

REGIONE UMBRIA

PROGRAMMA OPERATIVO PER LA GESTIONE
EMERGENZA COVID-19
ANNO 2020

INDICE

Premessa

1. Percorso metodologico

- 1.1 Definizione sintetica dello scenario regionale pre emergenza
- 1.2 Individuazione degli interventi da attuare
- 1.3 Costruzione del modello programmatico
 - 1.3.1. Schema sintetico conto economico Covid-19

2. Aree di riferimento del Programma Operativo

2.1. Area del “Governo del Sistema”

- 2.1.1. Area “Utilizzo dei fattori produttivi”
 - 2.1.1.1 “Personale”
 - 2.1.1.2 “Farmaci”
 - 2.1.1.3 “Dispositivi medici”
 - 2.1.1.4 “Altri beni sanitari”
 - 2.1.1.5 “Servizi non sanitari”

2.2 Area “Revisione temporanea rete assistenziale”

- 2.2.1. “Area ospedaliera”
- 2.2.2. “Area territoriale”
 - 2.2.2.1 “Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale della Regione Umbria”
 - 2.2.2.2 “Proroga delle esenzioni”
 - 2.2.2.3 “Il programma di recupero delle prestazioni”
- 2.2.3 “Monitoraggio piani”
- 2.2.4 “Prevenzione”
- 2.2.5 “Medicina di base e pediatria di libera scelta”
- 2.2.6 “Continuità assistenziale”
- 2.2.7 “Specialistica convenzionata interna”
- 2.2.8 “Privati accreditati”
- 2.2.9 “Mobilità extraregionale e intraregionale pazienti Covid-19”
- 2.2.10 “Socio-Sanitario”

2.3. Altro

- 2.3.1 Gestione coordinamento con Dipartimento della Protezione civile
- 2.3.2 Riorganizzazione Direzione Regionale Sanità e Welfare
- 2.3.3 Gestione della Comunicazione
- 2.3.4. Gestione della formazione

ALLEGATI

PREMESSA

In data 30 gennaio 2020, l'epidemia da COVID-19 è stata dichiarata dall'Organizzazione mondiale della Sanità quale emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale e che successivamente, a causa dell'estendersi della stessa a livello mondiale, è stata dichiarata pandemia con conseguente dichiarazione dello stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili, ad oggi prorogata fino al 31/01/2021.

Nella predisposizione del Programma Operativo Covid 19, redatto ai sensi dell'art 18 comma 1 del D.L. 18/20 convertito con L. 27/20, si è tenuto conto dell'evoluzione dello stato emergenziale nelle sue fasi, rilevando pertanto tutto ciò che la Regione Umbria ha messo in campo in termini sia programmatici che operativi rispetto alle fasi di gestione dell'emergenza, nonché si è proceduto a valutare e definire le misure necessarie e possibili rispetto a risorse, strutture e tempi per i prossimi interventi atti non solo a gestire l'emergenza, ma contemporaneamente garantire l'assistenza e l'erogazione di tutte le altre prestazioni comunque necessarie al SSR.

In particolare durante la FASE 1 – gestione emergenziale – sono state messe in campo tutte le misure straordinarie di controllo epidemico attivando la sorveglianza e l'isolamento domiciliare, riducendo o sospendendo le attività non procrastinabili, quali quelle ambulatoriali non urgenti.

La Regione Umbria ha quindi risposto alla FASE 1 di accrescimento della curva del contagio con tempestività e appropriatezza, riorganizzando al meglio l'offerta assistenziale e ridefinendo le attività di sorveglianza.

Il DPCM 26 aprile 2020 segna l'avvio della cosiddetta FASE 2 nella quale si assiste alla ripresa di parte delle attività produttive, che in forza di precedenti decreti erano state sospese, pertanto al fine di adottare misure volte al contenimento dell'emergenza, pur se in un contesto epidemiologico in miglioramento, si è reso necessario avviare una fase programmatica che, con la massima sicurezza, favorisse il progressivo riavvio delle attività, garantendo comunque la tenuta del sistema sanitario regionale.

Obiettivo primario in questa fase è stato quello di contenere il rischio di ripresa di focolai epidemici da COVID 19, mediante misure di prevenzione e protezione di tutti i soggetti che afferiscono alle strutture sanitarie, per esigenze di salute, di lavoro o di carattere sociale.

La Regione Umbria ha quindi predisposto indirizzi per la ripresa delle attività sanitarie territoriali e in parte di quelle ospedaliere al fine di consentire un passaggio controllato dalla FASE 1 alla FASE 2. Grande rilievo è stato dato alle attività di monitoraggio dell'andamento della situazione epidemiologica in tutto il territorio umbro, così come previsto dal comma 11 dell'art. 2 del DPCM del 26.4.2020. Lo scopo del monitoraggio è proprio quello di classificare tempestivamente il livello di rischio per poter modulare le attività di risposta definendo indicatori specifici con valori di soglia e valori di allerta.

La situazione epidemiologica nei mesi estivi ha mostrato un sostanziale miglioramento delle condizioni epidemiche e una complessiva tenuta del sistema sanitario, tutto ciò ha imposto una ulteriore riprogrammazione delle attività, sia in ambito territoriale che ospedaliero, per consentire un completo, anche se graduale, ritorno agli assetti organizzativi pre-pandemia.

Per la ulteriore ripresa progressiva delle attività nella FASE 3 la Regione ha operato per definire le misure di prevenzione e compartimentazione necessarie a minimizzare e ridurre la diffusione e la circolazione virale contestualmente al pieno riavvio delle attività anche per abbattere le liste di attesa. La forte ripresa dell'epidemia nel periodo ottobre - novembre ha però indotto una nuova completa riorganizzazione delle strutture sanitarie e l'attivazione di tutte le misure necessarie non solo a gestire



l'emergenza ma anche a garantire, pur se in maniera limitata, l'attività di carattere ordinario già compromessa dalla prima fase pandemica.

Pertanto, lo stesso programma operativo ha necessitato di continue integrazioni ed aggiornamenti coerentemente con la verifica della compatibilità degli interventi rispetto alle misure economiche messe progressivamente in campo.

1. Percorso metodologico

1.1 Definizione sintetica dello scenario regionale pre emergenza

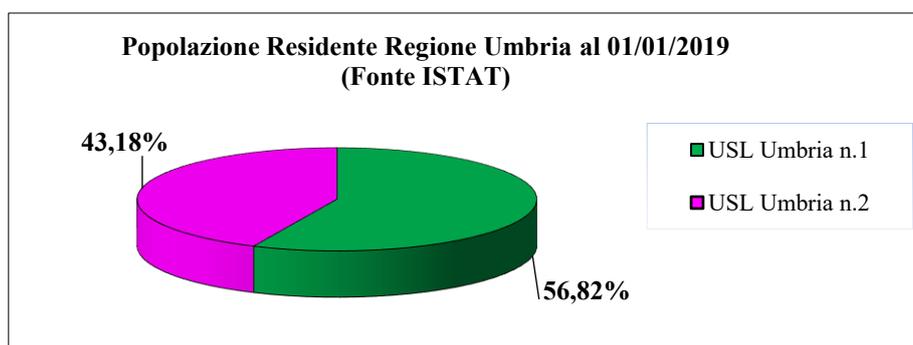
Territorio e Bacino d'Utenza.

La Regione Umbria ha una **superficie complessiva di 8.490,43 Km^q** dove insistono **92 Comuni**. Al 1 Gennaio 2019 la popolazione residente in Umbria risultava complessivamente di **882.015 abitanti** (Fonte ISTAT) con una prevalenza del sesso femminile (51,8 % di donne, 48,16% di uomini).

Popolazione Residente Regione Umbria al 01/01/2019 (Fonte ISTAT)

Distretti	POPOLAZIONE RESIDENTE	SUPERFICIE KM. Q.	DENSITA' PER KM. Q.
Distretto del Perugino	193.954	551,49	351,36
Distretto dell'Assisano	62.158	384,37	161,88
Distretto della MVT	57.401	781,16	73,93
Distretto del Trasimeno	57.435	777,95	74,08
Distretto dell'Alto Tevere	76.176	987,25	77,31
Distretto dell'Alto Chiascio	54.062	816,16	66,62
AZIENDA USL Umbria n.1	501.186	4.298,38	116,8
Distretto di Terni	131.221	530,01	247,58
Distretto di Foligno	98.405	901,77	109,12
Distretto di Narni Amelia	51.579	645,58	79,9
Distretto di Spoleto	47.276	466,41	101,36
Distretto di Orvieto	40.635	775,89	52,37
Distretto di Valnerina	11.713	832,43	14,07
AZIENDA USL Umbria n.2	380.829	4.192,05	91,72
REGIONE UMBRIA	882.015	8.490,43	103,88

La regione conta due **Aziende Sanitarie Territoriali**, la **USL Umbria n. 1** che assiste il **56,82%** della popolazione e la **USL Umbria n. 2** che ne assiste il **43,18%**.



La distribuzione della popolazione per fasce di età, riportata di seguito, mostra una percentuale di **ultrasessantacinquenni pari al 25,58%**.

Popolazione residente per fasce di età e per Distretto al 01/01/2019 (Fonte ISTAT)



Fasce d'età	0-14		15-64		65-74		>= 75		Totale
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Distretto del Perugino	26.170	13,49%	121.805	62,80%	21.398	11,03%	24.581	12,67%	193.954
Distretto dell'Assisano	8.318	13,38%	39.267	63,17%	6.771	10,89%	7.802	12,55%	62.158
Distretto della MVT	7.252	12,63%	35.576	61,98%	6.479	11,29%	8.094	14,10%	57.401
Distretto del Trasimeno	7.405	12,89%	35.180	61,25%	6.910	12,03%	7.940	13,82%	57.435
Distretto dell'Alto Tevere	9.823	12,90%	47.403	62,23%	8.954	11,75%	9.996	13,12%	76.176
Distretto dell'Alto Chiascio	6.476	11,98%	33.216	61,44%	6.541	12,10%	7.829	14,48%	54.062
Azienda USL Umbria n.1	65.444	13,06%	312.447	62,34%	57.053	11,38%	66.242	13,22%	501.186
Distretto di Terni	15.449	11,77%	80.804	61,58%	16.067	12,24%	18.901	14,40%	131.221
Distretto di Foligno	12.359	12,56%	60.545	61,53%	11.790	11,98%	13.711	13,93%	98.405
Distretto di Narni Amelia	5.890	11,42%	31.388	60,85%	6.758	13,10%	7.543	14,62%	51.579
Distretto di Spoleto	5.607	11,86%	28.917	61,17%	5.906	12,49%	6.846	14,48%	47.276
Distretto di Orvieto	4.462	10,98%	24.336	59,89%	5.424	13,35%	6.413	15,78%	40.635
Distretto di Valnerina	1.271	10,85%	7.466	63,74%	1.393	11,89%	1.583	13,51%	11.713
Azienda USL Umbria n.2	45.038	11,83%	233.456	61,30%	47.338	12,43%	54.997	14,44%	380.829
REGIONE UMBRIA	110.482	12,53%	545.903	61,89%	104.391	11,84%	121.239	13,75%	882.015

Il Sistema Sanitario Regionale è composto dalle e due **Aziende Sanitarie Territoriali**, la **USL Umbria n. 1** e **USL Umbria n. 2** e dalle due **Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni**.

Per quanto riguarda il personale delle Aziende sanitarie regionali si rappresenta di seguito la consistenza al 31.12.2019 distinta per ruolo:

Consistenza personale Aziende sanitarie regionali	coperti al 31.12.2019
DIRIGENTI MEDICI	2.250
DIRIGENTI VETERINARI	106
DIRIGENTI FARMACISTI	55
DIRIGENTI BIOLOGI	101
DIRIGENTI CHIMICI	3
DIRIGENTI PSICOLOGI	88
DIRIGENTI FISICI	16
DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	9
COLLABORATORI PROF.SAN.	1.620
INFERMIERI	5.067
TOTALE RUOLO SANITARIO	9.315
TOTALE RUOLO PROFESSIONALE	27
DIRIGENZA	3
COMPARTO	2.253
TOTALE RUOLO TECNICO	2.256
DIRIGENZA	16
COMPARTO	771
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	787
TOTALE GENERALE	12.385

La Rete Ospedaliera Regionale si compone di strutture Pubbliche, Aziende ospedaliere e Presidi di ASL, e Private Accreditate per le quali si riporta di seguito la tipologia di Struttura e la dotazione dei Posti letto alla luce della DGR DGR 212/2016 “Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale” in attuazione del regolamento recante: “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, di cui al D.M. 70 del 2 aprile 2015 e successive integrazioni ed atti.

Tipologia di Struttura Ospedaliera Pubblica

AZIENDA SANITARIA	PRESIDIO OSPEDALIERO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	Ospedale di Base	Ospedale sede di DEA I livello	Ospedale sede di DEA II livello	Riabilitazione	
Azienda Umbria n.1	P.O. Alto Tevere	Città di Castello		X			
		Umbertide	X				
	P.O. Unificato	P.O. Gubbio-Gualdo Tadino	Gubbio-Gualdo Tadino		X		
			Castiglione del Lago	X			
		Assisi	Assisi	X			
			Media Valle Tevere	X			
Passignano					X		
Azienda USL Umbria n.2	P.O. Foligno	Foligno		X			
		Trevi				x	

	P.O. Spoleto	Spoleto		X		
		Norcia	X			
		Cascia				X
	P.O. Narni/ Amelia	Narni	X			
		Amelia	X			
		Domus Gratiae				X
P.O. Orvieto	Orvieto		X			
Azienda Ospedaliera di Perugia	Ospedale Perugia	Ospedale Perugia			X	X
Azienda Ospedaliera di Terni	Ospedale Terni	Ospedale Terni			X	X

Dotazione Posti Letto per ACUTI Strutture Pubbliche Regione Umbria – Anno 2019

AZIENDA SANITARIA	PRESIDIO OSPEDALIERO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	POSTI LETTO ACUTI
USL Umbria n. 1	P.O. Alto Tevere	Città di Castello	175
		Umbertide	35
	P.O. Gubbio-Gualdo Tadino	Gubbio-Gualdo Tadino	131
		Castiglione del Lago	47
	P.O. Unificato	Assisi	50
		Media Valle Tevere	75
Totale USL Umbria 1			513
USL Umbria n. 2	SPDC*	Terni	11
	P.O. Foligno	Foligno	281
		SPDC Foligno*	12
	P.O. Spoleto	Spoleto	133
		Norcia	22
	P.O. Narni/ Amelia	Narni	79
Amelia		33	
P.O. Orvieto	Orvieto	147	
Totale USL Umbria 2			718
Azienda Ospedaliera di Perugia		Ospedale Perugia	778
		SPDC Perugia*	17
Azienda Ospedaliera di Terni		Ospedale Terni	531
TOTALE POSTI LETTO			2.557

Dotazione Posti Letto per ACUTI Strutture Private Accreditate Regione Umbria – Anno 2019

AZIENDA SANITARIA	PRESIDIO OSPEDALIERO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	POSTI LETTO ACUTI
Case di Cura USL Umbria 1	Casa di cura Villa Fiorita	Casa di cura Villa Fiorita	40
	Casa di cura Porta Sole	Casa di cura Porta Sole	71

	Casa di cura LAMI	Casa di Lami	50
	Casa di cura Liotti	Casa di cura Liotti	60
Casa di Cura USL Umbria 2	Casa di cura Villa Aurora	Casa di cura Villa Aurora	30
TOTALE POSTI LETTO			251

L'organizzazione della **Rete di Assistenza Territoriale** si basa sulla presenza delle due Aziende Sanitarie Territoriali **ognuna** articolata in **6 Distretti**, **1 Dipartimento di Prevenzione** e **1 Dipartimento della Salute Mentale**.

I **Distretti socio sanitari delle Aziende USL** sono articolati come di seguito:

Articolazione Distretti, Centri di Salute, Punti Erogazione Servizi e Punti Unici di Accesso

AZIENDA USL	DISTRETTO	CENTRI DI SALUTE	PUNTI DI EROGAZIONE SERVIZI (PES)	PUNTI UNICI DI ACCESSO
USL UMBRIA 1	Distretto del Perugino	5	10	1
	Distretto dell'Assisano	1	6	1
	Distretto della MVT	2	8	1
	Distretto del Trasimeno	2	6	1
	Distretto dell'Alto Tevere	2	8	1
	Distretto dell'Alto Chiascio	2	6	1
	TOTALE (6 Distretti)	14	44	6
USL UMBRIA 2	Distretto Terni	3	9	1
	Distretto Foligno	4	13	1
	Distretto Narni Amelia	2	7	1
	Distretto Spoleto	2	8	1
	Distretto Orvieto	2	5	1
	Distretto Valnerina	2	9	1
	TOTALE (6 Distretti)	15	51	6
UMBRIA		29	95	12

Nel livello di assistenza territoriale, sono comprese le seguenti attività assistenziali:

- assistenza primaria ad opera dei **Medici di Medicina Generale (MMG)**, dei **Pediatri di Libera Scelta (PLS)** e dei **Medici di Continuità Assistenziale (CA)**
- assistenza farmaceutica;
- assistenza protesica;
- assistenza integrativa;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza termale;
- cure domiciliari;
- cure intermedie;
- attività e servizi per la tutela della salute nell'infanzia e in età evolutiva;
- attività e servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali rivolti alle persone con disabilità fisica, alle persone anziane non autosufficienti, alle persone con disabilità psichica, alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool;

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie, a pazienti nella fase terminale e cure palliative (assistenza domiciliare/hospice), alle persone con infezione da HIV.

Nell'ambito dei 2 **Dipartimenti di Prevenzione**, attraverso le articolazioni organizzative, sono garantiti i livelli essenziali di assistenza di prevenzione collettiva e sanità pubblica:

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- salute animale e igiene urbana veterinaria;
- sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività medico legali per finalità pubbliche.

1.2 Individuazione degli interventi da attuare (interventi e tempi di attuazione)

Con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

Con DGR 05.02.2020, n. 54 è stata costituita la Task Force Regionale, con DGR 26.02.2020, n. 126, recante “*DGR 1037/2016. Emergenza Nazionale CORONAVIRUS (2019-nCoV). Adempimenti regionali e istituzione del Centro Operativo Regionale (COR) presso il CRPC di Foligno*”, la Giunta Regionale ha stabilito di avvalersi del Centro Operativo Regionale, per la gestione dello stato di emergenza. Con Determinazione Direttoriale n. 1869 del 02/03/2020 è stata istituita presso il COR l'Unità Strategica di raccordo per l'emergenza Coronavirus e l'Unità di Crisi.

Lo scenario epidemiologico caratterizzato dal rapido diffondersi dell'epidemia ha reso necessario, a livello Centrale e Regionale, attuare ogni procedura ritenuta necessaria a tutela e garanzia della salute pubblica e mettere in atto drastiche misure di contenimento e contestualmente avviare un processo di riorganizzazione dei servizi sanitari per rendere adeguata l'offerta ai bisogni della popolazione nel momento dell'emergenza COVID-19 sia in ambito ospedaliero che territoriale seguendo le indicazioni ministeriali.

Si è dovuto mettere in campo un'ingente trasformazione anche dei processi di erogazione delle ordinarie prestazioni sanitarie da parte delle strutture pubbliche e delle private accreditate, sia sul versante delle attività ospedaliere, sia delle attività territoriali, con la misura più apparentemente drastica di sospensione delle attività programmate differibili come disciplinato dalle Circolari del Ministero della Salute, con integrazioni e note regionali applicative.

La Presidente della Giunta regionale ha adottato Ordinanze contingibili ed urgenti ex art. 32, co. III della L 833/1978 per individuare le strutture ospedaliere atte a ricevere i pazienti COVID e nello specifico:

- Ordinanza 12 marzo 2020, n. 5 recante “*Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da CoVID-19. Riconversione temporanea dello stabilimento ospedaliero Media Valle del Tevere sito in Pantalla (PG)*”,
- Ordinanza 13 marzo 2020, n. 6, recante “*Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da CoVID-19. Riconversione parziale e temporanea dello stabilimento ospedaliero di Città di Castello (PG)*”;

- Ordinanza 23 marzo 2020, n. 9, recante *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da CoVID-19. Riconversione parziale e temporanea dello stabilimento ospedaliero di Foligno (PG)*”.

Per quanto riguarda l'assistenza e l'**organizzazione ospedaliera** con DGR 19.03.2020 n. 180 è stato approvato il *Piano di gestione dei posti letto della rete ospedaliera emergenza Coronavirus*, con cui è stata definita una strategia, in via straordinaria e temporanea, strettamente legata al periodo emergenziale, volta a differenziare gli stabilimenti per gestire l'emergenza Coronavirus in modo separato dalle altre patologie (in particolare quelle tempo dipendenti e le urgenze chirurgiche).

L'obiettivo era quello di creare una sinergia funzionale di tutta la rete ospedaliera per acuti, per gestire separatamente ed in condizioni di sicurezza i pazienti con infezione da CoVID-19 e quelli in attesa di diagnosi.

Parallelamente alla pianificazione della gestione dei posti letto ospedalieri per acuti per la gestione dell'emergenza coronavirus, si è reso necessario stabilire idonee misure anche per l'organizzazione dei servizi e delle attività territoriali: DGR del 25.03.2020, n. 207 recante *“Piano Gestione attività territoriali – Emergenza Coronavirus”*.

In un contesto epidemiologico in progressivo miglioramento, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020, recante *“Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da CoVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale”* (GU n. 108 del 27-4-2020), ha individuato le misure per il contenimento dell'emergenza CoVID-19 della cosiddetta "Fase 2" e contestualmente con la Circolare del Ministero della Salute 30 aprile 2020, n. 15279, sono stati adottati i criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del citato DPCM 26 aprile 2020.

Pur permanendo la condizione emergenziale, anche in Umbria si è dato avvio ad una nuova fase programmatoria con l'intento di dare un riavvio graduale delle attività sospese, garantendo la sicurezza dei pazienti e degli operatori, con l'obiettivo generale di supportare la tenuta del sistema sanitario.

Tutto ciò ha portato alla predisposizione delle linee di indirizzo adottate con DGR n. 374 del 13.05.2020 *“Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella fase 2”*.

Con il successivo D.L. 16.05.2020, n. 33 lo scenario di riferimento è cambiato radicalmente in quanto a decorrere dal 18.05.2020 hanno cessato di avere effetto tutte le misure limitative della circolazione all'interno del territorio regionale e dal 3 giugno 2020 in quello nazionale.

La situazione epidemiologica mostrava un miglioramento delle condizioni epidemiche e una tenuta del sistema, tutto ciò ha imposto una ulteriore riprogrammazione delle attività sia in ambito territoriale che ospedaliero per consentire un completo anche se graduale ritorno agli assetti organizzativi pre-pandemia.

Per quanto sopra la Giunta ha approvato con DGR n. 467 del 10/06/2020 le Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella Fase 3.

Considerata l'esperienza vissuta è evidente che l'intervento programmatorio urgente in questo momento diventa quello di migliorare l'organizzazione strutturale del sistema sanitario con l'implementazione di trattamenti soprattutto ad alta intensità di cura, per renderlo pronto ad affrontare emergenze epidemiche e rispondere tempestivamente ai picchi di richiesta emergenziale generalmente intesi.

La fase emergenziale è stata superata anche grazie alla riorganizzazione tempestiva e riconversione di molte unità operative. In particolare efficace è stata la attivazione di posti letto per la gestione dei pazienti COVID-19. In Umbria, in breve tempo, è stato realizzato un incremento della disponibilità di posti letto pari al:

- 50% del numero di posti letto in Terapia Intensiva;
- 100% del numero di posti letto in Pneumologia e Malattie Infettive isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto respiratorio (inclusa ventilazione assistita) e con la possibilità di attuare quanto previsto dalle “Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da Covid-19” del 29 febbraio 2020.

Sono stati individuati Ospedali COVID, che sono stati particolarmente impegnati in una riconversione temporanea:

- Ospedale della Media Valle del Tevere (Ospedale di base interamente riconvertito)
- Ospedale di Perugia (DEA di II livello con posti dedicati al COVID)
- Ospedale di Terni (DEA di II livello con posti dedicati al COVID)
- Ospedale di Città di Castello (DEA di I livello con posti dedicati al COVID)
- Ospedale di Foligno (DEA di I livello con posti dedicati al COVID)

Appare evidente che è adesso necessario strutturare la modalità di risposta in modo da essere ancor più rapidi ed efficaci per rispondere ad eventuali emergenze epidemiche, anche se è indispensabile nel contingente pensare al graduale ripristino delle attività ordinarie, riportando a regime l’attività della rete ospedaliera.

E’ necessario prevedere quindi funzioni e modelli organizzativi flessibili che permettano un rapida riconversione delle attività, come previsto dal DL 34 del 10 giugno 2020, che delinea misure da attivare e finanziamenti dedicati.

Le Aziende Sanitarie hanno pertanto predisposto i piani progettuali per definire i posti letto aggiuntivi di Terapia Intensiva nel rispetto dei seguenti criteri:

- ampliare posti letto aggiuntivi in terapie intensive già strutturate al fine di intervenire con pochi adeguamenti strutturali e prevalentemente con interventi relativi all’acquisto della dotazione strumentale;
- strutturare posti letto da attivare ex novo che implicano quindi interventi strutturali maggiori oltrechè acquisizione di dotazione strumentale specifica.

In fase emergenziale sono state anche date indicazioni per la separazione netta dei percorsi e per l’individuazione di stanze/aree di isolamento per la definizione diagnostica anche dotate di posti letto che garantiscano assistenza ventilatoria invasiva permettendo un corretto percorso di gestione di pazienti urgenti.

Per far fronte alle successive fasi dell’emergenza, sono stati previsti dalle Aziende sanitarie anche progetti per riorganizzare e ristrutturare i Pronto Soccorso, con l’obiettivo prioritario di separare i percorsi e creare aree di permanenza dei pazienti in attesa di diagnosi, consolidando la separazione dei percorsi “sicuri” attivata in fase emergenziale rendendola definitiva.

In relazione all’emergenza territoriale risulta altresì necessaria l’implementazione di mezzi dedicati o dedicabili ai trasferimenti secondari tra strutture COVID-19, alle dimissioni protette, ai trasporti inter-ospedalieri no COVID-19. Pertanto, la Regione Umbria provvederà ad implementare i mezzi di trasporto nel servizio di emergenza territoriale, nel limite massimo delle risorse disponibili.

Visto quanto sopra, è stata adottata la DGR 483 del 19/06/2020 avente oggetto “Piano di Riorganizzazione emergenza COVID 19 – Potenziamento rete ospedaliera (ai sensi dell’art.2 del decreto legge 19 maggio 2020 n. 34), con successivo parere favorevole del Ministero, dove vengono dettagliati sia la riorganizzazione dei percorsi sanitari che la riorganizzazione e potenziamento dei posti letto e della rete dell’emergenza che il Sistema Ospedaliero Regionale andrà ad affrontare.

Nell’ambito della rete emergenziale la Regione Umbria ha previsto anche la realizzazione di un Ospedale da campo interamente finanziato con risorse proprie (donazione).

Con DGR 924 del 16.10.2020 “Strategie nell'utilizzo della rete ospedaliera in fase di ripresa epidemica”, in attesa dell'adeguamento previsto con la DGR 483/2020, in fase di ripresa dell'epidemia con rischio di una seconda ondata, è stata definita una strategia nell'utilizzo della rete regionale ospedaliera tenendo conto della sicurezza di pazienti e operatori, dei percorsi separati per Covid positivo/sospetto e non, dell'appropriatezza clinica e organizzativa nell'utilizzo delle risorse “posto letto” e “personale” in un'ottica di rete regionale e di flessibilità organizzativo-gestionale.

E' stata quindi definita una strategia di attivazione progressiva degli Ospedali e dei Posti Letto delle discipline candidate a far fronte all'epidemia, prendendo in considerazione anche quanto previsto per l'evoluzione futura la rete HUB e SPOKE costituita dai DEA di I e di II livello.

In tale ottica è stata prevista l'attivazione progressiva dei Posti letti per pazienti COVID-19 per Livelli, come definito nella DGR 180/2020, con l'obiettivo di contenere, per quanto possibile, il rischio di sovraccaricare singole Strutture sanitarie consentendo il più possibile di garantire adeguati livelli di assistenza per le altre tipologie di pazienti.

Sono stati quindi definiti 4 livelli subentranti di interventi sulla funzione e gestione dei posti letto della rete regionale, al fine di evitare drastiche riduzioni delle attività (sviluppo del livello 3 della DGR 180/2020).

Al I livello (3a) i posti letto dedicati COVID vengono identificati negli Ospedali DEA di II livello che di fatto sono rimasti sempre attivi.

Al II livello (3b) vengono individuati posti letto dedicati nell'Ospedale di Città di Castello e nell'Ospedale di Foligno seguendo lo schema di reclutamento e coinvolgimento degli Ospedali predisposto nella prima fase epidemica con la DGR 180/2020.

Al III livello (3c) vengono dedicati ulteriori posti letto di area medica negli Ospedali già identificati.

Al IV livello (3d) previsto ulteriore ampliamento, vengono attivati anche i posti letto di semintensiva trasformabili in Terapia Intensiva e viene attivato anche l'Ospedale della Media Valle del Tevere come integrato nella gestione dell'emergenza COVID e quindi attivando posti letto dedicati a bassa intensità assistenziale

LIVELLI sviluppo del 3 livello della DGR 180/2020	T.I. COVID	T.I. GENERALISTI	SEMI INTENSIVI -TI	MAL. INFETTIVE	PNEUMOLOGIA	AREA MEDICA	TOT. DEG. ORDINARIA DEA	AREA MEDICA media intensità	LUNGO DEGENZA bassa intensità	RSA estensiva	TOTALE	TOTALE COVID	POSTI ISOLAMENTO DIAGNOSTICO
LIVELLO I (3a)	11	59	4	32	0	0	32	0	0	0	0	47	32
LIVELLO II (3b)	11	63	4	38	0	7	45	0	0	0	0	60	38
LIVELLO III (3c)	15	64	4	38	0	24	62	0	0	0	0	81	38
LIVELLO IV (3d)	34	56	12	38	22	50	110	0	10	10	20	176	50

Il IV livello (3d) ha delineato uno sviluppo in step subentranti.

Nell'ultimo step si prospettano le necessità ulteriori prefigurando un'altra prospettiva di organizzazione della rete ospedaliera:

- necessità di individuare un COVID HOSPITAL in DEA di I livello
- completare la rete con una struttura territoriale che possa fungere da struttura da struttura intermedia COVID prima del rientro a domicilio.

Sono stati reclutati in maniera flessibile e funzionale ulteriori posti letto negli Ospedali già sede di ricovero per soggetti COVID positivi e sono state emesse le ordinanze per la riconversione temporanea e parziale di Ospedali in strutture dedicate covid-19:

- Ordinanza n. 67 del 22.10.2020 - riconversione temporanea e parziale Ospedale di Spoleto in struttura dedicata covid-19.
- Ordinanza n. 66 del 22.10.2020 - riconversione temporanea e parziale l'Ospedale della Media Valle del Tevere in struttura dedicata covid-19

Inoltre è stata emanata l'ordinanza n. 68 del 23.10.2020 della Presidente ed i DPCM del 18.10.2020 e del 24.10.2020 finalizzati a contenere il contagio per ridurre il carico assistenziale sugli ospedali che appaiono in tutta Italia a rischio di saturazione.

Pertanto come già previsto nella DGR 924/2020 si descrive la progressione organizzativa-funzionale in relazione alle necessità dettate dall'emergenza e al reclutamento progressivo delle risorse passando per due livelli di progressione il V (fino a 400 pl dedicati) e il VI (oltre i 400 pl dedicati).

La progressione organizzativa-funzionale focalizza l'attenzione a tutte le risorse necessarie per la piena attuazione:

- ✓ garantire idonei livelli di trattamento attraverso un adeguato numero di posti letto di terapia intensiva, analizzando anche il fabbisogno di personale
- ✓ soddisfare il potenziale incremento della necessità di ricovero in tale ambito assistenziale
- ✓ identificare strutture/stabilimenti da dedicare alla gestione del paziente affetto da COVID-19 in relazione alle dinamiche epidemiologiche.

TERAPIA INTENSIVA			TERAPIA SEMIINTENSIVA
Posti letto pre emergenza	Incremento posti letto per fabbisogno aggiuntivo (0,14 posti letto per mille abitanti). (PL da attivare)	Totale posti letto	Posti letto da riconvertire
<i>a</i>	<i>b</i>	$c=a+b$	<i>d</i>
70	57	127	62

Si configura la progressione organizzativa-funzionale in relazione alle necessità dettate dall'emergenza facendo riferimento ai posti letto della rete ospedaliera e della rete territoriale.

1. Dedicare una fetta della rete Ospedaliera alle casistiche non COVID e una fetta della rete alle casistiche COVID tenendo presente che la rete Ospedaliera regionale consta di 3.261 posti letto per acuti e per post-acuti nella dotazione massima collocati in 2 DEA di II livello, 5 DEA di I livello, 7 Ospedali di Base per acuti, 4 Ospedali riabilitativi, 1 Struttura Riabilitativa mista pubblica-privata, 5 Case di Cura.

Dedicare una fetta della rete territoriale alle casistiche non COVID e una fetta della rete alle casistiche COVID tenendo presente tutte le strutture residenziali pubbliche e private presenti nel territorio:

Vengono inoltre identificate 3 strutture COVID che ospiteranno solo ospiti positivi anche in trasferimento dalle altre strutture se non riescono a fare isolamento: RSA di Perugia, RSA di Spoleto, RSA della Media Valle del Tevere, con circa 20-30 posti letto in ciascuna sede

La evidente ripresa epidemica che ha interessato il nostro Paese in analogia con tutti gli altri nel mondo ha portato alla emanazione del DPCM del Ministero della Salute del 24 ottobre 2020 e alle

ordinanze della Presidente della regione Umbria, in particolare le n.66 e 67 di riconversione temporanea di presidi ospedalieri in strutture dedicate Covid-19.

L'intento della Regione Umbria con l'adozione della DGR 1006 del 02/11/2020 "Piano di contenimento dell'ondata epidemica" è stato quindi quello di contrastare in maniera efficace la seconda ondata epidemica in atto. Si osservava infatti una impetuosa progressione dell'epidemia che era passata dal 4 ottobre al 25 ottobre da 695 positivi a 4.400, il che ha comportato un incremento dei ricoveri ordinari da 48 (con 6 in T.I.) del 4 ottobre 2020 a 244 (con 29 in T.I.) del 25 ottobre, con un incremento percentuale del 408% dei ricoveri ordinari. Tale livello ha superato il livello max raggiunto nella prima fase.

La dimensione del fenomeno imponeva quindi una rivisitazione delle strategie adottate ed un potenziamento definitivo sia della rete ospedaliera che territoriale.

Per quanto riguarda l'Ospedale.

Gli Ospedali di Perugia e Terni mantengono le attività dedicate alle emergenze/emergenze chirurgiche, patologie tempo dipendenti, punti nascita, attività onco ematologiche, dialitiche e attività elettive non procrastinabili, rimodulando e riducendo quelle procrastinabili. Queste saranno erogate nelle strutture Covid free e nelle strutture private, con le quali in base a quanto previsto dall'accordo quadro.

Tabella n. 1. Incremento posti letto dedicati COVID

STRUTTURA	POSTI LETTO ACUTI COVID	DI CUI SEMIN-TENSIVA	POSTI LETTO T.I. COVID	POSTI LETTO POST ACUTI/ RSA	TOTALE
AO PERUGIA	110	22	27		137
AO TERNI	86	9	19		105
CITTA' DI CASTELLO	60	10	7		67
FOLIGNO	34	13	8		42
SPOLETO	60	20	17	40	117
MEDIA VALLE DEL TEVERE	30			10	40
RSA PERUGIA				36	36
DOMUS TERNI				32	32
TOTALE	380	74	78	118	576

Le precedenti deliberazioni prevedevano che in caso di situazione impetuosamente evolutiva tutta la rete ospedaliera sarebbe stata necessariamente coinvolta con ulteriore riduzione di tutte le attività elettive, limitando le attività alle sole urgenze/emergenze per tutte le patologie, delle quali fa parte il COVID e analogamente sarebbero state riorganizzate le attività assistenziali del territorio.

Per questo, considerato il perdurare e il peggioramento dell'andamento epidemico si è proceduto con la definizione di un "Piano di salvaguardia" che prevede di ampliare sia i posti letto ordinari che i posti letto di terapia intensiva dedicati COVID. Anche questo Piano, in analogia a quanto precedentemente fatto, si svilupperà per fasi successive, in modo da incrementare progressivamente la dotazione dei posti letto, con l'allestimento tecnologico necessario e il reclutamento del personale dedicato.

Come ci si aspetta da un intervento che intende essere efficace e fattivo, il Piano di salvaguardia prevede il coinvolgimento anche di strutture esterne alla rete ospedaliera: è infatti indispensabile e necessario salvaguardare le strutture sanitarie per le proprie finalità di garanzia dei LEA (COVID e Non COVID) da assicurare a tutta la popolazione.

In questa logica il Piano è stato definito congiuntamente tra Direzione Salute e Welfare (coinvolgendo in una unicità di intenti sia il settore pubblico che quello privato) e Direzione regionale Governo del territorio, ambiente e protezione civile.

Nel documento quindi c'è una parte specifica che riguarda le attività per il rafforzamento della dotazione dei posti letto, una per l'aumento del personale, ed una dedicata alla definizione della necessità di investimenti strutturali e delle dotazioni di tecnologie che è necessario garantire.

In **ambito Territoriale** la gestione della pandemia nel corso della prima fase emergenziale è stata caratterizzata dall'attivazione di misure straordinarie di controllo epidemico attivando la sorveglianza e l'isolamento domiciliare e al contempo riducendo/sospendendo le cosiddette attività non procrastinabili come quelle ambulatoriali non urgenti e tutto al fine di rallentare la circolazione virale e limitare il contagio. L'emergenza sanitaria legata alla pandemia da SARS-CoV-2 ha influenzato la rete dei servizi territoriali così come dettagliate nella DGR n. 207 del 25.3. 2020 "Piano di Gestione attività territoriali – Emergenza Coronavirus".

Partendo dalle necessità emergenti di garantire idonee misure di isolamento sia per i casi asintomatici che per i casi sintomatici, idonee misure di sorveglianza sanitaria si è data corso ad una riorganizzazione funzionale dei servizi e delle strutture che ha portato da un lato ad incrementare temporaneamente la dotazione dei servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei 2 Dipartimenti di Prevenzione al fine di potenziare le attività di sorveglianza reclutando anche personale normalmente adibito in altre attività clinico-assistenziali e dall'altro alla revisione dell'offerta dei servizi territoriali per garantire tutte le attività non procrastinabili a qualsiasi livello e dilazionare/ridurre/sospendere le attività procrastinabili al fine di garantire in sicurezza e con flussi separati tutte le attività ordinarie territoriali.

Nello stesso atto si fa riferimento ai protocolli:

- Gestione del caso nel territorio del 24.2.2020
- Gestione del caso triage telefonico del 24.2.2020
- Gestione del caso in pronto soccorso del 24.2.2020
- Gestione del caso sorveglianza attiva del 24.2.2020

Con DGR n. 267 del 10.4.2020 è stata pubblicata la "Procedura Regionale nuovo coronavirus (Sars-Cov-2)", con l'intento di fornire un quadro normativo di riferimento nell'ambito dell'emergenza COVID-19; tale documento risulta costituito dalla raccolta di tutte le procedure regionali e delle disposizioni fornite alle aziende sanitarie ed ospedaliere e agli altri stakeholder, comprensivo di una serie di allegati e flowcharts per contemplare le indicazioni operative su aspetti specifici. La Regione Umbria ha quindi risposto alla prima fase emergenziale di accrescimento della curva del contagio dai casi di infezione SARS-CoV-2, cercando di rispondere con appropriatezza e tempestività, riorganizzando l'offerta assistenziale territoriale e adeguando le attività di sorveglianza necessarie al controllo e monitoraggio dell'andamento epidemico. Con il passaggio alla cosiddetta "fase due" (DPCM 26 aprile 2020) si è reso necessario, pur permanendo la fase emergenziale, impostare una fase programmatoria volta al riavvio graduale delle attività sospese, improntata a criteri di garanzia della sicurezza dei pazienti e degli operatori rispetto al rischio di contagio e di tutela della salute dei pazienti, con l'obiettivo generale di supportare la tenuta del sistema sanitario. La rimodulazione dei

servizi con la riduzione delle attività ordinarie ha comportato quantomeno anche una rivisitazione dell'assistenza alle persone con patologie croniche o in condizioni di maggiore fragilità. La pianificazione e organizzazione della fase di transizione è stata pensata per rimodulare le misure adottate nella fase di lock-down mantenendo il controllo della trasmissione virale attraverso la precoce individuazione dei casi e il tempestivo isolamento degli stessi accanto ad una ripresa progressiva delle attività sospese/interrotte nella fase di lock-down.

Sono state quindi predisposte linee di indirizzo atte a contenere il rischio di ripresa di focolai epidemici da COVID 19, mediante misure di prevenzione e protezione di tutti i soggetti che afferiscono alle strutture sanitarie, per esigenze di salute, di lavoro o di carattere sociale: "Linee Guida per la gestione della ripresa dell'assistenza sanitaria regionale", approvate con DGR 374 del 13/05/2020. Successivamente la situazione epidemiologica nazionale e regionale, ha comprovato un sostanziale miglioramento delle condizioni epidemiche e una tenuta del sistema, che hanno imposto una ulteriore riprogrammazione delle attività sia in ambito territoriale che ospedaliero per consentire un graduale ritorno agli assetti organizzativi pre-pandemia ed in totale recupero delle situazioni preventive diagnostiche riabilitative di tutte le tipologie di pazienti. Con il D.L. 16.05.2020, n. 33 lo scenario di riferimento è cambiato radicalmente in quanto a decorrere dal 18.05.2020 hanno cessato di avere effetto tutte le misure limitative della circolazione all'interno del territorio regionale e dal 3 giugno 2020 in quello nazionale. La situazione epidemiologica in sostanziale miglioramento delle condizioni epidemiche e la tenuta del sistema, ha consentito il completo anche se graduale ritorno agli assetti organizzativi pre-pandemia. Con DGR n. 467 del 10/06/2020 "Linee di Indirizzo per le Attività Sanitarie nella Fase 3" la Regione Umbria ha definito le linee di indirizzo della fase 3 che si estrinsecano essenzialmente su tre livelli: 1. monitorare periodicamente e giornalmente l'andamento dell'epidemia avendo cura di sorvegliare tutto il territorio regionale ed in particolare le strutture sanitarie e le persone fragili; 2. progredire nell'apertura dei servizi sanitari fino all'apertura totale delle strutture garantendo che le prestazioni siano effettuate in maniera appropriata ed in sicurezza oltre che in tempi progressivamente congrui, sia per le nuove richieste che per il recupero delle prestazioni ed attività sospese o ridotte nel periodo di lock down; 3. mantenere la sorveglianza della popolazione attraverso la strategia delle tre T (testare, tracciare, trattare), integrando tale strategia con l'attivazione dell'app Immuni Il controllo e monitoraggio dell'evoluzione della pandemia hanno determinato le continue evoluzioni e adattamenti dei servizi e strutture territoriali al fine di garantire parallelamente: • le attività cliniche-sanitarie e socio-sanitarie nel rispetto delle misure di prevenzione e sicurezza dettate di volta in volta • la tutela della salute pubblica attraverso un programma adeguato di sorveglianza sanitaria. Il 19 maggio è stato pubblicato il Decreto Legge n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" che prevede all'art.1 le Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale. Il 17 luglio 2020 il Decreto Legge n. 34 è stato convertito nella Legge n.77/2020 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" pubblicata nella G.U. n. 180 del 18/7/2020 supplemento ordinario n.25) le regioni e le province autonome adottano piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale. Nel rispetto delle indicazioni normative e del tetto di risorse assegnate è stato definito il Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale della Regione Umbria, adottato con DGR 710 del 05/08/2020 "Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (art 1 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020)". Il modello di organizzazione e gestione dell'assistenza territoriale proposto è volto a implementare e garantire un sistema di sorveglianza sanitaria uniforme sul territorio regionale e alla contemporanea garanzia dei LEA da parte dei Distretti in raccordo con MMG/PLS, Medici di CA, USCA con potenziamento delle attività

di assistenza domiciliare integrata e inserendo la figura dell'infermiere di comunità. L'obiettivo è quello di identificare precocemente i pazienti con sospetta infezione da SARS-COV2, favorendo la presa in carico precoce e il tracciamento tempestivo dei contatti nonché il potenziamento dell'assistenza soprattutto alle persone fragili che essendo più esposte al rischio necessitano di una presa in carico precoce con interventi multidisciplinari anche facendo riferimento a quanto previsto dal Piano della Cronicità.

Il Piano evidenziava tra l'altro la necessità di individuare altre strutture alberghiere, oltre a quella fino ad allora utilizzata, da definire Covid Hotel, in grado di garantire isolamento efficace in situazioni in cui il contesto abitativo non lo rendesse possibile, di assicurare condizioni idonee di sorveglianza, condizioni uniformi di ospitalità e una tariffa congrua che tenga conto del contesto emergenziale.

Si prevedeva di procedere alla predisposizione di un bando di manifestazione di interesse per il reclutamento delle ulteriori strutture recettive. I bandi predisposti per la manifestazione di interesse sono però andati deserti, pertanto è emersa la necessità di modificare il Piano suddetto apportando delle integrazioni specifiche che riguardano soprattutto il reclutamento dei Covid Hotel, cogliendo l'occasione per fare un aggiornamento complessivo del documento.

Inoltre con nota n. 0019843 del 06/10/2020 il Ministero della Salute ha avviato il monitoraggio dei piani di potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale, ai sensi dell'art.1 del DL n.34/2020, convertito, con modificazione, dalla Legge n. 77/2020.

In particolare viene chiesto alle Regioni di trasmettere le informazioni relative agli interventi programmati e al loro stato di attuazione.

A tal fine è stato adottato con DGR 916 del 14/10/2020 un nuovo documento denominato "Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale di cui all'art1 decreto-legge 10 maggio 2020 N. 34, conversione legge N. 77 del 17 luglio 2020. Aggiornamento" che ribadisce la maggior parte di contenuti e impegni assunti dal Piano precedente, ma ne specifica di nuovi. In particolare stabilisce modalità nuove per il reclutamento dei COVID Hotel e implementa il sistema di monitoraggio delle attività.

La ripresa epidemica che ha interessato tutti i paesi nel mondo ha portato alla emanazione del DPCM del Ministero della Salute del 24 ottobre 2020 e alle ordinanze della Presidente della regione Umbria, le n.66 e 67 di riconversione temporanea di presidi ospedalieri in strutture dedicate Covid-19.

La Regione Umbria ha pertanto adottato la DGR 1006 del 02/11/2020 "Piano di contenimento dell'ondata epidemica" per definire le strategie per contrastare in maniera efficace la seconda ondata epidemica in atto. Si osservava infatti una impetuosa progressione dell'epidemia, passata dal 4 ottobre al 25 ottobre da 695 positivi a 4.400, con un incremento dei ricoveri ordinari da 48 (con 6 in T.I.) del 4 ottobre 2020 a 244 (con 29 in T.I.) del 25 ottobre, con un incremento percentuale del 408% dei ricoveri ordinari. Tale livello ha superato il livello max raggiunto nella prima fase.

La dimensione del fenomeno imponeva quindi una rivisitazione delle strategie adottate ed un potenziamento definitivo sia della rete ospedaliera che territoriale.

Per quanto riguarda il territorio, sono state emanate linee di indirizzo per strutture residenziali e semiresidenziali in merito ai percorsi di accesso, isolamento, sorveglianza e monitoraggio. Le linee di indirizzo intendono garantire sia gli ospiti delle strutture che il personale sanitario e gli addetti delle residenze e dei centri diurni.

Essendo tali strutture quelle attualmente maggiormente esposte e critiche, in particolare con Determina dirigenziale n.10670 del 18/11/2020 è stata attivata una task force regionale al fine di verificare le condizioni sanitarie all'interno degli Istituti penitenziari della regione, mentre con Determina dirigenziale n.10738 del 19/11/2020 è stata costituita la task force per verificare



l'applicazione delle check list di monitoraggio delle strutture residenziali extraospedaliere sanitarie e socio-sanitarie in Umbria.

1.3 Costruzione del modello programmatico

All'interno del presente Programma Operativo viene dettagliata sia la parte di programmazione degli interventi, inclusivi degli impatti economici e del timing di realizzazione, attualmente necessari per il contrasto all'emergenza, sia le azioni organizzative già intraprese e in corso di adeguamento con l'evolvere delle condizioni epidemiologiche.

RISORSE ECONOMICHE DI PARTE CORRENTE PER L'ANNO 2020

Al fine di garantire l'attuazione immediata delle misure necessarie per il contrasto all'emergenza da COVID 19 la Regione Umbria è stata destinataria, come le altre Regioni, di misure specifiche di finanziamento di parte corrente come sotto riportate:

A - LEGGE 24 aprile 2020, n. 27:

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, recante misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Proroga dei termini per l'adozione di decreti legislativi.

	RISORSE	NORMA
FINANZIAMENTO	21.019.397	
di cui	11.180.530	D.L. n. 18/2020
	9.838.867	DRGS 10 marzo 2020

B - LEGGE 17 luglio 2020, n. 77:

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.

	RISORSE	NOTE
FINANZIAMENTO	26.944.522	
di cui	20.522.878	ART. 1 - Piano Territorio (vedi dettaglio tabella specifica)
	6.421.644	ART. 2 - Piano Ospedale (vedi dettaglio tabella specifica)

C - LEGGE 13 ottobre 2020, n. 126:

Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia

	RISORSE	NOTE
FINANZIAMENTO	7.125.589	
di cui	1.876.418	Comma 2 - Ricoveri

	5.249.171	Comma 3 – Specialistica
--	-----------	-------------------------

Altre linee di finanziamento a sostegno del Sistema Sanitario Regionale per l'emergenza sanitaria sono quelle gestite dalla Struttura del Commissario Straordinario e quelle alimentabili dai fondi europei, in particolare dal Fondo Europeo per lo Sviluppo Regionale (POR-FESR) pari a € 8.000.000 per l'anno 2020 e dal Fondo Sociale Europeo (FSE) pari a € 1.500.000 per l'anno 2021.

Con riferimento alla parte costi sostenuti in emergenza Covid e ammissibili da parte del Commissario Straordinario la rendicontazione delle spese sostenute è stata divisa in due orizzonti temporali (fino all' 8 aprile e dal 9 aprile al 31 maggio) ma ad oggi risultano istruite solo le spese sostenute ante 8 aprile 2020 per le tipologie relative all' assistenza sanitaria e analisi di laboratorio, all' acquisto di apparecchiature medicali e DPI per le quali, se correttamente rendicontate, è garantito il rimborso. Attualmente però non è ancora stata definita la spesa definitivamente ammissibile per la Regione Umbria e quella che invece non potrà essere ammessa a rimborso per la fase ante 8 aprile, mentre per quelle sostenute successivamente all'8 aprile deve ancora essere attivata la fase istruttoria che pertanto non potrà trovare conclusione nell'esercizio finanziario in corso. In ogni caso tali spese sostenute ante 8 aprile sono oggetto di apposita separata rendicontazione condivisa con la Protezione Civile e pertanto saranno escluse dalla rendicontazioni sui fondi POR.FESR 2014-2020 per la parte effettivamente ammessa a rimborso nel 2020.

Le linee di finanziamento relative ai fondi europei derivano dal disimpegno su progetti già con essi finanziati ma che saranno invece coperti dal Fondo di Sviluppo e Coesione (FSC). Tali risorse, il cui ammontare stimato attuale oscilla complessivamente sui 9.500.000 di euro comprensivi anche di una quota del FSE (€ 1.500.000 per l'anno 2021), potranno essere impiegati per ristorare quelle spese che non hanno ancora trovato copertura nelle misure normative suddette o nei rimborsi della struttura commissariale in particolar modo per quelle relative a DPI, apparecchiature medicali, ecc..Anche tali spese saranno oggetto di apposita e dettagliata rendicontazione ed estrapolate da quelle oggetto di finanziamento da parte delle misure nazionali.

UTILIZZO DELLE RISORSE ASSEGNATE:

Rispetto all'assegnazione delle risorse di cui sopra per far fronte alla crisi epidemica da COVID 19, la Regione Umbria ha monitorato continuamente l'andamento delle spese sostenute dal sistema sanitario regionale al fine di verificare la compatibilità degli impieghi rispetto alle fonti di finanziamento. In particolare le aziende sanitarie hanno sopperito a tutte le esigenze e urgenze derivanti dalle diverse fasi epidemiche sostenendo notevoli costi non solo per il reclutamento del personale, che rappresenta una quota importante dei costi complessivi sostenuti, ma anche per l'approvvigionamento di beni e servizi quali acquisto di DPI, attrezzature medicali, assistenza medica, analisi di laboratorio, sanificazione strutture, pulizie, ecc..

In via prospettica rispetto a tutto l'anno 2020 l'ammontare complessivo dei costi sostenuti per il COVID 19 dalle Aziende può essere rappresentato nel successivo prospetto riepilogativo, pur se ancora in parte stimato per la spesa sostenuta e da sostenere gli ultimi mesi dell'anno.

Si precisa che nel CE COVID per l'anno 2020, inclusivo di tutti i costi certi e presunti fino alla fine dell'esercizio, diretti e indiretti, sostenuti dalle Aziende e rapportati con quanto rilevato per il secondo

e terzo trimestre 2020, è evidente l'andamento progressivamente crescente della spesa, soprattutto in riferimento all'ultimo trimestre, quando la curva pandemica ha raggiunto di nuovo una fase particolarmente critica che ha comportato una serie di misure urgenti di notevole impatto sul lato costi.

L'ammontare complessivo presunto dei ricavi COVID ingloba le risorse stanziare per la Regione Umbria dalle specifiche Leggi sull'emergenza (L. 27/20, L. 77/20 e L. 126/20) oltre alla quota di finanziamento aggiuntivo da parte della Regione rispetto al progetto incentivante previsto dalla normativa vigente pari ad € 10.253.722. Ad oggi non è ancora definito l'ammontare della somma riconosciuta dal Commissario Straordinario per le spese sostenute fino all'8 aprile ed è in corso di adozione l'atto per l'assegnazione alle Aziende Sanitarie dei Fondi POR-FESR 2014-2020 come sopra descritto.

Alcune delle principali voci di costo covid, oltre al personale, sono riferite, con costo presunto proiettato dal terzo trimestre, a circa € 6.000.000 di dispositivi medici quali termometri, tamponi, disinfettanti, dispositivi per medicinali varie, ecc..., circa € 11.000.000 di dispositivi medico diagnostici in vitro comprensivi di reagenti, test rapidi, circa € 5.000.000 di altri beni e prodotti sanitari che include i DPI, circa € 1.800.000 di costi per tamponi effettuati da altri enti pubblici, oltre circa € 5.000.000 di costi per sanificazioni, facchinaggio, supporto logistico, vigilanza, ecc...L'ammontare complessivo dei costi sostenuti per l'anno 2020 è in corso di rilevazione attraverso la contabilità analitica da parte delle Aziende sanitarie e sarà oggetto di specifica rendicontazione.

A completamento della rilevazione dei costi Covid per l'anno 2020 sono in corso di valutazione i costi sostenuti dalle diverse strutture socio-sanitarie umbre, quali Case di Cura, RSA, Residenze per anziani, i Centri semiresidenziali ecc..rispetto all'impatto riorganizzativo necessario per gestire l'emergenza.

Sono in oltre stati sostenuti maggiori costi relativi alla gestione sanitaria da parte delle strutture della Regione Umbria in corso di quantificazione legate ad interventi necessari quali ad es. investimenti in software gestionali per il tracciamento, ecc..

1.3.1. CE COVID

In relazione a quanto sopra espresso tutte le aziende sanitarie della Regione Umbria hanno attivato, attraverso la contabilità analitica, procedure sia contabili che extra-contabili, volte alla corretta mappatura dei costi diretti e indiretti, sia alla distinta contabilizzazione delle specifiche fonti di finanziamento.

Di seguito viene riportato il CE Covid anno 2020 con lo scopo di evidenziare l'impatto economico dei costi legati all'emergenza, precisando che tali costi includono non solo quelli emergenti, ma anche quelli diretti relativi al personale che è stato assegnato alle attività e/o strutture dedicate all'emergenza e già in servizio presso il SSR, nonché la quota di costi fissi e variabili indiretti legati al fermo dell'attività durante il lock-down.

L'ammontare complessivo dei costi rilevati appositamente dalle Aziende per l'anno 2020 nonché quelli stimati rispetto alla fine dell'esercizio, rappresentano una proiezione di perdita complessiva di circa € 104 mln. Tale rilevazione dei costi Covid risulta comunque propedeutica a quella annuale in quanto alcuni criteri di attribuzione dei costi indiretti sono in corso di approfondimento e verifica per garantire la maggior precisione ed omogeneità possibile a livello regionale e potranno essere oggetto



di ulteriore implementazione a consuntivo 2020, oltre alla definitiva quantificazione dei costi diretti sostenuti dal SSR che avverrà in sede di Bilancio di esercizio 2020.

Parte dei costi indicati, trattandosi di costi fissi che l'Azienda comunque sostiene, trovano copertura nel FSR, ma rispetto al costo della produzione, quasi il 50% di tali costi covid rappresentano spese emergenti per le Aziende rispetto alla gestione ordinaria.

Da rilevare che le Aziende sanitarie per far fronte all'emergenza hanno operato sulla base delle effettive necessità di spesa che implicano il conseguente utilizzo delle risorse rivenienti dalle normative suddette in maniera flessibile, almeno in parte, rispetto alle specifiche misure contenute nelle stesse.



Schema sintetico conto economico
Programma Operativo per gestione dell'emergenza Covid-19
anno 2020

RICAVI			totale CE	di cui codice "COV 20"
VOCE		Aggregazioni codice CE ed. 2019	anno 2020	anno 2020
contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	1	AA0020	1.755.770.719,80	65.343.230,10
rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	2	AA0250	0,00	0,00
contributi da regione a titolo di copertura LEA	3	AA0080	0,00	0,00
contributi da regione a titolo di copertura extra LEA	4	AA0090	1.000.000,00	0,00
utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti	5	AA0270	444.621,01	0,00
altri contributi in conto esercizio	6	AA0050-AA0080-AA0090+AA0180+AA0230	924.979,31	0,00
compartecipazioni	7	AA0940	19.076.843,25	0,00
payback	8	AA0890	22.550.502,95	0,00
altre entrate	9	AA0440+AA0480+AA0570+AA0600+AA0660+AA0710+AA0720+AA0760+AA0770+AA0800+AA0840+AA0930+AA1060+CA0010+CA0050	42.599.358,26	0,00
rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi	10	AA0260	0,00	0,00
costi capitalizzati	11	AA0980+AA1050	33.494.541,21	0,00
mobilità attiva intraregionale	12	AA0340	292.249.072,53	0,00
mobilità attiva extraregionale	13	AA0460+AA0470+AA0471+AA0490+AA0500+AA0510+AA0520+AA0530+AA0541+AA0542+AA0550+AA0560+AA0561+AA0610	89.577.623,31	0,00
TOTALE RICAVI	14 =		2.257.688.261,64	65.343.230,10
	1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11+12+13			



COSTI VOCE			totale CE anno 2020	di cui codice "COV 20" anno 2020
personale	15 = 15a+15b+15c+ 15d+15e		648.226.665,69	86.749.223,07
Personale ruolo sanitario	15a	BA2090	536.535.034,11	72.092.362,64
Personale ruolo professionale	15b	BA2230	1.989.806,04	237.636,17
Personale ruolo tecnico	15c	BA2320	69.797.968,19	10.044.958,79
Personale ruolo amministrativo	15d	BA2410	31.174.832,01	4.081.149,32
indennità " de maria"	15e	BA1420+BA1810	8.729.025,35	293.116,16
irap	16	YA0010	47.093.270,29	6.140.471,63
beni	17 = 17a+17b		405.058.646,90	23.431.695,08
beni sanitari	17a	BA0020-BA0080-BA0090-B0061-B0062	398.035.064,75	22.529.218,34
beni non sanitari	17b	BA0310	7.023.582,15	902.476,74
servizi	18 = 18a+18b		569.215.451,62	33.359.491,14
servizi sanitari	18a	BA1280+BA1350-BA1420+BA1490	349.884.793,11	7.573.064,69
servizi non sanitari	18b	BA1570+BA1910+BA1990+BA2530+BA1750- BA1810+BA1880	219.330.658,51	25.786.426,45
prestazioni da privato	19 = 19a+19b+19c+ 19d+19e+19f+19g		453.598.561,72	17.891.007,34
medicina di base	19a	BA0420	106.207.251,00	13.906.994,98
farmaceutica convenzionata	19b	BA0500	124.244.800,00	0,00
sumai - specialistica convenzionata in	19c	BA0570	18.712.000,00	230.501,00
assistenza specialistica da privato	19d	BA0580+BA0630	10.155.798,00	0,00
assistenza riabilitativa da privato	19e	BA0680+BA0690	9.257.651,00	273.822,00
assistenza ospedaliera da privato	19f	BA0840+BA0890	41.593.368,13	350.921,00
altre prestazioni da privato	19g	BA0740+BA0790+BA0940 +BA0950+BA1000+BA1010+BA1020+BA1070+BA 1080+	143.427.693,59	3.128.768,36
prestazioni da pubblico	20	BA0550+BA0660+BA0670+BA0720+BA0770+BA08 20+BA0920+BA0930+BA0980+ BA1050+BA1110+BA1160+BA1170	707.149,52	1.746.088,67
accantonamenti	21	BA2690	69.280.436,63	172.131,08
oneri finanziari	22	CA0110+CA0150	432.985,85	0,00
oneri fiscali (netto irap)	23	BA2510+YA0060+YA0090	4.880.446,80	23.811,39
ammortamenti	24	BA2560	550.000,00	499.779,27
mobilità passiva intraregionale	25	DA0001+DA0000+DA0470+DA0310+DA0340+DA00 50+BA0710+BA0760+BA0810+ BA0910+BA0970+BA1040+BA1100+BA1150	0,00	82.617,44
mobilità passiva extraregionale	26	BA0062+BA0090+BA0480+BA0520+BA0560+BA05 61+BA0730+BA0780+BA0830+ BA0990+BA1060+BA1120+BA1161+BA1550	99.953.879,43	1.099,13
saldo poste straordinarie	27	-EA0010+EA0260+BA2660	-9.731.253,89	0,00
rivalutazioni e svalutazioni	28	-DA0010+DA0020+BA2630+BA2520 -AA0680-AA0690-AA0700-AA0730- AA0740+BA1210+BA1220+BA1230+BA1260+	553.500,00	0,00
saldo intramoenia	29		-2.364.907,01	0,00
TOTALE COSTI con poste a saldo	30 = 15+16+17+18+19+ 20+21+22+23+24+		2.287.454.833,54	170.097.415,24
RISULTATO DI ESERCIZIO	31 = 14-30		-29.766.571,91	-104.754.185,14

2. Aree di riferimento del Programma Operativo

2.1. Area del “Governato del Sistema”

2.1.1. Area “Utilizzo dei fattori produttivi”

2.1.1.1 “Personale”

Fabbisogno e reclutamento di personale

Con Circolare del 1° marzo 2020 il Ministero della Salute ha fornito indicazioni, tra l’altro, per il potenziamento del numero dei posti letto per la gestione dei pazienti affetti da Covid-19 e, a tal fine, con successiva nota del 5 marzo ha richiesto alle Regioni di dimensionare un primo fabbisogno di medici specialisti (con particolare riferimento alle specialità di Anestesia, rianimazione e terapia intensiva e del dolore, Malattie dell’apparato respiratorio, Malattie infettive e tropicali, Medicina interna, Malattie dell’apparato cardiovascolare, Medicina d’emergenza e urgenza e radiodiagnostica), infermieri e operatori socio-sanitari da destinare all’attivazione dei posti letto aggiuntivi.

In riscontro alla suddetta richiesta la Regione Umbria ha quantificato in n. 315 unità il fabbisogno di professionisti come specificato nella sottostante tabella

Riepilogo fabbisogni per Azienda

	PERSONALE COMPARTO			PERSONALE MEDICO							ALTRO
	Infermieri	OSS	Tecnici laboratorio	Radiologi	Anestesisti	Pneumologi	Infettivologi	Cardiologi	Internisti	Emergenza Urgenza	Autisti ambulanza
USL Umbria 1	40	12		9	12	4	5	8	9	10	
USL Umbria 2	39	10		5	6	4		4		4	
Azienda Ospedaliera Perugia	41	10		5	4	4	4		3	2	3
Azienda Ospedaliera Terni	34	5	3		4	2	4		3	3	
UMBRIA	154	37	3	19	26	14	13	12	15	19	3
TOTALE	315										

Parimenti, con DGR n. 125 del 26 febbraio 2020, la Regione Umbria ha dato attuazione a quanto previsto all’art. 11 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35, recante “*Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria*” [c.d. “*Decreto Calabria*”] mediante la determinazione del tetto regionale nel valore della spesa prevista dall’articolo 2, comma 71, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191 e la contestuale rideterminazione dei tetti delle quattro Aziende sanitarie regionali, al fine di attualizzare gli stessi in base alle specificità aziendali e alla luce delle modifiche organizzative e di riordino territoriale intervenute successivamente all’anno 2004.

Sulla base di tali presupposti, nel corso dei mesi di marzo e aprile la Regione Umbria ha approvato i Piani triennali dei fabbisogni di personale 2019-2021 di tutte le quattro Aziende sanitarie regionali, autorizzando per il triennio complessive n. 1263 assunzioni a tempo indeterminato (di cui n. 626 per l’anno 2020), oltre alla copertura del turn over. Al riguardo, si segnala che per garantire il rispetto del tetto di spesa di cui all’art. 2, comma 71 della L. 191/2009, la Regione ha adottato dal 2018

un'apposita procedura per il monitoraggio dei fabbisogni di personale e per l'autorizzazione delle assunzioni. In particolare, in attuazione delle linee di indirizzo per la predisposizione dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP) di cui al decreto del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8 maggio 2018, l'approvazione dei PTFP delle Aziende sanitarie regionali riveste un valore autorizzatorio solo per il primo anno del triennio di riferimento, previa attestazione che le azioni di reclutamento ivi previste e conseguentemente il valore finanziario della dotazione organica di arrivo siano compatibili con il tetto di spesa attribuito. Al fine di operare il costante monitoraggio del rispetto del suddetto tetto, viene richiesto alla figura di vertice dell'Azienda di trasmettere semestralmente una relazione contenente il numero delle assunzioni operate nel periodo e l'attestazione circa il rispetto del tetto.

Per quanto sopra e alla luce di tale procedura, il dimensionamento delle complessive assunzioni previste nel triennio di vigenza del PTFP acquista un valore solo teorico, peraltro coerente con quanto previsto dall'art. 6 del D.Lgs. 165/2001, e rappresenta il numero di azioni necessarie a coprire l'intera dotazione organica, il cui valore finanziario viene ricondotto nell'ambito del tetto di spesa. Tale fabbisogno massimo viene poi annualmente sottoposto a specifico provvedimento autorizzatorio da parte della Regione e monitorato periodicamente in corso d'anno per la verifica circa il puntuale rispetto del limite di spesa attribuito.

Fabbisogni di personale per Azienda (a valere sul tetto di spesa di cui all'articolo 2, comma 71, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191 – Triennio 2019/2021)

Aziende sanitarie regionali	Fabbisogno triennio 2019/2021
	Assunzioni Tempo Indeterminato
Azienda Ospedaliera di Perugia	176
Azienda Ospedaliera di Terni	281
Usl Umbria 1	482
Usl Umbria 2	324
TOTALE	1.263

Successivamente all'adozione di specifiche disposizioni del legislatore (DL 2 marzo 2020, n. 9; DPCM 1° marzo 2020; DL 9 marzo 2020, n. 14; DL 17 marzo 2020, n. 18) le Aziende sanitarie regionali hanno provveduto alla stipula di contratti di lavoro autonomo con personale medico ed infermieristico collocato in quiescenza nonché al reclutamento di personale medico, ivi compresi i medici iscritti all'ultimo e penultimo anno di corso delle Scuole di specializzazione e di tutto il restante personale sanitario consentito dagli ulteriori strumenti messi a disposizione per la gestione dell'emergenza sanitaria.

Sulla base delle azioni intraprese dalle Aziende dall'avvio della fase emergenziale alla data del 10 dicembre 2020 per effetto delle suddette misure sono state introdotte n. 697 azioni di potenziamento degli organici, di cui in particolare 265 medici e 286 infermieri.

Oltre a ciò, per far fronte al complessivo fabbisogno, anche connesso a rispondere alle croniche carenze di personale del sistema sanitario regionale, con DGR n. 959 del 22.10.2020 sono state adottate specifiche misure finalizzate all'utilizzo da parte delle Aziende sanitarie, oltre alle procedure consentite e finanziate da apposite previsioni normative contenute nei provvedimenti

specificatamente emanati per il contrasto della pandemia, di tutti gli strumenti consentiti dall'ordinamento vigente e funzionali al tempestivo potenziamento degli organici necessari per la gestione dell'emergenza ed il mantenimento dei livelli di prestazioni erogate dalle strutture (quali lo scorrimento di tutte le graduatorie già approvate e che verranno approvate in seguito alla conclusione delle procedure in corso, l'avvio di procedure congiunte per i nuovi fabbisogni, la programmazione con congruo anticipo delle procedure finalizzate alla tempestiva copertura del turn over, l'inserimento nei bandi/avvisi dell'obbligo di permanenza nella struttura di assegnazione per almeno 5 anni, ai sensi dell'art. 35, comma 5-bis del D.Lgs. 165/2001 e la programmazione degli stessi in tempo utile a garantire la partecipazione dei medici neo-specializzati dell'Università degli Studi di Perugia).

In attuazione delle suddette direttive regionali l'Azienda ospedaliera di Terni, quale capofila di tutte le quattro aziende sanitarie regionali, ha emanato apposito avviso ai sensi dell'art. 2-ter del D.L. 18/2020 finalizzato al reperimento di n. 250 unità infermieristiche per il potenziamento prioritario delle strutture impegnate nella gestione dell'emergenza. Per effetto del suddetto avviso sono state contrattualizzate circa 150 nuove unità mentre 109 sono gli infermieri che hanno beneficiato del prolungamento del rapporto di lavoro in essere. Sono in corso di espletamento ulteriori due avvisi finalizzati, tra l'altro, ad intercettare i professionisti neolaureati dell'Università degli Studi di Perugia per un'ulteriore immissione di infermieri negli organici delle Aziende sanitarie regionali. Anche per gli OSS la Usl Umbria 2 ha emanato apposito avviso in esito al quale è stata approvata una graduatoria di n. 1595 unità dalla quale poter attingere per le esigenze complessive del servizio sanitario regionale.

Con riferimento al personale medico, anche al fine di intercettare i prossimi specializzati dell'Università, l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha emanato due procedure, che, tenuto conto dei diversi tempi di espletamento previsti dalle vigenti disposizioni normative, prevedono un avviso più celere già pubblicato sul sito internet dell'Azienda per il conferimento immediato di incarichi di cococo e un contestuale avviso per assunzioni a tempo determinato di dirigente medico nelle seguenti discipline:

Area della medicina diagnostica e dei servizi:

- Anestesia e Rianimazione
- Area medica e delle specialità mediche:
- Malattie dell'Apparato Respiratorio
- Malattie Infettive
- Medicina Interna
- Neurologia
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Area di Sanità Pubblica:
- Direzione Medica di Presidio Ospedaliero
- Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro.

L'avviso, per il quale sono arrivate circa 120 domande ed è in corso l'insediamento delle commissioni, è stato aperto anche agli specialisti extracomunitari (un *unicum* a livello nazionale) e, per questo, ha riscontrato l'apprezzamento del presidente dell'Associazione dei Medici Stranieri in Italia (AMSI).

Sul fronte delle attività di *contact tracing*, la nostra Regione ha collaborato fattivamente alla redazione dell'Ordinanza del Capo Dipartimento della Protezione civile nazionale n. 709 del 24 ottobre 2020 con la quale è stato promosso a livello nazionale un interpello finalizzato al reperimento di 2500 unità a supporto delle attività di tracciamento dei contatti delle Regioni. Alla Regione Umbria

è stato attribuito un contingente di n. 29 unità che risultano già tutte contrattualizzate. Al fine di non disperdere il potenziale assunzionale derivante dai suddetti elenchi, le Aziende hanno già contrattualizzato n. 48 medici laureati, abilitati e non specializzati inseriti nell'apposito elenco per il supporto alle Usca, alle ulteriori attività di assistenza territoriale domiciliare integrata, nonché per la sorveglianza nelle RSA e nei Covid hotel. A supporto delle attività di tracciamento è stato sottoscritto un apposito accordo con l'Università di Perugia finalizzato alla contrattualizzazione progressiva di medici specializzandi iscritti al quarto e quinto anno della scuola di specializzazione e, a prosecuzione delle azioni finalizzate a reclutare il maggior numero di figure sanitarie, è in studio la possibilità di applicare la deroga consentita dall'art. 13 del D.L. 18/2020 in materia di riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie ai professionisti che intendono esercitare sul territorio nazionale una professione sanitaria conseguita all'estero.

Per quanto riguarda, inoltre, le USCA, ad oggi presso le due USL ne risultano attivate complessivamente n. 17 con n. 95 unità di personale impiegate.

Sul fronte delle ambulanze, è stato operato a livello regionale il potenziamento di n. 11 mezzi adibiti al 118 ed ai trasporti secondari covid. Per la dotazione il personale è stato previsto un contingente di 28 unità da ripartire equamente alle due Aziende ospedaliere (di cui 6 medici, 12 infermieri e 10 autisti-barellieri) da finanziare con le risorse appositamente stanziare dal D.L. 34/2020.

Si precisa, da ultimo, che con DGR n. 1006 del 2.11.2020 e con DGR n.1096 del 16.11.2020 sono stati adottati rispettivamente il "*Piano di contenimento dell'ondata epidemica*" ed il "*Piano di salvaguardia*" contenenti, tra l'altro, i fabbisogni di personale funzionali a garantire la piena operatività dei posti di terapia intensiva e subintensiva necessari a far fronte allo scenario epidemico, come di seguito rimesso:

Fabbisogno “Piano di contenimento dell’ondata epidemica” (DGR 1006/2020)

Fabbisogni personale per incremento posti					
AZIENDE SANITARIE REGIONALI	MEDICI varie specialità	MEDICI anestesisti	INFERMIERI	OSS	TOTALE
Azienda ospedliera di Perugia	0	12	24	7	43
Azienda ospedaliera di Terni	8	5	23	0	36
Usl Umbria 1	0	6	44	16	66
Usl Umbria 2	15	12	25	25	77
TOTALE	23	35	116	48	222

Fabbisogno “Piano di salvaguardia” (DGR 1096/2020)

STRUTTURE ESTERNE	POSTI LETTO ACUTI/POST ACUTI COVID	MEDICI	INFERMIERI	OSS
TOTALE	215	39	73	49

STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA	POSTI LETTO TI	MEDICI	INFERMIERI	OSS
TOTALE	658	48	145	13

Per quanto attiene ai costi sostenuti per l’acquisizione del personale sopra indicato, la Regione Umbria ha provveduto al monitoraggio periodico dei costi sostenuti dalle singole Aziende anche sulla scorta delle specifiche istanze promosse dal Ministero della Salute, finalizzate alla rilevazione della spesa sostenuta dal SSN per il personale durante l’emergenza Covid ai fini di una possibile rendicontazione di tale spesa a valere sul "PON Governance e Capacità Istituzionale".

Di seguito vengono rimessi gli oneri sostenuti dalle Aziende sanitarie regionali per il potenziamento degli organici operato dall’inizio dello stato emergenziale (31 gennaio 2020) fino al 30 settembre 2020:

Spesa reclutamenti per la gestione dell'emergenza (al 30 settembre 2020)

Enti SSR REGIONE UMBRIA	Rapporti libero professionali	Rapporti libero professionali con personale collocato in quiescenza	Incarichi individuali a tempo determinato	Assunzioni a tempo indeterminato	Altra tipologia di rapporto di lavoro	Personale trattenuto in servizio ex art. 12 D.L. 18 del 2020	Costo di competenza
	Costo di Competenza	Costo	Costo di Competenza	Costo di Competenza	Costo di Competenza	Costo di Competenza	
Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Perugia	€ 133.686,00	€ 53.185,74	€ 1.201.098,45	€ 114.111,93	€ 94.682,88		€ 1.596.765,00
			€ 225.913,57				€ 225.913,57
Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni	€ 697.808,00		€ 391.999,00				€ 1.089.807,00
		€ 41.625,00				€ 20.707,00	€ 62.332,00
Azienda USL Umbria 1	€ 389.084,01	€ 140.694,40	€ 720.437,31	€ 227.125,13	€ 1.194.685,77		€ 2.672.026,62
							€ -
Azienda USL Umbria 2	€ 282.415,70	€ 33.599,79	€ 137.718,42	€ 76.139,14	€ 1.249.745,02	€ 123.101,11	€ 1.902.719,18
							€ -
	€ 1.502.993,71	€ 269.104,93	€ 2.677.166,75	€ 417.376,20	€ 2.539.113,67	€ 143.808,11	€ 7.549.563,37

Nella quantificazione degli importi si è tenuto conto dei costi effettivamente sostenuti alla data del 30 settembre 2020 al lordo degli oneri riflessi e dell'IRAP, inclusi i costi delle assunzioni fatte dalle Aziende pubbliche del SSR per le RSA pubbliche e con esclusione dei contratti con Cooperative di servizi. I suddetti costi si riferiscono a rapporti di lavoro sia con personale dipendente che con figure reclutate con le ulteriori tipologie contrattuali autorizzate dalle specifiche disposizioni emanate dal legislatore centrale per la gestione dello stato emergenziale. Le suddette azioni sono state implementate nell'ambito degli interventi di modifica dell'assetto organizzativo del Servizio Sanitario Regionale resisi necessari per l'efficace contrasto della diffusione del contagio da coronavirus.

Personale interno impiegato in attività Covid precedentemente assegnato ad attività sospese o temporaneamente ridotte

Con note nn. 49622 del 10.03.2020 e 52901 del 18.03.2020 la Regione Umbria ha fornito alle Aziende sanitarie regionali specifiche indicazioni per la riorganizzazione delle attività ambulatoriali differibili, in attuazione delle disposizioni finalizzate alla riduzione dell'accesso alle strutture sanitarie contenute nel D.L. 9 marzo 2020, n. 14.

Per effetto di numerosi e successivi provvedimenti meglio dettagliati nei paragrafi successivi e delle misure attuative adottate dalle Aziende sanitarie regionali, parte del personale già assegnato all'erogazione delle prestazioni temporaneamente sospese per effetto delle misure di contenimento e di riorganizzazione dei servizi sanitari adottate in attuazione della Circolare del Ministero della Salute 2627 del 1.03.2020, è stato impiegato per il potenziamento delle strutture e dei servizi destinati alla gestione dei pazienti Covid-19.

In particolare si rimette il riscontro alla rilevazione promossa dal Ministero della Salute sulla consistenza del personale impegnato nella giornata di picco di ricoveri totali da COVID-19 nelle unità operative direttamente coinvolte nella gestione dell'emergenza epidemiologica (Terapia intensiva, Malattie infettive, Pneumologia, Altre specialità) con indicazione della specializzazione posseduta.



RIORGANIZZAZIONE AREE OSPEDALIERE - Attivazione PL	PERSONALE	Numero unità
Terapia intensiva	specializzato nella disciplina	29
	personale di altra specialità	0
	specializzando e in quale disciplina (Anestesia e Rianimazione)	4
	laureato	0
	quiescenza	2
Malattie infettive	specializzato nella disciplina	16
	personale di altra specialità	0
	specializzando e in quale disciplina (Malattie Infettive)	2
	laureato	0
	quiescenza	0
Pneumologia	specializzato nella disciplina	11
	personale di altra specialità	0
	specializzando e in quale disciplina	0
	laureato	0
	quiescenza	0
altro	specializzato nella disciplina	28
	personale di altra specialità	0
	specializzando e in quale disciplina (Medicina Interna e Medicina d'Urgenza)	5
	laureato	0
	quiescenza	0
TOTALE		97

Il costo dei trattamenti accessori complessivamente erogati al personale dipendente nel corso della prima fase dello stato di emergenza (marzo/maggio 2020) può essere quantificato per effetto dell'applicazione di quanto previsto dall'art. 1, comma 1 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito con legge 24 aprile 2020, n. 27, così come modificato con DL 19 maggio 2020, n. 34, convertito con legge 20 luglio 2020, n. 77 e ulteriormente modificato con D.L. 14 agosto 2020, n. 104.

Per effetto dell'Accordo finalizzato all'assegnazione e utilizzo delle risorse salario accessorio per la gestione dell'emergenza covid-19, sottoscritto in data 5 maggio 2020 per remunerare l'eccezionale sforzo profuso dal personale dipendente delle Aziende sanitarie regionali nella gestione dell'emergenza epidemiologica determinata dal diffondersi del COVID-19 sono state stanziare apposite risorse finalizzate:

- a) all'estensione dell'indennità di malattie infettive di cui all'art 86, comma 6 lett. c), del CCNL 2016/2018 sottoscritto il 21 maggio 2018 nei confronti del personale del comparto assegnato a servizi coinvolti nella gestione dei pazienti covid-19 per effetto degli interventi di riorganizzazione adottati da ciascuna Azienda sanitaria nella gestione dello stato emergenziale;
- b) all'erogazione di una retribuzione accessoria straordinaria e aggiuntiva a titolo di produttività/risultato una tantum di cui, per il comparto, all'art. 75, comma 1, lett f) del CCNL del 21 maggio 2018 e, per la dirigenza, all'art. 93 del CCNL sottoscritto il 19 dicembre 2019 e alle ulteriori disposizioni contrattuali vigenti per la dirigenza professionale, tecnico e amministrativa, finalizzata a remunerare l'apporto del personale nella gestione della fase emergenziale e nel conseguimento dell'obiettivo di performance organizzativa di tutto il sistema sanitario regionale volto a garantire la continuità dei servizi ospedalieri e territoriali alla popolazione;
- c) all'incremento delle risorse destinate ai compensi per lavoro straordinario di cui, per il comparto, all'art. 31 del CCNL 2016/2018 sottoscritto il 21 maggio 2018 e, per la dirigenza, all'art. 30 del CCNL 2016/2018 sottoscritto il 19 dicembre 2019 funzionali alla remunerazione delle prestazioni rese nei mesi di marzo, aprile e maggio 2020 dal personale dipendente delle aziende sanitarie direttamente impiegato nelle attività di contrasto alla emergenza epidemiologica determinata dal diffondersi del COVID-19, salvo proroga in relazione al perdurare dello stato di emergenza.

Di seguito viene rimesso l'ammontare della spesa sostenuta alla data del 30 settembre 2020 da ciascuna Azienda in applicazione del suddetto Accordo.

Enti SSR REGIONE UMBRIA	Incentivi
Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Perugia	€ 2.118.907,27
Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni	€ 1.730.659,00
	€ 1.388,00
Azienda USL Umbria 1	€ 3.590.580,12
Azienda USL Umbria 2	€ 3.143.118,00
	€ 10.584.652,39

A seguito dell'emanazione del D.L. 19 maggio 2020, n. 34 *“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”*, convertito dalla L. 17 luglio 2020, n. 77, la Regione Umbria ha adottato con DGR n. 483 il Piano di riorganizzazione emergenza Covid – 19 per il potenziamento della Rete Ospedaliera e con DGR 710 del 5.8.2020 il Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale del territorio meglio dettagliati nei paragrafi successivi.

2.1.1.2 “Farmaci”

Lo stato attuale della spesa per farmaci

Con riferimento alla spesa per beni e servizi sanitari, si fa riferimento ai i valori di spesa in condizioni di operatività ordinaria, al fine di poter effettuare successivamente gli scostamenti eventualmente imputabili all'emergenza COVID-19.

Le azioni

Al fine di fare fronte all'emergenza sanitaria e limitare la diffusione del virus, sin dalle prime fasi della pandemia, sono state attuate le seguenti misure:

- Indicazioni sulle modalità di svolgimento del servizio “a battenti chiusi” nelle farmacie convenzionate e sull’orario di apertura delle stesse (Note prot. n. 0050705-2020 del 16/03/2020 e n. 0061556-2020 del 2/04/2020);
- Estensione della ricetta dematerializzata ai farmaci in “Distribuzione per Conto” (DPC) e, successivamente, degli stupefacenti;
- Predisposizione di “pacchetti” per la consegna a domicilio dei farmaci di esclusiva distribuzione diretta da parte delle farmacie ospedaliere, attraverso la collaborazione delle Associazioni di Volontariato;
- Ricognizione del fabbisogno dei farmaci utilizzati per l'emergenza Covid e delle relative giacenze delle Aziende Sanitarie regionali, al fine di assicurarne la pronta disponibilità, in caso di carenze, attraverso la condivisione delle scorte; la rilevazione è servita inoltre per la distribuzione delle donazioni provenienti dalle case farmaceutiche (in allegato l'elenco predisposto da AIFA).
- Predisposizione e diffusione a tutto il personale sanitario, a cura del Centro Regionale di Farmacovigilanza, delle seguenti note informative sui farmaci utilizzati per l'emergenza Covid:
 - Schede informative AIFA sui farmaci utilizzati per la emergenza da COVID-19 e relative modalità di prescrizione
 - COVID-19: Uso di Ace-Inibitori e Sartani
 - Terapie sperimentali nell'infezione da Covid19: Somministrazione dei farmaci in caso di difficoltà nella deglutizione
 - Interazioni farmacologiche nelle terapie sperimentali in corso di Covid 19
 - I potenziali effetti dell'eparina a basso peso molecolare in corso di Covid-19
 - AIFA sospende l'autorizzazione all'utilizzo di idrossiclorochina per il trattamento del COVID-19 al di fuori degli studi clinici (26 Maggio 2020).
 - Uso di Idrossiclorochina in corso di COVID-19: la storia continua...
 - COVID-19-Aggiornamento raccomandazioni AIFA sull'utilizzo di idrossiclorochina, di lopinavir/ritonavir e di darunavir/cobicistat.
 - Desametasone e COVID-19-EMA supporta l'uso del desametasone nei pazienti COVID-19 in trattamento con ossigeno
 - Remdesivir e trattamento dell'infezione COVID-19
- Il Comitato Tecnico Scientifico ha predisposto il protocollo per il trattamento delle infezioni da SARS – COV 2 per i pazienti a domicilio attraverso l'attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)
- E' stato siglato un Accordo con le Associazioni della Farmacie convenzionate per effettuare test sierologici rapidi, mirati a rilevare la presenza di anticorpi anti SARS-CoV-2 nei genitori dei bambini e degli alunni/studenti (0-19 anni), negli alunni/studenti stessi, nei loro fratelli e sorelle, nonché negli ulteriori familiari conviventi. L'offerta dell'accertamento è rivolta inoltre gli assistiti che frequentano corsi universitari.

Tipologia di farmaci necessari

I farmaci per il trattamento dell'infezione Covid-19 sono stati utilizzati in accordo con le indicazioni fornite da AIFA sia in regime di ricovero che per il trattamento dei pazienti a domicilio.

La principale voce incrementale di consumo riguarda i farmaci utilizzati per le terapie di supporto in regime di ricovero per l'intubazione/sedazione dei pazienti e per l'ossigenoterapia.

I protocolli emani dall'AIFA O DAL Ministero della Salute vengono analizzati con il Comitato Tecnico Scientifico regionale e trasmessi alle Aziende.

Canale di approvvigionamento

Il principale canale di approvvigionamento dei farmaci è quello dell'acquisto diretto da parte delle Aziende Sanitarie regionali.

Oneri connessi

E' stata data indicazione alle Aziende Sanitarie regionali di evidenziare separatamente i costi aggiuntivi relativi all'emergenza Covid. La rilevazione dei costi così evidenziati consente anche un monitoraggio specifico dei consumi di farmaci e una programmazione mirata dei fabbisogni.

Si evidenzia comunque che il costo incrementale connesso all'emergenza Covid è molto contenuto, trattandosi di farmaci per la maggior parte genericati.

2.1.1.3 "Dispositivi medici"

Lo stato attuale della spesa per dispositivi medici

Con riferimento alla spesa, si ritiene utile riportare di seguito i valori di spesa in condizioni di operatività ordinaria, al fine di poter effettuare successivamente gli scostamenti eventualmente imputabili all'emergenza COVID-19.

1. Spesa registrata a consuntivo anno 2019

codice	VOCE MODELLO CE	IMPORTO
BA0210	B.1.A.3) Dispositivi medici	130.497.986,93
BA0220	B.1.A.3.1) Dispositivi medici	90.121.607,26
BA0230	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	7.899.834,46
BA0240	B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	32.476.545,21

Azioni

Per fronteggiare l'emergenza COVID-19 si è reso necessario garantire l'incremento di attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure.

Ciò ha comportato nei singoli ospedali modifiche nella dotazione complessiva con:

- * attivazione di nuovi posti letto di terapia intensiva mediante interventi di adeguamenti impiantistici e distributivi funzionali alla creazione di nuove coorti di terapia intensiva;
- * identificazione di posti COVID nell'ambito delle discipline di area medica (malattie infettive, pneumologia e medicina generale) allestiti con la dotazione necessaria per il supporto respiratorio.

Al fine di garantire l'approvvigionamento e la tempestiva distribuzione dei presidi tecnologici assistenziali necessari, la Regione Umbria seguendo le linee operative indicate dalla struttura commissariale governativa, ha provveduto a monitorare i fabbisogni di dispositivi medici e DPI –

consumabili e non consumabili – rilevati in collaborazione con le Aziende sanitarie regionali e a rendicontarle al Dipartimento della Protezione Civile.

Ha inoltre provveduto alla distribuzione delle stesse presso i presidi ospedalieri regionali in base alle necessità manifestate.

A tutt'oggi, la ricognizione dei fabbisogni e delle giacenze di DM e DPI delle Aziende Sanitarie regionali viene effettuata con cadenza bi settimanale dalla Regione, al fine di prevenire eventuali carenze e organizzare al meglio la programmazione delle scorte, in funzione dell'andamento dell'epidemia (v. modello allegato)

Tipologia di dispositivi medici necessari

I dispositivi medici e i diagnostici in vitro oggetto di monitoraggio sono ascrivibili alle seguenti categorie CND:

R01	Dispositivi per intubazione
R02	Circuiti respiratori e cateteri mount
R03	Maschere e palloni respiratori monouso e pluriuso
T0102	Guanti non chirurgici (esclusi DPI)
T0205	Camici non chirurgici (esclusi DPI)
T0206	Mascherine chirurgiche (esclusi DPI)
T0207	Cuffie e copricapo (esclusi DPI)
T0208	Copriscarpe (esclusi DPI)
Z1203	Strumentazione di supporto di monitoraggio dei parametri vitali (comprende la strumentazione per anestesia di supporto alla ventilazione polmonare, monitor multiparametrici, saturimetri, ecc...)
Z1215	Strumentazione per pneumologia e fisiopatologia respiratoria

D	Disinfettanti, antisettici e proteolitici
D0201	Clorexidina e associazioni
D0301	Ipocloriti e associazioni
D0601	Polifenoli e associazioni
D07	Alcooli

W	Dispositivi medico diagnostici in vitro
W0102	Immunochimica (immunologia)
W0104	Microbiologia
W0105	Immunologia delle malattie infettive

Dotazione Tecnologiche e canale di approvvigionamento

Durante la fase emergenziale il Dipartimento della Protezione Civile, anche tramite acquisti diretti effettuati mediante CONSIP, ha assegnato alla Regione Umbria le seguenti attrezzature:

VENTILATORE PER TERAPIE INTENSIVE	VENTILATORE CPAP	VENTILATORE TRASPORTO	MONITOR IBP	MONITOR ECG-SPO2-NIBP	VENTILATORE PER SEMI INTENSIVE
71	2	3	10	140	20

La Regione Umbria si è attivata anche per coordinare le donazioni di apparecchiature da parte di soggetti privati.

Per quanto riguarda i dispositivi medici consumabili, il principale canale di approvvigionamento è quello dell'acquisto diretto da parte delle Aziende Sanitarie regionali e, durante la fase 1 e 2, della Protezione Civile Regionale.

Per alcune tipologie di dispositivi (es. tamponi) continuano ad arrivare forniture da parte del Dipartimento di Protezione Civile, ad integrazione degli acquisti diretti effettuati dalle Aziende Sanitarie.

Oneri connessi

E' stata data indicazione alle Aziende Sanitarie regionali di evidenziare separatamente i costi aggiuntivi relativi all'emergenza Covid. La rilevazione dei costi così evidenziati consente anche un monitoraggio specifico dei consumi di dispositivi medici e una programmazione mirata dei fabbisogni.

Gli oneri correlati sono imputati nei conti economici BA0220 – B.1°3.1 Dispositivi Medici e BA0240 – B.1.a.3.3. Dispositivi Medici diagnostici in vitro, la cui quantificazione è in corso di approfondimento.

Per quanto riguarda invece i dispositivi medici con codice CND Z120, i costi sono imputati nella voce relativa alle strumentazioni sanitarie dello stato patrimoniale – SP AAA420 – A.11.4 anche se, come sopra evidenziato, sono stati per la maggior parte assegnati del Dipartimento della Protezione Civile o oggetto di donazione da privati.

2.1.1.4 “Altri beni sanitari”

I beni sanitari connessi all'emergenza COVID che rientrano in questa categoria sono prevalentemente rappresentati dai disinfettanti e dai dispositivi di protezione individuale (esclusi dispositivi medici) utilizzati dagli operatori sanitari sia a livello ospedaliero che a domicilio dei pazienti (USCA), di seguito riportati in forma sintetica:

- Disinfettanti per la disinfezione degli ambienti e per l'uso personale degli operatori
- Maschere FFP2 e FFP3
- Guanti non sterili
- Calzari
- Copriscarpe
- Cuffie
- Camici
- Tute di protezione
- Visiere
- Occhiali protettivi

Canale di approvvigionamento

Vale quanto detto per i dispositivi medici

Oneri connessi

Come sopra specificato, è stata data indicazione alle Aziende Sanitarie regionale di evidenziare separatamente i costi aggiuntivi relativi all'emergenza Covid. La rilevazione dei costi così evidenziati consente anche un monitoraggio specifico dei consumi di dispositivi medici e una programmazione mirata dei fabbisogni.

I costi sono imputati nei conti economici BA0308 (B.1.A.9.8 – Altri beni e prodotti sanitari) la cui quantificazione è in corso di approfondimento.

2.1.1.5 “Servizi non sanitari”

L'emergenza COVID-19, esplosa a febbraio 2020, ha richiesto l'implementazione di misure ed interventi volti ad integrare flussi informativi delle aziende sanitarie e a realizzare strumenti digitali atti a fornire in tempo reale informazioni utili per fini di sorveglianza e di ricerca epidemiologica.

Di seguito si riportano gli interventi già realizzati o in fase di completamento relativi all'**infrastruttura informatica e all'interoperabilità dei servizi**:

Servizio 1 – DB covid 19 e Dashboard

- 1) Realizzazione del DB covid 19 attraverso l'integrazione di flussi informativi delle aziende territoriali e ospedaliere ed in particolare di quelli del pronto soccorso, dei ricoveri ospedalieri, dell'anagrafe degli assistiti, dell'anagrafe operatori sanitari, delle schede covid gestite dagli operatori di sanità pubblica

- 2) Realizzazione di una dashboard basata sul DB covid 19, consultabile a diversi livelli per fini di sorveglianza e di ricerca epidemiologica

Determina affidamento n. 5977 del 8 luglio 2020: *“Sistema informativo Covid-19” Approvazione Business case preliminare e Project brief. Affidamento delle attività relative al Progetto ad Umbria Digitale scarl per un importo pari ad € 73.784,00”*

STATO: concluso

Servizio 2 – Portale tamponi

- 1) Realizzazione delle integrazioni con i laboratori privati per accogliere gli esiti dei test sierologici covid19 all'interno della banca dati DBcovid19

Determina affidamento n. 6298 del 17/07/2020 *“Progetto <1558> "Interventi Fase2 Covid – n. 1". Approvazione Business case preliminare e Project brief con affidamento delle attività relative al Progetto ad Umbria Digitale Scarl per un importo pari ad € 43.700,00”*

STATO. concluso

Servizio 3 – Sistema di biosorveglianza e di Monitoraggio

Sistema di bio sorveglianza: attività in corso

Stato delle attività: stesura dei documenti progettuali con la collaborazione del gruppo di lavoro, Regione e Umbria digitale. Prossima attività: analisi comparativa dei requisiti con il sistema del Piemonte (una delle soluzioni da prendere in considerazione)

STATO: stesura documenti progettuali in corso

Servizio 4 – Piattaforma di telemedicina

Piattaforma di telemedicina: stesura di un progetto approvato dalla Giunta regionale con DGR n. 914 del 14 ottobre 2020 trasmessa al Ministero della Salute per la prevista valutazione ministeriale per richiesta di finanziamento con fondo investimenti. Si tratta di acquisire uno strumento che consenta di effettuare tele visite, teleconsulto a distanza ecc. per istituire una centrale unica regionale per l'erogazione di prestazioni in telemedicina in modo da evitare il diretto contatto tra assistito e struttura ambulatoriale. L'importo stimato è di € 750.000 circa.

In corso di predisposizione linee di indirizzo volte a regolamentare la telemedicina

STATO: Approvato progetto preliminare

Servizio 5 – Survey di sorveglianza nelle strutture residenziali

Sistema di " Sorveglianza epidemiologica per SARS COV 2 nelle residenze “, strumento a supporto dell'azione di sorveglianza delle strutture residenziali sanitarie regionali, secondo le indicazioni dell'ISS

Consiste nella realizzazione di:

una funzione di raccolta dati delle strutture residenziali
elaborati specifici
dashboard di monitoraggio
Le strutture residenziali cui si riferisce sono le seguenti:
strutture residenziali per anziani non autosufficienti
strutture residenziali per persone disabili giovani e adulte
strutture residenziali per persone con patologie psichiatriche

Importo previsto € 44.000.

STATO: Il progetto di sviluppo è in fase di esecuzione. Affidamento alla società in House Umbria Digitale.

Le attività di implementazione dei percorsi di sorveglianza potrebbero richiedere anche altre implementazioni collegate a servizi territoriali

Servizio 6 - FSE

Adeguamento del sistema fascicolo sanitario al decreto 34/2020 per estendere a tutti i cittadini il fascicolo in modo che possa essere consultato anche dalle farmacie per l'erogazione dei farmaci. Effettuata attività di formazione rivolta ai farmacisti, quale presupposto per l'abilitazione alla consultazione del fascicolo. Dovrebbe essere iscritta all'odg della Giunta del 17 novembre una proposta di delibera concernente l'” Approvazione dei Progetti “Fascicolo Sanitario Elettronico - Fase V” e "Sistema Anagrafe Operatori Sanitari" e inserimento dei rispettivi nel Piano Digitale Regionale Triennale (PDRT) con cui si propone alla Giunta regionale di approvare due progetti:

- “Fascicolo sanitario elettronico – fase V”, che prevede attività volte ad attuare quanto previsto dal Decreto rilancio che, tra altre cose, elimina il consenso all'alimentazione, consentendo l'apertura del fascicolo a tutti i cittadini.
Il progetto prevede inoltre l'arricchimento del FSE con ulteriori tipologie di documenti, la diffusione presso ulteriori strutture sanitarie, una campagna di comunicazione verso i cittadini.
- “Sistema anagrafe operatori sanitari”: l'obiettivo del progetto è realizzare un'anagrafe operatori sanitari regionale di cui la regione Umbria al momento non è dotata. L'anagrafe centralizzata consentirebbe un controllo sugli accessi al fascicolo oltre che ad altri sistemi applicativi con cui verrà eventualmente integrata.
Costituisce una **componente abilitante** del fascicolo sanitario come evidenziato nelle [Linee guida per la presentazione dei piani di progetto regionali per il FSE](#) pubblicate dall'agenzia per l'Italia Digitale

Servizio 7 - COT

Si rimanda al paragrafo dedicato

2.2 Area “Revisione temporanea rete assistenziale”

2.2.1. “Area ospedaliera”

Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Ospedaliera della Regione Umbria adottato con D.G.R. n. 483 del 19/06/2020 recepito nel presente programma operativo.

In relazione all’Emergenza COVID-19, il Ministero della Salute con le circolari n. 2627 del 1 marzo 2020, n. 7422 del 16 marzo 2020 e n. 7865 del 25 marzo 2020 ha fornito alle Regioni indicazioni al fine di incrementare la disponibilità di posti letto per le discipline Terapia Intensiva (cod. disciplina 49), Malattie infettive e Tropicali (cod. disciplina 24) e Pneumologia (cod. disciplina 68), con le seguenti modalità:

- 50% del numero di posti letto in Terapia Intensiva;
- 100% del numero di posti letto in Pneumologia e Malattie Infettive isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto respiratorio (inclusa ventilazione assistita) e con la possibilità di attuare quanto previsto dalle “Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da Covid-19” del 29 febbraio 2020.

Conseguentemente la Regione Umbria con DGR n. 180 del 19.03.2020, avente ad oggetto *Piano di gestione dei posti letto della rete ospedaliera emergenza coronavirus* ha previsto la riconfigurazione della Rete Ospedaliera Regionale a temporanea e parziale deroga del Provvedimento generale di programmazione (DGR 212/2016).

Tale riconfigurazione, tenuto conto delle Ordinanze contingibili e urgenti - ex art. 32, co. III della L 833/1978 - adottate dalla Presidente della Giunta regionale per individuare le strutture ospedaliere atte a ricevere i pazienti COVID, ha identificato i seguenti COVID HOSPITAL:

- Ospedale di Perugia (DEA di II livello con posti dedicati al COVID)
- Ospedale di Terni (DEA di II livello con posti dedicati al COVID)
- Ospedale di Città di Castello (DEA di I livello con posti dedicati al COVID)
- Ospedale di Foligno (DEA di I livello con posti dedicati al COVID)
- Ospedale della Media Valle del Tevere (Ospedale di base interamente riconvertito)

Di seguito si specificano gli interventi sulle Unità di Terapia Intensiva, di Malattie Infettive e di Pneumologia COVID-19 dedicati.

Terapia Intensiva

In tutti gli ospedali regionali sedi di DEA di I e di II livello sono stati previsti ampliamenti straordinari di posti letto al fine di individuare terapie intensive “NO COVID” e terapie intensive “COVID” destinate ai pazienti con infezione sospetta o confermata da COVID-19 per eventuale trasferimento dalle U.O. di Malattie Infettive, di Pneumologia o di Area Medica dedicata a seguito dell’insorgenza di distress respiratorio necessitante di intubazione oro-tracheale o direttamente condotti dal 118. Nell’Ospedale della Media Valle del Tevere, Ospedale COVID dedicato, è stata prevista la riconversione delle sale operatorie e della recovery room in unità di terapia intensiva.

Il personale per la gestione dei posti letto in incremento è stato reclutato dalle equipe anestesologiche ed infermieristiche delle sale operatorie opportunamente formati. La tabella successiva riporta lo

sviluppo previsto per ampliare la dotazione originaria di posti letto di almeno il 50%, come indicato dalle circolari ministeriali.

DISCIPLINA	PERUGIA	TERNI	CITTÀ DI CASTELLO	GUBBIO GUALDO TADINO	MVT	FOLIGNO	SPOLETO	ORVIETO	REGIONE
TI (cod.49) al 01.01.2020	21	19	6	6	0	8	4	5	69
TI (cod.49) in incremento	10	20	4	3	8	4	1	0	50
TI (cod.49) totali	31	39	10	9	8	12	5	5	119

Malattie Infettive e Pneumologia

Sono stati individuati nei COVID HOSPITAL posti letto da dedicare ai pazienti con infezione sospetta o confermata da COVID-19 allestiti con la dotazione necessaria per il supporto respiratorio (inclusa ventilazione assistita). Anche per questi posti letto le equipe mediche integrate e/o multidisciplinari sono state attivate in maniera funzionale e straordinaria.

Le tabelle successive riportano, in relazione alle discipline di malattie infettive e pneumologia, lo sviluppo previsto per ampliare la dotazione originaria di posti letto del 100% come indicato dalle circolari ministeriali.

DISCIPLINA	PERUGIA	TERNI	CITTÀ DI CASTELLO	MVT	FOLIGNO	REGIONE
Malattie Infettive (cod.24) al 01.01.2020	16	12	0	0	0	28
Malattie Infettive (cod.24) in incremento	0	4	10	14	0	28
Malattie Infettive (cod.24) totali	16	16	10	14	0	56

DISCIPLINA	PERUGIA	TERNI	CITTÀ DI CASTELLO	MVT	FOLIGNO	REGIONE
Pneumologia (cod.68) al 01.01.2020	23	25	0	0	15	63
Pneumologia (cod.68) in incremento	12	19	10	12	10	63
Pneumologia (cod.68) totali	35	44	10	12	25	126

Inoltre, al fine di garantire al meglio l'isolamento di pazienti sospetti in attesa della definizione diagnostica ma necessitanti di cure tempestive, gli Ospedali DEA di I e di II livello hanno individuato anche stanze di isolamento nelle altre discipline (Cardiologia, Neurologia, Pediatria, Ostetricia....)

In tutti gli Ospedali ed in particolare in quelli COVID si è poi provveduto a:

- riorganizzare le aree di Pronto Soccorso prevedendo ingressi dedicati per i pazienti con sintomi respiratori e separando l'accesso alle degenze e l'accesso alle aree ambulatoriali;
- garantire il Pre-triage "di sicurezza" nel rispetto del Protocollo Regionale;
- attivare container/tenda all'esterno del Pronto Soccorso per effettuare un triage in sicurezza (informativa e DPI da indossare);

- garantire un'area dedicata per l'isolamento temporaneo dei casi sospetti in Pronto Soccorso in attesa di definizione diagnostica;
- garantire un'area dedicata per l'isolamento temporaneo dei casi sospetti in Pronto Soccorso in attesa dell'esito del tampone, sfruttando anche i posti letto di OBI;
- garantire percorsi dedicati per l'accesso alla diagnostica separando i flussi fra i pazienti COVID o sospetti tali e quelli non COVID;
- garantire idonee misure di disinfezione e sanificazione degli ambienti;
- dare indicazioni ai pazienti per i comportamenti da tenere.

Successivamente l'art. 2 del DL n. 34 del 19.05.2020 ha disposto per le Regioni l'obbligo di redigere un piano di riorganizzazione della rete ospedaliera al fine di rendere strutturale la risposta emergenziale all'aumento della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus Sars-CoV-2.

La Regione Umbria con **DGR n. 483 del 19.06.2020** ha adottato il **“Piano di riorganizzazione emergenza COVID-19 _Potenziamento rete ospedaliera”** approvato dal Ministero della Salute con Decreto Direttoriale, registrato presso la Corte dei Conti.

Il Piano, conformemente a quanto stabilito dalle *“Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19”*, prevede di attivare la seguente offerta di posti letto:

Cod. regione	Regione	TERAPIA INTENSIVA Posti letto pre emergenza (HSP)	TERAPIA INTENSIVA Incremento posti letto per fabbisogno aggiuntivo (PL da attivare) (HSP)	TERAPIA INTENSIVA Totale posti letto	TERAPIA SEMIINTENSIVA POSTI LETTO (PL da riconvertire)
		<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c=a+b</i>	<i>d</i>
100	UMBRIA	70	57	127	62

all'interno degli ospedali DEA di II livello (Ospedale di Perugia e Ospedale di Terni) e degli ospedali DEA di I livello (Ospedali di Città di Castello, Gubbio-Gualdo Tadino, Foligno, Spoleto, Orvieto) essendo tali strutture ubicate in ambiti territoriali che garantiscono la rete dell'emergenza/urgenza e delle patologie tempo dipendenti in maniera ottimale rispetto all'orografia del territorio umbro e alla viabilità stradale. Inoltre in tali ospedali sono già presenti equipe professionali dedicate alle prestazioni intensivistiche.

La pianificazione dei posti letto di Terapia Intensiva negli Ospedali individuati è riportata in tabella successiva:

DISCIPLINA	PERUGIA	TERNI	CITTÀ DI CASTELLO	GUBBIO GUALDO TADINO	FOLIGNO	SPOLETO	ORVIETO	REGIONE
Terapia Intensiva (cod.49)	33	39	16	14	13	6	6	127
<i>di cui incrementati</i>	12	20	10	8	5	2	1	58

Si specifica che i posti letto aggiuntivi di terapia intensiva, una volta realizzati, non potranno essere pienamente operativi se non in una piccola quota in relazione al personale presente in servizio. Una

progressiva attivazione sarà possibile solo con l'adeguamento delle dotazioni organiche in forma stabile e conseguenti deroghe al tetto di spesa.

Tuttavia, in caso di ricrescita della curva epidemica, gli stessi sarebbero resi immediatamente operativi recuperando le risorse umane da altre strutture riducendo l'attività ordinaria come avvenuto in fase emergenziale.

Per ciò che concerne la pianificazione dei posti letto di terapia semintensiva si evidenzia che il 50% di quelli previsti sono convertibili in posti letto dotati della necessaria strumentazione di ventilazione invasiva e di monitoraggio (ovvero da intendersi come posti letto di terapia intensiva per quanto riguarda l'allestimento di apparecchiature e non per i requisiti strutturali).

Nella tabella successiva è riportata, per ogni Ospedale, l'offerta dei posti letto al 01.01.2020, per le discipline di Malattie Infettive (cod. 24), Pneumologia (cod.68), e Medicina (cod. 26) nell'ambito delle quali sono stati individuati i posti letto di semintensiva e, tra questi, quelli trasformabili in terapia intensiva in caso di necessità.

DISCIPLINA	PERUGIA	TERNI	CITTÀ DI CASTELLO	GUBBIO GUALDO TADINO	FOLIGNO	SPOLETO	ORVIETO	REGIONE
Malattie Infettive (cod.24)	16	12	0	0	0	0	0	28
Pneumologia (cod.68)	23	25	0	0	15	0	0	63
Posti letto di semintensiva	14	7	14	0	15	6	6	62
di cui trasformabili in T.I.	7	0	14	0	10	0	0	31
Riconversione posti letto	8 (cod. 68 di cui 4 già UTIR) 6 (cod. 26)	7 (cod. 68)	14 (cod. 26)	0	8 (cod. 26) 7 (cod. 68)	6 (cod.26)	6 (cod. 26)	62

Sono state inoltre prospettate ipotesi progettuali per riorganizzare e ristrutturare le aree di Pronto Soccorso degli ospedali prevedendo:

- aree di pre-triage distinte;
- area di attesa dedicata a sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi;
- ambulatorio per sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi;
- area dedicata per soggetti in attesa di esito tampone;
- percorso specificatamente individuato per paziente COVID-19;
- accesso diretto e percorsi dedicati di mezzi di soccorso a spazi di attesa sospetti barellati;
- diagnostica radiologica dedicata all'interno del PS quando possibile o in alternativa percorso dedicato per la diagnostica radiologica.

La stima dei costi per gli interventi previsti dal Piano è pari a € 25.906.639,20.

Il finanziamento complessivo fissato dal DL n. 34/2020 per il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Umbria è pari a € 24.180.508,00.

	LINEE PROGETTUALI	FINANZIAMENTO	COSTO STIMATO
--	-------------------	---------------	---------------

Art. 2 commi 1 e 3 DL 34/2020	INCREMENTO POSTI LETTO TERAPIA INTENSIVA	€ 9.874.680	€ 10.296.536,00
Art. 2 comma 2 DL 34/2020	INCREMENTO POSTI LETTO TERAPIA SEMI-INTENSIVA	€ 8.826.819	
Art. 2 comma 4 DL 34/2020	RISTRUTTURAZIONE E AMMODERNAMENTO PRONTO SOCCORSO	€ 5.328.111	€ 15.410.103,20
Art. 2 comma 5 DL 34/2020	EMERGENZA TERRITORIALE	€ 150.898	€ 200.000,00
		€ 24.180.508	€ 25.906.639,20

L'eccedenza di € 1.726.131,20 sarà compensata a livello Regionale e Aziendale

La Regione Umbria ha previsto anche la realizzazione di un Ospedale da campo interamente finanziato con risorse proprie (donazione).

Risorse umane

Per quanto attiene alle risorse per il reclutamento del personale è prevista la seguente distribuzione delle risorse messe a disposizione per le assunzioni:

- per quello che attiene alle terapie intensive e semintensive (comma 7 art.2 Decreto Rilancio) le risorse sono ripartite in relazione all'attivazione dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva che sono stati misurati nella distribuzione percentuale sul totale dei programmati all'attivazione.

CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	LETTI ATTIVATI	LETTI ATTIVATI	TOTALE	%	ripartizione risorse anno 2020	ripartizione risorse anno 2021
901	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	100901	Presidio Ospedaliero Perugia	12	14	26	21,67	610.166,08	851.972,55
902	AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI	100902	Presidio Ospedaliero Terni	20	7	27	22,50	633.634,01	884.740,73
201	ULS UMBRIA 1	100801	Presidio Ospedaliero Alto Tevere	10	14	24	20,00	563.230,23	786.436,20
201	ULS UMBRIA 1	100810	Presidio Ospedaliero Gubbio-Gualdo Tadino	8	0	8	6,67	187.743,41	262.145,40
202	USL UMBRIA 2	100809	Presidio Ospedaliero Foligno	5	15	20	16,67	469.358,53	655.363,50
202	USL UMBRIA 2	100805	Presidio Ospedaliero Spoleto	2	6	8	6,67	187.743,41	262.145,40
202	USL UMBRIA 2	100806	Presidio Ospedaliero Orvieto	1	6	7	5,83	164.275,48	229.377,23
				58	62	120	100	2.816.151,16	3.932.181,00

- per quello che attiene i mezzi di soccorso (comma 5 secondo periodo art.2 Decreto Rilancio) le risorse sono ripartite in relazione ai mezzi di soccorso previsti dalla programmazione

CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	NR MEDICI	NR INFERMIERI	NR AUTISTA-BARELLIERE	RIPARTIZIONE RISORSE ANNO 2020	RIPARTIZIONE RISORSE ANNO 2021
100	UMBRIA	901	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	3	6	5	387.221	619.604
100	UMBRIA	902	AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI	3	6	5	387.221	619.604
100	UMBRIA			6	12	10	774.442	1.239.207

Strategie nell'utilizzo della rete ospedaliera in fase di ripresa epidemica, adottato con DGR n. 924 del 16.10.2020

In attesa della realizzazione di tutti gli investimenti/lavori previsti da *Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera*, con DGR n. 924 del 16.10.2020 sono state definite le linee di intervento evolutive rispetto a quelle indicate nella DGR 180/2020 per soddisfare le necessità di ricovero ospedaliero legato contesto dell'epidemia e mantenere il più possibile le altre attività assistenziali, adottando una strategia di attivazione progressiva degli ospedali e dei posti letto delle discipline candidate a far fronte all'epidemia.

La gestione dei Pazienti Covid positivi o sospetti mira a salvaguardare non solo le reti cliniche tempo dipendenti e le attività chirurgiche di emergenza e quelle rivolte al trattamento delle patologie cd. "maggiori" ma, finché possibile, anche tutte le altre attività assistenziali e di screening per la popolazione.

Sono previsti 4 livelli di sviluppo del livello 3 della DGR 180/2020

- Al I livello (3a) i posti letto dedicati COVID vengono identificati negli Ospedali DEA di II livello che di fatto sono rimasti sempre attivi.
- Al II livello (3b) vengono individuati posti letto dedicati nell'Ospedale di Città di Castello e nell'Ospedale di Foligno seguendo lo schema di reclutamento e coinvolgimento degli Ospedali predisposto nella prima fase epidemica con la DGR 180/2020.
- Al III livello (3c) vengono dedicati ulteriori posti letto di area medica negli Ospedali già identificati.
- Al IV livello (3d) previsto ulteriore ampliamento, vengono attivati anche i posti letto di semintensiva trasformabili in Terapia Intensiva e viene attivato anche l'Ospedale della Media Valle del Tevere come integrato nella gestione dell'emergenza COVID e quindi attivando posti letto dedicati a bassa intensità assistenziale ovvero posti letto sub-acuti sia di lungodegenza ospedaliera cod.60, posti letto estensivi extraospedaliera per accogliere i positivi trasferiti dagli ospedali per acuti non ancora dimissibili a domicilio in diversi livelli assistenziali di cura.

Di seguito si riporta il dettaglio dei livelli subentranti

LIVELLI sviluppo del 3 livello della DGR 180/2020	T.I. COVID	T.I. GENERALISTI	SEMI INTENSIVI -TI	MAL. INFETTIVE	PNEUMOLOGIA	AREA MEDICA	TOT. DEG. ORDINARIA DEA	AREA MEDICA media intensità	LUNGO DEGENZA bassa intensità	RSA estensiva	TOTALE	TOTALE COVID	POSTI ISOLAMENTO DIAGNOSTICO
LIVELLO I (3a)	11	59	4	32	0	0	32	0	0	0	0	47	32
LIVELLO II (3b)	11	63	4	38	0	7	45	0	0	0	0	60	38
LIVELLO III (3c)	15	64	4	38	0	24	62	0	0	0	0	81	38
LIVELLO IV (3d)	34	56	12	38	22	50	110	0	10	10	20	176	50

Nell'ultimo step è stata prefigurata la prospettiva di individuare un COVID HOSPITAL anche al fine di separare nettamente i percorsi COVID dedicati e limitare l'utilizzo di tutte le strutture per la casistica COVID.

Con ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. n. 67 del 22.10.2020 è stata stabilita la riconversione temporanea e parziale dell'Ospedale di Spoleto in struttura dedicata COVID-19 prendendo in considerazione la situazione geografica, il numero di posti letto e la distanza da altri Ospedali, la specificità.

Piano di Contenimento adottato con DGR n.1006 del 02.11.2020.

Il *Piano di Contenimento* ha previsto la progressione organizzativa-funzionale in relazione alle necessità dettate dall'emergenza facendo riferimento ai posti letto della rete ospedaliera e della rete territoriale in maniera tale da:

- dedicare parte della rete Ospedaliera alle casistiche non COVID e parte alle casistiche COVID, tenendo presente che la rete Ospedaliera regionale consta di 3.261 posti letto per acuti e per post-acuti nella dotazione massima collocati in 2 DEA di II livello, 5 DEA di I livello, 7 Ospedali di Base per acuti, 4 Ospedali riabilitativi, 1 Struttura Riabilitativa mista pubblica-privata, 5 Case di Cura;
- dedicare parte della rete territoriale alle casistiche non COVID e parte alle casistiche COVID, tenendo presente tutte le strutture residenziali pubbliche e private presenti nel territorio.

Nella fattispecie:

Ospedali Dea di II livello (Perugia e Terni):

- vengono mantenute le attività dedicate alle urgenze/emergenze chirurgiche, patologie tempo dipendenti, il Punto Nascita e le attività onco-ematologiche, le attività dialitiche e le attività elettive non procrastinabili che necessitano di assistenza nel DEA di II livello;
- vengono rimodulate fino alla sospensione le attività chirurgiche di elezione procrastinabili e trasferendo quelle non procrastinabili (salvo quelle di II livello) nelle strutture COVID free pubbliche e private, scegliendo in base alla complessità e all'eventuale necessità di terapia intensiva;
- dedicano le U.O. di Malattie Infettive e di Pneumologia nonché aree mediche nettamente separate dalle aree non COVID ai pazienti COVID (cod. 24, cod. 68, cod. 26);
- si aggiungono i posti letto di terapia intensiva anche in via straordinaria, non avendo ancora potuto avviare gli adeguamenti previsti dal DL rilancio n.34/2020 convertito in Legge 77/2020;
- nell'ambito dei posti letto di area medica sono attivati posti di terapia semintensiva in relazione alla disponibilità di apparecchiature.

Ospedali Dea di I livello:

Ospedali di Foligno e di Città di Castello

- vengono mantenute le attività dedicate alle urgenze/emergenze chirurgiche, patologie tempo dipendenti, il Punto Nascita e le attività onco-ematologiche, le attività dialitiche;
- vengono rimodulate fino alla sospensione tutte le attività chirurgiche di elezione procrastinabili, trasferendo quelle non procrastinabili nelle strutture COVID free in base alla complessità e all'eventuale necessità di terapia intensiva;
- dedicano aree mediche separate dalle aree non COVID ai pazienti COVID (cod. 68, cod. 26) come da tab. n. 1, per ospedale.
- nell'ambito dei posti letto di area medica sono attivati posti di terapia semintensiva in relazione alla disponibilità di apparecchiature;
- in entrambi gli Ospedali sono presenti due Unità di Terapia Intensiva (cod.49) di 8 PL a Foligno e 7 PL a Città di Castello e sono già attive le sezioni aggiuntive rispettivamente di 5 e 4 PL, attivate in via straordinaria, non essendo ancora avviati gli adeguamenti previsti dal DL rilancio, da dedicare alle attività generaliste.

Ospedali di Gubbio-Gualdo Tadino e di Orvieto,

- dedicano i posti letto alle patologie non COVID di emergenza/urgenza, del PN, delle attività oncologiche e delle attività elettive anche chirurgiche non procrastinabili supportando l'attività chirurgica degli ospedali che affrontano i pazienti COVID gestendo le priorità della casistica regionale. Presso tali Ospedali sono programmate le sedute chirurgiche tenendo conto anche delle necessità degli altri DEA di II e di I livello anche in condivisione di equipages professionali.

Ospedale di Spoleto

- viene dedicato all'80% al COVID laddove vengono strutturate aree di degenza medica, unità di terapia intensiva, di semintensiva, unità operativa a bassa intensità, mantenendo aree non COVID per l'oncologia, la radioterapia, la dialisi, il pronto soccorso riorganizzato temporaneamente secondo la configurazione e l'offerta dell'ospedale, attività ambulatoriali prevalentemente dedicate ai pazienti cronici;
- viene sospesa l'attività chirurgica per pazienti non COVID che dovrà trovare spazio per le urgenze ed i pazienti oncologici negli altri ospedali pubblici e privati della rete regionali.

Ospedali di base

i n. 6 ospedali per acuti - Umbertide, Castiglione del Lago, Assisi, Media Valle del Tevere, Narni, Amelia - e n. 4 ospedali riabilitativi- Passignano, Trevi, Domus a Terni, Cascia - sono individuati come Ospedali di supporto.

In questi Ospedali viene garantita la patologia di base in urgenza anche trasferita dai PS degli altri Ospedali e i pazienti di più bassa intensità trasferiti dagli Ospedali DEA, oltre che le attività proprie non procrastinabili.

Presso gli Ospedali per acuti sono programmate le sedute chirurgiche anche in condivisione di equipages professionali.

L'Ospedale della Media Valle del Tevere è dedicato per almeno il 60% al COVID laddove vengono strutturate aree di degenza medica con PL di semintensiva, aree di degenza a bassa intensità, mantenendo aree non COVID per l'oncologia, la dialisi, attività ambulatoriali prevalentemente dedicate ai pazienti cronici.

Lo sviluppo complessivo nella tabella n.1.

STRUTTURA	POSTI LETTO ACUTI COVID	DI CUI SEMIN-TENSIVA	POSTI LETTO T.I. COVID	POSTI LETTO POST ACUTI/ RSA	TOTALE

AO PERUGIA	110	22	27		137
AO TERNI	86	9	19		105
CITTA' DI CASTELLO	60	10	7		67
FOLIGNO	34	13	8		42
SPOLETO	60	20	17	40	117
MEDIA VALLE DEL TEVERE	30			10	40
RSA PERUGIA				36	36
DOMUS TERNI				32	32
TOTALE	380	74	78	118	576

Si precisa che, in riferimento alla Terapia Intensiva, il piano prevede di dedicarne 78 per la T.I. COVID e 49 per la T.I. generalista, modulabili in relazione alle necessità, per uno sviluppo complessivo di n. 127 in coerenza con le previsioni del DL 34/2020

Lo stesso Decreto prevedeva la realizzazione di 62 posti letto di terapia semintensiva da realizzare nella dotazione delle discipline mediche e lo sviluppo li porta a 74 con incremento di ulteriori 12 rispetto alle disposizioni.

L'implementazione dei 127 posti letto di TI e dei 74 di terapia semintensiva è attuata in maniera straordinaria non essendo ancora avviati i lavori previsti per la realizzazione strutturale e definitiva.

Piano di Salvaguardia, adottato con DGR n. 1096 del 16.11.2020.

Considerato il perdurare e il peggioramento dell'andamento epidemico, il *Piano di Salvaguardia* prevede di ampliare sia i posti letto ordinari sia i posti letto di terapia intensiva dedicati COVID realizzando:

- almeno ulteriori 150 posti letto per acuti, per una disponibilità complessiva di almeno 530 posti letto,
- ulteriori 58 posti letto per post-acuti che si vanno ad aggiungere a quelli già realizzati con il piano di contenimento per la bassa intensità post-acuta,
- ulteriori 40 posti letto di Terapia Intensiva, per una disponibilità complessiva di 167 di posti letto.

Il piano di salvaguardia ha come obiettivo prioritario il coinvolgimento di strutture esterne alla rete ospedaliera allo scopo di preservare le strutture sanitarie per le proprie finalità di garanzia dei LEA (COVID e Non COVID) della popolazione

Nella tabella successiva il reclutamento di posti letto nell'ambito della rete ospedaliera regionale:

STRUTTURA	POSTI LETTO ACUTI COVID	DI CUI SEMINTENSIVA	POSTI LETTO T.I. COVID	TOTALE
GUBBIO GUALDO TADINO	14	0	0	14
MEDIA VALLE DEL TEVERE	50	10	0	50
AO PERUGIA	0	0	8	8
AO TERNI	10	0	24	34
TOTALE	74	10	32	106

Il reclutamento di strutture esterne prevede:

- Ospedale dell'Esercito allestito nel parcheggio dell'Ospedale di Perugia con 37 posti letto complessivi;
- Tenda della Croce Rossa allestito in adiacenza dell'Ospedale di Terni con capacità di 20 posti letto complessivi;
- Stabile che ospitava la Casa di Cura Porta Sole per allestire 58 posti letto complessivi a bassa intensità di cura per post acuti;
- Sottoscrizione di specifico Accordo Quadro con la Regione Marche per l'utilizzo di n. 1 modulo di terapie intensive presso il nuovo Ospedale COVID realizzato a Civitanova Marche per un totale di 14 posti letto, per la gestione di un eventuale picco incrementale della pandemia e in attesa di completa realizzazione del Piano di salvaguardia.

Nella tabella successiva il reclutamento di posti letto in strutture esterne.

STRUTTURA	POSTI LETTO ACUTI COVID	POSTI LETTO POST ACUTI COVID	DI CUI SEMINTENSIVA	POSTI LETTO T.I. COVID	TOTALE
OSPEDALE ESERCITO	37	0	3	0	37
TENDA CROCE ROSSA	20	0	0	0	20
EX PORTA SOLE	0	58	0	0	58
OSPEDALE DA CAMPO R.U.	26	0	16	12	38
SUB TOTALE	83	58	19	12	153

STRUTTURA MARCHE	0	0	0	14	14
------------------	---	---	---	----	----

TOTALE	83	58	19	26	167
---------------	-----------	-----------	-----------	-----------	------------

Di seguito lo sviluppo complessivo:

STRUTTURA	POSTI LETTO ACUTI COVID	DI CUI SEMINTENSIVA	POSTI LETTO SUB ACUTI/RSA	POSTI LETTO T.I. COVID
GUBBIO GUALDO TADINO	14	0	0	0
AO PERUGIA	0	0	0	8
AO TERNI	10	0	0	24
OSPEDALE ESERCITO	37	3	0	0
MEDIA VALLE DEL TEVERE	50	10	0	0
TENDA CROCE ROSSA	20	0	0	0
EX PORTA SOLE	0	0	58	0
OSPEDALE DA CAMPO R.U.	26	12	0	12
STRUTTURA MARCHE	0	0	0	14
TOTALE	157	25	58	58

La progressiva realizzazione di tali posti letto ed il monitoraggio dell'andamento epidemico, e quindi della necessità di ricovero ospedaliero per terapia intensiva, consente di modulare la disponibilità aumentando l'offerta di Terapie Intensive generaliste.

2.2.2. “Area territoriale”

2.2.2.1 Piano di potenziamento e riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale della Regione Umbria

L'emergenza sanitaria legata alla pandemia da SARS-CoV-2 ha influenzato la rete dei servizi territoriali così come dettagliate nella DGR n. 207 del 25.3. 2020 “Piano di Gestione attività territoriali – Emergenza Coronavirus”.

La Regione Umbria ha risposto alla prima fase emergenziale di accrescimento della curva del contagio dai casi di infezione SARS-CoV-2, riorganizzando l'offerta assistenziale territoriale e adeguando le attività di sorveglianza necessarie al controllo e monitoraggio dell'andamento epidemico.

Durante la “Fase 2” si è reso necessario, pur permanendo la fase emergenziale, impostare una fase programmatoria volta al riavvio graduale delle attività sospese, pertanto la pianificazione e organizzazione della fase di transizione è stata pensata per rimodulare le misure adottate nella fase di lock-down mantenendo il controllo della trasmissione virale.

Successivamente la situazione epidemiologica nazionale e regionale, ha comprovato un sostanziale miglioramento delle condizioni epidemiche e una tenuta del sistema, entrando nella “Fase 3”.

Il 19 maggio è stato pubblicato il Decreto Legge n. 34 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19” che prevede all'art.1 le Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale (convertito nella Legge n.77/2020 pubblicata nella G.U. n. 180 del 18/7/2020 supplemento ordinario n.25),.

All'art. 1 vengono dettate le Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale.

Nel rispetto di tali indicazioni e nel rispetto del tetto di risorse assegnate è stato definito il **Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale della Regione Umbria adottato con D.G.R. n. 710 del 05/08/2020 recepito nel presente programma operativo.**

Il modello di organizzazione e gestione dell'assistenza territoriale proposto è volto a implementare e garantire un sistema di sorveglianza sanitaria uniforme sul territorio regionale e alla contemporanea garanzia dei LEA da parte dei Distretti in raccordo con MMG/PLS, Medici di CA, USCA con potenziamento delle attività di assistenza domiciliare integrata e inserendo la figura dell'infermiere di comunità.

L'obiettivo è quello di identificare precocemente i pazienti con sospetta infezione da SARS-COV2, favorendo la presa in carico precoce e il tracciamento tempestivo dei contatti nonché il potenziamento dell'assistenza soprattutto alle persone fragili che essendo più esposte al rischio necessitano di una presa in carico precoce con interventi multidisciplinari anche facendo riferimento a quanto previsto dal Piano della Cronicità.

L' Attività di Assistenza Domiciliare Integrata e il Sistema di Monitoraggio e Sorveglianza della Circolazione di SARS – CoV 2

Nel corso dell'epidemia da SARS – CoV 2 in Umbria, è stato allestito un sistema di individuazione precoce dei casi, nonché di ricerca e gestione dei contatti (contact tracing) che, assieme ad altre misure come il distanziamento fisico, l'adozione di specifiche misure di contenimento del rischio nelle comunità chiuse, nonché un diffuso sistema di accertamento diagnostico ha consentito di limitare il numero dei contagiati a 1466 individui, con 80 decessi.

Il sistema di monitoraggio e sorveglianza della circolazione del virus SARS – CoV 2, fondato su:

- Identificazione dei pazienti contagiati, sia sintomatici, che asintomatici
- Presa in carico precoce degli stessi con messa in isolamento contumaciale dei casi in accordo con le Autorità Sanitarie locali (sindaci), dei paucisintomatici Covid + o dei dimessi Covid+
- Isolamento fiduciario dei contatti
- Sorveglianza quotidiana attiva dei pazienti a domicilio con controllo sistematico delle condizioni cliniche
- Controllo della guarigione sia clinica che rispetto alla condizione di contagiosità

ha visto il coinvolgimento dei Medici dei Servizi di Igiene e Sanità pubblica dei due Dipartimenti di Prevenzione delle 2 Aziende Sanitarie, affiancati, nel caso della USL Umbria 1 dai medici del Servizio di Prevenzione nei luoghi di lavoro e dai Medici dello Sport, oltre che da altre figure come assistenti sanitarie e tecnici dell'ambiente; nella USL Umbria 2 accanto ai Medici del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica hanno costantemente operato i medici dei Centri di Salute, sempre coadiuvati dai tecnici dell'ambiente e dalle assistenti sanitarie.

L'esperienza sviluppata nel corso dei mesi di lock-down ha comunque messo in evidenza la necessità di rafforzare le risorse esistenti, in modo da rendere organica e strutturata la risposta ad una eventuale recrudescenza dell'epidemia anche in relazione ai casi importati da fuori regione e dall'estero come peraltro sta già avvenendo, nonché alla comparsa di cluster anche connessi con altri agenti infettivi. Sono state quindi disposte diverse misure per garantire le attività territoriali non procrastinabili.

In particolare sono state date disposizioni anche per l'assistenza ai pazienti fragili delle varie categorie per garantire idonea e sicura assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale verso le quali è stata anche attivata una campagna di sorveglianza specifica proprio per mettere in sicurezza i soggetti più vulnerabili.

Sono state nel frattempo attivate le misure per il graduale ripristino in sicurezza di attività ridotte e/o sospese con l'impegno a garantire nuovi modelli assistenziali di presa in carico dei pazienti fragili con adeguamento dei PDTA specifici anche per i pazienti cronici.

L'esperienza maturata nel lock-down ha evidenziato la necessità di potenziare e migliorare l'assistenza domiciliare integrata nonché la rete dei servizi territoriali e dei percorsi per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità.

In Umbria, la titolarità dell'assistenza primaria e dell'integrazione sociosanitaria attraverso le funzioni di produzione, governo, committenza ed integrazione è attribuita al Distretto ed è organizzata per livelli assistenziali.

Durante la emergenza legata alla FASE 1 della epidemia da SARS – COV 2 il contributo fornito dalla rete dei servizi distrettuali, in particolare per quanto attiene al personale medico e al personale infermieristico assegnato ai singoli Centri di Salute è stato fondamentale come supporto al Dipartimento di Prevenzione, sia per quanto attiene alla fase di:

- Identificazione dei pazienti contagiati, sintomatici o asintomatici, attraverso il contributo nella ricostruzione della catena di contagio, sia nella esecuzione e conferimento dei tamponi ai Laboratori individuati come laboratori di riferimento regionale;
- presa in carico precoce dei pazienti sintomatici Covid +, anche in collaborazione con i medici USCA;
- sorveglianza attiva dei soggetti posti in isolamento contumaciale e/o fiduciario.

L'emergenza connessa alla fase più acuta della pandemia ha però evidenziato anche carenze strutturali del sistema delle cure primarie e ha dimostrato la diversa capacità di risposta del territorio in relazione all'organizzazione dei servizi e alle risorse disponibili. Non va tralasciato che molte risorse sono state reclutate da servizi che hanno ridotto e/o sospese le attività.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale la sinergia Distretto-Dipartimento di Prevenzione va ancora più rafforzata per proteggere la salute e il benessere della popolazione tutelando le fasce più fragili e vulnerabili della popolazione (pazienti cronici, pazienti oncologici e terminali, pazienti affetti da malattie rare ...).

Sono stati considerati prioritari quindi i seguenti obiettivi:

- A. Potenziare i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende in particolare I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e dei Servizi di Epidemiologia.
- B. Riorganizzazione e potenziamento dei servizi vaccinali
- C. Rafforzare la rete dei servizi territoriali in particolare l'ADI
- D. Creare Strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione

La Sorveglianza sanitaria

L'emergenza sanitaria, caratterizzata da distanziamento fisico generalizzato, ha reso necessario attivare un sistema di sorveglianza e monitoraggio dei casi e dei loro contatti e in particolare:

- un contact tracing strutturalmente organizzato sotto la regia dei dipartimenti di sanità pubblica
- il potenziamento della capacità di risposta territoriale sia nell'ambito della sorveglianza sia nell'ambito delle cure attraverso la piena integrazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) nelle attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta
- l'utilizzo di strumenti che permettono il controllo "a distanza" dello stato di salute, del quadro clinico e dei trattamenti da parte di tutti i professionisti sanitari, potenziando le dotazioni informatiche nei servizi e, al contempo, garantendo la migliore definizione delle regole di sicurezza per l'utilizzo di piattaforme (rispetto a riservatezza e sicurezza nella trasmissione dei dati sensibili).

Le Vaccinazioni

Secondo le indicazioni contenute nel "Piano Gestione Attività territoriali Emergenza Coronavirus" l'attività dei Servizi vaccinali è stata rimodulata, garantendo il mantenimento della chiamata attiva per le vaccinazioni essenziali (Esavalente + 1 Prevenar + 1 Rotavirus, 2 Esavalente + 2 Prevenar + 2 Rotavirus, 1 - 2 e 3 MENB, MPRV + MENC, MEN4 C nella coorte degli undicenni)

Sono state invece sospese nella prima fase le chiamate per 3 ESAVALENTE + 3 PREVENAR, 4 MENB, 4 DTPP e 2 MPR(V), MEN4 C nella coorte dei diciottenni, 5 DTPP, 6 DTP, ANTIPAPILLOMAVIRUS

Per evitare che una prolungata riduzione delle vaccinazioni possa provocare un aumento del numero di persone suscettibili e un maggior rischio di diffusione di malattie infettive prevenibili con vaccino, è stato necessario riprogrammare l'attività dei servizi vaccinali, alla luce dello scenario epidemiologico del momento connesso all'epidemia di Sars-CoV2.

Ogni azienda Sanitaria ha elaborato un piano d'azione *ad hoc* per il recupero delle dosi di vaccini non somministrate a causa della emergenza epidemica articolato prevedendo gli inviti vaccinali per il recupero.

Sono state date indicazioni anche per l'organizzazione delle sedute vaccinali e si rimanda anche a quanto contenuto al paragrafo 2.2.3

Lo Screening

I tre programmi di screening oncologici sono state considerate già nella fase 2 come attività da riprendere tempestivamente.

La ripartenza dei programmi ha tenuto conto dell'esigenza di operare in completa sicurezza sia per gli operatori che per gli/le utenti, garantendo il recupero di tutti gli inviti relativi alla programmazione sospesa di marzo e aprile, riprogettando completamente le sedute, sia per quanto riguarda il numero delle persone da invitare e il tempo di ogni prestazione, nonché la durata delle sedute stesse.

Le Aziende si sono attenute alle indicazioni esposte, aggiornate in funzione dell'andamento epidemiologico e in linea con le raccomandazioni date dall'Osservatorio Nazionale Screening alle Regioni e Province Autonome.

La rete dei laboratori

In relazione a tale aspetto la Regione Umbria ha individuato nella fase emergenziale il Laboratorio di Microbiologia dell'Università di Perugia presso la Azienda Ospedaliera di Perugia quale laboratorio di riferimento in quanto in possesso degli idonei requisiti infrastrutturali e di adeguate competenze specialistiche e lo ha comunicato come previsto al Ministero della Salute

Tale laboratorio è stato individuato di riferimento in quanto in grado di effettuare la diagnosi molecolare su campioni clinici respiratori secondo protocolli specifici di Real Time PCR per SARS-CoV-2) che, con la Sezione di Virologia, già partecipa alla rete INFLUNET di sorveglianza dell'influenza ed è in collegamento diretto con l'Istituto Superiore di Sanità per gli eventuali test di conferma. Il Laboratorio è adeguato per trasmettere giornalmente al ministero della Salute il rapporto su test effettuati secondo la procedura già trasmessa alle regioni.

Successivamente la Rete dei Laboratori è stata ampliata con:

- Laboratorio di riferimento - Laboratorio di Microbiologia dell'Università di Perugia presso la Azienda Ospedaliera di Perugia che opera in collegamento con l'Istituto superiore di sanità e con compiti di coordinamento a livello regionale, ai fini dell'accreditamento, dei laboratori pubblici operanti nel territorio di riferimento, in possesso degli idonei requisiti infrastrutturali e delle adeguate competenze specialistiche del personale addetto, individuati facenti parte della rete regionale a copertura dei fabbisogni di prestazioni generati dall'emergenza epidemiologica.
- Laboratori della rete – coordinati dal Laboratorio di riferimento regionale, in possesso dei requisiti previsti per tale attività e identificati in
 - Laboratorio Istituto Zooprofilattico Perugia
 - Laboratorio Azienda Ospedaliera di Terni
 - Laboratorio Ospedale di Città di Castello
 - Laboratorio Ospedale di Spoleto

Tutti i laboratori della rete regionale attraverso la piattaforma regionale mettono a disposizione i referti positivi dei test molecolari per infezione da SARS-CoV-2 al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica del dipartimento di prevenzione territorialmente competente.

Tutti i casi positivi vengono registrati nella piattaforma istituita presso l'Istituto superiore di sanità ai fini della sorveglianza integrata del CO-VID-19, ai sensi dell'articolo 1 dell'ordinanza del capo del Dipartimento della protezione civile 27 febbraio 2020, n. 640. Nel registrare il caso viene sempre caricato il codice tampone con la data di prelievo e la data di refertazione del tampone molecolare determinante la positività del caso.

Per la comunicazione del caso all'ISP territorialmente competente e la registrazione dei casi in piattaforma sono adottate adeguate misure tecniche e organizzative idonee a tutelare la riservatezza dei dati stessi.

Le Disposizioni per l'isolamento dei contagiati

Tra le varie attività garantite presso i CCS e COR, Prefetture di Perugia e Terni, ANCI e Protezione Civile regionale hanno individuato strutture disponibili per eventuali esigenze di quarantena di soggetti positivi per cui l'isolamento fiduciario presso le proprie abitazioni non fosse possibile. Le strutture sono state anche oggetto di sopralluoghi specifici organizzati dalle Prefetture.

Con le Ordinanze del Presidente della Giunta regionale dell'Umbria n.1, 3, 5, 6, 9/2020 sono state dapprima calate nella realtà umbra le misure di contenimento introdotte a livello nazionale, e successivamente attuate le prime misure connesse al piano di gestione dei posti letto redatto dalla sanità regionale e approvato dal Centro Operativo Regionale-COR. In particolare, le Ordinanze nn. 5, 6 e 9 riguardano l'individuazione di ruoli strategici, nell'ambito dell'emergenza, delle strutture ospedaliere di Pantalla, Città di Castello e Foligno quali nosocomi Covid-19.

In vista di un possibile aumento importante del numero dei contagiati che necessitano ricoveri, si è reso necessario anche reperire strutture dove collocare i pazienti che superano la fase acuta della malattia, in attesa di negativizzazione del tampone.

Tra le varie strutture ispezionate è stata ritenuta particolarmente adatta una residenza di proprietà della Diocesi di Città di Castello, denominata "Villa Muzi" e situata in area agricola non lontana dal nosocomio cittadino, proposta dalla proprietà con nota formale a seguito della ricognizione avviata in sede di CCS.

La Regione Umbria, in previsione delle fasi evolutive dell'epidemia con revisione delle misure di restrizione per la popolazione generale, ha predisposto un documento base "Progetto per la definizione di Alberghi per Casi Covid+: COVID HOTEL" per individuare ulteriori strutture idonee per dare una soluzione alloggiativa alle persone positive al COVID-19.

Nel documento si regolamentano tutti gli aspetti per le convenzioni compresa la tariffa per la quale è previsto che sarà concordata fra la gestione dell'Hotel e la Direzione dell'Azienda Sanitaria in relazione alle caratteristiche della struttura messa a disposizione e agli ulteriori requisiti presenti oltre a quelli obbligatori e non potrà, comunque, superare i 39,50 euro per giornata di effettiva presenza.

Ad oggi comunque non è stato necessario individuare altre strutture alberghiere per le finalità dette, il progetto permane qualora l'evoluzione della pandemia rendesse necessario reclutare altre strutture da adibire alla gestione in isolamento dei contagiati.

Le aziende USL procederanno alla pubblicazione di bando di manifestazione di interesse per reclutare strutture recettive e nel frattempo si prevede di prolungare l'accordo con Villa Muzi.

Le strutture devono garantire servizi di ospitalità e sorveglianza attiva per pazienti dimessi guariti stabili ma ancora positivi e/o soggetti in isolamento domiciliare le cui condizioni abitative non garantiscono misure di quarantena efficace all'interno del nucleo familiare al fine di contenere la diffusione e la circolazione virale e limitare il contagio.

Verranno individuate anche strutture recettive dove possono essere ospitati soggetti in quarantena preventiva con oneri a carico del soggetto.

Sono attivate tutte le funzioni necessarie per garantire il supporto sanitario per la sorveglianza e l'assistenza sanitaria agli ospiti delle strutture recettive al pari di quanto avviene per l'isolamento domiciliare.

In particolare:

la sorveglianza e il monitoraggio sono garantiti dall'ISP territorialmente competente

l'assistenza sanitaria è garantita dall'equipe infermieristica/OSS dedicata e dal punto di vista Medico dall'assistenza primaria anche con integrazione delle USCA

Dal punto di vista operativo e sanitario sono assicurati i servizi indispensabili e tutto quanto necessario al fine di assicurare la piena funzionalità della struttura finalizzata a garantire un'adeguata assistenza dei pazienti (mensa, lavanderia, ecc)

Il Potenziamento dei Servizi Infermieristici territoriali

L'obiettivo è quello di potenziare i servizi infermieristici del territorio anche al fine di supportare le attività delle USCA, potenziare l'ADI, valorizzare l'equipe multidisciplinari e multiprofessionali nell'ambito dell'assistenza primaria per garantire la presa in carico dei pazienti "fragili" che possono andare incontro ad ulteriori difficoltà assistenziali legate all'emergenza.

Gli infermieri rappresentano la figura fondamentale per potenziare le cure domiciliari e far fronte all'emergenza in corso e vanno individuati come Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFC)

Nell'ambito delle cure primarie della regione Umbria, per ogni AFT, si dovranno individuare 2 IFC referente per quella popolazione di riferimento che intercetti le fragilità prima che si trasformino in disabilità, gestisca i PDTA per la cronicità, assista a domicilio le persone e le famiglie fornendo consigli sugli stili di vita sani ed educando contro i fattori di rischio anche sociali.

L'IFC dovrà essere una figura che funge da mediatore tra famiglie e MMG sostituendolo per bisogni a prevalenza infermieristici, aiutando persone e famiglie ad autogestire la malattia e la disabilità cronica, promuovendo l'attivazione di risorse del territorio e della comunità. Gli obiettivi principali che l'IFC persegue sono quelli di garantire la continuità assistenziale migliorando e facilitando l'accesso alle cure primarie al fine di promuovere e proteggere la salute dell'individuo e della popolazione di riferimento e di costruire e rafforzare un rapporto di fiducia fra cittadini e istituzioni. Sono beneficiari i cittadini in carico alle AFT delle due Aziende territoriali umbre affetti da patologie croniche, sia in fase iniziale, attraverso lo sviluppo dei PDTA, sia in condizioni di comorbosità e pluripatologia che possono richiedere interventi assistenziali complessi in regime domiciliare anche in relazione all'evoluzione della pandemia.

I principali esiti attesi sono il miglioramento del percorso di continuità assistenziale e dell'accesso alle cure primarie e la riduzione degli accessi e ricoveri inappropriati al sistema delle cure ospedaliere attraverso il potenziamento delle abilità infermieristiche per il supporto all'autocura dei pazienti e delle loro famiglie.

Le USCA

In Umbria sono state istituite le Unità speciali per la gestione dei pazienti affetti da Covid 19 che non necessitano di ricovero ospedaliero: all'inizio 7 USCA nella USL Umbria 1 e 5 nella USL Umbria 2, che hanno operato in stretto raccordo, anche attraverso gli strumenti telematici messi loro a disposizione, con la medicina e la pediatria di base.

Le USCA hanno operato anche attraverso un sistema di comunicazione delle informazioni fra i vari attori del sistema (Distretti, MMG/PLS, 118, PS, Servizi ISP).

Le USCA garantiscono gli interventi domiciliari a favore dei pazienti asintomatici, paucisintomatici, sintomatici in trattamento, dimessi dalle strutture ospedaliere e registrano tutti gli accessi domiciliari nel sistema informatico preposto. Tale registrazione è resa disponibile dal sistema sia al MMG/PLS, sia al servizio ISP territorialmente competente deputato al monitoraggio e alla sorveglianza.

E' ipotizzabile una più ampia funzionalità delle USCA e si individuano quindi, in attuazione di quanto previsto i seguenti ulteriori coinvolgimenti del personale assegnato alle USCA nella fase legata al post COVID e alla ripresa complessiva delle attività assistenziali:

1. supporto nell'attività di recupero delle vaccinazioni rimandate durante la fase di lockdown, nell'intera regione, prevedendo la formazione del personale USCA rispetto a vaccinazioni
2. supporto ai MMG per gestione pazienti cronici, nel caso di pazienti post-Covid 19, e anche nel caso di pazienti fragili sia assistiti a domicilio che ospiti in strutture residenziali
3. Supporto nella valutazione multidimensionale dei bisogni di alcuni pazienti, particolarmente fragili, in collaborazione con professionisti del profilo di Assistente sociale, come previsto al

- comma 7. Anche qui va prevista una formazione del personale USCA per le valutazioni multidimensionali
4. Supporto alle attività di testing e di sorveglianza e formazione specifica
 5. Reclutamento di Medici Specialisti ambulatoriali convenzionati interni per il rafforzamento specialistico delle USCA stesse e in relazione ai bisogni assistenziali
 6. Reclutamento degli assistenti sociali per le necessarie valutazioni degli aspetti sociali e socio-sanitarie delle persone risultate positive e dei loro familiari. Gli Assistenti Sociali reclutati vanno integrati nelle USCA proprio per garantire la tipologia di assistenza sociale e socio-assistenziale del bisogno del paziente e del suo nucleo familiare in integrazione con la valutazione clinico-sanitaria.
 7. Reclutamento Psicologi ai fini di una corretta gestione delle implicazioni psicologiche e dei bisogni delle persone conseguenti alla pandemia di COVID-19. Gli Psicologi reclutati vanno integrati nelle USCA proprio per garantire la tipologia di assistenza psicologica del bisogno del paziente e del suo nucleo familiare in integrazione con la valutazione clinico-sanitaria e socio-assistenziale.

Attualmente le USCA sono 17 operanti su tutto il territorio Umbro 7 gg su 7 dalle 8 alle 20, con uno staff minimo di 5 medici in turnazione.

La loro attività è fondamentale soprattutto in questa fase di seconda ondata epidemica grazie ad un buon livello di integrazione con la Medicina Generale e con i servizi di sanità pubblica. Potrebbero trovare un'ulteriore possibilità di ottimizzazione avendo a disposizione sistemi informatici pienamente condivisi fra tutti gli attori per lo scambio reciproco di informazioni cliniche.

In questo senso, strumenti che si potrebbero rivelare utili sono costituiti da:

- Revisione della composizione delle USCA, affiancando ad un medico un infermiere, consentendo così un sostanziale raddoppio delle équipes attive;
 - Togliere alle USCA, omogeneamente su tutto il territorio regionale, l'incombenza dell'esecuzione dei tamponi domiciliari, attività che consuma molto tempo, che distoglie le USCA dai compiti più propriamente assistenziali e che può essere eseguita da altre figure professionali, meno specializzate, come da decreto ministeriale;
 - Potenziare i collegamenti delle USCA con gli specialisti ospedalieri, nel rispetto del principio della titolarità del paziente da parte del proprio MMG, per esempio fornendo loro i recapiti telefonici degli specialisti interessati ed i turni settimanali di servizio, consentendo consultazioni in tempo reale. In particolare vi è la necessità di un accesso delle USCA agli specialisti pediatri, data la particolarità nella gestione di questi pazienti;
- Potenziare la capacità diagnostica a domicilio delle USCA, dotandole tutte oltre che di saturimetri anche di:
- ECG portatile
 - Ecografo portatile
 - POCT
- Attivare conseguentemente corsi di formazione per l'esecuzione di ecografie a domicilio, se non già eseguiti;
 - Affiancare l'attività del MMG, della CA e delle USCA con la disponibilità di una consulenza specialistica a domicilio. Ciò può essere fatto mediante:
 - L'utilizzo degli specialisti ospedalieri, per quanto riguarda, in via prioritaria, la consulenza presso le RSA e le strutture residenziali che ospitano pazienti fragili e

- l'esecuzione di ecografie a domicilio, come già fatto, nel corso della prima ondata epidemica, in alcuni territori.
- Creare équipes multi-professionali dedicate, applicando le disposizioni del comma 4 dell'art. 1 del D.L. 34/20 convertito con la Legge 77/2020. Tali équipes, che possono comprendere, oltre a personale infermieristico e di assistenza, anche medici specialisti, potrebbero essere articolate su base distrettuale o sovradistrettuale, in dipendenza delle dimensioni e della vastità dei distretti, e fornire supporto nell'assistenza in questa fase ai pazienti COVID+ e, in prospettiva, a tutta l'area della fragilità e della cronicità. In particolare, le équipes multi-professionali, garantiranno la consulenza alle strutture residenziali dei soggetti fragili.

La centrale operativa territoriale

Già dal 2017 al fine di garantire la continuità dell'assistenza e di valorizzare l'assistenza territoriale, la Regione Umbria ha dato avvio ad una sperimentazione, presso l'Azienda Usl 1 dell'Umbria, della "Centrale Operativa Territoriale Aziendale", quale strumento strategico per guidare la presa in carico del cittadino in funzione delle specifiche esigenze o bisogni, coordinando e raccordando le strutture della rete assistenziale territoriale. La Centrale Operativa Territoriale rappresentava in questo contesto lo strumento di raccolta e di classificazione del bisogno espresso, quindi di prima analisi della domanda /individuazione del problema, di attivazione conseguente delle risorse e delle strutture più appropriate della rete assistenziale, con l'obiettivo di garantire le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale ad un altro. Si è quindi reso necessario, in linea con le disposizioni nazionali e regionali soprariportate, attuare modalità organizzative, volte a garantire la continuità terapeutica ed assistenziale nei confronti della persona presa in carico dal territorio, nel momento stesso in cui veniva dimessa dall'ospedale, attraverso l'adozione di procedure aziendali che dovevano essere condivise tra i Presidi Ospedalieri Aziendali, l'A.O. di Perugia, i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta, Strutture Territoriali e Servizi di Assistenza Sociale e che fossero in grado di garantire a livello dei servizi territoriali la continuità del percorso assistenziale/terapeutico/riabilitativo più appropriato, anche grazie allo standard aziendale di assistenza infermieristica H12 per Cure Domiciliari e Cure Palliative/Terapia del Dolore in tutti i 6 ambiti distrettuali.

Nel corso di questi 2 anni e mezzo, se da un lato si è dimostrata la valenza di tale organizzazione nel garantire la continuità delle cure per i pazienti più fragili, sia nel caso di necessità di cure intermedie, sia nel caso di presa in carico al momento del rientro a domicilio, si è anche evidenziata la necessità di potenziarne l'assetto, sebbene funzionale, sia sotto il profilo della dotazione di personale, prevalentemente infermieristico, che sotto il profilo della dotazione strumentale necessaria.

Tale struttura dovrà essere implementata per rispondere alle esigenze dell'emergenza COVID

1. Rendere la COT struttura a valenza regionale per la presa in carico di tutte le dimissioni protette sia dalle Aziende Ospedaliere, che dagli ospedali DEA, che dagli ospedali di prossimità, verso le residenze sanitarie assistite o il domicilio, ma anche delle richieste di prestazioni ADI, comprese le attivazioni per cure palliative
2. Acquisire l'infrastruttura e la piattaforma applicativa e le apparecchiature di telemonitoraggio
3. Collegare funzionalmente la COT con ciascun PUA distrettuale attraverso ulteriore implementazione del Sistema Informativo Territoriale, garantendo anche eventuale raccordo con il sistema dell'urgenza-emergenza

4. Potenziamento degli strumenti informativi di telemedicina anche per la interoperabilità dei sistemi al fine di individuare tempestivamente il percorso più appropriato per il paziente fra ospedale e territorio
5. Rafforzare la dotazione del personale infermieristico e medico da assegnare funzionalmente alla COT al fine di garantire al massimo l'integrazione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie, attraverso l'attribuzione delle seguenti figure

Risorse

La Regione Umbria in base alle tabelle di cui all'allegato A e B della Legge attinge alle seguenti risorse

TABELLA A RIPARTIZIONE SOMME COMPLESSIVE PER ARTICOLO 1
COMMI 2,3,4,5,6,7,8,9

REGIONE	QUOTA D'ACCESSO ANNO 2020	RIPARTO RISORSE SULLA BASE DELLA QUOTA D'ACCESSO	RIPARTO RISORSE SULLA BASE DELLA DISTRIBUZIONE DELLE APPARECCHIATURE/ PIATTAFORME CENTRALI OPERATIVE	TOTALE DA RIPARTIRE A REGIONI A VALERE SU FSN
UMBRIA	1,49%	€ 17.647.326,00	€ 2.875.552,00	€ 20.522.878,00

TABELLA B RIPARTIZIONE SPESE PERSONALE TERRITORIALE ART.1
COMMI 4,5,6,7,8

2020	COMMA 4	COMMA 5	COMMA 6	COMMA 7	COMMA 8	TOTALI
REGIONE	ADI	INFERMIERI	POTENZIAMENTO USCA	ASSISTENTI SOCIALI	CENTRALI OPERATIVE	
UMBRIA	4.632.738,37	4.956.426,11	908.916,00	212.418,00	1.125.000,00	11.835.498,48

Le risorse di cui sopra tolti i costi destinati alle spese per il personale sono destinate a coprire i costi per la realizzazione di tutti gli obiettivi del piano e quindi devono essere utilizzate per:

- costi per l'utilizzo di strutture recettive per l'isolamento domiciliare
- costi per investimenti/acquisizione di beni per potenziare la sorveglianza sanitaria
- costi per appalto di servizi se necessari e per investimenti/acquisizione di beni per il potenziamento delle Cure domiciliari
- costi per l'indennità del personale infermieristico presso i MMG

DGR 916 del 14/10/1010 - Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale della Regione Umbria. Aggiornamento della D.G.R. n. 710 del 05/08/2020

La Regione Umbria ha definito il suddetto Piano nel rispetto delle indicazioni e nel rispetto del tetto di risorse assegnate dal Ministero della Salute alla Regione con lo scopo per l'anno 2020 di rafforzare l'offerta sanitaria e socio sanitaria territoriale necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione dell'infezione SARS-CoV-2.

Il Piano intendeva individuare altre strutture alberghiere, oltre a quella fino ad allora utilizzata, da definire Covid Hotel, in grado di garantire isolamento efficace in situazioni in cui il contesto abitativo non lo rendesse possibile, di assicurare condizioni idonee di sorveglianza, condizioni uniformi di ospitalità e una tariffa congrua che tenga conto del contesto emergenziale.

Si prevedeva di procedere alla predisposizione di un bando di manifestazione di interesse per il reclutamento delle ulteriori strutture recettive. I bandi predisposti per la manifestazione di interesse sono però andati deserti, pertanto è emersa la necessità di modificare il Piano suddetto apportando delle integrazioni specifiche che riguardano soprattutto il reclutamento dei Covid Hotel, cogliendo l'occasione per fare un aggiornamento complessivo del documento.

Gli interessati a partecipare al bando hanno rilevato che non potevano impegnare una struttura senza garanzia di inserimento di un numero minimo di soggetti per coprire i costi di gestione.

La situazione dell'andamento epidemico rende necessario tuttavia per ridurre il minimo contagio intrafamiliare individuare strutture recettive idonee.

Rilevando che nella relazione tecnica alla Legge 77/2020 la tariffa media indicata è pari a 48 euro/die iva compresa e che in alcune Regioni gli accordi quadro prevedono anche accordi con reclutamento di intere strutture recettive da dedicare a tali attività con il riconoscimento di costi vuoti per pieno per coprire i costi di gestione si è ritenuto dover reclutare in maniera subentrante strutture con almeno 20 posti letto distribuite nei territori delle 2 aziende sanitarie da dedicare ai quarantenati. Le caratteristiche delle strutture restano quelle già precedentemente indicate nel documento "Progetto per la definizione di Alberghi per Casi COVID+: COVID HOTEL approvato alla riunione del COR del 02/05/2020. La tariffa riconosciuta sarà di Euro 30,00 IVA inclusa/die vuoto per pieno per 20 posti su base mensile e la tariffa di Euro 39,50 IVA inclusa/die per le giornate effettivamente consumate in caso di utilizzo di posti oltre il ventesimo.

Le due aziende definiranno congiuntamente e tempestivamente le modalità di reclutamento. Restano a carico delle Aziende i costi per la sorveglianza, sanificazione e formazione degli operatori.

DGR n. 1006 del 02/11/2020 - "Piano di contenimento" dell'ondata epidemica – Declinazione degli interventi per l'utilizzo della Rete ospedaliera e della rete territoriale al superamento dei livelli previsti nella D.G.R. n. 924 del 16/10/2020

La evidente ripresa epidemica ha portato alla emanazione del DPCM del Ministero della Salute del 24 ottobre 2020. La dimensione del fenomeno impone una rivisitazione delle strategie adottate.

Con la DGR 1006/2020 si intende proporre linee di indirizzo e indicazioni operative che consentano, superando o integrando le disposizioni prodotte precedentemente, di fronteggiare l'esponenziale crescita di casi e il conseguente impegno importante per il Sistema Sanitario Regionale.

La DGR precisa che in caso di situazione impetuosamente evolutiva le attività assistenziali del territorio, in analogia con quanto accadrebbe per la rete ospedaliera, saranno necessariamente coinvolte con riduzione e rimodulazione delle attività.

In particolare per il territorio si specificano nell'allegato 2 per le strutture residenziali e semiresidenziali socio sanitarie le modalità di accesso, isolamento, sorveglianza, per ospiti ed operatori, e monitoraggio in base a Check list condivise.

2.2.2.2 La Proroga delle Esenzioni

Con Delibera n. 191 del 25/03/2020 “Ulteriori misure per la prevenzione e la gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19 nel territorio della Regione Umbria – Proroga validità esenzioni e iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale” la Giunta regionale ha prorogato fino al 31 luglio 2020:

- la validità delle autocertificazioni delle esenzioni da reddito e delle fasce di reddito, in scadenza il 31 marzo 2020, utili per le prestazioni rese in ambito sanitario; tali disposizioni sono state applicate agli assistiti non presenti a nessun titolo negli elenchi relativi agli assistiti esenti da reddito o con fascia di reddito messi a disposizione dal sistema Tessera Sanitaria il 31 marzo 2020;
- tutte le esenzioni a validità limitata che prevedono un rinnovo previa valutazione specialistica e per le quali è prevista la scadenza a partire dal 1 marzo 2020 fino al 31 luglio 2020;
- le iscrizioni al Servizio Sanitario Nazionale che prevedono un rinnovo e per le quali è prevista la scadenza a partire dal 1 marzo 2020 fino al 31 luglio 2020, previa richiesta dell’assistito.

Successivamente con DGR n. 682 del 30/07/2020 è stata stabilita una ulteriore proroga fino al 31/10/2020 ad eccezione delle autocertificazioni delle fasce di reddito la cui validità è stata limitata al 31/08/2020 poiché, in applicazione dell’art. 1, comma 446 della Legge 27.12.2019, n. 160 “Bilancio di Previsione dello Stato per l’anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022”, a partire dal 1° settembre è stata abolita nella nostra Regione la quota fissa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e farmaceutica, modulata per fasce di reddito, introdotta dalla DGR 911/2011 e pertanto anche le fasce di reddito non sono più valide.

Con ulteriore DGR n. 983 del 28/10/2020 avente ad oggetto “Misure per la prevenzione e la gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19 nel territorio della Regione Umbria – Ulteriore proroga validità esenzioni e iscrizioni al Servizio Sanitario Nazionale di cui alle DGR n. 191 del 25 marzo 2020 e n. 682 del 30 luglio 2020”, la Giunta Regionale ha stabilito di prorogare ulteriormente fino al 31/01/2021 quanto già prorogato con la precedente DGR 682/2020.

(Allegati: DGR n. 191 del 25/03/2020; DGR n. 682 del 30/07/2020; DGR n. 983 del 28/10/2020).

2.2.2.3 Il programma di recupero delle prestazioni

Con DGR n. 711 del 05/08/2020 la Giunta regionale ha approvato il Piano operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di lock-down, per l’attività di specialistica ambulatoriale, di vaccinazione e di screening.

In particolare per la specialistica ambulatoriale sono state previste azioni specifiche per pianificare la nuova offerta rispetto a quella garantita pre-lock-down:

- definizione di risorse aggiuntive nell’Accordo regionale con le organizzazioni di categoria dei medici dipendenti e dei medici specialisti
- definizione delle esigenze di ciascuna Azienda per predisporre un piano unico regionale di fabbisogni di medici specialisti
- definizione di indicatori di processo e di risultato, in particolare quelli di appropriatezza prescrittiva nell’Accordo regionale con la Medicina generale e la Pediatria di Libera Scelta
- istituzione di tavoli di confronto prescrittori – specialisti per la definizione dei percorsi per la presa in carico dei pazienti

- assegnazione di obiettivi di governo delle liste di attesa ai Responsabili delle Strutture Eroganti (Direttori di Macroarticolazione, Direttori di Struttura Complessa, Direttori di Struttura Semplice).

E' stato stabilito inoltre che:

- il recupero delle vaccinazioni venga effettuato prima dell'avvio della campagna vaccinale antinfluenzale
- il recupero delle prestazioni di screening venga effettuato progressivamente fino ad allineare i tempi di chiamata.

Per quanto attiene ai ricoveri ospedalieri con nota regionale dell'8 aprile 2020 avente ad oggetto "EMERGENZA CORONAVIRUS – ATTIVITA' PROGRAMMATA DIFFERIBILE" è stata richiesta alle Aziende Sanitarie della Regione la rilevazione delle attività di ricovero al fine di avviare la riprogrammazione di quelle che hanno subito un rallentamento o una interruzione a seguito dell'Emergenza COVID-19.

Le attività individuate come prioritarie per questa prima fase di ripresa sono le seguenti:

- le **attività non procrastinabili**, come individuate dalla circolare ministeriale n. 7422 del 16 marzo 2020
 - ricoveri elettivi oncologici
 - ricoveri elettivi non oncologici di classe di priorità A di cui al PNGLA 2019-2021, nel caso in cui questo tipo di ricoveri non sia stato evaso nei tempi di attesa previsti e si renda necessario individuare le strategie per poterli garantire in tempi di attesa congrui
- le **attività procrastinabili** di classe di priorità B, per le quali, avendo disposto la sospensione dal 9.3.2020 ed essendo trascorso oltre un mese, potrebbe darsi il caso che tali attese annoverino condizioni cliniche che possano non essere ulteriormente procrastinabili. Nell'ambito della lista di attesa complessiva di tale categoria, il Direttore Sanitario valuta, unitamente ai Direttori delle unità Operative, quali pazienti necessitano di essere sottoposti ad intervento chirurgico, in base allo specifico rapporto rischio-beneficio, tenuto conto dell'attuale contesto organizzativo.

A partire dalla rilevazione suddetta è necessario riprogrammare i ricoveri considerando l'intera rete di offerta ospedaliera, sia pubblica che privata. La ripresa delle attività sanitarie dovrà essere effettuata con le maggiori cautele possibili prevedendo una graduale e progressiva riattivazione dell'attività di ricovero.

Le aziende avevano fornito i dati richiesti e con apposita nota sono state date le disposizioni per il ripristino delle attività.

Al fine di rendere omogenee le iniziative per la ripresa delle attività ospedaliere sono state fornite alcune indicazioni generali per la riprogrammazione.

Tali indicazioni sono state poi riprese nelle DGR n. 374 del 13.5.2020 – "Linee di Indirizzo per le Attività Sanitarie nella Fase 2", DGR n. 467 del 10.6.2020 – "Linee di Indirizzo per le Attività Sanitarie nella Fase 3" che hanno progressivamente dato indicazioni per la ripresa complessiva delle attività chirurgiche sospese nel rispetto dei criteri di priorità e di inserimento in lista di attesa. Con Circolare n. 190011408 del 01/06/2020 il Ministero della Salute ha emanato le "linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19" nel rispetto delle quali si definisce la programmazione.

Nella DGR 374 è previsto che la riattivazione dei ricoveri elettivi potrà prevedere un approccio progressivo, con riprogrammazione scaglionata in base alla classe di priorità dei ricoveri afferenti alle classi B, C e D ed alla valutazione del rapporto rischio-beneficio in relazione allo stato clinico del singolo paziente.

La riattivazione delle descritte attività di ricovero dovrà essere subordinata all'attivazione delle misure generali di prevenzione.

Preso atto che le prestazioni urgenti sono state sempre erogate, con la fase 3 si è proceduto alla riprogrammazione e all'erogazione delle prestazioni dell'attività chirurgica che hanno subito una sospensione e che dovrà essere completata in base alle priorità delle classi di inserimento in lista di attesa.

Tali indicazioni valgono sia per le strutture pubbliche che per quelle private.

Nelle linee guida di Fase 3 era inoltre detto che relativamente a tale attività, nell'ambito della lista di attesa complessiva, avendo disposto la sospensione dal 9.3.2020 ed essendo trascorsi tre mesi, potrebbe accadere che alcuni casi debbano essere rivalutati in quanto le condizioni cliniche possono essersi modificate. Pertanto il Direttore Sanitario valuta, unitamente ai Direttori delle unità Operative, la necessità di riprogrammare ed attribuire la corretta priorità ai pazienti che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico.

Era inoltre prevista la ripresa della programmazione dei nuovi interventi secondo le modalità ordinarie.

Con il Decreto Legge 14 agosto 2020, n. 104 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia. (20G00122) (GU Serie Generale n.203 del 14-08-2020 - Suppl. Ordinario n. 30)" convertito con L. 126/20, all'art .29 sono previste le Disposizioni urgenti anche in materia di liste di attesa.

Nel rispetto delle indicazioni dell'art. 29 del DL 104/2020 e prendendo in considerazione quanto già disposto per il recupero delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale con provvedimenti successivi di cui alle DGR n. 374 del 13.5.2020 – "Linee di Indirizzo per le Attività Sanitarie nella Fase 2", DGR n. 467 del 10.6.2020 – "Linee di Indirizzo per le Attività Sanitarie nella Fase 3" e della DGR n. 711 del 5.8.2020 "Piano operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di lock-down" è stato definito, nei tempi indicati dal DL 104/2020, il Piano Operativo regionale che prenderà in considerazione il recupero sia dei ricoveri che delle prestazioni specialistiche.

Risorse

Saranno messe a disposizione delle Aziende Sanitarie per favorire il recupero delle prestazioni sospese le risorse previste dall'art. 29 del DL n.104 del 14.8.2020 convertito con L. 126/20.

In particolare tenuto conto di quanto indicato al comma 8 le risorse:

- per i ricoveri di cui all'allegato A pari a € 2.213.223,00 sono riproporzionate in base all'allegato B a € 1.876.418,12
- per le prestazioni di cui all'allegato A pari a € € 6.191.363,00 sono riproporzionate in base all'allegato B a € € 5.249.170,88

	RISORSE	NOTE
FINANZIAMENTO	7.125.589	
di cui	1.876.418	Comma 2 - Ricoveri
	5.249.171	Comma 3 – Specialistica e Screening



Si potranno utilizzare le risorse attribuite con le modalità previste dalle lettere a, b, c del comma 3 dell'art.29 tenendo presente che per le due USL il limite massimo della lettera c non può superare € 147.430,00 come indicato nell'allegato A del DL 104/2020.

2.2.3. Monitoraggio Piani

In seguito all'adozione dei Piani e alla loro trasmissione alle Aziende si è attivato immediatamente un processo continuo di monitoraggio, sia sanitario che economico, richiedendo alle Aziende Sanitarie di predisporre i Piani operativi specifici con indicazione del cronoprogramma delle azioni attuative.

Il monitoraggio si completa inoltre per la parte corrente con le tabelle predisposte dal Ministero della Salute relativamente al riscontro su quanto effettuato rispetto alle disposizioni normative contenute nella L. 27/20, nella L. 77/20 nonché nella L. 126/20.

In merito invece all'attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera di cui all'art. 2 del D.L. 34/20 la Regione ha avviato il flusso informativo con le Aziende Sanitarie, soggetti attuatori del piano, per la relativa rendicontazione delle spese come disposto dal Commissario Straordinario Dott. Arcuri.

2.2.4. "Prevenzione"

Sorveglianza sanitaria

Il contact tracing è un'azione essenziale che viene realizzata dal Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale. Durante la fase iniziale dell'emergenza, la cosiddetta "fase 1", si è progressivamente strutturato un sistema di sorveglianza e monitoraggio dei casi e dei loro contatti che ha visto impegnati i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, coadiuvati anche dagli altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione e da ulteriore personale reclutato ad hoc.

Le Aziende sanitarie hanno costituito le Unità di Sorveglianza (UdS) composte da un Medico di Igiene e sanità Pubblica, affiancato da un pool di operatori, con il compito di contattare telefonicamente tutti i soggetti segnalati dal triage telefonico, porre in isolamento fiduciario tutti i casi sospetti o loro contatti stretti, porre in isolamento contumaciale tutti i soggetti COVID +, effettuare la sorveglianza attiva dei soggetti in isolamento, inserire ogni giorno nel portale Covid l'elenco dei soggetti da sottoporre a test per ricerca SARS-CoV2 e inviare alle USCA territorialmente competenti i nominativi dei pazienti Covid+ da sottoporre a visita perché sintomatici medio-gravi.

Le unità di sorveglianza hanno provveduto ad alimentare quotidianamente la piattaforma del sistema di biosorveglianza regionale con i dati derivanti dalla sorveglianza sanitaria.

Tale sistema di sorveglianza è stato mantenuto e rafforzato nella "fase 2" (DGR n. 374/2020), con la previsione di identificare più tempestivamente i conviventi e i contatti stretti del caso, attraverso le attività di indagine epidemiologica e impiegando i test diagnostici anche per queste categorie.

Il sistema di sorveglianza nella attuale fase 3 (DGR n. 467/2020 e DGR n.570/2020) deve essere potenziato secondo quanto indicato nella Circolare Ministeriale n.18584/2020, del 29/05/2020 "Ricerca e gestione dei contatti di casi di COVID-19 ed App Immuni", anche attraverso il ricorso alle nuove tecnologie.

Strategie diagnostiche

La "fase 1" dell'emergenza sanitaria ha visto l'effettuazione del test molecolare a scopo di diagnosi dei casi di COVID 19. Con il passaggio alla fase 2 e alla fase 3, caratterizzate dal riavvio di tutte le attività produttive e delle comuni attività della popolazione e con il progressivo riavvio delle prestazioni sanitarie interrotte durante il lockdown, è stato necessario garantire un più ampio monitoraggio dell'andamento della trasmissione del virus sul territorio regionale, favorito anche dall'ampliamento delle possibilità diagnostiche con l'introduzione delle metodiche di test

molecolare in “pooling” e dei test sierologici per SARS-COV 2, in affiancamento al test molecolare. Con la DGR n. 570/2020 è stato approvato un documento regionale “Strategie diagnostiche per la fase 3” per individuare, in un’ottica di strategia “sistemica” dei test molecolari e sierologici, le misure facilitanti il controllo del rischio di trasmissione di Covid-19 in diversi setting:

- Ospedali, strutture intermedie, strutture socio-sanitarie, ospedalità privata: definizione di protocolli di screening per l’accesso della popolazione nelle strutture e per la sorveglianza del personale che opera nelle stesse, attraverso la sierologia e i test molecolari periodici;
- Conviventi e contatti dei casi: impiego dei test diagnostici (secondo specifiche flow chart) per l’identificazione tempestiva e la loro gestione;
- Popolazione generale: esecuzione di test sierologici e molecolari nell’interesse del singolo cittadino o di specifiche categorie (es: lavoratori, sportivi, soggetti che rientrano dall’estero).

Con la DGR n. 565/2020 sono state definite procedure uniformi per l’esecuzione dei test sierologici nei laboratori privati e nei luoghi di lavoro e per la trasmissione dei risultati dei test al sistema di biosorveglianza regionale; con la DGR 571/2020 è stata estesa ai laboratori privati, già in possesso di accreditamento istituzionale regionale, l’esecuzione del test per la ricerca del virus SARS-CoV-2 con metodica rRT-PCR su tampone oro/rino-faringeo, previa attivazione di una procedura per la valutazione della capacità diagnostica; con la successiva DGR 786/2020 è stata estesa la possibilità per i laboratori che non hanno la diagnostica molecolare per SARS CoV 2, di effettuare il tampone oro/rino-faringeo affidando ad un laboratorio, autorizzato dalla Regione Umbria ai sensi della DGR n. 571/2020, l’esecuzione del test molecolare per SARS-CoV-2.

La fase emergenziale avviata dalla seconda ondata epidemica ha reso essenziale contemperare l’esigenza di garantire l’accessibilità alla diagnostica per SARS-CoV-2 rivolta anche alle categorie di soggetti che non rientrano nell’ambito della casistica che viene presa in carico dal SSR (es. privati cittadini asintomatici, screening nei luoghi di lavoro etc.), con la necessità di ridurre la pressione sulle strutture sanitarie, che devono garantire la gestione dei casi sintomatici, dei contatti stretti dei casi COVID-19 e delle categorie target (es. operatori sanitari).

Con la DGR 915/2020 è stata quindi ulteriormente ampliata la possibilità di prelevare il tampone oro/rino-faringeo per test molecolare ai cosiddetti “punti prelievo” e sono state ampliate le strategie diagnostiche estendendo al privato (laboratori, punti prelievo, luoghi di lavoro attraverso il medico competente), la possibilità di effettuare anche il test antigenico per SARS-CoV-2 su tampone oro/rino-faringeo.

Tutela della salute nei luoghi di lavoro

Con DGR 321/2020 è stato definito il “Piano ad interim per il contenimento del contagio e la tutela della salute dei lavoratori durante l’epidemia da virus SARS-Cov 2 in ambienti di lavoro non sanitari” con l’obiettivo di definire i principi generali e fornire indicazioni a tutte le figure della prevenzione aziendali, allo scopo di fornire indicazioni a tutte le figure della prevenzione aziendale per predisporre le misure da attuare nei luoghi di lavoro. La Direzione Regionale Salute e Welfare in collaborazione con il Comitato Regionale di Coordinamento per la Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro di cui all’art. 7 del D.lvo 81/2008, ha sviluppato (nel corso della fase I) uno specifico percorso formativo a supporto dell’attuazione del piano, rivolto ai Medici competenti e alle Associazioni Datoriali e sindacali che supportano le piccolissime imprese nella normale gestione dei luoghi di lavoro.

Le azioni di controllo negli ambienti di lavoro sono state adattate alla specifica fase dell’epidemia: stante la complessità delle procedure applicative delle misure anticontagio negli ambienti di lavoro i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione hanno svolto, nella prima fase, azioni di promozione

assistenza e informazione nei confronti delle diverse figure della prevenzione aziendale e delle associazioni di categoria. Quindi sono stati pianificati interventi a campione privilegiando modalità di controllo a distanza attraverso l'invio alle aziende di liste di controllo e attraverso sopralluoghi mirati in collaborazione con la Prefettura territorialmente competente.

Vaccinazioni

Secondo le indicazioni contenute nel “Piano Gestione Attività territoriali Emergenza Coronavirus” l'attività dei Servizi vaccinali, in una prima fase, è stata rimodulata, garantendo solo il mantenimento della chiamata attiva per le vaccinazioni considerate “essenziali”

Per evitare che una prolungata riduzione delle vaccinazioni possa provocare un aumento del numero di persone suscettibili e un maggior rischio di diffusione di malattie infettive prevenibili con vaccino, è stato necessario riprogrammare l'attività dei servizi vaccinali, alla luce dello scenario epidemiologico del momento connesso all'epidemia di Sars-CoV2. Quindi, sulla base delle indicazioni contenute nel documento “Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella fase 3”, ogni Azienda Sanitaria ha elaborato un piano d'azione *ad hoc* per il recupero delle dosi di vaccini non somministrate a causa della emergenza epidemica, al fine di procedere con l'invio degli inviti vaccinali.

Nello stesso documento sono state date anche indicazioni per l'organizzazione, in sicurezza, delle sedute vaccinali.

I piani aziendali di recupero sono in corso e, in alcune situazioni locali, sono già stati completati.

Considerata la attuale situazione epidemiologica relativa alla circolazione del Virus Sars-CoV2, che presumibilmente proseguirà durante la stagione influenzale, la Giunta regionale ha ritenuto opportuno dare precise indicazioni per la **Prevenzione e il controllo dell'influenza stagionale**. Con DGR 772 del 02/09/2020 sono state approvate le “Linee di indirizzo per le Aziende Sanitarie per la realizzazione della campagna di vaccinazione antinfluenzale e del programma di vaccinazione antipneumococcica per la stagione 2020-2021, in collaborazione con i *Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta*”.

I Commissari Straordinari delle Az. USL e Aziende Ospedaliere, si sono attivati per:

- realizzare una campagna antinfluenzale più incisiva rispetto a quelle degli anni precedenti, *nei confronti delle diverse categorie* indicate nel documento allegato: anziani, soggetti a rischio, operatori sanitari, donne in gravidanza, operatori destinati a garantire servizi essenziali, bambini (in particolare se appartenenti a categorie a rischio). Ciò è stato possibile, in quanto, in seguito alla gara effettuata nel 2019, le aziende hanno potuto acquistare un 50% in più di dosi rispetto all'anno scorso;
- offrire, simultaneamente alla vaccinazione antinfluenzale, la vaccinazione anti-pneumococcica alle persone di 65 anni di età (nati nel 1955 nel 2020) e agli appartenenti alle categorie a rischio individuate dal Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale;
- procedere all'acquisto di un congruo quantitativo di dosi dei due vaccini;
- mettere in atto tutte le procedure necessarie per la registrazione e la valutazione periodica dell'andamento della campagna vaccinale.
- individuare referenti Aziendali che seguano sul territorio e nei Presidi ospedalieri l'andamento della campagna vaccinale e la sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza.

Per quanto concerne la vaccinazione delle persone con più di 65 anni la risposta alla vaccinazione è stata più elevata rispetto allo scorso anno e le dosi acquistate (173.000) e consegnate ai MMG sono state tutte somministrate; la vaccinazione delle categorie a rischio per condizioni di salute o di lavoro è stata avviata utilizzando tutte le dosi disponibili di vaccino tetravalente e si dovrebbe allargare il

numero dei soggetti immunizzati non appena sarà disponibile, presumibilmente a metà dicembre, la seconda trince della fornitura richiesta. Il vaccino tetravalente utilizzabile fino ai tre anni è stato consegnato ai Pediatri che hanno iniziato a somministrare il vaccino partendo dai bambini a ischio per condizioni di salute.

La vaccinazione contro lo pneumococco prosegue, anche se ha subito un arresto nel mese di ottobre per un ritardo di consegna delle dosi acquistate a causa di un temporanea carenza dichiarata dalla ditta produttrice del vaccino.

Screening

I tre programmi di screening oncologici sono stati considerati già nella fase 2 come attività da riprendere tempestivamente.

La ripartenza dei programmi, così come indicato nelle “linee di indirizzo per le attività sanitarie nelle fase III”, ha tenuto conto dell’esigenza di operare in completa sicurezza sia per gli operatori che per gli/le utenti, garantendo il recupero di tutti gli inviti relativi alla programmazione sospesa di marzo e aprile, riprogettando completamente le sedute, sia per quanto riguarda il numero delle persone da invitare e il tempo di ogni prestazione, nonché la durata delle sedute stesse.

Le Aziende si sono attenute alle indicazioni espresse, aggiornate in funzione dell’andamento epidemiologico e in linea con le raccomandazioni date dall’Osservatorio Nazionale Screening alle Regioni e Province Autonome.

Monitoraggio e Controllo

Il sistema di sorveglianza deve consentire il monitoraggio dell’evoluzione dell’epidemia seguendo le fasi della stessa come dettate dal Ministero e strutturando gli indicatori così come progressivamente emanati dal livello centrale.

Nella prima fase post lockdown il monitoraggio doveva consentire il monitoraggio con cadenza giornaliera dell’andamento della situazione epidemiologica in tutto il territorio umbro così come previsto dal comma 11 dell’art. 2 del DPCM del 26.4.2020 che si riporta di seguito.

“Per garantire lo svolgimento delle attività produttive in condizioni di sicurezza, le Regioni monitorano con cadenza giornaliera l’andamento della situazione epidemiologica nei propri territori e, in relazione a tale andamento, le condizioni di adeguatezza del sistema sanitario regionale. I dati del monitoraggio sono comunicati giornalmente dalle Regioni al Ministero della Salute, all’Istituto superiore di sanità e al comitato tecnico-scientifico di cui all’ordinanza del Capo del dipartimento della protezione civile del 3 febbraio 2020, n. 630, e successive modificazioni. Nei casi in cui dal monitoraggio emerga un aggravamento del rischio sanitario, individuato secondo i principi per il monitoraggio del rischio sanitario di cui all’allegato 10 e secondo i criteri stabiliti dal Ministro della salute entro cinque giorni dalla data del 27 aprile 2020, il Presidente della Regione propone tempestivamente al Ministro della Salute, ai fini dell’immediato esercizio dei poteri di cui all’art. 2, comma 2, del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, le misure restrittive necessarie e urgenti per le attività produttive delle aree del territorio regionale specificamente interessate dall’aggravamento”.

Lo scopo del monitoraggio è quello di classificare tempestivamente il livello di rischio per poter modulare le attività di risposta definendo indicatori specifici con valori di soglia e valori di allerta. Con Decreto del Ministero della Salute del 30.4.2020 “Emergenza COVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A di cui all’allegato 10 del DPCM 26/4/2020” sono stati adottati i criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio

sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020.

Così come indicato da tale decreto, cui si rimanda, il monitoraggio del livello di rischio sanitario "inteso come la probabilità di una trasmissione non controllata e non gestibile di SARS-CoV-2" elaborato dal Ministero-ISS si è incentrato sulla valutazione di tre insiemi di indicatori:

- a. **Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio** non opzionali. Viene indagata la qualità minima nella completezza di alcune variabili chiave dei sistemi informativi esistenti necessari per l'analisi dei dati, è usato un Set di Indicatori di qualità dei sistemi di sorveglianza con raccolta dati a livello nazionale.
- b. **Indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagini e di gestione dei contatti.** Riproducono la classificazione del rischio di una trasmissione non controllata e gestibile utilizzando misure di contenimento locali/sub-regionali rimanendo in fase di transizione. Ricomprendono indicatori per monitorare l'Abilità di testare tempestivamente tutti i casi sospetti, la Possibilità di garantire adeguate risorse per contact-tracing, isolamento e quarantena.
- c. **Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione e alla tenuta dei servizi sanitari** non opzionali. Riproducono la resilienza dei servizi sanitari territoriali preposti alla prevenzione e al controllo della trasmissione di SARS-CoV-2 nel caso di una recrudescenza dell'epidemia nel breve periodo. E' basata sugli indicatori di processo che indagano capacità di accertamento diagnostico, di indagini e di gestione dei contatti, con valutazione della Stabilità di trasmissione e occupazione/stress dei Servizi sanitari e assistenziali.

Questo sistema nella fase di transizione epidemica (dal 4 maggio), è stato messo a regime con l'obiettivo di costituire un sistema di allerta di ripresa epidemica. In tutta Italia si è registrata una iniziale diminuzione dei casi seguita da una sostanziale stabilità in condizioni di bassa incidenza. Tale scenario si è registrato nella Regione Umbria fino a metà Agosto e si è poi caratterizzato da una lenta e graduale ripresa dell'epidemia in assenza di sovraccarico dei servizi sanitari anche dovuto dal coinvolgimento di fasce di popolazione giovane e trasmissione legata a viaggi, ferie e attività ludico ricreative.

In Umbria dai primi di Ottobre si è registrato un incremento importante dei casi con andamento esponenziale della curva epidemica, che ha tracciato l'ingresso nella seconda ondata epidemica.

Con Delibera della Giunta Regionale Umbria n. 890 del 07/10/2020 "Evoluzione dell'assetto organizzativo operativo nella Fase 3 dell'Emergenza Covid 19" è stato approvato il "*Documento di Organizzazione Nucleo Epidemiologico Regione Umbria*".

Il Nucleo Epidemiologico Regionale, pertanto, ha lavorato per assicurare, utilizzando i dati disponibili, un monitoraggio dell'andamento dell'epidemia che permettesse anche la stima del rischio sanitario ed un supporto alla programmazione grazie alla descrizione di scenari di possibile evoluzione epidemica basati su modelli matematici probabilistici.

L'attività del Nucleo Epidemiologico si affianca al vigente sistema di Monitoraggio dell'ISS e del Ministero della Salute che permette di produrre settimanalmente la classificazione quantitativa del rischio epidemico Regionale e della resilienza dei servizi sanitari. Tale quantificazione del rischio permette la definizione dei diversi scenari di trasmissione connessi alle diverse condizioni epidemiche e l'introduzione di misure di mitigazione tempestive.

Con l'ulteriore evoluzione della pandemia, in considerazione dei possibili diversi andamenti epidemiologici nelle Regioni, il sistema di monitoraggio è stato utilizzato per prevedere misure di contenimento specifiche e non uniformi sul territorio nazionale.

2.2.5 “Medicina di base e pediatria di libera scelta”

L'emergenza legata al COVID-19 ha confermato la necessità di proseguire l'impegno nei programmi di prevenzione delle malattie infettive tramite le vaccinazioni; peraltro i virus influenzali, insieme allo pneumococco, rappresentano da sempre una delle principali cause di polmoniti nell'anziano e, nelle prossime stagioni autunnale ed invernale 2020/2021, è considerata probabile una significativa circolazione del virus SARS CoV 2 insieme a questi agenti patogeni.

Inoltre la Regione ha ritenuto importante il coinvolgimento della Pediatria di Libera Scelta in obiettivi specifici che operano per la promozione della vaccinazione antiinfluenzale in età pediatrica. Lo scopo principale della vaccinazione è di limitare la contemporanea circolazione di virus influenzale e COVID19 in modo da facilitarne la diagnosi e identificare e isolare eventuali cluster familiari.

La Regione Umbria conseguentemente ha già stipulato gli Accordi integrativi per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e con i Pediatri di Libera scelta per la campagna vaccinale 2020/2021. In merito alla programmazione delle attività si rimanda al Paragrafo 2.2.1.

La campagna di vaccinazione antinfluenzale è stata avviata precocemente rispetto agli anni passati, all'inizio del mese di ottobre. Potrà essere inoltre opportuno offrire la vaccinazione ai pazienti eleggibili in qualsiasi momento della stagione influenzale.

Con DGR 1033 del 04/11/2020 è stata siglata l'intesa con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, i Medici di Continuità Assistenziale, al fine di assicurare la sorveglianza e i relativi interventi sui casi di accertata positività al covid-19 dei pazienti asintomatici o paucisintomatici che possano in sicurezza essere gestiti a domicilio, effettueranno, per quanto di rispettiva competenza, la gestione dei contatti con i propri assistiti finalizzati al monitoraggio delle condizioni cliniche registrandole sulla scheda di sorveglianza e alla adozione o proposta degli interventi diagnostici o clinici del caso.

Con DGR 1075 e 1076 del 11/11/2020 come rettificata con DGR 1098 del 16/11/2020 sono stati recepiti gli accordi integrativi regionali per i MMG e PLS per l'esecuzione di test antigenici rapidi.

2.2.6 “Continuità assistenziale”

La continuità assistenziale che già fa parte delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) è stata implementata mediante specifici incarichi per l'assistenza domiciliare ai malati Covid (USCA) In merito alla programmazione delle attività si rimanda al Paragrafo 2.2.2.

DISTRETTO	SEDE USCA	ORARI AMBULATORIO	Nr medici
Perugia	PONTE SAN GIOVANNI	8-20 LUN - DOM	5
	VIA XIV SETTEMBRE	8-20 LUN - DOM	6
Alto Tevere	Centro di Salute di Umbertide, Largo Cimabue n. 2	8-20 LUN - DOM	6
Alto Chiascio	Loc. Branca (Casale adiacente l'Ospedale)	8-20 LUN - VEN	3

Assisano	PALAZZO DELLA SALUTE BASTIA	8-20 LUN - VEN	3
Trasimeno	PUNTO DI EROGAZIONE DI PANICALE, V.le Belvedere, 2- PANICALE	8-20 LUN - VEN	3
Media Valle Tevere	Casa Salute Marsciano, Via Piccolotti, 1	8-20 LUN - DOM	3
TOTALE USL UMBRIA 1			29

DISTRETTO	SEDE USCA	ORARI AMBULATORIO	Nr. Medici
Terni	C/O HOSPICE VIALE TRENTO	8-20 LUN - DOM	6
Foligno	Via Vignola,4 Foligno	8-20 LUN - DOM	5
	Via Vignola,4 Foligno	8-20 LUN - DOM	5
Spoletto - Valnerina	Via Manna, Spoleto	8-20 LUN - DOM	7
Orvieto	CS Orvieto "il Borgo" Piazza Monte Rosa 3	8-20 LUN - DOM	5
Narni Amelia	OSPEDALE Narni	8-20 LUN - DOM	5
TOTALE USL UMBRIA 2			33

2.2.7 “Specialistica convenzionata interna”

Durante le prime fasi dell'emergenza epidemiologica le aziende del SSR non hanno proceduto ad incrementare le ore di specialistica convenzionata interna.

Si rinvia al paragrafo relativo al programma di recupero delle prestazioni.

Al momento è previsto l'incremento di ore ai fini dell'abbattimento liste di attesa come previsto dal D.L. 104/20 convertito in L. 126/20.

2.2.8 “Privati accreditati”

Con DGR 277 del 16.4.2020 è stato adottato l' Accordo Quadro tra Regione Umbria e l'Associazione Italiana di Ospedalità Privata (AIOP) e l'Associazione Religiosa Istituti Socio Sanitari Umbria (ARIS) per la regolamentazione dei rapporti finalizzati al coinvolgimento degli ospedali privati accreditati nella rete ospedaliera regionale della gestione dell'emergenza COVID-19”. Approvazione schema Accordo”.

Nel documento istruttorio della delibera sono riportate le motivazioni dell'accordo e in relazione a quanto disposto dalla Circolare n. 7865 del 25.03.2020, sono previste per le strutture private diverse tipologie di coinvolgimento, funzionali all'accreditamento di ogni Struttura per area chirurgica e area medica, ovvero strutture da utilizzare per il trasferimento e trattamento della casistica chirurgia (a), internistica (b) e riabilitativa (c) di pazienti NON COVID.

Rientrano pertanto nell'accordo le seguenti fattispecie di casi da proporre per il ricovero:

a) Pazienti NON COVID che necessitano di Chirurgia non procrastinabile,

- b) Pazienti NON COVID che necessitano di assistenza medica non differibile,
- c) Pazienti NON COVID che necessitano di assistenza riabilitativa non differibile.

Allo stato le Aziende ospedaliere di Perugia e Terni, hanno stipulato Accordi finalizzati al recupero delle prestazioni chirurgiche non procrastinabili di cui alla lettera “a”.

2.2.9 “Mobilità extraregionale e intraregionale pazienti Covid-19”

L’impatto economico derivante dai flussi di mobilità intraregionale, interregionale ed internazionale non è al momento quantificabile.

2.2.10 “Socio-Sanitario”

Applicazione Art. 48 del Decreto Legge N. 18 del 17 Marzo 2020 - Cura Italia

La Regione Umbria ha inteso dare attuazione a quanto stabilito dall’Art. 48 del Decreto Legge N. 18 del 17 Marzo 2020 - Cura Italia, stipulando un protocollo di intesa con le parti sociali, al fine di:

- A. Garantire agli utenti dei servizi sospesi la continuità educativa ed assistenziale attraverso nuovi servizi rimodulati e riorganizzati in modo compatibile con le disposizioni assunte dal Presidente del Consiglio e dal Governo volte a contenere l’emergenza epidemiologica da COVID 19, anche attraverso il telefono ed altri i dispositivi tecnologici;
- B. Garantire ai lavoratori impegnati nei servizi sospesi la continuità lavorativa, in modo da evitare il ricorso all’utilizzo degli ammortizzatori sociali.

In applicazione del Comma 2 dell’Art. 48, per il mese di Marzo 2020 tutti i servizi sospesi sono stati integralmente fatturati dalle cooperative sociali ai Comuni e alle ASL e integralmente pagati dai Comuni e dalle ASL.

Dal mese di aprile nel caso in cui i servizi non fossero già stati rimodulati e/o riorganizzati in anticipo, le cooperative sociali, con servizi sospesi o limitati nella loro funzionalità, hanno presentato al Comune titolare del servizio e/o al Comune capofila delle zone sociale o alla ASL di competenza una proposta di riorganizzazione e/o rimodulazione di tali servizi ai sensi dell’Art. 48 in modo garantire la continuità educativa ed assistenziale agli utenti che non potevano più fruire di tali servizi;

Il Comune titolare del servizio e/o il Comune capofila delle zone sociale o la ASL di competenza, anche previo confronto con le cooperative sociali, ha accettato o integrato la proposta effettuata dalle cooperative sociali;

I servizi rimodulati e/o riorganizzati sono stati così pagati dal Comune titolare del servizio e/o il Comune capofila delle zone sociale o dalla ASL di competenza, mentre quelli sospesi che non sono stati riorganizzati e/o rimodulati e per i quali le cooperative sociali non hanno presentato una proposta di riorganizzazione e/o rimodulazione non sono invece stati pagati.

I servizi educativi per l’infanzia – nidi regolati da un appalto, concessione o convenzione tra cooperativa sociale e Comune sono stati pagati dal Comune alla cooperativa sociale senza rimodulazione e/o riorganizzazione del servizio per la sola parte dal Comune titolare del servizio e/o il Comune capofila delle zone sociale in applicazione del Comma 2 dell’Art. 48 del Decreto Legge N. 18 del 17 Marzo 2020 - Cura Italia.

In applicazione del Comma 3 dell’Art. 48, le cooperative sociali si sono impegnate a non utilizzare gli ammortizzatori sociali per tutti i lavoratori impegnati nei servizi sospesi che, in base all’Art. 48 stesso, sono stati pagati dai Comuni alle cooperative sociali.

I contenuti del protocollo si sono applicati a tutti gli enti che rientravano nella fattispecie.

In relazione ai mesi successivi a marzo al fine di calcolare il ristoro e il conseguente impegno economico necessario e dovuto ai soggetti gestori delle strutture e dei servizi oggetto dell'articolo 48 del Decreto Legge N. 18 del 17 Marzo 2020 - Cura Italia è stato costituito un gruppo di lavoro fra regione e Asl di riferimento per una analisi dettagliata per territorio/soggetto gestore e tipologia di servizio (suddividendo fra servizi accreditati e servizi in appalto) per determinare il quantum complessivo da erogare (a fine 2020) al singolo soggetto gestore, al netto dei servizi rimodulati e dell'eventuale godimento degli ammortizzatori sociali, per la copertura dei costi legati al mantenimento della struttura /costi incomprimibili.

Il percorso è stato partecipato /condiviso con le organizzazioni di rappresentanza della cooperazione sociale che hanno espresso parere favorevole anche in relazione alla necessità di una deliberazione di giunta :

- che approvi gli elementi distintivi del percorso fatto, in particolare i criteri di calcolo e il quantum da ristorare,
- che autorizzi le Asl alla destinazione delle risorse in oggetto, gravanti in toto nel bilancio sanitario senza integrazione della spesa sociale, al ristoro di tutti i soggetti gestori ;
- che prenda atto del fatto che nella rimodulazione dei servizi, coprogettati con i soggetti gestori, è stata inclusa anche l'attività di triage.

Ad oggi resta inteso che nel percorso sopradescritto non si può tenere in considerazione l'eventuale ulteriore attuale ridimensionamento delle attività legate ai centri diurni e che l'eventuale ricalcolo dovrà avvenire a partire dai primi mesi del 2021.

2.3. Altro

2.3.1 Gestione coordinamento con Dipartimento della Protezione civile

Il **Consiglio dei Ministri con Delibera del 31 gennaio 2020** dichiarava, per un periodo di sei mesi, lo stato di emergenza sull'intero territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso l'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili COVID-19.

Per fronteggiare l'epidemia dal punto di vista sanitario, con **D.G.R. n. 56 del 05/02/2020** veniva costituita una specifica task force regionale, coordinata dal Direttore Regionale alla Salute e Welfare.

Con **Delibera n. 126 del 26/02/2020**, a causa della preoccupante evoluzione dei contagi, la Giunta Regionale aveva disposto di avvalersi anche per la gestione dello stato di emergenza dichiarato il 31 gennaio 2020, del Centro Operativo Regionale (già attivato con la DGR n. 1037/2016 per la gestione dell'emergenza sismica 2016) e di supportare il Responsabile della Funzione 3 "Assistenza alla Popolazione, sanità ed assistenza sociale e veterinaria" presso il COR, dott. Claudio Dario, da un gruppo di 4 operatori della sanità regionale da egli stesso individuati.

Con **Determinazione Direttoriale n. 1869 del 2.3.2020** veniva definita la struttura a supporto del Responsabile della funzione n. 3, articolata in:

1. *Unità strategica di raccordo per l'emergenza coronavirus*, con il compito di svolgere funzioni di supporto al Direttore Regionale Salute e Welfare per l'elaborazione delle strategie più idonee per fronteggiare l'emergenza Coronavirus;
2. *Unità di crisi per la salute* presso il COR operante nella sede del Centro della Protezione Civile di Foligno, con funzioni di raccordo a supporto del C.O.R. ed in particolare con il compito di:
 - seguire gli aggiornamenti provenienti dall'Unità di crisi nazionale;
 - gestire i flussi informativi con le aziende ospedaliere e sanitarie;
 - garantire i rapporti con le istituzioni esterne (ad es. Ministero della Salute);
 - curare i rapporti con le Unità di crisi delle aziende ospedaliere e sanitarie.
3. *Referenti per la comunicazione*:
 - per la comunicazione esterna e per il rapporto con i media
 - per la gestione della comunicazione interna e quale interfaccia della Direzione del COR, la Task force regionale e le Unità di crisi aziendali.

Con **Determinazione Direttoriale n. 2528 del 20.3.2020** sono state integrate le previsioni di cui alla precedente Determinazione direttoriale n.1869/2020 con le disposizioni derivanti da una valutazione delle esigenze organizzative legate alla gestione dell'emergenza COVID-19, come riportato nel "*Documento di organizzazione della struttura per la gestione dell'emergenza Coronavirus*" prevedendo, fra l'altro l'inserimento di ulteriore personale a supporto dell'Unità di Crisi.

Inoltre sono stati strutturati specifici gruppi di intervento:

- Comitato Tecnico Scientifico
- Nucleo Tecnico di raccordo regionale che, rappresenta il punto di raccordo e di smistamento delle attività regionali riferite alla gestione dell'emergenza Coronavirus e con le seguenti funzioni specifiche:
 - Esercita funzioni di programmazione, organizzazione, integrazione e coordinamento delle attività connesse alla gestione dell'emergenza COVID-19;
 - Produce linee di indirizzo basate sui documenti prodotti dal Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità;
 - Valuta le documentazioni prodotte;
 - Provvede al monitoraggio con cadenza giornaliera delle attività, con elaborazione e rappresentazione degli andamenti;
 - Provvede alla raccolta di documentazione e dati;
 - Provvede alla validazione integrata dei documenti e delle disposizioni da impartire;
 - Verifica le applicazioni degli indirizzi da parte delle aziende sanitarie;
 - Coordina le comunicazioni esterne e i rapporti con i media;
 - Verifica che sia effettiva la trasferibilità delle indicazioni e informazioni a tutte le strutture sanitarie regionali;
- Elabora il testo unico sull'elaborazione dell'emergenza.
- Sistemi informativi regionali e aziendali, strutture di supporto trasversale a tutta l'attività della struttura organizzativa per la gestione dell'emergenza Coronavirus.

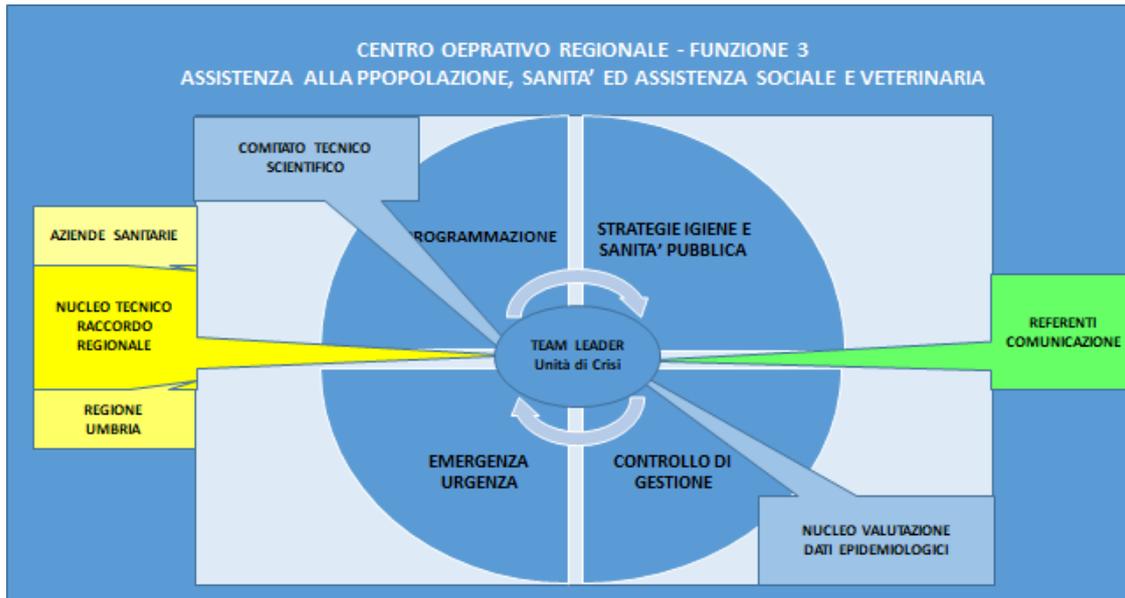
Con **Delibera Giunta Regionale n. 206 del 25/03/2020** sono stati ratificati gli assetti organizzativi disposti con le Determinazioni del Direttore Regionale alla Salute e Welfare n.1869/2020 e n. 2528/2020, per la gestione della Funzione 3 nell'ambito del COR.

E' stato altresì costituito il Nucleo per la Valutazione dati epidemiologici, con la funzione di operare presso il COR, in grado di elaborare in forma integrata le informazioni da inserire in database che possano essere utilizzati per monitorare l'andamento dell'epidemia, programmare gli interventi, eseguire proiezioni statistiche di scenari futuri.

La stessa DGR istituiva:

- Nucleo per la Valutazione dati epidemiologici
- Team Leader
- Comitato Tecnico Scientifico

Tavola sinottica



Ad ogni funzione è stato previsto un responsabile che aveva il compito di provvedere all'attivazione delle operazioni ritenute necessarie per la gestione emergenziale avendo cura di concordare ogni spesa con la funzione amministrativa.

Il COR è divenuto quindi lo strumento operativo con il quale la Regione Umbria ha gestito e sta ancora gestendo, l'emergenza. Questo modello organizzativo si è dimostrato vincente in quanto ha permesso di coordinare in un unico centro decisionale gli aspetti sanitari, la logistica, gli approvvigionamenti, i rapporti con le prefetture e con i comuni.

Al fine di tenere sotto costante controllo tutti i dati che giungevano al COR venivano definite strategie di monitoraggio basate sulla creazione di appositi gestionali alimentati con varie procedure, automatiche e manuali, che permettevano un'analisi immediata della situazione e conseguente tempestiva messa in campo di opportuni correttivi.

Grazie alla collaborazione tra Funzione 3 Sanità del COR e Protezione Civile venivano gestiti:

- applicativo Siemens healthcare Covid-19 per caricamento tamponi orofaringei effettuati
- applicativo ECWMED per gestione della popolazione Covid-19 da parte di ISP
- gestionale Umbria VITE in cui confluiscono i dati da Siemens healthcare Covid-19, ECWMED e alimenta il file di "geolocalizzazione"
- applicativo per ISS dove confluiscono i dati per ISS

Grazie ad apposito applicativo utilizzato in collaborazione con i Vigili del Fuoco, veniva effettuata geolocalizzazione aggiornata quotidianamente dei casi positivi al Covid-19 così da avere in tempo reale la conoscenza della situazione sul territorio, identificare zone a rischio e cluster che richiedevano immediata gestione dal punto di vista della sanità pubblica e fornire specifiche indicazioni alle FFOO garantendo la massima sicurezza in caso di operatività sul territorio.

Il Dipartimento di Protezione Civile nazionale, istituiva un Comitato operativo in riferimento alla necessità di realizzare una compiuta azione di previsione e prevenzione, in quanto si imponevano l'assunzione immediata di iniziative di carattere straordinario ed urgente finalizzate ad acquisire la disponibilità di personale, beni e servizi, individuando altresì idonee procedure amministrative di carattere informativo e di tempestivo intervento nell'ambito della definizione di un quadro di misure operative, anche strutturali, di carattere preparatorio per fronteggiare adeguatamente possibili situazioni di pregiudizio per la collettività. In tale contesto con la DGR 233 del 1/4/2020, veniva

stipulato un accordo tra la Regione Umbria e le Associazioni di Volontariato Sanitario dell'Umbria per l'esecuzione con ambulatorio mobile di tamponi orofaringei domiciliari per la ricerca del virus Sars-CoV 2. Tali ambulatori venivano inoltre utilizzati per le indagini sierologiche anche in aree relative a focolai epidemici (località Pozzo e Giove) e partecipavano infine alla indagine di siero prevalenza istituita da Ministero della Salute e ISTAT per cercare di capire quante persone nel nostro Paese possano aver sviluppato gli anticorpi al nuovo coronavirus, anche in assenza di sintomi.

Fin dall'inizio dell'epidemia le Associazioni di volontariato hanno garantito la presenza di operatori appositamente formati nelle sedi di pre-triage accanto ai PS della Regione contribuendo in modo determinante alla definizione di percorsi differenziati tra pazienti sospetti Covid e non.

Lo stesso Dipartimento organizzava degli appuntamenti giornalieri del Comitato Operativo, che si tenevano in video conferenza per affrontare tutte le tematiche organizzative relative all'assistenza alla popolazione per gli effetti del COVID-19, nonché prettamente sanitarie, dovute alla presenza all'interno dello stesso Comitato sia di rappresentanti dell'I.S.S. che di quelli del Ministero della Sanità.

Pertanto era necessario partecipare a tutti gli incontri convocati dal Comitato operativo con rappresentanti delle varie funzioni del C.O.R., in modo da poter poi organizzare nel territorio sia l'assistenza alla popolazione che l'approvvigionamento e la distribuzione dei vari dispositivi medici o di protezione individuale alle strutture sanitarie.

Sin dall'inizio si sono verificate alcune criticità che riguardavano, sia il reperimento dei dispositivi sanitari necessari alle strutture ospedaliere per l'assistenza ai contagiati, in particolare quelli che necessitavano di terapia intensiva, sia l'approvvigionamento dei dispositivi di protezione individuale (D.P.I.) per la tutela dei sanitari (mascherine, guanti, camici, ecc.), in quanto il mercato degli stessi non permetteva di effettuare gli acquisti in maniera soddisfacente rispetto ai reali fabbisogni.

Il Dipartimento a seguito delle difficoltà riscontrate da parte delle Regioni di acquistare i materiali sopra citati singolarmente ha deciso di provvedere all'acquisto per tutte le regioni per poi distribuirli alle stesse.

Per tale motivo si è deciso da una parte che la Funzione Sanità del C.O.R. tenesse aggiornato il fabbisogno delle strutture sanitarie comunicandole al Dipartimento per gli acquisti, mentre dall'altra la Funzione Logistica provvedeva al loro immagazzinamento e distribuzione alle strutture individuate al consumo. Oltre a ciò la Funzione Amministrativa ha provveduto agli acquisti in autonomia con i fondi elargiti dallo stesso Dipartimento e dalle donazioni di privati.

In tale contesto è risultato strategico anche il collegamento tra la Funzione Sanità e le strutture sanitarie, al fine di comprendere i reali fabbisogni, in modo da dare corso alle forniture richieste dalle stesse strutture.

Tutto ciò si è regolarizzato in breve tempo dando la necessaria copertura ai fabbisogni delle strutture sanitarie e in particolar modo non facendo mai mancare una costante fornitura per la tutela degli operatori.

2.3.2 Riorganizzazione Direzione Regionale Salute e Welfare

L'evoluzione dello scenario sanitario ha dettato la necessità di strutturare un'organizzazione regionale che possa garantire la realizzazione in parallelo della pianificazione di tutte le attività sanitarie riviste anche alla luce delle misure di distanziamento e di contenimento del contagio e possa altresì garantire la costante sorveglianza e il monitoraggio così da rendere strutturali azioni che sono state approntate inizialmente in maniera emergenziale.

L'assetto organizzativo regionale è stato già ridefinito in parte durante il lock-down, deve stabilizzarsi nell'organizzazione (ogni servizio deve programmare risorse, tempi e modalità di gestione

dell'attività ordinaria) e sviluppare linee strategiche trasversali coordinate da dirigenti/funzionari (project manager).

E' stato inoltre individuato, un Commissario Straordinario che dovrà occuparsi di sovrintendere a tutte le attività specifiche dell'Unità di crisi regionale per la gestione dell'Emergenza Covid 19 rapportandosi con il Direttore Regionale.

2.3.3 Gestione della Comunicazione

Alla pandemia di COVID-19 si è associata la diffusione di una quantità abnorme di informazioni, provenienti da fonti diverse e dal fondamento spesso non verificabile, definita infodemia. Esattamente come il virus, le notizie si sono diffuse velocemente, in maniera incontrollata, attraverso canali molteplici. Questo contagio informativo ha l'effetto di rendere molto più complessa la gestione dell'emergenza, in quanto rischia di pregiudicare la possibilità di trasmettere messaggi chiari e di ottenere, quindi, comportamenti omogenei da parte dei cittadini e degli operatori impegnati nell'emergenza.

La Regione Umbria, sin dagli inizi dell'epidemia, ha ben compreso che come ogni crisis communication, la comunicazione del COVID-19 dovesse avere una gestione centralizzata e organizzata al fine di far funzionare la macchina organizzativa e al tempo stesso garantire l'efficacia degli interventi prodotti¹. Nell'emergenza, si è puntato ad evitare la disorganizzazione nella circolazione delle informazioni e soprattutto a diffondere una corretta e tempestiva informazione ai cittadini, dando il giusto risalto al lavoro svolto dall'Assessorato alla Sanità, dalla Task Force regionale, dalla Protezione civile, dall'Unità di Crisi e dal COR.

Informazione e rapporti con i media

Nella fase iniziale della pandemia non è stato possibile impostare un piano di informazione predefinito, ma non si è navigato a vista, avvalendosi anche dell'esperienza maturata in altre situazioni, quali il sisma. La parola chiave sulla quale è stata impostata l'informazione regionale è stata "gradualità": di giorno in giorno l'obiettivo è stato quello di stabilire una modalità quotidiana di distribuzione dell'informazione, garantendo alle redazioni comunicati esaustivi fissi e cadenzati (un esempio, in proposito, è l'aggiornamento quotidiano dei dati relativi alla diffusione del contagio). In questo processo governato dalla "gradualità", superata la fase stringente del contagio, si è arrivati a lavorare con una maggiore programmazione circa l'informazione relativa alle attività di prevenzione e contrasto della pandemia, anche attraverso l'organizzazione di conferenze stampa, video e interviste programmate con Tv, radio e giornali cartacei e online. Il considerevole numero di richieste da parte dei media è stato supportato con grande proattività, trasparenza e con la disponibilità a dare risposte a ogni ora. A partire dal 31 gennaio, l'informazione divulgata dalla Regione Umbria è stata articolata in un intreccio tra l'Ufficio stampa della Giunta regionale e gli Uffici stampa delle Aziende sanitarie e ospedaliere del territorio. Questo fenomeno ha comportato una forte attività di monitoraggio e verifica costante delle notizie, proprio per evitare la circolazione di informazioni non veritiere e

¹ Con la DGR n. 126 del 26/02/2020 che istituisce il Centro Operativo Regionale (COR) presso il Centro Regionale della Protezione Civile di Foligno, viene individuata la Funzione 5 "Mass media, informazione e comunicazione". Con DD. N. 1869 del 03/03/2020, successivamente ratificata e contestualizzata con DGR 206 del 25/03/2020, vengono individuati all'interno della Funzione 2 del COR "Assistenza alla popolazione, sanità ed assistenza sociale e veterinaria" un referente per la comunicazione esterna e rapporti con i media e un referente per la comunicazione interna ed interfaccia tra Direzione del COR, Task force regionale e Unità di crisi aziendali.

allarmanti. È stato fondamentale, pertanto, il costante contatto con l'Unità di crisi e la gestione delle notizie non solo attraverso comunicati, ma curando direttamente i rapporti con le redazioni.

I principali strumenti utilizzati sono stati:

- Comunicati stampa
 - o Aggiornamenti giornalieri sull'andamento dell'epidemia in Umbria
 - o Per eventi di particolare rilevanza (approvazione piani, decisioni importanti, ecc.)
- Conferenze stampa
 - o Punto della situazione a cadenza settimanale
 - o Per eventi particolarmente rilevanti
- Comunicazione sui social media
 - o Profilo istituzionale Facebook della Regione Umbria
 - o Profili Facebook delle Aziende Sanitarie

Comunicazione

Le attività di comunicazione si sono articolate secondo il modello descritto per le attività di informazione, che prevede una cabina di regia regionale con funzioni di coordinamento e supervisione dei livelli aziendali (Aziende USL, Aziende Ospedaliere, Umbria Salute e Umbria Digitale). Sono stati messi in campo una serie di interventi volti a rimodulare e sviluppare i canali e gli strumenti più utili in termini di efficacia e tempestività.

I principali strumenti di comunicazione verso i cittadini sono stati:

- NUS (Numero Umbria Sanità - Coronavirus) 800.63.63.63, servizio gratuito di informazione telefonica, attivo 7 giorni su 7, dalle ore 8 alle ore 20
- Comunicazione sui social media
 - o Produzione di contenuti multimediali da condividere attraverso le pagine istituzionali facebook della Regione Umbria e delle Aziende sanitarie ed ospedaliere
- Portale web istituzionale Regione Umbria
 - o Pagina dedicata con raccolta norme e disposizioni nazionali e regionali
 - o Dashboard con open data e aggiornamenti quotidiani
- Siti Istituzionali aziende sanitarie ed ospedaliere
 - o Pagine dedicate Covid

La comunicazione organizzativa tra le istituzioni di livello nazionali, regionale e locale, è stata gestita attraverso i seguenti canali:

- Videoconferenze con Dipartimento Nazionale Protezione Civile (giornaliere)
- Videoconferenza con Ministero della Salute e Regioni (settimanali)
- Videoconferenza con Istituto Superiore di Sanità per il monitoraggio nazionale (settimanali)
- Riunioni del COR (Comitato Operativo Regionale)
- Reportistica per la Centrale Remota Operazioni Soccorso Sanitario (giornaliera)
- Reportistica per il Ministero della Salute (giornaliera)
- Reportistica per i Sindaci (giornaliera)
- Videoconferenze con i Commissari Straordinari (giornaliere)
- Videoconferenze con la Task force regionale Covid
- Videoconferenze con il Nucleo di valutazione epidemiologica regionale
- Videoconferenza con il Comitato Tecnico Scientifico regionale
- Videoconferenze con i referenti delle Unità tematiche
- Riunioni Unità di crisi del COR
- Gruppi WhatsApp (per comunicazioni agili)
- Siti intranet della Regione, delle Aziende sanitarie ed ospedaliere (per gli operatori)

- Webinar per la formazione degli operatori e i referenti Covid
- Mailing list delle aziende sanitarie ed ospedaliere

Alla luce dell'andamento dell'epidemia in Italia e nel mondo, la Regione Umbria coerentemente con le indicazioni Ministeriali ha emanato con DGR n. 467 del 10/06/2020 le linee guida per le attività sanitarie per la Fase 3. Pur permanendo la fase emergenziale, si è reso necessario impostare una fase programmatoria volta al riavvio graduale delle attività sospese, con l'obiettivo generale di supportare la tenuta del sistema sanitario. Analogamente alle attività sanitarie anche le attività di comunicazione sono state avviate verso una maggiore pianificazione, mediante l'utilizzo di una pluralità di strumenti di comunicazione, individuati e coordinati in maniera integrata dall'Ufficio stampa della Giunta regionale, dal Servizio comunicazione istituzionale dell'Assessorato alla Salute e condivisi con le Aziende sanitarie regionali.

Sono state quindi individuate alcune campagne di comunicazione che vedranno la loro realizzazione entro dicembre 2020:

- ✓ Gestione delle liste di attesa e per il recupero delle prestazioni sospese “#Iononaspetto”;
- ✓ Riavvio dei programmi regionali di screening oncologico
- ✓ Gestione dei rientri dai paesi esteri per turisti e comunità straniere
- ✓ Campagna sulle vaccinazioni per gli operatori pubblici e i cittadini
- ✓ Campagna social per un richiamo alla responsabilità dei giovani “Scegliamo la vita”
- ✓ Campagna per un Rientro a scuola sicuro
- ✓ Campagna #insiemecontroilcovid con le testimonianze degli operatori sanitari
- ✓ Campagna della Presidenza della regione sui corretti comportamenti

La Direzione Regionale Salute e Welfare inoltre ha messo in funzione in questi giorni un nuovo canale informativo, denominato InfoCovidUmbria, pensato per fornire ai cittadini informazioni utili sull'emergenza coronavirus. Il nuovo strumento che affiancherà il Numero Umbria Sanità 800.63.63.63, consentirà di ricevere direttamente sullo smartphone, 24 ore su 24, le risposte ai principali dubbi sul Covid-19. Grazie ad un menù semplice ed intuitivo vengono fornite in pochi secondi risposte a domande su cosa fare in caso di sintomi o di positività, sulle tipologie dei test disponibili, sui dati aggiornati dei contagi e tanto altro”. InfoCovid Umbria è disponibile sui siti istituzionali della Regione Umbria <https://www.regione.umbria.it/info-covid-umbria> , su quello delle Aziende Sanitarie, su Telegram e su Whatsapp.

2.3.4 Gestione della Formazione

Oltre ad una costante attività di informazione e comunicazione, la gestione dell'Emergenza coronavirus regionale ha richiesto, in tutte le sue fasi, di essere accompagnata da un altrettanto costante azione formativa svolta a livello centrale in sinergia e coordinamento con le Aziende sanitarie e gli altri principali soggetti istituzionali coinvolti.

Dall'inizio dell'emergenza Covid-19 a tutt'oggi, l'Assessorato regionale Salute e Welfare, attraverso l'Unità Strategica Emergenza Coronavirus, ha realizzato 18 diversi eventi di formazione per un complesso di 36 edizioni corsuali, 111,5 ore di didattica coinvolgendo 1653 discenti (Tabella 1).

Gli eventi, organizzati col supporto tecnico del Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica, sono stati realizzati tutti, tranne uno, esclusivamente in modalità FAD sincrona avvalendosi di una piattaforma specifica per webinar messa a disposizione dalla scuola umbra in grado di tracciare i partecipanti, moderare i lavori da parte del Tutor FAD, disporre una chat per formulare domande al docente in ogni momento oltre alla possibilità di intervento diretto dei partecipanti mediante apertura del microfono.

Tutti i webinar realizzati hanno avuto come principale finalità quella di condividere, diffondere e far applicare, in modo quanto più omogeneo, le disposizioni, i documenti e le normative che a livello nazionale e regionale venivano prodotti per la gestione della pandemia ed accompagnare la conseguente riorganizzazione e che si produceva nelle articolazioni delle aziende sanitarie e la messa a regime di nuove attività, funzioni e servizi richiesti dalla gestione epidemica.

Tra gli eventi di particolare rilievo e impatto, vanno segnalati quelli volti a formare la figura di Referente per la sicurezza Covid presso gli Ospedali, le Strutture residenziali di ogni tipo presenti nella nostra regione, gli Istituti penitenziari e successivamente quelli presenti nelle scuole e nei servizi educativi per l'infanzia, pubblici e privati

Per garantire la riapertura in sicurezza delle scuole, inoltre, è stato organizzato un altro importante evento di supporto formativo in preparazione dell'attività di screening rivolta a tutto il personale scolastico e dei servizi educativi per l'infanzia.

I webinar realizzati sino ad oggi hanno visto la partecipazione di target molto variegati e multiprofessionali, pubblici e privati, sanitari e non, seppur con una netta prevalenza di professionisti provenienti dal Servizio Sanitario Regionale.

Un altro target di particolare importanza è stato quello dei medici USCA a cui l'USEC ha destinato due eventi estremamente significativi: un corso base sulla gestione del paziente a domicilio ed uno sulle vaccinazioni essendo state le Unità Speciali dedicate alla ripresa dell'attività vaccinale nel periodo estivo.

Oltre a questi ultimi però, sono stati coinvolti guardie carcerarie degli Istituti penitenziari regionali, Medici competenti delle aziende pubbliche private dell'Umbria, Referenti di Case di cura private e di Istituti per religiosi, Rappresentati sindacali e datoriali di tutto il mondo del lavoro regionale, Dirigenti scolastici di tutte le scuole pubbliche e paritarie, Coordinatori dei Servizi educativi dell'infanzia delle zone sociali e Responsabili dei Nidi privati.

L'unico evento formativo svolto anche in presenza ha coinvolto i membri dell'Unità strategica e i Dirigenti della Direzione regionale Salute e Welfare in un percorso di Project management.

Mediante il paradigma della gestione per progetti, i partecipanti all'evento hanno condiviso una modalità di lavoro comune che permettesse una gestione sinergica delle attività legate all'emergenza che, dopo le prime 2 fasi e l'assetto organizzativo emergenziale del COR, sono state ricondotte a pieno regime in seno alla Direzione regionale.

I docenti impegnati nella formazione realizzata a supporto dell'emergenza covid si sono alternati tra membri dell'Unità Strategica, Dirigenti della Direzione regionale e delle Aziende sanitarie, Esperti esterni e Docenti dell'Università di Perugia garantendo la più ampia gamma di professionalità e saperi.

Di seguito si riporta la tabella con la sintesi degli eventi realizzati da marzo 2020 a tutt'oggi.

UNITA' EMERGENZA CORONAVIRUS REGIONE UMBRIA
Elenco Evento formativi realizzati (periodo marzo-novembre 2020)

Fase 1 e 2

FASE	Nr. Eventi	Metodologia didattica	Titolo	Obiettivo	Target	Date	Durata (ore)	Edizioni	Ore totali	Docenti	Nr. Partecipanti
1	1	FAD SINCRONA	CORSO DI FORMAZIONE BASE PER REFERENTI SICUREZZA COVID-19 STRUTTURE RESIDENZIALI	SICUREZZA COVID 19	Referenti sicurezza covid-19 delle Strutture residenziali dell'Umbria	30-31/03 e 01/04/2020	2	4	8	PIETRO PAOLO FARONATO	213
	2	FAD SINCRONA	CORSO PER RESPONSABILI SICUREZZA COVID-19 DEGLI OSPEDALI DELL'UMBRIA	SICUREZZA COVID 19	Referenti sicurezza covid-19 Ospedali dell'Umbria	06/04/2020	2	1	2	MICHELE MICHELUTTI GIOVANNI CIPOLOTTI STEFANIA MOIO	28
	3	FAD SINCRONA	CORSO DI FORMAZIONE BASE PER REFERENTI SICUREZZA COVID-19 ISTITUTI RELIGIOSI	SICUREZZA COVID 19	Referenti sicurezza covid-19 degli Istituti religiosi	08/04/2020	2	1	2	PIETRO PAOLO FARONATO	23
	4	FAD SINCRONA	CORSO DI FORMAZIONE BASE PER REFERENTI SICUREZZA COVID-19 DEGLI ISTITUTI PENITENZIARI UMBRI	SICUREZZA COVID 19	Referenti sicurezza covid-19 Istituti penitenziari dell'Umbria	14/04/2020	2	1	2	PIETRO PAOLO FARONATO	11
	5	FAD SINCRONA	L'ECOGRAFIA DEL TORACE NELL'EMERGENZA COVID-19 - CORSO BASE	SICUREZZA COVID 19	Personale PS e 118 dell'Umbria	23/04/2020	2	1	2	CHIARA BUSTI	10
	6	FAD SINCRONA	IL MEDICO COMPETENTE NELLA GESTIONE DELLA FASE 2 DELL'EMERGENZA COVID-19	SICUREZZA COVID 19	Medici competenti aziende private dell'Umbria	24-28/04/2020	2,5	2	5	EMILIO ABBRITTI MARIA D. GIAIMO ROSELLA MOSCA STEFANIA PRANDINI	83
	7	FAD SINCRONA	ANALISI EPIDEMIOLOGICA DELL'EMERGENZA COVID: IMPLICAZIONI PER LA FASE 2	SICUREZZA COVID 19	Responsabili direzioni mediche ospedaliere e territoriali delle Aziende umbre	27/04/2020	2	1	2	FABRIZIO STRACCI STEFANI PRANDINI MICHELA CARICATO FRANCESCO DI MACIO FORTUNATO BIANCONI	39
2	8	FAD SINCRONA	FASE 2 COVID-19: RIPARTIRE IN SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	SICUREZZA COVID 19	Rappresentanti Sindacati e Associazioni Datoriali	16/05/2020	3	1	3	EMILIO ABBRITTI MARIA D. GIAIMO ROSELLA MOSCA STEFANIA PRANDINI	45
	9	FAD SINCRONA	LA FASE 2 IN UMBRIA: LINEE DI INDIRIZZO PER LE ATTIVITA' SANITARIE	SICUREZZA COVID 19	Responsabili Distretti e Dipartimenti Salute mentale	23-26/05/2020	3	2	6	STEFANIA PRANDINI FRANCO SANTOCCHIA ENRICA RICCI MARIA DONATA GIAIMO	99
	10	FAD SINCRONA	LA CLIMATIZZAZIONE E LA VENTILAZIONE INDOOR AI TEMPI DEL COVID	SICUREZZA COVID 19	Responsabili e Tecnici dei Dipartimenti di Prevenzione	04/06/2020	2,5	1	2,5	MARIO LUCARELLI	34
	11	FAD SINCRONA	LA FASE 2 IN UMBRIA ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE	SICUREZZA COVID 19	Responsabili ospedalieri e territoriali, Specialisti ambulatoriali	08/06/2020	2	1	2	MANUELA PIOPPA ENRICA RICCI LUCA IACONI	78
	12	FAD SINCRONA	FORMAZIONE PER MEDICI USCA: LE VACCINAZIONI	SICUREZZA COVID 19	Medici delle USCA	13-14/07/2020	2	2	4	CARLA CIANI LETIZIA DAMIANI	50

UNITA' EMERGENZA CORONAVIRUS REGIONE UMBRIA

Fase 3 e 2[^] Ondata

FASE	Nr. Eventi	Metodologia didattica	Titolo	Obiettivo	Target	Date	Durata (ore)	Edizioni	Ore totali	Docenti	Nr. Partecipanti
3	13	RESIDENZIALE + FADSINCRONA	LA GESTIONE PROGETTI: TRADURRE I PROGETTI IN RISULTATI	MANAGEMENT	Dirigenti Direzione Regionale Salute e Welfare e Componenti Unità Strategica Emergenza Coronavirus Regione Umbria	09-16/08 e 08/09/2020	30	1	30	GIANCARLO BIZZARRI	16
	14	FADSINCRONA	LA RIAPERTURA IN SICUREZZA DELLE SCUOLE E L'AVVIO DELLO SCREENING DEL PERSONALE SCOLASTICO	SICUREZZA COVID 19	Dirigenti scolastici scuole pubbliche e paritarie, Coordinatori Zone sociali servizi infanzia, Responsabili Nidi privati	12-13/08/2020	2	2	4	FRANCO SANTOCCHIA	238
	15	FADSINCRONA	REFERENTI COVID DELLE SCUOLE E DEI SERVIZI EDUCATIVI DELL'INFANZIA	SICUREZZA COVID 19	Dirigenti scolastici scuole pubbliche e paritarie, Coordinatori Zone sociali servizi infanzia, Responsabili Nidi privati	10-11/09/2020	2	3	6	FRANCO SANTOCCHIA	475
	16	FADSINCRONA	EMERGENZA COVID-19: IL MONITORAGGIO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI	SICUREZZA COVID 19	Referenti sicurezza covid-19 individuati nelle strutture residenziali umbre	29-30/09/2020 01-02/10/2020	2	7	14	PIETRO PAOLO FARONATO ILARIA VESCARRELLI	130
2 ^ O N D A T A	17	FADSINCRONA	WEBINAR CLUSTER COVID SU GIS ESRI	SICUREZZA COVID 19	Addetti al Monitoraggio dell'USEC COR e Regione Umbria	dal 19 al 26/10/2020	10	1	10	Società TEAM DEV	21
	18	FADSINCRONA	ECWMED: PROCEDURA SORVEGLIANZA PER MMG E PLS	SICUREZZA COVID 19	Responsabili AFT e Coordinatori PLS	26/10/2020	1,5	2	3	FRANCO SANTOCCHIA	60
	19	FADSINCRONA	EMERGENZA CORONAVIRUS: LA GESTIONE DEI PAZIENTI NELLA SECONDA ONDATA	SICUREZZA COVID 20	Medici Usca	4-5/11/2020	2	2	4	FRANCO BALDELLI DANIELA FRANCISCI FRANCESCO BORGOGNONI FRANCO SANTOCCHIA	60
	19	TOTALI						36	111,5		1653
			Target Operatori pubblici								
			Target Operatori privati								
			Target pubblico e privato								

ALLEGATI

1. PROTOCOLLI SANITARI (documenti prodotti dalla Task Force attivata dalla Regione Umbria)
 - a. Protocollo gestione del caso MMG-PDLS- CA rev. 01 del 25.2.2020
 - b. Protocollo gestione del caso triage telefonico rev. 01 del 25.2.2020
 - c. Protocollo gestione del caso in pronto soccorso del 25.2.2020

- d. Protocollo gestione del caso sorveglianza attiva rev. 01 del 25.2.2020
2. DGR 180 del 19.3.2020 – “Piano di gestione dei posti letto della rete ospedaliera emergenza Coronavirus”
 3. DGR 207 del 25.3.2020 – “Piano di Gestione attività territoriali – Emergenza Coronavirus”
 4. DGR 267 del 10.4.2020 – “Procedura Regionale nuovo coronavirus (Sars-Cov-2”
 5. DGR 277 del 16.4.2020 – “Accordo Quadro tra Regione Umbria e l'Associazione Italiana di Ospedalità Privata (AIOP) e l'Associazione Religiosa Istituti Socio Sanitari Umbria (ARIS) per la regolamentazione dei rapporti finalizzati al coinvolgimento degli ospedali privati accreditati nella rete ospedaliera regionale della gestione dell'emergenza COVID-19”. Approvazione schema Accordo”
 6. DGR 321 del 30.4.2020 – “Adozione del “Piano per il contenimento del contagio e la tutela della salute dei lavoratori durante l'epidemia da virus SARS-Cov-2 in ambienti di lavoro non sanitari”
 7. DGR 374 del 13.5.2020 – “Linee di Indirizzo per le Attività Sanitarie nella Fase 2”
 8. DGR 467 del 10.6.2020 – “Linee di Indirizzo per le Attività Sanitarie nella Fase 3”
 9. DGR 483 del 19.6.2020 – “Piano di Riorganizzazione Emergenza Covid- Potenziamento Rete Ospedaliera (ai sensi dell'art 2 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34)”
 10. DGR 565 del 9.7.2020 “Disposizioni per l'esecuzione dei test sierologici per COVID-19 nei laboratori privati”
 11. DGR 570 del 9.7.2020 – “Emergenza Covid-19 Le Strategie Diagnostiche per la Fase 3”
 12. DGR 571 del 9.7.2020 “Estensione ai laboratori privati accreditati del test molecolare per la ricerca del virus SARS-CoV-2 con metodica rRT-PCR su tampone oro/rino faringeo”
 13. DGR 572 del 9.7.2020 Tariffario regionale delle prestazioni rese nell'interesse di soggetti privati in materia di prevenzione, sanità pubblica, sanità veterinaria e sicurezza alimentare, di cui alla D.G.R. 143 del 20 febbraio 2013 e ss.mm.ii.- Integrazione.
 14. DGR 682 del 30.7.2020 “Misure per la prevenzione e la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 nel territorio della Regione Umbria -Ulteriore proroga validità esenzioni e iscrizioni al Servizio Sanitario Nazionale di cui alla DGR n. 191 del 25 marzo 2020”
 15. DGR 710 del 5.8.2020 – “Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (art 1 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020).”

16. DGR 711 del 5.8.2020 – Piano operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di lock-down
17. DGR 772 del 02/09/2020 sono state approvate le “Linee di indirizzo per le Aziende Sanitarie per la realizzazione della campagna di vaccinazione antinfluenzale e del programma di vaccinazione antipneumococcica per la stagione 2020-2021, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta.
18. Trasmissione in data 09/09/2020 a mezzo sistema documentale del “programma operativo Covid” art. 18 comma 1 del D.L. 18/20.
19. DGR 914 del 14/10/2020 - Decreto legge n. 18 del 17 marzo 2020 articolo 4. Progetto denominato Rete di Telemedicina - Regione Umbria
20. DGR 916 del 14/10/2020 “DGR 710/2020 “Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale (art. 1 D.L. n. 34, convertito in legge n. 34/2020). Aggiornamento
21. Trasmissione in data 15/10/2020 a mezzo sistema documentale del “Piano Operativo regionale per il recupero delle Liste di Attesa (art. 29 L. 126/20)
22. DGR 924 del 16/10/2020 “Strategie nell’utilizzo della rete ospedaliera in fase di ripresa epidemica”
23. DGR n. 983 del 28/10/2020 “Misure per la prevenzione e la gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19 nel territorio della Regione Umbria – Ulteriore proroga validità esenzioni e iscrizioni al Servizio Sanitario Nazionale di cui alle DGR n. 191 del 25 marzo 2020 e n. 682 del 30 luglio 2020”
24. DGR n. 1006 del 02/11/2020 “Piano di contenimento dell’ondata epidemica – Declinazione degli interventi per l’utilizzo della rete ospedaliera e della rete territoriale (Art. 1 DL. 35 convertito in L. 77/20) Aggiornamento
25. DGR 1096 del 16/11/2020 “Piano di Salvaguardia Emergenza COVID 19”