Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19

(art 2 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34)

Indice

1. Introduzione 3
2. Finalità 4
3. Contenuto del Piano di riorganizzazione 5
   3.1 Dotazione di posti letto 5
   3.2 Rete emergenza urgenza ospedaliera 9
   3.3 Emergenza territoriale 10
   3.4 Ripartizione regionale delle risorse disponibili 10
   3.5 Personale 11
4. Modello e percorso organizzativo dell'offerta ospedaliera 12
5. Procedure di approvazione e monitoraggio del Piano di riorganizzazione 12
   5.1 Relazione di accompagnamento 12
   5.2 Modalità di trasmissione 13
   5.3 Modalità e tempi di approvazione 13
   5.4 Verifica dell'attuazione dei piani di riorganizzazione 13
   5.5 Programmi operativi di cui all'art. 18 del decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18 13

Allegato 1 - Modelli per la redazione del Piano di riorganizzazione 14
   1. Piano di riorganizzazione dei posti letto 14
   2. Piano dei costi 14
   3. Rendicontazione delle spese di personale 18

1. Introduzione

La lettura dei dati di contesto mostra che circa il 50% dei pazienti COVID-19 positivi ha necessitato di ricovero ospedaliero e, di questi ultimi, il 15% circa ha richiesto il ricovero in terapia intensiva o, comunque, assistenza in area ad alta intensità di cure (con l'utilizzo del supporto alla ventilazione con metodiche non invasive NIV - CPAP o invasive con IOT/TRACHEOSTOMIA fino a trattamenti in ECMO) per periodi lunghi anche di tre o più settimane.

Covid-19 si è dimostrata una malattia sistemica che non si limita alla sola funzione respiratoria, talvolta compromessa in modo assai grave (ARDS), ma è in grado di attaccare più sistemi d'organo, direttamente o indirettamente.

Come era già avvenuto in altri eventi epidemici o pandemici (influenza H1N1, influenza Aviaria, SARS, MERS, Ebola) i pazienti possono richiedere il ricovero in terapia intensiva in grado di fornire un adeguato supporto per una o più funzioni d'organo. Il decorso della malattia ha dimostrato una elevata percentuale di ricoveri in terapia intensiva con una mortalità vicina al 50%.

Si rende, pertanto, necessario migliorare la "preparedness" del Servizio Sanitario Nazionale ad affrontare le emergenze epidemiche o pandemiche, ormai con ricorrenza prevedibile intorno ai 5-10 anni. È parte essenziale della programmazione la capacità di rispondere ai picchi di richiesta "emergenziale" con implementazione di trattamenti ad alta intensità di cura.

La prima fase emergenziale di accrescimento della curva del contagio dai casi di infezione SARS-CoV-2, al fine di garantire la necessaria risposta dell'offerta assistenziale, è stata affrontata anche con la sospensione dell'attività ordinaria procrastinabile di ricovero ospedaliero e la contestuale riconversione di molte unità operative, nonché sale operatorie. In particolare, l'attivazione dei posti letto per la gestione dei pazienti COVID-19 è stata organizzata con diverse modalità. Dall'analisi dei piani di gestione dell'emergenza COVID-19 elaborati nella prima fase emergenziale da gran parte delle regioni, sono emersi diversi modelli di riferimento:

a. definizione di strutture/stabilimenti a destinazione e trattamento esclusivo di patologie COVID-19 connesse;
b. riconversione parziale di strutture ospedaliere non esclusivamente dedicate e con gestione di patologie COVID-19 e prosecuzione dell'assistenza all'interno della rete dell'emergenza, con separazione dei percorsi;
c. allestimento di ospedali da campo o di unità mobili, soprattutto ai fini dell'implementazione e diversificazione delle aree di pre-triage e triage;
d. riconversione di unità operative di degenza o di servizi in reparti COVID-19 a media o alta intensità di cure, terapie semi intensive e terapie intensive attraverso la riattivazione di spazi dismessi.

Risulta ora necessario rendere strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza legata al prosieguo della situazione infettivologica COVID-19, ai suoi esiti ed a eventuali accrescimenti improvvisi della curva epidemica, nonché per eventuali ed ulteriori emergenze epidemiche. È, altresì, indispensabile il graduale ripristino delle attività ordinarie, riportando a regime la rete ospedaliera sul modello Hub & Spoke, mantenendone il più possibile le funzioni e la flessibilità alla rapida conversione.

L'incremento di posti letto in area critica, oltre a potenziare strutturalmente la rete ospedaliera, si rende necessario per:

- migliorare la capacità di fronteggiare adeguatamente le eventuali emergenze epidemiche;
- rendere effettiva la disponibilità di posti letto per affrontare la presenza protratta nel tempo delle infezioni da SARS-CoV-2, rafforzando la risposta di assistenza nella fase di ripresa delle attività lavorative, nonché per fronteggiare l'impatto di eventuali nuovi focolai;
- l'utilizzo di una quota parte di questi posti letto per il pieno recupero di attività pre e post-operatorie ordinarie di chirurgia maggiore a medio-alta complessità;
- rafforzare la preesistente dotazione di posti letto di terapia intensiva, rendendola adeguata a fronteggiare subitanee necessità in emergenza e consolidare idonei percorsi di trattamento sia nella linea della emergenza ordinaria, sia rispetto alla necessaria disponibilità per lo sviluppo delle reti specialistiche;
- favorire la qualità e la sicurezza dell'attività ospedaliera ordinaria; a tal proposito è opportuna una organizzazione delle terapie intensive, incluse quelle pediatriche, per livelli di complessità (dal monitoraggio invasivo fino alla sostituzione di funzione d'organo);
- ottimizzare l'organizzazione di adeguati spazi post-operatori in coerenza con il mantenimento degli standard dei tempi di attesa chirurgici anche oncologici, cardio e neurochirurgici nonché di altre discipline quali il trattamento conservativo dei politraumi, dei pazienti ortopedici, neurologici, affetti da patologie croniche, patologie rare e invalidanti;
- decongestionare le aree critiche dei Pronto Soccorso e della Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza, spesso sovraffollate di pazienti critici necessitanti di elevata intensità di cure.

La condizione attuale rappresenta l'opportunità per rendere organiche gran parte delle innovazioni assistenziali attuate nelle condizioni di emergenza e completare il percorso verso l'intensità di cura e la continuità assistenziale multidisciplinare e multiprofessionale.

A tal fine sarà necessario armonizzare tali innovazioni nell'ambito delle ordinarie attività di monitoraggio previste dal Regolamento sugli standard ospedalieri vigente.

2. Finalità

La presente circolare è emanata in attuazione dell'articolo 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 e ad integrazione delle indicazioni contenute nei precedenti provvedimenti e in particolare nelle circolari del Ministero della Salute n. 2619 del 29.02.2020, n. 2627 del 01.03.2020, n. 7422 del 16.03.2020 e n. 7865 del 25.03.2020.

Il comma 1 prevede che le regioni e le province autonome, al fine di rafforzare la risposta del Servizio Sanitario Nazionale in ambito ospedaliero, volta a fronteggiare adeguatamente le emergenze epidemiche, come quella da COVID-19 in corso, tramite apposito piano di riorganizzazione garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure. Viene, pertanto, resa 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, ai suoi esiti e ad eventuali accrescimenti improvvisi della curva epidemica.

La revisione dei percorsi organizzativi si inserisce in un più ampio panorama di riorganizzazione complessiva del servizio sanitario, con particolare riferimento ai servizi territoriali. Tale revisione, condizionata anche dalle modalità e dai tempi di ripresa della vita sociale orientate al contenimento del contagio, rende necessario ripensare la presenza delle persone negli ambienti sanitari e, a cascata, le aree di accesso, la concentrazione delle attività, il pieno utilizzo delle risorse e la gestione del personale.

In considerazione dell'evento pandemico e della conseguente implementazione di ulteriori unità di offerta di terapia intensiva e semi-intensiva, si rende necessario un incremento del numero di posti nelle scuole di specializzazione in anestesia e rianimazione, medicina d'urgenza, pneumologia, malattie infettive e loro specialità equipollenti.

Entro trenta giorni dall'entrata in vigore del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, le regioni e le province autonome presentano il piano di cui all'art. 2, comma 1 del predetto decreto al Ministero della salute, che provvede ad approvarlo entro trenta giorni dalla ricezione.

La finalità è quella di fornire indicazioni operative volte a rendere più omogenea la redazione del Piano di riorganizzazione e la successiva valutazione.

3. Contenuto del Piano di riorganizzazione

3.1 Dotazione di posti letto

La rete di offerta attivata nella prima fase emergenziale COVID-19, va ridefinita e integrata organicamente con la rete di assistenza ospedaliera regionale hub & spoke, per cui dovranno essere attrezzati i posti letto negli ospedali forniti delle necessarie professionalità, dotazioni strutturali, tecnologiche e di servizi allo scopo di poter affrontare situazioni di accrescimento improvviso della curva epidemica dei casi di COVID-19, anche al fine di ottimizzare l'utilizzo di strutture idonee a riassorbire l'attività ordinaria, prevedendo meccanismi di riconversione tra le due diverse tipologie di attività e garantendo la rigorosa separazione dei percorsi.

Pertanto, è necessario riprogrammare e riorganizzare il fabbisogno e la disponibilità di posti letto di area intensiva e semi intensiva, con la necessaria dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione e monitoraggio (impianti di erogazione di ossigeno, aria compressa e vuoto, elettrici e di implementazione tecnologica) in modo che tali letti siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico per alta intensità di cure, anche prevedendo possibilità di bio-contenimento e/o di isolamento. Particolare attenzione andrà posta agli impianti di condizionamento e ricambio di aria.

Tale potenziamento dovrà essere programmato nell'ambito delle strutture pubbliche della rete ospedaliera regionale sede di DEA I e DEA II livello.

Contestualmente, si rende necessario prevedere una adeguata rete logistica, organizzata per la manutenzione, rotazione e distribuzione delle attrezzature e strumentazioni di cui al punto precedente, anche attraverso una ridistribuzione e utilizzo delle attrezzature già acquisite.

I posti letto già attivati, eventualmente eccedenti rispetto al presente piano di riorganizzazione, possono essere mantenuti fino alla conclusione della fase emergenziale, comunque coerentemente con la ripresa delle attività ordinarie e nell'ambito delle risorse disponibili.

Terapia Intensiva. Nel rispetto dei principi di separazione e sicurezza dei percorsi, è resa strutturale la dotazione di posti letto di terapia intensiva indicati nella **Tabella 1.** Per ciascuna regione e provincia autonoma, tale incremento strutturale determina una dotazione omogenea sul territorio nazionale pari a 0,14 posti letto per mille abitanti, che comprende l'adeguamento dei posti letto di terapia intensiva nei centri Hub pediatrici.

Terapia Semintensiva. Le regioni e le province autonome programmano la disponibilità di posti letto di area semi-intensiva indicati nella **Tabella 1**, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica per acuzie, prevedendo che tali postazioni siano fruibili, nel rispetto della separazione dei percorsi, sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure con assistenza non invasiva anche delle complicanze respiratorie. In relazione all'andamento della curva epidemica, per almeno il 50 per cento dei posti letto, deve essere prevista la possibilità di immediata conversione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione invasiva e monitoraggio e per il restante 50 per cento dotati di ventilatori non invasivi, nonché con la necessaria capacità di ottenere forme di collaborazione interdisciplinare adeguate alla criticità e complessità del paziente, anche in ambito pediatrico.

Il numero di posti letto complessivi da riconvertire è stato quantificato per ciascuna regione e provincia autonoma prevedendo una dotazione di posti letto nella misura pari allo 0,007%, calcolato sulla popolazione residente.

Nella gestione dei pazienti critici dovrà essere garantita la multidisciplinarietà e collegialità come approccio assistenziale in aree critiche ad alta complessità e con elevate dotazioni tecnologiche.

Pertanto, l'organizzazione delle unità di terapia semi-intensiva dovrà prevedere la riqualificazione di un notevole numero di posti letto diversamente modulati per intensità e tipologie di cure, implementando attrezzature e professionalità diverse, che possano rispondere a qualunque tipologia di paziente critico, con necessità di assistenza respiratoria non invasiva, ma anche a pazienti chirurgici critici o con necessità di trattamenti continui e complessi riconducibili a situazioni pluri-patologiche.

Si sottolinea, pertanto, la necessità del mantenimento di una quota di personale medico e infermieristico, altrimenti impegnato per altri tipi di assistenza, prontamente impiegabile per rafforzare la dotazione degli organici di terapia intensiva o semintensiva. A questo fine corsi a cadenza periodica e di aggiornamento sul campo in terapia intensiva permetteranno di mantenere nel tempo le competenze intensivologiche di base del personale dedito di norma ad altre attività.

Area Medica. Al fine di fronteggiare l'accresciuta domanda assistenziale, una quota parte di posti letto di area medica, di acuzie e postacuzie, devono essere resi disponibili per la gestione dei pazienti COVD-19, nel rispetto della separazione dei percorsi sia ordinari, sia in regime di trattamento infettivologico per assistenza comprendente le diverse metodiche non invasive di somministrazione di ossigeno. È opportuno che questo avvenga, con criteri simili, anche per i posti letto di Pediatria. Visti i primi esiti dei pazienti dimessi dalle aree critiche, si rende necessario prevedere l'utilizzo di una parte di questi posti letto per un adeguato precorso riabilitativo.

Strutture mobili. Allo scopo di fronteggiare eventuali e ulteriori picchi temporanei di fabbisogno di posti letto in area critica in specifiche aree territoriali, saranno, inoltre, resi disponibili ulteriori 300 posti letto, suddivisi in quattro strutture movimentabili, ciascuna delle quali dotata di 75 posti letto, che in caso di necessità potranno essere allocate in aree preventivamente individuate da parte di ciascuna regione e provincia autonoma.

Si riporta di seguito la **Tabella 1** con il dettaglio dei posti letto da attivare (colonna b) e da riconvertire (colonna d) per ciascuna Regione.

Tabella 1 - Fabbisogno Posti letto

Cod. regione	Regione	TERAPIA INTENSIVA Posti letto pre emergenza (HSP)	TERAPIA INTENSIVA Incremento posti letto per fabbisogno aggiuntivo *(PL da attivare)*	TERAPIA INTENSIVA Totale posti letto	TERAPIA SEMIINTENSIVA POSTI LETTO *(PL da riconvertire)*
		a	*b*	*c=a+b*	*d*
010	Piemonte	327	299	626	305
020	Valle d'Aosta	10	8	18	9
030	Lombardia	861	585	1.446	704
041	PA di Bolzano	37	40	77	37
042	PA di Trento	32	46	78	38
050	Veneto	494	211	705	343
060	Friuli Venezia Giulia	120	55	175	85
070	Liguria	180	43	223	109
080	Emilia Romagna	449	192	641	312
090	Toscana	374	162	536	261
100	Umbria	70	57	127	62
110	Marche	115	105	220	107
120	Lazio	571	274	845	412
130	Abruzzo	123	66	189	92
140	Molise	30	14	44	21
150	Campania	335	499	834	406
160	Puglia	304	275	579	282
170	Basilicata	49	32	81	39
180	Calabria	146	134	280	136
190	Sicilia	418	301	719	350
200	Sardegna	134	102	236	115
	TOTALE	**5.179**	**3.500**	**8.679**	**4.225**

Si riportano di seguito per i criteri specifici per la programmazione del potenziamento dei posti letto di terapia intensiva e della riconversione dei posti letto di terapia semi-intensiva.

TERAPIA INTENSIVA – CRITERI SPECIFICI POTENZIAMENTO POSTI LETTO
I posti letto di terapia intensiva aggiuntivi devono rispettare i requisiti strutturali delle terapie intensive attualmente vigenti.

Tipologia di posti letto da incrementare:

- posti letto aggiuntivi in terapie intensive già strutturate e che implicano quindi prevalentemente interventi relativi all'acquisto della dotazione strumentale;
- posti letto da attivare ex novo (es in padiglioni che comprendano anche posti letto di semi intensiva e malattie infettive) che implicano quindi interventi strutturali e dotazione strumentale. I posti letto devono essere implementati con moduli di minimo 6 posti letto.

I posti letto di terapia intensiva vanno prioritariamente individuati secondo i seguenti criteri:

1. implementazione in ospedali Hub che garantiscano:
    a. Dea di II livello con percorsi separati;
    b. diagnostica;
    c. unità operative di pneumologia e malattie infettive.
2. implementazione in ospedali che abbiano la presenza di:
    a. attività di chirurgia specialistica;
    b. Dea di I livello con percorsi separati;
3. implementazione di posti letto di terapia intensiva già attivati in fase emergenziale;
4. implementazione di posti letto in terapie intensive esistenti in ospedali che possono essere interamente dedicati alla gestione del paziente affetto da SARS-CoV-2.

I posti letto di terapia intensiva devono comunque essere implementati in ospedali che dispongano di posti letto di terapia intensiva e attività chirurgica, al fine di poter garantire presenza di personale già formato.

Si ritiene che gli interventi per la dotazione di posti letto aggiuntivi di terapia intensiva debbano essere individuati in un numero limitato di ospedali.

TERAPIA SEMI-INTENSIVA – CRITERI SPECIFICI RICONVERSIONE POSTI LETTO

I posti letto di semi intensiva si intendono convertibili in posti letto dotati della necessaria strumentazione di ventilazione invasiva e di monitoraggio (posti letto di terapia intensiva per quanto riguarda l'allestimento di apparecchiature e non per i requisiti strutturali).

I posti letto di semi intensiva vengono individuati prioritariamente:

- per una quota dei posti letto convertibili in posti letto che garantiscono assistenza ventilatoria invasiva, in una percentuale dei posti letto di pneumologia degli ospedali Hub sede di Dea di II livello, dotati di strumentazione diagnostica e di unità di malattie infettive;
- per una quota dei posti letto convertibili in posti letto che garantiscono assistenza ventilatoria invasiva, in una percentuale di posti letto di area medica inseriti in un percorso di gestione di pazienti urgenti;
- la quota di posti letto non convertibili immediatamente in posti letto che garantiscono assistenza ventilatoria invasiva devono essere individuati in unità operative di area medica in:
    - ospedali sede di Dea di I livello e con presenza di specialisti in pneumologia;

- ospedali che possono essere interamente dedicati alla gestione del paziente affetto da SARS-CoV-2.

I posti letto di semi intensiva vanno previsti in ospedali dotati di posti letto di terapia intensiva.

La programmazione dei posti letto deve essere inserita nella piattaforma NSIS "Programmazione posti letto Emergenza Covid-19" **descritta nella Tabella 1 di cui all'Allegato 1**.

La descrizione degli interventi previsti per le singole strutture ospedaliere e il relativo quadro economico deve essere inserita nella **Tabella 2 del Piano dei costi di cui all'Allegato 1**.

3.2 Rete emergenza urgenza ospedaliera

Durante le fasi acute dell'emergenza i Pronto Soccorso, con particolare riferimento ai DEA di II e I livello, hanno subito un importante afflusso di accessi, non adeguatamente differenziati. A tal fine per far fronte alle successive fasi dell'emergenza, dovranno essere riorganizzati e ristrutturati i Pronto Soccorso con l'obiettivo prioritario di separare i percorsi e creare aree di permanenza dei pazienti in attesa di diagnosi che garantiscano i criteri di separazione e sicurezza.

Il tempo di permanenza in attesa di ricovero deve essere ridotto al minimo, anche in considerazione alle esigenze di distanziamento tra i pazienti durante le procedure diagnostico-terapeutiche, al fine di evitare il sovraffollamento e di non provocare rallentamento o ritardi della gestione della fase pre-ospedaliera del soccorso sanitario.

In analogia a quanto previsto per la terapia intensiva e semintensiva, si ribadisce l'opportunità del mantenimento di una quota di personale medico e infermieristico, altrimenti impegnato per altri tipi di assistenza, prontamente impiegabile per rafforzare la dotazione degli organici in particolari situazioni emergenziali. A questo fine, corsi a cadenza periodica e di aggiornamento sul campo permetteranno di mantenere nel tempo le competenze di base del personale dedito di norma ad altre attività.

Pertanto, le regioni e le province autonome nell'ambito delle strutture ospedaliere devono provvedere a consolidare la separazione dei percorsi rendendola definitiva. In Pronto Soccorso devono essere previsti ambienti per l'isolamento e il biocontenimento dei pazienti, con sale appositamente dedicate, anche in ambito pediatrico.

Si riportano di seguito i criteri specifici per la programmazione degli interventi di ristrutturazione e ammodernamento.

RETE DI EMERGENZA-URGENZA – CRITERI SPECIFICI PER INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE E AMMODERNAMENTO

Le risorse destinate alla ristrutturazione devono 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.

A tal fine le regioni e province autonome provvedono ad identificare i Pronto soccorso delle strutture ospedaliere oggetto di ristrutturazione compilando **la Tabella 3 del Piano dei costi di cui all'Allegato 1.**

3.3 Emergenza territoriale

In relazione all'emergenza territoriale risulta 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, le regioni e le province autonome sono autorizzate a implementare i mezzi di trasporto nel servizio di emergenza territoriale, nel limite massimo delle risorse disponibili indicate nella **Tabella 5 di cui all'allegato 1.**

Si riportano di seguito i criteri specifici per la programmazione degli interventi di potenziamento dell'emergenza territoriale.

RETE DI EMERGENZA TERRITORIALE – CRITERI SPECIFICI PER INTERVENTI DI POTENZIAMENTO
Gli interventi di potenziamento della rete di emergenza territoriale devono essere orientati a garantire anche il trasporto intraospedaliero con personale strutturato.

La programmazione degli acquisti dei mezzi di trasporto deve essere riportata nella **Tabella 4 del Piano dei costi di cui all'allegato 1.**

3.4 Ripartizione regionale delle risorse disponibili

Il dettaglio della quota di ripartizione regionale delle risorse disponibili complessive, al netto delle spese di personale, da destinare alle strutture pubbliche della rete ospedaliera regionale, è riportato nella **Tabella 5 del Piano dei costi di cui all'allegato 1.**

L'ammontare complessivo dell'importo destinato a tali misure è suddiviso nelle 4 azioni sopra richiamate come riportato **nelle colonne a, b, c e d della Tabella 5**. Le Regioni e le Province autonome, in ragione delle proprie esigenze di programmazione e al fine di garantire interventi coerenti e coordinati di ristrutturazione e potenziamento della rete ospedaliera, possono effettuare limitate compensazioni tra le diverse voci di costo, nel rispetto dei limiti massimi complessivi indicati **nella colonna e della Tabella 5.**

3.5 Personale

Al fine di consentire il rafforzamento della risposta del Servizio Sanitario Nazionale in ambito ospedaliero, volta a fronteggiare adeguatamente le emergenze epidemiche, come quella da COVID-19, in attuazione dell'art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, la disposizione individua tre diverse misure per l'incremento delle risorse in materia di personale di seguito dettagliate:

2. ai sensi del comma 5, per la dotazione di personale dei mezzi di soccorso dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti COVID-19, per le dimissioni protette e per i trasporti inter-ospedalieri per pazienti non affetti da COVID-19, le regioni e le province autonome possono assumere, per l'anno 2020, personale dipendente medico, infermiere e operatore tecnico, destinando allo scopo risorse fino ad un limite di spesa indicato nella *colonna 6* della **Tabella 6 di cui all'allegato 1**, che non concorre al rispetto dei vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale;
3. ai sensi del comma 6, le regioni e le province autonome possono riconoscere incentivi a tutto il personale operante nei servizi dedicati alla gestione del COVID-19, destinando le risorse allo scopo riservate, per la remunerazione delle prestazioni correlate alle particolari condizioni di lavoro del personale dipendente delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto delle scelte organizzative e gestionali di ciascuna azienda sanitaria. In particolare, è prevista la possibilità di incrementare i fondi per la remunerazione delle ore di lavoro straordinario e delle specifiche indennità contrattuali, ivi incluse le indennità previste per i servizi di malattie infettive, prima corrisposte solo al personale assegnato a specifiche unità operative ed ora da corrispondere a tutto il personale sanitario operante nei servizi dedicati alla gestione del COVID-19, nonché i fondi incentivanti che remunerano la produttività e il risultato. Tali importi, ivi incluse le indennità previste dall'articolo 86, comma 6, del CCNL 2016-2018 del 21 maggio 2018, possono essere incrementati, fino al doppio degli stessi, dalle regioni e dalle province autonome, con proprie risorse disponibili a legislazione vigente, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico del sistema sanitario della regione e della provincia autonoma, per la remunerazione delle prestazioni e delle attività aggiuntive legate al potenziamento dei ricoveri in terapia intensiva ed in aree di assistenza ad alta intensità di cure. Il riconoscimento delle indennità può essere effettuato fino ad un limite di spesa indicato nella *colonna 3* della **Tabella 6 di cui all'allegato 1,** che non concorre al rispetto dei vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale;
4. ai sensi del comma 7, per le attività di Terapia Intensiva è riconosciuta, per l'anno 2020, la possibilità di incrementare gli incarichi di lavoro autonomo e di collaborazione coordinata e continuativa, nonché le assunzioni di personale dipendente con contratti a tempo determinato, per far fronte alle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione di SARS-CoV-2, ai sensi dell'articolo 2-bis, commi 1, lettera a) e 5, e all'art 2-ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n.18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, destinando allo scopo risorse fino ad un limite di spesa indicato nella *colonna 5* della **Tabella 6 di cui all'allegato 1**, che non concorre al rispetto dei vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale.

4. Modello e percorso organizzativo dell'offerta ospedaliera

La riorganizzazione della rete di offerta COVID-19 prevista nella presente circolare dovrà essere articolata secondo il seguente impianto:

- ripristino graduale della rete ospedaliera Hub & Spoke organizzata per livelli di complessità crescente, per garantire l'attività ordinaria a regime, mantenendo il più possibile l'elasticità delle funzioni;
- integrazione di ulteriori nodi di offerta dedicati a mantenere strutturale il supporto alla epidemia ovvero:
  A. *strutture della rete ospedaliera regionale Hub & Spoke temporaneamente dedicati al COVID-19;*
  B. *aree/padiglioni specificamente dedicati all'interno degli ospedali della rete Hub & Spoke, con analoghe capacità assistenziali, con percorsi e spazi nettamente separati, laddove non sia possibile attivare ospedali di cui al punto precedente;*
  C. *aree idonee alla allocazione delle strutture movimentabili descritte nel paragrafo 2.1, preferibilmente limitrofe alle strutture ospedaliere, da attivare per dare risposta ad eventuali ulteriori picchi di domanda ospedaliera a seguito di incremento della curva epidemica.*

Il percorso del paziente sospetto COVID-19 deve essere gestito da personale dedicato ed adeguatamente formato attraverso specifici percorsi formativi coerenti con le scelte organizzative, all'interno di spazi strutturalmente distinti. L'organizzazione dei medesimi, quindi, deve consentire l'individuazione di servizi di diagnostica dedicati e, solo qualora ciò non fosse possibile, garantire la sanificazione costante, eventualmente programmando adeguatamente gli accessi.

La necessaria rimodulazione dell'attività dovrà essere flessibile, garantendo le reti tempo dipendenti e salvaguardando le attività chirurgiche di emergenza.

La presa in carico territoriale delle persone dimesse dal ricovero ospedaliero deve seguire un corretto percorso di continuità ospedale-territorio con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza offrendo assistenza alla persona ed evitando che questo passaggio diventi occasione di contagio.

5. Procedure di approvazione e monitoraggio del Piano di riorganizzazione

5.1 Relazione di accompagnamento

Il piano di riorganizzazione, approvato tramite formale atto regionale, dovrà essere corredato di una relazione sintetica che illustri la metodologia che ha condotto all'articolazione della rete di offerta, il programma di attuazione, nonché le motivazioni che determinano eventuali scostamenti rispetto ai criteri definiti nella presente circolare.
L'articolazione dei posti letto, definita sulla base dei criteri contenuti nella presente circolare, dovrà essere inserita nella piattaforma NSIS "Programmazione posti letto Emergenza Covid-19" descritta nella **Tabella 1 di cui all'allegato 1.**
La definizione del Piano dei costi deve essere riportata nelle tabelle di cui all'**Allegato 1**.

5.2 Modalità di trasmissione

Il Piano di riorganizzazione, approvato tramite apposito atto regionale, dovrà essere trasmesso al Ministero della salute entro il 17/06/2020 attraverso il sistema documentale SiVeAS da parte dei referenti che dovranno essere indicati da ciascuna Regione, già abilitati o da abilitarsi all'utilizzo del suddetto sistema. Le tabelle dovranno essere trasmesse anche in formato excel, compilate unicamente nei campi prestabiliti.
Le Regioni Friuli Venezia Giulia, Sardegna e Valle d'Aosta e le Province Autonome di Bolzano e di Trento dovranno trasmettere la documentazione attraverso la Posta Certificata all'indirizzo dgprog@postacert.sanita.it.

5.3 Modalità e tempi di approvazione

Il Ministero della salute provvede ad approvare il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera entro trenta giorni dalla ricezione. È ammessa per una sola volta la richiesta di chiarimenti o integrazioni da parte del Ministero, cui la regione o la provincia autonoma dà riscontro entro i successivi dieci giorni, durante i quali il termine di approvazione è sospeso. Decorso l'ultimo termine previsto, senza l'adozione di un provvedimento negativo espresso da parte del Ministero, il Piano si intende approvato. Nel caso di mancata presentazione del piano da parte della regione o della provincia autonoma oppure nel caso di adozione di un provvedimento negativo espresso da parte del Ministero, il Piano è adottato dal Ministero della salute nel successivo termine di trenta giorni, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.
Si rappresenta che i termini sopra indicati, coerenti con l'art. 2 del dl 34/2020, rappresentano una tempistica massima di adempimento. Si invitano le regioni a velocizzare quanto possibile la presentazione del Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera.

5.4 Verifica dell'attuazione dei piani di riorganizzazione

Nel fare riferimento dell'art. 2, comma 11 del citato decreto-legge n. 34/2020, il Commissario Straordinario, nell'ambito dei poteri conferitogli dall'art. 122 del decreto-legge 17 marzo 2010, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla Legge 24 aprile 2020, n. 27, procederà a fornire le indicazioni operative per l'attuazione degli interventi previsti nei Piani di riorganizzazione.

5.5 Programmi operativi di cui all'art. 18 del decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18

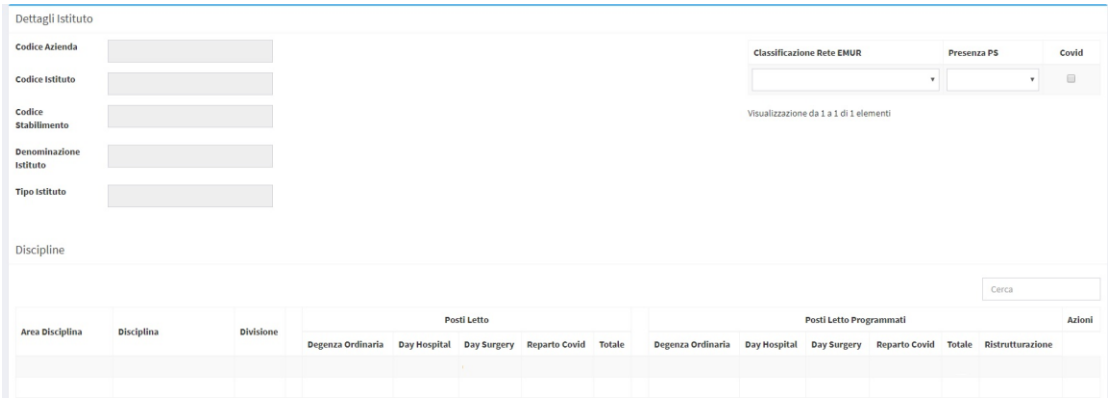
Il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera viene recepito nei programmi operativi di cui all'art. 18 comma 1 del decreto-legge 17 marzo 2020 n.18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n.27.

Allegato 1 - Modelli per la redazione del Piano di riorganizzazione

1. *Piano di riorganizzazione dei posti letto*

Per l'articolazione della dotazione dei posti letto è disponibile l'applicazione "Programmazione Posti Letto Emergenza Covid-19" nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario – NSIS.
La procedura per l'accesso all'NSIS e le specifiche per l'abilitazione all'inserimento dei dati sono contenute nel "Manuale utente ", trasmesso unitamente alla presente Circolare.
Di seguito si riporta la Tabella relativa alla sezione "Dotazione Posti Letto".

Tabella 1 – Dashboard NSIS – Sezione Dotazione Posti letto



2. *Piano dei costi*

Descrizione degli interventi e quadro economico

La descrizione dei singoli interventi previsti per ciascuna struttura ospedaliera e il relativo quadro economico dovranno essere riportate nelle seguenti tabelle.

a) *Terapia intensiva e semintensiva*

Tabella 2

DATI ANAGRAFICI											DESCRIZIONE INTERVENTO							QUADRO ECONOMICO						ANALISI COSTI		
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DENOMINAZIONE STABILIMENTO	COMUNE	PROVINCIA	Classificazione struttura [Base / DEA I / DEA II]	Tipologia Lavori	Posti letto da realizzare [terapia intensiva] NR	Posti letto da realizzare [terapia semi-intensiva] NR	Tipologia di intervento	Adeguamento posti letto esistenti?	Superficie complessiva [mq]	Descrizione intervento	Importo lavori [€]	Importo attrezzature elettromedicali [€]	Altro [€]	IVA	Importo complessivo da quadro economico IVA inclusa [€]	Importo sostenuto *(applicazione art. 2 comma 14 D.L. n. 34 del 19 maggio 2020)*	€/mq [€]	€/p.i. [€]	mq/p.i. [mq]
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)= 19+20+21+22	(24)	(25)= (23)/(17)	(26)= (23)/(13 o 14)	(17)= (18)/(13 o 14)
											[Nuova costruzione / Intervento su struttura esistente]			•PI aggiunti in fase 1 •PI aggiuntivi da confermare in fase 2 •PI ulteriori da aggiungere in fase2	[SI/NO]		*[inserire descrizione dell'intervento]*					- €		- €	- €	- €
																						- €		- €	- €	- €
																						- €		- €	- €	- €

Note per la compilazione della tabella 2:

- *COLONNE da (1) a (11): dovranno essere riportati i dati identificativi della struttura in cui è previsto l'intervento.*
- *COLONNA (12): indicare se l'intervento interessa una nuova struttura o una struttura esistente.*
- *COLONNA (13): indicare il numero di posti di terapia intensiva che si intendono realizzare.*
- *COLONNA (14): indicare il numero di posti di terapia semi-intensiva che si intendono realizzare.*
- *COLONNA (15): indicare la tipologia di intervento tra (i) Posti letto aggiunti in fase 1, (ii) Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2, (iii) Posti letto ulteriori da aggiungere in fase 2.*
- *COLONNA (16): indicare con SI/NO se l'intervento riguarda l'adeguamento di posti letto esistenti.*
- *COLONNA (17): indicare la superficie complessiva espressa in metri quadrati (mq) oggetto di intervento.*
- *COLONNA (18): riportare una descrizione tecnica sintetica ed esaustiva dell'intervento che si intende realizzare.*
- *COLONNA (19): indicare il costo IVA esclusa dei lavori necessari alla realizzazione dell'intervento.*
- *COLONNA (20): indicare il costo IVA esclusa delle apparecchiature elettromedicali previste nell'intervento.*
- *COLONNA (21): indicare eventuali ulteriori costi, IVA esclusa, necessari a rendere l'intervento funzionale e funzionante (a titolo esemplificativo, ma non esaustivo: arredi, forniture, spese tecniche, indagini, etc…).*
- *COLONNA (22): indicare il totale dell'IVA.*
- *COLONNA (23): indicare l'importo complessivo dell'intervento IVA inclusa.*
- *COLONNA (24): indicare eventuali costi sostenuti per la realizzazione di opere anteriormente al decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, come previsto dall'art 2 comma 14 del medesimo decreto-legge.*

L' "importo sostenuto" ai sensi dell'art. 2 comma 14 del D.L. del 19 maggio 2020, n. 34 è da riferito a opere realizzate, anteriormente al decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, come previsto dall'art 2 comma 14 del medesimo decreto-legge, nell'ambito di strutture pubbliche della rete ospedaliera regionale sede di pronto soccorso, DEA I e DEA II, coerenti con il modello organizzativo definito con la presente circolare.

b) Pronto Soccorso

Tabella 3

DATI ANAGRAFICI											DESCRIZIONE INTERVENTO			TIPOLOGIA INTEVENTI DI RISTRUTTURAZIONE							QUADRO ECONOMICO						ANALISI COSTI
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DENOMINAZIONE STABILIMENTO	COMUNE	PROVINCIA	Classificazione struttura [Base/DEA I/DEA II]	Tipologia Lavori	Superficie complessiva [mq]	Descrizione intervento	aree di pre-triage distinte	area di attesa dedicata covid-19	ambulatorio dedicato covid-19	area dedicata per soggetti in attesa di esito tampone	percorso specificatamente individuato per paziente COVID-19	accesso diretto e percorsi dedicati ai mezzi di soccorso a cui di attesa soccorsi barellati	diagnostica radiologica dedicata	Importo lavori [€]	Importo attrezzature elettromedicali [€]	Altro (*) [€]	IVA	Importo complessivo da quadro economico IVA inclusa [€]	Importo sostenuto *(applicazione art. 2 comma 14 D.L. n. 34 del 19 maggio 2020)* (**)	€/mq [€]
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)= 22+23+24+25	(27)	(28)= (22)/(13)
											[Nuova costruzione / Intervento su struttura esistente]		*[inserire descrizione dell'intervento]*	[SI/NO]	[SI/NO]	[SI/NO]	[SI/NO]	[SI/NO]	[SI/NO]	[SI/NO]					- €		- €
																									- €		- €
																									- €		- €

Note per la compilazione della tabella 3:

- *COLONNE da (1) a (11): dovranno essere riportati i dati identificativi della struttura in cui è previsto l'intervento.*
- *COLONNA (12): indicare se l'intervento interessa una nuova struttura o una struttura esistente.*
- *COLONNA (13): indicare la superficie complessiva espressa in metri quadrati (mq) oggetto di intervento.*
- *COLONNA (14): riportare una descrizione tecnica sintetica ed esaustiva dell'intervento che si intende realizzare.*
- *COLONNE da (15) a (21): indicare con SI/NO per le diverse tipologie cui si riferisce l'intervento.*
- *COLONNA (22): indicare il costo IVA esclusa dei lavori necessari alla realizzazione dell'intervento.*
- *COLONNA (23): indicare il costo IVA esclusa delle apparecchiature elettromedicali previste nell'intervento.*
- *COLONNA (24): indicare eventuali ulteriori costi, IVA esclusa, necessari a rendere l'intervento funzionale e funzionante (a titolo esemplificativo, ma non esaustivo: arredi, forniture, spese tecniche, indagini, etc…).*
- *COLONNA (25): indicare il totale dell'IVA.*
- *COLONNA (26): indicare l'importo complessivo dell'intervento IVA inclusa.*
- *COLONNA (27): indicare eventuali costi sostenuti per la realizzazione di opere anteriormente al decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, come previsto dall'art 2 comma 14 del medesimo decreto-legge.*

L' "importo sostenuto" ai sensi dell'art. 2 comma 14 del D.L. del 19 maggio 2020, n. 34 è da riferito a opere realizzate, anteriormente al decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, come previsto dall'art 2 comma 14 del medesimo decreto-legge, nell'ambito di strutture pubbliche della rete ospedaliera regionale sede di pronto soccorso, DEA I e DEA II, coerenti con il modello organizzativo definito con la presente circolare.

c) Mezzi di trasporto

La descrizione degli interventi previsti per l'implementazione dei mezzi da dedicare ai trasferimenti secondari tra strutture COVID-19, alle dimissioni protette, ai trasporti inter-ospedalieri no COVID-19 dovranno essere riportati nella seguente tabella.

Tabella 4

DATI ANAGRAFICI					ACQUISTO AMBULANZE			
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	SEDE DEL MEZZO DI SOCCORSO	Ambulanze da acquistare [n°]	Indicare tipologia allestimento	Costo cad. [€]	Costo complessivo [€]
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)=(6)*(8)
						[inserire tipologia di allestimento]		- €

Note per la compilazione della tabella 4:

- *COLONNE da (1) a (5): Dati anagrafici: dovranno essere riportati i dati identificativi dell'Azienda che procederà all'acquisto di ambulanze e la sede (coordinate) del mezzo di soccorso.*
- *COLONNA (6): indicare il numero delle ambulanze da acquistare per ciascuna tipologia di allestimento.*
- *COLONNA (7): descrivere la tipologia di allestimento.*
- *COLONNA (7): indicare il costo unitario, IVA inclusa, di ciascun mezzo.*
- *COLONNA (8): indicare il costo complessivo IVA inclusa.*

d) Quota di ripartizione regionale per gli interventi di riordino della rete ospedaliera

La spesa complessiva degli interventi di cui ai punti a) e b), al netto delle spese di personale, dovrà essere coerente con le risorse disponibili complessive, a livello regionale, come riportato nella seguente tabella.

Tabella 5: quota di ripartizione regionale del fabbisogno sanitario (ospedale)

Cod. regione	Regione	Risorse per fabbisogno posti letto Terapia Intensiva	Risorse per fabbisogno posti letto terapia semi-intensiva	Risorse per fabbisogno aggiuntivo emergenza-urgenza (DEA+PS)	Risorse per fabbisogno aggiuntivo emergenza territoriale (DEA II LIVELLO)		Risorse per fabbisogno Ospedali campo	TOTALE
		a	*b*	*c*	*d*	*e= a+b+c+d*	*f*	*g=e+f*
010	Piemonte	51.798.760	43.422.254	15.096.313	905.389	111.222.717		
020	Valle d'Aosta	1.385.920	1.281.312	296.006	75.449	3.038.688		
030	Lombardia	101.345.400	100.227.105	22.792.473	980.838	225.345.817		
041	PA di Bolzano	6.929.600	5.267.618	2.072.043	75.449	14.344.710		
042	PA di Trento	7.969.040	5.409.986	2.664.055	226.347	16.269.428		
050	Veneto	36.553.640	48.832.240	14.800.307	1.358.084	101.544.271		
060	Friuli Venezia Giulia	9.528.200	12.101.284	3.848.080	226.347	25.703.911		
070	Liguria	7.449.320	15.518.117	5.624.117	301.796	28.893.350		
080	Emilia Romagna	33.262.080	44.418.831	15.096.313	2.263.473	95.040.697		
090	Toscana	28.064.880	37.158.060	13.616.283	528.144	79.367.367		
100	Umbria	9.874.680	8.826.819	5.328.111	150.898	24.180.508		
110	Marche	18.190.200	15.233.381	6.216.129	150.898	39.790.608		
120	Lazio	47.467.760	58.655.636	12.136.252	301.796	118.561.444		
130	Abruzzo	11.433.840	13.097.860	4.440.092	75.449	29.047.242		
140	Molise	2.425.360	2.989.729	1.480.031	75.449	6.970.569		
150	Campania	86.446.760	57.801.427	18.056.375	1.508.982	163.813.544		
160	Puglia	47.641.000	40.147.789	11.248.233	829.940	99.866.963		
170	Basilicata	5.543.680	5.552.354	2.072.043	377.246	13.545.322		
180	Calabria	23.214.160	19.362.054	7.992.166	603.593	51.171.973		
190	Sicilia	52.145.240	49.828.817	20.128.418	1.207.186	123.309.660		
200	Sardegna	17.670.480	16.372.325	7.696.160	377.246	42.116.211		
	TOTALE	**606.340.000**	**601.505.000**	**192.700.000**	**12.600.000**	**1.413.145.000**	**54.346.667**	**1.467.491.667**

e) Ripartizione regionale spesa di personale anno 2020

La **Tabella 6** riporta il riparto, per regione e provincia autonoma, delle misure previste per il personale ospedaliero (incentivi e ulteriori assunzioni).

Tabella 6

RIPARTIZIONE SOMME PER NORME OSPEDALIERA - SPESA PERSONALE ANNO 2020

Regione	Quota di accesso 2020	Riparto risorse sulla base della quota di accesso	Anno 2020			
			COMMA 6 lettera a)	COMMA 7 E COMMA 5 SECONDO PERIODO		
			Incentivi personale	Ulteriori assunzioni area ospedaliera	*DI CUI COMMA 7*	*DI CUI COMMA 5 SECONDO PERIODO*
	(1)	*(2)=3+4*	*(3)*	*(4)=5+6*	*(5)*	*(6)*
Piemonte	7,36%	31.740.355	13.993.079,40	17.747.275,31	*13.919.431,62*	*3.827.843,69*
Valle d'Aosta	0,21%	905.241	399.085,52	506.155,96	*396.985,07*	*109.170,89*
Lombardia	16,64%	71.732.455	31.624.030,41	40.108.424,89	*31.457.588,15*	*8.650.836,74*
PA di Bolzano	0,86%	3.698.649	1.630.589,33	2.068.059,28	*1.622.007,28*	*446.052,00*
PA di Trento	0,89%	3.836.677	1.691.440,60	2.145.236,30	*1.682.538,28*	*462.698,03*
Veneto	8,14%	35.089.194	15.469.451,66	19.619.742,70	*15.388.033,49*	*4.231.709,21*
Friuli Venezia Giulia	2,06%	8.897.192	3.922.423,54	4.974.768,49	*3.901.779,20*	*1.072.989,28*
Liguria	2,68%	11.553.448	5.093.462,79	6.459.985,24	*5.066.655,09*	*1.393.330,15*
Emilia Romagna	7,46%	32.141.793	14.170.057,90	17.971.735,27	*14.095.478,64*	*3.876.256,63*
Toscana	6,30%	27.147.178	11.968.127,51	15.179.050,14	*11.905.137,36*	*3.273.912,77*
Umbria	1,49%	6.421.644	2.831.051,43	3.590.592,72	*2.816.151,16*	*774.441,57*
Marche	2,56%	11.047.380	4.870.357,41	6.177.023,04	*4.844.723,95*	*1.332.299,09*
Lazio	9,68%	41.711.341	18.388.896,86	23.322.444,32	*18.292.113,20*	*5.030.331,13*
Abruzzo	2,19%	9.437.503	4.160.625,27	5.276.877,23	*4.138.727,24*	*1.138.149,99*
Molise	0,51%	2.211.741	975.070,15	1.236.671,21	*969.938,20*	*266.733,01*
Campania	9,30%	40.088.507	17.673.452,67	22.415.053,99	*17.580.434,50*	*4.834.619,49*
Puglia	6,62%	28.538.103	12.581.331,94	15.956.770,87	*12.515.114,41*	*3.441.656,46*
Basilicata	0,93%	4.026.924	1.775.313,00	2.251.610,80	*1.765.969,25*	*485.641,54*
Calabria	3,19%	13.750.310	6.061.973,29	7.688.336,91	*6.030.068,16*	*1.658.268,75*
Sicilia	8,16%	35.173.684	15.506.699,66	19.666.983,95	*15.425.085,45*	*4.241.898,50*
Sardegna	2,74%	11.825.681	5.213.479,65	6.612.201,36	*5.186.040,28*	*1.426.161,08*
Totale	**100,00%**	**430.975.000,00**	**190.000.000,00**	**240.975.000,00**	***189.000.000,00***	***51.975.000,00***

3. Rendicontazione delle spese di personale

Le Regioni e le Province autonome rendicontano le spese sostenute per gli incentivi e le assunzioni di personale, a valere e nei limiti delle risorse del fondo sanitario assegnato, alla data del 31.12.2020. A tal fine si riporta di seguito lo schema di riferimento nelle **Tabelle 7a – 6b – 6c.**

TABELLA 7a – costo personale dipendente terapie intensive

DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE							
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE	ALTRO PERSONALE NOTE	TIPO RUOLO
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
												SPECIFICARE LA TIPOLOGIA	*INDICARE SANITARIO - PROFESSIONALE - TECNICO - AMMINISTRATIVO*

Note per la compilazione della tabella 7a: si richiede di compilare la tabella riportando per ciascuna struttura le informazioni relative al numero di personale e relativo costo sostenuto per l'anno 2020, a valere sulle risorse di cui al comma 7 dell'art 2 del decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, classificando per profili professionali, nonché selezionando nella colonna 14 il ruolo di appartenenza.

TABELLA 7b – costo personale dipendente mezzi di soccorso

DATI ANAGRAFICI				PERSONALE DIPENDENTE - AMBULANZE											
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR PERSONALE OTA/OSS	COSTO PERSONALE OTA/OSS	NR PERSONALE AUTISTA-BARELLIERE	COSTO PERSONALE AUTISTA-BARELLIERE	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE	ALTRO PERSONALE NOTE	TIPO RUOLO
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
														SPECIFICARE LA TIPOLOGIA	*INDICARE SANITARIO - PROFESSIONALE - TECNICO - AMMINISTRATIVO*

Note per la compilazione della tabella 7b: si richiede di compilare la tabella riportando per ciascuna azienda le informazioni relative al numero di personale e relativo costo sostenuto per l'anno 2020, a valere sulle risorse di cui al comma 5, secondo periodo, dell'art 2 del decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, classificando per profili professionali, nonché selezionando nella colonna 16 il ruolo di appartenenza.

TABELLA 7c – costo per incentivi di personale

DATI ANAGRAFICI						COSTO INCENTIVI RUOLO SANITARIO		COSTO INCENTIVI RUOLO PROFESSIONALE		COSTO INCENTIVI RUOLO TECNICO		COSTO INCENTIVI RUOLO AMMINISTRATIVO	
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	DIRIGENTE	COMPARTO	DIRIGENTE	COMPARTO	DIRIGENTE	COMPARTO	DIRIGENTE	COMPARTO
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)

Note per la compilazione della tabella 7c: si richiede di compilare la tabella riportando per ciascuna struttura le informazioni relative al costo per incentivi sostenuto per l'anno 2020, a valere sulle risorse di cui al comma 6 lettera a, dell'art 2 del decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, distinto per la dirigenza e per il comparto in base al ruolo di appartenenza.