



REGIONE
LAZIO

Emergenza COVID-19

Azioni di Fase IV

1. Premessa

Il periodo di distanziamento sociale e di limitazione della mobilità ha prodotto risultati significativi principalmente nel campo dell'emergenza sanitaria e della qualità ambientale, ma ha determinato conseguenze in ambito sociale e lavorativo che rendono necessario procedere a una graduale ripresa.

Il SSR è chiamato a gestire l'eventuale impatto che la riapertura potrà determinare sullo stato di salute della popolazione e nel contempo la ripresa delle attività sanitarie non urgenti, prevedendo modalità organizzative flessibili e modulabili per un periodo temporale in cui la curva epidemiologica e l'impegno di risorse sanitarie non sono completamente prevedibili.

Nell'ampio panorama delle modalità di riapertura della vita sociale, orientate al contenimento del contagio, si inserisce la revisione dei percorsi organizzativi all'interno delle strutture sanitarie per cui è necessario ripensare alla presenza delle persone nelle aree di accesso, negli ambienti sanitari, alla organizzazione delle attività e alla gestione del personale.

Tutti gli ospedali dovranno essere preparati alla gestione dell'implementato rischio infettivologico. Al fine di garantire una sempre maggiore sicurezza dei pazienti e degli operatori dovranno essere rafforzate tutte le funzioni di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), investendo sulla formazione degli operatori e sulla sensibilizzazione di pazienti e visitatori.

L'emergenza COVID-19 ha consentito di adottare innovazioni organizzative e assistenziali che saranno consolidate al fine di completare il percorso verso la continuità ospedale-territorio, l'intensità di cura, l'assistenza multidisciplinare e multiprofessionale e lo sviluppo della rete delle terapie intensive. La graduazione dell'intensità delle cure permette di rispondere ai bisogni in modo appropriato con tecnologie, competenze, quantità e qualità del personale assegnato ai diversi gradi di instabilità clinica e impegno assistenziale. Sono richiesti ruoli professionali e strumenti adeguati, maggiore coinvolgimento delle professioni sanitarie e una maggiore attenzione alla presa in carico dei pazienti, personalizzata e condivisa a tutti i livelli di cura. La Regione Lazio intende proseguire verso l'impiego di modelli assistenziali che garantiscano una presa in carico globale, sicura, di qualità e di prossimità.

Il restante periodo di confinamento costituisce una dote preziosa per le Aziende Sanitarie per condividere e prepararsi a programmare gli interventi in grado di rispondere alle esigenze descritte nel presente documento.

Il quadro attuale mostra aspetti da valutare con attenzione per la programmazione dei prossimi mesi:

- contenimento dei ricoveri dei casi confermati COVID-19, fermo restando i casi in corso di valutazione;
- elevato indice di occupazione dei posti letto dedicati a COVID-19 in relazione a degenze prolungate che caratterizzano tale patologia;
- nuovi focolai in strutture residenziali e socio-assistenziali con alto numero di persone fragili;
- elevato numero di persone e nuclei familiari asintomatici o paucisintomatici in isolamento domiciliare;
- studi di prevalenza su dotazione anticorpale in via di attivazione.

A seguito della situazione emergenziale sono da adottare le seguenti misure:

- rendere stabile il coordinamento dei flussi di ricovero, dimissione e trasferimento su base regionale delle singole centrali aziendali, includendo i flussi relativi alle persone affette da COVID-19 assistite presso strutture territoriali residenziali dedicate;
- riorganizzare la rete ospedaliera in funzione di un bisogno clinico prevedibile e modulabile sulla base di eventuali nuove curve epidemiche stabilizzando una quota dei posti letto, di ricovero ordinario e di terapia intensiva;
- riorganizzare la rete territoriale tenendo conto della necessità di garantire la disponibilità di posti dedicati a COVID-19 in strutture residenziali, favorire il consolidamento delle pratiche volte alla prevenzione della diffusione di focolai nelle stesse, promuovere la riattivazione e la ricettività dei posti non COVID-19 nel rispetto delle misure di prevenzione e di separazione dei percorsi, degli

- ambienti e del personale come previsto nella circolare ISS “Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 in strutture residenziali e socio-sanitarie”;
- adottare modelli organizzativi flessibili e modulari in grado di adeguarsi con rapidità all’evoluzione epidemiologica della patologia COVID-19;
 - incentivare l’uso degli strumenti regionali di telemedicina per l’assistenza a distanza e la condivisione di informazioni cliniche e di immagini, nonché sviluppare ulteriori forme di intervento in remoto per raggiungere pazienti presso il loro domicilio, prevedendo le conseguenti azioni clinico-assistenziali;
 - rafforzare la sorveglianza attiva sulla popolazione e su eventuali cluster epidemici, specie in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali;
 - implementare il coordinamento regionale per la gestione e approvvigionamento dei DPI e per l’attivazione di procedure fondamentali per la protezione delle persone;
 - garantire l’attività assistenziale in modo sicuro sia nelle strutture sanitarie ospedaliere che in quelle territoriali per il percorso COVID-19 e per i percorsi ordinari con appropriatezza e modularità;
 - ridurre la pressione sul personale, già sottoposto a condizioni di stress, e garantire un adeguato turnover delle risorse umane.

Il seguente documento ha l’obiettivo di delineare le linee di indirizzo per la ripresa dell’attività ordinaria del Sistema Sanitario Regionale relativamente a:

- Raccomandazioni per la prevenzione o limitazione della diffusione del Sars-CoV-2;
- Potenziamento delle attività di sanità pubblica e territoriale;
- Indirizzi sull’organizzazione ospedaliera;
- Monitoraggio dei flussi assistenziali;
- Revisione della Rete COVID-19;
- Raccomandazioni relative alla Rete di Emergenza e Reti Tempo-dipendenti.

2. Raccomandazioni per la limitazione della diffusione del Sars-Cov-2

La pandemia COVID -19 ha determinato nelle persone la consapevolezza di dover acquisire nella vita sociale semplici comportamenti in grado di ridurre la diffusione del contagio come il distanziamento, l’utilizzo di protezioni, la modalità di permanenza in ambienti comuni e di interazione con le persone fragili.

Nell’ambito delle aree ospedaliere e assistenziali questo livello comportamentale è una condizione obbligatoria per operatori, pazienti e visitatori, che è stato inserito nelle *“Raccomandazioni per la prevenzione o limitazione della diffusione del SARS-CoV-2 e della Patologia Correlata (COVID -19)”* allegate all’Ordinanza 34 del 18 aprile 2020. Per contribuire ad assicurare le norme comportamentali, le stesse raccomandazioni sottolineano la necessità di prevedere, all’interno delle strutture sanitarie, idonei strumenti di comunicazione/informazione destinati ad operatori, pazienti e visitatori, che ne richi amino l’adozione e l’importanza. In relazione alla presenza di accompagnatori e visitatori all’interno delle strutture sanitarie restano in vigore le indicazioni già previste, limitando il tempo necessario all’accesso per l’attività assistenziale a favore di minori, persone fragili e non autosufficienti.

Ai sensi di quanto previsto dalle linee guida per l’elaborazione del PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza), adottate con la Determinazione n. G00163 dell’11 gennaio 2019, si comunica che, a partire dal PAICA 2021, la Direzione Sanitaria, direttamente o per il tramite del CCICA (Comitato di Controllo delle Infezioni correlate all’Assistenza), ove presente, dovrà dare adeguata evidenza delle risultanze delle indagini epidemiologiche condotte a qualsiasi titolo (non solo per l’emergenza COVID-19), nonché delle specifiche misure di prevenzione e monitoraggio adottate per il contenimento del SARS-CoV2 e di tutti i batteri MDR (Multi Drug Resistant), con particolare riguardo alle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemici (CRE).

3. Potenziamento delle attività di Sanità Pubblica e territoriale

La Sanità Pubblica è l'elemento cardine che unisce l'intera filiera assistenziale ai fini della prevenzione e del contenimento del contagio attraverso l'azione dei SISP (Servizio Igiene e Sanità Pubblica) e delle cure primarie. Di seguito le attività che hanno caratterizzato questo potenziamento:

- a. La presa in carico e la sorveglianza dei pazienti affetti da COVID-19 e soggetti fragili è stata sviluppata grazie all'impegno e al lavoro qualificato dei Dipartimenti di Prevenzione/SISP e prevede un potenziamento attraverso la costituzione dei Coordinamenti distrettuali COVID-19, delle API (assistenza proattiva infermieristica), delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale Regionale (USCAR), costituite da medici ed infermieri a supporto delle cure primarie. Le USCAR hanno il compito di supportare i distretti e intervenire nelle attività di gestione dei casi a livello territoriale e in particolare presso quelle strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali nelle quali si è reso manifesto un focolaio di contagio;
- b. l'applicazione LAZIO DOCTOR per COVID per favorire l'ascolto, la presa in carico, la sorveglianza ed il monitoraggio degli assistiti a domicilio con un collegamento diretto e immediato con il proprio medico di fiducia, anche tramite il numero verde 800118800;
- c. Le strutture alberghiere sono state attivate secondo due specifiche configurazioni, la prima funzionale a garantire una misura di tipo assistenziale e dedicata ai casi confermati COVID-19 e l'altra funzionale a garantire le misure precauzionali di distanziamento sociale, rivolta a operatori e cittadini COVID-19 negativi, in dimissione dall'ospedale o in isolamento/quarantena, qualora il loro domicilio o le condizioni familiari non permettessero la loro permanenza in casa;
- d. L'individuazione di strutture dedicate a pazienti non autosufficienti/parzialmente non autosufficienti affetti da COVID-19 con bisogni socio-sanitari specifici;
- e. L'introduzione dell'obbligatorietà della vaccinazione antinfluenzale come da Ordinanza del Presidente n. Z00030 del 17.4.2020.

L'insieme di queste azioni è stata oggetto di documenti all'interno di ordinanze, provvedimenti e note regionali riguardanti il potenziamento delle cure primarie, le misure di prevenzione e controllo in strutture assistenziali residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali, le ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Allo scopo di limitare l'accesso diretto del cittadino alle strutture sanitarie e orientarlo verso il corretto utilizzo dei servizi sanitari è stato attivato il **numero verde 800118800**. Il servizio prevede un'attività di triage telefonico per indirizzare tempestivamente la persona, nel caso non sia riuscito a entrare contatto con il suo MMG/PLS e per condizioni, che non richiedano l'immediato accesso in Ospedale, verso il percorso più appropriato MMG/PLS, Continuità territoriale, Casa della Salute, ACP, Intervento dell'API, Farmacia. Il numero verde è dotato di una piattaforma informatica collegata all'applicazione LAZIO DOCTOR per COVID in grado di svolgere una serie di funzionalità a distanza quali: monitoraggio, televisita. Il numero verde sarà convertito nella fase post-emergenza nel NUE delle cure non urgenti **116117**.

Dovrà essere consolidato il ricorso alla **telemedicina** che, nella fase emergenziale, ha assicurato la presa in carico a domicilio dei pazienti COVID-19 asintomatici e paucisintomatici riducendo gli accessi in ospedale alle sole persone con condizioni cliniche più gravi. I servizi di telemedicina potranno garantire gli stessi obiettivi di salute alle persone fragili o affette da patologie croniche.

Le **attività ambulatoriali** territoriale e ospedaliera e di day hospital dovranno adattarsi alle nuove modalità di lavoro, tenendo conto dei tempi della vita sociale e del sistema dei trasporti, per cui si ritiene necessario attuare le seguenti azioni:

- Valutazione del rischio COVID-19 secondo il questionario previsto nell'applicazione LAZIO DOCTOR per COVID nei giorni precedenti alla visita con triage telefonico e comunque all'accesso;
- ricorso alla televisita oppure al consulto telefonico a seconda della tecnologia di cui dispone l'utente e della tipologia di visita da effettuare;

- razionale distribuzione degli spazi dotati di opportuna areazione e dedicati alle attività ambulatoriali al fine di consentire il distanziamento tra gli utenti nelle sale di attesa dedicate alle attività ambulatoriali;
- accesso consentito alla sola persona che deve ricevere la prestazione, nel caso di minori, persone non autosufficienti, o di necessità di mediazione culturale è prevista la presenza di un accompagnatore;
- appuntamenti schedulati per orario al fine di ridurre lo stazionamento delle persone nella struttura;
- dare priorità all'erogazione dei follow-up e alle prestazioni sospese;
- continuare a garantire le prestazioni prenotate in classi di priorità U e B, e le prestazioni sanitarie già eccettuate in precedenza (prestazioni collegate ai percorsi oncologici, prestazioni ostetriche, dialisi e controlli post-operatori);
- prevedere l'ottimizzazione dei turni del personale, medico e del comparto, e dell'uso dei macchinari garantendo l'offerta 7 giorni su 7 e nell'arco dell'intera giornata.

Le predette azioni, previa adeguata programmazione e valutazione, devono essere applicate sia alle attività ambulatoriali territoriali socio-sanitarie sia alla specialistica ambulatoriale.

È in fase di studio la possibilità di effettuare “a distanza” le visite specialistiche non erogate, da riprogrammare, mediante gli strumenti di telemedicina.

Le ASL al fine di offrire una risposta pronta e nello stesso tempo di indirizzo verso un percorso assistenziale appropriato forniscono alle Casa delle Salute e alle ACP, previa idonea formazione, adeguata dotazione tecnologica per le esigenze diagnostiche (POCT, ECG, ecografi, ecc.).

Nell'ambito della rete dell'emergenza, l'ARES 118, mantenendo il suo ruolo relativo al trasporto dei pazienti con sospetto COVID-19, adatterà la sua azione in funzione dell'evoluzione della Rete anche attraverso la gestione del cruscotto dei soccorsi secondo specificità e priorità cliniche. Nell'attuale fase non è ammessa l'attivazione della modalità di “prosecuzione del soccorso” se non autorizzata dalla Centrale Operativa 118. Qualora, nell'ambito dei soccorsi, vengano rilevati sintomi e segni correlabili al sospetto clinico di infezione COVID-19, l'ambulanza deve accedere direttamente all'area di valutazione opportunamente segnalata in ogni ospedale, mentre i pazienti asintomatici devono comunque eseguire il pre-triage.

Il percorso di riattivazione dei servizi territoriali dovrà permettere la tutela degli assistiti garantendo le misure di sicurezza e sviluppando in maniera specifica per ciascun ambito assistenziale le possibili attività praticabili da remoto o in presenza tenendo conto dei bisogni specifici dei pazienti. Tale percorso verrà puntualmente definito in uno specifico documento di indirizzo finalizzato alla rete territoriale nella fase post emergenziale e alla progressiva attivazione dei servizi ad essa collegati.

4. Indirizzi sull'organizzazione ospedaliera

La condizione epidemica richiede di programmare, nella fase di ripresa dell'attività assistenziale ordinaria, un piano di riorganizzazione per disporre di percorsi definiti e separati e di aree di assistenza modulari e flessibili secondo l'evoluzione del contesto.

La condizione attuale è un'opportunità per rendere strutturali le innovazioni organizzative attuate nelle condizioni di emergenza e completare il percorso verso l'intensità di cura e la continuità assistenziale multidisciplinare e multiprofessionale.

La risposta ospedaliera efficace è stato il risultato di un'azione programmata e coordinata che ha unito la direzione strategica con la filiera professionale coinvolta, ora questa esperienza sul campo va mutuata nella organizzazione aziendale coinvolgendo verso questo obiettivo l'intero corpo professionale. La revisione dei percorsi organizzativi si inserisce in un più ampio panorama di “riapertura” della vita sociale e dei suoi nuovi tempi orientati al contenimento del contagio per cui va ripensata la presenza delle persone negli ambienti sanitari e, conseguentemente, riprogrammate le aree di accesso, la concentrazione delle attività, il pieno utilizzo delle risorse, la gestione del personale e gli orari di lavoro.

Tutte le strutture della rete ospedaliera dovranno garantire attraverso percorsi separati i flussi di assistenza ordinaria e l'attività di valutazione COVID-19, mentre il ricovero dei casi confermati sarà concentrato, ove possibile, nelle strutture della Rete COVID-19. L'organizzazione delle attività dovrà essere sempre orientata verso obiettivi di cura essenziali e prioritari e la gestione delle risorse umane finalizzata a consentire una distribuzione omogenea delle attività e una facilitazione del turnover, attraverso l'integrazione tra unità operative affini alla stessa area disciplinare.

Il quadro epidemiologico attuale, condizionato dalle misure di distanziamento sociale, determina la previsione, in *overtriage*, di dover valutare circa 200 casi giornalieri con un'incidenza di casi confermati di circa il 20%.

Questo volume di attività costituirà un impegno assistenziale da integrare con il progressivo recupero degli accessi in Pronto Soccorso e dell'attività programmata.

A partire da tali considerazioni e secondo le indicazioni di seguito definite la Aziende dovranno predisporre un piano di interventi strutturali e organizzativi finalizzato a gestire un lungo periodo di coesistenza tra diversi obiettivi assistenziali sulla base di apposito modello fornito dalla Direzione Salute.

A. L'Area di Pre-triage COVID-19

L'**area di pre-triage** h 24 deve essere quanto più prossima all'ingresso dell'Ospedale e all'interno devono essere rispettate le Raccomandazioni per la prevenzione o limitazione della diffusione del Sars-Cov-2 di cui al punto A. La persona deve essere dotata di mascherina chirurgica, eseguire il lavaggio delle mani anche mediante l'uso di soluzione idroalcolica. All'interno l'operatore, dotato di idonei DPI, rileva la temperatura corporea e la Saturazione di Ossigeno ed effettua il colloquio mantenendosi ad una distanza di almeno un metro. Nel corso del colloquio devono essere raccolte le informazioni anamnestiche del caso, inclusi i criteri epidemiologici specifici per COVID-19.

In presenza di febbre, tosse, dispnea e/o di criteri anamnestici per COVID-19 la persona deve essere trasferita all'area di valutazione, mentre, in assenza, la persona viene inviata al triage del PS.

B. Area di Valutazione COVID-19

L'**area di valutazione** COVID-19 deve essere separata e isolata dal PS, dotata di postazioni e di personale dedicato o attivabile in relazione alla curva epidemiologica al fine di mantenere un percorso idoneo per l'attività di emergenza. Laddove possibile dovrà essere individuata un'area di ingresso e di valutazione completamente differenziata. La sua dotazione, valutata sempre in *overtriage*, dovrà prevedere un numero compreso tra 10 e 30 postazioni, secondo il ruolo della struttura.

L'area prevista deve avere le seguenti peculiarità:

- Capacità di accesso con ambulanza 118;
- Assicurare i livelli adeguati di isolamento;
- Disponibilità all'interno di una sala di emergenza e disponibilità di ossigeno per le postazioni;
- Percorso dedicato verso la TC, nel caso di impossibilità valutare turni di utilizzo della TC compatibilmente con gli scenari clinici e comunque sempre con gli adeguati DPI;
- Nelle strutture ad alti volumi valutare l'opportunità di dedicare strumenti di diagnostica ecografica e radiologica per l'esecuzione di esami al letto del paziente.

Si raccomanda che il personale dedicato a quest'area sia costituito da un team, secondo il livello di ospedale, composto da un medico di urgenza e da un rianimatore, integrato da specialisti infettivologi e/o pneumologi, al fine di mantenere l'approccio multidisciplinare e consentire di garantire un organico sufficiente nell'area dell'emergenza.

La tempistica di permanenza in questa area deve essere limitata al tempo di definizione diagnostica per cui ciascuna struttura deve prevedere secondo le indicazioni della Rete Coronet la tempistica di risposta al primo test.

L'effettuazione di tamponi e l'attesa del relativo referto non devono essere causa del fermo dei mezzi di soccorso per il confinamento del paziente a bordo di quest'ultimo, al fine di non provocare rallentamenti o ritardi nella gestione della fase extra-ospedaliera del soccorso sanitario.

Al termine della fase di valutazione il caso confermato COVID-19, non dimissibile, sarà ricoverato nel reparto idoneo secondo la complessità clinica nel proprio Ospedale, se inserito nella Rete COVID-19, o trasferito secondo le procedure vigenti.

Il caso con sintomi clinici e/o con segni alla diagnostica per immagini correlabili a COVID-19 con test negativo, non dimissibile, sarà ricoverato nel reparto idoneo secondo la complessità clinica nel proprio Ospedale, se inserito nella Rete COVID-19, o trasferito secondo le procedure vigenti.

Il caso con test negativo non dimissibile per altra patologia concorrente segue il percorso di ricovero ordinario.

C. Gestione del Pronto Soccorso

Nel Pronto Soccorso devono essere adottate per i pazienti e il personale le procedure di prevenzione e controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 adottando corretti comportamenti e utilizzando mascherine e appositi DPI.

La Direzione Sanitaria deve coordinare interventi organizzativi sull'attività di Pronto Soccorso, in particolare sui percorsi clinico-diagnostici e sull'accesso al ricovero, coinvolgendo e integrando i professionisti al fine di ridurre il tempo di permanenza ed evitare il sovraffollamento.

All'interno del PS devono essere adottate le procedure di prevenzione e controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 e il corretto e appropriato utilizzo di mascherine e appositi DPI, sia da parte dei pazienti che degli operatori.

La **gestione del PS** deve corrispondere alle indicazioni contenute nel DCA U00453 del 30.10.2019 "Piano regionale per la Gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" al fine di ridurre la permanenza dei pazienti, per cui è opportuno raccomandare la costante applicazione dei seguenti interventi previsti:

- Programmazione della disponibilità di barelle con indicazione di un responsabile diurno nelle strutture a maggiore rischio di sovraffollamento;
- Percorsi aziendali di Fast Track in PS obbligatori per le specialità presenti nella struttura ospedaliera;
- Modalità aziendali di espletamento di consulenze specialistiche in PS;
- Individuazione di professionalità di riferimento per la gestione clinica e dei flussi;
- Disponibilità prima della dimissione da PS di prestazioni diagnostiche specialistiche;
- Prestazioni e procedure ambulatoriali con prenotazione contestuale alla dimissione con la tempistica appropriata alla condizione clinica.

È prevista l'adozione a livello regionale di strumenti per la diagnosi molecolare rapida dell'infezione da SARS-CoV-2 non appena disponibili.

D. Attività di ricovero

Nel **percorso di ricovero devono essere adottate** le azioni necessarie a mantenere un elevato livello di appropriatezza al fine di consentire un turnover sufficiente a gestire le esigenze di ricovero da PS e di attività programmata, soprattutto, in una fase epidemica in cui è necessario limitare la permanenza e governare i flussi dei pazienti in sicurezza all'interno degli ospedali.

L'unico strumento che, allo stato attuale, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili consente di minimizzare il rischio di diffusione e contagio è rappresentato dal rispetto delle *"Raccomandazioni per la prevenzione o limitazione della diffusione del SARS-CoV-2 e della patologia correlata (COVID-19)"* di cui alla Ordinanza N. Z00034 del 18 aprile 2020. Tutte le strutture sono tenute ad applicare quanto ivi previsto e la Direzione Sanitaria aziendale dovrà adottare periodiche iniziative di formazione e vigilare sulla corretta applicazione da parte dei singoli responsabili di macrostruttura (Direzioni di Dipartimento e di Unità Operative).

Per i ricoveri da PS vale quanto raccomandato ai punti precedenti, mentre per la ripresa dei ricoveri programmati dovranno essere osservate le seguenti indicazioni:

- effettuare un “trage” telefonico o in telemedicina, ripetuto al momento del ricovero, per la valutazione del rischio di infezione SARS-CoV-2 il cui esito sarà annotato nella cartella clinica;
- raccomandare il mantenimento delle precauzioni di distanziamento sociale per il periodo relativo ai 14 giorni precedenti il ricovero;
- procedere al ricovero solo di pazienti asintomatici e senza febbre, a meno di condizioni di urgenza.

Ciò premesso, secondo un principio di precauzione, potrà essere fatto ricorso, in pre-ricovero, alla diagnosi molecolare per SARS-CoV-2, anche rapida ove disponibile, in particolare per categorie di pazienti particolarmente fragili (es. oncologici, chirurgici, ecc.). Considerato che la letteratura e la pratica clinica riportano tassi di test falsi negativi fino al 30 per cento si ribadisce l’assoluta importanza del rispetto delle richiamate raccomandazioni¹.

In ogni reparto dovrà essere assicurata la possibilità di isolare i nuovi ricoveri o eventuali casi già ricoverati per i quali attivare la valutazione per COVID-19 in caso di comparsa di segni e/o sintomi di malattia.

La Direzione Sanitaria deve rendere attive e permanenti le indicazioni contenute nel DCA U00453 del 30.10.2019 “Piano regionale per la Gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso” al fine di ridurre la permanenza in attesa di ricovero:

- Programmazione dei ricoveri da PS adottando il sistema del cruscotto;
- Apertura di Holding Area o di altra progettualità da contestualizzare nella struttura, *se la permanenza dell’attesa di ricovero è superiore alle 24 h*;
- Interventi sui tempi di procedure diagnostiche e terapeutiche di II livello, *da eseguire entro 48h per i pazienti ricoverati*;
- disponibilità giornaliera delle dimissioni previste nelle 24-48 h successive;
- Centrale Operativa Aziendale o Accordi interaziendali per il cambio di setting assistenziali.

Al fine di garantire un’adeguata risposta al bisogno di salute della popolazione generale, con particolare riferimento all’**ambito chirurgico**, le Aziende Sanitarie, così come già previsto dal DCA 302 del 25 luglio 2019 “Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021”, dovranno prevedere l’adozione di modelli gestionali atti a garantire l’incremento dell’efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, favorendo processi di deospedalizzazione e intervenendo sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media. In questo ambito si inserisce l’applicazione del progetto relativo alle “Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato” in via di emanazione da parte della Conferenza Stato-Regioni. In particolare dovranno essere osservate fin da ora le seguenti linee di indirizzo:

- Ogni ospedale dovrà individuare un Gruppo di Programmazione Aziendale Multidisciplinare e Multiprofessionale coordinato dal Direttore Sanitario per la programmazione integrata delle liste operatorie al fine di consentire l’utilizzo delle risorse operatorie disponibili (spazi, tempi, strumentario e personale) nell’intero ospedale in un’ottica di appropriatezza organizzativa tale da garantire la presa in carico in sicurezza per priorità cliniche.
- Dovranno essere garantiti:
 - ricoveri in regime di urgenza;
 - ricoveri elettivi oncologici;
 - ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A (come definita dal PNGLA 2019-2021 di cui all’Intesa Stato-Regioni 21.02.2019).
- I casi di classe B e C dovranno essere rivalutati, caso per caso, dal Gruppo di Programmazione Aziendale in base all’effettiva compromissione clinica e secondo criteri di priorità.
- I ricoveri elettivi in classe di priorità D dovranno essere riprogrammati non appena possibile.
- Dovrà essere favorita la riconversione, laddove indicata, dell’attività di ricovero ordinario e di Day Surgery verso attività di chirurgia ambulatoriale.
- Particolare attenzione deve essere posta ai percorsi pre e post operatori anche al fine della ottimizzazione dei tempi di degenza e della riduzione della permanenza in ambiente ospedaliero.

¹ Local Resumption of Elective Surgery Guidance, American College of Surgeons, Released April 17, 2020

- Negli ambienti operatori, nel corso delle procedure, particolari precauzioni devono essere poste in atto per minimizzare l'insorgenza di fenomeni di aerosolizzazione.

La dimissione deve prevedere la possibilità di una attività di Telemedicina e Telesorveglianza per la continuità assistenziale.

E. Rete delle Terapie Intensive

La costituzione della **Rete delle Terapie Intensive** è l'obiettivo conclusivo del percorso iniziato con l'apertura dei posti letto attivati nella fase di Emergenza COVID-19 secondo le indicazioni previste nelle linee di indirizzo del Ministero della Salute. Il progetto è finalizzato a implementare la disponibilità nella Rete Ospedaliera di posti ad alta intensità di cura secondo tre linee:

- adozione della metodologia Hub e Spoke;
- costituzione di "macro unit" di Terapia Intensiva negli Ospedali Hub;
- attivazione di Terapie Sub-Intensive nell'ambito della Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza e in area medica per intensità cura.

Nell' Area di Terapia Intensiva/subintensiva è necessario prevedere posti di isolamento per pazienti instabili in attesa di conferma diagnostica o di esecuzione di BAL o per pazienti sottoposti a procedure d'urgenza.

L'obiettivo di permettere una stabilizzazione all'attuale assetto di emergenza richiede un monitoraggio per valutare l'incidenza della conversione in letti dedicati e di quelli di nuova attivazione e per determinare le necessità strutturali e funzionali.

F. Strumenti tecnologici di supporto

La Direzione Regionale Salute ha in corso l'attivazione di diverse attività ad **alto impatto tecnologico** al fine di implementare l'attività di Teleconsulto in rete e di facilitazione dei trasferimenti:

- **Teleconsulto** nelle Reti di cura per competenze specialistiche utilizzando il sistema Regionale "ADVISE" anche oltre la rete dell'emergenza;
- **piattaforme informatiche** per il trasferimento nei seguenti setting al fine di ridurre i tempi di stazionamento in PS e di degenza ospedaliera:
 - *Da Pronto Soccorso verso la Rete delle Strutture Accreditate* per acuti che in questa fase assicurano il pieno supporto della Rete Ospedaliera;
 - *Da ricovero ospedaliero verso la Rete delle Strutture Accreditate per i codici 28, 56, 60, 75* nel rispetto delle indicazioni del Testo Unico Regionale e secondo i criteri priorità gestiti da una Centrale Operativa Regionale, eventualmente articolata per aree provinciali/Roma Metropolitana.

5. Monitoraggio dei flussi assistenziali

In questa fase è ancora più importante poter disporre di informazioni utili alle attività di programmazione e ad evidenziare precocemente situazioni di allarme, sia riguardo ad un possibile nuovo aumento dell'evento epidemico che rispetto alle altre patologie, in particolare quelle tempo-dipendenti. A tale scopo è stato ridisegnato il monitoraggio riguardante l'attività di pronto soccorso, integrata con alcune informazioni sui ricoveri per valutare il fabbisogno di posti letto. Altro elemento importante sarà quello di monitorare l'efficienza del sistema riguardo alle dimissioni verso setting assistenziali di minore intensità.

A tale scopo vengono qui riportati alcuni ambiti di interesse oggetto di monitoraggio:

- accessi in PS/DEA, monitorati rispetto alla modalità di accesso, alla pressione per area territoriale e all'incidenza dei casi in valutazione e confermati COVID-19;
- esito di consulenze per condizioni di emergenza/urgenza attraverso il sistema regionale Teleadvise;

- ricoveri e trasferimenti da Pronto Soccorso, monitorati per area disciplinare (medica, chirurgica e critica);
- indice di occupazione dei Reparti COVID-19 di degenza o di Terapia Intensiva;
- degenza media diversificata per area di ricovero;
- tempo di attesa per la dimissione ospedaliera verso altri setting assistenziali.

6. Revisione della Rete COVID-19

La Rete COVID-19 è stata costituita in risposta all'evolversi dell'epidemia incrementando la disponibilità di posti letto dotati di strumenti di ventilazione invasiva e non invasiva. L'obiettivo è stato quello di concentrare i ricoveri di pazienti affetti da COVID-19 in Ospedali dedicati, in tutto o in parte, che potessero fornire cure appropriate attraverso una presa in carico globale, multidisciplinare e multiprofessionale secondo un modello assistenziale per intensità di cure.

A fronte di una possibilità di attivazione di oltre 2700 posti letto dedicati a COVID-19, di cui oltre 400 di Terapia Intensiva, la Rete ha utilizzato nel corso dell'epidemia 1877 posti letto di ricovero, di cui 329 in Terapia Intensiva, garantendo una risposta appropriata all'emergenza attraverso una complessa riconfigurazione strutturale e organizzativa attuata in tempi brevissimi dalle Direzioni Generali.

Questo modello di lavoro di Rete è stato vincente e necessita di essere mantenuto nel tempo, con i dovuti adeguamenti, non solo per l'emergenza COVID-19 ma anche per la programmazione sanitaria generale. L'attuale indice di occupazione, 76% nei reparti COVID-19 e 63% in Terapia Intensiva, e la necessità di riprendere le attività ordinarie di ricovero e cura, soprattutto negli ospedali della rete delle emergenze, richiedono una rimodulazione prudenziale dell'assetto, all'interno di una programmazione di Rete che deve garantire la capacità di riconfigurazione immediata come risposta in presenza di un nuovo picco epidemico.

Allo stato attuale, con il mantenimento delle misure di distanziamento sociale, si osserva il seguente andamento su base regionale:

- circa 200 casi giornalieri in valutazione;
- circa 60 nuovi ricoveri giornalieri per casi confermati;
- circa 5 casi di nuovi ricoveri giornalieri in TI per casi confermati.

L'avvio della riduzione dei posti letto dedicati a COVID-19 è stata valutata in presenza dei seguenti indicatori:

- rapporto di dimissioni/nuovi ricoveri maggiore di 1:1 sia dal reparto COVID-19 che dalla TI;
- indice di occupazione inferiore al 75% in TI e nei reparti COVID-19.

A partire dalla situazione attuale sopra descritta, si può ipotizzare un fabbisogno prudenziale di posti letto al termine del distanziamento sociale:

- maggio-giugno: 1629 posti letto totali, di cui 1273 di Reparto COVID, 265 di terapia intensiva (TI), 91 di terapia subintensiva, con un sistema modulare che consenta l'immediato ripristino della rete in presenza di un'eventuale ondata epidemica;
- da luglio, solo se in presenza di un calo progressivo dei contagi, almeno 800 posti letto di Reparto COVID-19 e 150 posti letto di TI dedicati con un sistema modulare in relazione alla curva epidemica.

Tabella 1 – Configurazione Rete COVID-19 maggio-giugno 2020, Hub interamente dedicati e loro Spoke

Hub Interamente dedicati (COVID Hospital)	PL Degenza Ordinaria	PL terapia intensiva	PL terapia subintensiva	Spoke per la competenza di malattie infettive	PL Degenza Ordinaria	PL terapia intensiva	PL terapia subintensiva
INMI Spallanzani	206	49		Celio	100	21	29
				ICC	62	30	18
				Campus Biomedico	24	13	-
				Israelitico	44	-	-
Fondazione Policlinico Gemelli e Columbus	140 (60 e 80)	39	20	Villa Aurora	38	-	-
				Villa San Pietro FBF	12	2	6
Totale	346	88	20	0	280	66	53

Tabella 2 – Configurazione Rete COVID-19 maggio-giugno 2020, Hub dotati di malattie infettive e loro Spoke

Hub dotati di malattie infettive	PL Degenza Ordinaria	PL terapia intensiva	PL terapia subintensiva	Spoke per la competenza di malattie infettive	PL Degenza Ordinaria	PL terapia intensiva	PL terapia subintensiva
Policlinico Tor Vergata	60	17		Ospedale dei Castelli	58	7	-
				Regina Apostolorum	57		
				Nuova Annunziata	20		
Policlinico Umberto I	106	24	14	Vannini	40		4
Sant'Andrea	10	10		San Filippo Neri	20	10	-
				Palestrina	40	4	-
Belcolle	44	9		-	-	-	-
De Lellis	14	7		-	-	-	-
Spaziani	56	9		-	-	-	-
Santa Maria Goretti	70	10		Presidio Monsignor Di Liegro, Gaeta	12	-	-
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù	30	6			-	-	-
Totale	390	92	14	0	247	21	4

In relazione al ruolo svolto dalle singole strutture all'interno della rete ospedaliera, in particolare per quanto attiene ai seguenti aspetti:

- gestione delle patologie tempo-dipendenti,
- riferimento per bacino territoriale,
- complessità dell'offerta assistenziale,
- volume di attività COVID-19 e consumo DPI,

in data 27 aprile 2020 sono state sospese le accettazioni di nuovi ricoverati per COVID-19 nelle seguenti strutture:

- AO San Camillo Forlanini;
- PO Pertini (ASL Roma 2);
- PO Grassi (ASL Roma 3);
- IDI;
- PO Vannini limitatamente ai posti letto di terapia intensiva.

Secondo l'andamento della curva epidemica, per il PO San Paolo (ASL Roma 4) e il PO Bernardini (ASL Roma 5) sarà valutata la sospensione delle nuove accettazioni di pazienti affetti da COVID-19 a partire rispettivamente dal 15 maggio e dal 30 maggio.

Gli Ospedali dotati di malattie infettive, in relazione al numero di nuovi accessi e all'indice di occupazione, potranno ridurre nel periodo a partire dal 4 maggio p.v. il numero di posti letto dedicati come riportato in tabella e comunque garantendo l'immediato ripristino della configurazione COVID-19 di fase III.

Le aree convertite vengono ridestinate all'attività assistenziale ordinaria secondo il modello organizzativo di intensità di cura. In ciascuna struttura deve essere definito un piano specifico relativo alla riconversione immediata in caso di picco epidemiologico COVID-19.

Il flusso dei ricoveri sarà sviluppato su due linee di indirizzo consistenti nella centralizzazione prioritaria negli Ospedali Hub COVID-19 dedicati e nella destinazione per complessità assistenziale secondo i seguenti criteri:

- Centralizzazione per medio/alta intensità:
 - Priorità 1 Hub COVID-19 dedicati;
 - Priorità 2 Hub COVID-19 dotati di reparto di Malattie Infettive;
 - Priorità 3 Spoke COVID-19 dotati di Terapia Intensiva;
- Centralizzazione per medio/bassa intensità:
 - Spoke COVID-19.

L'organizzazione dell'area di ricovero dedicata a COVID-19 deve essere rivista alla luce dell'esperienza maturata con l'obiettivo di identificare diversi livelli:

- Area di ricovero COVID-19;
- Area di Terapia Intensiva/subintensiva.

In entrambe le Aree saranno riservati dei posti letto di isolamento per pazienti con presentazione clinica correlabile a COVID-19 ma non confermata dalla diagnosi molecolare. Alcune strutture della rete potranno dedicare intere aree per tale categoria di pazienti.

L'attività clinica è condotta da Team multidisciplinari composti, secondo il livello di ospedale, da medici di urgenza, rianimatori, infettivologi, pneumologi e internisti, in sede o anche in consulenza/teleconsulto.

All'interno di questo team è altamente raccomandata la presenza del fisiatra e del fisioterapista per l'attivazione precoce del percorso di riabilitazione e l'individuazione del bisogno assistenziale alla dimissione. La dimissione ospedaliera secondo i criteri di paziente "guarito" e "cl clinicamente guarito", oltre i percorsi previsti di isolamento fiduciario, deve prevedere un'attività di follow-up da parte dell'Ospedale dimettente tesa a monitorare i quadri patologici extra-polmonari correlati all'infezione da SARS-CoV2.

Gli Ospedali della rete COVID-19, grazie al loro assetto, al rispetto rigoroso delle procedure IPC (Prevenzione e Controllo delle Infezioni) e dei percorsi, continueranno a svolgere l'attività assistenziale ordinaria con garanzia di sicurezza che permetterà di rivolgersi con fiducia alle strutture.

In considerazione della necessità di soddisfare il bisogno di assistenza sociosanitaria nella città di Roma sono individuati 46 posti letto di RSA nel presidio "George Eastman" del Policlinico Umberto I.

Secondo un'ottica di integrazione e qualità delle attività assistenziali, dovranno essere promosse collaborazioni e sinergie tra aziende del SSR.

In particolare l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini e l'IRCCS INMI Spallanzani garantiranno, attraverso apposito protocollo di collaborazione, gli obiettivi propri di Centri Regionali di riferimento per specifiche attività di Alta Specialità.

Le attività integrate saranno definite all'interno del seguente ambito di riferimento:

- Azienda Ospedaliera San Camillo svolgerà il suo ruolo di riferimento per le Reti Tempo-dipendenti e di Alta Specialità, supportando l'INMI Spallanzani per le attività specialistiche individuando percorsi di presa in carico e di trattamento all'interno dell'INMI Spallanzani di pazienti "infettivi".
- IRCCS Spallanzani svolgerà il suo ruolo di riferimento per le Reti di Malattie Infettive ricoverando i pazienti "infettivi" al fine di evitare la loro permanenza e/o il transito all'interno del San Camillo Forlanini.

Le linee di attività considerate nel processo di integrazione sono:

- Chirurgia d'urgenza e Chirurgia specialistica;
- Radiologia interventistica;
- Diagnostica cardiologica;

L'INMI Spallanzani metterà a disposizione per i pazienti "infettivi" una camera operatoria aggiuntiva dedicata e separata, attualmente in grado di svolgere attività di chirurgia tradizionale aperta, che sarà implementata con l'acquisizione di un arco a C per le attività previste.

Nel caso di condizioni di emergenza/urgenza non attuabili nell'INMI Spallanzani i pazienti saranno gestiti secondo i percorsi assistenziali di Rete attuando il massimo livello di protezione previsto.

L'accordo prevede di continuare a garantire la necessaria separazione delle strutture e dei percorsi interni allo Spallanzani funzionali alla permanenza in sicurezza della U.O.C. di Chirurgia dei Trapianti del POIT presso l'IRCCS.

7. Raccomandazioni relative alla Rete di Emergenza e Reti Tempo-dipendenti

Il percorso clinico dei pazienti con sintomatologia principale relativa a patologia tempo-dipendente segue l'attuale sistema di Rete Hub/Spoke e i percorsi clinici già in essere in ambito regionale, anche in presenza di sintomi concorrenti che inducono a considerare il caso da valutare per COVID-19 secondo i criteri attuali.

In ogni caso le procedure di emergenza/urgenza necessarie non possono essere differite a causa dello status di "caso in valutazione" in quanto le misure di protezione e/o di isolamento consentono l'eseguibilità dell'intervento secondo le procedure definite dalle indicazioni regionali.

La tempistica di esecuzione delle procedure di emergenza/urgenza deve essere coerente con le indicazioni terapeutiche, per cui in caso di necessità devono essere utilizzati i percorsi vigenti coinvolgendo l'ARES 118 per garantire i tempi di trasferimento da Ospedale Spoke a Hub e attivando la funzione vicariante tra Ospedali Hub nel caso di sale operatorie o di interventistica occupate, anche per sanificazione.

Il caso confermato positivo dopo l'eventuale procedura di emergenza/urgenza deve essere trasferito, ove possibile, in un Ospedale della rete COVID-19 con le competenze necessarie al caso.

Si confermano le variazioni apportate alle reti tempo-dipendenti nelle precedenti note di attivazione delle fasi di preparazione all'emergenza.