

Relazione

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

Indice

1	Premessa.....	2
2	Casa della Salute - Presidio territoriale di Larino	3
2.1	Implementazione attività post Covid.....	4
2.2	Iniziative di comunicazione e informazione verso i cittadini	7
3	Criteri di definizione	7
4	Dotazione posti letto	10
4.1	Impatto economico per fabbisogno posti letto.....	11
5	Rete di emergenza urgenza ospedaliera.....	12
5.1	Impatto economico rete di emergenza urgenza ospedaliera	13
6	Emergenza territoriale	14
6.1	Impatto economico emergenza territoriale	14
7	Personale.....	15
7.1	Impatto economico personale.....	16

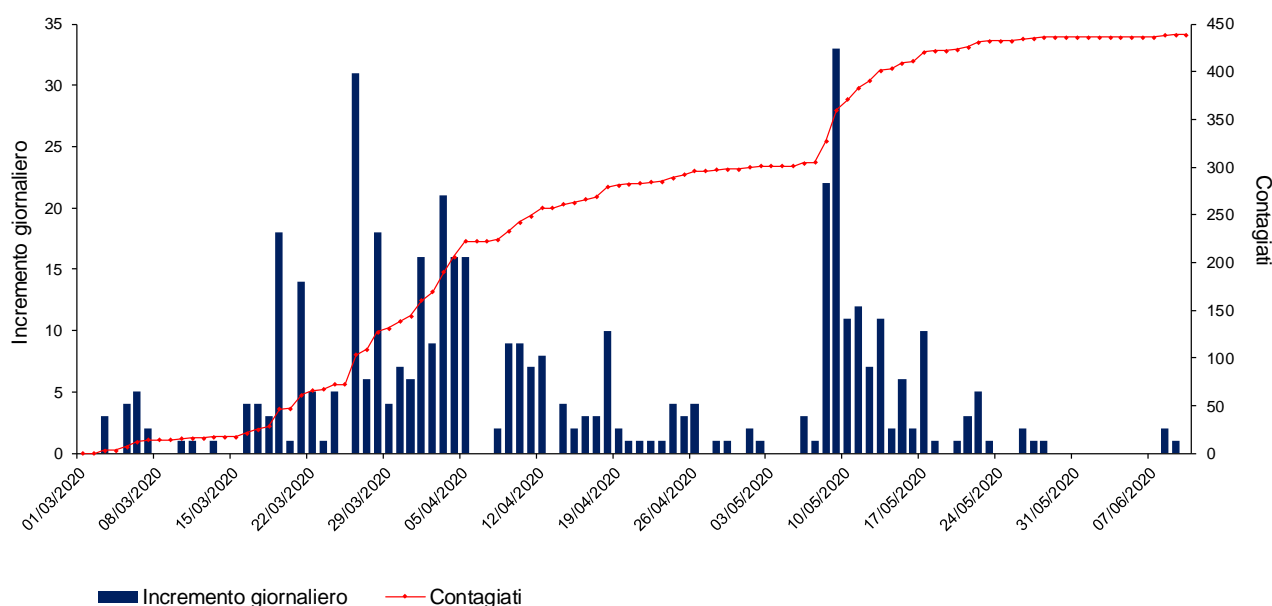
1 Premessa

La presente relazione illustra i contenuti del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per la regione Molise, in attuazione dell'articolo 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34., 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 adottare misure di continua riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. In ragione della gestione dell'epidemia da Covid, 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. L'Ospedale Cardarelli di Campobasso, DEA di I livello, è stato individuato come Hub per la presa in carico e gestione dei casi sospetti e dei pazienti affetti da infezione Covid.

La regione Molise ha costantemente monitorato gli aspetti epidemiologico-clinici dell'epidemia da Covid ed il suo impatto sul territorio molisano.

Figura 1 : Totale dei contagi e andamento dell'incremento giornaliero dal 01 Marzo al 10 giugno 2020 in Molise



È parte integrante del piano di riorganizzazione ospedaliera la capacità di rispondere ai picchi di richiesta emergenziale in corso, ma anche quella di contenere l'entità dei futuri rebound entro limiti gestibili. La prima fase emergenziale di innalzamento della curva epidemiologica dei casi di infezione da Covid è stata affrontata anche con la sospensione delle attività ordinarie procrastinabili, e la riconversione totale o parziale di molte unità operative destinate al trattamento esclusivo dei pazienti affetti da Covid. In questa fase, invece, risulta necessario rendere strutturale la risposta all'aumento della domanda di assistenza e il graduale ripristino delle attività ordinarie, riportando a regime la rete ospedaliera e rendendola flessibile alla rapida conversione.

La Regione intende **ripristinare** gradualmente la rete ospedaliera, rendendola più agile e garantendo l'attività ordinaria a regime, **riprogrammare** il fabbisogno e la disponibilità di posti letto

di terapia intensiva e semi intensiva, **potenziare** la rete di emergenza urgenza, rendendo disponibili percorsi separati per la gestione dei pazienti Covid e in regime ordinario, **consolidare** la rete di emergenza territoriale, garantendo che la presa in carico delle persone dimesse segua un percorso di continuità ospedale-territorio, evitando che questa circostanza diventi occasione di contagio, **incrementare** il personale necessario, adeguatamente formato attraverso specifici percorsi formativi in linea con la scelte organizzative.

2 Casa della Salute - Presidio territoriale di Larino

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.

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.

2.1 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:

- 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";
- 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;

- 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:

- 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;
- 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.
- assistenza per Alzheimer;
- 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 semi interni 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.

2.2 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.

I costi di potenziamento della Casa della Salute - Presidio territoriale di Larino saranno ricompresi nei programmi di riorganizzazione della rete territoriale (articolo 1 del decreto-legge n.34 del 19 maggio 2020).

3 Criteri di definizione

I criteri di definizione per l'implementazione degli interventi volti alla riorganizzazione della rete ospedaliera per la gestione dell'emergenza Covid di seguito riportati **sono conformi alle indicazioni fornite nell'allegato 1 alla Circolare Ospedaliera 0011254-29/05/2020-DGPROGS-MDS-P.**

La spesa complessiva per il piano di potenziamento della rete ospedaliera per l'emergenza Covid, prevista dal decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, per la regione Molise è pari a **9.2 €mln**, come mostrato in

Figura 2. Nel dettaglio, **7 €mln** sono destinati al piano di riorganizzazione della rete ospedaliera. In particolare, l'incremento di posti letto in terapia intensiva e semi intensiva, il rafforzamento della rete

di emergenza urgenza e di emergenza territoriale. Mentre **2.2 €mln** è la spesa autorizzata per il personale sanitario, sia per l'operatività dei mezzi per il trasporto secondario anche per l'area ospedaliera.

Figura 2: Riparto fondi Rete Ospedaliera Anno 2020 - DL 34/2020 (Art.2)

Riparto fondi Rete Ospedaliera Anno 2020 - DL 34/2020 (Art.2)													
Regioni	Piano di riorganizzazione Rete Ospedaliera	... di cui per Incremento p.l. Terapia Intensiva	... di cui per Incremento p.l. Terapia Semi-intensiva	... di cui per Rete emergenza-urgenza (DEA+PS)	... di cui per Rete emergenza territoriale (DEA II LIVELLO)	Quota d'accesso Anno 2020	Riparto risorse sulla base della quota d'accesso	... di cui per operatività dei mezzi di trasporto pazienti	... di cui per personale ospedaliero (anche ai sensi degli artt. 2-bis e 2-ter, d.l. 18/2020)	... di cui per incentivi in favore del personale dipendente del SSN	Totale Risorse da ripartire a Regioni	Risorse per Fabbisogno Ospedali Campo	Totale Risorse Ospedaliera
	(Co. 1)	(Co. 2)	(Co. 4)	(Co. 5, I periodo)	(Co. 5, III periodo)				(co.6)	(co.1 e co.7)		(Co. 3)	
PIEMONTE	111.222.717	51.798.760	43.422.254	15.096.313	905.389	7,36%	31.740.355	3.827.844	13.993.079	13.919.432	142.963.072	-	142.963.072
V D'AOSTA	3.038.688	1.385.920	1.281.312	296.006	75.449	0,21%	905.241	109.171	399.086	396.985	3.943.929	-	3.943.929
LOMBARDIA	225.345.817	101.345.400	100.227.105	22.792.473	980.838	16,64%	71.732.455	8.650.837	31.624.030	31.457.588	297.078.272	-	297.078.272
BOLZANO	14.344.710	6.929.600	5.267.618	2.072.043	75.449	0,86%	3.698.649	446.052	1.630.589	1.622.007	18.043.359	-	18.043.359
TRENTO	16.269.428	7.969.040	5.409.986	2.664.055	226.347	0,89%	3.836.677	462.698	1.691.441	1.682.538	20.106.105	-	20.106.105
VENETO	101.544.271	36.553.640	48.832.240	14.800.307	1.358.084	8,14%	35.089.194	4.231.709	15.469.452	15.388.033	136.633.465	-	136.633.465
FRIULI	25.703.911	9.528.200	12.101.284	3.848.080	226.347	2,06%	8.897.192	1.072.989	3.922.424	3.901.779	34.601.103	-	34.601.103
LIGURIA	28.893.350	7.449.320	15.518.117	5.624.117	301.796	2,68%	11.553.448	1.393.330	5.093.463	5.066.655	40.446.798	-	40.446.798
E ROMAGNA	95.040.697	33.262.080	44.418.831	15.096.313	2.263.473	7,46%	32.141.793	3.876.257	14.170.058	14.095.479	127.182.490	-	127.182.490
TOSCANA	79.367.367	28.064.880	37.158.060	13.616.283	528.144	6,30%	27.147.178	3.273.913	11.968.128	11.905.137	106.514.545	-	106.514.545
UMBRIA	24.180.508	9.874.680	8.826.819	5.328.111	150.898	1,49%	6.421.644	774.442	2.831.051	2.816.151	30.602.152	-	30.602.152
MARCHE	39.790.608	18.190.200	15.233.381	6.216.129	150.898	2,56%	11.047.380	1.332.299	4.870.357	4.844.724	50.837.988	-	50.837.988
LAZIO	118.561.444	47.467.760	58.655.636	12.136.252	301.796	9,68%	41.711.341	5.030.331	18.388.897	18.292.113	160.272.785	-	160.272.785
ABRUZZO	29.047.242	11.433.840	13.097.860	4.440.092	75.449	2,19%	9.437.503	1.138.150	4.160.625	4.138.727	38.484.745	-	38.484.745
MOLISE	6.970.569	2.425.360	2.989.729	1.480.031	75.449	0,51%	2.211.741	266.733	975.070	969.938	9.182.310	-	9.182.310
CAMPANIA	163.813.544	86.446.760	57.801.427	18.056.375	1.508.982	9,30%	40.088.507	4.834.619	17.673.453	17.580.435	203.902.051	-	203.902.051
PUGLIA	99.866.963	47.641.000	40.147.789	11.248.233	829.940	6,62%	28.538.103	3.441.656	12.581.332	12.515.114	128.405.066	-	128.405.066
BASILICATA	13.545.322	5.543.680	5.552.354	2.072.043	377.246	0,93%	4.026.924	485.642	1.775.313	1.765.969	17.572.246	-	17.572.246
CALABRIA	51.171.973	23.214.160	19.362.054	7.992.166	603.593	3,19%	13.750.310	1.658.269	6.061.973	6.030.068	64.922.283	-	64.922.283
SICILIA	123.309.660	52.145.240	49.828.817	20.128.418	1.207.186	8,16%	35.173.684	4.241.898	15.506.700	15.425.085	158.483.344	-	158.483.344
SARDEGNA	42.116.211	17.670.480	16.372.325	7.696.160	377.246	2,74%	11.825.681	1.426.161	5.213.480	5.186.040	53.941.892	-	53.941.892
TOTALE	1.413.145.000	606.340.000	601.505.000	192.700.000	12.600.000	100%	430.975.000	51.975.000	190.000.000	189.000.000	1.844.120.000	54.346.667	1.898.466.667

4 Dotazione posti letto

Allo scopo di poter affrontare situazioni di improvviso innalzamento della curva epidemica dei casi Covid e di ottimizzare l'utilizzo delle strutture idonee a riassorbire l'attività ordinaria, la regione Molise si impegna a riprogrammare e riorganizzare il fabbisogno e la disponibilità dei posti letto di terapia intensiva e semi intensiva. I posti letto di terapia intensiva e semi intensiva da attivare per la regione Molise verranno implementati nelle tre strutture ospedaliere presenti sul territorio della rete ospedaliera per l'emergenza Covid. In ottemperanza alle indicazioni ministeriali sarà prevista una adeguata rete logistica, organizzata per manutenzione, rotazione e distribuzione delle attrezzature e strumentazioni anche attraverso una ridistribuzione e utilizzo delle attrezzature già acquisite.

L'Ospedale Cardarelli di Campobasso, DEA di I livello è un Hub individuato per la presa in carico e gestione dei casi sospetti e dei pazienti affetti da infezione Covid, in quanto già dotato di: posti letto dedicati all'isolamento in terapia intensiva e malattie infettive percorsi separati temporaneamente nella fase di emergenza, e laboratorio analisi di riferimento per l'esecuzione di test diagnostici per la diagnosi di infezione Covid.

Gli Ospedali Veneziense di Isernia e San Timoteo di Termoli che hanno il ruolo di *Spoke* saranno anch'essi dotati di nuovi posti letto di terapia intensiva.

Terapia intensiva. La regione Molise, nel rispetto dei principi di separazione e sicurezza dei percorsi, renderà strutturale la dotazione di **14** posti letto di terapia intensiva, di cui **9** al Cardarelli, **2** al Veneziense e **3** presso il San Timoteo. Tale incremento si aggiunge ai **30** posti letto di terapia intensiva pre-emergenza per un totale di **44** regionali (tra pubblico e privato), compreso l'adeguamento dei posti letto di terapia intensiva nei centri Hub pediatrici. Il numero di posti letto di terapia intensiva da attivare è in accordo con la dotazione omogenea a livello nazionale di 0,14 posti letto per 1.000 abitanti prevista dall'art.2, comma 1 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34.

Terapia semi intensiva. La regione Molise predisporrà **21** posti letto in terapia semi intensiva da convertire mediante la necessaria dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione e monitoraggio in modo che tali posti letto siano fruibili sia in regime ordinario che in regime di trattamento infettivologico. Almeno il 50% dei posti letto, sarà convertito in posti letto di terapia intensiva con l'integrazione della strumentazione di ventilazione invasiva e monitoraggio, mentre il restante 50% sarà dotato di ventilatori non invasivi. Nei 21 posti letto da convertire sono inclusi **15** posti letto per malattie infettive e tropicali (1 in regime diurno e 14 in regime ordinario) e **6** posti letto per pneumologia (1 in regime diurno e 5 in regime ordinario), come mostrato in *Figura 4*. Il numero di posti letto da convertire è stato quantificato per ciascuna regione e provincia autonoma nella misura di 0,007% sulla popolazione residente, come previsto dall'art.2, comma 2, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34.

Figura 3: Incremento posti letto in terapia intensiva e semi intensiva - DL 34/2020 (Art.2, commi 1,2)

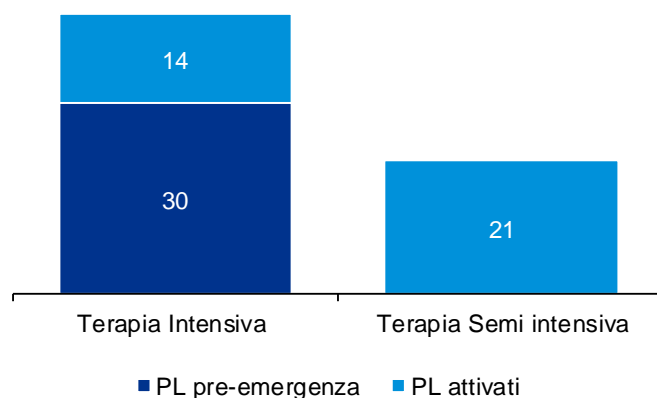
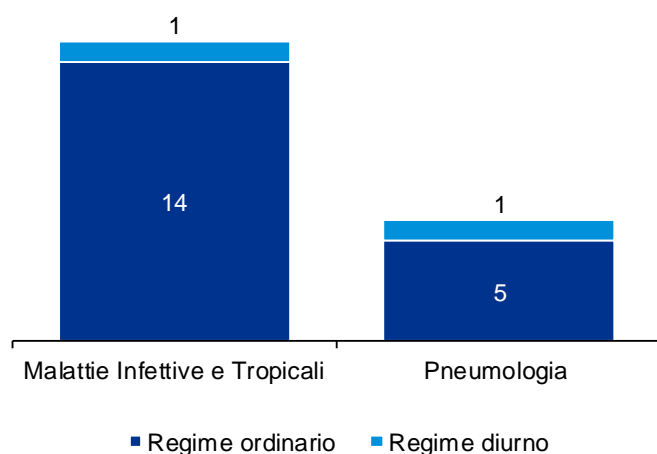


Figura 4: Suddivisione posti letto di terapia semi intensiva



4.1 Impatto economico per fabbisogno posti letto

Relativamente al PO Cardarelli, la spesa complessiva per l'incremento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva di 9 posti letto e la riqualificazione dei 21 posti letto di area semi intensiva con la relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione è di **4,6 €mln** attraverso di ristrutturazione in fabbricato denominato "ex Hospice", adiacente al PO Cardarelli. Per quanto concerne l'attivazione di 3 posti letto di terapia intensiva presso il PO San Timoteo di Termoli il costo complessivo è pari a **0,2 €mln**, mentre per l'attivazione di 2 posti letto presso il PO Veneziale di Isernia la spesa è pari a **0,1 €mln**.

Tale importo risulta inferiore al limite previsto dal decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, di **5,4 €mln** riportato in *Figura 5*.

Figura 5: Riparto fondi per fabbisogno PL in terapia intensiva e semi intensiva - DL 34/2020 (Art. 2, commi 1,2)

Riparto fondi per fabbisogno PL in terapia intensiva e semi intensiva - DL 34/2020 (Art. 2, commi 1,2)			
Regioni	Fabbisogno PL terapia intensiva (Co. 1)	Fabbisogno PL terapia semi intensiva (Co. 2)	Totale Fabbisogno PL
PIEMONTE	51.798.760	43.422.254	95.221.014
V D'AOSTA	1.385.920	1.281.312	2.667.232
LOMBARDIA	101.345.400	100.227.105	201.572.505
BOLZANO	6.929.600	5.267.618	12.197.218
TRENTO	7.969.040	5.409.986	13.379.026
VENETO	36.553.640	48.832.240	85.385.880
FRIULI	9.528.200	12.101.284	21.629.484
LIGURIA	7.449.320	15.518.117	22.967.437
E ROMAGNA	33.262.080	44.418.831	77.680.911
TOSCANA	28.064.880	37.158.060	65.222.940
UMBRIA	9.874.680	8.826.819	18.701.499
MARCHE	18.190.200	15.233.381	33.423.581
LAZIO	47.467.760	58.655.636	106.123.396
ABRUZZO	11.433.840	13.097.860	24.531.700
MOLISE	2.425.360	2.989.729	5.415.089
CAMPANIA	86.446.760	57.801.427	144.248.187
PUGLIA	47.641.000	40.147.789	87.788.789
BASILICATA	5.543.680	5.552.354	11.096.034
CALABRIA	23.214.160	19.362.054	42.576.214
SICILIA	52.145.240	49.828.817	101.974.057
SARDEGNA	17.670.480	16.372.325	34.042.805
TOTALE	606.340.000	601.505.000	1.207.845.000

5 Rete di emergenza urgenza ospedaliera

Per far fronte alle successive fasi dell'emergenza verranno riorganizzati i Pronto Soccorso degli Ospedali Cardarelli di Campobasso, Veneziale di Isernia e San Timoteo di Termoli con l'obiettivo di separare i percorsi destinati ai pazienti Covid e creare aree di permanenza per i pazienti in attesa di diagnosi in cui siano garantite le misure di igiene e sicurezza, attraverso interventi strutturati, come previsto dall'articolo 2, comma 4 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34.

In particolare, per l'Ospedale Cardarelli di Campobasso verranno realizzate le seguenti attività:

- realizzazione di un'area destinata all'osservazione dei pazienti Covid;
- costruzione di un passaggio aereo e di un ascensore per trasferire i malati Covid accertati nei locali della struttura "ex Hospice";
- ristrutturazione ed ampliamento del Pronto soccorso mediante la cessione da parte del reparto di terapia intensiva di alcuni locali;
- ridimensionamento del reparto di terapia intensiva.

Il percorso del paziente sospetto Covid sarà gestito da personale dedicato e adeguatamente formato attraverso specifici percorsi formativi coerenti con le scelte organizzative, all'interno di spazi strutturalmente distinti. Le risorse destinate alla ristrutturazione della rete di emergenza-urgenza del PO Cardarelli permetteranno la presenza all'interno di:

- aree di pre-triage distinte;
- aree di attesa dedicate a sospetti Covid o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi;

- ambulatorio per sospetti Covid o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi;
- area dedicata per soggetti in attesa di esito del tampone;
- percorso specificatamente individuato per paziente Covid;
- accesso diretto e percorsi dedicati ai mezzi di soccorso a spazi di attesa sospetti barellati;
- diagnostica radiologica dedicata.

Presso il PO Cardarelli, al fine di realizzare i suddetti interventi verrà ristrutturata ed integrata la struttura sanitaria denominata “ex Hospice” alla rete ospedaliera per la gestione dell'emergenza Covid. Il fabbricato, ultimato nell'anno 2014 e realizzato secondo le norme antisismiche vigenti, è adiacente e collegato alla struttura ospedaliera Cardarelli con percorsi completamente indipendenti rispetto a quest'ultima. L'intervento prevede il completamento del piano seminterrato e la ristrutturazione dei piani superiori, usati attualmente come per attività medico-ambulatoriale (da ricollocare). La riorganizzazione prevede l'attivazione di tre percorsi differenti: un percorso indipendente per i pazienti Covid già accertati, dall'arrivo delle autoambulanze che li trasportano fino all'accettazione nella struttura denominata “ex-Hospice”; un percorso ordinario per i pazienti no Covid e infine, i casi sospetti Covid, dovranno sostare nell'area grigia in attesa del risultato del tampone e saranno successivamente introdotti nel percorso specifico sulla base dell'esito. Inoltre, si prevede la creazione di servizi di diagnostica ed una sala operatoria ad uso esclusivo dei pazienti Covid.

Per l'Ospedale San Timoteo di Termoli e l'Ospedale Veneziale di Isernia verranno realizzate un'area destinata all'osservazione dei pazienti Covid e un percorso Covid. In aggiunta per quest'ultimo sarà attuata la ristrutturazione del Pronto Soccorso e la realizzazione di una nuova area di osservazione (Astanteria).

5.1 Impatto economico rete di emergenza urgenza ospedaliera

La spesa complessiva per il potenziamento della rete di emergenza urgenza risulta pari a **2,6 €mln** di cui **1 €mln** per il PO Cardarelli, **0,3 €mln** per il San Timoteo e **1,3 €mln** per il Veneziale.

Tale importo risulta superiore al limite previsto dal decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, per una cifra pari a 1,1 €mln. Tale importo eccedente, che sarà utilizzato per la ristrutturazione del PO Veneziale verrà finanziato con risorse aggiuntive non impattanti riguardo l'articolo 2, comma 4 del decreto legge 34 del 19 maggio 2020.

Figura 6: Riparto fondi potenziamento rete EMUR - DL 34/2020 (Art.2, comma 4)

Riparto fondi potenziamento rete EMUR - DL 34/2020 (Art.2, comma 4)	
Regioni	Fabbisogno aggiuntivo EMUR (DEA+PS)
	(Co. 4)
PIEMONTE	15.096.313
V D'AOSTA	296.006
LOMBARDIA	22.792.473
BOLZANO	2.072.043
TRENTO	2.664.055
VENETO	14.800.307
FRIULI	3.848.080
LIGURIA	5.624.117
E ROMAGNA	15.096.313
TOSCANA	13.616.283
UMBRIA	5.328.111
MARCHE	6.216.129
LAZIO	12.136.252
ABRUZZO	4.440.092
MOLISE	1.480.031
CAMPANIA	18.056.375
PUGLIA	11.248.233
BASILICATA	2.072.043
CALABRIA	7.992.166
SICILIA	20.128.418
SARDEGNA	7.696.160
TOTALE	192.700.000

6 Emergenza territoriale

In relazione all'emergenza territoriale la regione Molise predispone l'implementazione di **1** ambulanza dedicata ai trasferimenti secondari quali le dimissioni protette e i trasporti inter-ospedalieri no Covid. Verrà, quindi, anche garantito il trasporto intra-ospedaliero con personale strutturato. L'ambulanza di tipo B, detta anche "autoambulanza di trasporto", è attrezzata essenzialmente per il trasporto di infermi o infortunati, con dotazione di impianto ossigeno e gas medicali, accessori e attrezzature di assistenza tra cui: sfigmomanometro, lettiga autocaricante, supporto lettiga, attrezzature di primo soccorso, apparecchiature di rianimazione e altre apparecchiature elettromedicali.

6.1 Impatto economico emergenza territoriale

La spesa complessiva per l'implementazione di **1** mezzo di trasporto da dedicare ai trasporti secondari per le dimissioni protette e i trasporti inter-ospedalieri no Covid è pari a **0,075 €mln**, come da tabella 4 dell'allegato 7 alla presente relazione. Tale somma rappresenta l'intero importo del fondo stanziato per la regione Molise dal decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, come mostrato in *Figura 7*.

Figura 7: Riparto fondi potenziamento rete emergenza territoriale - DL 34/2020 (Art.2, comma 5-I periodo)

Riparto fondi potenziamento rete emergenza territoriale - DL 34/2020 (Art.2, comma 5-I periodo)	
Regioni	Fabbisogno aggiuntivo emergenza territoriale (DEA II LIVELLO) (Co. 5, I periodo)
PIEMONTE	905.389
V D'AOSTA	75.449
LOMBARDIA	980.838
BOLZANO	75.449
TRENTO	226.347
VENETO	1.358.084
FRIULI	226.347
LIGURIA	301.796
E ROMAGNA	2.263.473
TOSCANA	528.144
UMBRIA	150.898
MARCHE	150.898
LAZIO	301.796
ABRUZZO	75.449
MOLISE	75.449
CAMPANIA	1.508.982
PUGLIA	829.940
BASILICATA	377.246
CALABRIA	603.593
SICILIA	1.207.186
SARDEGNA	377.246
TOTALE	12.600.000

7 Personale

Al fine di rafforzare la risposta del Servizio Sanitario Nazionale in ambito ospedaliero per fronteggiare adeguatamente l'emergenza Covid, in attuazione dell'articolo 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, la regione Molise dispone di incrementare le risorse del personale secondo le tre misure di seguito elencate:

- Ai sensi del comma 5, III periodo, per la l'operatività dei mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti Covid, per le dimissioni protette e i trasporti inter-ospedalieri per i pazienti no Covid, la regione Molise assume 6 infermieri.
- Ai sensi del comma 6 sono riconosciuti gli incentivi a tutto il personale operante nei servizi dedicati alla gestione Covid, destinando le risorse allo scopo riservate, per la remunerazione delle prestazioni correlate alle particolari condizioni di lavoro del personale dipendente delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Nazionale nel rispetto delle scelte organizzative e gestionali.
- Ai sensi del comma 7, per le attività di terapia intensiva, per l'anno 2020, vengono incrementate le assunzioni di personale dipendente con contratti a tempo determinato, per far fronte alle emergenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del Covid. In particolare, le figure previste sono: 12 medici rianimatori, 29 infermieri e 14 OSS per un totale di 55.

7.1 Impatto economico personale

La spesa complessiva per l'incremento delle risorse del personale, come da tabelle 7a, 7b e 7c dell'allegato 7 alla presente relazione, risulta pari a 2,2 €mln. Tale somma è composta dai seguenti costi:

- Costo per il personale dipendente di terapia intensiva di 1€mln
 - Medici rianimatori per un importo pari a 0,4 €mln;
 - Infermieri per un importo pari a 0,4 €mln;
 - OSS per un importo pari a 0,2 €mln.
- Costo per il personale dipendente per l'operatività dei mezzi destinati al trasporto secondario di 0,3 €mln
 - Infermieri per un importo pari a 0,3.
- Costo per gli incentivi del personale pari a 1 €mln

Tale importo risulta pari circa al limite previsto dal decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, di 2,2 €mln riportato in Figura 9.

Figura 8: Riparto fondi spesa personale - DL 34/2020 (Art.2, commi 5, 6, 7) Anno 2020

Riparto fondi spesa personale - DL 34/2020 (Art.2, commi 5, 6, 7) Anno 2020					
Regioni	Quota d'accesso Anno 2020	Riparto risorse sulla base della quota d'accesso	di cui incremento di spesa personale per mezzi di trasporto secondario (co.5, III periodo)	di cui incremento per gli incentivi per la spesa personale (co.6)	di cui incremento di spesa personale per la terapia intensiva (co.1 e co.7)
PIEMONTE	7,36%	31.740.355	3.827.844	13.993.079	13.919.432
V D'AOSTA	0,21%	905.241	109.171	399.086	396.985
LOMBARDIA	16,64%	71.732.455	8.650.837	31.624.030	31.457.588
BOLZANO	0,86%	3.698.649	446.052	1.630.589	1.622.007
TRENTO	0,89%	3.836.677	462.698	1.691.441	1.682.538
VENETO	8,14%	35.089.194	4.231.709	15.469.452	15.388.033
FRIULI	2,06%	8.897.192	1.072.989	3.922.424	3.901.779
LIGURIA	2,68%	11.553.448	1.393.330	5.093.463	5.066.655
E ROMAGNA	7,46%	32.141.793	3.876.257	14.170.058	14.095.479
TOSCANA	6,30%	27.147.178	3.273.913	11.968.128	11.905.137
UMBRIA	1,49%	6.421.644	774.442	2.831.051	2.816.151
MARCHE	2,56%	11.047.380	1.332.299	4.870.357	4.844.724
LAZIO	9,68%	41.711.341	5.030.331	18.388.897	18.292.113
ABRUZZO	2,19%	9.437.503	1.138.150	4.160.625	4.138.727
MOLISE	0,51%	2.211.741	266.733	975.070	969.938
CAMPANIA	9,30%	40.088.507	4.834.619	17.673.453	17.580.435
PUGLIA	6,62%	28.538.103	3.441.656	12.581.332	12.515.114
BASILICATA	0,93%	4.026.924	485.642	1.775.313	1.765.969
CALABRIA	3,19%	13.750.310	1.658.269	6.061.973	6.030.068
SICILIA	8,16%	35.173.684	4.241.898	15.506.700	15.425.085
SARDEGNA	2,74%	11.825.681	1.426.161	5.213.480	5.186.040
TOTALE	100%	430.975.000	51.975.000	190.000.000	189.000.000

Figura 9: Riparto fondi spesa personale - DL 34/2020 (Art.2, commi 5, 7) Anno 2021

Riparto fondi spesa personale - DL 34/2020 (Art.2, commi 5, 7) Anno 2021			
Regioni	Quota d'accesso Anno 2020	di cui incremento di spesa personale per mezzi di trasporto secondario	di cui incremento di spesa personale per la terapia intensiva
		(co.5, II periodo)	(co.1 e co.7)
PIEMONTE	7,36%	6.124.550	19.435.651
V D'AOSTA	0,21%	174.673	554.309
LOMBARDIA	16,64%	13.841.339	43.924.114
BOLZANO	0,86%	713.683	2.264.803
TRENTO	0,89%	740.317	2.349.322
VENETO	8,14%	6.770.735	21.486.254
FRIULI	2,06%	1.716.783	5.448.040
LIGURIA	2,68%	2.229.328	7.074.552
E ROMAGNA	7,46%	6.202.011	19.681.465
TOSCANA	6,30%	5.238.260	16.623.099
UMBRIA	1,49%	1.239.107	3.932.181
MARCHE	2,56%	2.131.679	6.764.670
LAZIO	9,68%	8.048.530	25.541.210
ABRUZZO	2,19%	1.821.040	5.778.890
MOLISE	0,51%	426.773	1.354.321
CAMPANIA	9,30%	7.735.391	24.547.496
PUGLIA	6,62%	5.506.650	17.474.808
BASILICATA	0,93%	777.026	2.465.816
CALABRIA	3,19%	2.653.230	8.419.762
SICILIA	8,16%	6.787.038	21.537.990
SARDEGNA	2,74%	2.281.858	7.241.249
TOTALE	100%	83.160.000	263.900.000

Il Commissario ad Acta

Dott. Angelo Giustini

Il Sub-Commissario ad Acta

Dr.ssa Ida Grossi

Il Direttore Generale per la Salute

Dr.ssa Lolita Gallo

Il Direttore Generale ASReM

Avv. Oreste Florenzano

Il Direttore Sanitario ASReM

Dott.ssa Maria Virginia Scafarto

Responsabile di Ufficio Progetti e patrimonio

Vetere Antonio Giuseppe