

Programma Operativo Gestione Emergenza

REGIONE MOLISE



Indice

Premessa.....	4
1. Percorso metodologico	5
1.1 Definizione sintetica dello scenario regionale	5
1.2 Individuazione degli interventi	13
1.3 Azioni di Sistema.....	14
<i>Coordinare all'interno dell'Unità di Crisi le azioni da attuare ai vari livelli regionali e predisporre un piano di comunicazione.....</i>	15
<i>Contact Tracing e incremento dei tamponi/test sierologici in coerenza con il fabbisogno</i>	15
<i>Monitoraggio delle varianti di SARS-COV-2 nel periodo febbraio - aprile 2021</i>	20
<i>Rendere agile la rete ospedaliera per affrontare l'emergenza</i>	23
<i>Garantire la prevenzione e la sicurezza sui luoghi di lavoro, di vita collettiva e negli istituti penitenziari</i>	24
2. Area territoriale	27
2.1 Potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI)	28
2.2 Continuità assistenziale.....	30
2.3 Potenziamento Cure Primarie	32
<i>Centrale Operativa e Assistenza Proattiva Infermieristica (API)</i>	32
<i>Infermiere di comunità</i>	36
2.4 "Farmaci" (tipologia di farmaci necessari, canale di approvvigionamento).....	38
2.5 "Dispositivi medici" (tipologia di dispositivi medici necessari, DPI, dispositivi per assistenza ventilatoria, canale di approvvigionamento)	41
2.6 "Servizi non sanitari"	43
3. Garantire l'approvvigionamento e la rendicontazione dei fattori produttivi	44
3.1 Costruzione del modello programmatico (separata evidenza dei costi per la gestione dell'emergenza Covid).....	44
3.2 Area Risorse Finanziarie per emergenza Covid-19	45
4. "Personale" (assunzioni, tipologia di contratti utilizzati, tipologia di personale, oneri connessi, periodo di operatività interventi)	48
5. Governo delle liste d'attesa.....	52
5.1 Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa.....	52
5.2 Il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019–2021	52
5.3 Prestazioni recuperate	53
6. Area ospedaliera.....	55
6.1 Attivazione/disattivazione posti letto.....	62
7. Altro.....	71
7.1 Sistemi informativi	71



7.2 Gestione coordinamento con Dipartimento della Protezione Civile	71
7.3 Collaborazione con Sanità militare, Inail, volontariato, altre collaborazioni.....	72
7.4 Piano di comunicazione con i cittadini.....	72
8. Conti Economici Covid: IV Trimestre 2020 e Programmatico 2021	74

Premessa

Il 30 Gennaio 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato l'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale, come sancito nel Regolamento sanitario internazionale¹, per il focolaio internazionale da nuovo coronavirus². Successivamente, il 12 Febbraio 2020 l'OMS ha identificato il nome definitivo della malattia in COVID-19 (in seguito Covid), e nello stesso giorno, la Commissione internazionale per la tassonomia dei virus³ ha assegnato il nome definitivo al virus che causa la malattia: SARS-CoV2, sottolineando che si tratta di un virus simile a quello della SARS². L'11 Marzo 2020 l'OMS ha confermato che il virus Covid può essere caratterizzato come una pandemia².

La minaccia per la salute pubblica rappresentata dal Covid è tra le più gravi osservate dopo la pandemia di influenza H1N1 del 1918. In quel periodo le nazioni risposero all'attacco del virus con i c.d. *Non Pharmaceutical Interventions*: interventi che non si basavano sull'uso dei medicinali per ridurre il contagio ma sull'implementazione di strategie volte a mitigare o addirittura sopprimere, per un periodo di tempo limitato, qualsiasi tipo di interazione umana e sociale. Secondo un recente studio pubblicato dall'Imperial College⁴, tali interventi permetterebbero di rallentare il decorso della diffusione dell'epidemia riducendo drasticamente il numero di casi con strategie più o meno drastiche (*mitigation o suppression*).

È importante che il Servizio Sanitario abbia una strategia non solo per difendersi oggi, ma anche per contenere l'entità dei futuri *rebound* entro limiti gestibili e per far fronte a un incremento di domanda non più imprevedibile. Infatti, il governo centrale ha richiesto a tutte le Regioni di redigere un Programma Operativo per l'emergenza (art. 18, DL 18/2020) da condividere con il Ministero della Salute (MdS) e dell'economia e delle finanze al fine di favorire un'armonizzazione degli interventi a livello nazionale.

Il programma operativo espone gli interventi che la regione Molise sta mettendo e metterà in atto per fronteggiare l'epidemia. A tal proposito, la regione Molise sta attivamente monitorando le disposizioni e le linee guida nazionali, nonché le linee guida scientifiche nazionali e internazionali. Per mettersi nelle condizioni di poter programmare l'intero sistema sanitario, la regione Molise si è dotata di un modello di valutazione dell'evoluzione della casistica che permetta di valutare giorno per giorno il fabbisogno di personale e dei principali fattori produttivi al fine di identificare per tempo le eventuali carenze e trovare le necessarie risorse prima che tali carenze si verifichino. Inoltre, della programmazione preventiva per accedere alle risorse finanziarie aggiuntive a livello nazionale o europeo.

Per il perseguimento degli obiettivi, si è reso necessario chiaramente lo studio della diffusione, della distribuzione nello spazio e dell'andamento della epidemia di COVID-19 nella regione Molise. Nell'ambito del monitoraggio sanitario relativo alla diffusione del Coronavirus sul territorio molisano è stata realizzata un'analisi attenta delle caratteristiche dei pazienti deceduti e positivi a SARS-CoV-2 in Molise durante il periodo tra il 2 marzo 2020 e il 4 aprile 2021. Considerato che le dinamiche del contagio sono fortemente legata sia alle misure di contenimento messe in atto e alle scelte strategiche adottate, sia alla quantità di soggetti sottoposti al test diagnostico, è importante che le stime dei casi attesi vengano aggiornate di frequente sulla base dei dati reali. Lo strumento di programmazione adottato è quindi dinamico e in grado di adattarsi rapidamente alle mutate condizioni di contesto.

¹ International Health Regulations, 2005

² <https://www.who.int/>

³ International Committee on Taxonomy of Viruses – ICTV

⁴ Neil M Ferguson et al., *Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce Covid mortality and healthcare demand*, 16 marzo 2020

⁵ Bussolati, M. Oltre 250 studi cercano di trovare un farmaco contro il coronavirus. Dal remdesivir all'Avigan ecco i più promettenti

1. Percorso metodologico

1.1 Definizione sintetica dello scenario regionale

Sono stati effettuati numerosi studi per valutare le fasce di età più fragili della popolazione. In particolare, il report dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), aggiornato al 17 Marzo 2020, indica 63 anni come età media dei pazienti contagiati dal Covid, mentre 80 anni è l'età media dei pazienti deceduti causa Covid.

La regione Molise, da dati Istat al 1° Gennaio 2020, ha una popolazione residente pari a 296.547 abitanti. Le caratteristiche demografiche della Regione rendono il sistema regionale particolarmente vulnerabile rispetto all'emergenza Covid. La Regione presenta, infatti una % di popolazione residente *over 65* superiore alla media nazionale, registrando un valore di 24,43% contro il valore di 22,7% a livello nazionale⁵.

La rete ospedaliera della regione Molise conta 4 strutture pubbliche, di cui un ospedale di area disagiata, 5 strutture private e 2 ospedali di comunità. L'emergenza Covid suggerisce la possibilità di potenziare l'assistenza territoriale al fine di supportare le strutture di cura.

Tenuto conto che, dall'inizio della pandemia, è risultato evidente come l'età avanzata rappresenti il principale fattore di rischio per sviluppare complicanze severe legate all'infezione e incrementi notevolmente il rischio di ricovero per COVID-19, è necessario prima di illustrare l'andamento dei ricoveri in regione da Covid-19 descrivere, brevemente, la struttura della popolazione molisana per una migliore comprensione delle informazioni e dei dati che verranno presentati.

La popolazione molisana è stata interessata, negli ultimi decenni, da un costante e progressivo fenomeno di invecchiamento, che ha portato la regione ai primi posti a livello nazionale nell'ambito di una popolazione italiana globale caratterizzata già di per sé da una percentuale di "over 65" più alta di tutti gli altri paesi dell'Unione Europea. I dati che descrivono la struttura per età della popolazione hanno forti analogie con il dato nazionale, seppure con una tendenza ad un maggiore invecchiamento. La maggiore incidenza percentuale di anziani over 64 aa del Molise, rispetto ai dati nazionali (24.6 vs 22.8), individua una particolare condizione della popolazione anziana molisana che tende verso una maggiore dipendenza dalla rete familiare allargata e sociale. Nel dettaglio l'analisi della popolazione per fasce d'età decennali conferma la maggiore incidenza percentuale di anziani over 64 aa del Molise, rispetto ai dati nazionali.

⁵ Istat, 2018

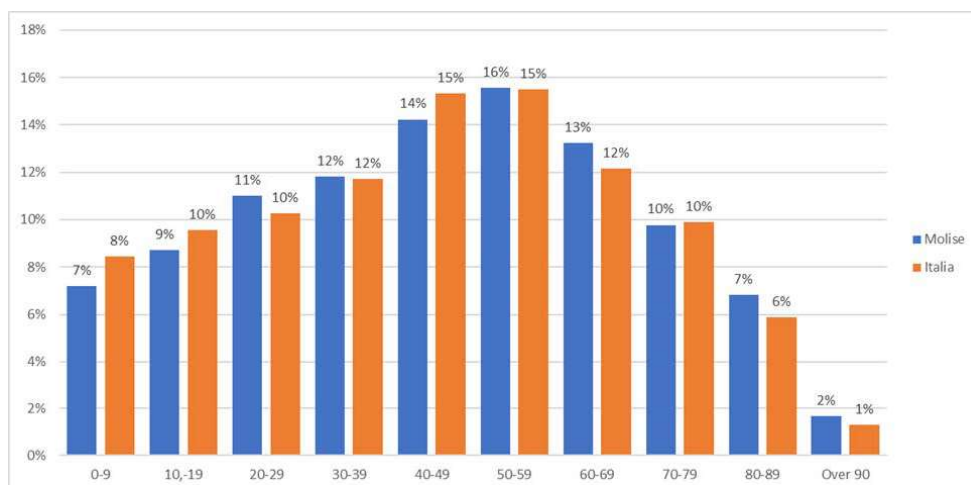


Figura 1: Distribuzione dei ricoveri per fascia d'età

Analogamente l'analisi dei dati relativi alla distribuzione dei ricoveri per fascia d'età ha riflettuto le caratteristiche demografiche della popolazione molisana, infatti l'analisi dei dati della Tabella.

Classe età	Casi	%	Ricoveri	%
0-9	804	6,30%	1	0,1%
10-19	1298	10,20%	1	0,1%
20-29	1334	10,50%	13	1,2%
30-39	1494	11,80%	29	2,8%
40-49	1867	14,70%	67	6,4%
50-59	2226	17,50%	188	17,9%
60-69	1527	12,00%	213	20,2%
70-79	1017	8,00%	250	23,8%
80-89	800	6,30%	208	19,8%
≥90	334	2,60%	82	7,8%
Totali	12701		1052	

Tabella 1

Infatti, a valori percentualmente inferiori di casi positivi si osserva un incremento del numero dei ricoveri nelle classi di età over 60 aa, a conferma dell'aumento del rischio correlato all'età.

Le donne ricoverate dopo aver contratto infezione da SARS-CoV-2 hanno un'età più alta rispetto agli uomini (età media: donne 71 anni – uomini 66.8 anni; età mediane: donne 74 anni – uomini 67 anni).

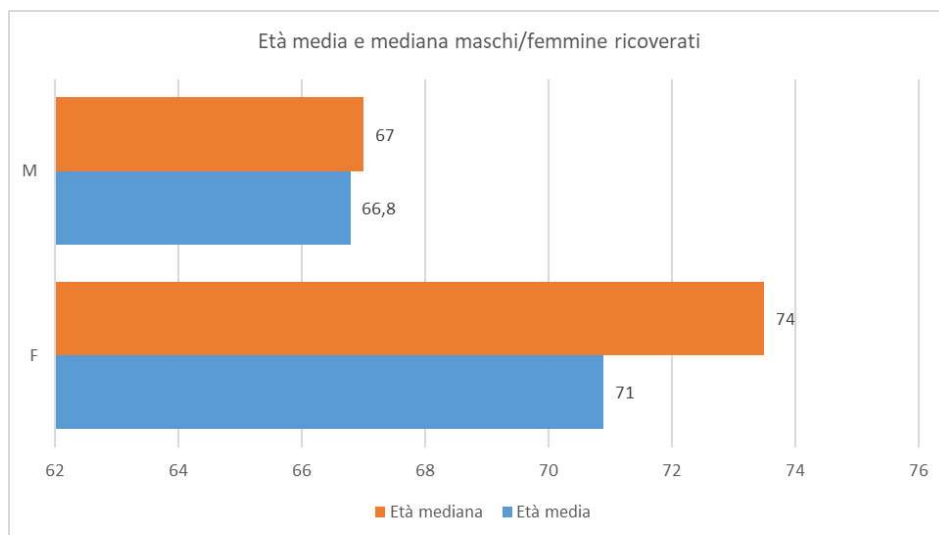


Figura 2: Andamento età media dei pazienti Covid positivi

La figura che segue mostra l'andamento dell'età media dei pazienti ricoverati positivi a SARS-CoV-2 per mese, a partire da marzo 2020. L'età media dei ricoveri è andata sostanzialmente aumentando fino ai 70 anni nella seconda ondata mantenendosi nella terza ondata al disotto del valore medio complessivo di 69 anni.

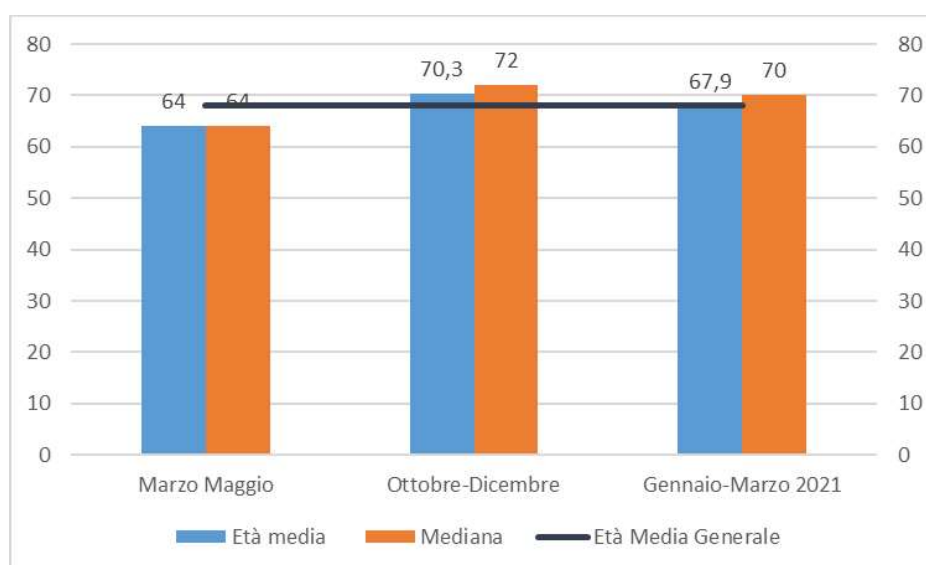


Figura 3: Andamento età dei pazienti Covid positivi per mese

Tendenza pressoché sovrapponibile all'andamento delle età media e mediana dei casi positivi diagnosticati dal mese di marzo 2020. L'analisi dell'andamento dei valori di età media e mediana dei casi fin dall'inizio dell'epidemia è caratterizzato da variazioni correlate alle caratteristiche dei cluster che si sono attivati nelle varie fasi delle diverse ondate.

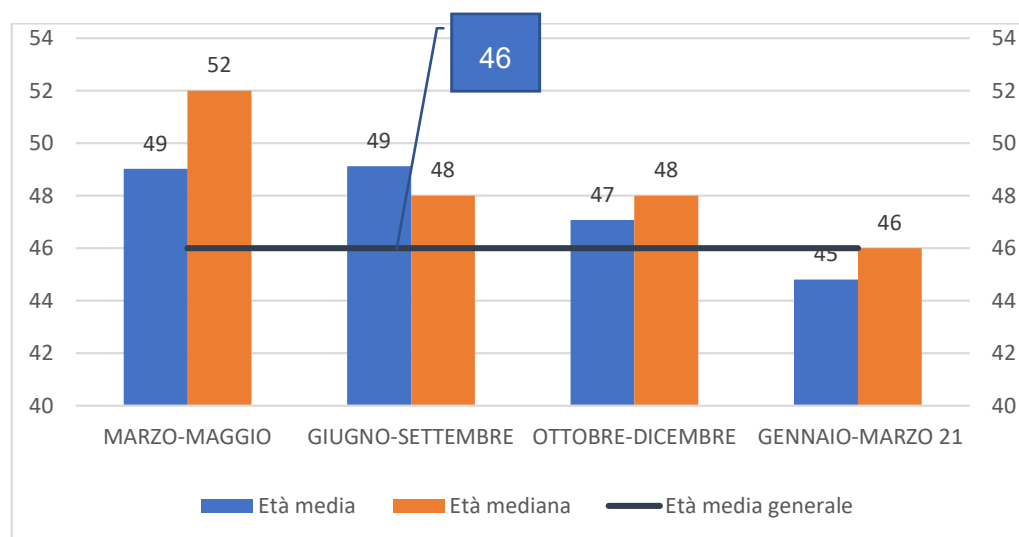


Figura 4: Andamento età media dei pazienti Covid positivi per mese

Nella prima ondata i valori di età media sono condizionati dalla insorgenza di focolai in alcune case di riposo per anziani della regione, a maggio 2020 invece si osserva una consistente diminuzione dei valori di età media e mediana dovuti allo sviluppo nelle comunità rom di Campobasso e Termoli di due grossi focolai che hanno riunito l'80% dei casi positivi registrati nel mese dei quali oltre il 60% ha interessato soggetti con età < di 40 anni.

Nel mese di giugno 2020, invece, si è registrato il picco dei valori per entrambi i parametri, poco significativo in relazione all'esiguo numero di positivi registrati (9) l'80% dei quali ha interessato individui con età >60 anni. Nei mesi di luglio ed agosto 2020 a seguito delle aperture nel nostro paese del 3 giugno, in un contesto di aumentata mobilità intra ed extranazionale ed avanzata riapertura dei luoghi di divertimento e di aggregazione si sono sviluppati focolai spesso associati a attività turistico/ricreative sia sul territorio nazionale che all'estero che hanno interessato con maggiore frequenza fasce di età più giovani con conseguente diminuzione dell'età media e mediana.

Nella seconda ondata età media e mediana tornano a salire, incremento dovuto all'insorgenza di focolai in numerose strutture per anziani con valori maggiori nel mese di settembre rispetto ai mesi successivi. Dal mese di dicembre 2020 con la comparsa in regione della variante inglese e con la riapertura delle scuole del mese di gennaio 2021 i valori sono tornati a scendere, riduzione dovuta ad una maggiore aggressività del ceppo anglosassone soprattutto tra le classi di età più giovani, che ha determinato oltre che un considerevole aumento dei ricoveri ma anche quello dei decessi tra le classi di età più giovani.

Per quanto riguarda la distribuzione temporale dei ricoveri si osserva che la maggior parte di questi si sono registrati durante la seconda e, soprattutto, la terza ondata dell'epidemia (ottobre-dicembre 2020, 39% e gennaio-marzo 2021, 48%) mentre la quota di ricoveri registrati durante la prima ondata appare molto ridotta (marzo-maggio 2020, 9%) in relazione alla minor numero di contagi per effetto del lockdown che avrebbe impedito una massiccia diffusione alle regioni meridionali che hanno registrato tassi di infezione relativamente bassi rispetto alle regioni del nord, protezione che sarebbe

venuta meno in seguito alla fase di riapertura avvenuta il 3 giugno 2020, ostacolando, di fatto, il raggiungimento di una soglia di protezione ottimale dovuta alla sempre più grande copertura della popolazione e, quindi, grazie all'immunizzazione di massa, alla riduzione del numero degli infettabili.

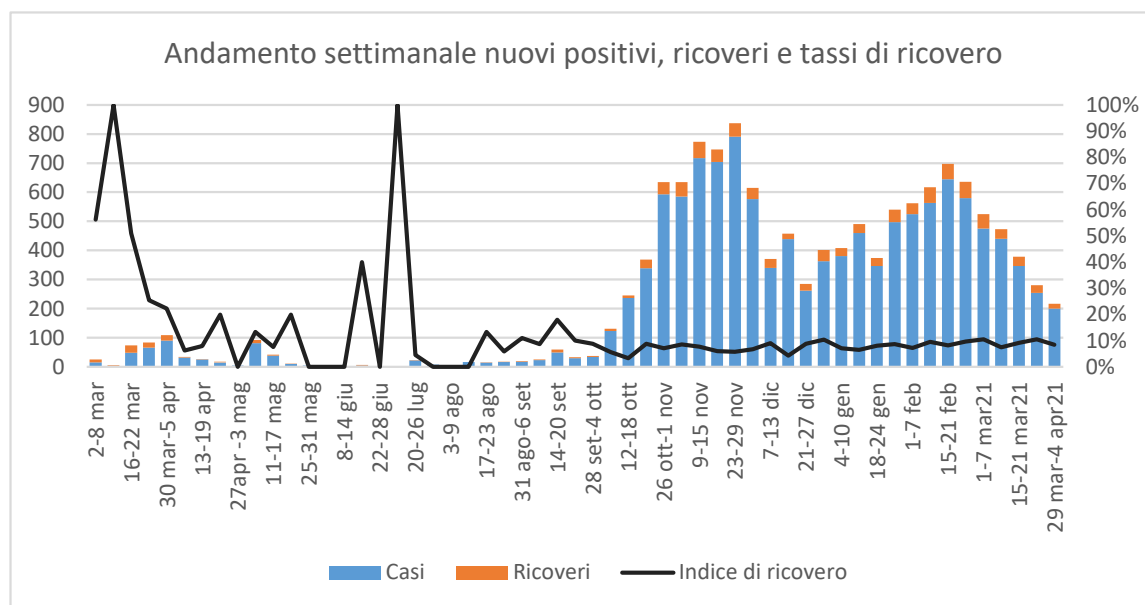


Figura 5: Andamento settimanale nuovi casi, ricoveri e tassi di ricovero

Durante la seconda ondata, sebbene il numero dei nuovi casi crescesse in modo esponenziale ogni settimana e proporzionalmente il numero dei ricoveri, la maggior parte delle prognosi si è rivelata meno infausta e l'età dei pazienti più bassa ha contribuito ad una più rapida guarigione per cui l'avvicendamento dei ricoverati è stato più veloce e di conseguenza la capacità di occupazione dei letti si è raddoppiata.

La comparsa della variante inglese, avvenuta in regione alla fine del mese di dicembre 2020, ha modificato le dinamiche dell'epidemia, molto diverse dalla prima e seconda ondata, il rapido e diffuso incremento dei casi ha costituito un "bacino" di contagi che si è riflesso sul graduale e progressivo aumento dei pazienti ospedalizzati per la presenza in numeri sempre più consistenti di pazienti con sintomi medio-gravi. L'aumento esponenziale dei casi ha determinato un rapido sovraccarico dei servizi sanitari, in quanto si è inserito in un contesto in cui l'incidenza di base era già molto elevata e determinando un proporzionale aumento dei ricoveri per Covid, soprattutto, in area medica.

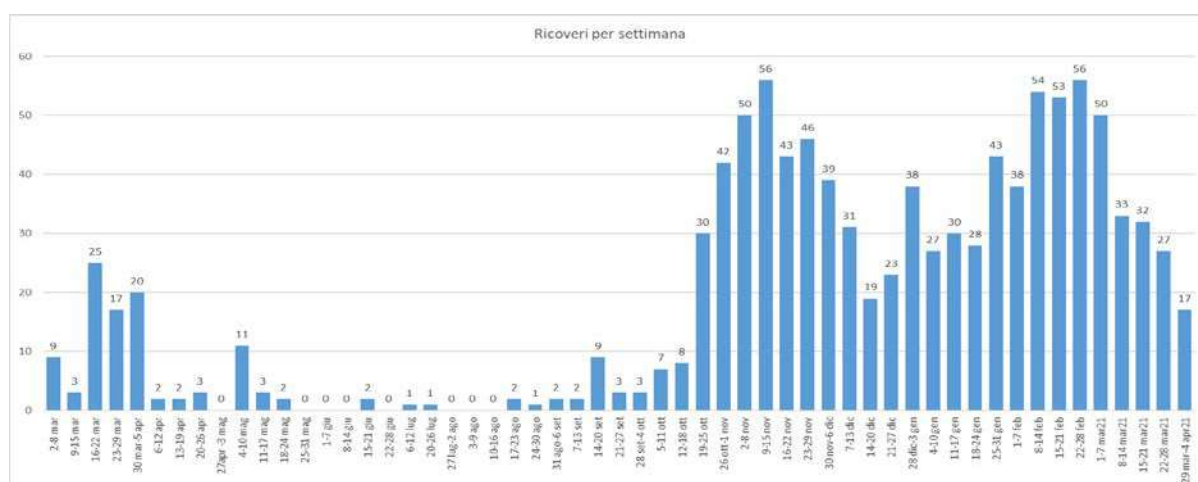


Figura 6: Ricoveri per settimana

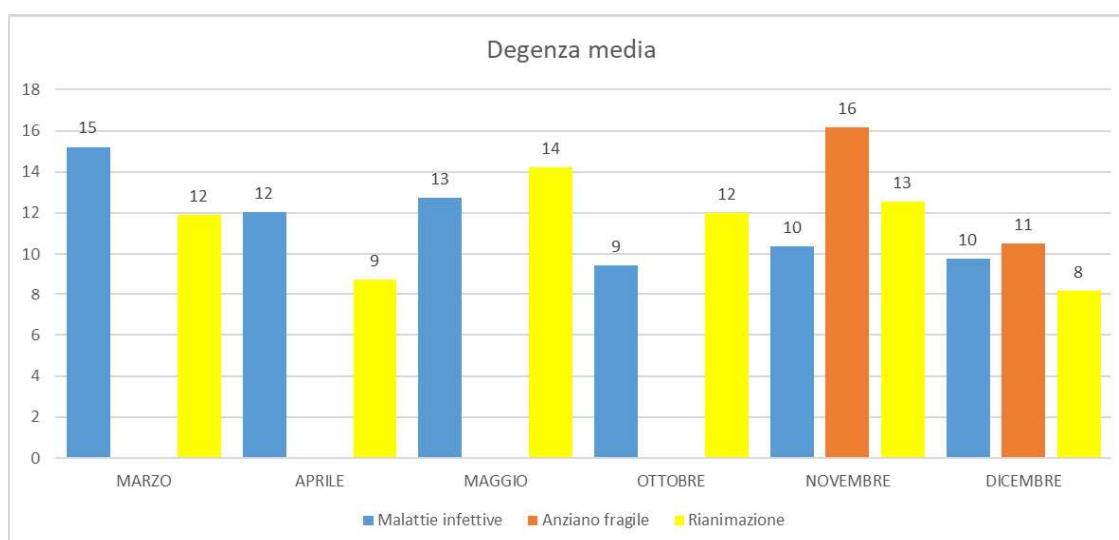


Figura 7: Degenza Media

L'analisi della degenza media dei ricoveri nei reparti al di fuori delle rianimazioni conferma che durante la seconda ondata, grazie alla precocità della diagnosi, alla minore severità della malattia, alla più bassa età dei pazienti e al miglioramento delle cure è stata registrata una durata inferiore rispetto alla fase critica di marzo/aprile ad eccezione dei ricoveri nella U.O. Anziano fragile nella quale per competenza nosologica sono stati ricoverati soggetti fragili di età avanzata che hanno richiesto ricoveri con degenza maggiore. Nella seconda ondata, a conferma di ciò, abbiamo avuto un indice di rotazione su p.l. maggiore di quello registrato nella terza ondata caratterizzata da casi clinicamente più complicati e che hanno interessato soggetti più giovani.

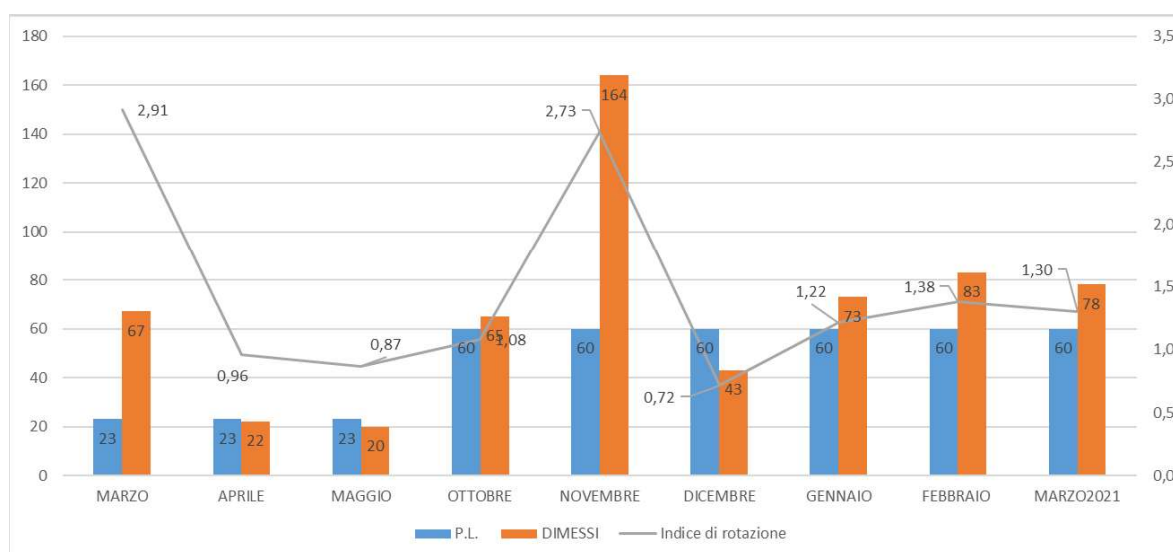


Figura 8: Andamento PL, Dimessi e Indice di rotazione

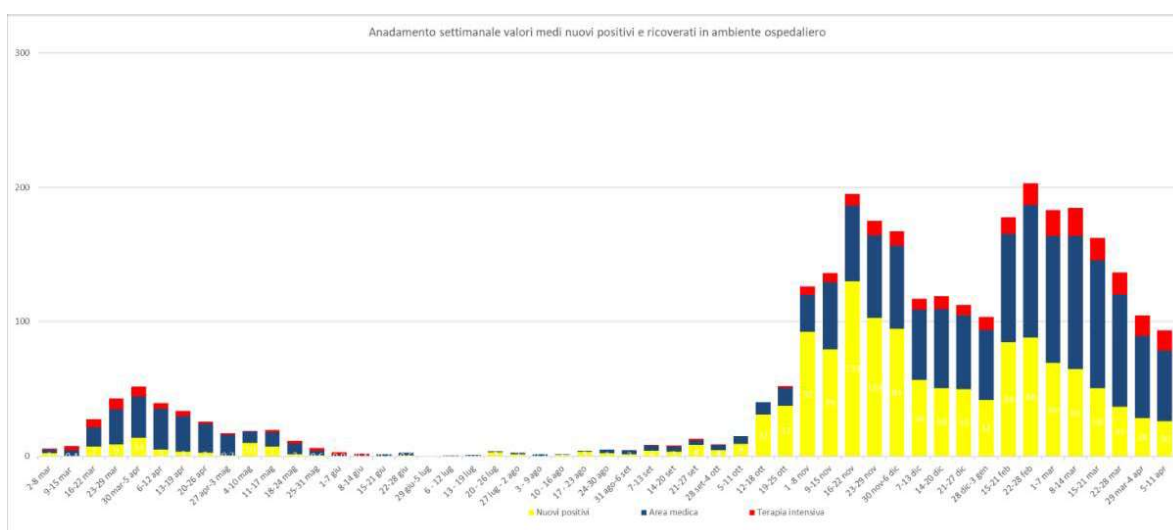


Figura 9: Andamento settimanale valori medi nuovi positivi e ricoverati in ambiente ospedaliero

Attualmente in regione ha completato la seconda dose a circa il 67% degli over 80; i grafici successivi ci permettono di valutare l'impatto della vaccinazione sulla popolazione, somministrato in primis nella popolazione più vulnerabile, ovvero le persone più anziane, nelle prime settimane il vaccino ha cambiato le caratteristiche sia dei nuovi casi che dei ricoverati, infatti, se prima delle somministrazioni i ricoveri sopra i 80 anni rappresentavano quasi il 40% del totale (38% valore medio) dei ricoveri nel periodo marzo 2020 – gennaio 2021, immunizzati i più anziani gli accessi agli ospedali riguardano ora meno del 20% (19.5% valore medio) dei ricoveri del periodo Febbraio 2021 - Marzo 2021. Analogamente si è registrata una contrazione, anche di entità maggiore, dei nuovi casi tra le classi di età più fragili che rappresentavano il 12% (valore medio del periodo Marzo 2020 – Gennaio 2021) dei casi positivi ridottosi al 6% dopo l'inizio della campagna vaccinale.

Non appena la vaccinazione avrà raggiunto anche le altre fasce di età, le curve di riduzione dei nuovi casi e delle ospedalizzazioni cominceranno a sovrapporsi tra loro cominceranno a vedersi gli effetti sull'intera popolazione.

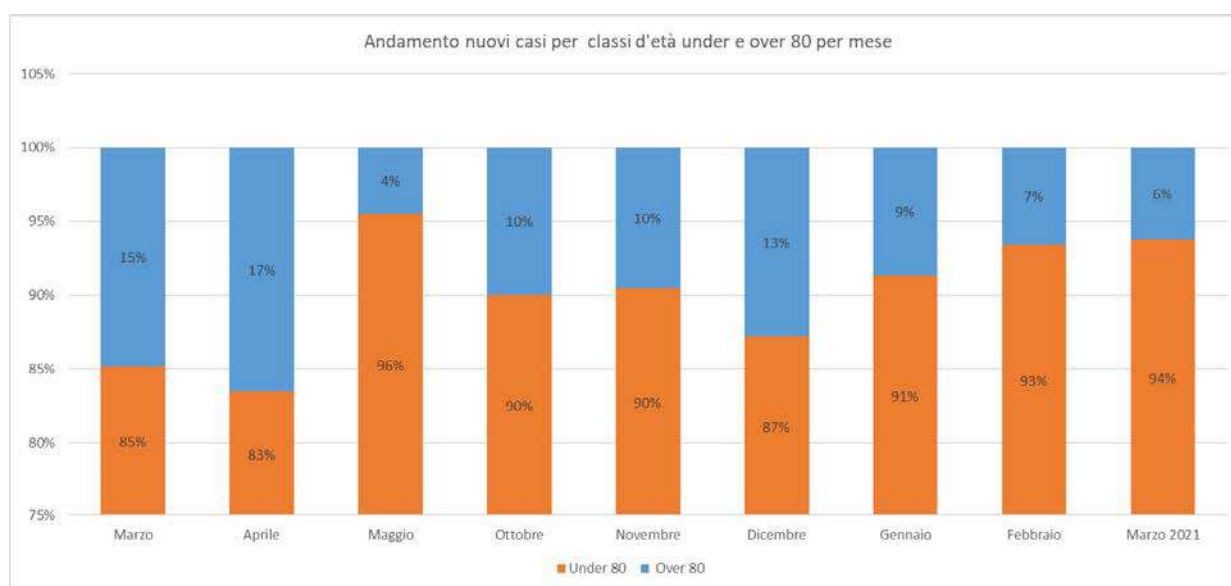


Figura 10: Andamento nuovi casi per classi d'età under e over 80 per mese

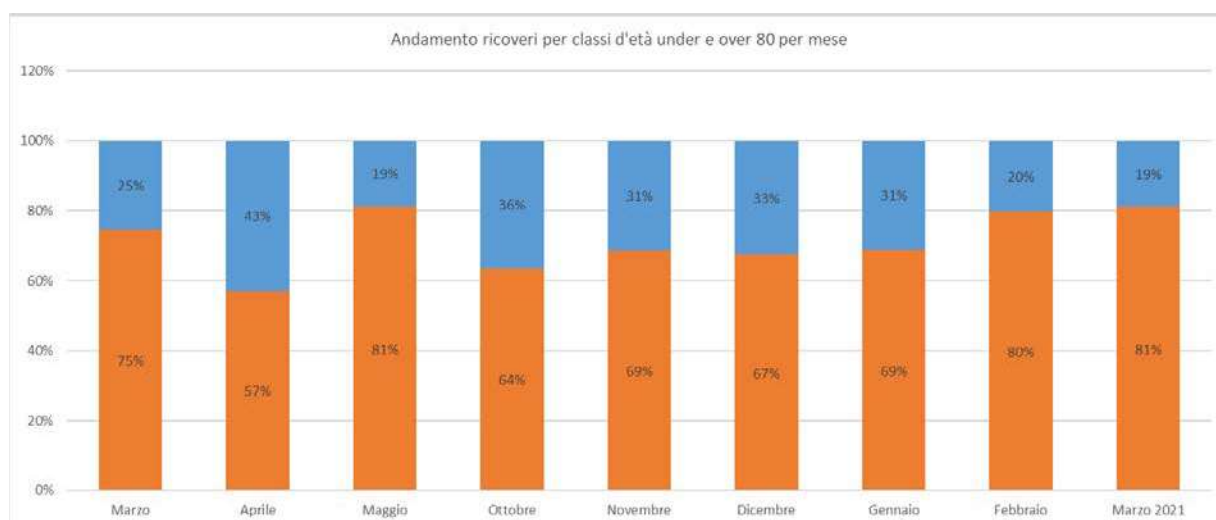


Figura 11: Andamento nuovi casi per classi d'età under e over 80 per mese

La Rete COVID-19 durante la seconda ondata dell'infezione da SARS-CoV-2 è stata predisposta in relazione all'evoluzione dei nuovi casi positivi e dei nuovi ricoveri con due interventi successivi: un primo intervento ha ripristinato il livello di posti letto raggiunto durante la prima ondata e un ulteriore incremento dei posti letto.

L'esperienza e le conoscenze acquisite ad oggi sull'andamento epidemiologico dell'infezione determinano la consapevolezza che non si tratterà di agire in risposta ad un periodo limitato nel tempo e precedentemente definito, ma che la continua revisione della rete ospedaliera ci accompagnerà per un tempo più lungo dell'abituale impegno stagionale, finora derivato dall'epidemia influenzale, in modo da fronteggiare al meglio il rischio di successive ondate, soprattutto in presenza di un sistema sociale aperto o semi-aperto.

Per l'elaborazione della strategia alla base della preparazione della rete ospedaliera occorre tenere conto dei seguenti elementi: il virus è diffuso ancora in maniera significativa nella popolazione con una media settimanale di oltre 38 nuovi casi (dal 11 al 18-4). L'obiettivo prioritario della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale è, oltre alla gestione delle varie fasi dell'emergenza, il mantenimento dei livelli essenziali di prevenzione e cura anche nelle fasi più critiche dell'epidemia attraverso progetti e azioni di mantenimento della continuità assistenziale progressivamente approvati che devono diventare strumenti organizzativi e gestionali del sistema sanitario regionale.

Nel presente documento vengono illustrati la metodologia e la strategia di preparazione della rete ospedaliera nelle successive fasi dell'emergenza, che risultano essere integrato dal Piano Aziendale dei Percorsi Operativi di Gestione dell'Emergenza Covid-19 (revisione 5 del 27/01/2021), approvato con deliberazione del Diretto Generale ASReM n. 183 del 22-02-2021, rientrante tra le misure adottate in risposta all'emergenza Covid-19 ed identificativo della azioni chiave necessarie per assicurare l'attivazione delle misure per l'accoglienza e l'assistenza ospedaliera di pazienti affetti da infezione da Sars-Cov-2, garantendo adeguati standard di biosicurezza.

In tale sezione vengono illustrati i criteri e gli indicatori individuati per l'identificazione degli scenari organizzativi della Rete in funzione all'andamento epidemiologico dell'infezione da SARS-CoV-2 e l'attuazione del percorso di riorganizzazione dell'offerta. L'individuazione di scenari ha l'obiettivo di fornire un percorso attuabile e riproducibile per offrire una risposta sanitaria contemporanea alle patologie essenziali e all'infezione da SARS-CoV-2 con flessibilità e modularità.

1.2 Individuazione degli interventi

È dagli anni dell'influenza spagnola (1918 – 1920) che il mondo non affrontava una minaccia per la salute della popolazione della portata di questo virus senza un vaccino.

A decorrere dal 27 dicembre 2020, con il cosiddetto "Vaccine Day", è partita la campagna vaccinale alla popolazione del Molise secondo le indicazioni della struttura commissariale nazionale. Alla data del 30 aprile 2021 sono state effettuate 120.964 inoculazioni di cui 76.845 prime dosi e 44.119 seconde dosi. È stato vaccinato il personale sanitario e non sanitario, gli utenti e gli operatori delle RSA e RA, il personale vulnerabile, gli over 80, il personale scolastico, il personale afferente alle forze dell'ordine e la categoria utenza anni 70-79.

Ci si auspica di riuscire ad arrivare ad un'ampia fascia di popolazione vaccinata entro il mese di giugno 2021. Fino a quella data, è ragionevole e prudentiale mantenere alta l'allerta, garantire una adeguata assistenza sanitaria per tutta la popolazione e in contemporanea affrontare l'emergenza.

L' Unità di Crisi Regionale (UCR), con il supporto del Comitato (CSE), si occupa del coordinamento e del monitoraggio delle misure volte a fronteggiare l'emergenza da infezione Covid. Il servizio sanitario regionale si è dotato del personale necessario, ha potenziato l'attività dei laboratori, reso più agile la rete ospedaliera per affrontare l'emergenza e potenziato l'assistenza territoriale tramite un servizio di sorveglianza attiva al fine di identificare la popolazione più a rischio. Inoltre, in coerenza con gli indirizzi nazionali, la Regione sta garantendo che il riavvio delle attività nei luoghi di lavoro e negli ambienti di vita collettiva avvenga adottando le adeguate misure di prevenzione e sicurezza.

Affinché tutto il sistema possa continuare a lavorare in modo fluido, oltre alla gestione sanitaria, si sta garantendo un adeguato sistema di approvvigionamento e di rendicontazione delle risorse, anche attraverso la Protezione Civile (PC), al fine di tenere costantemente monitorato l'impatto economico finanziario dell'emergenza e reperire le risorse finanziarie eventualmente necessarie.

1.3 Azioni di Sistema

L'epidemia da SARS-CoV-2 ha determinato la necessità di accelerare progetti e processi di riorganizzazione del sistema sanitario in grado di rispondere alle nuove esigenze emerse durante la prima e la seconda ondata di pandemia. L'Unità di Crisi Regionale (Presidente Regione, in qualità di capo della protezione civile regionale, Struttura commissariale, Dg salute, direzione generale e sanitaria ASReM, Prefetture, presidenti ordine dei Medici, comitato tecnico-scientifico) ha colto questa opportunità, rendendo operativi nel corso di questi mesi di emergenza sanitaria nuovi strumenti e percorsi organizzativi e assistenziali. Le azioni approvate perseguono l'idea dell'integrazione funzionale dei servizi secondo una logica trasversale e di Rete, facilitata e supportata da un modello di coordinamento operativo sovraziendale dell'intera filiera sanitaria pubblica e privata accreditata.

L'innovazione del processo di riorganizzazione del sistema sanitario può essere sintetizzata nelle seguenti aree di intervento:

- Supporto al cittadino/paziente con l'obiettivo di mantenere il contatto con il sistema sanitario e facilitarne la comunicazione attraverso le seguenti azioni:
 - L'ampliamento delle attività territoriali,
 - L'analisi dei casi confermati COVID-19 a domicilio, della popolazione a rischio;
 - L'attività di gestione territoriale del cittadino/paziente in collegamento con i MMG/PLS, le USCA, la Centrale 118;
 - Il potenziamento del Dipartimento di Prevenzione dell'ASReM con il compito di attivazione dei piani di screening e vaccinazione, e di sviluppare le indicazioni ed un percorso di sorveglianza nelle strutture socio-sanitarie;
 - L'investimento economico finalizzato all'acquisizione di tecnologie per il potenziamento e l'implementazione dell'integrazione ospedale-territorio con l'obiettivo prioritario di aumentare la capacità diagnostica in area territoriale per la continuità assistenziale dei pazienti fragili e la riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso;
 - Il potenziamento delle attività di testing finalizzato ad incrementare e facilitare l'accesso a diagnosi e screening, limitare la diffusione dell'infezione SARS-CoV-2 e ridurre la necessità di ricovero ospedaliero;
- La ricerca attiva dei casi: nei setting sanitari e socioassistenziali viene effettuato screening periodico ed esteso a tutto il personale e ai pazienti/ospiti per prevenire la trasmissione nosocomiale.
- Supporto alle attività di gestione ospedaliera e ambulatoriale del cittadino/paziente attraverso:
 - Il potenziamento della continuità nei percorsi di trattamento e follow up delle patologie indifferibili e dei ricoveri COVID-19 attraverso la riorganizzazione dell'attività ospedaliera per intensità di cura;
 - L'implementazione della gestione clinica integrata con team multiprofessionali e l'istituzione della Rete delle Terapie Intensive;
 - Il completamento della revisione del Piano di Rete Ospedaliera e delle Reti di Patologia;
 - L'utilizzo dei servizi di televisita e telecolloquio per il follow up;
 - Corsi webinar dedicati all'implementazione dei piani delle reti cliniche;
 - Incontri di audit e feedback sui risultati clinici tra infettivologi ed equipe multidisciplinari.

Coordinare all'interno dell'Unità di Crisi le azioni da attuare ai vari livelli regionali e predisporre un piano di comunicazione

Lo scopo dell'Unità di Crisi è quello di coordinare in maniera proattiva e costante la comunicazione attraverso l'attivazione di un percorso comune ed armonizzato per monitorare la casistica Covid e adeguare il SSR a tale evoluzione. Il monitoraggio avviene anche attraverso un sistema di indicatori utili a valutare l'effetto che i provvedimenti emergenziali nazionali e regionali hanno avuto sull'andamento di contagio. Tutto ciò permette di conseguire in tempi definiti la riorganizzazione dei servizi, la gestione della riallocazione del personale coerente con il fabbisogno, l'attuazione di misure di prevenzione e l'erogazione delle altre prestazioni comunque necessarie del SSR, oltre che la gestione dell'emergenza mettendo in atto le azioni previste dalla circolare del Capo Dipartimento della PC *"Misure operative di protezione civile per la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19"*, in attuazione al DL 14/2020. L' UCR è convocata dal Presidente della Regione ogni volta che se ne ravvisi la necessità, anche allo scopo di verificare lo stato di attuazione delle strategie messe in campo e aggiornare quelle da realizzare attraverso un coordinamento tra i diversi apparati istituzionali impegnati a contrastare l'emergenza epidemiologica.

In seguito, con il DPGR n. 20 del 16 marzo 2020, è stata formalizzata la nomina del Direttore della DG Salute della regione Molise, come Referente Sanitario Regionale per le emergenze (RSR), allo scopo di gestire i contatti con gli omologhi nazionali del MdS e del Dipartimento di PC. Il RSR si avvale della collaborazione del Direttore Sanitario ASReM, dei dirigenti regionali, del Responsabile del Dipartimento di Prevenzione (DP) aziendale, di tutti i Direttori e i Responsabili del SSR. A causa della continua evoluzione dell'emergenza epidemiologica, con il DPGR n. 23 del 27 marzo 2020, è stato istituito il Comitato Scientifico per l'emergenza epidemiologica da Covid (CSE) per coadiuvare la suddetta UCR e la Presidenza della Giunta regionale nella gestione della fase emergenziale. Il CSE, composto da un coordinatore affiancato da due professionisti della medicina territoriale, svolge funzioni di consulenza per l'adozione di opportune misure di prevenzione necessarie a fronteggiare la diffusione delle patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. In particolare, si occupa di fornire le informazioni necessarie per la sorveglianza sanitaria attiva, il *tracking* dei contagi, delimitare i *cluster*, monitorare le persone che hanno avuto contatti con i pazienti positivi al virus e controllare i focolai per impedirne la diffusione. Il Commissario ad acta per la sanità può richiedere la convocazione della UCR.

In relazione all'emergenza sanitaria in corso, un elemento cruciale è contraddistinto anche dalla necessità di attuare piani di comunicazione per garantire un'informazione chiara e trasparente nei confronti dei diversi attori coinvolti e dei cittadini. Pertanto, oltre ad una comunicazione attiva tra i membri e le entità dell'UCR, sono state garantite le informazioni a cittadini ed enti preposti alla tutela della salute. Le azioni di comunicazione sono realizzate attraverso i siti istituzionali della Regione Molise dedicato al COVID-19 e dell'ASReM, nonché attraverso i canali di comunicazione e i media, oltre l'attivazione di numeri di telefono ed indirizzi di posta elettronica dedicati.

Contact Tracing e incremento dei tamponi/test sierologici in coerenza con il fabbisogno

Contact Tracing

Il Dipartimento di Prevenzione (DP) a livello nazionale ha assunto un ruolo centrale nella gestione della situazione pandemica attuale legata al nuovo Coronavirus: inchieste epidemiologiche, contact tracing, sorveglianza sanitaria e attuazione degli isolamenti fiduciari e di altre misure di prevenzione, tra cui anche l'attività informativa. Gli igienisti e gli altri professionisti sanitari della prevenzione, impegnati nel controllo delle malattie infettive, ai vari livelli operativi e istituzionali del SSN, sono in grado certamente di fornire risposte tempestive ed adeguate, rappresentando, infatti una rete di

intervento, capillare, collaudata e consolidata, nella gestione quotidiana delle patologie infettive e l'attuazione delle misure di sanità pubblica, finalizzate al contenimento delle stesse.

Anche il DP della ASReM, nell'ambito del sistema di sorveglianza delle malattie infettive, con tutte le articolazioni in esso ricomprese (ISP, SLAN, Sicurezza sul lavoro, Veterinaria) e in grado di assolvere adeguatamente al mandato di garantire un flusso di dati che restituisce informazioni, anche a livello locale, valide e utili; e soprattutto nella messa in atto tempestiva e diffusa su tutto l'ambito territoriale delle misure di sanità pubblica assumendo, per così dire, un atteggiamento "aggressivo" di contenimento, svolgendo, unitamente alla rete assistenziale dell'emergenza e delle malattie infettive, un ruolo cruciale.

L'attività del Dipartimento di Prevenzione è stata improntata, fin dall'inizio dell'emergenza Covid, sul recepimento e sull'applicazione dei DPCM, delle indicazioni ministeriali e Dipartimentali della Protezione civile e delle Ordinanze emesse dal Presidente della Giunta Regionale, relative alle misure di prevenzione e contrasto dell'epidemia da Covid, con particolare attenzione ai seguenti temi:

- Definizione di caso, caso sospetto, contatto stretto, paziente guarito
- Modalità di segnalazione al sistema di sorveglianza regionale e nazionale
- Misure profilattiche contra la diffusione della malattia infettiva (isolamento domiciliare fiduciario, sorveglianza sanitaria attiva, sorveglianza precauzionale)
- Test diagnostici (tamponi, test sierologici rapidi, ecc.)
- Indicazioni per vari settori (operatori dei servizi/esercizi a contatto con il pubblico, scuole servizi assistenziali sanitari, servizi funebri, ecc.)
- Definizione di aree geografiche di rischio sul territorio nazionale, di limitazioni agli spostamenti di persone fisiche e conseguenti provvedimenti di sanità pubblica
- Indicazioni per il passaggio di fase della risposta ospedaliera.

Per facilitare l'applicazione delle suddette indicazioni, sono state elaborate ed emesse dal Direttore del DP le seguenti istruzioni operative:

- Gestione delle persone che hanno avuto contatto con nuovi casi di coronavirus (2019-ncov)
- Indicazioni del Dipartimento di Prevenzione sulla gestione nelle scuole degli studenti di ritorno dalla Cina
- Criteri di conduzione dell'indagine Epidemiologica
- Scheda di indagine Epidemiologica
- Diario esposti a rischio infezione da nuovo coronavirus
- Certificazione di isolamento I Attestazione di sospensione dell'isolamento
- "Misure precauzionali per il controllo dei contagi da Coronavirus in isolamento domiciliare"

Le indagini epidemiologiche e le attività di contact tracing sono rivolte essenzialmente nei confronti delle sottoindicate "popolazioni" target:

- Soggetti positivi, per la ricostruzione della catena di contagio e l'identificazione dei contatti stretti, così distinti:

- Ricoverati nel Reparto di malattie infettive dell'ospedale Cardarelli
- In trattamento domiciliare se paucisintomatici o asintomatici
- Dimessi a domicilio dai reparti ospedalieri
- Contatti stretti di soggetti positivi o di casi sospetti, sempre per la ricostruzione della catena di contagio e di altri eventuali contatti
- Soggetti sintomatici che si segnalano ai numeri regionali o direttamente al DP o per il tramite dei Medici di Medicina Generale, per la ricostruzione della catena epidemiologica e per la valutazione dell'esecuzione di test diagnostici;
- Soggetti rientrati da territori extraregionali, nazionali ed esteri, comprese le zone ad alto rischio individuati dai DPCM e dalle Ordinanze Regionali; queste persone, dopo l'auto-segnalazione prescritta dalle norme, sono intervistate per la valutazione dell'adozione di provvedimenti di isolamento o per la sorveglianza precauzionale
- Soggetti appartenenti a comunità (es. Centri di formazione militari, case di riposo e/o strutture socio-sanitarie, ecc.)
- Soggetti appartenenti alle comunità scolastiche, in applicazione delle indicazioni contenute nel Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020 "indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-cov-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia"

Oltre alle notizie relative alla ricostruzione della catena epidemiologica e dei contatti, le indagini epidemiologiche sono finalizzate all'adozione dei provvedimenti di isolamento domiciliare ed alla predisposizione della sorveglianza sanitaria attiva per i giorni di isolamento; tutti i soggetti isolati sono stati inseriti fino al 24 gennaio 2021 in un apposito Registro recante, oltre ai dati anagrafici, il motivo per cui sono sottoposti ad isolamento, il periodo prescritto per la permanenza domiciliare, le notizie relative al MMG, indirizzo e recapiti telefonici, per consentire gli opportuni Controlli da parte delle autorità preposte. Il Registro è stato aggiornato giornalmente, con l'inserimento di nuovi isolati o la registrazione della sospensione dell'isolamento oppure la Variazione del periodo di isolamento, e trasmesso alla Direzione Generale ed alla Direzione Sanitaria per gli adempimenti del caso. Tutte le risultanze delle indagini epidemiologiche sono state inserite, fino al 24 gennaio 2021, nel portale web-based "Emergenza Covid" che consentiva di ricavare per ogni soggetto intervistato una scheda individuale contenente le informazioni relative ai fattori di rischio, alle esposizioni pregresse, alla sintomatologia ed ai contatti avuti, nonché di monitorare l'andamento delle condizioni di salute durante il periodo di isolamento e gestire le informazioni relative alle indagini diagnostiche eseguite e di esportare in formato Excel tutti i dati immessi per le elaborazioni statistiche.

Nello stesso portale "Emergenza Covid" sono state inserite, fin dalla data della sua apertura, tutte le segnalazioni ricevute dagli operatori del call-center istituito dalla Regione per l'emergenza Covid, nonché tutte le segnalazioni pervenute all'indirizzo e-mail coronavirus@asrem.org e/o dipartimentounicoprevenzione@asrem.org.

Dal 25 gennaio 2021 è stata attivata la piattaforma S.I.C. (Sorveglianza integrata Covid) che ha sostituito gli strumenti precedentemente adottati ed ha introdotto alcune importanti novità:

- Segnalazioni e richieste tamponi; la piattaforma è direttamente accessibile ai MMG ed ai PLS che possono formulare le richieste di tamponi on line, indicando anche il codice di priorità; le richieste vengono prese in carico dai Dirigenti Medici del Dipartimento di che ne verificano la completezza, la congruità e l'appropriatezza; a seguito della suddetta verifica le richieste vengono "accettate" ed assegnate in calendario, secondo il timing più appropriato. Le richieste

mancanti dei dati essenziali vengono respinte; il codice di priorità, laddove assegnato in maniera difforme a quanto previsto dalle circolari ministeriali vigenti, viene riattribuito. Tutte le segnalazioni, da quelle accettate che quelle respinte, possono essere verificate nella sezione "archivio" da chi le ha formulate.

- Gestione Positivi e contatti; la piattaforma consente di creare una scheda per ogni Singolo positivo, che permette la raccolta delle informazioni emerse durante l'indagine epidemiologica, il tracciamento dei contatti, la richiesta dei tamponi di diagnosi e di controllo tanto per il positivo quanto per i suoi contatti, la possibilità di visionare e scaricare il referto emesso dal Laboratorio Analisi, la raccolta di dati ed informazioni cliniche da parte dei Medici USCA, utili al monitoraggio del soggetto positivo a domicilio; i dati relativi ai positivi ed ai contatti in isolamento, aggiornati in tempo reale ed aggregati in forma generale o per comune di residenza, sono consultabili online dai soggetti istituzionali interessati (forze dell'ordine, sindaci, ecc.) Che sono stati abilitati alla consultazione della piattaforma.
- Gestione dei tamponi; la piattaforma consente di programmare, giornalmente e su ogni Punto prelievo aziendale, sia i tamponi richiesti tramite segnalazione dai MMG/PLS da i tamponi richiesti dai Medici di contact tracing e di verificarne l'esito una volta eseguiti (tramite collegamento con il sistema informatica del Laboratorio Analisi). Le persone il cui Tampone è programmata con le modalità suddetta vengono contattate dal personale del Dipartimento di Prevenzione per l'appuntamento, che provvede altresì ad inviare la lista dei prenotati presso ciascuna punta di prelievo (Drive-through di Campobasso, Drive In Ospedale "Veneziale" di Isernia, Ambulatorio Covid di Agnone, Ambulatorio Covid di Termoli).

Ad ogni soggetto isolato è trasmesso un certificato di quarantena nel quale si indica il periodo prescritto per l'isolamento domiciliare; tale certificato può essere utilizzato dall'interessato e dal MMG ai fini lavorativi, secondo quanto previsto dalle disposizioni dell'INPS, richiamate anche da apposita nota del DP.

Risorse dedicate al contact tracing

Le attività di contact tracing sono state condotte, dall'inizio della pandemia, dai Dirigenti Medici della U.O.C. di Igiene e Sanità Pubblica, ciascuno per il proprio ambito territoriale di appartenenza (Isernia, Campobasso e Termoli). Con l'avvento della seconda e terza ondata, sono stati assegnati al Dipartimento di Prevenzione n. 14 Medici con incarico di Continuità Assistenziale per un impegno orario settimanale di 12 ore ciascuno, a completamento dell'orario, e n. 3 Medici in avviso della Protezione Civile a 35 ore settimanali ciascuno.

I Medici di Continuità Assistenziale sono stati suddivisi in 3 gruppi in modo tale da garantire che l'esecuzione delle attività di contact tracing venga effettuata per tutti e tre gli ambiti territoriali e che tale attività sia centralizzata presso la sede del DP, in modo tale da avere un monitoraggio continuo della situazione epidemiologica; ciascun gruppo è coordinato da un Dirigente Medico della U.O.C. di Igiene e Sanità Pubblica incaricato dal Direttore dei Dipartimento.

Ciascun Medico effettua tre turni settimanali di 4 ore, in modo tale da garantire la presenza di almeno un Medico di mattina e di pomeriggio, tutti i giorni dal lunedì al sabato, per ciascun ambito Territoriale. Uno dei Medici di C.A. è stato incaricato della gestione dell'indirizzo di posta elettronica Covid@asrem.org, individuato dalle ordinanze Regionali per la segnalazione dei rientri dall'estero o dalle zone rosse ed i successivi adempimenti. Due medici della Protezione Civile garantiscono la loro presenza tutte le mattine, dal lunedì al sabato ed n.1 Medico è stato assegnato in supporto alle attività del Centro Vaccinale "Cittadella dell'economia" di Campobasso, dal lunedì al sabato.

Incremento dei tamponi/test sierologici in coerenza con il fabbisogno

Per le finalità espone dando atto, altresì, dei contenuti di cui all'Accordo Collettivo Nazionale del 28/10/2020 con le OO.SS. dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta per il rafforzamento delle attività territoriali di diagnostica di primo livello e di prevenzione della trasmissione di SARS-COV-2 pubblicato sulla G.U. del 06.11.2020, serie generale n. 277, la Struttura Commissariale ha adottato il Decreto 76/2020 *“Protocollo d'intesa recante Disposizioni per il potenziamento dell'attività di screening mediante esecuzione di tamponi antigenici rapidi, o di altro test di sovrapponibile capacità diagnostica. Provvedimenti.”*.

Il Provvedimento citato è stato adottato per rispondere a molteplici necessità:

- di potenziare la risposta territoriale alla grave situazione emergenziale che si sta affrontando, valorizzando il contributo professionale della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, quale primo contatto del paziente, e la capillarità degli studi medici;
- di fornire alla popolazione una risposta tempestiva ed una conseguente presa in carico rispetto alla diagnosi nel caso sia posto il sospetto per COVID-19;
- di contenere l'epidemia con misure atte a mantenere le strutture sanitarie, comprese quelle ambulatoriali, COVID free;
- di individuare precocemente i casi COVID-19 e i relativi contatti stretti e attivare conseguentemente delle azioni di Sanità Pubblica in stretta relazione con il Dipartimento di Prevenzione dell'ASReM.

Al fine di gestire l'incremento dei test da eseguire, la Struttura Commissariale ha adottato inoltre il Decreto 82/2020 *“Esecuzione test per la diagnosi di virus Sars-Cov-2 da parte delle Strutture Sanitarie Private Accreditate della regione Molise. Provvedimenti.”*.

Con il Provvedimento citato si è proceduto al riconoscimento dei laboratori privati, già in possesso di autorizzazione e/o accreditamento istituzionale regionale, nell'esecuzione:

- di test sierologici (tradizionali o rapidi) basati sull'identificazione di anticorpi IgM e IgG specifici per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2;
- di test antigenici (“tamponi rapidi”) che evidenziano la presenza di componenti (antigeni) del virus;

con obblighi di immediata comunicazione all'A.S.Re.M. - Azienda Sanitaria Regionale del Molise, per l'attivazione della procedura di gestione dei casi positivi.

In particolare, è stata estesa esclusivamente alle Strutture Sanitarie Ospedaliere Private accreditate della Regione Molise, previa valutazione positiva da parte del Laboratorio regionale di riferimento del Presidio Ospedaliero “Cardarelli”, secondo la procedura di cui al medesimo provvedimento, l'esecuzione (prelievo e processo) dei test molecolari per la diagnosi di virus Sars-Cov-2, sia ai pazienti nell'ambito della propria organizzazione sia ai pazienti eventualmente inviati direttamente dalla Direzione Sanitaria dell'A.S.Re.M., al fine di evitare di allungare i tempi di prelievo e di risposta del risultato, essenziali per le successive indagini cliniche e per azioni di sanità pubblica.

È stato dunque confermato in capo all'A.S.Re.M. il coordinamento di ogni attività, anche attraverso il Laboratorio di Riferimento Regionale del Presidio Ospedaliero “Cardarelli”, in ambito regionale, in ordine al sistema di accertamento diagnostico, ricerca, monitoraggio e sorveglianza della diffusione del SARS-CoV-2 nella popolazione, e di indirizzo delle strategie di tracciatura dei casi basate

sull'estensione dei tamponi al fine di individuare i soggetti positivi e provvedere a relativo trattamento. È stato inoltre affidato al Laboratorio di Riferimento Regionale del Presidio Ospedaliero "Cardarelli" il coordinamento dei laboratori privati autorizzati nonché l'effettuazione di eventuali sessioni informative al fine di uniformare le procedure di prelievo e di refertazione.

In continuità con i decreti commissariali richiamati e per le finalità descritte, la Direzione Generale per la Salute con Determinazione Direttoriale n. 28 del 26-03-2021, prendendo inoltre atto di specifica richiesta da parte dell'ASReM, nella quale è stata rappresentata l'esigenza di eseguire, anche per l'utenza esterna e/o in convenzione con Enti, i test sierologici, mediante prelievo venoso, volti a individuare la positività anticorpale del virus Sars-Cov-2, sono stati stabiliti i codici da nomenclatore per test COVID 19 nonché la relativa tariffa.

Si è provveduto all'implementazione di servizi innovativi come il servizio *drive-through* che permette di effettuare il tampone direttamente dalla propria auto, con lo scopo di massimizzare la somministrazione dei tamponi alla popolazione. Il predetto servizio è stato attivato nel mese di novembre 2020.

Per maggiore chiarezza espositiva, si rappresenta che alla data del 30 aprile 2021 i tamponi effettuati dal Servizio Sanitario Regionale sono stati i seguenti:

- 181.749 tamponi sierologici;
- 12.366 test antigenici.

Monitoraggio delle varianti di SARS-COV-2 nel periodo febbraio - aprile 2021

Il settore di Microbiologia e Diagnostica Molecolare dell'Ospedale "Cardarelli" di Campobasso in risposta alle attuali esigenze di valutare la circolazione di varianti di SARS-CoV-2, sta monitorando le caratteristiche genetiche e la variabilità dei ceppi circolanti in Molise. L'emergere di mutazioni nel genoma di agenti virali a RNA come SARS-CoV-2 è un evento naturale ed atteso. Cambiamenti nella trasmissibilità del virus, nella gravità della malattia, nella capacità del virus di sfuggire all'immunità acquisita (post-infezione o vaccinazione) e ai test diagnostici in uso: questi sono gli elementi cruciali che definiscono le dinamiche di interazione di SARS-CoV-2 con la popolazione ospite.

Sequenziare il genoma di un virus significa poter riconoscere l'emergere di varianti virali che possono modificare l'andamento e l'impatto dell'epidemia.

Le mutazioni più interessanti sono a livello della proteina Spike del virus data l'importanza che questa riveste per il legame con i recettori cellulari e perché verso di essa sono rivolti i principali anticorpi che danno la protezione verso l'infezione e le forme cliniche.

Risultati del monitoraggio delle varianti di SARS-CoV-2

Nel periodo indicato sono stati analizzati 1.067 campioni relativi ad altrettante nuove diagnosi sottoposte a screening molecolare e sequenziamento genico.

Dei 1.067 campioni, 568 (53.2%) erano relativi a soggetti di sesso maschile e 499 (46.8%) di sesso femminile confermando come entrambi i sessi hanno avuto la stessa probabilità di contrarre l'infezione da SARS-CoV-2.

I dati prevalenza analizzati per fasce d'età evidenziano come gli adulti di età compresa tra 50-59 anni, con una prevalenza maggiore nei maschi, hanno contratto l'infezione in numero maggiore nel periodo monitorato. Inoltre, si evidenzia un numero maggiore di contagi, statisticamente significativo, nei giovani adolescenti di età compresa tra 10-19 anni (Fig.12).

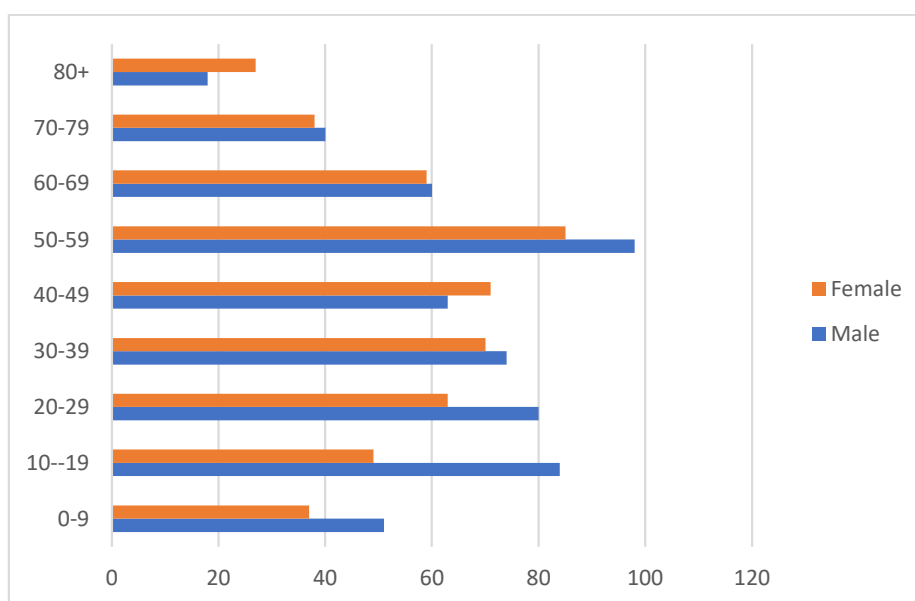


Figura 12: Distribuzione dei nuovi contagi per classe di età e sesso.

Lo screening molecolare delle varianti, condotto mediante metodica PCR-Real Time, ha permesso di evidenziare le mutazioni gene S più diffuse in questa fase epidemica. 1.067 campioni relativi a tutte le nuove diagnosi del periodo monitorato sono stati analizzati per la ricerca delle mutazioni 69/70 DEL, N501Y, E484K associate ai ceppi più frequenti attualmente circolanti nel territorio nazionale.

Con tale metodo sono state rilevate le seguenti mutazioni:

- 903 (84.6%) varianti VOC UK (lineage B.1.1.7),
- 3 varianti E484K, N501Y (0.28%),
- 20 (1.9%) varianti con la sola 69/70del,
- 5 (0.47%) con la sola N501Y,
- 2 (0.19%) con E484K e 69/70del,
- 1 (0.10%) con la sola E484K
- 6 (0.56%) con assenza delle tre mutazioni

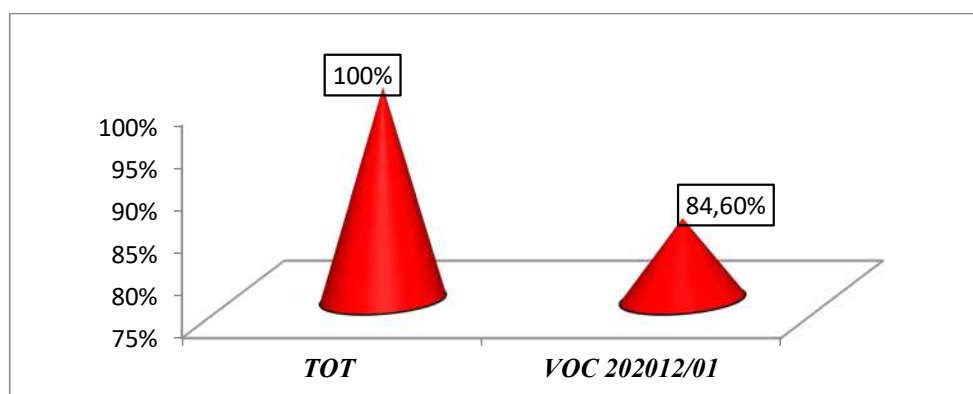


Figura 13: Screening molecolare VOC 202012/01

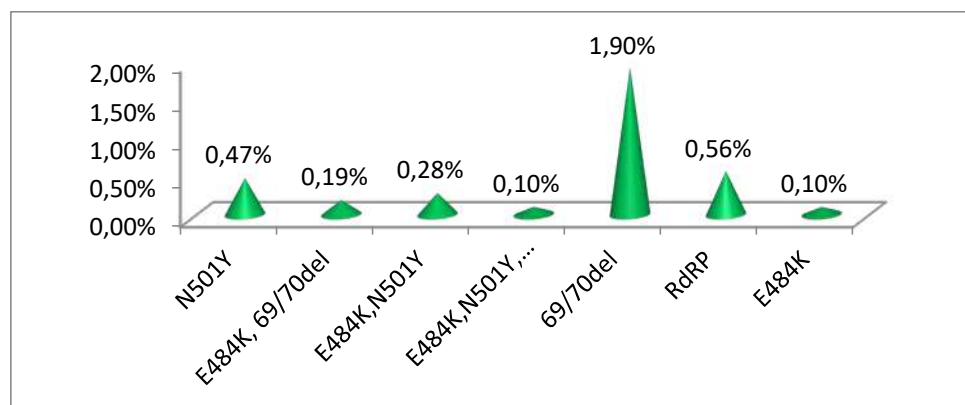


Figura 14: Screening molecolare delle mutazioni ricorrente per gene S.

La valutazione critica ha indirizzato ad analisi di sequenza, mediante tecnologia NGS, su tutto il genoma di SARS-CoV-2 di 169 campioni. La risultante dei sequenziamenti ottenuti ha permesso di classificare i ceppi circolanti di SARS-CoV-2 secondo uno specifico lineage.

La variante inglese predominante in oltre mille campioni (lineage B.1.1.7 o VOC-202012/01) è stata confermata dal sequenziamento in 140 campioni, a testimonianza della buona performance analitica del test molecolare di screening per evidenziare la VOC-UK.

I campioni analizzati appartengono ai seguenti lineage:

- 903 campioni (97,6%) con lineage B.1.1.7,
- 20 campioni (1,87%) con lineage B.1.177,
- 3 campioni (0,28%) con lineage B.1.1.160,
- 2 campioni (0,19%) con lineage B.1.258,
- 2 campioni (0,19%) con lineage B.1.1.318,
- 1 campione (0,1%) con lineage B.1.525,
- 4 campioni con lineage P.1 (0,37%) di cui 3 provenienti da uno stesso nucleo familiare ma isolati tutti nella provincia di Isernia;

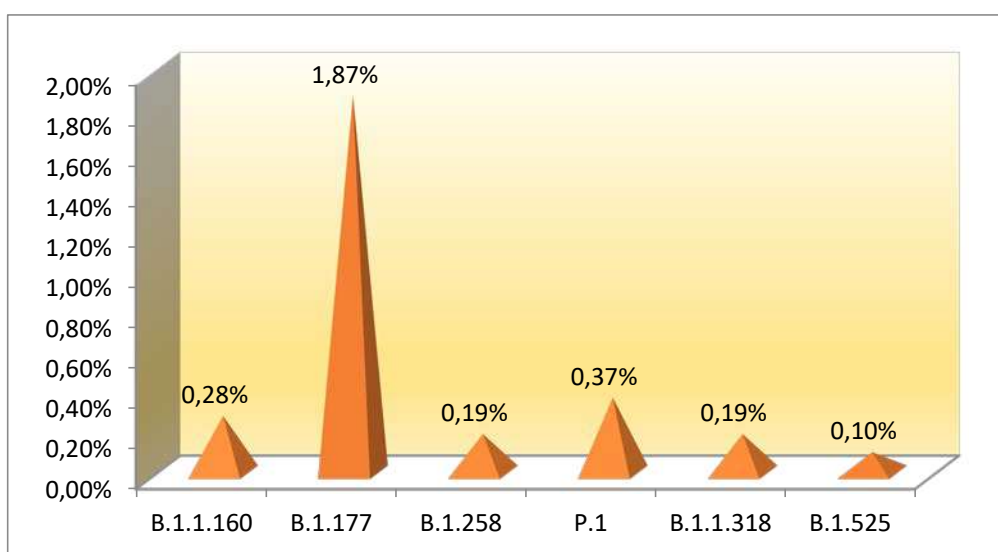


Figura 15: Lineage (eccetto B.1.1.7 97,6%) presenti nella Regione Molise periodo Feb-Apr 2021.

Caratteristiche delle varianti identificate

SARS-CoV-2 è stato classificato in lineage. Ciascun lineage contiene un gruppo di genomi virali caratterizzati da uno specifico set di mutazioni. I virus caratterizzati in Molise da Febbraio 2021 appartengono a diversi lineage : B.1.1.7 , P.1, B.1.177, B.1.258, B.1.1.160, B.1.1.318 e B.1.525 di cui due (sottolineati) appartengono a varianti selezionate dal Centro Europeo per la prevenzione e controllo delle malattie (ECDC) come varianti che destano preoccupazione e da monitorare con attenzione, o più precisamente “variants of current concern”.

In Italia sono stati segnalati nel mese di aprile 2021 cinque casi, due in Emilia-Romagna e uno in Lombardia (fonte GISAID) e due in Molise.

La variante inglese (lineage B.1.1.7) rappresenta il ceppo circolante più diffuso in Molise. La sua diffusione iniziata in regione precocemente all’inizio di febbraio rispetto ad altri territori nazionali ha tracciato una curva epidemica crescente (Fig.16) sostenendo di fatto la terza ondata pandemica da SARS-CoV-2 con più di mille nuovi contagi. Il tratteggio rosso in Fig.16 definisce l’inizio dell’attività di screening e sequenziamento genico del Laboratorio di Microbiologia del Cardarelli distinti dai primi sequenziamenti eseguiti dall’Istituto Zooprofilattico di Teramo.

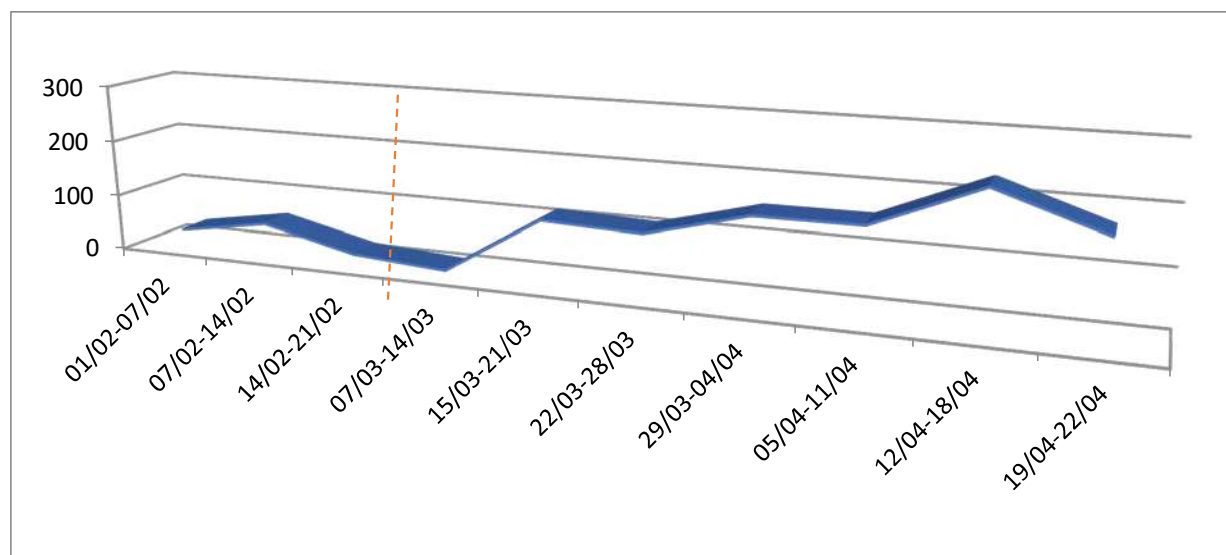


Figura 16: Andamento epidemico della variante B.1.1.7 periodo Feb-Apr 2021

Rendere agile la rete ospedaliera per affrontare l'emergenza

L'emergenza Covid ha messo in crisi il sistema ospedaliero di tutte le Regioni, in particolare quello delle terapie intensive. Tale situazione ha indotto il governo centrale, e di conseguenza quello di tutte le Regioni, a posticipare le attività ambulatoriali non urgenti e tutti i ricoveri programmati sia medici che chirurgici, al fine di mantenere liberi i posti letto sia nei reparti di degenza sia in terapia intensiva prevedendone il potenziamento.

A tal fine, è stato previsto per il Sistema sanitario regionale di mettere in atto misure volte a rendere agile il sistema ospedaliero, preparandolo ad accogliere i pazienti risultati positivi al Covid, continuando a garantire la continuità dei servizi sanitari essenziali alla popolazione.

Per quanto riguarda le misure organizzative inerenti il sistema ospedaliero per i pazienti positivi al Covid, si è proceduto ad uniformare le procedure di ammissione, dimissione e trasferimento dei pazienti stessi al fine di mantenere una codifica per intensità di cura coerente in tutte le strutture,

applicando e diffondendo le linee guida contenute nella circolare n.7648 del 20 Marzo 2020, emanate dal MdS.

Inoltre, è stato garantito un coordinamento dei percorsi di movimentazione dei pazienti Covid ricoverati in ospedale, tramite la riorganizzazione dei percorsi per la presa in carico dei pazienti Covid e non Covid sin dal Pronto Soccorso (PS) e per il trasferimento alle varie unità operative ospedaliere. Come previsto dalla circolare n. 2619 del MdS, è stato istituito un sistema di monitoraggio dei posti letto di area critica, con indicazione dello stato di saturazione delle unità operative per presidio ospedaliero. Avvalendosi delle informazioni ottenute dal monitoraggio, è stato possibile attuare un coordinamento delle unità operative ospedaliere convertibili in terapia intensiva e degenza ordinaria a medio termine ed una definizione puntuale dei relativi fabbisogni di fattori produttivi.

Al fine di garantire la continuità assistenziale durante l'emergenza, la struttura Commissariale ha verificato le condizioni di necessità per l'attivazione delle strutture private accreditate andando ad identificare i posti letto disponibili da dedicare alle prestazioni indifferibili non gestibili presso le strutture pubbliche, a causa dell'elevata domanda.

Infine, per erogare i ricoveri differiti a causa della chiusura delle attività, anche in attuazione del DL 104/2020 sono state ripianificate le agende del CUP aziendale.

Garantire la prevenzione e la sicurezza sui luoghi di lavoro, di vita collettiva e negli istituti penitenziari

Il DPCM del 26 Aprile 2020 dà avvio alla "fase 2" di riapertura graduale del paese, avvenuta a partire dal 4 maggio 2020.

In coerenza con la normativa nazionale e le disposizioni tecniche dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), sono state attivate campagne per il monitoraggio e la prevenzione dei contagi sui luoghi di lavoro. Le misure previste dall'INAIL riguardano in via prioritaria la rimodulazione degli spazi di lavoro per garantire il distanziamento sociale e la minimizzazione dei contatti sociali nell'ambiente lavorativo, oltre alla ridefinizione degli orari e delle modalità di lavoro per diminuire il numero di presenze in contemporanea nello stesso luogo lavorativo, valutando turnazione e lavoro a distanza soprattutto per le mansioni gestionali/amministrative. Restano di fondamentale importanza le attività di informazione e formazione per aumentare la consapevolezza dei rischi e delle misure poste in essere sul luogo di lavoro e l'adozione di maggiori misure igieniche e di sanificazione degli ambienti e la fornitura al personale di DPI. Lo sviluppo di misure di sorveglianza sanitaria (visite, *app*, tamponi) consentono di tutelare i lavoratori, soprattutto i più fragili, per garantire il progressivo reintegro dei guariti dal Covid nel modo più possibile sicuro.

Relativamente alle misure di prevenzione da mettere in atto per gli istituti penitenziari, i nuovi detenuti, trasferiti e detenuti in permesso devono effettuare una valutazione epidemiologica prima dell'entrata in Istituto. Tutti i detenuti sono informati sulle norme comportamentali da tenere attraverso raccomandazioni orali. I DPI per i detenuti, secondo necessità verificata dalla Direzione Distrettuale competente per territorio, vengono forniti da ASReM. In caso di comparsa di sintomi simil influenzali (caso sospetto) i detenuti sono invitati ad avvisare immediatamente il personale sanitario o di polizia penitenziaria. Dando seguito alle indicazioni del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria sulla predisposizione di specifici piani di gestione in caso di grave diffusione del contagio da Covid nelle comunità carcerarie, sono state individuate all'interno dell'Istituto penitenziario alcune celle per l'isolamento sia di eventuali casi sintomatici sia dei contatti stretti dei casi confermati. Nel caso di un elevato numero di detenuti Covid positivi, che non richiedono ospedalizzazione tale da superare la capacità recettiva della struttura penitenziaria di accoglienza, è il Provveditorato Regionale ad individuare ulteriori strutture carcerarie per la gestione dei pazienti all'interno dell'intero distretto o indicare dove realizzare un ospedale da campo. Tutti i



detenuti rimessi in libertà o che beneficino di misure alternative sono sottoposti a visita medica all'uscita dall'Istituto. Nel caso di sintomatologia simil-influenzale sono immediatamente segnalati al Distretto Sanitario di riferimento territoriale per le disposizioni sul caso.

Gli operatori venuti a contatto stretto vengono sottoposti a quarantena con sorveglianza attiva per un periodo massimo di 14 giorni presso il proprio domicilio, ad esclusione del personale indicato nell'art.7 del DL n. 18/20 (personale sanitario e personale addetto ai servizi pubblici essenziali), che sono posti sotto sorveglianza e sospendono l'attività in caso di sintomatologia respiratoria o esito positivo per Covid. Le misure preventive si intendono da attuare anche nei confronti del Personale di Polizia penitenziaria, così come per il personale esterno al carcere che svolge attività indispensabili.

Prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro: documento tecnico diffuso da INAIL *

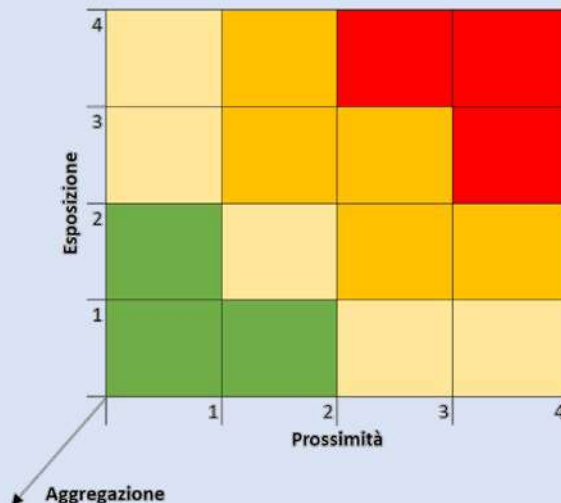
Il periodo di emergenza sanitaria per la pandemia Covid ha portato alla necessità di adottare importanti azioni contenitive che hanno richiesto, fra l'altro, la sospensione temporanea di numerose attività lavorative. In Italia i settori sospesi durante la "fase 1" comprendono 2,2 milioni di imprese (il 48,8% del totale) che occupano 7,8 milioni di lavoratori (il 33,3% del totale).

Per la "fase 2" occorre adottare misure graduali e adeguate al fine di consentire un ritorno progressivo al lavoro, garantendo adeguati livelli di tutela della salute e sicurezza di tutti i lavoratori.

Al fine di dimensionare le misure di contenimento in modo correlato all'effettivo rischio delle attività lavorative, INAIL ha elaborato una matrice di rischio sulla base di tre variabili:

- **Esposizione:** la probabilità di venire in contatto con fonti di contagio nello svolgimento delle specifiche attività lavorative (es. settore sanitario, gestione dei rifiuti speciali, laboratori di ricerca, ecc.);
- **Prossimità:** le caratteristiche intrinseche di svolgimento del lavoro che non permettono un sufficiente distanziamento sociale (es. specifici compiti in catene di montaggio);
- **Aggregazione:** la tipologia di lavoro che prevede il contatto con altri soggetti oltre ai lavoratori dell'azienda (es. ristorazione, commercio al dettaglio, spettacolo, alberghiero, istruzione, ecc.).

Figura 17 Matrice di rischio dei settori lavorativi (fonte INAIL)



Sulla base di tale approccio che determina un valore numerico di rischio per i diversi settori lavorativi, è possibile adottare misure differenziate volte a prevenire e mitigare il rischio di contagio per i lavoratori. Tali misure riguardano aspetti organizzativi (gestione degli spazi, organizzazione e orario di lavoro), aspetti di prevenzione e protezione (misure igieniche, sanificazione ambienti, sorveglianza sanitaria) e aspetti specifici per la prevenzione dell'attivazione di focolai epidemici (controllo della temperatura corporea ai lavoratori, coinvolgimento medico competente).

*INAIL (2020). Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione

2. Area territoriale

Il potenziamento del SSR, a seguito dell'emergenza in atto, ha previsto un incremento dei servizi al domicilio dei cittadini. A tal fine, si sono rese indispensabili le misure di isolamento domiciliare e l'attività delle USCA per i pazienti positivi Covid che non necessitano di ricovero ospedaliero. 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' art. 4, comma 1, del DL 18/2020, il paziente sarà domiciliato presso la struttura residenziale di Venafro, in cui sono state adottate le misure di prevenzione necessarie sia per l'assistito che per gli operatori.

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 del 26 marzo 2020 sono state attivate 5 USCA: 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. Sono state elaborate le *Procedure Operative delle USCA 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 USCA, 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 USCA per la sola sede di Bojano.

Ciascuna USCA è fornita dei sistemi per lo smaltimento dei DPI impiegati. Le automediche e le sedi sono 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 USCA, attivate dal MMG/PLS/Medico di Continuità Assistenziale (MCA), attraverso il Numero regionale di attivazione e previo invio di Scheda di attivazione, si occupano della presa in carico dei pazienti domiciliati nella sede USCA 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 USCA 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, USCA e SA, 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. A fine turno, in ciascuna sede, è redatto il registro telematico dei contatti telefonici e delle visite domiciliari effettuate.

A decorrere dal 25/07/2020, in aggiunta alle mansioni sopra esposte, il Distretto sanitario di Campobasso ha disposto che al servizio USCA fosse affidato l'ulteriore incarico di effettuazione dei tamponi molecolari per la ricerca del Covid nei pazienti sospetti e con infezione nota, ossia: nei pazienti risultati positivi, che ogni 15 giorni venivano sottoposti a tampone per verificare l'eventuale negativizzazione degli stessi; nei soggetti con sintomatologia compatibile alla infezione da Covid; nei soggetti con riferiti contatti con pazienti risultati positivi all'infezione da Covid; nei soggetti risultati positivi ad indagini sierologiche; nei soggetti in procinto di effettuare procedure diagnostico-terapeutiche/chirurgiche presso i presidi ospedalieri extra - regionali; nei soggetti che necessitavano di cure palliative presso Hospice e loro congiunti per l'assistenza; nei soggetti di rientro dai paesi attenzionati dall'ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 42 del 14.08.2020 secondo le tempistiche indicate; nei soggetti di rientro da paesi europei/extraeuropei secondo le disposizioni del Ministero della salute; nei soggetti che per particolari esigenze lavorative necessitavano di effettuare

il tampone diagnostico; nei soggetti ospiti dei centri SPRAR (Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati).

Alla data del 30/09/2020, il totale dei tamponi molecolari eseguiti dall' USCA – DS Campobasso risulta essere di 2.398, di cui 2.201 presso il P.O. A. Cardarelli di Campobasso e 197 domiciliari.

A Novembre 2020, l'ASReM sulla base di apposita relazione redatta dalla S.C. Epidemiologia, contenente le valutazioni epidemiologiche e demografiche, ha provveduto all'attivazione di ulteriori postazioni di USCA preso i comuni di Agnone e Riccia. È stata condotta una analisi sulla distribuzione dei casi Covid, diagnosticati negli ambiti di Agnone, Campobasso, Riccia e Bojano, valutando inoltre la densità della popolazione, la distanza e i tempi di percorrenza dei singoli comuni dalle sedi di stazionamento delle USCA di Venafrò e Bojano.

Dai dati riportati sono emerse numerose criticità nella gestione dei pazienti Covid, in relazione all'originaria organizzazione delle USCA:

- Ambito di Agnone: a novembre 2020 sono stati registrati 71 casi nel territorio con una prevalenza del 4,1‰. I tempi di percorrenza, in relazione anche alle distanze dei comuni dalla sede USCA di Venafrò, sono particolarmente lunghi con punte anche di 65 minuti necessari a percorrere 67 km ed un valore medio pari a 56 minuti.
- Ambito di Riccia: a novembre 2020 sono stati registrati 69 casi nel territorio con una prevalenza del 5,5‰. I tempi di percorrenza, in relazione alla sede USCA di Bojano, sono, anche in questo caso, particolarmente lunghi con punte di 63 minuti necessari a percorrere 60 Km ed un valore medio pari a 48'.
- Ambito di Bojano: a novembre 2020 sono stati registrati 139 casi nel territorio con una prevalenza del 7,1‰.
- Ambito di Campobasso: a novembre 2020 sono stati 329 casi nel territorio con una prevalenza del 4,3‰. Seppur non si evidenzino particolari criticità rispetto ai tempi di percorrenza dalla sede di Bojano, l'impegno dell'equipe USCA della sede territoriale di competenza è particolarmente gravoso anche in relazione al numero di casi presenti nell'ambito di Bojano.

La necessità di superare le suddette criticità organizzative presenti nell'ambito della gestione territoriale del paziente Covid al fine di garantire la necessaria e quanto più tempestiva assistenza ai soggetti posti in isolamento e per le motivazioni espresse in precedenza, si è reso necessario procedere ad una riorganizzazione complessiva delle sedi di stazionamento delle USCA, individuando nei comuni di Agnone e Riccia i centri in cui attivare le due ulteriori postazioni.

VISITE DOMICILIARI USCA al 30.04.2021

Bojano	Termoli	Larino	Venafrò	Riccia	Agnone	Totale
2.021	1.552	638	2.435	530	448	7.624

2.1 Potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI)

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 è inteso ri-orientare il sistema di offerta dell'ASReM verso un approccio attivo che identifichi il bisogno, ne prevenga l'evoluzione e le

complicanze, orienti la domanda e - conseguentemente - ampli 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”*.

Pertanto, l'ASReM per lo sviluppo qualitativo, il potenziamento e la copertura assistenziale di tutto il territorio acquisterà 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

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).

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

- 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 hanno previsto:

- 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 è stata appaltata anche la fornitura della strumentazione e l'erogazione del Servizio di telemedicina e telemonitoraggio dei pazienti arruolati in ADI.

È stata 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.

2.2 Continuità assistenziale

In considerazione del ruolo centrale dei MMG/PLS/MCA nel sistema sociosanitario è utile declinare puntualmente le procedure che gli stessi devono seguire, al fine di assicurare un approccio uniforme al problema e un costante e coerente coordinamento con tutti i livelli erogativi e di sorveglianza. Le procedure devono riguardare l'identificazione, il monitoraggio e la presa in carico del paziente positivo, nonché azioni idonee all'identificazione dei pazienti più fragili e più esposti al rischio di infezione da Covid. Nel caso in cui il paziente con sintomi respiratori o simil-influenzali, si presenti presso lo studio del medico curante, il medico deve mettere in atto le misure standard di prevenzione della trasmissione da contatto e le azioni che consentano di rintracciare altri pazienti e/o accompagnatori presenti eventualmente nella sala d'attesa. L'ASReM concorre alla fornitura dei DPI secondo modi da concordare con gli Ordini dei Medici. Il medico da parte sua informa i propri assistiti, con gli strumenti a disposizione (telefono, e-mail, teleconsulto) sull'opportunità di non recarsi presso gli studi medici se in presenza di sintomi respiratori come tosse, starnuti, e/o simil-influenzali, invitandoli a colloquio telefonico per consentire una valutazione clinica preliminare. Durante il colloquio telefonico con l'assistito, il medico deve procedere a un triage telefonico indagando su sintomi respiratori e simil-influenzali (febbre, nausea, ecc.), eventuale storia di viaggi e/o spostamenti, e in presenza di sintomi sospetti deve dare immediata segnalazione ad ASReM e contattare il medico dell'USCA. Nei casi in cui il MMG venga contattato da familiari di pazienti con sintomi severi (Sindrome da distress respiratorio acuto o insufficienza respiratoria globale, scompenso emodinamico, insufficienza multiorgano) deve attivare il 118 per un trasferimento presso i reparti ospedalieri di Malattie Infettive.

Nel mese di marzo 2020 è stato redatto e trasmesso alle RSA e RA il documento "*Misure di contenimento e mitigazione del rischio infettivo da SARS-CoV-2 in residenze sanitarie assistenziali, strutture di lungodegenza e case di riposo: strategie di preparazione e contrasto per il controllo e la prevenzione di COVID-19*", che, partendo dalla considerazione che gli ospiti delle Residenze Sanitarie Assistenziali sono parte di quella fascia della popolazione particolarmente fragile e a maggior rischio che, se colpita da Covid-19, ha maggiori possibilità che la malattia evolva in maniera funesta, ha disposto, tra l'altro, sin dall'inizio della pandemia e nei periodi di recrudescenza della stessa, il divieto per i familiari degli ospiti delle RSA di far visita ai propri congiunti. Nella consapevolezza che l'isolamento sociale e la solitudine avrebbero rappresentato per gli anziani motivo di sofferenza con ricadute negative sul loro stato di salute fisico e mentale, sono stati favoriti

i contatti a distanza dando loro l'opportunità di collegarsi regolarmente con i propri congiunti in modalità digitale, attraverso gli smartphone e i tablet. Nei periodi di remissione della pandemia e nelle Residenze dove non si erano registrati casi di COVID, le visite sono state effettuate in sicurezza consentendo, previa autorizzazione della Direzione sanitaria della Struttura, l'accesso dei familiari nella sala di attesa della RSA dove sono state allestite delle postazioni munite di pannelli protettivi in plexiglass. Questo comunque preceduto da una valutazione telefonica sullo stato di salute del familiare e, all'atto dell'ingresso nella Struttura, disposti la misurazione della temperatura corporea e l'obbligo di indossare dispositivi di protezione individuali.

Come noto, a seguito delle criticità rilevate a livello nazionale, il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) hanno condiviso la necessità di implementare un sistema di sorveglianza al fine di monitorare l'impatto delle infezioni da Covid-19 nelle Strutture medesime.

A tale sistema di sorveglianza, Monitoraggio della diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2 all'interno delle strutture residenziali, ha aderito anche la Regione Molise e ha interessato tutte le Strutture residenziali socio-sanitarie ubicate sul territorio regionale.

Il monitoraggio, svoltosi a cadenza settimanale nel periodo ottobre 2020 - marzo 2021, è stato effettuato mediante la compilazione di un questionario le cui informazioni sono state immesse in una piattaforma all'uopo predisposta dall'ISS dalle Strutture partecipanti.

Sono state trasmesse all'ASReM le linee guida di cui al documento *«Modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali della rete territoriale»* giusta ordinanza del Ministero della Salute dell'8 maggio 2021. In particolare, si prevede:

- L'accesso di familiari e visitatori a strutture di ospitalità e lungodegenza, residenze sanitarie assistite (RSA), hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e comunque in tutte le strutture residenziali di cui al capo IV «Assistenza sociosanitaria» e di cui all'art. 44 «Riabilitazione e lungodegenza post-acuzie» del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 e le strutture residenziali socio-assistenziali, è consentito nel rispetto del documento recante *«Modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali della rete territoriale»*;
- Il direttore sanitario o l'autorità sanitaria competente può adottare misure precauzionali più restrittive necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione;
- Nel rispetto del documento succitato, le certificazioni verdi Covid-19 di cui all'articolo 9 del decreto-legge 22 aprile 2021 n. 52, sono esibite dai familiari e dai visitatori, al momento dell'accesso alle strutture, esclusivamente ai soggetti incaricati delle verifiche, nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali.

Per quanto concerne i Centri Diurni, a seguito delle disposizioni nazionali l'attività per persone anziane o con disabilità è stata sospesa a causa dell'emergenza Covid.

Tutte le strutture territoriali pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie in regime residenziale e semiresidenziale, anche gli specialisti ambulatoriali, i MMG e i MCA hanno svolto e svolgono la loro attività ambulatoriale e domiciliare nel rispetto delle misure precauzionali di contenimento del rischio, al fine di garantire ai pazienti la continuità dell'assistenza, nelle attuali condizioni di massima sicurezza e al minore livello di rischio possibile.

Secondo quanto previsto dall'ordinanza n. 30 del 15 maggio 2020 del Presidente della Giunta Regionale, tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie (semiresidenziali, residenziali, di riabilitazione eroganti prestazioni ambulatoriali e domiciliari) in Molise devono approvare un Piano Aziendale per la gestione dei potenziali rischi Covid, mediante la dotazione di DPI nonché definire un'adeguata formazione a tutto il personale, il controllo quotidiano della temperatura in entrata e in uscita con

annotazione dei dati in un apposito registro, la sanificazione e l'aerazione frequente degli ambienti. La ripresa graduale degli interventi impone la riduzione del numero degli assistiti presenti anche in termine di frequenza. È necessario verificare la possibilità di rimodulazione dell'accesso ai trattamenti semiresidenziali in accordo con il dipartimento di residenza. I programmi di lavoro devono prevedere la presenza degli utenti a rotazione per orari o giorni ridotti, al fine di favorire la partecipazione alle attività di un numero maggiore di utenti. Inoltre, come citato nel capitolo 2.1 Area ospedaliera, le strutture eroganti prestazioni di riabilitazione ambulatoriali potranno attivare interventi da remoto per diverse finalità: ascolto, sostegno, counseling, monitoraggio dello stato di salute del paziente, supporto ai *caregiver*.

A decorrere dal mese di marzo 2020 si è ricorso alla struttura residenziale di Venafrò, in cui sono stati trasferiti i pazienti fragili affetti da Covid dalle varie RSA e RA.

Relativamente all'Ospedale di Comunità Vietri di Larino si è attivata la riabilitazione respiratoria post-Covid con dotazione di n. 10 posti letto - codice RD2.

La Regione Molise ha implementato la figura dell'infermiere di comunità anche in Presidio territoriale di Larino. L'infermiere è 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 eroga 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.

Infine, si rappresenta che nel mese di dicembre 2020 è stato predisposto il Piano vaccinale ad interim - Covid-19 della Regione Molise in cui è stata programmata la somministrazione del vaccino prioritariamente ai residenti e al personale sanitario e non sanitario che opera a contatto e/o non con gli ospiti delle Strutture Residenziali per anziani e Case di riposo. Suddetto Piano è stato trasmesso con DCA n. 41 del 15 aprile 2021, avente oggetto "Piano Strategico per la vaccinazione anti Sars-Cov-2/Covid-19 ad interim della regione Molise. Implementazione alla data del 15 aprile 2021." invio SiVeAS n.072_A nota prot. n. 76087 del 4 maggio 2021.

2.3 Potenziamento Cure Primarie

Centrale Operativa e Assistenza Proattiva Infermieristica (API)

Nel quadro descritto, 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.

L'Assistenza Proattiva Infermieristica (API), costituisce un grande elemento innovativo del sistema di cure primarie di risposta sia alla cronicità che al COVID-19. L'API è costituita da un pool infermieristico appositamente formato composto da un numero di unità pari al rapporto di 1 infermiere ogni 10.000 abitanti.

Per il Molise il fabbisogno per 296.547 abitanti (31/12/2020 - Istat) è pari a 30 unità infermieristiche da suddividere in base alla popolazione nei 3 distretti dell'ASReM:

- Distretto Sociosanitario n. 1 Campobasso
- Distretto Sociosanitario n. 2 Termoli - Larino
- Distretto Sociosanitario n. 3 Isernia



Figura 18: Distretti - Regione Molise

L'attività API fa capo alla CENTRALE OPERATIVA DI COORDINAMENTO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE (CARE) la quale si articola su 2 linee di attività:

- Assistenza domiciliare
- Homecare COVID

La CO CARE e CO HOMECARE COVID, è affidata alla responsabilità gestionale del coordinamento infermieristico territoriale.

La HOMECARE COVID-API si articola a livello distrettuale con le sedi CAD-API ed i cui referenti sono i Coordinatori Infermieristici CAD-API.

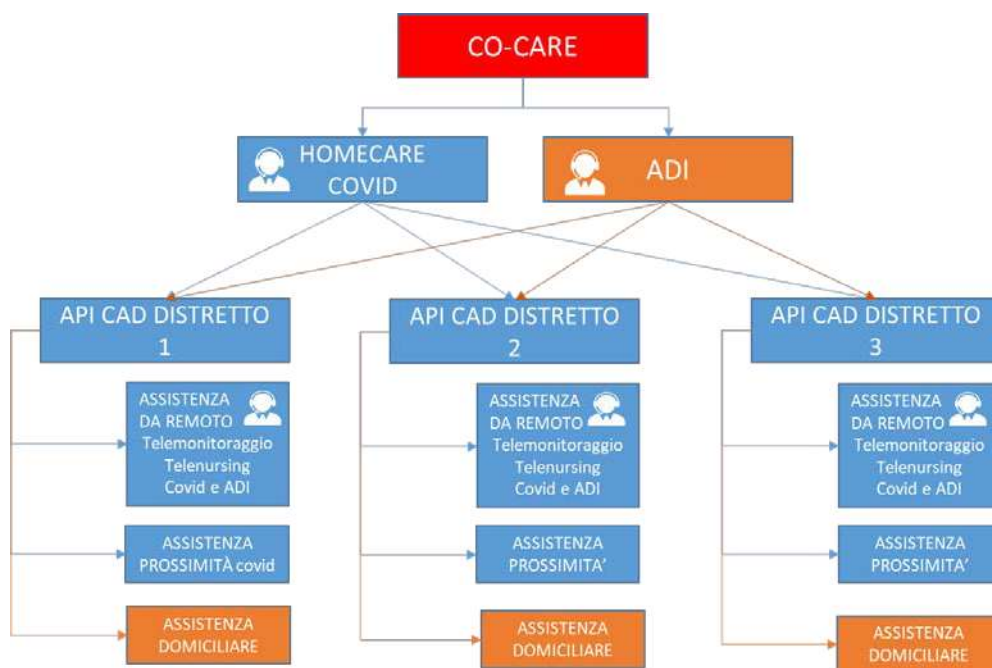


Figura 19: Struttura CO-CARE

La CARE ADI svolge funzioni di ascolto, programmazione, coordinamento, di verifica e controllo dell'attività di assistenza domiciliare. Svolge attività di telemedicina: tele-monitoraggio e tele-nursing. Accoglie la domanda di assistenza domiciliare proveniente dal MMG/PLS e dall'Ospedale ed attiva UVMD territoriale. Programma gli interventi articolati per livelli di complessità assistenziali sulla base del PAI.

La CO CARE garantisce la continuità assistenziale territorio-ospedale/cure domiciliari su tutto il territorio aziendale. È operativa h 12, 7 gg/7 con reperibilità la domenica e nei giorni festivi.

Le attività svolte sono:

- Ricezione di tutte le richieste di attivazione di assistenza domiciliare, inviate attraverso le piattaforme informatiche dedicate, mail e PEC;
- Effettuazione della prevalutazione di tutte le richieste;
- Programmazione delle UVMD Territoriali;
- Call center per i pazienti in carico, le ditte in service e i MMG/PLS;
- Contatti continui con le centrali operative ospedaliere.

È in collegamento funzionale con la HOMECARE COVID.

La CO HOME CARE COVID, il braccio operativo della CARE, opera su indicazione dei Distretti e del SISP, assicurando la gestione territoriale di tutte le linee di attività previste per la risposta territoriale al COVID-19:

- Attività assistenziale da remoto nell'ambito della CO HOMECARE COVID per telemonitoraggio e telenursing; presso ogni CAD-API è presente una sala operativa con postazioni ad hoc per la sorveglianza di pazienti fragili, pazienti COVID19 positivi, contatti stretti o non stretti COVID19.
- Attività di assistenza diretta a domicilio, nelle scuole o struttura di ospitalità del paziente (struttura residenziale anche alberghiera);
- Gestione dei test diagnostici (su indicazione del SISP) con tamponi in modalità drive in clinics oppure a domicilio e in altro setting di cura e nei drive through e nei walk-in;
- Attività di monitoraggio e intervento assistenziale nelle scuole, nelle strutture sanitarie e socioassistenziali.
- Attività di vaccinazione Anti-Covid a domicilio e altri setting di cura;
- Attività di formazione a MMG/PLS e operatori sanitari vari;
- Attività di prelievo ematico a domicilio.

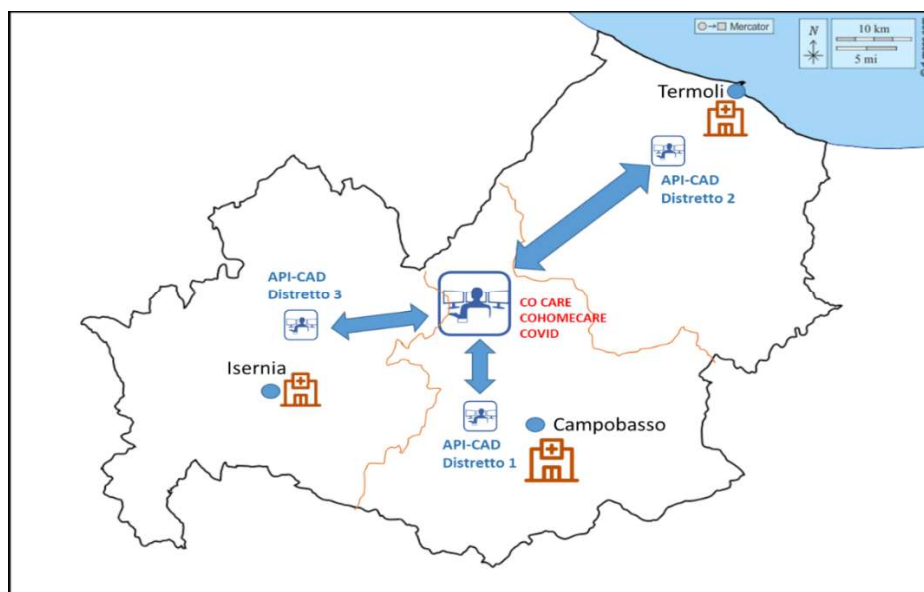


Figura 20: Mappa CO CARE COHOMECARE COVID

Modalità operative dell'API

Gli interventi API si collocano nell'ambito dell'Assistenza Infermieristica di Famiglia e Comunità (IfeC) gestendo i processi infermieristici in ambito familiare e di comunità e operando funzionalmente in collaborazione con il Medico di Medicina Generale o con il Pediatra di Libera Scelta al fine aiutare la persona assistita e i caregivers a trovare le soluzioni ai loro bisogni di salute in un contesto di cronicità e fragilità. Infatti, oltre la diagnosi e la giusta terapia, le persone necessitano di essere seguite, guidate e aidate nei loro bisogni di salute con approccio proattivo e trasversale, prerogative queste tipiche della professione infermieristica.

Sulla base della segnalazione, la taskforce programma rapidamente gli interventi da realizzare e prepara le risorse professionali, i mezzi, i materiali e le tecnologie necessari. Gestisce di routine l'ordine e pulizia dei mezzi e postazioni di lavoro avvalendosi anche di metodologie Lean.



Figura 21: Metodo Scrum

Modalità operative dell'API-COVID (da remoto e di prossimità)

Il MMG (sulla base della stratificazione regionale) effettua la valutazione e decide se effettuare un tampone per la ricerca del Covid-19. La eventuale richiesta di tampone viene trasmessa al SISP / Distretto di riferimento (cure primarie distrettuali).

L'equipe assistenziale API è attivata dal SISP/ Distretto, per un intervento da remoto tramite telemonitoraggio, se ritenuto necessario, oppure un intervento di assistenza proattiva di prossimità tra quelli previsti.

La HOMECARE COVID svolge anche attività di ascolto attraverso un numero unico aziendale. Tale attività è svolta dagli Infermieri API della Centrale Operativa di Telemedicina (API da remoto) che accolgono le richieste dei cittadini residenti e, in caso di necessità, le girano ai servizi competenti.

In particolare, la Centrale di Ascolto:

- Fornisce informazioni sui percorsi assistenziali;
- Orienta i cittadini sugli eventuali servizi aziendali che possono soddisfare le richieste specifiche.

Infermiere di comunità

Nel complessivo quadro di ridefinizione organizzativa del sistema delle cure primarie si è prevista 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 fa capo. Il Distretto Sanitario ha provveduto 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 nella gestione dell'emergenza Covid, alle attività di sorveglianza per i pazienti in isolamento domiciliare in stretto raccordo con le indicazioni delle USCA.

In linea con il comma 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 USCA la Regione, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, ha previsto 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 è proceduto 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 possono 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 è stato 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 USCA 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 ai 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 ha previsto 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 è stato possibile individuare un coordinatore al fine di rafforzare l'assetto organizzativo di tale modello moltiplicandone le capacità in termini di risposta assistenziale.

2.4 "Farmaci" (tipologia di farmaci necessari, canale di approvvigionamento)

In questo periodo di emergenza sanitaria si è registrata la criticità legata alla carenza di farmaci utili alla gestione ed al trattamento dei pazienti con infezione Covid. AIFA, a tal proposito, ha individuato una rete di referenti istituzionali regionali, identificando tra essi il referente responsabile per la regione Molise. Quest'ultimo, coadiuvato dal Direttore della UOC "Governance del Farmaco" di ASReM, è deputato sia allo scambio di informazioni con i referenti su carenze e possibili approvvigionamenti di farmaci, sia al raccoglimento delle richieste che arrivano dal territorio molisano.

La DG Salute, riguardo alla specifica tematica della carenza farmaci, ha individuato come Centro Regionale di riferimento per il relativo approvvigionamento, la U.O. di Farmacia Ospedaliera del Presidio Ospedaliero (PO) Cardarelli che si interfaccia, attraverso i referenti regionali (DG Salute; Servizio Politica del Farmaco), con l'AIFA per le comunicazioni relative ai fabbisogni, al fine di garantire un quadro aggiornato della situazione.

Stima fabbisogno farmaci - ASReM			
Farmaco	Forma farmaceutica	Fabbisogno a 1 mese	Fabbisogno a 3 mesi
Acetilcisteina	fiale	1.780	5.340
Amikacina	fiale	70	210
Atracurio	fiale	50	150
Azitromicina	cpr./sosp./flac.	563	1.689
Cisatracurio	fiale	50	150
Darunavir	compresse	720	2.160
Enoxaparina	siringhe prerempite	23.662	70.986
Fentanil	cerotti/fiale	2.105	6.315
Idrossiclorochina	compresse	2.640	7.920
Linezolid	cpr./sosp./sacche	800	2.400
Metilprednisolone	compresse/fiale	3.059	9.177
Midazolam	fiale	300	900
Morfina	scir./sacche/fiale	642	1.926
Noradrenalina	fiale	2.500	7.500
Omeprazolo	compresse/fiale	11.204	33.612
Paracetamolo	cpr./flac./sacche	7.031	21.093
Propofol	sir. prer./fiale/flac.	2.170	6.510
Remifentanil	flacone/fiale	80	240
Ritonavir	compresse	1.500	4.500
Ritonavir/ Lopinavir	soluz. orale/cpr.	3.610	10.830
Rocuronio	fiale	450	1.350
Sufentanil	fiale	100	300
Tocilizumab	siri. prer./soluz. inf.	220	590
Vitamina C	fiale	300	900

Tabella 2: Stima fabbisogno farmaci ASReM

Sulla base del fabbisogno e in esito alla ricognizione della carenza del farmaco idrossiclorochina, ASReM ha comunicato con nota al prot. n. 66854 del 28 aprile 2020 che, fino a tale data, nessuna criticità si è evidenziata in ordine a carenza/indisponibilità.

In linea con il fabbisogno stimato, ASReM ha provveduto ad effettuare un incremento degli approvvigionamenti del farmaco antiretrovirale Lopinavir/Ritonavir (Kaletra) sia sul mercato nazionale che estero.

Per quanto concerne invece le farmacie convenzionate, relativamente alle forniture di ossigeno gassoso sono stati forniti indirizzi volti a garantire l'incremento degli ordinativi di Ossigeno Gassoso al fine di sopperire alla carenza degli appositi contenitori, in modo tale che la disponibilità fosse congrua con il fabbisogno presunto stimato. D'intesa con Federfarma Molise è stato sollecitato il ritiro dei contenitori non utilizzati in giacenza presso il domicilio dei pazienti. Nessuna criticità è emersa con riferimento all'ossigeno liquido fornito direttamente dalla ASReM.

Il Sistema Tessera Sanitaria dal 23 marzo 2020 è stato predisposto per consentire l'emissione di prescrizioni dematerializzate in riferimento all'elenco dei farmaci in DPC di cui alla lettera d) dell'accordo approvato con del DCA 101/2019. Da tale data, pertanto, si è disposto l'utilizzo della ricetta dematerializzata anche per i farmaci in DPC in luogo della ricetta "rossa" (nota prot. n. 47602 del 23 marzo 2020; nota prot. n. 50972 del 30 marzo 2020; nota prot. n. 51079 del 30 marzo 2020).

Per i farmaci ospedalieri, al fine di limitare gli spostamenti ed i rischi di contagio per i pazienti che devono recarsi nelle strutture ospedaliere per il ritiro del farmaco in distribuzione diretta, sono state concordate con Federfarma Molise e la Direzione Generale ASReM (nota prot. 43744/20 del 16 marzo 2020; nota prot. n. 51184/20 del 30 marzo 2020) le necessarie modalità operative: il MMG effettua la prescrizione su ricetta rossa dematerializzata e assicura la consegna alle farmacie del territorio di riferimento del paziente. La farmacia del territorio di riferimento del paziente acquisisce il codice, lo trasferisce alla farmacia ospedaliera, e successivamente riceve, una volta allestito dalla farmacia ospedaliera, il farmaco per il paziente. A tal punto la farmacia contatta l'associazione di volontariato per la consegna al domicilio dell'assistito paziente.

Per la farmaceutica convenzionata l'invio della ricetta dematerializzata al paziente avviene secondo le disposizioni descritte nell'ordinanza del Presidente della Giunta Regionale del Molise n. 5 del 14 Marzo 2020. Il MMG qualora prescriva farmaci a persone con disabilità che presentino condizione di fragilità o di comorbidità tali da renderle soggette a maggiore rischio epidemico, su richiesta dell'interessato, procede direttamente all'invio della ricetta in via telematica alla farmacia indicata dal paziente.

Inoltre, al fine di limitare gli accessi presso gli ambulatori e/o i centri prescrittori, in coerenza con le disposizioni emanate dall'AIFA (comunicato del 6 aprile 2020), relativamente al rinnovo dei piani terapeutici (AIFA web-based o cartacei, per i farmaci A-PHT, Fascia H esitabili e Fascia A) è stata prevista la proroga della validità di detti piani.

Relativamente alla sperimentazione di medicinali, la Regione ha focalizzato l'attenzione sui protocolli di studio a valenza unicamente nazionale e internazionale. In proposito, sono state messe in campo le seguenti azioni:

- Richiesta di candidatura da parte di ASReM alla sperimentazione clinica del farmaco Roactemra (Tocilizumab). Con nota prot. n. 66854 del 28 aprile 2020, ASReM ha comunicato che, ai sensi dell'art. 40 del DL 23/2020, le UOC Anestesia e Rianimazione e Malattie Infettive del PO Cardarelli hanno aderito allo studio multicentrico promosso dall'Istituto Nazionale Tumori, IRCCS Fondazione G. Pascale di Napoli;
- Richiesta di candidatura, da parte di ASReM alla sperimentazione clinica del farmaco Avigan (Favipiravir). Con nota prot. n. 66854 del 28 aprile 2020, ASReM ha comunicato che ad oggi non esistono studi clinici pubblicati.

Con determinazione direttoriale del 17 marzo 2021, avente ad oggetto "Definizione delle modalità e delle condizioni di impiego dell'anticorpo monoclonale Bamlanivimab – Etesevimab (Determina n. DG/318/2021)", si è provveduto ad accreditare la SSD "Malattie Infettive" ASReM quale Centro prescrittore degli "Anticorpi monoclonali", per il trattamento di "soggetti di età >12 anni, positivi per SARS-CoV-2, non ospedalizzati per COVID-19, non in ossigenoterapia per COVID-19, con sintomi di grado lieve-moderato di recente insorgenza (e comunque da non oltre 10 giorni) e presenza di almeno un fattore di rischio (o almeno 2 se uno di essi è l'età >65 anni)", come da disposizioni AIFA.

Con la successiva determinazione direttoriale n. 27 del 23 marzo 2021 recante "*Covid-19. decreto ministero della salute 6 febbraio 2021. determinazioni Aifa n. 274/2021 e n. 318/2021. Medicinali a base di anticorpi monoclonali per il trattamento del Covid-19. indirizzi operativi ad ASReM.*" sono stati impartiti all'Azienda Sanitaria gli indirizzi operativi volti, all'attuazione delle condizioni di impiego dell'anticorpo monoclonale Bamlanivimab – Etesevimab di cui alla Determinazione AIFA 17 marzo 2021, pubblicata nella G.U. n. 66 del 17.03.2021, nonché l'organizzazione della logistica e del percorso assistenziale che prevede il coinvolgimento dei MMG, dei PLS, dei medici delle USCA(R), e in generale, dei medici che abbiano l'opportunità di entrare in contatto con pazienti affetti da COVID-19 di recente insorgenza e con sintomi lievi-moderati, come previsto dai provvedimenti dell'AIFA, con il compito di individuare e selezionare i pazienti da indirizzare al Centro ospedaliero (SSD Malattie Infettive ASReM – PO Cardarelli di Campobasso) accreditato ex DDGS n. 17/21, per

la prescrizione e la somministrazione degli anticorpi monoclonali. Infine, sempre con la citata determinazione è stato, tra l'altro, attribuito il coordinamento clinico alla SSD di Malattie Infettive ASReM – PO Cardarelli di Campobasso, al fine di assicurare il monitoraggio della sicurezza e dell'efficacia di tali farmaci e l'uniformità del processo a livello regionale.

2.5 “Dispositivi medici” (tipologia di dispositivi medici necessari, DPI, dispositivi per assistenza ventilatoria, canale di approvvigionamento)

I dispositivi medici necessari nel corso dell'emergenza Covid sono destinati da un lato ai pazienti presenti e sono legati al loro numero e alle loro caratteristiche, dall'altro alla protezione dei professionisti che si occupano di tali pazienti e sono quindi legati alle unità di personale in servizio. Come disposto dal DGR 118/2019, le stazioni appaltanti aderenti alla Centrale Unica di Committenza possono procedere direttamente ed autonomamente all'acquisizione di forniture e servizi di importo inferiore ad € 40.000 e di lavori di importo inferiore ad € 150.000, con possibilità di utilizzo della piattaforma *E-Procurement Molise*. In seguito all'emergenza, con nota prot. n. 41960/2020, ASReM e il servizio Centrale Unica di Committenza, hanno ricevuto l'autorizzazione dalla DG Salute all'espletamento di procedure di gara anche per un importo superiore a € 40.000 per tutte le situazioni correlate all'emergenza Covid. Pertanto, l'ASReM, conformemente alle recenti disposizioni nazionali⁶ e regionali⁷, al fine di soddisfare con immediatezza le esigenze rappresentate dalle strutture sanitarie regionali, ha posto in essere tutte le idonee procedure amministrative relative all'acquisizione di beni e servizi necessari per affrontare l'emergenza assicurando al contempo adeguati standard di biosicurezza. Nello specifico, attraverso le procedure di gara espletate autonomamente da ASReM, si è provveduto in tempo utile ad inoltrare gli ordini di fornitura relativi a dispositivi medici (DPI, test e tamponi, attrezzature mediche) e servizi di disinfezione e raccolta. Ad oggi la spesa complessiva sostenuta per l'approvvigionamento della fornitura di cui sopra, comprensiva dell'onere IVA, risulta circa 0,9 €mln (al netto delle procedure negoziate, ai sensi dell'art. 63, comma 2, lettera c), del D.LGS.50/2016).

Anche la PC ha fornito a regione Molise una serie di dispositivi per affrontare l'emergenza. La tabella che segue descrive il materiale distribuito in regione tra il 3 marzo 2020 e il 13 aprile 2020. Il materiale ricevuto è stato consegnato ad ASReM e principalmente è stato destinato alla Farmacia del PO Cardarelli.

⁶ DPCM del 31 gennaio 2020; DL6/2020 e seguenti disposizioni attuative (DPCM del 23.02.2020, DPCM 25.02.2020, DPCM 01.03.2020, DPCM 04.03.2020, DPCM 08.03.2020); DL9/2020; DL14/2020; DL18/2020

⁷ Ordinanze del Presidente della regione Molise n.1 del 24 febbraio 2020 e n.2 del 26 febbraio 2020

Fornitura da Protezione Civile				
Dispositivi	Totale	Consegnati	Consegnati ad ASREM	Disponibili per la
Mascherine (FFP2/KN95)	135.324	73.484	66.240	61.840
Mascherine (FFP3)	5.050	2.430	2.420	2.620
Mascherine (filtra batteri)	146.100	117.400	6.000	28.700
Mascherine (chirurgiche)	390.460	162.110	80.310	228.350
Ventilatori	19	11	11	8
Monitor	16	11	11	5
Pompe	13	13	13	0
Ter.scanner	101	68	65	33
Tamponi	7.150	4.150	4.150	3.000
Tubi end.	200	200	200	0
Kit vasc.	760	760	760	0
Maschera	7	7	7	0
Deflussori	1.560	1.560	1.560	0
Saturimetri	15	10	10	5
Guanti	96.050	63.050	56.800	33.000
Tute	560	360	360	200
Copriscarpa	33.000	30.200	30.000	2.800
Cuffie	10.000	9.200	9.000	800
Camici	2.545	1.210	1.210	1.335
Gel	498	229	0	269
Occhiali	1.080	873	840	207

Tabella 3: Fornitura da Protezione Civile

Dato lo stato emergenziale, anche diverse aziende private molisane hanno provveduto alla donazione di dispositivi medici e/o hanno offerto contributi per acquistarli a favore di aziende sanitarie in Molise, tra cui ventilatori polmonari al Blocco Operatorio della Terapia Intensiva del PO Cardarelli e due ventilatori polmonari al PO Veneziale.

Anche la Banca d'Italia ha destinato, a favore della regione Molise, la somma di 0,5 €/mln per far fronte all'emergenza Covid. La donazione in denaro è stata trasferita ad ASReM che ha acquistato i dispositivi e attrezzature come di seguito specificato:

Contributo Straordinario della Banca d'Italia in favore della Regione Molise		
Dispositivi	Numero	Costo (€)
Test molecolari rapidi per Covid	1.200	67.710
Test sierologici per Covid	20.000	226.896
Tablet con sonda diagnostica multidisciplinare per USCA	3	7.500
Totale		302.106
Altri beni sanitari	Numero	Costo (€)
Barelle di biocontenimento	9	197.420
Totale		197.420
Totale Complessivo		499.526

Tabella 4: Contributo Banca d'Italia erogato alla Regione Molise

2.6 “Servizi non sanitari”

Per la gestione del sistema durante l'emergenza il servizio di lavanderia ha gestito come contaminata l'intera biancheria proveniente dai reparti Covid e indossata dal personale che ci opera; il personale delle pulizie ha utilizzato maggiore tempo per vestirsi e le superfici sono state lavate e sanificate. A tal proposito, come già descritto, attraverso le procedure di gara espletate autonomamente da ASReM, sono stati identificati i fornitori per i servizi di disinfezione e raccolta rifiuti.

3. Garantire l'approvvigionamento e la rendicontazione dei fattori produttivi

L'emergenza Covid ha generato un incremento di fabbisogno di fattori produttivi. Tale incremento è dovuto sia alla necessità di trattare su larga scala pazienti la cui gestione prevede l'impiego straordinario di DPI da parte degli operatori sanitari, sia alla necessità di adeguare la dotazione tecnologica per l'attivazione di posti letto aggiuntivi e di strutture temporanee. A questo si aggiunge, da un lato l'incremento del fabbisogno di farmaci specifici per il trattamento di un virus per cui non si disponeva inizialmente di un vaccino, dall'altro la necessità di garantire la continua disponibilità di tamponi o altri dispositivi per somministrare il maggior numero di test possibile specialmente ai dipendenti del SSR che entrano quotidianamente in contatto con i pazienti.

L'incremento improvviso di fabbisogno ha generato un meccanismo di corsa agli approvvigionamenti, sia a livello nazionale che internazionale, che sta mettendo in difficoltà il mercato, in particolare i produttori di beni sanitari e i fornitori di servizi non sanitari. Al fine di accentrare e velocizzare gli acquisti, Consip, con la collaborazione della PC nazionale, ha avviato (e aggiudicato) diverse procedure negoziate per la fornitura di dispositivi di protezione individuali, apparecchiature elettromedicali, dispositivi medici per terapia intensiva e sub-intensiva. La stessa Consip è responsabile per la gestione degli ordini di fornitura che verranno stipulati sulla base dei fabbisogni definiti dalla PC a livello regionale. Tale accentramento non sempre è riuscito a soddisfare i fabbisogni locali in termini di tempestività, di conseguenza l'ASReM, a seguito dell'opportuna approvazione dalla parte della Struttura Commissariale e DG Salute, ha avviato in autonomia delle procedure di approvvigionamento urgenti rimandando a successiva rendicontazione analitica.

La struttura Commissariale ed ASReM si sono posti l'obiettivo di garantire l'approvvigionamento e l'adeguata rendicontazione dei fattori produttivi.

Durante la fase di emergenza l'ASReM ha provveduto all'acquisizione in urgenza di apparecchiature, dispositivi medici e di servizi non sanitari. Al fine di garantire il monitoraggio dei costi specifici, la Regione ha definito le modalità per la rendicontazione di tutti i costi correlati all'emergenza Covid, dando disposizione all'ASReM di trattare separatamente tali costi.

La disponibilità di una rendicontazione puntuale da parte dell'ASReM consente un monitoraggio continuo dell'impatto economico finanziario dell'emergenza e l'utilizzo delle risorse messe a disposizione dal Governo.

3.1 Costruzione del modello programmatico (separata evidenza dei costi per la gestione dell'emergenza Covid)

Con nota prot. n. 50601/2020 del 29 marzo 2020, la DG Salute ha richiesto ad ASReM di provvedere all'apertura di un centro di costo sulla contabilità dell'anno 2020, contrassegnato dal codice univoco "COV 20", garantendo pertanto una tenuta distinta degli accadimenti contabili legati alla gestione dell'emergenza. Pertanto, al fine di rilevare correttamente tutti i costi sostenuti per l'approvvigionamento di beni e servizi, per la contabilizzazione del trattamento economico del personale, per l'acquisizione di cespiti e per qualsiasi altro accadimento contabile relativo alla suddetta emergenza sanitaria Covid, l'ASReM ha provveduto all'utilizzo di predetta codifica in tutte le fasi del processo di approvvigionamento e gestione dei fattori produttivi: dalla richiesta di approvvigionamento, all'emissione dell'ordine, all'emissione della fattura da parte del fornitore. Al fine di agevolare le operazioni di analisi e controllo dei costi sostenuti legati alla emergenza Covid, l'ASReM ha trasmesso in formato Excel, a partire dal I Trimestre 2020, in aggiunta al modello CE I Trimestre 2020, un modello CE con i soli costi sostenuti per l'emergenza Covid e una relazione illustrativa dell'attività di rendicontazione dei costi sostenuti unitamente alla documentazione (atti, delibere, provvedimenti) attestante l'avvenuto sostenimento degli stessi legati all'emergenza Covid.

I costi sostenuti dalla Regione in risposta all'emergenza Covid-19 alla data del 31 dicembre 2020 e 31 marzo 2021 sono riportati nelle tabelle seguenti:

Spese sostenute dalla Regione in risposta all'emergenza Covid19 al 31 dicembre 2020	
Tipologia di spesa	Costo
Personale	1.292.027
Prodotti farmaceutici ed emoderivati	58.673
Dispositivi medici	2.917.367
Materiali per la profilassi (vaccini)	83.171
Prodotti chimici	182.848
Altri beni sanitari	411.823
Beni non sanitari	27.762
Consulenze	4.922.085
Servizi appaltati	873.107
Altri servizi sanitari e non	931.386
Medicina Di Base	855.289
Prestazioni da privato	1.530.947
Totale	14.086.486

Tabella 5: Spese sostenute dalla Regione in risposta all'emergenza Covid19 al 31.12.2020

Spese sostenute dalla Regione in risposta all'emergenza Covid19 al 31 marzo 2021	
Tipologia di spesa	Costo
Prodotti farmaceutici ed emoderivati	94.848
Dispositivi medici	942.961
Prodotti chimici	2.993
Beni non sanitari	21.808
Consulenze	2.035.710
Servizi appaltati	77.970
Altri servizi sanitari e non	1.077.047
Medicina Di Base	547.287
Totale	4.800.624

Tabella 6: Spese sostenute dalla Regione in risposta all'emergenza Covid19 al 31.03.2021

3.2 Area Risorse Finanziarie per emergenza Covid-19

Al fine di poter gestire l'emergenza Covid, il Governo ha stanziato, per gli anni 2020 e 2021, con appositi decreti, risorse aggiuntive come di seguito esposte:

Risorse emergenziali Covid-19 - DL 14/2020 - DL 18/2020 - DL 34/2020 - DL 104/2020	
DL 14/2020	ANNO 2020
Assunzione personale (professioni sanitarie, specializzandi, incarichi da lavoro autonomo)	3.379.942
Incremento ore specialistica ambulatoriale	31.009
Totale Quota da DL 14/2020	3.410.951
DL 18/2020	
Lavoro straordinario del personale sanitario dipendente	1.292.027
Spesa aggiuntiva per assunzione Personale (professioni sanitarie, specializzandi, incarichi da lavoro autonomo)	516.811
Prestazioni sanitarie da strutture pubbliche, private accreditate e non	1.240.346
Disponibilità di personale sanitario e apparecchiature da strutture private accreditate e non	826.897
Attivazione aree sanitarie temporanee	258.405
Totale Quota da DL 18/2020	4.134.486
DL 34/2020 Art. 1 - Assistenza territoriale	8.789.904
Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale	4.445.178
Implementazione assistenza domiciliare integrata (ADI); Disposizione beni immobili temporanei	2.807.043
Attivazione centrali operative regionali	1.586.816
Indennità di personale infermieristico (art.59, co.1, let.b, Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2005)	51.319
Spesa per il personale Territoriale	4.344.726
Assunzioni ADI	1.126.425
Rafforzamento dei servizi infermieristici distrettuali: introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità	1.707.091
Potenziamento Unità speciali di continuità assistenziale (USCA)	313.049
Conferimento incarichi ad assistenti sociali (attività a supporto delle USCA)	73.161
Personale da impiegare nelle centrali operative regionali	1.125.000
DL 34/2020 Art. 2 - Riordino della rete ospedaliera	9.182.310
Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera	6.970.569
Incremento p.l. terapia intensiva	2.425.360
Incremento p.l. terapia semi-intensiva	2.989.729
Consolidazione percorsi separati Covid; ristrutturazione PS	1.480.031
Implementazione mezzi di trasporto per trasferimenti pazienti Covid/no-Covid	75.449
Spesa per il personale ospedaliero	2.211.741
Assunzione di personale ospedaliero per operatività dei mezzi di trasporto pazienti di nuova acquisizione	266.733
Assunzione di personale ospedaliero di cui ai piani regionali di "riorganizzazione della rete ospedaliera", anche ai sensi degli artt. 2-bis e 2-ter,d.l. 18/2020)	969.938
Incentivi in favore del personale dipendente del SSN	975.070
Totale quota da DL 34/2020	17.972.214
Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa	2.454.194
Totale quota da DL 104/2020	2.454.194
TOTALE 2020	27.971.845

Tabella 7: Risorse emergenziali Covid-19 stanziati dai DD LL n.14, n.18, n.34 e n. 104 – Anno 2020

Risorse emergenziali Covid 19 - ANNO 2021 (DL 34/2020 - DL 41/2021- L.178/2020)	
	ANNO 2021
DL 34/2020 Art. 1 - Assistenza territoriale	
Spesa per il personale Territoriale	4.714.760
Assunzioni ADI	1.126.425
Rafforzamento dei servizi infermieristici distrettuali: introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità	2.463.335
Personale da impiegare nelle centrali operative regionali	1.125.000
DL 34/2020 Art. 2 - Riordino della rete ospedaliera	
Spesa per il personale ospedaliero	1.781.094
Assunzione di personale ospedaliero di cui ai piani regionali di "riorganizzazione della rete ospedaliera", anche ai sensi degli artt. 2-bis e 2-ter, d.l. 18/2020)	426.773
Incentivi in favore del personale dipendente del SSN	1.354.321
Totale quota da DL 34/2020	6.495.854
DL 41/2021	
Fondo somministraz. vaccini Covid-DL 41/2021 art. 20 (ALL. 1)	1.770.522
Proroga Covid Hotel DI. 34/2020 art. 1 cc.2-3	264.809
Totale quota da DL 41/2021	2.035.331
L. 178/2020	
Tamponi antigenici rapidi da parte dei MMG e PLS (art. 1, c. 416 e 417 ALL. A)	358.997
Prestazioni aggiuntive personale per somministrazione vaccini Covid (art. 1, cc. 464 e 467 ALL.C)*	513.195
Fondo MMG per retribuzione indennità personale infermieristico (art. 1, cc. 468 e 470 ALL.E)	128.299
Fondo PLS per retribuzione indennità personale infermieristico (art. 1, cc. 469 e 470 ALL.F)	51.320
Totale quota da L 178/2020	1.051.811
TOTALE 2021	9.582.996

Tabella 8: Risorse emergenziali Covid-19 stanziati dai DD LL n.34, n.41 e n.178 - Anno 2021

4. “Personale” (assunzioni, tipologia di contratti utilizzati, tipologia di personale, oneri connessi, periodo di operatività interventi)

Nell'attuale fase dell'emergenza sanitaria Covid è in atto in Molise un processo di implementazione delle risorse umane di personale del SSR, in linea con le disposizioni governative emanate per fronteggiare tale stato di necessità. La vigente normativa nazionale ha ridisegnato la cornice normativa e finanziaria di riferimento sia per quanto attiene ai finanziamenti all'uopo dedicati sia riguardo alle modalità operative finalizzate all'assunzione delle figure professionali necessarie ad affrontare la difficile situazione emergenziale.

In esito a specifica richiesta formulata dal MdS con nota prot. n. 12713-P-5 marzo 2020 in relazione al numero di posti letto di terapia intensiva e sub-intensiva che le Regioni ritenessero di poter attivare tenendo conto di quanto previsto con Circolare del MdS del 1° marzo 2020 e anche in considerazione della esistente carenza di personale negli ospedali molisani, argomento già portato all'attenzione dei Ministeri affiancanti, è stato stimato un fabbisogno di personale pari a 219 unità. In dettaglio, la proposta di fabbisogno di personale sanitario elaborata dall'ASReM ha previsto un'esigenza di 89 medici specialisti (15 di Anestesia e rianimazione; 10 di Malattie infettive e tropicali; 10 di Radiologia; 25 di Medicina d'urgenza; 4 di Malattie dell'apparato respiratorio; 10 di Malattie dell'apparato cardiocircolatorio; 15 di Medicina interna), 50 infermieri e 80 operatori socio-sanitari (OSS). Si riporta di seguito tabella di sintesi riepilogativa.

Fabbisogno personale - Emergenza Covid	
Medici	Unità
Cardiologia e apparato circolatorio	10
Apparato respiratorio	4
Tl e Anestesia	15
Medicina interna	15
Medicina d'urgenza	25
Radiologia	10
Malattie Infettive e Tropicali	10
Totale Medici	89
PERSONALE INFERMIERISTICO	
Infermieri	50
Totale Personale Infermieristico	50
RUOLO TECNICO	
Operatori Socio Sanitari (OSS.)	80
Totale Ruolo Tecnico	80
Totale assunzioni	219

La ricostruzione è fatta sulla base della nota prot. arrivo n. 39126/2020 del 5 Marzo 2020 ad oggetto: "Fabbisogno di medici specialisti, infermieri, OO.SS. legato alle esigenze derivanti dall'emergenza COVID-19 (rif. Vs. nota prot 12713 - P-05/03/2020) - riscontro".

Tabella 9: Fabbisogno personale – Emergenza Covid-19

Sulla base di tale fabbisogno, approvato dalla Struttura Commissariale con DCA 21/2020, sono state indicate le specifiche modalità contrattuali da utilizzare da parte per le procedure di implementazione di personale sulla base delle disposizioni 18/2020. A livello aziendale, si è proceduto ad attivare le procedure amministrative finalizzate all'assunzione del personale sanitario necessario.

In considerazione dell'evoluzione dello stato di emergenza sanitaria e delle esigenze aziendali, con il DCA n. 28 del 15 aprile 2020, si è proceduto all'approvazione di quanto comunicato dal Direttore Generale ASReM in merito alla rideterminazione del nuovo fabbisogno di personale sanitario, modificando il precedente DCA n. 21/2020. È prevista l'assunzione di 201 unità costituite da 61 Medici specialisti, 50 infermieri e 90 aventi ruolo tecnico, così come riportato nel dettaglio nella tabella sottostante:

Rideterminazione del fabbisogno di personale da DCA 28/2020 – Emergenza Covid	
MEDICI	Unità
Cardiologia e apparato circolatorio	2
Apparato respiratorio	4
Tl e Anestesia	5
Medicina interna	15
Medicina d'urgenza	20
Radiologia	5
Malattie Infettive e Tropicali	10
Totale Medici	61
PERSONALE INFERMIERISTICO	
Infermieri	50
Totale Personale Infermieristico	50
RUOLO TECNICO	
Tecnico Sanitario di Radiologia	5
Tecnico Sanitario di Laboratorio Analisi	5
Operatori Socio Sanitari (OSS)	80
Totale Ruolo Tecnico	90
Totale assunzioni	201

La ricostruzione è fatta sulla base della nota prot. arrivo n prot. arrivo n. 71950/2020 del 11 Maggio 2020 ad oggetto: "Fabbisogno di medici specialisti, infermieri, OO.SS. legato alle esigenze derivanti dall'emergenza COVID-19 (rif. Vs. nota prot 12713 - P-05/03/2020) - Riconcontro Vs nota pec 0064788 emergenza Covid-19. Fabbisogno per ulteriore personale sanitario".

Tabella 10: Rideterminazione del fabbisogno di personale da DCA 28/2020 – Emergenza Covid

L'attività posta in essere da ASReM nell'attuale fase di emergenza è oggetto di monitoraggio continuo con cadenza settimanale da parte di Agenas che effettua la rilevazione dei dati di tutte le Regioni. Secondo l'ultima rilevazione di assunzione inviata ad Agenas il 30 aprile 2021, ASReM ad oggi ha potenziato il servizio sanitario con 299 risorse umane che erogano il servizio come liberi professionisti, tra cui:

- 143 infermieri,
- 40 medici (2 specializzandi, 14 medici abilitati non specializzati, 4 medici collocati in quiescenza. 1 medico trattenuto in servizio ex art.12 DL18/2020; 19 incarichi professionali),
- 116 altre figure professionali (OSS, tecnici di laboratorio, tecnici di radiologia e ostetriche).

Inoltre, è stata estesa a tutto il personale sanitario l'applicazione delle indennità per particolari condizioni di lavoro, prevista dall'art. 86, comma 6, del CCNL comparto 2016 - 2018, sulla base delle misure previste dalla legislazione nazionale vigente che stabilisce l'incremento dei fondi contrattuali per le condizioni di lavoro del personale del comparto sanità impegnato in ambiti lavorativi a rischio da contagio Covid. Già nella Fase 1 di gestione dell'emergenza sono state attivate le azioni preordinate all'estensione dell'applicazione del suddetto articolo, al fine di riconoscere una specifica indennità a tutti gli operatori sanitari, per il rischio biologico a seguito dell'emergenza epidemiologica da Covid. Si prevede, quindi, la stipula di un accordo con le Organizzazioni Sindacali di categoria, da cui si provvederà ad elaborare le opportune linee d'indirizzo per le strutture ASReM, con l'obiettivo di garantire un trattamento omogeneo sull'intero territorio regionale. In particolare, le Organizzazioni Sindacali hanno richiesto di estendere la corresponsione dell'indennità a tutto il personale direttamente impiegato nelle attività di contrasto alla emergenza epidemiologica, compresi anche tutti i lavoratori interinali, precari ed il personale a contratto o convenzionato impegnato nell'assistenza.

La Regione ha ritenuto che la trasversalità del rischio infettivo interessa tutto il personale del comparto del ruolo sanitario e il personale del comparto del ruolo tecnico (più precisamente, ausiliari specializzati, operatori tecnici addetti all'assistenza, operatori socio sanitari, autisti di ambulanza e assistenti sociali) che attualmente rappresentano il primo fronte all'emergenza sanitaria (PS, 118 e reparti convertiti per l'occasione), nonché il personale sanitario che svolge attività di prevenzione nei presidi territoriali e a domicilio, dove le misure di sicurezza sono più deficitarie. Pertanto, sono stati posti in essere specifici interventi, affinché, nell'applicazione e gestione dell'indennità in parola, siano evitate sperequazioni di trattamento tra le diverse Unità Operative attualmente impegnate con livelli di rischio infettivo praticamente sovrapponibili.

Le organizzazioni sindacali sono state, dunque, direttamente coinvolte per formulare specifiche proposte, insieme ad ASReM, deputata a valutare la fattibilità tecnica delle stesse, con particolare riferimento alla tipologia del personale coinvolto, al fine di formalizzare le apposite linee di indirizzo. In attuazione alle previsioni di cui all'art. 38, comma 1 del DL 23/2020, la Struttura Commissariale/Regione, sulla base di specifiche linee di indirizzo dettate dalla SISAC, con nota prot. n. 397/2020, diramata a tutte le Regioni, ha proceduto all'individuazione dei criteri di erogazione delle risorse relative agli arretrati previsti per l'anno 2018 e gli arretrati e gli incrementi a decorrere dal 1 gennaio 2019, per MMG a quota capitaria e quota oraria (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi), per i PLS e, per i soli arretrati aggiuntivi del 2018, per gli Specialisti Ambulatoriali (SA), veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi).

Arretrati anno 2018 - Medicina Convenzionata			
Tabella	Tipo di figura professionale	€/anno per assistito	€/ora
A1	Medici di Assistenza Primaria	2,53	
B1	Medici di Continuità Assistenziale		0,80
C1	Medici di Medicina dei Servizi Territoriali		0,87
D1	Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale		0,80
E1	Pediatri di libera Scelta	4,82	
F1	Specialisti Ambulatoriali (SA)/Veterinari (tempo Indeterminato)		0,39
G1	Professionisti Biologi/Chimici/Psicologi (tempo Indeterminato)		0,28
H1	SA/Veterinari/Professionisti (tempo determinato e incarico provvisorio)		0,38

Tabella 11: Arretrati anno 2018 – Medicina Convenzionata

Incrementi dal 1 gennaio 2019 - Medicina Convenzionata				
Tabella	Tipo di figura professionale	€/anno per assistito	€/ora	Riferimento ACN 23 marzo 2005 e smi
A2	Medici di Assistenza Primaria	2,93		Art. 59, comma 1, lett. A, punto 1 ¹
B2	Medici di Continuità Assistenziale		0,93	Art. 72, comma 1 ²
C2	Medici di Medicina dei Servizi Territoriali		1,01	Art. 85, comma 1 ³
D2	Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale		0,93	Art. 98, comma 1 ⁴
E2	Pediatri di Libera Scelta	5,62		Art. 58, comma 1, lett.A, punto 1 ⁵

¹Dal 1 gennaio 2019, il compenso forfettario annuo/assistito è rideterminato in 42,98 €;

²Dal 1 gennaio 2019, l'onorario professionale orario è rideterminato in 23,39 €;

³Dal 1 gennaio 2019, l'onorario professionale orario è incrementato di 1,01 €;

⁴Dal 1 gennaio 2019, l'onorario professionale orario è rideterminato in 23,39 €.

Tabella 12: Incrementi dal 1° gennaio 2019 – Medicina Convenzionata

Gli arretrati di cui al punto A1 ed E1 e gli incrementi di cui al punto A2 ed E2 sono corrisposti nel limite del massimale del MMG/PLS e delle scelte in deroga acquisite secondo quanto previsto rispettivamente dall'articolo 40 dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 23 marzo 2005 e s.m.i. e dall'art. 38 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. nell'anno di riferimento. Gli arretrati di cui ai punti B1, C1, D1, F1, G1 e H1 sono corrisposti a: MMG a quota oraria (continuità assistenziale, medicina dei servizi, emergenza sanitaria territoriale), SA, veterinari e altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi), in funzione delle ore di servizio/attività svolte nell'anno di riferimento. Sugli arretrati, sia per il 2018 che in riferimento agli adeguamenti economici decorrenti dal 1° gennaio 2019, non si applica il costo dell'assicurazione di malattia in quanto non dovuto. Con l'inizio della fase 2 è stato necessario potenziare il DP ASReM in vista di una riapertura graduale dei luoghi di lavoro e di vita collettiva e in base agli scenari evolutivi del Covid.

5. Governo delle liste d'attesa

5.1 Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa

La lunghezza delle liste di attesa influenza pesantemente la qualità percepita del Servizio Sanitario Regionale, essendo spesso annoverata dai cittadini tra i motivi di maggiore scontento. È dunque fondamentale per le Amministrazioni Regionali, e di conseguenza per le Direzioni Aziendali, attuare politiche e misure tese al ridimensionamento delle liste di attesa.

Nello specifico, le determinanti della problematica delle liste di attesa sono molteplici e si possono ricondurre a tre macro-aree organizzative:

- *Il governo della domanda di prestazioni;*
- *Il governo dell'offerta di assistenza;*
- *I sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni.*

In quest'ottica, le liste di attesa nascono da un divario tra una domanda crescente di servizi e una non sempre adeguata offerta. I motivi alla base della crescita della domanda di servizi sanitari possono essere ricercati nella sempre maggiore attenzione da parte dei cittadini nei confronti del proprio stato di salute. Inoltre, l'aumento dell'età media, la maggiore capacità di intervento resa possibile dalle nuove tecnologie e la valutazione di bisogni assistenziali rafforzano questo andamento. A fronte della crescita della domanda, tuttavia, si verifica una carenza di risorse umane che ostacola il pieno sfruttamento delle potenzialità erogative aziendali.

Per fronteggiare la significativa problematicità delle liste di attesa, il 21 Febbraio 2019 il Governo ha pubblicato il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021. Il piano prevede l'assegnazione di fondi al fine di ridurre i tempi di attesa sanitari e la creazione di un osservatorio che affianchi Regioni e Province autonome con attività di monitoraggio. Il PNGLA è stato poi recepito dalle Regioni con Piani propri che stabiliscono a livello regionale i tempi massimi di erogazione delle prestazioni sanitarie in coerenza con le indicazioni ministeriali.

5.2 Il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019–2021

La regione Molise ha recepito il nuovo PNGLA approvato lo scorso 21 febbraio 2019 e ha provveduto ad elaborare il nuovo Piano regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA) con il Decreto del Commissario ad Acta n. 46 del 29 aprile 2019, pubblicato sul sito istituzionale della Regione e notificato a tutti gli interessati. Nel nuovo Piano regionale di governo delle liste d'attesa (DCA n. 46/2019) sono riportati, specificati ed adattati alla nostra realtà regionale tutti i principi contenuti nel Piano nazionale, tra i quali la visibilità nel sistema Centro Unico di Prenotazione regionale (CUP) delle agende di prenotazione sia degli Ospedali pubblici che delle Strutture private accreditate; l'inclusione nel sistema integrato di prenotazione anche delle agende per l'attività intramoenia; la distinzione tra visita di "primo accesso" e visita di "controllo"; il concetto di "presa in carico" del paziente cronico, con conseguente elasticità dei tempi d'attesa secondo le indicazioni dei medici coinvolti nel percorso di cura; la vigilanza ed il controllo sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

Con deliberazione del Direttore generale ASReM n. 945 del 7/08/2019 in attuazione del DCA n. 46/2019 di approvazione del PRGLA 2019-2021, è stato approvato il "Piano attuativo provvisorio per il governo dei tempi di attesa anno 2019-2021", contenente la regolamentazione della gestione delle liste di attesa e dei relativi monitoraggi nelle more dell'entrata in funzione del nuovo CUP. È in fase avanzata la procedura per l'appalto per il nuovo CUP, e con l'entrata in funzione del nuovo sistema

CUP vi sarà una soluzione definitiva alle difficoltà che oggi impediscono la completa copertura delle informazioni occorrenti per il monitoraggio.

Nelle more, comunque, la Regione ha emanato il DCA n. 44 del 30/06/2020 avente ad oggetto “Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021. Gestione dell’offerta delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate all’interno del CUP”, con il quale si è data attuazione al PRGLA 2019-2021 nella parte in cui prevede il conferimento delle Agende di prenotazione delle Strutture private accreditate nel sistema di prenotazione unico regionale. Con tale DCA, allo scopo di fornire un servizio integrato all’utenza per l’offerta di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate tanto dalle strutture pubbliche quanto dalle private accreditate, si dispone che le Strutture private accreditate si impegnino ad assicurare, con riferimento al CUP, le seguenti attività:

- Offerta delle prestazioni erogate dalla struttura privata nell’ambito del sistema di prenotazione CUP;
- Prenotazione da parte di operatori della struttura privata;
- Verifica e registrazione delle prestazioni erogate dalla struttura privata;
- Produzione dei flussi informativi aziendali e regionali.

La Struttura Commissariale con il DCA 83 del 27/11/2020 ha approvato il “Piano operativo per il recupero delle liste di attesa” ai sensi dell’art. 29 del D.L. 104/2020, convertito con legge 13 ottobre 2020, n. 126, che prevede la possibilità per le Regioni di avvalersi di strumenti straordinari, anche in deroga alla legislazione vigente, per rispondere alla domanda di prestazioni ambulatoriali, di screening e di ricovero ospedaliero non soddisfatta durante l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del Covid-19 e sino al 31 dicembre 2020. Il Provvedimento tiene conto tra l’altro della deliberazione del Direttore Generale ASReM n. 945 del 7/08/2019 con la quale in attuazione del DCA n. 46/2019 di approvazione del PRGLA 2019-2021, è stato approvato il “Piano attuativo provvisorio per il governo dei tempi di attesa anno 2019-2021”, contenente la regolamentazione della gestione delle liste di attesa e dei relativi monitoraggi nelle more dell’entrata in funzione del nuovo CUP. Sono state dunque intese specifiche procedure in ambito regionale e aziendale:

- Prestazioni aggiuntive, nell’ambito dell’attività professionale intramoenia aziendale dei dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie dipendenti dal Ssn, come previsto dall’ultimo CCNL dell’area Sanità per il triennio 2016-2018.
- Prestazioni aggiuntive da parte del personale non dirigenziale (del comparto Sanità), con un aumento della relativa tariffa oraria a 50 euro lordi onnicomprensivi.
- Assunzioni a tempo determinato di personale (ivi compresa la dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie), anche in deroga ai vigenti CCNL di settore, o instaurazione di rapporti di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa.
- Incremento, entro i limiti determinati dalla Struttura Commissariale, del monte ore dell’assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna (come parziale alternativa all’elevamento delle tariffe relative alle prestazioni aggiuntive) in applicazione di quanto contenuto nel DL 104/2020 e nel DCA n.65/2020 per le branche che presentano maggiori liste di attesa.

5.3 Prestazioni recuperate

L’iniziale stima della quantità di prestazioni specialistiche non erogate bimestre considerato 2020, prospettata nella precedente nota prot. 73651 del 15.05.2020 era di circa 12.000 prestazioni

(numero rilevatosi sottostimato). I presidi ospedalieri di Campobasso, Termoli ed Isernia hanno recuperato, per la quasi totalità delle unità operative, le prestazioni non erogate nei mesi suddetti attraverso il ricorso a prestazioni di lavoro straordinario ed attività aggiuntiva del personale medico e di comparto.

Diverse sono state anche le iniziative poste in essere da alcune Unità operative, quali ad esempio le televisite, con le quali hanno potuto far fronte alle esigenze più urgenti dei pazienti in lista di attesa. Anche i Distretti di Termoli ed Isernia, attraverso una organizzazione delle attività ambulatoriali e di potenziamento delle attività erogate, sono riusciti a recuperare parte delle prestazioni in evase. Nel Distretto di Campobasso, il personale medico ospedaliero in orario aggiuntivo, ha garantito l'erogazione di numerose prestazioni di cardiologia, evitando il prolungarsi dell'attesa da parte dei cittadini che si erano prenotati nei mesi scorsi.

Ai fini del potenziamento della specialistica ambulatoriale sono state pubblicate ulteriori ore nelle branche con maggiori liste di attesa al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni già prenotate. La riattivazione della erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali dal 01 giugno 2020 in sicurezza e nel rispetto delle linee guida nazionali e regionali ha richiesto necessariamente una rivisitazione delle agende di prenotazione stante la necessità di evitare soste in sala di attesa ed i tempi necessari all'igienizzazione degli ambulatori tra una visita e l'altra. Con riguardo agli interventi chirurgici ed alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale, gli stessi erano stati quantificati nel mese di maggio in circa 1100 interventi. Numerosi sono stati i ricoveri effettuati, ma la difficoltà di reclutare anestesisti e medici specialisti non ha permesso di evadere le liste di attesa dei ricoveri programmati. Alla data del 31 dicembre 2020 sia le prestazioni di ricovero ospedaliero che le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono state riassorbite come segue:

PRESTAZIONI DI RICOVERO	
Tipologia di ricovero	RICOVERI RIASSORBITI AL 31/12/2020
	%
Regime ORDINARIO - Medico	80
Regime ORDINARIO - Chirurgico	65

Tabella 13: Prestazioni di ricovero riassorbite

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
Tipologia	PRESTAZIONI AMBULATORIALI RIASSORBITE AL 31/12/2020
	%
visite	100
prestazioni strumentali	100

Tabella 14: Prestazioni di specialistica ambulatoriale riassorbite

6. Area ospedaliera

Circa la metà dei pazienti Covid necessita di ricovero ospedaliero. Di questi circa un quinto richiede un ricovero in terapia intensiva, o comunque di assistenza in aree ad alta intensità di cura con il supporto alla ventilazione per periodo lunghi. Il ruolo dell'ospedale è quindi centrale per il trattamento dei pazienti Covid. Le disposizioni nazionali circa il ruolo dell'ospedale si prefiggono quindi l'obiettivo di minimizzare il rischio di trasmissione, riducendo a sua volta l'impatto dell'emergenza sui servizi sanitari e sociali offerti per assicurarne la funzionalità e la continuità nell'erogazione degli stessi. A tal fine, e come previsto dalla circolare 2619 del 29 febbraio 2020, ASReM ha identificato gli spazi e le strutture da destinare in maniera prioritaria alla gestione di pazienti Covid (*Covid Hospital*). L'ASReM ha provveduto ad approvare le DDG n. 31/2020 "*Piano aziendale per la gestione dell'emergenza Coronavirus*", DDG n. 48/2020 "*Percorsi Operativi gestione emergenza COVID 2019*" (successivamente aggiornato con le DDG n. 89/2020 e n. 160/2020) e DDG n. 55/2020 "*Piano organizzativo dei Posti Letto per l'emergenza COVID*".

La DDG n. 31/2020, redatta dal gruppo operativo aziendale per la gestione dell'emergenza Covid, costituito con PDG n. 3/2020, in conformità a quanto previsto dalle direttive nazionali e regionali in materia, definisce un piano per gli operatori sanitari sia informativo che operativo, finalizzato a ridurre il rischio di diffusione del virus e garantire un appropriata presa in carico dei pazienti sospetti e una corretta gestione dei contatti. Per quanto concerne i casi sospetti ed accertati di pazienti affetti da Covid, il piano individua nel PO Cardarelli, la struttura idonea alla loro presa in carico e gestione, in quanto dotato di posti letto dedicati e del laboratorio analisi per l'esecuzione dei test diagnostici. Il piano garantisce un idoneo livello di funzionamento della struttura ospedaliera, congiuntamente alle misure da adottare per il contenimento e la gestione emergenziale Covid quali le emergenze internistiche e chirurgiche h24 e il ricovero in rianimazione per pazienti non-Covid presso ospedali *Spoke*. Pertanto, i pazienti Covid sono stati assistiti nella massima sicurezza (riduzione del numero di varchi di accesso, dell'orario per le visite, del numero di accompagnatori, sospensione delle attività di tirocinio e volontariato, aree pre-triage, predisposizione postazioni di controllo ingresso operatori, percorso Covid adulto, percorso Covid pediatrico, percorso Covid donna gravida, accesso paziente con 118, accesso paziente Covid con mezzo proprio, percorso paziente oncologico, percorso donatori sangue, percorso chirurgico Covid, ecc).

Valutando il possibile trend evolutivo dell'epidemia, tenendo conto del livello di complessità assistenziale delle strutture ospedaliere regionali, della disponibilità ordinaria e straordinaria di posti letto, delle risorse umane e tecnologiche disponibili, nonché delle misure da attuarsi per garantire un adeguato approvvigionamento, stoccaggio e distribuzione di farmaci, presidi sanitari e DPI, con la DDG n. 55/2020 sono stati inizialmente individuati i posti letto necessari per ogni fase dell'emergenza Covid.

Previsione fabbisogno PL - Emergenza Covid		
Fase	Nr. PL	Tipologia
1	3	Isolamento Rianimazione
	7	Non isolamento Rianimazione
	3	Isolamento Malattie Infettive
	6	Non isolamento Malattie Infettive
2	3	Isolamento Rianimazione
	7	Non isolamento Rianimazione
	3	MCAU
	3	Isolamento Malattie Infettive
	6	Non isolamento Malattie Infettive
	12	Urologia
3	3	Isolamento Rianimazione
	7	Non isolamento Rianimazione
	3	MCAU
	6	Blocco Operativo
	3	Isolamento Malattie Infettive
	6	Non isolamento Malattie Infettive
	12	Urologia
	16	5° Piano
4	Per il tramite dell'UCR le strutture aziendali ospedaliere Spoke e private accreditate saranno coinvolte per l'attivazione di ulteriori PL Covid	

Tabella 15: Previsione fabbisogno PL - Emergenza Covid

Per far fronte all'emergenza, laddove le strutture ospedaliere non fossero sufficienti a garantire l'assistenza per i pazienti Covid che necessitano una bassa intensità di cura o un'osservazione non gestibile a domicilio, la Regione ha identificato, in concerto con la PC e ASReM, come previsto dall'art. 6 del DL 18/2020, le aree e le strutture extra-ospedaliere (anche temporanee) da utilizzare per il ricovero di pazienti Covid.

Inoltre, data la necessità, è stato previsto il concorso della capacità produttiva riconducibile alle strutture private accreditate per fronteggiare al meglio possibili situazioni di pregiudizio sanitario per la collettività.

Con il DCA 22/2020 è stato, quindi, disciplinato, con apposito *Contratto per l'acquisto dalle strutture sanitarie private operanti in regime di accreditamento di prestazioni sanitarie ai fini della gestione dell'Emergenza COVID-19*, l'attività sanitaria svolta dalle Strutture private accreditate. Le strutture private accreditate coinvolte provvedono, inoltre, alla puntuale e distinta rendicontazione delle prestazioni sanitarie per emergenza Covid, attraverso la trasmissione di report analitici con evidenza delle procedure correlate alla specifica attività svolta. Tali disposizioni rimangono efficaci fino all'adozione di successivi provvedimenti e in relazione alle necessità di far fronte all'emergenza epidemiologica in essere. Con successivo DCA 26/2020, ad integrazione del DCA 22/2020, si rappresenta che nel caso in cui l'evolversi della situazione emergenziale determini una modifica del fabbisogno in termini di posti letto, le strutture private accreditate ospedaliere (IRCCS Neuromed, Gemelli Molise, C.d.C. Villa Maria, C.d.C. Villa Esther, Gea Medica) dovranno rendersi disponibili, commisuratamente alla propria dotazione, secondo le singole dotazioni organizzative tecnologiche e strutturali e in linea con gli indirizzi operativi forniti dall'ASReM, all'utilizzo dei propri posti letto da dedicare ai pazienti Covid e non Covid. È comunque necessario, per una piena operatività ed

efficace turnover dei posti letto *non-Covid* ospedalieri, il coinvolgimento delle strutture attualmente dedicate al setting assistenziale delle cure intermedie, anche prevedendone una semplificazione delle procedure previste per la presa in carico dei pazienti non-Covid ed un eventuale incremento dei posti letto.

PL Covid attivati nelle strutture private accreditate				
Struttura	Reparto Covid	PL	PL Covid	Reparto
Gemelli Molise SpA	Sì	3		Terapia Intensiva post-operatoria
			3	Terapia Intensiva
			10	Degenza Ordinaria
IRCCS Neuromed	Sì		4	Terapia Intensiva
Villa Esther	No	15	-	Riabilitazione Codice 56
		16	-	Medicina
		10	-	Chirurgia generale (elezione Classe A)
Gea Medica ☐	No	25	-	Riabilitazione Codice 56
		10	-	Riabilitazione R1
Villa Maria ☐	No	30	-	Medicina
			-	Disponibilità sale operatorie per Medicina Complessa

Tabella 16: PL Covid attivati nelle strutture private accreditate

Con nota del Direttore Generale della Salute del 10 marzo 2020, protocollo n. 41314, al fine di limitare il potenziale rischio di contagio rappresentato dall'accesso dei pazienti nelle strutture sanitarie pubbliche e private, è stata disposta la sospensione di tutte le attività sanitarie erogate dalle strutture private accreditate sino al 22 marzo 2020, assicurando comunque l'attività per prestazioni non differibili (chemioterapia, radioterapia, dialisi, ecc.), per prestazioni urgenti con priorità U o B, per prestazioni dell'area salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta e i servizi sulle dipendenze. Successivamente, con la nota del Direttore Generale della Salute del 20 marzo 2020, protocollo n. 46576, è stata disposta la proroga della sospensione di tutte le attività sanitarie erogate dalle strutture private accreditate sino al 3 aprile 2020. Tuttavia, in considerazione del permanere dello stato di emergenza e delle misure anti-contagio, con nota prot. n. 60436/2020 del 11 aprile 2020, la DG Salute ha disposto la sospensione dell'attività fino al 3 maggio 2020. Alla luce di quanto definito, rimangono comunque non procrastinabili tutte le attività, sia di ricovero che ambulatoriali, programmate di ambito oncologico, incluse le prestazioni di II livello previste dalle campagne di screening oncologico, nonché le attività programmate volte alla salute materno-infantile e le vaccinazioni. Sono invece sospese tutte le prenotazioni per l'effettuazione delle prestazioni procrastinabili che dovranno essere, invece, riprogrammate. Pertanto, per tutte le attività di specialistica ambulatoriale è opportuno contattare gli assistiti già prenotati risultanti dalle liste di lavoro al fine di verificare l'eventuale erogabilità della prestazione. Successivamente, con l'ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 27/2020 sono state sospese le attività fino al 17 maggio 2020.

Nel contempo, ASReM ha provveduto alla definizione di strategie organizzative rivolte alle attività in regime di ricovero non urgenti, in particolare quelle di competenza chirurgica, anche con il coinvolgimento dei PP.OO. *Spoke*, al fine di garantire il massimo contenimento possibile dei rischi potenzialmente legati al ritardo dell'iter diagnostico terapeutico per i pazienti che non possono interrompere i percorsi di cura, con particolare riferimento alle patologie cronico-degenerative.

Allo scopo di garantire adeguati standard di biosicurezza nella gestione dell'emergenza epidemiologica, la DDG n. 48/2020 ha approvato i Percorsi operativi gestione emergenza Covid,

elaborati dal Gruppo Operativo Aziendale per la gestione dell'Emergenza Coronavirus costituito con PDG n. 3/2020. Il documento, rivisto periodicamente in funzione dell'evoluzione della situazione epidemiologica (delibere successive 89/2020 e 160/2020), contiene l'insieme delle istruzioni e raccomandazioni procedurali ed organizzative rivolte a tutti gli operatori potenzialmente coinvolti nella gestione dell'emergenza, con particolare riguardo alle misure per ridurre il rischio di diffusione del virus, per l'appropriata presa in carico dei pazienti sospetti in coerenza con le indicazioni ministeriali e per la gestione dei contatti.

Infine, le *linee guida per la codifica della SDO per casi affetti da malattia da SARS-COV-2 (Covid-19)* contenute nella circolare n.7648 del 20 marzo 2020 del MdS, per garantire una codifica comune sul territorio sia relativamente al flusso della SDO sia al flusso dell'Emergenza-Urgenza (EMUR-PS) sono state condivise con la Direzione Generale e Sanitaria di ASReM e con i privati accreditati Gemelli Molise e Neuromed. A tal proposito è stato quindi creato anche un DRG per l'identificazione dei pazienti Covid ospedalieri.

Relativamente all'attività di PS, in seguito all'evolversi dello stato di emergenza, si è registrato un calo degli accessi ai PS ospedalieri riconducibile principalmente a 3 fattori: alla sospensione delle attività di ricovero ospedaliero (ad eccezione dei ricoveri in regime di urgenza), alla diminuzione degli accessi inappropriati e alla rinuncia alle cure mediche come conseguenza della percezione del rischio di contagio in ospedale. A tal proposito, si rende indispensabile un rafforzamento dell'assistenza territoriale.

La Struttura Commissariale con il DCA n. 22 del 25/02/2021 "*Attività sanitaria ai fini della gestione dell'emergenza Covid-19 – Assistenza per ricovero in Terapia Intensiva e Terapia Sub-Intensiva di pazienti Covid presso l'IRCCS Neuromed.*" e con il DCA n. 23 del 04/03/2021 "*Attività sanitaria ai fini della gestione dell'emergenza Covid-19 – Assistenza per ricovero in Terapia Intensiva e Terapia Sub-Intensiva di pazienti Covid presso la Gemelli Molise.*" (quest'ultimo integrato dal DCA 30/2021), ha inteso coinvolgere le strutture ospedaliere private accreditate, già contrattualizzate per l'assistenza COVID-19 nel corso del 2020.

L'emergenza epidemiologica COVID-19 ha imposto infatti l'adozione di misure straordinarie volte al contenimento della diffusione dei contagi attraverso la migliore gestione/ presa in carico dei pazienti, in una logica integrata, basata sulla capacità assistenziale del complessivo assetto dell'offerta di prestazioni e di servizi assistenziali regionali. La stessa Azienda Sanitaria Regionale del Molise, al fine di rispondere all'aggravamento della situazione emergenziale registrata, ha chiesto alla Struttura Commissariale per la Sanità del Molise di coinvolgere le strutture private accreditate per l'assistenza diretta ai pazienti affetti da Covid-19, in considerazione tra l'altro delle criticità organizzative e cliniche nelle quali versava.

La situazione è in continua evoluzione peggiorativa e l'eventuale possibile incremento di accessi ai Pronto Soccorso che avrebbero potuto comportare la paralisi delle strutture di emergenza e accettazione con impossibilità di assistenza adeguata hanno dunque contribuito all'adozione dei DCA sopra richiamati e con i quali si è disposto, in continuità con i contratti Covid sottoscritti nel 2020, di acquisire le disponibilità fornite e rispettivamente n. 7 posti letto in Terapia Intensiva e n. 5 posti letto in Terapia Sub-Intensiva dall'IRCCS Neuromed, e n. 10 posti letto per degenze ordinarie Covid e n. 4 posti di Terapia Intensiva Covid dalla Gemelli Molise Spa.

Nei primi mesi del 2021 sono stati attivati presso i Presidi Ospedalieri Pubblici Aziendali ulteriori posti letto di Terapia Intensiva, all'interno di moduli prefabbricati che sono stati realizzati in adiacenza alle strutture ospedaliere, con continuità logistica e funzionale. Seppur destinati a fronteggiare in maniera diretta l'emergenza in corso, i posti letto allestiti nei moduli prefabbricati costituiscono uno strumento organizzativo per la gestione complessiva dei ricoveri presso i nosocomi molisani. Tali posti letto consentono di operare la gestione dei ricoveri, anche nell'organizzazione

Covid+/NoCovid, in forma organica per il singolo presidio, quale leva funzionale in termini di flessibilità ed elasticità dell'assistenza ospedaliera e per l'intera offerta assistenziale regionale. In particolare, i posti letto predisposti nei moduli prefabbricati svolgeranno funzioni di supporto specificatamente per ciascun singolo ospedale:

- Ospedale Cardarelli Campobasso: n. 10 posti letto di Terapia Intensiva pazienti Covid+; da destinarsi tra l'altro a pazienti NoCovid nelle fasi non emergenziali, a supporto delle complessive attività di ricovero dell'ospedale;
- Ospedale San Timoteo Termoli: n. 10 posti letto di Terapia Intensiva e Sub-Intensiva; in adiacenza al Pronto soccorso e collegati con appositi percorsi al fine di un utilizzato come "area grigia" / estensione del pronto soccorso;
- Ospedale Veneziale Isernia: n. 6 posti letto di Terapia Intensiva e Sub-Intensiva pazienti Covid+; in estensione del Pronto soccorso come area grigia/OBI.

Decreto-Legge n.34 – Articolo 2

Ai sensi di quanto disposto all'art. 2 del DL 34/2020 e conformemente alle linee di indirizzo ministeriali ricevute con prot. n. 0011254 del 29 maggio 2020, è stata prevista l'adozione di un apposito piano di riorganizzazione della rete ospedaliera tale da rispondere anche a richieste emergenziali ed assicurare il graduale ripristino delle attività ordinarie, riportando a regime la rete prevedendo meccanismi di riconversione tra le tipologie di attività Hub & Spoke. È stata dunque predisposta una riorganizzazione dei posti letto fruibili sia in regime ordinario che di trattamento infettivologico su base regionale, così come riportato nella tabella sottostante:

Fabbisogno Posti Letto - DL 34/2020				
Regione	TERAPIA INTENSIVA Posti letto pre emergenza (HSP)	TERAPIA INTENSIVA Incremento posti letto per fabbisogno aggiuntivo (PL da attivare)	TERAPIA INTENSIVA Totale Posti Letto	TERAPIA SEMIINTENSIVA Posti Letto (PL da riconvertire)
Piemonte	327	299	626	305
Valle d'Aosta	10	8	18	9
Lombardia	861	585	1446	704
PA di Bolzano	37	40	77	37
PA di Trento	32	46	78	38
Veneto	494	211	705	343
Friuli Venezia Giulia	120	55	175	85
Liguria	180	43	223	109
Emilia Romagna	449	192	641	312
Toscana	374	162	536	261
Umbria	70	57	127	62
Marche	115	105	220	107
Lazio	571	274	845	412
Abruzzo	123	66	189	92
Molise	30	14	44	21
Campania	335	499	834	406
Puglia	304	275	579	282
Basilicata	49	32	81	39
Calabria	146	134	280	136
Sicilia	418	301	719	350
Sardegna	134	102	236	115
Totale	5179	3500	8679	4225

Tabella 17: Fabbisogno Posti Letto - DL 34/2020

La Regione Molise dovrà garantire l'attivazione di ulteriori 14 posti letto in Terapia Intensiva (comprendenti l'adeguamento dei posti letto di terapia intensiva nei centri Hub pediatrici) (risorse previste pari a 2,4 €/mln), incrementando a 44 la dotazione totale di posti letto in tale area; nonché

riconvertire 21 posti letto nell'area semintensiva (risorse previste pari a 2,9 €/mln). Inoltre, una quota parte di posti letto di area medica, di acuzie e post acuzie, dovranno essere resi disponibili per la gestione dei pazienti Covid.

In merito alla rete dell'emergenza-urgenza, in coerenza con le disposizioni normative, si evidenzia la necessità di una riorganizzazione e ristrutturazione dei PS volta ad assicurare il rispetto dei criteri di separazione e sicurezza (risorse previste pari a 1,5 €/mln). La Regione si pone l'obiettivo prioritario di separare i percorsi Covid/no-Covid rendendoli definitivi e di creare apposite aree di permanenza dei pazienti in attesa di diagnosi. A rafforzamento anche della rete territoriale, risulta necessaria l'implementazione anche di mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari tra strutture Covid, alle dimissioni protette, ai trasporti inter-ospedalieri no-Covid (risorse previste pari a 0,08 €/mln).

Il Piano di riorganizzazione per il potenziamento della rete ospedaliera per l'emergenza Covid, in coerenza con quanto sopra descritto, con il relativo impatto economico è stato inviato con i Ministeri affiancanti in data 11 Luglio 2020, ed è stato approvato dal Ministero della Salute con DCA 48/2020, invio Siveas n.026_P del 22 Luglio 2020.

In aggiunta, con l'ordinanza n. 29/2020 del 9 ottobre 2020 "Recante la nomina dei soggetti attuatori dei piani di riorganizzazione della Rete ospedaliera delle Regioni Basilicata, Calabria, Marche, Molise, Lazio, Lombardia, Piemonte, Sardegna e Umbria" il Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica Covid ha nominato l'ASReM come Soggetto Attuatore per l'attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera nelle strutture di rispettiva competenza.

CRONISTORIA DEL PROGETTO COVID HOSPITAL

Il Commissario Straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica Covid-19, avvalendosi di Invitalia S.p.A., ha dato avvio alla "Procedura aperta di massima urgenza in 21 lotti per la conclusione di accordi quadro con più operatori economici ai sensi dell'articolo 33 della direttiva 2014/24/ue per l'affidamento di lavori, servizi di ingegneria ed architettura e altri servizi tecnici, al fine dell'attuazione dei piani di riorganizzazione della rete ospedaliera nazionale di cui all'articolo 1 del D.L. n. 34/2020, convertito in legge dall'articolo 1 della l. n. 77/2020", con bando di gara del 1° ottobre 2020, inviato alla Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee il 1° ottobre 2020 e pubblicato sulla stessa al n. 2020/S 194-468126 del 6 ottobre 2020, nonché sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - V Serie Speciale, n. 115 del 2 ottobre 2020, nonché sui siti istituzionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Commissario Straordinario all'emergenza e del Ministero della Salute.

La procedura è stata suddivisa in 21 "lotti geografici" e ciascuno di essi è stato ripartito in 4 sub-lotti prestazionali:

1. esecuzione dei lavori, con o senza progettazione;
2. servizi tecnici (progettazione, direzione lavori, coordinamento della sicurezza);
3. verifiche della progettazione ai sensi dell'art. 26 del D. Lgs. 50/2016;
4. collaudo tecnico-amministrativo, tecnico-funzionale e/o statico.

Con l'Ordinanza del Commissario Straordinario n. 29/2020 del 9 ottobre 2020 l'ASReM è stata nominata soggetto attuatore del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Molise.

Con note prot. 116070/2020, 116071/2020 e 116072/2020, tutte del 23-11-2020, si è proceduto ad ordinare l'attivazione dell'intervento, con riferimento alle attività di cui al sub-lotto prestazionale n. 2 (servizi tecnici di progettazione, direzione lavori e coordinamento della sicurezza), alla RTP individuata dalla struttura commissariale con la procedura aggiudicata con provvedimento del 28-10-2020.

In data 25-11-2020 si è proceduto alla stipula con la RTP della "Convenzione per l'affidamento di incarico professionale inerente l'intervento: "Programma di potenziamento della rete ospedaliera regionale del Molise per emergenza COVID-19 – Intervento n. 1 – Terapie Intensive e Semintensive e Pronto Soccorso dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso" (formalizzata con Delibera del Direttore Generale ASReM n. 965 del 26-11-2020).

Con nota prot. 9121/2021 del 19-01-2021, si è proceduto ad ordinare l'attivazione dell'intervento, con riferimento alle attività di cui al sub-lotto prestazionale n. 3 (validazione della progettazione), alla EN3 S.R.L., con sede legale in Milano (MI) alla via Libero Temolo 4 - C.A.P. 20126 - Partita IVA n. 01745200764, individuata dalla struttura commissariale con la procedura aggiudicata con provvedimento del 28-10-2020.

In data 01-02-2021 si è proceduto alla stipula con la EN3 S.r.l. della Convenzione per l'affidamento dell'incarico professionale inerente la verifica della progettazione esecutiva.

Il progetto esecutivo redatto dalla RTP è stato regolarmente verificato dalla Società EN3 in data 22-02-2021 con ESITO POSITIVO.

Di conseguenza, con ODA n. 27665 del 22-02-2021 l'ASReM, in qualità di soggetto attuatore, ha ordinato al Consorzio stabile, affidatario del sub-lotto prestazionale n. 1 (lavori), l'attivazione dell'intervento.

Il Consorzio, visto il progetto esecutivo, ha evidenziato una serie di eccezioni asseritamente ostative alla consegna dei lavori in via d'urgenza che, nonostante l'impegno della Direzione Generale per la Salute e dell'ASReM ancora non sono avvenute.

Al fine di addivenire ad un accordo sulla consegna dei lavori, il RUP invita il Consorzio, la RTP di progettazione e la Società di verifica ad un incontro presso i locali dell'ASReM per il giorno 29.04.2021. Alla riunione partecipa, collegato in remoto, anche il Tenente Colonnello De Santis, RUP per la Regione Molise nominato dal Commissario Straordinario per l'emergenza Covid 19.

Nel corso dell'incontro viene deciso che saranno convocati ulteriori incontri per concordare la definizione degli elementi di dettaglio ostativi alla stipula del contratto.

6.1 Attivazione/disattivazione posti letto

La tempistica dell'attivazione dei posti letto costituisce la condizione determinante per rispondere all'incremento rapido e progressivo della curva epidemica e allo stesso tempo per garantire un'adeguata gestione del boarding in Pronto Soccorso. È stata adattata la precedente Rete concentrata sull'Hub, ad una configurazione diffusa nella Rete Ospedaliera per acuti, per rispondere alle seguenti esigenze:

- Sostenere la resilienza dei pronto soccorso, che hanno gestito e garantito l'assistenza con elevata professionalità nella fase iniziale del picco epidemico;
- Disporre di aree assistenziali attive dotate di personale, competenze dei servizi di medicina di urgenza e ossigeno ad alti volumi;
- Rispondere al bisogno clinico dei pazienti amplificato dalla necessità di trattare patologie primarie in presenza dell'evoluzione del quadro respiratorio e delle complicanze dell'infezione da SARS-CoV-2;
- Individuare setting assistenziali specifici per casi confermati con specifiche esigenze cliniche di monitoraggio e trattamento (dialisi, patologia psichiatrica, persone con immunosoppressione, ecc).

A seguito dell'inserimento degli Ospedali della Rete di Emergenza nella Rete Ospedaliera COVID19, sono istituite, per la gestione dei pazienti COVID-19 o comunque positivi al virus SARS-CoV-2, aree grigie, area multidisciplinare gestita per competenza nosologica e personale infermieristico dedicato a gestione della direzione sanitaria dell'ospedale. Al fine di garantire un'adeguata e appropriata assistenza ai pazienti non affetti da COVID-19 la rete Ospedaliera regionale rimodula la propria organizzazione delocalizzando l'erogazione di prestazioni chirurgiche nei presidi spoke attribuendo un numero di posti letto necessario a rispondere al bisogno assistenziale e agli obiettivi clinici. L'Azienda, nella fase di coinvolgimento nella Rete COVID-19, adotta un'organizzazione in grado di perseguire le seguenti priorità e obiettivi:

- Utilizzo delle misure di prevenzione per il contenimento della diffusione dell'infezione da SARSCoV-2, attuando iniziative periodiche e strutturate di formazione e diffusione delle conoscenze, e sviluppo i programmi di sorveglianza e monitoraggio del personale;
- Mantenimento di percorsi separati in Pronto Soccorso, con l'adozione di pre-triage e area di valutazione COVID-19 progressivamente adeguata ai volumi di accesso;
- Esecuzione dei test di laboratorio previsti per la diagnosi dell'infezione da SARS-CoV-2 per i pazienti sintomatici o a alto rischio;
- Definizione di un equilibrio dei posti letto tra aree disciplinari, in particolare medica e chirurgica, sufficienti a garantire le seguenti priorità assistenziali:
 - Ricoveri di urgenza;
 - Percorso oncologico;
 - Reti tempo-dipendenti;
 - Patologie a rischio di rapido deterioramento clinico;
- Individuazione di interventi di sistema per mantenere l'equilibrio tra la disponibilità di posti letto della Rete di Emergenza e della Rete COVID-19 in presenza di valori dell'indicatore settimanale fornito dal Rapporto epidemiologico.

Per far fronte alle attività di cui sopra tra le possibili misure organizzative può essere previsto il ricorso a:

- Ottimizzazione dei turni del personale e dell'uso degli spazi e delle tecnologie ed attrezzature;
- Adozione delle prestazioni aggiuntive per i medici specialisti e per il comparto nelle strutture pubbliche, come da normativa vigente;
- Attuazione delle misure relative all'assunzione a tempo determinato/ indeterminato nell'ambito della programmazione regionale prevista.

Monitoraggio della Rete

Il sistema di monitoraggio utilizza le seguenti fonti:

- Il sistema di Gestione Integrata Pronto Soccorso Emergenza che fornisce in tempo reale le informazioni relative all'attività di Pronto Soccorso;
- La piattaforma Sistema 118, che fornisce in tempo reale la fotografia istantanea degli accessi, delle ambulanze, delle presenze, il boarding in Pronto Soccorso implementato con i transiti e le presenze nell'Area COVID-19 del Pronto Soccorso.
- La piattaforma dei posti letto di area critica (TI, TSI, Reparto COVID, Rianimazione...) aggiornata dai professionisti per la conoscenza dei posti letto attivi, liberi e prenotati e la determinazione dell'Indice di Occupazione (IO), i nuovi ricoveri e il totale dei pazienti ricoverati nei diversi livelli assistenziali, i decessi e i dimessi dalla terapia intensiva e dalla struttura ospedaliera nelle ultime 24h, i ricoveri e i dimessi nelle strutture accreditate.

Va calcolato il fabbisogno di posti letto per le attività non differibili in base ai dati storici per garantire le 1) Prestazioni afferenti al Major Diagnostic Category (MDC) 14, relative alla "Gravidanza, parto e puerperio"; 2) Prestazioni mediche e chirurgiche relative a pazienti oncologici; 3) Prestazioni di ricovero in modalità Urgenza per altre patologie.

Definizione degli scenari di rischio di risposta della rete ospedaliera all'evoluzione dell'epidemia

Il processo di comprensione dell'epidemia da SARS-CoV-2, complesso, progressivo e ancora non completato, ha permesso di ipotizzare un'evoluzione secondo scenari di rischio che tengano conto dell'intensità di crescita/decrecita dei contagi e del relativo impegno del Sistema Sanitario Regionale. L'esperienza maturata a partire dall'inizio della pandemia, soprattutto nel corso della cosiddetta seconda ondata, ha evidenziato tra gli elementi centrali nella gestione dell'emergenza la capacità del sistema di essere resiliente. Se finora il sistema si è prevalentemente concentrato su azioni di reazione, ovvero nel riconoscere la propria vulnerabilità e assumere la posizione migliore per reagire, in questa fase è necessario integrare gli strumenti di monitoraggio disponibili per comprendere i possibili scenari futuri e prepararsi a rispondere in modo proattivo.

Per rispondere alla complessità e alla rapida variabilità dell'evoluzione dell'epidemia si è proceduto con la definizione di scenari con livello di rischio crescente definiti sulla base di range di valori dei nuovi casi positivi giornalieri a cui sono stati associate configurazioni dei posti letto della Rete Ospedaliera COVID-19. Sono stati individuati 5 scenari di rischio sulla base dell'osservazione dei dati storici disponibili che definiscono l'evolvere della Rete Ospedaliera COVID-19 al variare della velocità dell'epidemia.

La dotazione di posti letto associata ai range di nuovi positivi giornalieri è stata definita secondo un approccio prudenziale, considerando un'incidenza del 10% dei ricoveri sui nuovi positivi.

Indicatori di Monitoraggio

Come previsto dallo strumento di monitoraggio dell'epidemia condiviso tra il livello nazionale e quello regionale di cui al DM Salute del 30 aprile 2020, ASReM ha provveduto regolarmente all'inserimento delle informazioni relative ai casi di Covid-19 all'interno di una piattaforma dedicata.

I dati, elaborati dall'ISS e validati dalla cabina di regia, aggregati in report settimanali condivisi e messi a disposizione delle Regioni, relativi a indicatori di processo sulla qualità di monitoraggio, sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti e quelli relativi alla stabilità di trasmissione e alla tenuta dei servizi sanitari

Indicatori di Trend per il passaggio di fase assistenziale

Il monitoraggio costante del CRUSCOTTO DI INDICATORI di TREND da parte del Gruppo di lavoro ha rappresentato la fonte informativa per il processo di assessment necessario alla definizione, da parte della direzione strategica, delle fasi e livelli di rischio previsti dal PIANO AZIENDALE:

- numero attualmente contagiati ed incremento giornaliero
- numero settimanale di ricoveri ospedalieri in area medica e rianimazione
- indice turnover PL
- numero accessi in PS per pazienti Covid e pazienti Non Covid
- numero soggetti contatti certi di caso positivo in isolamento domiciliare a rischio positivizzazione
- numero soggetti in assistenza domiciliare USCA con quadro clinico severo a rischio ospedalizzazione
- dotazione PL prontamente ulteriormente attivabili
- dotazione organica
- presenza varianti
- n. soggetti vaccinati fasce a rischio
- PL strutture intermedie (RSA VENAFRO) e capacità di risposta del sistema "ospedalizzazione a domicilio covid positivi"
- n. di personale coinvolto nei cluster intra-ospedalieri
- valore RT calcolato dall'ISS e trasmesso alla Struttura Commissariale e alla Regione

Il passaggio delle fasi previsto dai piani aziendali è stato determinato dalla valutazione complessiva degli indicatori di trend con atti interni fino alla fase 4, di cui è stata data comunicazione durante le riunioni della UCR e giornalmente dal report epidemiologico aziendale.

L'attivazione della fase 5 si è resa necessaria a causa della grave carenza di posti letto di terapia intensiva e per ridurre il trasferimento di pazienti Covid gravi in altre Regioni.

Infatti la terza ondata epidemica, caratterizzata dalla presenza della variante inglese, ha determinato in un breve lasso di tempo un abnorme aumento dei pazienti sintomatici medio-gravi con necessità di ospedalizzazione tale da mettere in crisi la capacità di risposta del sistema sanitario pubblico, al punto di dover attivare la CROSS per il trasferimento di pazienti di terapia intensiva in altre Regioni e la contemporanea attivazione di p.l. dell'area medica nello *Spoke* di Termoli, di utilizzo delle aree grigie dei PP.OO. di Termoli e di Campobasso.

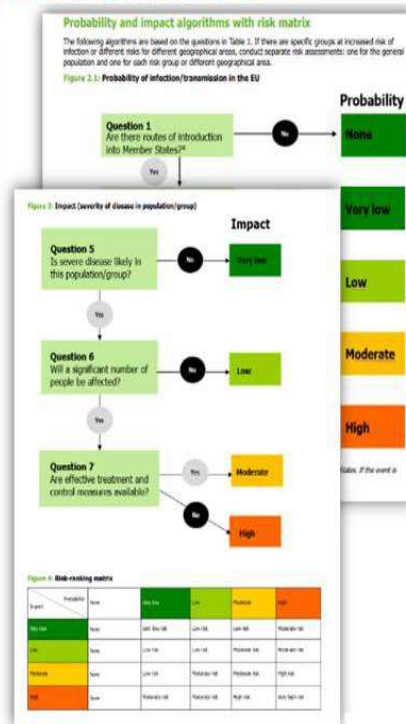
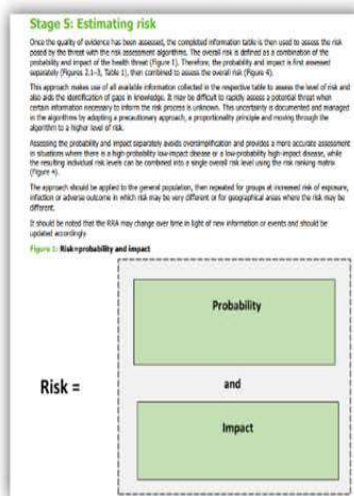
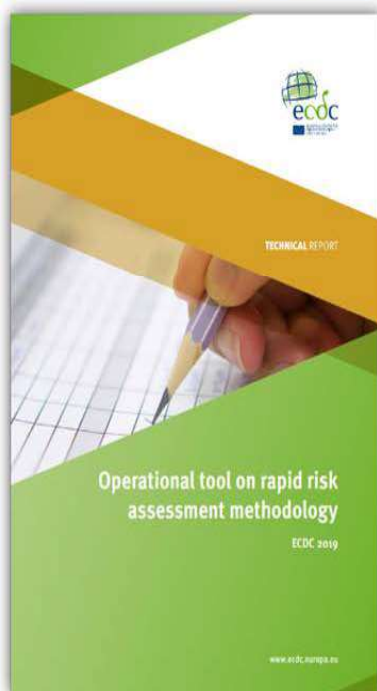
Solo successivamente sono state coinvolte, su espressa richiesta di ASReM, le strutture accreditate regionali per la messa a disposizione di p.l. di terapia intensiva e di sub-intensiva.

La metodologia utilizzata da ASReM, in considerazione dell'evidenza che anche pochi cluster possono modificare il tasso di ospedalizzazione in un panorama regionale caratterizzato soprattutto da carenze storiche di personale, è stata improntata, sulla base della letteratura scientifica, all'utilizzo di indicatori orientati alla valutazione del rischio di escalation delle ondate epidemiche utilizzando indicatori di facile reperimento basati sul rischio e sull'impatto prodotto sul sistema sanitario aziendale. Fattori limitanti quali la disponibilità di personale, l'evidenza di cluster interni sono stati costantemente monitorati al fine di programmare il passaggio di fasi e/o la saturazione dei p.l. soprattutto di area medica, in quanto per le aree di terapia intensiva la possibilità di eventuali trasferimenti in altre regioni poteva non costituire rischio di mancata assistenza.

Piano COVID ASReM

cenario 1 sostenuta ma sporadica trasmissione locale e capacità del SSN di rispondere nell'ambito della gestione ordinaria (endemia)	
Malattie Infettive (piano terra)	fino a 12 PL
Terapia Intensiva COVID	4 PL
Scenario 2 diffusa e sostenuta trasmissione locale con aumentata pressione sul SSN che risponde attivando misure straordinarie preordinate	
Malattie Infettive 12 (piano terra) + 12 (V piano area A)	TOT 24 PL
Terapia Intensiva COVID	fino a 6 PL
Scenario 3-4 diffusa e sostenuta trasmissione locale con aumentata pressione sul SSN che risponde attivando misure straordinarie che coinvolgono anche enti e strutture non sanitarie	
STEP 1: Malattie Infettive - 12 (piano terra) +12 (V piano area A) +17 (V piano area B)	TOT 41 PL
STEP 2: Malattie Infettive - 12 (piano terra) +12 (V piano area A) +17 posti letto (V piano area B) + 7 p.l. (primo piano attuale pediatria)	TOT 48 PL
STEP 3: Malattie Infettive - 12 (piano terra) +12 (V piano area A) + 17 posti letto (V piano area B) + 7 p.l. + 7 p.l. (primo piano attuale pediatria)	TOT 55 PL
Terapia intensiva COVID	fino a 12 PL
Scenario ulteriore	
Attivazione di 18 posti letto di area Covid presso il secondo piano del secondo lotto del P.O. Cardarelli Campobasso (attuale JOC Urologia) affidati alla UOS Anziano fragile	Tot 73 PL
Terapia intensiva COVID	fino a 12 PL

Valutazione del rischio rapida: lo strumento ECDC



<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/operational-tool-rapid-risk-assessment-methodology-ecdc-2019>

Piano COVID ASReM

Come procedere alla escalation e de-escalation
Uso di molteplici indicatori da più flussi informativi
(Criteri epidemiologici + dati di resilienza del Sistema sanitario pubblico)

Indicatore	Fonte informativa	Valore trigger
Tasso di occupazione area medica Covid P.O. Cardarelli valutato bisettimanalmente	Database aziendale	>o = al 60% di occupazione p.l. previsti per ogni fase
Tasso di occupazione area grigia di pazienti in attesa di ricovero dei P.S. spoke	Flusso Emur, rilevazione giornaliera accesso pz. sospetto Covid	> O = al 50% di occupazione
Intervallo di turn-over p.l. area medica covid	Fonte SDO, ADT	
D.M. p.l. area medica covid	Fonte SDO, ADT	
Presenza di varianti nella popolazione	Laboratorio di analisi	>o = al 40% di occupazione p.l. previsti per ogni fase
Dotazione organica personale medico dedicato	Servizio personale	Almeno 5 medici per i p.l. previsti per ogni fase
Numero di pz a domicilio a rischio di ospedalizzazione	Rilevazione giornaliera dati USCA	

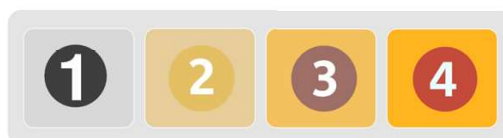
Il monitoraggio di tali indicatori agevola l'analisi delle numerose attività aziendali e supporta il management aziendale nelle attività di coordinamento e programmazione strategica, facilitando l'individuazione di eventuali scostamenti e la pronta individuazione di misure correttive

in base al livello di rischio si predispone lo scenario

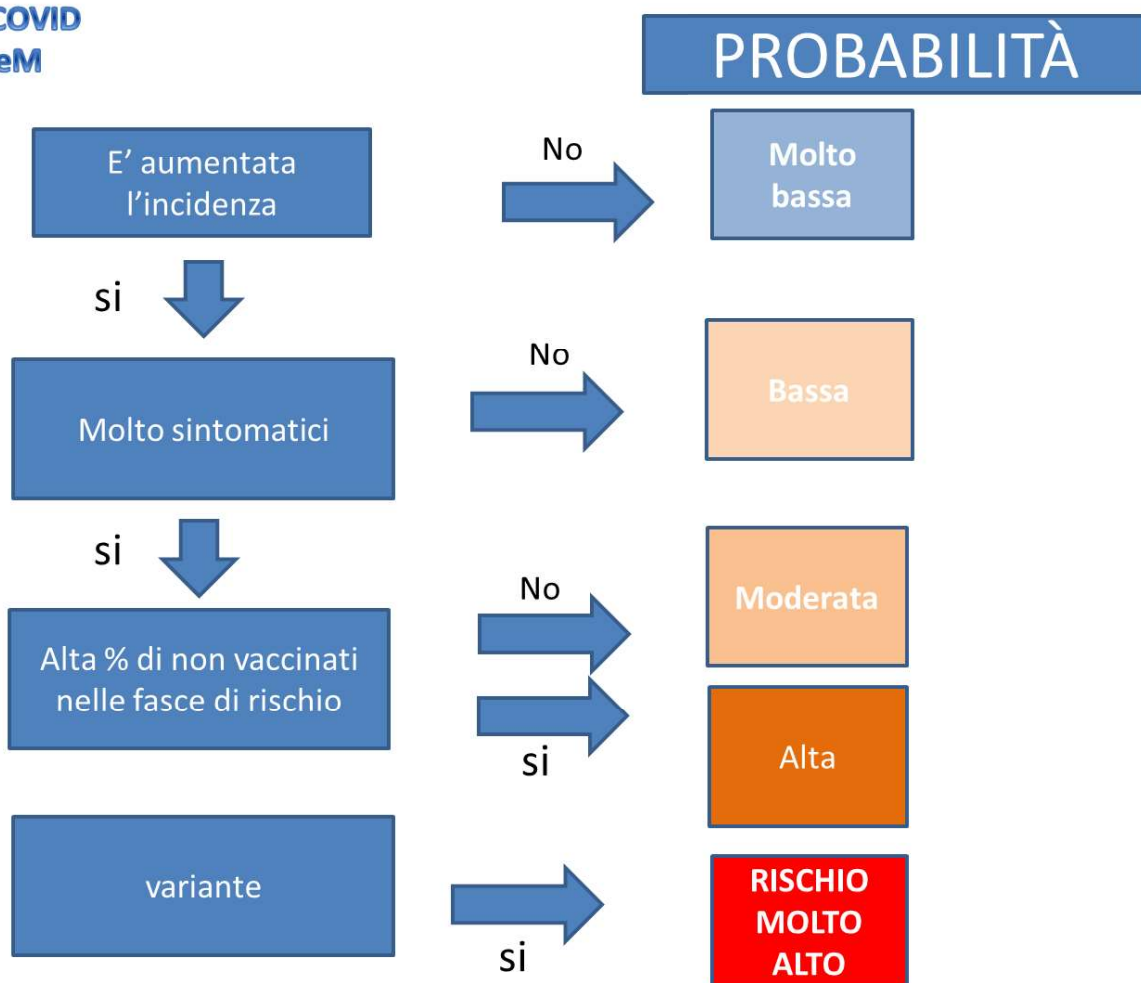
Classificazione del rischio

Probabilità Impatto	Molto Basso	Bassa	Moderata	Alta
Molto Basso	Rischio Molto basso	Rischio Basso	Rischio Basso	Rischio Moderato
Basso	Rischio Basso	Rischio Basso	Rischio Moderato	Rischio Moderato
Moderato	Rischio Basso	Rischio Moderato	Rischio Moderato	Rischio Alto
Alto	Rischio Moderato	Rischio Moderato	Rischio Alto	Rischio Molto Alto

scenario

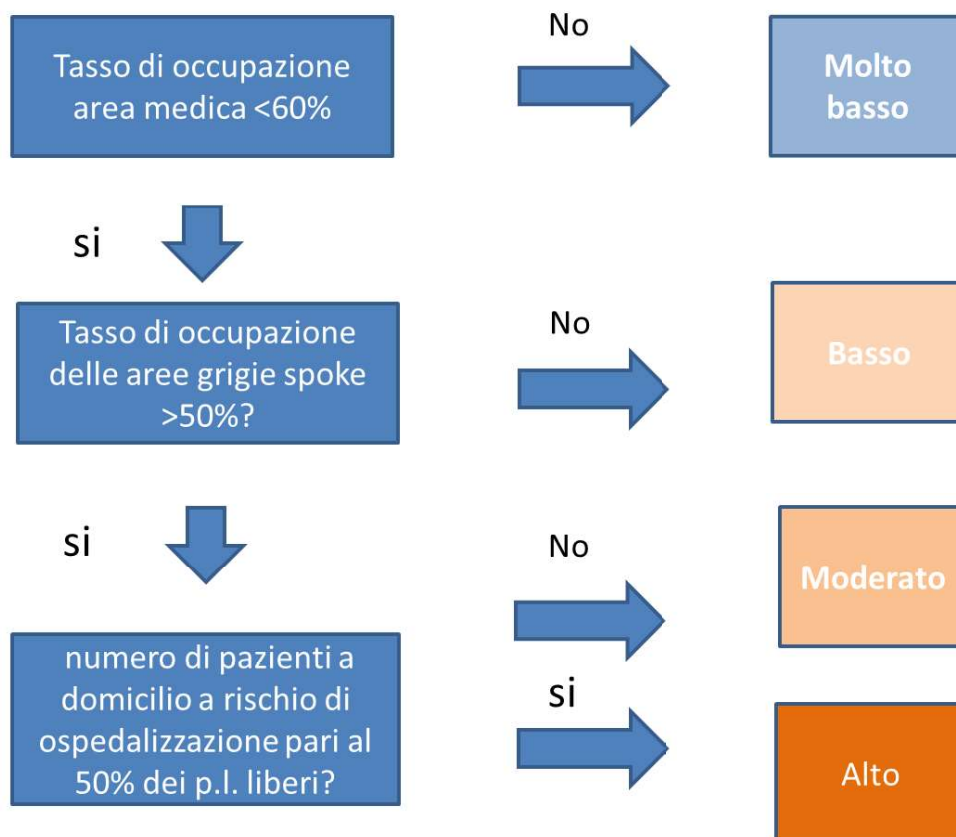


**Piano COVID
ASReM**



**Piano COVID
ASReM**

IMPATTO



7. Altro

7.1 Sistemi informativi

Relativamente al sistema Tessera Sanitaria, è possibile stampare la copia della tessera tramite web (nota prot. n. 49746 del 26 marzo 2020) trasmessa ad ASReM dalla DG Salute *Applicazione web per stampa copia tessera sanitaria - Utente ASL*. Le esenzioni E01, E02, E03 e E04 sono state prorogate fino al 30 giugno 2020. La Regione ha confermato fino al 30 giugno 2020 la validità delle autocertificazioni, in scadenza al 31 marzo 2020, di esenzione per reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per la specialistica riguardanti le seguenti categorie:

- Cittadini fino al compimento del sesto anno di età e *over65*, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 36.151,98 € (codice E01);
- Cittadini disoccupati e loro familiari a carico, con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 €, incrementato fino a 11.362,05 € in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico (codice E02);
- Titolari di assegno (ex pensione) sociale e loro familiari a carico (codice E03);
- Titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 €, incrementato fino a 11.362,05 € in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 € per ogni figlio a carico (codice E04).

Come da DDG n. 26 del 25 marzo 2020 ad oggetto *Ulteriori misure per il contrasto ed il contenimento sul territorio regionale del diffondersi del Covid, ai sensi dell'articolo 32, legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica. Proroga al 30/06/2020 della scadenza per il rinnovo annuale dei certificati di esenzione del ticket*, e seguente nota prot. n. 49250 del 26 marzo 2020 *Notifica DDG n. 26 del 25 marzo 2020* trasmessa ad ASReM, il cittadino può presentare l'autocertificazione in via telematica, sul sito www.sistemats.it, attraverso il Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID) o in alternativa con credenziali di tessera sanitaria con microchip (Tessera sanitaria - Carta Nazionale dei Servizi). In caso di eventuale perdita dei requisiti di reddito che danno diritto all'esenzione, l'assistito è tenuto a darne tempestiva comunicazione ad ASReM, anche attraverso specifiche funzionalità telematiche semplificate che la stessa ASReM renderà note a giorni, per la cessazione del diritto all'esenzione e, pertanto, a non utilizzare più il certificato di esenzione per reddito.

Ad oggi, in ragione del perdurare dello stato emergenziale e della seconda "ondata" in corso, e in osservanza delle disposizioni ministeriali emanate, con lo scopo di prevenire fenomeni di sovraffollamento presso gli uffici dell'ASReM, con la determinazione del Direttore Generale n. 111 del 06 novembre 2020, è stata prorogata al 31 marzo 2021 la scadenza della validità delle autocertificazioni già rese dagli utenti per usufruire dell'esenzione del ticket. Il differimento riguarda tutti i cittadini che hanno presentato autocertificazioni per esenzioni per reddito dal ticket sanitario in scadenza al 31 marzo 2021, con riferimento ai codici E01, E02, E03 e E04.

7.2 Gestione coordinamento con Dipartimento della Protezione Civile

In riferimento alla gestione e coordinamento con il Dipartimento della PC si rimanda al paragrafo del punto 1.2 *Coordinare all'interno dell'Unità di Crisi le azioni da attuare ai vari livelli regionali e predisporre un piano di comunicazione*.

7.3 Collaborazione con Sanità militare, Inail, volontariato, altre collaborazioni

Nel territorio molisano, con la diffusione dell'emergenza epidemiologica in atto, si sono registrati casi di collaborazione con la Sanità Militare. A metà aprile, sono arrivati in Molise due medici militari provenienti dalla Campania che hanno prestato servizio, in base alle disposizioni dell'ASReM, presso l'ospedale di Venafrò SS Rosario dove erano presenti 15 anziani, tutti positivi al Covid. I medici hanno quindi coordinato infermieri e OSS già presenti nella RSA. Con il personale militare è continuata la collaborazione per le vaccinazioni, in quanto l'esercito si è messo a disposizione per effettuare i vaccini presso i punti di somministrazione individuati nel piano vaccinale. Sono anche state inviate apposite equipe mobili formate da personale militare per le vaccinazioni domiciliari. Inoltre, con specifici DCA sono stati coinvolti i medici venezuelani per la somministrazione dei vaccini. È stato istituito un apposito ospedale da campo presso Termoli inizialmente gestito dalla Croce Rossa Italiana che ha operato per effettuare le vaccinazioni, ed in seguito utilizzato attivando il personale di ASReM.

Considerato il periodo prolungato di isolamento dalla vita sociale, di lontananza dalla sede di lavoro, di convivenza con la famiglia senza momenti per sé e la paura di ammalarsi si possono creare stati di ansia, fragilità e apprensione. Inoltre, anche la percezione del rischio può essere distorta e amplificata sino a portare a condizioni di panico. Il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASReM ha messo a punto un programma strutturato di intervento telefonico per l'emergenza psicologica legata alla pandemia e misure di distanziamento fisico. Il programma viene effettuato da specialisti prevalentemente dei Centri di Salute Mentale di Campobasso, Isernia e Termoli. Il programma garantisce la privacy e prevede l'intervento telefonico sia per la popolazione generale, sia per il personale sanitario attivamente coinvolto nell'emergenza. Per accedere al programma gratuito è sufficiente telefonare il lunedì pomeriggio dalle ore 15.00 - 17.00 e il giovedì mattina dalle ore 10.00 - 12.00 ai numeri telefonici preposti⁸.

Anche la Società Italiana Psicologia dell'Emergenza Molise (SIPEM Sos) con la Casa dei diritti delle persone ha anche attivato uno sportello gratuito di ascolto telefonico rivolto ai cittadini, ai medici e agli operatori sanitari. Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 10.30 - 12.30 al numero telefonico dedicato⁹.

Infine, Lega Internazionale per i Diritti dell'Uomo (L.I.D.U.) Abruzzo e Molise ha costituito il "Pronto C.A.P.", un Coordinamento di Assistenza Psicologica gratuita telefonica. Per prenotare l'assistenza si deve chiamare il numero dedicato o inviare e-mail all'indirizzo segreteria@liduabruzzo.it¹⁰.

7.4 Piano di comunicazione con i cittadini

I siti istituzionali della regione Molise e di ASReM presentano ampie aree dedicate alle informazioni utili, alle misure messe in atto per il contrasto del Covid e ai provvedimenti previsti a favore di lavoratori e imprese. Quotidianamente la regione Molise, sul proprio sito istituzionale e sui principali canali social (*Facebook*, *Instagram*) riporta un aggiornamento sui numeri relativi all'emergenza Covid. In particolare, vengono specificati per ogni indicatore (numero di contagiati, ospedalizzati, guariti, deceduti, tamponi processati). Tali informazioni di carattere quantitativo, sono integrate con grafici relativi alla distribuzione dei positivi per provincia, per età e con mappe contenenti la distribuzione del numero dei contagi sul territorio regionale, l'indicazione delle zone rosse e delle zone soggette a limitazioni regionali. Sul sito della regione Molise, inoltre, è possibile consultare l'elenco delle domande frequenti (FAQ) inerenti all'emergenza, in modo tale da fornire una risposta immediata agli utenti in difficoltà. Sono riportati i comportamenti da adottare per il contrasto e il

⁸ <https://www.asrem.gov.it/2020/04/03/comunicato-stampa-direttore-dipartimento-di-salute-mentale/>

⁹ <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5388&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>

¹⁰ <http://www.teleaesse.it/nsmvideo76253/medicina-e-salute/l-i-d-u-abruzzo-e-molise-fornisce-assistenza-psicologica-gratuita-da-coronavirus/>



contenimento della diffusione del virus nel territorio e i contatti per le richieste di informazioni. Sia sui siti della regione Molise e ASReM che sui canali social appositi, grande spazio è attribuito alle ordinanze emanate dal Presidente della Regione, in aggiunta alle misure nazionali, in modo tale che tutti i cittadini possano esserne tempestivamente informati. Grande rilevanza è anche attribuita a videomessaggi del Presidente della Regione e del Direttore Generale ASReM, alle conferenze stampa e agli appelli rivolti ai cittadini sui canali social. Per qualsiasi informazione generale e sulle misure urgenti per il contenimento e la gestione del contagio sono stati attivati i numeri regionali (0874313000; 0874409000) come comunicato nell'ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 2 del 26 febbraio 2020.

8. Conti Economici Covid: IV Trimestre 2020 e Programmatico 2021

Al presente Programma Operativo per la gestione dell'emergenza Covid si allega il Conto Economico IV Trimestre 2020 Covid e il Conto Economico Programmatico 2021 Covid.

Per l'anno 2020, il CE condiviso replica i dati già trasmessi ai dicasteri competenti.

Per l'anno 2021, i finanziamenti ad oggi ripartiti sono stati inclusi interamente e sono state iscritte ad accantonamento le somme non utilizzabili. I costi sono stati costruiti come stima lineare dei costi Covid rilevati nel corso del I Trimestre 2021 con le seguenti eccezioni:

- Consulenze e costo del personale a tempo determinato. Si stima che i costi rilevati nel I Trimestre 2021 si replicheranno ancora per il II Trimestre – portando ad un valore annuale pari al doppio del I Trimestre –, mentre nella seconda metà dell'anno ci si aspetta che le procedure concorsuali saranno completate; i relativi costi sono quindi stati iscritti a costo del personale ed è stato incluso il relativo importo IRAP;
- Costo del personale a tempo indeterminato. Gli importi iscritti a queste voci corrispondono agli incentivi per il personale dipendente e sono stati valorizzati coerentemente con i finanziamenti previsti dal DL 34/2020. Le somme includono sia le somme previste per l'anno 2021, sia le somme previste per l'anno 2020; queste ultime, non essendo stati formalizzati nel corso del 2020 gli accordi in merito, sono state accantonate nell'anno 2020 e risultano quindi iscritte ad "Utilizzo quote vincolate esercizi precedenti" nel Programmatico 2021;
- Prestazioni da privato. Si sono replicati i costi iscritti a IV Trimestre 2020 per le prestazioni ospedaliere. Si è inoltre aggiunta una stima dei costi che saranno sostenuti per garantire le prestazioni di specialistica ambulatoriale ai pazienti che hanno contratto il virus.

Tabella 18: Conti Economici Covid IV Trimestre 2020 e Programmatico 2021 con il dettaglio dei costi ad oggi finanziati

140 Regione Molise - Consolidato Regionale				
ID	CONTO ECONOMICO €000	IV TRIMESTRE 2020 - codice "COV20" A	Programmatico 2021 - codice "COV20" B	di cui Progr. 2021 COV20 finanziato C
A1	Contributi F.S.R.	20.743	9.583	9.583
A2	Saldo Mobilità	-	-	-
A3	Entrate Proprie	500	-	-
A4	Saldo Intramoenia	-	-	-
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	(649)	(749)	-
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	(13.624)	(727)	(727)
A	Totale Ricavi Netti	6.969	8.107	8.856
B1	Personale	1.209	6.387	6.387
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	59	379	-
B3	Altri Beni e Servizi	10.350	12.628	-
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	-	-	-
B5	Accantonamenti	-	-	-
B6	Variazione Rimanenze	-	-	-
B	Totale Costi Interni	11.617	19.394	6.387
C1	Medicina Di Base	855	2.189	2.189
C2	Farmaceutica Convenzionata	-	-	-
C3	Prestazioni da Privato	1.531	1.746	-
C	Totale Costi Esterni	2.386	3.935	2.189
D	Totale Costi Operativi (B+C)	14.003	23.329	8.576
E	Margine Operativo (A-D)	(7.034)	(15.222)	280
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	-	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	-	-	-
F3	Oneri Fiscali	83	280	280
F4	Saldo Gestione Straordinaria	(431)	-	-
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	(348)	280	280
G	Risultato Economico (E-F)	(6.686)	(15.502)	-
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	-	-	-
I	Risultato Economico complessivo di fiscalità aggiuntiva (G+H)	(6.686)	(15.502)	-

