

OGGETTO: Approvazione del documento recante “Emergenza COVID-19 – Piano emergenziale per l’autunno 2020”.

NOTA PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento si intende approvare il documento recante “Emergenza COVID-19 – Piano emergenziale per l’autunno 2020”.

Il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale.

Il relatore riferisce quanto segue.

Con la Delibera del Consiglio dei Ministri del 31/01/2020 è stato dichiarato, per sei mesi - sulla base della dichiarazione di emergenza internazionale di salute pubblica per il coronavirus (PHEIC) dell’Organizzazione Mondiale della Sanità del 30/01/2020 - lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

Molti sono gli atti che si sono susseguiti in materia, sia a livello nazionale, che regionale, che hanno disposto una riorganizzazione dell’assistenza sanitaria finalizzata a fronteggiare l’emergenza COVID-19.

In particolare, nel corso dell’emergenza sono state adottate dal Presidente della Giunta Regionale specifiche Ordinanze volte all’adozione di misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da virus COVID-19.

Inoltre, con il Decreto del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria n. 3 del 30/01/2020 è stata istituita una Task force regionale per la definizione di misure di prevenzione e controllo dell’epidemia, nell’ambito del Gruppo Operativo Risposta Rapida Regionale (GORR) per l’emergenza in sanità pubblica.

In collaborazione con la Task force regionale, la sopra citata Direzione Prevenzione ha elaborato, mantenendola costantemente aggiornata, una procedura contenente le indicazioni regionali da attuare per la gestione dei casi sospetti, probabili e confermati per COVID-19, nonché dei relativi contatti, in linea con le raccomandazioni ministeriali e con i principali organismi internazionali (Organizzazione Mondiale della Sanità – WHO e Centers for Disease Control and Prevention – CDC).

Successivamente, con la D.G.R. n. 269 del 02/03/2020 è stato costituito il “Comitato scientifico COVID-2019 in Regione Veneto”, con lo scopo di fornire indicazioni in relazione alla gestione dell’emergenza relativa al rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili da COVID-2019, nel territorio regionale.

In considerazione dell’evoluzione dello scenario epidemiologico del COVID-19 e del carattere particolarmente diffusivo di questa epidemia, nonché dell’incremento del numero di casi sul territorio nazionale, è sorta la necessità di attuare strategie di sanità pubblica, volte a garantire le idonee misure di contenimento del virus, ulteriori rispetto a quelle già adottate.

Nell’ambito dell’assistenza ospedaliera, alla luce delle indicazioni contenute nella Circolare del Ministero della Salute prot. n. 2627 del 01/03/2020, relative all’aumento di posti letto di terapia intensiva, pneumologia e malattie infettive, è stato approvato in data 15/03/2020, dall’Unità di crisi istituita con il Decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21/02/2020, il Piano di Emergenza Ospedaliera COVID-19 del Veneto, finalizzato ad assicurare che l’intero sistema ospedaliero fosse in grado di affrontare l’ipotesi di maggior pressione possibile.

Considerata l’efficacia e l’efficienza delle azioni intraprese con tale Piano, con la D.G.R. n. 552 del 05/05/2020 è stato approvato il documento recante “Approvazione Piano emergenziale ospedaliero di prepa-

razione e risposta ad eventi epidemici”, che permette di definire la risposta del sistema ospedaliero in caso di emergenza.

Inoltre, con la citata D.G.R. n. 552/2020 è stato anche previsto che presso tutti i Pronto Soccorso dovessero essere attivi specifici percorsi di pre-triage, tesi ad individuare tempestivamente i pazienti sospetti positivi a malattie infettive, al fine di indirizzarli verso i percorsi specificatamente dedicati ed evitare al massimo contaminazioni sia tra i soggetti in attesa di diagnosi, sia contaminazioni intraospedaliere da parte di soggetti affetti da patologie acute.

Al fine di garantire l’accesso e la continuità di assistenza all’utenza privilegiando, per ragioni di sanità pubblica, la permanenza degli assistiti a domicilio, con la D.G.R. n. 568 del 05/05/2020 sono stati attivati i servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza (c.d. “Telemedicina”).

E’ stato, inoltre, messo in atto, con la D.G.R. n. 344 del 17/03/2020, il “Piano Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica”, con l’obiettivo primario ed urgente di interrompere la catena di trasmissione del virus attraverso un’importante riorganizzazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto, per favorire la ricerca puntuale e sistematica di tutti i casi confermati, intensificare le conseguenti inchieste epidemiologiche ed intervenire con le disposizioni di isolamento domiciliare fiduciario e quarantena, in linea con le indicazioni ministeriali.

Successivamente, con la D.G.R. n. 782 del 16/06/2020 sono state programmate le azioni regionali attuative delle misure in materia sanitaria connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19, previste dal Decreto-legge n. 34/2020, denominato “Decreto Rilancio” ed è stato approvato, tra le altre cose, il “Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione”.

Inoltre, in ottemperanza alle disposizioni previste dal citato decreto-legge n. 34/2020, è stata garantita dalla rete delle cure primarie, anche con l’attivazione delle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) l’assistenza al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19, che non necessitano di ricovero ospedaliero. Allo stesso tempo la rete di assistenza territoriale ha garantito il supporto ai pazienti fragili, cronici ed affetti da patologie invalidanti che, ancor più a seguito dell’emergenza in corso, costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione.

Nell’attuale scenario epidemiologico in continua evoluzione, che evidenzia un aumento della circolazione di SARS-CoV-2 in specifici contesti, e alla luce del Decreto-legge n. 83 del 30/07/2020, con il quale è stato prorogato lo stato di emergenza fino al 15/10/2020, è sorta l’esigenza di rafforzare la capacità del Servizio Sanitario Regionale di rispondere ad una eventuale situazione di crisi, anche in considerazione della situazione a livello internazionale e della possibile insorgenza di nuovi focolai nel contesto del territorio nazionale.

In particolare, al fine di individuare misure per una risposta efficace in caso di aggravamento della situazione sanitaria a causa della diffusione del virus nei prossimi mesi, è stato elaborato dalle Strutture regionali dell’Area Sanità e Sociale, in collaborazione con Azienda Zero, soprattutto per la parte relativa ai flussi informativi, acquisito il parere favorevole del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 di cui alla D.G.R. n. 269 del 02/03/2020, il documento recante “Emergenza COVID-19 – Piano emergenziale per l’autunno 2020”, che si intende proporre all’approvazione della Giunta Regionale, quale **Allegato “A”** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

Il suddetto documento intende adeguare l’attuale sistema assistenziale all’attuale scenario pandemico, prevenendo interventi specifici con riferimento all’assistenza ospedaliera e all’accesso al Pronto Soccorso, al potenziamento dei laboratori di microbiologia e all’adozione da parte di Pronto Soccorso, RSA e Medici di Medicina Generale di test rapidi, che forniscano un risultato nel giro di minuti per lo screening di COVID-19.

Inoltre, poiché non è esclusa una co-circolazione di virus influenzali e SARS-CoV-2 nelle prossime stagioni autunnali e invernali, il suddetto documento ribadisce l'importanza della vaccinazione antinfluenzale, in particolare per i soggetti, di tutte le età, ad alto rischio per complicità.

Nel suddetto documento vengono anche proposte azioni di prevenzione, quali la definizione di un modello aziendale per la gestione delle emergenze di sanità pubblica, una campagna vaccinale pneumococcica per RSA e per i nuovi 65enni e di recupero (PCV13), livelli di rischio sulla base degli indicatori di monitoraggio e delle eventuali misure integrative di sanità pubblica, un Progetto di sorveglianza epidemiologica di SARS-CoV-2 attraverso le acque reflue urbane, lo sviluppo di interfaccia software per la registrazione delle vaccinazioni non eseguite presso il servizio vaccinale, la regolamentazione degli accessi e delle visite strutture residenziali per anziani, l'intensificazione del piano regionale di screening per ricerca di SARS-CoV-2 e il rafforzamento della stretta integrazione delle Strutture coinvolte nella gestione dell'emergenza.

Si conferma la validità del modello veneto delle Cure Primarie, organizzato in medicine di gruppo integrate, e della sua evoluzione in team di assistenza primaria.

Da ultimo, il suddetto documento dedica una sezione alle attività della UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero, per la raccolta di tutti gli esiti dei test per Covid-19, nel rispetto della normativa che regola la protezione dei dati personali", al fine di identificare e prevenire l'insorgenza di focolai nei differenti contesti assistenziali, sociali e lavorativi, per incentivare la Telemedicina e per coordinare i sistemi informativi delle strutture pubbliche e private interessate nella gestione dell'emergenza, con lo scopo di garantire la continuità informativa a tutti gli attori coinvolti.

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

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto:

VISTA la Delibera del Consiglio dei Ministri del 31/01/2020;

VISTO il Regolamento UE 2016/679 e il D.lgs. 196/2003, come modificato e integrato dal D.lgs. n. 101/2018;

VISTA la Circolare del Ministero della Salute prot. n. 2627 del 01/03/2020;

VISTO il Decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21/02/2020;

VISTI l'art. 2, comma 2 e l'art. 4 della L.R. n. 54 del 31/12/2012;

VISTA la L.R. n. 1 del 10/1/1997;

VISTO il Decreto del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria n. 3 del 30/01/2020;

VISTI il Decreto-legge n. 34/2020, il Decreto-legge n. 83 del 30/07/2020;

VISTE la D.G.R. n. 269 del 02/03/2020, la D.G.R. n. 344 del 17/03/2020, la D.G.R. n. 552 del 05/05/2020, la D.G.R. n. 568 del 05/05/2020, la D.G.R. n. 782 del 16/06/2020;

DELIBERA

1. di approvare le premesse quale parte integrale e sostanziale della presente deliberazione;
2. di approvare il documento recante "Emergenza COVID-19 – Piano emergenziale per l'autunno 2020", che si intende proporre all'approvazione della Giunta Regionale, quale **Allegato "A"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale;

4. di incaricare le Direzioni afferenti all'Area Sanità e Sociale dell'esecuzione di quanto disposto con il presente provvedimento per le parti di rispettiva competenza;
5. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
Avv. Mario Caramel

Direzione Prevenzione,
Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Il Direttore
Dr.ssa Francesca Russo

IL DIRETTORE VICARIO

IL DIRETTORE
Dott. Michele Brichese




EMERGENZA COVID-19

**PIANO EMERGENZIALE
PER L'AUTUNNO 2020**



ASSISTENZA OSPEDALIERA

In relazione all'emergenza COVID-19 e alle indicazioni ministeriali della circolare del Ministero della Salute prot. n. 2627 del 01/03/2020 relative all'aumento di posti letto di terapia intensiva, pneumologia e malattie infettive è stato approvato, il 15 marzo 2020, dall'Unità di crisi istituita con decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21 febbraio 2020, il Piano di Emergenza Ospedaliera COVID-19 del Veneto, finalizzato ad assicurare che l'intero sistema ospedaliero fosse in grado di affrontare l'ipotesi di maggior pressione possibile.

In attuazione a tale piano sono stati attivati in Veneto 825 posti letto di terapia intensiva e 383 posti letto di pneumologia semi intensiva.

Considerata l'efficacia e l'efficienza delle azioni intraprese con tale piano, è stata approvata il 5 maggio 2020 la DGR n. 552/2020 "Approvazione Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici" che permette di definire la risposta del sistema ospedaliero in caso di emergenza.

Il potenziamento della disponibilità posti letto di tale piano emergenziale ha previsto la strutturazione di 840 posti letto di terapia intensiva così ripartiti:

- 559 sono i posti letto programmati dalle schede di dotazione ospedaliera;
- 191 sono posti letto aggiuntivi, attivati secondo le linee guida predisposte dal Coordinamento Regionale Emergenza ed Urgenza;
- 90 sono i posti letto ricavabili dalla riconversione di sale operatorie in caso di emergenza.

Considerate le necessità assistenziali evidenziate nel periodo di fase 1 dell'emergenza sono stati inoltre previsti 663 posti letto di pneumologia semi intensiva di cui 382 posti letto ricavabili riconvertendoli da altre discipline, in aggiunta ai 281 già programmati dalle schede di dotazione ospedaliera per la disciplina di Pneumologia.

Non ultimo, con la DGR 552/2020 sono stati previsti complessivamente 1085 posti letto di malattie infettive, dei quali 941 riconvertibili in fase emergenziale in aggiunta ai 144 già programmati dalle schede di dotazione ospedaliera per la disciplina di malattie infettive.

Successivamente, con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 782 del 16/06/2020, è stato attuato quanto previsto all'art 2 del D.L. n. 34/20 recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" che prevede come le regioni debbano predisporre un piano di riorganizzazione ospedaliera per l'emergenza.

Nel dettaglio la circolare del Ministero della Salute n. 11254 del 29/05/2020 ha esplicitato come per la Regione Veneto l'incremento di posti letto fosse pari a 211 posti letto di terapia intensiva con una riconversione invece di 343 posti letto da destinare alla terapia semi intensiva; si precisa come con DGR n. 782 del 16/06/2020 per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza Covid-19, relativamente all'incremento dei posti letto di terapia intensiva e la riconversione di quelli di semi intensiva sia stato quantificato un importo pari a € 81.924.272,00 per lavori edili, impiantistici e attrezzature.



L'incremento dell'offerta ospedaliera per un eventuale fase emergenziale va considerato nell'ambito della strategia già intrapresa che è consistita nell'individuazione di specifici ospedali su base provinciale dedicati alla patologia epidemica, i cosiddetti COVID Hospital, da attivare progressivamente in base alle necessità e presso i quali è da prevedere la contestuale progressiva chiusura delle attività routinarie, compresa l'attività ambulatoriale e di pronto soccorso, eccezion fatta per trattamenti salvavita non destinati a pazienti COVID-19, quali ad esempio la dialisi.

TIPOLOGIA DI STRUTTURE OSPEDALIERE PER PAZIENTI COVID-19

Da quanto esposto ne deriva l'individuazione di 3 tipologie di strutture ospedaliere per l'accoglienza di pazienti COVID-19 all'interno del percorso di cura delle acuzie, ovvero:

Ospedale Hub e di riferimento provinciale con presenza di reparti di pneumologia e malattie infettive.

- Interventi finalizzati a creare le condizioni per non sospendere l'attività di elezione e permettere la continuità soprattutto per le cure indifferibili e per potenziare il trasporto intraospedaliero e il servizio di emergenza urgenza.

Ospedali spoke con posti letto di terapia intensiva e personale con specifiche competenze intensivologiche:

- Interventi finalizzati a creare le condizioni per il potenziamento della capillarità territoriale dell'offerta di posti letto di terapia intensiva e semi intensiva;
- Interventi finalizzati a migliorare la separazione dei percorsi dedicati a pazienti COVID-19 in pronto soccorso;
- Interventi finalizzati al rafforzamento della dotazione di apparecchiature di ausilio alla ventilazione e monitoraggio.

Ospedali dedicati alla patologia (Covid Hospital)

- Interventi finalizzati a creare le condizioni per stabilizzare e completare l'attrezzamento dei posti letto aggiuntivi attrezzati in fase emergenziale

Tale offerta assistenziale è da ritenersi a tutti gli effetti integrata dalla presenza di strutture sanitarie dedicate alla fase post acuzie, quali gli ospedali di Comunità, che hanno ricoperto un ruolo importante nella fase più critica dell'epidemia della scorsa primavera risultando destinati alle dimissioni protette dei pazienti già affetti da COVID-19, una volta risolta l'acuzie e nel pieno rispetto delle misure di contenimento del rischio infettivo, sospendendo le usuali procedure di valutazione dell'idoneità all'accesso agli stessi.

Infine va considerata, qualora sopraggiungessero eventuali ulteriori bisogni di accoglienza in spazi dedicati oltre il limite di sostenibilità, anche la possibilità di avvalersi di strutture sanitarie dismesse e ricondizionate in deroga agli standard strutturali e tecnologici attualmente previsti, che saranno attrezzate dal Dipartimento della Protezione Civile per garantire il rispetto dei requisiti minimi strutturali e organizzativi.

MODALITA' DI ACCESSO AL RICOVERO OSPEDALIERO – PRONTO SOCCORSO

Con DGR n. 552/2020 è stato previsto come presso tutti i Pronto Soccorso dovessero essere attivi specifici percorsi di pre-triage tesi ad individuare tempestivamente i pazienti sospetti positivi a malattie infettive al fine di indirizzarli verso i percorsi specificatamente dedicati ed evitare al massimo contaminazioni sia tra i soggetti in attesa di diagnosi, sia contaminazioni intraospedaliere da parte di soggetti affetti da patologie acute.



Con DGR n. 782/2020 sono state recepite anche le linee di indirizzo della circolare del Ministero della Salute n. 11254 del 29/05/2020, in applicazione al DL n. 34/20, in merito alla ristrutturazione dei pronto soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi.

A tal proposito si è ritenuto come gli interventi destinati alla ristrutturazione dovessero poter prevedere nel maggior numero possibile di ospedali:

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

Per quanto concerne poi gli interventi sui Pronto Soccorso presso i quali non sono definibili soluzioni specifiche strutturali tali da garantire una soluzione a breve termine ed è necessario definire nuovi spazi dedicati si è optato per adottare tipologie di moduli di pre triage Covid in relazione alla tipologia di struttura ospedaliera e di servizio, prevedendo nel contempo per i moduli da collocare negli ospedali con elevata affluenza nei pronto soccorso la presenza di una TAC dedicata.

L'importo complessivo da quadro economico per gli interventi di ristrutturazione dei pronto soccorso previsto dalla DGR n. 782/2020 è pari a € 16.120.000,00.

Per quanto concerne i criteri generali di accesso dell'utenza alle strutture ospedaliere si rammenta come l'accesso delle persone all'ospedale/struttura sanitaria debba essere consentito solo in caso di effettiva necessità, attraverso un limitato numero di varchi, quanto più separati possibile per i dipendenti e per l'utenza esterna, verificando l'eventuale sussistenza di condizioni che controindicano l'ingresso.

Auspicabile inoltre come all'interno dell'ospedale i diversi percorsi siano differenziati, e a titolo esemplificativo si riportano i percorsi di Pronto Soccorso, di fast-track, di ricovero e ambulatoriali, in considerazione del fatto che tale differenziazione è finalizzata ad evitare il più possibile l'incrocio fra pazienti interni e pazienti esterni.

Per l'accesso al Pronto Soccorso le misure da mettere in atto, in un'ottica di accesso ai soli casi appropriati, sono fondamentalmente l'istituzione dei percorsi rapidi (fast track) per le patologie a gestione specialistica, evitando il transito per le prestazioni ambulatoriali con codice di priorità U, senza trascurare il fatto che prima dell'ingresso al PS ogni persona dovrà essere sottoposta preliminarmente ad un pretrriage in un'area strutturalmente separata dal PS, presso la quale verranno verificate le sue condizioni di salute in rapporto al COVID-19, la dotazione di idonea copertura di naso e bocca, in assenza della quale va fornita una mascherina adeguata, l'esecuzione dell'igiene delle mani, e non ultimo, va richiamata la massima attenzione sulla necessità di mantenere la distanza di sicurezza di almeno 1 mt in tutti i percorsi e le aree del PS, ivi compresi quello di pre-triage e triage.

In **tabella 1 e 2** sono riportati per ogni singolo ospedale i posti letto rispettivamente di terapia intensiva e di terapia semintensiva, mentre in **tabella 3** è riportata la tempistica per l'attuazione delle principali attività del piano operativo.

Le attività individuate in relazione alla tipologia di posto letto da realizzare sono:

- Individuazione posti letto
- Determinazione fabbisogno lavori/attrezzamento
- Realizzazione lavori
- Attrezzamento

I soggetti attuatori per la realizzazione dei posti letto sono:

- Regione Veneto nella attività di controllo e monitoraggio della realizzazione dei posti letto;
- Ciascuna azienda sanitaria per i posti previsti dalla DGR 552/20;
- Azienda Zero per la fornitura delle attrezzature principali per la realizzazione dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva previsti dalla DGR 552/20
- Il Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19 per quanto concerne i posti letto previsti dalla DGR 782/20;

Per quanto concerne infine l'attività prevista in capo al Commissario, in attesa delle modalità e della tempistica della loro attuazione, in questa fase verrà sviluppato un Piano di contingenza della DGR 782/20 per raggiungere l'obiettivo prefissato dalla DGR 552/20 secondo le tempistiche previste dalla Regione Veneto.

Le attrezzature che Azienda Zero procederà ad acquistare centralmente per tutte le aziende sanitarie della regione veneto sono, in analogia alla fase 1, le seguenti:

- Ventilatori per terapia intensiva e semintensiva;
- Monitor per terapia intensiva e semintensiva;
- Letti per terapia intensiva e semintensiva;
- Centraline di monitoraggio
- Pompe siringa
- Pompe volumetriche

Le attrezzature che verranno acquisite per i Piani di contingenza della DGR 782/20 e che si renderanno disponibili al termine delle attività poste in capo al Commissario straordinario saranno utilizzate per il rinnovo tecnologico delle attrezzature esistenti nella Regione Veneto.

Anche per i Pre-Triage Covid, di competenza del Commissario straordinario, sono state definite le attività principali e il Piano di contingenza.

PIANO AUTUNNO 2020 LABORATORI DI MICROBIOLOGIA

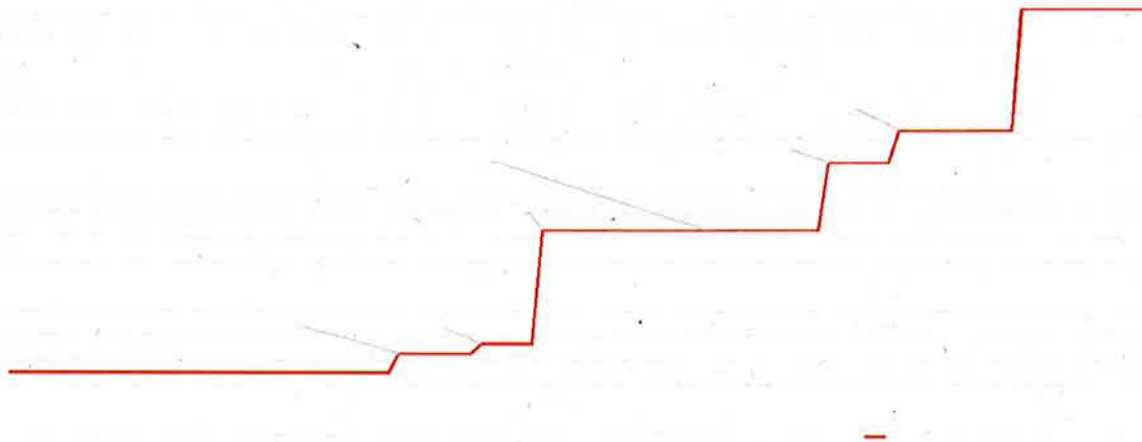
Per quanto concerne i laboratori di microbiologia il piano prevede tre linee d'azione:

1) Completamento del piano straordinario di potenziamento dei laboratori di microbiologia

Entro l'autunno, con l'avvio della produzione delle ultime piattaforme acquisite, la potenzialità produttiva teorica massima dei laboratori di microbiologia del Veneto si attesterà attorno ai **32.000 test/gg**, alla quale va aggiunta la potenzialità garantita dalle piattaforme acquisite in autonomia dalle singole aziende sanitarie. Si riporta di seguito la sintesi delle piattaforme aggiuntive rispetto a quelle in dotazione pre-Covid 19 con le relative tempistiche di avvio produzione.

Azienda	Produttore	Potenzialità produttiva della singola attrezzatura [test/gg]	Massimo aumento di potenzialità produttiva giornaliera [test/gg]	Data di inizio produzione
ULSS 1 Dolomiti	Estrattore Nurex	576	384 (+93%)	In produzione da inizio giugno
	Amplificatore Nurex	384		
ULSS 2 Marca Trevigiana	Estrattore Nurex	576	384 (+27%)	In produzione da inizio giugno
	Amplificatore Nurex	384		
	Estrattore Perkin Elmer e modulo Janus G3	3.840	1.000 (+69%)	Installato il 19 giugno
ULSS 4 Veneto Orientale	Estrattore A.B. Analitica	922	922 (+372%)	Amplificatore installazione entro il 12 giugno; estrattore installazione entro fine luglio
	Amplificatore A.B. Analitica	1200		
ULSS 5 Polesana	Estrattore Perkin Elmer e modulo Janus G3	3.840	200 (+80%)	Installato il 19 giugno
ULSS 6 Euganea	Estrattore Nurex	576	384 (+45%)	In produzione dal 9 giugno
	Amplificatore Nurex	384		
	Estrattore Perkin Elmer e modulo Janus G3	3.840	1.548 (+282%)	Installato il 19 giugno
Azienda Ospedale-Università di Padova Laboratorio Regionale di Riferimento	Estrattore Roche Magna Pure	2.304	2.304 (+33%)	in produzione dal 15 giugno
	Estrattore Roche Magna Pure	2.304	1.344 (+13%)	
	Amplificatore Quantstudio 6	2.304	960 (+10%)	in produzione dal 15 giugno
	Amplificatore Quantstudio 5	4.128	0 (+0%)	
	Amplificatore	4.128	300 (+4%)	In collaudo al 13 luglio

	Quantstudio			
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	Estrattore Biomek i5 S8	4.000	4.000 (+161%)	In produzione da inizio agosto
	Estrattore Biomek i5			
	Pippettatore ECHO 525 + 1	8.000		
	Amplificatore Liason MDX	4.000		
	Panther Hologic	1.000	1.000 (+40%)	In produzione da metà luglio



2) Utilizzo di test rapidi

Ricerca, sviluppo e acquisto di test rapidi che forniscono un risultato nel giro di minuti, finalizzati allo screening di Covid 19 da dotare i Pronto Soccorso, le RSA e i medici di medicina generale. Essendo un test di screening, non sarà effettuata una diagnosi definitiva a risultato positivo, ma si dovrà sottoporre il paziente risultato positivo al successivo tampone nasofaringeo.

3) Soggetti attuatori

- dott. Roberto Rigoli, Direttore del laboratorio di microbiologia del P.O. di Treviso: coordinatore delle microbiologie del Veneto
- per quanto riguarda l'U.O.C. di Microbiologia dell'Azienda Ospedale Università Padova, resta confermato quanto previsto nella DGR n. 344/2020



- Azienda Zero: acquisizione centralizzata di macchinari e reattivi. Fornirà, inoltre, le piattaforme informatiche ed il supporto metodologico ed operativo al monitoraggio degli indicatori e all'implementazione di nuove metodologie
- Aziende Sanitarie: prelievo e la successiva processazione di tamponi e test rapidi, proponendo l'implementazione di piattaforme aggiuntive per il raggiungimento della potenzialità produttiva necessaria a soddisfare il piano di esecuzione di tamponi.



DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE

PREMESSA

L'emergenza da SARS-CoV-2 conferma la necessità di **rafforzare la capacità del Servizio Sanitario Regionale di rispondere** ad una eventuale situazione di crisi, anche in considerazione dello scenario epidemiologico internazionale e della possibile insorgenza di nuovi focolai nel contesto del territorio nazionale.

Non è esclusa una co-circolazione di virus influenzali e SARS-CoV-2 nelle prossime stagioni autunnali e invernali, pertanto, si ribadisce l'importanza della vaccinazione antinfluenzale, in particolare nei soggetti, di tutte le età, ad alto rischio per complicanze. Risulta, altresì, necessario definire dei criteri per affrontare le criticità possibili legate alla diagnosi differenziale tra SARS-CoV-2 e sindromi influenzali, anche in considerazione della **definizione delle priorità** nell'utilizzo dei test diagnostici, del **monitoraggio delle curve epidemiche** di entrambe le malattie infettive e dei necessari **interventi di sanità pubblica**. Vaccinando contro l'influenza, inoltre, si riducono le complicanze da influenza nei soggetti a rischio e gli accessi al pronto soccorso, permettendo una riduzione dell'impegno delle risorse a disposizione del servizio sanitario e prevenendo il sovraccarico del sistema delle cure.

OBIETTIVI

L'obiettivo principale della strategia regionale è quello di intervenire prontamente intercettando ed isolando tutti i possibili focolai di SARS-CoV-2, individuando i casi singoli ed attuando, anche su base modulare in funzione del livello di rischio identificato dal monitoraggio degli indicatori ministeriali e regionali, interventi di sanità pubblica generali o in specifiche aree geografiche.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Per quanto concerne l'area della prevenzione i documenti cui far riferimento sono da un lato il **Piano di Sanità Pubblica "Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica"** contenuto nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 344 del 17.03.2020 e dall'altro il **Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione** di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 782 del 16.06.2020.

Il **piano di Sanità Pubblica ex DGR 344/2020** è stato **aggiornato** alla luce del modificarsi dello scenario epidemiologico dell'infezione da COVID-19 e nel documento "Emergenza COVID-19 fase 3- aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'effettuazione dei test diagnostici" sono evidenziati tre elementi cardine:

1. **Rafforzamento delle attività di contact tracing** di ricerca della circolazione virale in tutti i contatti a rischio. A seguito di ogni caso confermato, i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) proseguiranno le attività di indagine epidemiologica tempestiva e puntuale, includendo sia i contatti stretti che i contatti in seguito a valutazione della tipologia del contatto.
2. **Screening per la ricerca di SARS-CoV-2**. La modifica dei gruppi da sottoporre a screening è stata focalizzata dall'obiettivo di intercettare precocemente nuovi casi in contesti con presenza di soggetti vulnerabili (ad es: operatori sanitari coinvolti nell'assistenza di pazienti con particolare



fragilità, ospiti ed operatori di strutture residenziali per anziani, personale direttamente coinvolto nell'assistenza continuativa delle persone affette da disabilità sensoriali, psichiche, intellettive. Oltre alla proposta di screening attivo su alcuni specifici gruppi "target", la Regione ha esteso anche l'offerta passiva del test tampone al personale di assistenza domiciliare di anziani e disabili di ritorno dall'estero.

- 3. Studio di un sistema di allerta precoce (early warning).** In previsione di una possibile ripresa della circolazione virale, sarà attivato, a fianco delle attività di screening, un sistema di allerta precoce (early warning), attraverso la ricerca ed il monitoraggio della circolazione virale in campioni rappresentativi di specifici gruppi di popolazione individuati come sentinella attraverso l'utilizzo del test rapido. Sulla base degli esiti delle attività svolte dai SISP in seguito al contact tracing, alle indagini di screening e all'attivazione del sistema di allerta precoce, la Regione Veneto valuterà l'eventuale rimodulazione del Piano di Sanità Pubblica.

AZIONI

1. Definizione del modello aziendale per la gestione delle emergenze di sanità pubblica

Le singole Aziende ULSS provvedono, sulla base di quanto disposto dalla DGR 782 del 2020, ad aggiornare l'organizzazione relativa alla gestione delle emergenze di sanità pubblica provvedendo in particolare ad:

- a) aggiornare la composizione del CESP,
- b) istituire i Gruppi Operativi a Risposta Rapida (GORR) su base distrettuale,
- c) identificare nominalmente con atto formale del Direttore del Dipartimento di Prevenzione tutti i componenti dei GORR,
- d) definire l'organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione e l'attivazione dei GORR in ottica Dipartimentale, su base modulare e progressiva in funzione dello scenario epidemiologico.

2. Campagna vaccinale pneumococcica per RSA (scheda sequenziale)

In considerazione dell'impatto che COVID-19 ha avuto in tutto il mondo, così come a livello nazionale, sui soggetti fragili ed in particolare sugli ospiti delle Strutture Residenziali per Anziani, in accordo con quanto previsto dalle Linee di indirizzo per la ripresa delle attività del Dipartimento di Prevenzione - Fase 2 (prot. 186806 del 11.5.2020) e dai documenti specifici¹ a partire dal luglio sarà avviata una campagna vaccinale anti-pneumococcica, applicando la scheda sequenziale in accordo con il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, rivolta ai soggetti fragili ospiti delle strutture residenziali per anziani. Tale campagna sarà condotta dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica in collaborazione con le strutture e con i medici operanti nelle stesse, secondo specifica organizzazione aziendale, anche in considerazione di eventuali progetti vaccinali già in essere.

3. Definizione dei livelli di rischio sulla base degli indicatori di monitoraggio e delle eventuali misure integrative di sanità pubblica

Individuazione e monitoraggio di indicatori di Early Warning allo scopo di identificare il possibile aumento della circolazione virale in determinate contesti del territorio regionale (es. case di riposo, strutture ospedaliere, comuni...) e prevedere il rischio di trasmissione di SARS-CoV-2.

¹ "Linee di indirizzo Strutture residenziali extraospedaliere" approvate con Ordinanza n. 55 del 29.5.2020 e "Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale" approvate con ordinanza n. 61 del 22.6.2020.



Delineare misure specifiche (es. norme igienico-comportamentali, distanziamento sociale, chiusura degli esercizi commerciali, rimodulazione del trasporto pubblico ecc.) da attuare per contenere il rischio rilevato tramite i suddetti indicatori. Potrà essere disposta l'esecuzione di test rapidi a "a cerchi concentrici" allargati.

4. Progetto di sorveglianza epidemiologica di SARS-COV-2 attraverso le acque reflue urbane (SARI, Sorveglianza Ambientale Reflue in Italia)

Con il coordinamento tecnico-scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e del Coordinamento Interregionale della Prevenzione, Commissione Salute, della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, una rete di strutture territoriali analizzerà la presenza di tracce di SARS-COV-2 nelle acque reflue a fini di monitoraggio preventivo sulla presenza del virus e la sua possibile propagazione in Italia. Il progetto consentirà di acquisire indicazioni utili sull'andamento epidemico e sull'allerta precoce di focolai.

5. Sviluppo di interfaccia software per la registrazione delle vaccinazioni non eseguite presso il servizio vaccinale

E' in corso di ultimazione una specifica interfaccia software per la registrazione puntuale e precisa delle vaccinazioni effettuate da operatori e servizi diversi dal Servizio Vaccinale del SISP (MMG, RSA, Medico Competente Aziende Ospedaliere e IOV, etc.). In particolare, tale interfaccia, integrata con l'anagrafe vaccinale regionale (SIARV) ed i software dei MMG consentirà la registrazione completa e tempestiva di tutte le vaccinazioni eseguite, anche al fine di garantire un monitoraggio periodico sullo stato e sull'andamento della copertura vaccinale.

6. Campagna informativa prevenzione influenza e COVID-19

Sarà avviata una specifica campagna informativa rivolta alla popolazione per la promozione del vaccino anti-influenzale oltre che per promuovere le raccomandazioni igienico sanitarie finalizzate alla prevenzione sia dell'influenza che di SARS-CoV-2, in particolare sensibilizzando all'applicazione delle norme igienico-comportamentali dei soggetti affetti da sintomatologia respiratoria, con particolare riferimento alla necessità di rimanere in isolamento domiciliare con automonitoraggio seguendo le indicazioni del medico curante.

7. Campagna vaccinale anti-influenzale, stagione 2020/2021

Nella prossima stagione influenzale 2020/2021, si rende necessario ribadire l'importanza della vaccinazione antinfluenzale, in particolare nei soggetti ad alto rischio di tutte le età, per semplificare la diagnosi e la gestione dei casi sospetti, dati i sintomi simili tra COVID-19 e Influenza. Vista l'attuale situazione epidemiologica relativa alla circolazione di SARS-CoV-2, si prevede di **anticipare la conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale e offrire la vaccinazione ai soggetti eleggibili in qualsiasi momento della stagione influenzale**, anche se si presentano in ritardo per la vaccinazione. La vaccinazione antinfluenzale può essere **offerta gratuitamente anche nella fascia d'età 60-64 anni**. È fondamentale nella strategia di sanità pubblica la vaccinazione antinfluenzale di tutti gli operatori sanitari, in tutte le occasioni possibili.

Particolare attenzione va rivolta agli anziani istituzionalizzati in strutture residenziali o di lungo degenza, per i quali si rafforza l'indicazione alla vaccinazione e per tutti i soggetti con patologie croniche.

Gli obiettivi di copertura, per tutti i gruppi target, sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale.



8. Campagna vaccinale pneumococcica ai nuovi 65enni e di recupero (PCV13)

Per quanto riguarda la popolazione generale, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale secondo specifica organizzazione aziendale, sarà avviata una campagna vaccinale, in aggiunta alla chiamata attiva dei 65enni, di recupero estesa a tutti soggetti delle coorti di nascita già invitati ma non vaccinati (*drop out*) e ai soggetti nati dal 1943 al 1947. Per tale campagna ogni azienda provvederà a definire le specifiche modalità favorendo la vaccinazione anti-pneumococcica, come da indicazioni sopra riportate, in tutte le occasioni opportune. Gli obiettivi di copertura, per i nuovi 65enni sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale mentre per gli ospiti delle strutture residenziali l'obiettivo è del 95%.

9. Nuove indicazioni per diagnosi differenziale COVID-19 e Influenza

In funzione dello scenario epidemiologico prevedibile ad ottobre, identificare tutti i soggetti a cui riservare "prioritariamente" l'esecuzione di saggi diagnostici per la ricerca di SARS-CoV-2, stratificando sulla base di categorie a rischio di complicanze nonché in base al loro contesto sociale e lavorativo. In particolare si evidenzia la necessità di riservare particolare attenzione ai soggetti fragili e/o appartenenti a comunità chiuse.

Ottimizzazione risorse e riduzione delle misure contumaciali

Caso	Vaccinato per influenza	Frequenta una collettività o è un operatore sanitario	Priorità diagnostica
Caso sospetto	si	si	1
Caso sospetto	no	si	2
Caso sospetto	si	no	3
Caso sospetto	no	no	3

10. Sorveglianza virologica per Influenza e per Sars-Cov-2

Rafforzare la partecipazione alla sorveglianza virologica da parte dei MMG e PLS come "medici sentinella". Questo al fine di stimare l'impatto dell'influenza confermata e l'efficacia vaccinale sul campo dei vaccini antinfluenzali, nei soggetti di tutte le età non ospedalizzati, oltre che monitorare l'andamento delle curve epidemiche in relazione alla diffusione di SARS-CoV-2 per aggiornare e integrare le raccomandazioni di diagnostica differenziale e le disposizioni di sanità pubblica.

11. Regolamentazione accessi e visite strutture residenziali per anziani

In funzione dell'andamento epidemiologico e in considerazione delle caratteristiche delle strutture sanitarie e sociosanitarie residenziali e semiresidenziali extraospedaliere che richiedono una particolare attenzione nelle strategie di sanità pubblica, andrà valutata nel tempo la possibilità di adottare specifiche regolamentazioni per i nuovi accessi, per l'ingresso di accompagnatori e per le visite a pazienti e ospiti.

12. Intensificazione del piano regionale di screening per ricerca di SARS-CoV-2

In considerazione dello scenario epidemiologico prevedibile per il mese di ottobre, si rafforzano le attività di screening per la ricerca di tutti i casi positivi di COVID-19, anche paucisintomatici e asintomatici, al fine di



interrompere ogni possibile catena di trasmissione virale di SARS-CoV-2 e contenere l'insorgenza di nuovi focolai. Si rimodula, a tale scopo, l'offerta per le categorie di popolazione target, con possibilità di ampliamento al variare dello scenario epidemiologico.

13. Rinforzare la stretta integrazione tra SISP, COT, Distretti, MMG, PLS, MCA e USCA

I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle Aziende ULSS definiranno specifiche procedure al fine di lavorare in sinergia con i Servizi Distrettuali e la COT. Inoltre, la presa in carico territoriale per tutti i casi sospetti dovrà essere fortemente integrata con le attività di sorveglianza sanitaria coordinata dai SISP.

Inoltre, dovrà essere definita una specifica organizzazione aziendale che coinvolga i medici delle USCA, a supporto dei SISP e dei MMG, per garantire le campagne vaccinali (es. anti-influenzale e anti-pneumococcica), in sinergia con i SISP e dei Distretti.

CRONOPROGRAMMA

	Mag		Giu.		Lug.		Ago.		Set.		Ott.		Nov.		Dic.		
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
	FASE 2		FASE 3						FASE 4								
Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione (DGR 782/20)																	
Aggiornamento CESP e GORR delle Aziende ULSS (DGR 782/20)																	
Definizione dei piani dei Dipartimenti di Prevenzione per la "Fase 4"																	
Definizione dei livelli di rischio e delle eventuali misure integrative																	
Sviluppo di interfaccia software per la registrazione delle vaccinazioni																	
Campagna vaccinale pneumococcica per RSA (schedula sequenziale)																	
Campagna informativa prevenzione influenza e COVID-19																	
Campagna vaccinale pneumococcica coorti di recupero (PCV13)																	
Campagna vaccinali anti-influenzale, stagione 2020/2021																	
Nuove indicazioni per diagnosi differenziale COVID-19 e Influenza																	
Sistema di misure integrative in funzione del livello di rischio																	
Regolamentazione accessi e visite strutture residenziali per anziani																	
Intensificazione del piano regionale di screening per SARS-CoV-2																	



ASSISTENZA TERRITORIALE

Unità Speciali di Continuità Assistenziale

In ottemperanza alle disposizioni previste dal DL 34/2020 le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) operano all'interno del Distretto, afferiscono alla Unità Operativa di Cure Primarie distrettuale e svolgono le seguenti funzioni:

- garantiscono l'assistenza al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, ivi compresi la somministrazione ed il monitoraggio delle terapie a domicilio. Il concetto di gestione domiciliare si intende esteso anche alle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e strutture di ricovero intermedie (Ospedali di Comunità, Unità Riabilitative Territoriali, strutture residenziali per persone con disabilità, dell'area della Salute Mentale, Comunità Terapeutiche o strutture di accoglienza per minori, ecc.);
- garantiscono supporto anche ai pazienti fragili, cronici ed affetti da patologie invalidanti che, a seguito dell'emergenza in corso, costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione.

Punti di forza rilevati nella fase 1

- Importante ruolo svolto non solo per i pazienti a domicilio ma anche in supporto alle RSA, strutture di ricovero intermedie e comunità residenziali/semiresidenziali, strutture ricettive alberghiere, casa circondariale.
- Forte integrazione con il SISP per il monitoraggio clinico e l'esecuzione dei tamponi naso faringei, sia di screening, sia su richiesta dei MMG.
- Garanzia dell'attività di triage sulle attivazioni USCA, quale elemento di riferimento ordinario per MMG/PLS/MCA, in collegamento con le centrali operative dell'ADI e la COT.

Disposizioni operative

Per rinforzare la stretta integrazione tra MMG e medici USCA e assicurare una continuità di assistenza, mantenendo in capo ai medici curanti la titolarità dell'assistenza del proprio paziente, ogni Unità Operativa di Cure Primarie distrettuale è tenuta ad individuare esattamente l'afferenza di ciascun MMG ad una unica USCA. L'elenco dettagliato dovrà essere reso noto a tutti i servizi che operano a livello territoriale, in particolare ai SISP, alle Centrali Operative dell'ADI, alla COT.

- Fermo restando che l'USCA afferisce all'Unità Operativa di Cure Primarie del Distretto di competenza, in un'ottica di integrazione dei servizi viene mantenuto un collegamento funzionale con i SISP ai fini del coordinamento della sorveglianza epidemiologica dei casi sospetti e dei positivi.
- Gli accessi a domicilio dei medici delle USCA dovranno avvenire in modo congiunto con l'infermiere qualora siano richieste anche prestazioni infermieristiche, mentre si considera l'affiancamento di un OSS nel caso sia prevalentemente richiesto il supporto vestizione/svestizione DPI.
- I medici delle USCA saranno coinvolti in modo diretto nelle campagne vaccinali (es. antinfluenzale e antipneumococcica), in integrazione con i servizi SISP e dei Distretti e a supporto dei MMG, anche con riferimento alle strutture residenziali, alle case circondariali, alle strutture ricettive.
- I medici dell'USCA, sulla base dell'organizzazione aziendale, sono coinvolti anche nella presa in carico di soggiornanti per motivi di turismo o lavoro/studio che si rivolgono ai servizi aziendali per motivazioni legate all'emergenza COVID 19 o su segnalazione dei SISP.
- E' in corso di sviluppo un'interfaccia con i software dei MMG e il sistema informativo regionale, anche per la registrazione delle vaccinazioni, in modo che i MMG possano seguire in tempo reale l'andamento



dei pazienti presi in carico dalle USCA e la situazione vaccinale.

- Ogni USCA dovrà essere dotata di kit per il monitoraggio dei pazienti a domicilio o presso le RSA, prevedendo device come saturimetro, termometro a distanza, misuratore PA, eventuale ecografo ed ECG portatili. Tale dotazione dovrà essere fornita in funzione di attività in telemedicina ottimizzando il ruolo degli Specialisti Ambulatoriali Interni nella refertazione a distanza.

Il sistema di telemonitoraggio attraverso i device forniti ai medici USCA sarà poggiato su una piattaforma che consenta: la registrazione e l'accesso da remoto ai valori misurati dai device, alcuni lasciati al paziente (come termometro e saturimetro), altri utilizzati dagli operatori sanitari al momento dell'accesso, come l'ECG. Detto telemonitoraggio non solo sarà rivolto ai pazienti COVID19, ma anche nell'ambito della gestione domiciliare del paziente cronico complesso. È auspicabile che detta piattaforma sia unica a livello regionale (implementata poi da ogni singola Azienda ULSS) così da garantire sistemi tecnologicamente avanzati che dialogano tra loro, anche per una possibile integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico (garantendo in questo modo facile accesso ai dati a tutti gli attori sanitari che hanno in carico ed entrano nell'assistenza al paziente).

- Ogni Distretto deve attivare un sistema di monitoraggio puntuale dell'attività delle USCA al fine di trasmettere, per il tramite della UOC Cure primarie di afferenza, alla Regione (U.O. Cure primarie e strutture socio-sanitarie territoriali) una relazione ed apposita rendicontazione trimestrale, **comprensiva del numero di pazienti presi in carico dall'USCA, della tipologia degli stessi, delle attività svolte, descrivendo dettagliatamente anche i meccanismi di funzionamento delle USCA.**

Centrale Operativa Territoriale

In conformità a quanto previsto dalla DGR n.1075/2017 e di quanto previsto dalla DGR n.782/2020:

- svolge attività di coordinamento funzionale delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, con funzioni di raccordo con tutti i servizi, garantendo la tracciabilità delle informazioni e supervisionando la gestione delle transizioni;
- assicura, a supporto dei Direttori della Funzione Territoriale e della Funzione Ospedaliera e del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, la funzione di coordinamento e comunicazione unitaria, anche telefonica, a servizio dei MMG, PLS, MCA e loro aggregazioni, dei SISP e servizi territoriali, delle strutture di ricovero intermedie, delle strutture residenziali, per individuare il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio;
- costituisce il luogo di coordinamento della gestione delle transizioni ed il punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Distretto e Dipartimento di Prevenzione.

Punti di forza rilevati nella fase 1

- Forte integrazione/coordinamento con le Cure Primarie e il SISP per:
 - a) supportare nella comunicazione alla popolazione, attraverso ad esempio la gestione del numero verde aziendale in collaborazione con i servizi URP, la raccolta delle segnalazioni dei cittadini che entrano in Italia da un paese estero, ecc.;
 - b) facilitare le comunicazioni verso i professionisti che operano nell'ambito dei servizi distrettuali, in particolare MMG, PLS, MCA, attraverso la trasmissione delle comunicazioni/procedure operative prodotte dal SISP-Dipartimento di Prevenzione e dalla Direzione Aziendale, inerenti l'emergenza COVID19, la contestuale disponibilità telefonica e per mail nel raccogliere richieste di approfondimenti, ecc.
- Ampliamento dell'orario di attività al fine di supportare tutte le fasi della gestione dell'emergenza.



- Riconoscimento quale punto di riferimento per gli attori del sistema per l'emergenza COVID, anche per le strutture residenziali.
- Mantenimento e garanzia dell'attività ordinaria assegnata alla COT anche in fase di emergenza, quindi senza perdere la sua identità, ma valorizzando le competenze acquisite ed ampliando il raggio della propria azione.

Disposizioni operative

- Ogni Azienda ULSS dovrà ampliare l'orario di copertura della COT rendendolo progressivamente sovrapponibile a quello dell'ADI infermieristica (dalle ore 7:00 alle ore 21:00 per 7 giorni su 7); riadeguandone la dotazione organica.
- Alla COT dovrà essere assegnato il coordinamento del personale addestrato (anche non sanitario) che gestisce il numero verde dedicato al cittadino per informazioni e inserimento/presa in carico della richiesta nel corretto flusso aziendale secondo procedure specifiche (ad esempio comunicazione arrivo in Italia da stati esteri).
- Ogni Azienda ULSS dovrà individuare un numero telefonico (gestito dal personale sanitario della COT) dedicato agli operatori sanitari sia territoriali che ospedalieri (in particolare MMG, PLS, USCA) per informazioni e supporto sulle procedure aziendali attivate per la gestione dell'emergenza COVID19 e, più in generale, per un supporto nella identificazione della risorsa più appropriata da attivare in funzione dei bisogni del paziente fragile rappresentati dall'operatore che contatta il servizio.
- Dovrà essere individuato un indirizzo mail specificatamente dedicato alle segnalazioni di criticità inerenti il COVID19 e gestito dall'URP, eventualmente con il supporto della COT, provvedendo allo smistamento delle stesse per competenza ed alla tracciabilità dell'effettiva presa in carico e conclusione.
- Ogni Azienda ULSS dovrà individuare un gruppo di specialisti infettivologi che, attraverso il filtro organizzativo della COT, rispondano direttamente ai quesiti dei medici convenzionati, con possibilità di estendere l'esperienza anche ad altre specialità.
- Dovrà essere garantita anche alla COT l'accessibilità alle piattaforme del sistema informativo regionale (su tamponi, esiti, pazienti presi in carico dalle USCA, pazienti in isolamento, ecc.) così da poter far circuitare le informazioni ed assicurarsi che le stesse siano comunicate agli attori coinvolti nella presa in carico ed anche per poter avere una visione aziendale complessiva dei casi. La stessa piattaforma dovrà anche consentire la programmazione delle attività di esecuzione dei tamponi, fermo restando che la gestione degli stessi per la sorveglianza rimane in carico al SISP.

INFERMIERE DI FAMIGLIA

L'infermiere di famiglia gestisce i processi infermieristici in ambito familiare e di comunità e opera in collaborazione con il MMG e PLS, l'équipe multiprofessionale distrettuali, per aiutare il cittadino e la sua famiglia a trovare le soluzioni ai bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e le disabilità.

L'infermiere di famiglia afferisce alla UOC Cure Primarie del Distretto di riferimento.

Svolge la propria attività sia presso l'ambulatorio territoriale, sia a domicilio delle persone non già prese in carico dall'ADI, garantendo la presa in carico di utenti con bassa complessità assistenziale. Promuove un'assistenza differenziata per bisogno e per fascia d'età, attraverso interventi che rispondono ai bisogni di salute della popolazione.



L'infermiere di famiglia opera in collaborazione con la rete dei servizi socio-sanitari e del volontariato presenti nel territorio utilizzando un modello assistenziale infermieristico orientato alla famiglia e al contesto in cui questa vive. Caratteristiche del modello sono:

- *prossimità* alla famiglia e alla comunità: opera in un ambito territoriale secondo un criterio geografico di ripartizione del territorio, coerente con l'organizzazione dei vari servizi presenti;
- *proattività*: intercetta e riconosce in modo precoce i bisogni latenti della popolazione di riferimento, conosce la rete dei servizi territoriali e del volontariato, orienta e facilita l'accesso appropriato e tempestivo ai servizi;
- *equità*: facilita l'accesso degli utenti ai vari servizi sociosanitari e l'attenzione proattiva ai determinanti di salute e sociali, assume un ruolo di garante verso i cittadini dell'equità del sistema di erogazione delle cure;
- *multiprofessionalità*: opera secondo una logica multiprofessionale con l'adozione del modello della presa in cura integrata che prevede l'utilizzo di piani assistenziali individuali e PDTA, superando così la logica prettamente prestazionale, verso un modello di presa in carico.

Le attività attribuite all'infermiere di famiglia sono quelle già previste nella DGR n.782.

Disposizioni operative

- Ogni Distretto introdurrà in maniera progressiva la figura dell'infermiere di famiglia, **dando priorità alle zone geografiche in cui non siano già presenti forme evolute di aggregazioni della medicina generale** o si ritenga necessario potenziare gli studi medici periferici al fine di supportare la capillarità dell'assistenza. Si ricorda che lo standard massimo previsto è di 8 infermieri ogni 50.000 assistiti, equivalenti al massimo a circa un infermiere ogni 4 MMG massimalisti. **Ciò richiede l'elaborazione di un progetto pilota aziendale, in condivisione con i Medici di Medicina Generale, in cui vengano esplicitati gli obiettivi, le attività assegnate in conformità a quanto già stabilito con la DGR n.782/2020, il bacino di utenza affidato, gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione. Gli obiettivi individuati dovranno essere congruenti e correlati a quelli assegnati alla medicina generale.**
- Per l'identificazione dei pazienti con cronicità semplice che possono essere presi in carico dall'infermiere di famiglia andranno utilizzati anche strumenti di case mix (es. ACG), al fine della valutazione di impatto e per il dimensionamento delle risorse per singola area geografica.
- È necessario che ogni Azienda ULSS provveda alla definizione di procedure uniformi per la presa in carico (applicazione PDTA, azioni proattive di promozione della salute, ecc.), corredate da opportuni indicatori per valutarne a distanza il reale impatto. Dette procedure andranno condivise con tutti gli attori coinvolti nella presa in carico.

TEAM MULTIPROFESSIONALI

Con riferimento ai pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti che, anche a seguito dell'emergenza COVID-19, costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione, il modello organizzativo regionale prevede un lavoro fondato su team multiprofessionali, che vedranno la partecipazione dei MMG, degli specialisti territoriali, degli infermieri, dei fisioterapisti, degli assistenti sociali, o di altri operatori sanitari, con legami funzionali con i professionisti che operano all'interno delle strutture ospedaliere e con gli operatori del Dipartimento di Prevenzione.



Punti di forza rilevati nella fase 1

- L'emergenza COVID ha richiesto un lavoro di integrazione operativa tra Ospedale-Distretto-Dipartimento Prevenzione-SISP, ciò ha consentito di migliorare la reciproca conoscenza delle specifiche competenze e la messa in comune/trasferimento di competenze prima non previste con conseguente miglioramento della qualità del servizio offerto alla popolazione.
- Necessità ed importanza di garantire/proseguire a domicilio con attività riabilitative per pazienti COVID post dimissione dai reparti ospedalieri.

Disposizioni operative

- In ogni Azienda ULSS andranno definite procedure organizzativo/assistenziali atte a garantire un coordinamento funzionale tra le Unità Operativa Cure Primarie distrettuali e i Dipartimenti di Prevenzione-SISP, **prevedendo squadre operative integrate "rimodulabili" a seconda della fase emergenziale e del relativo carico** (composizione delle squadre, dimensionamento, obiettivi, modalità di attivazione).
- Dovrà essere portata a compimento entro il 2021 l'attuazione dei piani di sviluppo delle cure primarie così come previsti dalla DGR n.476/2019, completando la rete della medicina generale organizzata nelle diverse tipologie di forme associative, dalle più semplice alle più evolute.
- A supporto della gestione della cronicità e per garantire una fidelizzazione andrà estesa l'adozione dei contratti diurni come previsti dall'ACN per i Medici di Continuità Assistenziale.
- Ogni Azienda ULSS è tenuta ad implementare la geriatria territoriale, quale valido riferimento anche per MMG, infermieri ADI e infermieri di famiglia nella gestione dei pazienti anziani fragili, individuando modalità dirette di contatto e consultazione, con definizione territoriale/geografica (suddivisione per zone al fine di garantire una risposta integrata).
- Andranno potenziate in ogni Distretto le équipe multiprofessionali delle cure domiciliari e modulabili, a seconda della tipologia di bisogno, coinvolgendo le diverse professionalità già in fase di dimissione o di transizione del paziente da un setting ad un altro, al fine di definire il prima possibile il percorso più appropriato. In particolare la fisioterapia domiciliare, quale parte integrante del Dipartimento Funzionale Riabilitazione Ospedale Territorio, è la componente che assicura la continuità dell'assistenza tra i diversi setting di cura (ospedale, strutture riabilitative intensive ed estensive, territorio), integrandosi a livello distrettuale nell'équipe dell'ADI, e che dovrà garantire le seguenti attività:
 - riattivazione motoria per utenti che hanno subito un periodo di prolungata inattività, provocato da un ricovero ospedaliero o da un evento morboso acuto;
 - trattamenti di riabilitazione per pazienti con esiti di politraumatismo, in caso di frattura prossimale di femore ed in tutti quei casi nel quale il paziente non possa essere trasportato con i comuni mezzi;
 - sedute di addestramento all'utilizzo degli ausili e di educazione del caregiver alla gestione del paziente;
 - valutazione dell'adeguamento paziente-ambiente-ausili su segnalazione del MMG o dei servizi territoriali (in particolare la COT) al fine di assicurare la fornitura di un ausilio-presidio necessario all'utente a garantire l'autonomia nelle ADL o consentirne la mobilità domestica;
 - continuità del Progetto Riabilitativo Individuale stilato nel reparto di Riabilitazione o nelle Unità Riabilitative Territoriali per assicurare un efficace ed adeguato reinserimento del paziente presso il proprio domicilio;
 - attività di Teleriabilitazione, anche a seguito dell'emergenza COVID, per i pazienti dimessi dall'Ospedale e che necessitano di continuare e monitorare l'attività motoria di riallenamento.



Questo modello risulta particolarmente rilevante nella presa in carico dei pazienti COVID19 negativizzati dimessi dai reparti per acuti e per post-acuti o di riabilitazione intensiva, richiedendo un monitoraggio nel tempo e/o la prosecuzione del trattamento, sia a domicilio o in ambulatorio, secondo interventi personalizzati in base agli esiti.

Obiettivi specifici diventano infatti:

- a. abbreviare i tempi di ripresa del trattamento attraverso una presa in cura diretta dei pazienti da parte dei fisioterapisti territoriali, riservando visite fisiatriche domiciliari a situazione di particolare complessità che prefigurino la necessità di un Progetto Riabilitativo Individuale;
- b. riservare le prestazioni ambulatoriali laddove necessario un setting terapeutico dedicato;
- c. integrare il set informativo (Fascicolo Sanitario Elettronico e cartella ADI) con dati rilevanti sull'andamento dello stato funzionale.

Dal punto di vista operativo diventa efficiente prevedere canali di interlocuzione diretta tra fisioterapista ospedaliero e fisioterapista del territorio, supportata da un adeguato scambio informativo, con comunicazione alla COT e alla centrale ADI di riferimento per la tracciatura dei casi.

La possibilità di avvalersi della teleassistenza sia per funzioni di triage che di follow up o di monitoraggio da remoto tra un accesso a domicilio e il successivo potrà altresì efficientare il sistema.

Le Aziende ULSS potranno definire specifici accordi con i Centri di Servizi per l'utilizzo nel territorio dei fisioterapisti delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani.

- Le equipe multiprofessionali domiciliari andranno dotate di adeguati kit di monitoraggio dei pazienti al domicilio o presso le RSA, di adeguata attrezzatura diagnostica ed ogni altro presidio necessario, ivi compresi i farmaci di urgenza. **La dotazione andrà fornita in funzione di attività in telemedicina, ottimizzando anche il ruolo degli specialisti ambulatoriali interni nella refertazione a distanza.**
- Il teleconsulto, gli strumenti di video-chiamata, la telemedicina andranno estesi a tutti gli ambiti del Distretto (minori, anziani, disabilità, dipendenze, ecc.), al fine di garantire l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza, di assicurare la continuità dell'assistenza ed interventi educativo-relazionale a sostegno degli utenti e delle loro famiglie.

CAMPAGNE VACCINALI ANTI-INFLUENZALE RIVOLTA ALLA POPOLAZIONE PEDIATRICA

- In considerazione della possibile co-circolazione di virus influenzali e virus SARS-CoV-2, al fine di garantire la protezione e ridurre la circolazione del virus influenzale e per facilitare la diagnosi, per la stagione 2020-21 si ritiene utile coinvolgere i PLS nell'offerta vaccinale antiinfluenzale nei bambini dai 6 mesi ai 6 anni, previo accordo con le rappresentanze sindacali, al fine di definire le modalità di offerta, i tempi di svolgimento della campagna vaccinale antinfluenzale e le modalità di registrazione delle vaccinazioni effettuate.



SISTEMI INFORMATIVI

Questo paragrafo descrive le principali azioni sui sistemi informativi che le strutture del SSR, sotto il coordinamento tecnico di Azienda Zero, e nel pieno rispetto delle vigenti disposizioni normative in materia di protezione dei dati personali, devono obbligatoriamente mettere in atto nel caso che in autunno si verifichi il ritorno della pandemia Covid-19.

SORVEGLIANZA SANITARIA E MICROBIOLOGICA

Primariamente è necessario raccogliere tutti gli esiti dei test per Covid-19 per avere un controllo ed un monitoraggio complessivo dell'epidemia ed incrociarli con una serie di altri flussi informativi per identificare e prevenire l'insorgenza di focolai nei differenti contesti assistenziali, sociali e lavorativi.

Più nel dettaglio la raccolta e la processazione dei dati deve essere svolta per le seguenti finalità:

- prevenire nuovi contagi, diagnosticare velocemente i nuovi casi, isolare e curare i casi infetti, monitorarne lo stato
- prevedere e rilevare l'insorgenza di focolai in ambito familiare, di quartiere (urbani), nelle strutture per anziani e disabili, negli ambienti lavorativi, nelle scuole, nelle strutture sanitarie (sia per i degenti che per gli operatori) o di altro tipo correlati ad eventi specifici, al fine di interrompere precocemente la catena dei contagi, contenere l'espansione dell'epidemia e salvare vite umane
- monitorare il carico delle strutture sanitarie, in particolare l'occupazione dei posti letto per ricoveri Covid-19, con particolare attenzione alla terapie intensive e sub-intensive per poter intervenire prima della saturazione delle risorse
- descrivere la dinamica della pandemia in termini di spazio e tempo per governare la situazione generale e per simulare e prevedere la sua evoluzione

Gli strumenti software previsti per garantire le azioni sotto riportate, la cui messa a punto, anche sotto i profili di sicurezza e protezione del trattamento dei dati personali, dovrà essere assicurata dalle strutture competenti, sono già stati indicati nella DGR 782 del 2020. Al fine di soddisfare i bisogni informativi dell'unità di crisi e prendere decisioni basate sui dati, devono quindi essere garantiti i seguenti flussi informativi e le seguenti elaborazioni, nel rispetto delle disposizioni che regolano l'anonimizzazione e la pseudonimizzazione dei dati personali :

1. Tutti le strutture e i laboratori pubblici o privati autorizzati ad eseguire esami per Covid-19 di qualsiasi tipo (microbiologia molecolare, sierologici quali-quantitativi, sierologici qualitativi, etc.) devono in modo mandatorio conferire i dati anagrafici e degli esiti dei casi al *Sistema di Biosorveglianza* secondo le specifiche tecniche e le tempistiche (un aggiornamento ogni ora) già definite da Azienda Zero; devono inoltre garantire la qualità del processo di identificazione degli assistiti primariamente attraverso il processo di preaccettazione supportato dal modulo software per gli *screening covid-19*
2. I dati provenienti dai laboratori di cui al punto 1 devono essere processati dal *Sistema di Biosorveglianza* e nel dettaglio:
 - a. Essere incrociati con l'anagrafe degli assistiti regionale con il fine di correggere ed integrare i dati anagrafici per evitare errori di persona o di mancata identificazione;



- b. Essere incrociati con la base dati dei nuclei familiari con il fine di identificare focolai familiari e altri soggetti esposti al rischio Covid-19
 - c. Essere incrociati con i flussi informativi FAR (Flusso di Assistenza Residenziale), SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera), APS (Assistenza Pronto Soccorso) al fine di identificare i positivi, i focolai e altri soggetti esposti nelle strutture residenziali per anziani, e consolidare i casi in regime di ricovero e in pronto soccorso; più in generale bisogna prevedere l'incrocio con tutti i flussi informativi che permettono di identificare il setting assistenziale dei casi positivi e quindi intervenire prima dell'insorgenza di focolai (ADI, strutture intermedie, strutture per pazienti psichiatrici, etc.)
 - d. Essere incrociati con l'anagrafe dei dipendenti pubblici SSR al fine di identificare i casi positivi, i focolai ed altri soggetti esposti nelle strutture sanitarie
 - e. Essere incrociati con l'anagrafe dei lavoratori con il fine di identificare casi positivi, focolai ed altri soggetti esposti negli ambienti di lavoro
 - f. Essere incrociati con l'anagrafe degli studenti al fine di identificare casi positivi, focolai ed altri soggetti esposti nelle scuole
 - g. Essere arricchiti dalle informazioni raccolte dai SISP sui casi confermati, in isolamento e sui contatti stretti con la finalità di ricostruire la catena del contagio ed identificare e contenere i focolai
 - h. Essere arricchiti dalle informazioni raccolte dalle Direzioni Mediche sui casi positivi che vengono ricoverati con il fine di monitorare lo stato clinico dei pazienti e misurare lo stato di occupazione dei posti letto di degenza, con particolare attenzione alle terapie intensive e sub-intensive
 - i. Essere correlati con i sintomi raccolti dalla App "Zero Covid Veneto", (di prossima eventuale implementazione) per identificare molto più precocemente l'insorgere di nuovo casi o focolai
3. I dati raccolti e processati con le finalità sopra indicate devono essere conferiti dalle Aziende Sanitarie per il tramite dei SISP, delle COT, dei MMG/USCA, delle Direzioni Mediche; tali soggetti devono, utilizzando obbligatoriamente i moduli software per la gestione dei casi confermati e dei casi in isolamento di cui alla DGR 782/2020, procedere alle indagini epidemiologiche e inserire le informazioni necessarie al completamento del quadro complessivo di ogni caso (richieste anche per l'invio obbligatorio verso l'Istituto Superiore di Sanità) sia per i casi in isolamento che per i casi ricoverati o in altro regime assistenziale, al fine di prendere in carico precocemente i soggetti ed agire sui casi positivi ed sui focolai di cui ai punti precedenti
 4. I dati devono inoltre essere conferiti e ai medici competenti delle aziende private aderenti al progetto di cui alla Delibera di Giunta Regionale 601 del 2020 con le modalità e gli strumenti nella stessa indicati al fine di controllare in modo più efficace lo stato di salute dei lavoratori e l'insorgenza di focolai negli ambienti di lavoro
 5. Devono essere garantite al livello regionale, pur nel rispetto dei principi che regolano il trattamento dei dati personali previsti dalla vigente normativa, in particolare del GDPR, tutte le informazioni necessarie al governo e al monitoraggio dell'epidemia, per il tramite dei cruscotti del sistema di biosorveglianza e di specifici ed ulteriori report o elaborazioni
 6. Nel caso si renda necessario dichiarare una fase di lockdown o instaurare zone rosse, al fine di valutare l'efficacia di tali misure di contenimento dovrà essere possibile rilevare ed incrociare con i dati sopra indicati anche i dati di mobilità, i dati delle presenze turistiche ed i dati ambientali (in collaborazione con la Direzione ICT di Regione del Veneto e con gli eventuali enti strumentali coinvolti).



TELEMEDICINA

Come previsto dalla DGR 589 del 2020 “Attivazione di servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza: Telemedicina”, al fine di garantire l’accesso e la continuità di assistenza all’utenza privilegiando, per ragioni di sanità pubblica, la permanenza degli assistiti a domicilio, gli Enti del SSR devono avviare prontamente l’erogazione di servizi sanitari in modalità di Telemedicina, supportati da strumenti informatici e tecnologici adeguati, con contestuale comunicazione di una relazione da inviare congiuntamente alla Direzione Regionale Programmazione Sanitaria e Azienda Zero, per le valutazioni e eventuali considerazioni di competenza (tale relazione dovrà descrivere le caratteristiche e gli standard del servizio di Telemedicina, così come individuati nel documento “Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali” del Ministero della Salute, con particolare attenzione, tra l’altro, agli aspetti di protezione dei dati personali, previsti dal capitolo 8.3, e indicati dal Garante della Privacy”).

Analogamente i MMG/PLS, per le stesse ragioni, devono dotarsi di una piattaforma di telemedicina, come previsto dai recenti accordi di categoria.

COORDINAMENTO DELLE AZIONI ICT

A supporto di tutte le azioni sopra descritte è necessario che i sistemi informativi delle strutture pubbliche e private interessate nella gestione dell’emergenza agiscano sotto il coordinamento della UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero, organizzandosi per rispondere ed intervenire nella risoluzione di criticità e malfunzionamenti h24, 7 su 7, con lo scopo di garantire la continuità informativa a tutti gli attori coinvolti.

CONDIZIONI RIFERITE ALLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Tutte le azioni e le attività previste nei paragrafi precedenti, in particolare quelli riferiti alla “Sorveglianza sanitaria e microbiologica” e alla “Telemedicina” dovranno essere poste in essere nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di protezione dati personali. Le Strutture coinvolte nei processi dovranno, pertanto, assicurarsi, anche avvalendosi della consulenza dei propri DPO, che i trattamenti dati avvengano nel rispetto dei principi e delle disposizioni di cui al GDPR e al D.lgs. 193/2006 coordinato e aggiornato dal D.lgs. n. 101/2018.



DGR 552/2020 + DGR 782/2020

PUBBLICI	PL ATTIVI		DGR 782/20 (DL 34)	PL AGGIUNTIVI DA DGR 552		TOTALE
	POSTI ATTIVI AL 01/03/20 HSP 49	ADEGUAMENTO PROGRAMMAZIONE HSP 49		AGGIUNTIVI	RICONVERTIBILI DA BLOCCO	
501. Dolomiti	18	-1	19			36
05050101. OSPEDALE DI BELLUNO	9	1				10
05050104. OSPEDALE DI FELTRE	7		19			26
PIEVE DI CADORE	2	-2				
502. Marca Trevigiana	46	5	30		9	90
05050201. OSPEDALE DI TREVISO	30	2	20			52
05050202. OSPEDALE DI ODERZO	5		6			11
05050204. OSPEDALE DI CONEGLIANO	6	2				8
05050207. OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	5	1				6
05050205. OSPEDALE DI VITTORIO VENETO			4		9	13
503. Serenissima	54		19	5	14	92
05050301. OSPEDALE DI MESTRE	22	2	2			26
05050302. OSPEDALE DI VENEZIA	8			2		10
05050303. OSPEDALE DI DOLO	6		9		14	29
05050304. OSPEDALE DI MIRANO	12	-2	8	1		19
05050306. OSPEDALE DI CHIOGGIA	6			2		8
504. Veneto Orientale	16			10	4	30
05050401. OSPEDALE DI PORTOGRUARO	8					8
05050402. OSPEDALE DI SAN DONA' DI PIAVE	8					8
05050403. OSPEDALE DI JESOLO				10	4	14
505. Polesana	22		12	4	8	46
05050501. OSPEDALE DI ROVIGO	14		1			15
05050502. OSPEDALE DI TRECENTA	4		11		8	23
05050503. OSPEDALE DI ADRIA	4			4		8
506. Euganea	33		39		5	77
05050601. OSPEDALE DI CITTADELLA	7		14			21
05050602. OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	8		15			23
05050604. OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO	6		6			12
05050605. OSPEDALE DI SCHIAVONIA	12		4		5	21
507. Pedemontana	25	-3	5	7	14	48
05050701. OSPEDALE DI BASSANO	10		4			14
05050703. OSPEDALE DI SANTORSO	15	-3	1	7	14	34
05050702. OSPEDALE DI ASIAGO						
508. Berica	42	6	17			65
05050801. OSPEDALE DI VICENZA	34	2	17			53
05050803. OSPEDALE DI ARZIGNANO	8	2				10
05050805. OSPEDALE DI VALDAGNO		2				2
05050802. OSPEDALE DI NOVENTA VICENTINA						
05050805. MONTECCHIO MAGGIORE						
509. Scaligera	22		14	2	10	48
05050901. OSPEDALE DI LEGNAGO	8					8
05050903. OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	8			2		10
05050905. OSPEDALE DI VILLAFRANCA	6		14		10	30
05050902. OSPEDALE DI BOVOLONE						
05050906. OSPEDALE DI BUSSOLENGO						
901. AOU Padova	85	8	18	5		116
OSPEDALE DI S. ANTONIO	16	-4		5		17
ATTUALE AO PADOVA	69	12	18			99
912. AOU Verona	78		38		12	128
05091201. AOU VERONA BORGO TRENTO	66		30			96
05091202. AOU DI VERONA BORGO ROMA	12		8		12	32
952. IRCCS IOV	9	1				10
05095201. IOV PADOVA	4	-2				2
05095202. IOV SEDE CASTELFRANCO	5	3				8
Totale PUBBLICO	450	16	211	33	76	786

PRIVATI ACCREDITATI	DGR 614/19		DGR 782/20 (DL 34)	DGR 552		TOTALE
	POSTI ATTIVI AL 01/03/20 HSP 49	ADEGUAMENTO PROGRAMMAZIONE HSP 49		AGGIUNTIVI	RICONVERTIBILI	
05002200. CASA DI CURA PEDERZOLI	12			4		
05001700. OSPEDALE S. CUORE - D. CALABRIA	8			6		
05008100. C.C. GIOVANNI XXIII	2					
05007900. C.C.S. CAMILLO	2					
05009900. CASA DI CURA S. MARCO	2					
05009800. OSP. CLASS. VILLASALUS						
05010000. CASA DI CURA SILENO E ANNA RIZZOLA S.P.A	2					
05014500. CASA DI CURA MADONNA DELLA SALUTE	4					
05012300. CASA DI CURA ABANO TERME	8					
05004500. CASA DI CURA ERETENIA	2					
05004600. CASA DI CURA VILLA BERICA	2					
Totale PRIVATI A.	44			10		

TOTALE PUBBLICO E PRIVATO ACCREDITATO	DGR 614/19		DGR 782/20 (DL 34)	DGR 552		TOTALE
	POSTI ATTIVI AL 01/03/20 HSP 49	ADEGUAMENTO PROGRAMMAZIONE HSP 49		AGGIUNTIVI	RICONVERTIBILI	
TOTALE PUBBLICO E PRIVATO A.	494	16	211	43	76	840



		DGR 552/2020 + DGR 782/2020						
		POSTI DI TERAPIA SEMINTENSIVA E SEMINTENSIVA RICONVERTIBILE IN INTENSIVA						
PUBBLICI	DGR 782/20 RICONV. IN TI		DGR 782/20 ULTERIORI SEMI INT		PL AGGIUNTIVI DA DGR 552/20		TOTALE	
	501. Dolomiti		8		15		23	46
05050101. OSPEDALE DI BELLUNO	8		10		4		22	
05050104. OSPEDALE DI FELTRE			5		19		24	
502. Marca Trevigiana		26		23		34	83	
05050201. OSPEDALE DI TREVISO	20		10		10		40	
05050207. OSPEDALE DI MONTEBELLUNA					10		10	
05050205. OSPEDALE DI VITTORIO VENETO	6		13		14		33	
503. Serenissima		20		25		28	73	
05050301. OSPEDALE DI MESTRE	13		8		4		25	
05050303. OSPEDALE DI DOLO	7		17		24		48	
504. Veneto Orientale		10		8		26	44	
05050402. OSPEDALE DI SAN DONA' DI PIAVE					4		4	
05050403. OSPEDALE DI JESOLO	10		8		22		40	
505. Polesana		14		8		23	45	
05050501. OSPEDALE DI ROVIGO	8				7		15	
05050502. OSPEDALE DI TRECENTA	6		8		16		30	
05050503. OSPEDALE DI ADRIA								
506. Euganea		16		22		42	80	
05050601. OSPEDALE DI CITTADELLA	6		14				20	
05050602. OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO					10		10	
05050604. OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO					10		10	
05050605. OSPEDALE DI SCHIAVONIA	10		8		22		40	
507. Pedemontana		14		8		38	60	
05050701. OSPEDALE DI BASSANO	8				12		20	
05050703. OSPEDALE DI SANTORSO	6		8		26		40	
05050702. OSPEDALE DI ASIAGO								
508. Berica		20		16			36	
05050801. OSPEDALE DI VICENZA	20		16				36	
509. Scaligera		8		12		18	38	
05050901. OSPEDALE DI LEGNAGO					16		16	
05050905. OSPEDALE DI VILLAFRANCA	8		12		2		22	
901. AOU Padova		20		8		32	60	
OSPEDALE DI S. ANTONIO					16		16	
ATTUALE AO PADOVA	20		8		16		44	
912. AOUI Verona		20		22			42	
05091201. AOUI VERONA BORGO TRENTO	10		4				14	
05091202. AOUI DI VERONA BORGO ROMA	10		18				28	
Totale PUBBLICO	176		167		264		607	

ID	Modalità attività	Nome attività	Competenza	% completam	Durata	Inizio	Fine
1	✓	PIANO EMERGENZIALE AUTUNNO 2020		25%	154 g?	lun 01/06/20	gio 31/12/20
2	✓	COORDINAMENTO	Regione Veneto	20%	154 g	lun 01/06/20	gio 31/12/20
3	✓	Monitoraggio e controllo avanzamento piano	Regione Veneto	20%	154 g	lun 01/06/20	gio 31/12/20
4	✓	Rapporti con il Commissario	Regione Veneto	20%	154 g	lun 01/06/20	gio 31/12/20
5	✓	Distribuzione attrezzature acquistate da Azienda Zero	Regione Veneto	20%	154 g	lun 01/06/20	gio 31/12/20
6	✓	TERAPIE INTENSIVE		24%	85 g?	lun 01/06/20	ven 25/09/20
7	✓	Posti letto terapia intensiva DGR 614/19		22%	82 g?	lun 01/06/20	mar 22/09/20
8	✓	Individuazione posti letto TI DGR 614/19	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
9	✓	Fabbisogno lavori/attrezzamento posti letto TI DGR 614/19	Azienda Sanitaria	100%	15 g	mer 17/06/20	mar 07/07/20
10	✓	Realizzazione lavori posti letto TI DGR 614/19	Azienda Sanitaria	0%	40 g	mer 08/07/20	mar 01/09/20
11	✓	Attrezzamento posti letto TI DGR 614/19	Azienda Zero	0%	55 g	mer 08/07/20	mar 22/09/20
12	✓	Posti letto terapia intensiva DGR 552/20		26%	82 g	lun 01/06/20	mar 22/09/20
13	✓	Individuazione posti letto TI DGR 552/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
14	✓	Fabbisogno lavori/attrezzamento posti letto TI DGR 552/20	Azienda Sanitaria	100%	15 g	mer 17/06/20	mar 07/07/20
15	✓	Realizzazione lavori posti letto TI DGR 552/20	Azienda Sanitaria	0%	20 g	mer 08/07/20	mar 04/08/20
16	✓	Attrezzamento posti letto TI DGR 552/20	Azienda Zero	0%	55 g	mer 08/07/20	mar 22/09/20
17	✓	Posti letto terapia intensiva DGR 782/20		25%	85 g?	lun 01/06/20	ven 25/09/20
18	✓	Individuazione posti letto TI DGR 782/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
19	✓	Fabbisogno lavori/attrezzamento posti letto TI DGR 782/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
20	✓	Realizzazione lavori posti letto TI DGR 782/20	Commissario	0%	1 g?	mer 17/06/20	mer 17/06/20
21	✓	Attrezzamento posti letto TI DGR 782/20	Commissario	0%	1 g?	mer 17/06/20	mer 17/06/20
22	✓	Piano di contingenza TI - DGR 782/20		5%	85 g	lun 01/06/20	ven 25/09/20
23	✓	Analisi posti letto intercambiabili TI	Azienda Sanitaria	20%	20 g	lun 01/06/20	ven 26/06/20
24	✓	Individuazione posti letto temporanei TI	Azienda Sanitaria	0%	10 g	lun 29/06/20	ven 10/07/20
25	✓	Attrezzamento posti letto temporanei TI	Azienda Zero	0%	55 g	lun 13/07/20	ven 25/09/20
26	✓	TERAPIE SEMINTENSIVE		33%	85 g?	lun 01/06/20	ven 25/09/20
27	✓	Posti letto terapia semintensiva DGR 552/20		26%	82 g	lun 01/06/20	mar 22/09/20
28	✓	Individuazione posti letto SI DGR 552/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
29	✓	Fabbisogno lavori/attrezzamento posti letto SI DGR 552/20	Azienda Sanitaria	100%	15 g	mer 17/06/20	mar 07/07/20
30	✓	Realizzazione lavori posti letto SI DGR 552/20	Azienda Sanitaria	0%	20 g	mer 08/07/20	mar 04/08/20
31	✓	Attrezzamento posti letto SI DGR 552/20	Azienda Zero	0%	55 g	mer 08/07/20	mar 22/09/20
32	✓	Posti letto terapia semintensiva DGR 782/20		38%	85 g?	lun 01/06/20	ven 25/09/20
33	✓	Semintensivi riconvertibili in TI - DGR 782/20		92%	13 g?	lun 01/06/20	mer 17/06/20
34	✓	Individuazione posti letto RIC-TI DGR 782/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
35	✓	Fabbisogno lavori/attrezzamento posti letto RIC-TI DGR 782/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
36	✓	Realizzazione lavori posti letto RIC-TI DGR 782/20	Commissario	0%	1 g?	mer 17/06/20	mer 17/06/20
37	✓	Attrezzamento posti letto RIC-TI DGR 782/20	Commissario	0%	1 g?	mer 17/06/20	mer 17/06/20
38	✓	Semintensivi DGR 782/20		92%	13 g?	lun 01/06/20	mer 17/06/20
39	✓	Individuazione posti letto SI DGR 782/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
40	✓	Fabbisogno lavori/attrezzamento posti letto SI - DGR 782/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
41	✓	Realizzazione lavori posti letto SI - DGR 782/20	Commissario	0%	1 g?	mer 17/06/20	mer 17/06/20
42	✓	Attrezzamento posti letto SI - DGR 782/20	Commissario	0%	1 g?	mer 17/06/20	mer 17/06/20
43	✓	Piano di contingenza SI - DGR 782/20		5%	85 g	lun 01/06/20	ven 25/09/20
44	✓	Analisi posti letto intercambiabili SI	Azienda Sanitaria	20%	20 g	lun 01/06/20	ven 26/06/20
45	✓	Individuazione posti letto temporanei SI	Azienda Sanitaria	0%	10 g	lun 29/06/20	ven 10/07/20
46	✓	Attrezzamento posti letto temporanei SI	Azienda Zero	0%	55 g	lun 13/07/20	ven 25/09/20
47	✓	PRE-TRIAGE COVID		30%	91 g?	lun 01/06/20	lun 05/10/20
48	✓	Determinazione schema tipo	Aziende Sanitarie	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
49	✓	Individuazione area di installazione	Aziende Sanitarie	80%	20 g	mer 17/06/20	mar 14/07/20
50	✓	Realizzazione	Commissario	0%	1 g?	mer 15/07/20	mer 15/07/20
51	✓	Piano di contingenza Pre-Triage Covid		0%	59 g	mer 15/07/20	lun 05/10/20
52	✓	Predimensioni capitolato accordo inquadro	Azienda Zero	0%	9 g	mer 15/07/20	lun 27/07/20
53	✓	Gara	Azienda Zero	0%	20 g	mar 28/07/20	lun 24/08/20
54	✓	Realizzazione PRE-TRIAGE COVID	Azienda Zero	0%	30 g	mar 25/08/20	lun 05/10/20

