'articolo 1 del decreto-legge n.34 del 19 maggio 2020, convertito in legge, n.77, del 17 luglio, 2020, anche nel presidio territoriale di Venafrò verranno potenziati i percorsi di assistenza territoriale. In particolare, a seguito dell'emergenza legata alla diffusione del contagio da Covid in atto, la Regione Molise prevede un incremento dei servizi al domicilio dei cittadini con una organizzazione integrata e trasversale basata sulla presa in carico dei pazienti, soprattutto se affetti da patologie cronic-degenerative. Nei casi in cui non fosse possibile mettere in atto tutte le misure precauzionali presso il domicilio del paziente, e in considerazione di quanto previsto dall'articolo 4, comma 1, del decreto-legge, n.18, del 17 marzo 2020, è opportuno domiciliare il paziente presso la struttura residenziale di Venafrò, in cui sono adottate le misure di prevenzione necessarie sia per l'assistito che per gli operatori. La Regione Molise intende, inoltre, implementare la figura dell'infermiere di comunità anche nel Presidio territoriale di Venafrò, al fine di gestire le reti multi-professionali e i processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema di cure primarie. L'inserimento della figura dell'infermiere di comunità avrà il compito di facilitare la presa in carico del bisogno assistenziale dell'assistito. L'infermiere di comunità risponderà ai bisogni di salute della popolazione del presidio di competenza, svolgendo attività trasversali per accrescere l'integrazione e l'attivazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le risorse sul territorio. Sarà inoltre implementata la medicina d'iniziativa, come attività qualificante delle Cure Primarie per la comunità, prevenendo un sistema efficace per le patologie croniche che abbandona il modello della “medicina d'attesa”. Infine, saranno implementate le attività riabilitative in ADI per i pazienti che ne necessitano.

4.3 Impatto economico per il potenziamento delle cure primarie

La spesa complessiva per il potenziamento delle cure primarie della regione Molise ed in particolare per le assunzioni degli infermieri di Comunità per l'anno 2020 è di **1,71 €mln** mentre la

spesa per l'anno 2021 è di **2,46 €mln**; tali importi risultano pari a quanto previsto nell' articolo 1 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020.

Il costo previsto per le assunzioni di 46 infermieri di famiglia/di comunità per potenziare le cure primarie dalla regione Molise è pari a **1,6 €mln**. La quota di finanziamento rimanente pari a **0,07 €mln** verrà utilizzata per l'assunzione della figura professionale di uno psicologo per il 2021 (art. 7-bis del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020). Inoltre, l'art. 1 comma 9 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020 prevede un'indennità infermieristica pari a **0,05 €mln**. La regione Molise intende utilizzare tutto il finanziamento relativo all'indennità.

5 Unità speciali di continuità assistenziale (Art.1, comma 6)

Nella gestione dell'emergenza sanitaria per l'epidemia da Covid, sono state istituite le Unità speciali di continuità assistenziale, U.S.C.A., con finalità di consentire a MMG, PLS e al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività ordinaria, in attuazione a quanto previsto all'articolo 8 del decreto-legge 9 marzo 2020 n. 14 (GU n. 62 del 09/03/2020). Le U.S.C.A. garantiscono l'assistenza domiciliare a favore di pazienti affetti da Covid, che non necessitano di ricovero ospedaliero, assicurando la somministrazione e il monitoraggio delle terapie domiciliari.

In Molise sono presenti 44 sedi di continuità assistenziale: 16 sedi nel Distretto Sanitario di Campobasso, 12 sedi nel Distretto Sanitario di Isernia e 16 nel Distretto Sanitario di Termoli. Con DDG ASReM n. 75/2020 del 26/03/2020 sono state attivate 3 U.S.C.A. in ciascun Distretto: Campobasso (sede di Bojano), Termoli e Isernia, con la presenza presso ciascuna sede di due medici con turno 8.00 - 20.00, 7 giorni su 7. La sede di Campobasso dispone, inoltre, di un medico nella fascia oraria 8.00 - 20.00, 7 giorni su 7 per il *triage* telefonico per l'intero territorio regionale, che risponde con un apparecchio telefonico apposito. Con DDG 105 del 01 aprile 2020 è stata approvata la graduatoria di disponibilità per il conferimento dei relativi incarichi della durata di 3 mesi, con impegno di 36 ore settimanali su turni di 12 ore. Sono state elaborate le *Procedure Operative delle U.S.C.A. nell'emergenza Covid-19* in cui si definisce: il loro funzionamento, la dotazione DPI e lo strumentario e le procedure per le visite a domicilio e nelle strutture residenziali di accoglienza. Tutti gli operatori U.S.C.A., prima di essere avviati al servizio attivo, devono aver partecipato al corso per l'uso appropriato di DPI e i medici nello svolgimento del loro operato devono istruire adeguatamente sia il paziente che i familiari sulle precauzioni da mettere in atto per la prevenzione della trasmissione da contatto. Ciascuna sede deve essere dotata di computer con collegamento internet, stampante, tablet, telefono cellulare e telefono con Numero Unico di attivazione U.S.C.A. per la sola sede di Bojano. Ciascuna U.S.C.A. è fornita dei sistemi per lo smaltimento dei DPI impiegati. Le automediche e le sedi devono essere sanificate almeno giornalmente e dotate di flacone gel alcolico per l'igiene delle mani e di prodotti per la sanificazione delle superfici. Sono dotate, inoltre, di prodotti adeguati alla sanificazione, dei DM utilizzati a domicilio del paziente. Sulla base delle linee di indirizzo predette, le U.S.C.A., attivate dal MMG/PLS/medico di Continuità Assistenziale, attraverso il Numero regionale di attivazione e previo invio di Scheda di attivazione, si occupano della presa in carico dei pazienti domiciliati nella sede U.S.C.A. corrispondente e con tali caratteristiche: 1) positivi Covid isolati a domicilio o in struttura di ricovero, asintomatici o paucisintomatici, 2) positivi Covid isolati a domicilio o in struttura di ricovero, dopo dimissione ospedaliera e fino alla guarigione testimoniata dalla doppia negatività del tampone. I medici U.S.C.A. valutano la necessità di visita domiciliare e/o il monitoraggio telefonico caso per caso. Durante la visita domiciliare, il medico redige la scheda di monitoraggio. Grazie ad un software gestionale interconnesso tra MMG, U.S.C.A. e specialista ambulatoriale, è possibile l'invio telematico automatico di un *Report* Informativo al MMG, qualora vi

siano variazioni dello stato di salute del suo assistito, nonché la consulenza diretta con uno specialista infettivologo di riferimento per impostare adeguata terapia antivirale. Il medico U.S.C.A. può richiedere il coinvolgimento del medico specialista ambulatoriale per visite speciali. L'attivazione dello specialista ambulatoriale deve avvenire in seguito a contatto con il MMG/PLS. Il medico U.S.C.A. effettua un consulto (via tablet/ via telefono) con il medico curante, il quale valuterà la necessità dello specialista. Infine, il MMG/PLS, valuterà se effettuare direttamente un teleconsulto (medico curante – specialista) o se attivare la visita specialistica presso il domicilio del paziente. Giornalmente, il medico triagista della sede di Bojano redige un registro dei pazienti presi in carico a livello regionale nonché la lista dei pazienti dimessi per guarigione. A fine turno, in ciascuna sede, è redatto il registro telematico dei contatti telefonici e delle visite domiciliari effettuate.

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

5.1 Azioni migliorative

Fino al 31/12/2020 si estende l'attività delle U.S.C.A. anche ai pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti che, soprattutto, a seguito dell'emergenza epidemiologica costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione. Le attività assistenziali delle U.S.C.A., dovranno, inoltre, integrarsi funzionalmente con l'attività infermieristica domiciliare.

- L'attività delle U.S.C.A. è coordinata e monitorata dalla Centrale Operativa regionale;
- Nel corso dell'attività assistenziale sia i MMG/PLS/CA, sia i Medici U.S.C.A. potranno avvalersi della consulenza, anche telefonica, di medici specialisti, sia ospedalieri sia convenzionati. I medici specialisti convenzionati possono prescrivere i farmaci necessari secondo le disposizioni Nazionali e Regionali vigenti;
- A supporto dell'attività delle U.S.C.A., al fine di favorire la valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e l'integrazione con i servizi sociali e socio-sanitari territoriali, in deroga all'articolo 1, comma 7 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34., convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020, la Regione prevede l'assunzione di 6 assistenti sociali;
- In deroga all'articolo 1 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34., convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020, la Regione prevede l'assunzione di 4 psicologi regolarmente iscritti nell'albo professionale per l'anno 2020 e un psicologo regolarmente iscritto nell'albo professionale per l'anno 2021;
- La riabilitazione respiratoria nella fase post-acuta, promuove la ripresa delle abilità funzionali presenti, riattiva le potenzialità residue e favorisce l'autonomia nella vita quotidiana. Il protrarsi dell'allettamento determina quadri di deficit muscolari e diventa quindi cruciale il ruolo della riabilitazione con percorsi differenziati multidisciplinari e interprofessionali, incentrati sulle caratteristiche individuali di ogni singolo utente. Il MMG/PLS invia richiesta di presa in carico riabilitativa per tutti quei soggetti che possono beneficiare dell'auto-trattamento tramite contatti telefonici volti al controllo delle attività, anche attraverso video-tutorial, per addestramento alla corretta riabilitazione respiratoria e motoria. Per i soggetti con maggiore complessità riabilitativa, che dovessero avere necessità di trattamento specifico individuale e non possono beneficiare di teleassistenza, il MMG/PLS invia richiesta di intervento da parte del medico specialista che redige il Programma Riabilitativo Individuale (PRI).

5.2 Impatto economico per il potenziamento delle Unità speciali di continuità assistenziale

La spesa complessiva per il potenziamento delle U.S.C.A. è di **0,3 €mln**, tale importo risulta pari a quanto previsto nell' articolo 1 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34., convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020. Oltre a tale finanziamento, per il mantenimento delle U.S.C.A fino al 13/12/2020 verrà utilizzata la quota di finanziamento rimanente per l'assunzione del personale ADI (art. 1 comma 4 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34., convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020) pari a **0,5 €mln**.

A supporto delle U.S.C.A è prevista l'assunzione di 6 assistenti sociali per un costo pari a **0,04 €mln** per il 2020 e di 4 psicologi per il 2020 per un costo pari a **0,03 €mln**. Tali importi risultano coerenti con quanto stabilito dall'art.1 comma 7 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34., convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020. Per il 2021, come definisce l'art. 1 comma 7 bis del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34., convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020, è prevista l'assunzione di 1 psicologo come descritto nella sezione 4.3 (Impatto economico per il potenziamento delle cure primarie) del presente documento.

6 Centrali Operative (Art.1, comma 8)

La regione Molise, per contrastare l'emergenza Covid, prevede l'istituzione di una Centrale Operativa regionale con sede a Campobasso.

La Centrale Operativa regionale costituisce l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto svolge una funzione di coordinamento, assumendo un ruolo di raccordo tra tutte le componenti della rete assistenziale, sia ospedaliera che territoriali. Essa non si sostituisce alle funzioni proprie delle strutture e dei servizi, ma ha un ruolo esclusivo di coordinamento, in quanto rappresenta lo strumento di raccolta e classificazione del bisogno sanitario e socio-sanitario di attivazione delle risorse più appropriate della rete assistenziale e di monitoraggio dei percorsi attivati. La Centrale Operativa si avvale di personale debitamente formato e prevede, inoltre, il coordinamento generale dell'assistenza territoriale assicurata dal dipartimento di prevenzione, dai MMG, PLS, Continuità assistenziale e dalle U.S.C.A. e l'implementazione dei sistemi di sorveglianza sanitaria in termini di uniformità, di equità d'accesso, di responsabilizzazione e definizione dei ruoli di tutti i soggetti coinvolti.

Tra le funzioni della Centrale Operativa si rileva:

- Attività di collegamento con il dipartimento di prevenzione e con gli operatori di sanità pubblica e con il servizio di assistenza domiciliare integrata;
- Supporto ai MMG, PLS e medici di continuità assistenziale per la risoluzione di eventuali problematiche gestionali che coinvolgono le persone sottoposte a sorveglianza sanitaria o quarantena obbligatoria;
- Interazione con il sistema territoriale del 118;
- Monitoraggio delle attività delle U.S.C.A. territorialmente competenti, finalizzato alla elaborazione di report settimanali;
- Punto di raccolta delle informazioni da parte dei MMG, PLS, medici di continuità assistenziale e U.S.C.A.;
- Monitoraggio costante dell'attività del numero unico aziendale o altro sistema di accesso informativo da parte dell'utenza ai servizi della Azienda Sanitaria;

- Attività di facilitazione del rapporto tra MMG/PLS/ medici di continuità assistenziale e medici U.S.C.A. con gli specialisti ambulatoriali convenzionati e con il dipartimento di prevenzione;
- Consulenza e proposta in merito a protocolli operativi aziendali e eventuali soluzioni tecnologiche di teleassistenza;
- Rapporto con l'Unità di Crisi Aziendale con compiti di monitoraggio e consulenza;
- Implementazione delle attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le RSA e le altre strutture residenziali in attuazione di quanto previsto dal comma 1 dell'art.1 della Legge 17 luglio 2020 n.77.

In conformità con le indicazioni del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34., convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020, la Centrale Operativa deve essere dotata di apposito personale e di apparecchiature e sistemi per il telemonitoraggio e la telemedicina, avendo un ruolo centrale per il monitoraggio dei soggetti posti in sorveglianza attiva o in quarantena precauzionale, coordinandosi in caso di peggioramento delle condizioni cliniche, con i Servizi di Emergenza Urgenza per una tempestiva ospedalizzazione.

6.1 Azioni migliorative

Per ottimizzare le funzionalità della Centrale Operativa è necessaria l'implementazione di ulteriori attività, quali:

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

Al fine di implementare al meglio le funzioni della centrale operativa regionale, soprattutto ai fini del monitoraggio e raccordo tra i servizi, possono essere previste delle integrazioni applicative, tra la i software verticali dipartimentali dell'azienda sanitaria utilizzati per le diverse funzioni Covid e non, (richiesta tamponi, gestione esiti tamponi, questionario stato di salute utenti, monitoraggio pazienti in isolamento e quarantena, gestione referti di laboratorio, esiti test rapidi, presa in carico U.S.C.A., interventi U.S.C.A., consulenze specialistiche....) e il sistema informativo del quale sarà dotato la centrale stessa. Tra le integrazioni possibili si prevede anche la definizione di un colloquio telematico con i software in uso ai MMG e PLS oltre che con quello in uso ai medici di continuità assistenziale ed eventualmente con l'applicazione che governa il funzionamento delle case della salute. Ulteriore integrazione applicativa ipotizzata è con i sistemi software in uso per la PUA e con quello per l'ADI.

6.2 Impatto economico per l'implementazione delle centrali operative

La spesa complessiva per l'assunzione di personale (6 medici, 10 infermieri e 7 altro personale) per la funzionalità della Centrale Operativa regionale è di **1,1 €mln** per l'anno 2020. Tale importo risulta pari a quanto previsto nell' articolo 1 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020. La spesa per kit per pazienti e per l'infrastruttura tecnologica è pari a **1,6 €mln** per l'anno 2020 come previsto nell'articolo 1 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020.

7 Impatto economico per l'ulteriore potenziamento del territorio

Come descritto nella sezione 6.2 (Impatto economico per l'implementazione delle centrali operative), sulla base del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020, dei **4,4 €mln** destinati al potenziamento del territorio, **1,6 €mln** saranno destinati per la spesa di kit per pazienti e infrastruttura tecnologica per le centrali operative. La parte rimanente pari a **2,8 €mln** verrà utilizzata dalla Regione per il potenziamento del territorio, in particolare per strumentazione idonea alla presa in carico dei pazienti tra cui la Regione prevede lo sviluppo di un sistema informativo gestionale integrato per la presa in carico condivisa tra i vari attori del sistema sanitario (ospedale, ADI, U.S.C.A., medicina generale, sociosanitario, ecc.).

8 Sorveglianza sanitaria e *contact tracing*

In seguito allo stato emergenziale e alla luce dell'incertezza sull'evoluzione dell'epidemia da Covid, è necessario mettere in atto le misure necessarie per far fronte ad eventuali scenari di aumento di trasmissione, in particolare nella prossima stagione autunnale.

Per quanto di competenza dell'Area della Prevenzione, si ritiene indispensabile un Piano specifico per il Dipartimento di Prevenzione della ASReM sulla base delle criticità rilevate, soprattutto in termini di personale. Il Dipartimento di Prevenzione si interfacerà con la Centrale Operativa regionale e potenzierà la sua attività (accertamento diagnostico, isolamento, *contact tracing*, quarantena, sorveglianza attiva, ecc) con azioni strategiche mirate alla gestione del Covid. È prevista, inoltre, l'attività di ricerca e di sperimentazione volta a garanzia dello stato di salute dei cittadini. Contestualmente risulta necessario anche un adeguamento di risorse informatiche e tecnologiche. Ciò impone un'attività di formazione costante del personale e un'attenta valutazione sulle risorse disponibili, sia in termini di risorse umane che strumentali. Sarà necessario valutare l'eventuale potenziamento dell'erogazione di percorsi formativi per tutto il personale in merito ai rischi di esposizione professionale, alle misure di prevenzione e protezione disponibili e alle caratteristiche del quadro clinico da infezione da Covid.

Pertanto, allo scopo di potenziare le misure a carattere preventivo, anche in vista della prossima campagna vaccinale sia per residenti che per gli operatori sanitari (RSA, case di riposo e strutture affini), nonché per una identificazione precoce di casi sospetti di Covid attraverso un sistema di sorveglianza e monitoraggio epidemiologico, ASReM redige un piano per il potenziamento del Dipartimento di prevenzione.

8.1 Rete dei laboratori

Per quanto concerne i casi sospetti ed accertati di pazienti affetti da Covid, il PO Cardarelli è la struttura idonea alla loro presa in carico e gestione, in quanto dotato di posti letto dedicati e del

Laboratorio Unico di Analisi per l'esecuzione dei test diagnostici attraverso l'identificazione di un settore dedicato. A seconda di come evolverà la pandemia in corso, al fine di gestire, eventualmente, l'incremento dei test da eseguire, la Regione potrà identificare ulteriori laboratori presso strutture pubbliche e/o private per l'ampliamento della capacità di risposta.

I referti contenenti l'esito del tampone naso-faringeo per la diagnosi di Covid confluiscono, secondo le specifiche CDA2, nei Fascicoli sanitari elettronici degli assistiti analogamente a quanto accade con i referti di laboratorio analisi. Detta previsione si applica anche ai referti riferiti ad indagini su prelievo venoso e a quelli conseguenti ai test sierologici per la ricerca di anticorpi specifici nei confronti del virus. Confluiscono nell' FSE tutti i referti prodotti dai laboratori pubblici e privati accreditati della Regione Molise a far data dall'inizio della pandemia.